

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 07/17
46. (64.) Jahr

bvkg.

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



Berufsfragen

Bericht Obleutetreffen 2017

Fortbildung

UV-Schutz und
Photodermatosen

Forum

„Alkohol?
Kenn dein Limit.“

Magazin

Geschichte der Impfpflicht
in Deutschland

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

INHALT 07 | 2017

Berufsfragen

Bericht Obleutetreffen 2017 // Dehtleff Banthien	385
Die Impfung Minderjähriger – Rechtsprobleme der Einwilligung // Kyrill Makoski, Christian Maus, Andreas Meschke	387
Die Realität der Weiterzubildenden // Sebastian Bartels	390
ACHTUNG KLINIKÄRZTE!	390
Vaxxed – Ein schockierend unwissenschaftlicher Film // Martin Terhardt	392
Pädiatrische Endokrinologie // Kirsten Salzgeber	396
Bewilligung von Kinder- und Jugendreha-Maßnahmen // Kathrin Jackel-Neusser	401
Einigung zur Vergütung des Pulsoxymetrie-Screenings // Reinhard Bartzeky	402
Der Honorarausschuss informiert // Reinhard Bartzeky	404
Personalien // Regine Hauch	406

Fortbildung

UV-Schutz und Photodermatosen // Dörte Petersen	408
Highlights aus Bad Orb: Blasenekstrophie // Wolfgang H. Rösch	419
Welche Diagnose wird gestellt // Marisa Buss	425
Impfforum // Ulrich Heiningner	427
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	428
consilium: Mehrmalige Entnahme von NaCl-Lösung // Sebastian W. Lemmen	430
Suchtforum // Matthias Brockstedt	432

Forum

„Alkohol? Kenn dein Limit.“	433
Ärztestatistik zum 31.12.2016 // Wolfram Hartmann	434
Zweitmeinung in der Medizin	436
ACHTUNG KLINIKÄRZTE!	436
Vermischtes	438



Geschichte der Impfpflicht in Deutschland

S. 441

Magazin

Geschichte der Impfpflicht in Deutschland // Niklas Lenhard-Schramm	441
Netzwerke bauen für Kinder // Regine Hauch	444
Buchtipps	445
Personalien	446
Pädindex	447
Fortbildungstermine des BVKJ	448
Nachrichten der Industrie	449
Impressum	454
Wichtige Adressen des BVKJ	455

Titelbild: © DOUGBERRY – istock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe ist eine Beilage der PTC Therapeutics AG sowie das Programmheft zum 45. Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Bericht Obleutetreffen 2017

Am Samstag, dem 13.05.2017, fand das BVKJ-Obleutetreffen mit einer Rekord-Teilnehmerzahl im H4-Hotel in Berlin am Alexanderplatz statt. 122 Obleute und Landesvorstände aus der gesamten Republik sowie Präsidium und Vorstand des BVKJ nahmen in offener und kollegialer Atmosphäre am gegenseitigen Informations- und Meinungsaustausch sowie an der Diskussion zentraler berufspolitischer Themen teil. In Vorträgen, Gruppenarbeit und Diskussionen ging es um die aktuellen Brennpunkte der berufspolitischen Arbeit.



Dehtleff Banthien

Plenarvorträge

- Der neue **Geschäftsführer** des BVKJ, Herr **Dr. jur. Michael Stehr**, stellte sich den Obleuten vor. Er berichtete kurz über die zahlreichen Baustellen, denen er sich im BVKJ bereits angenommen hat. Die Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführer, Präsidium und Vorstand gestaltet sich reibungslos und effektiv.
- **Präsident Dr. Thomas Fischbach** stellte die neuste **Mitgliederstatistik** des BVKJ vor: der Verband wird größer, weiblicher und jünger! Die Mitgliederzahl ist auf rund **12.000 Mitglieder** angewachsen, 60 % davon weiblich. Der **Altersdurchschnitt ist von 58 auf 52 Jahre gesunken**. 50 % der Mitglieder sind ambulant, fast 23 % in der Klinik tätig. 23 % sind nicht berufstätig. 3 % der Mitglieder kommen aus dem ÖGD.
- Die **Funktionsfähigkeit des Verbandes** hat sich mit der Einstellung eines neuen Geschäftsführers und der im letzten Jahr eingeführten Geschäftsstellenleitung verbessert.
- Die **Kooperation mit dem Stationären Sektor** ist vital für den Erhalt der Pädi-

trie insgesamt. Zentrale Konfliktbereiche sind die Ermächtigungen von Klinikärzten, gemeinsamer pädiatrischer Notdienst und die ambulante Weiterbildung. Ein Prozess zur Entwicklung von Lösungen ist implementiert.

- Die **Weiterbildung im ambulanten Bereich** muss Teil der MWBO werden. Dazu gehört eine bedarfsgerechte Förderung der ambulanten Weiterbildung im pädiatrischen Bereich. Mehr Niedergelassene müssen sich als Weiterbilder zur Verfügung stellen.

Ein weiterer Punkt waren die **Wahlprüfsteine BVKJ**. Zentral ist die Forderung „Gleiche gesundheitliche Chancen für alle Kinder und Jugendlichen“.

Über **Erfolge der berufspolitischen Arbeit** konnte er beim Pflegeberufsgesetz und bei der Novellierung des SGB VIII berichten. Beim SGB VIII wird die Kooperation zwischen Ärzten und ASD gestärkt sowie eine unabhängige Ombudsstelle für Kinder und Jugendliche eingerichtet. Die Rechte von Pflegekindern und deren Pflegefamilien sollen gestärkt werden. Insgesamt kann der BVKJ auf ein sehr erfolgreiches Verbandsjahr zurückblicken.

- **Vizepräsident Dr. Roland Ulmer** berichtete über den Honorarbereich.
- Leicht **ansteigende Fallzahlen** und **höhere Fallwerte** lassen die Umsätze aber auch die Einnahmen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte ansteigen. Ein großer Erfolg ist der Anstieg der Vergütung für die gesetzlichen Vorsorgen um ca. 30 %. Bei durchschnittlich 300 Vorsorgen entspricht dies einem Plus von 3.000 € pro Kinder- und Jugendarzt.
- Auch bei den **Selektivverträgen** ist ein stetiges Plus zu verzeichnen. Die Potentiale sind jedoch, sowohl was teilnehmende Ärztinnen und Ärzte

wie auch Patienten betrifft, noch lange nicht ausgeschöpft.

- Für die **anstehenden Honorarverhandlungen** zwischen KBV und Krankenkassen 2018 stehen eine Erhöhung des Orientierungspunktwertes, eine höhere Punktzahl für die Versichertenpauschale, die Vergütung von patientennaher Sofortdiagnostik, gesonderte Vergütung von schwerkranken Kindern (Verlagerung ambulant stationär) sowie die Abrechnung der Kommunikationspauschale 01226 im Notdienst auch unter der Woche zur Diskussion. Die Erarbeitung eines neuen EBM sei auf 2019 verschoben. Vordringliches Ziel: die Anhebung des kalkulatorischen EBM-Arztgehaltes auf das aktuelle Gehaltsniveau eines Oberarztes. Bei der Einführung neuer Leistungen sind die Auswirkungen auf die Plausibilitätskontrolle zu beachten. BVKJ-Forderungen im EBM: Schwerpunktgespräch, Verbesserungen bei der Chronikerziffer, Tonschwellenaudiometrie neben U7a und U9, Vergütung von i.v. – Gabe von Medikamenten, Spirometrie mehr als einmal und Schweißtest sowie die Aufnahme neuer Leistungen (Atemteste).
- Die **Neuordnung der Bedarfsplanung** ist von den Ergebnissen eines Gutachtens abhängig, mit dem 2018 gerechnet wird. Die vielerorts bestehenden Schwierigkeiten von Eltern in den überlasteten Kinder- und Jugendarztpraxen Betreuung zu finden zeigen, dass die angebliche Überversorgung eine grobe Fehleinschätzung ist. Der BVKJ fordert die demographischen Gegebenheiten in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft sowie die zeitgemäßen Anforderungen an eine optimale medizinische Versorgung aller Kinder- und Jugendlichen endlich in einer echten Versorgungsplanung zu

- berücksichtigen. Dazu gehört auch die Bereitstellung von ausreichenden Mitteln zur Vergütung der Mehrarbeit und eine bedarfsgerechte Förderung der Weiterbildung in den Praxen.
- In einem sehr lebendigen Vortrag warb **Dr. Folkert Fehr** für die strukturierte Weiterbildung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie. Sie soll der **grundversorgenden Pädiatrie die Bedeutung in der Aus- und Weiterbildung** geben, die sie in der Versorgung hat. Die Anwendung und Einübung des Gelernten ist wichtig. Der/die Weiterzubildende muss als Partner auf Augenhöhe akzeptiert werden. Ein entscheidender Schritt wird die Etablierung der kompetenzbasierten Weiterbildung in den Praxen sein. Mit **PaedCompenda** wurde eine solche kompetenzbasierte Weiterbildung konzipiert. Sie kann als „Führerscheinsystem“ im Baukastenprinzip eingesetzt werden. Wichtiger Teil ist der Austausch unter den Weiterbildern. Die Pädiatrie braucht mehr Weiterbilder, mehr Ausbildungsplätze, mehr Weiterzubildende in den Praxen.
 - **Dr. Martin Lang, der Vorsitzende des Länderrates** berichtete über die neue Strukturierung des Länderrates. In einem Workshop unter Leitung eines Moderators waren verbindliche Arbeits- und Kommunikationsstrukturen von allen Mitgliedern gemeinsam entwickelt worden. Die Umstrukturierung soll die Verbesserung des Informationsflusses untereinander, zum Vorstand und den Verbandsmitgliedern, die effektivere Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle und eine klarere Außendarstellung bewirken. **Ziel ist die aktivere Beteiligung des Länderrates an den Diskussions- und Entscheidungsprozessen auf Bundes- und Landesebene.** In der am Nachmittag gemeinsam mit Dr. Achenbach und Herrn Monks angebotenen Gruppenarbeit wurde Unterstützung bei der Heranführung von Mitgliedern an PädExpert® erarbeitet und die Möglichkeiten der Videosprechstunde in der Jugendmedizin analysiert.
 - **BVKJ-Service GmbH-Geschäftsführerin Fr. Anke Emgenbroich** zeigte die rasante Entwicklung der Einnahmen durch Selektivverträge **von rund 6 Mio. € 2009 auf über 60 Mio. € in 2016** auf. Einen hohen Anteil haben daran die regionalen PzV-Verträge. In den bundesweiten Verträgen werden fast **20 Mio. €** umgesetzt. Bei vielen Leistungen besteht noch **großes unausgeschöpftes Potential.** Als Beispiele nannte sie **Gesundheitscoaching, Amblyopiescreening und CRP-Beratung.** Wichtige Änderung: Die beleghafte Abrechnung wird Ende 2017 abgeschafft. Die Abrechnung wird transparenter, weniger Fehleranfällig, die Vergütung kann besser zugeordnet und ausgezahlt werden. Vor dem Versand der Pädselekt-Abrechnungen muss der Abrechnungsscheck zur Vermeidung von Doppelabrechnungen durchgeführt werden. Ein mit der TK geplantes und vom Innovationsfond gefördertes **Projekt zur Transition** wurde von den Obleuten kritisch diskutiert. Bereits ab dem Alter von 12 Jahren kann mit Hilfe von Fallmanagern ein Transitionsprozess initiiert werden. Die Kritik entzündete sich an dem frühen Alter von 12 Jahren. Zum Abschluss warb sie für die Teilnahme an dem bundesweiten Projekt PädExpert® mit der Barmer.
 - **Vizepräsident Prof. Dr. Ronald Schmid** berichtete über die zukünftigen Planungen bei den **Kinderrichtlinien.** Der nächste Schritt wird die Regelung des SaO₂-Screenings zum 01.07.2017 sein. Zu beachten sind die angepassten Zeiträume: SaO₂ zwischen der 24.-48. Lebensstunde, TSH zwischen 36. und 72. Stunde, CF-Screening bis zur 72. Stunde. In naher Zukunft wird es **weitere Screenings auf Hypertyrosinämie, Sichelzellanämie und angeborene Immundefekte** geben. Die **Einführung einer weiteren Vorsorgeuntersuchung** zwischen U9 und J1 in die Kinderrichtlinien scheint sicher zu sein. Was dann mit den bisherigen U10/11 passiert hängt

von der zeitlichen Positionierung der neuen U ab. Die Obleute sprachen sich dafür aus, dass der BVKJ dem GBA Vorschläge für drei weitere gesetzliche Vorsorgen nach dem um Redundanzen bereinigten Muster der bestehenden PaedCheck Untersuchungen U10, U11 und J2 einschließlich der Fragebögen vorlegt. Die **Obleute forderten** in der Diskussion des Vortrages eine **Verbesserung des Vorsorgeheftes.** Es soll in Layout und Handhabbarkeit verbessert werden. Zu diesem Thema fand am Nachmittag eine von Dr. Burkhard Lawrenz geleitete Gruppe statt, die hierzu konkrete Vorschläge erarbeitete. Zusätzlich wünschten die Obleute sich eine Beratungsfibel mit deren Hilfe Beratungsleistungen an Medizinische Fachangestellte delegiert werden können.

Arbeitsgruppen

- Dr. Folkert Fehr: Kompetenzbasierte Weiterbildung in der Praxis
- Dr. Martin Lang: Stärkung der Obleutearbeit in den Landesverbänden
- Dr. Michael Achenbach und Sean Monks: PädExpert® und Möglichkeiten des Einsatzes der Online-Videosprechstunde
- Regine Hauch: Politisch argumentieren, Rhetorik und sicheres Auftreten bei Politikkontakten

Großes Lob ist dem Organisationssteam um Frau Scharschmidt mit Frau Fischer und Frau Sowa auszusprechen. Sie haben sowohl im Vorfeld wie auch bei der Tagung nicht nur für eine reibungslose Organisation sondern auch für eine sehr angenehme Tagungsatmosphäre gesorgt. Vielen Dank!

Korrespondenzadresse:

Dehtleff Banthien
23843 Bad Oldesloe
E-Mail: dbanthien@uminfo.de

Red.: WH

Die Impfung Minderjähriger – Rechtsprobleme der Einwilligung

Der Kinder- und Jugendarzt impft in seinem medizinischen Alltag in der Regel Kinder, die nur mit einem Elternteil erscheinen. Insbesondere die Rechtsprechung der Familiengerichte, die davon ausgeht, dass es sich bei einer Impfung nicht um ein Geschäft des „täglichen Lebens“ handelt und somit bei getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern die Entscheidung über die Impfung nicht alleine dem Elternteil zubilligt, bei dem das Kind seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, hat zu großen Unsicherheiten geführt. Dieser Beitrag fasst die derzeitige Rechtslage zusammen und spricht Empfehlungen für das Verhalten des Kinder- und Jugendarztes aus.



Dr. Kyrill Makoski

Dr. Christian Maus

Dr. Andreas Meschke

1. Die Einwilligung nach dem „Patientenrechtegesetz“

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die **Einwilligung eines hierzu Berechtigten** einzuholen, bei Kindern also des Sorgeberechtigten.

Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Abs. 1 bis Abs. 4 BGB aufgeklärt worden ist (§ 630d Abs. 2 BGB). Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären (§ 630e Abs. 1 S. 1

BGB). **Die Aufklärung muss mündlich erfolgen** (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB). Ist die Einwilligung eines Berechtigten einzuholen, ist dieser aufzuklären (§ 630e Abs. 4 BGB).

Der in § 630d BGB genannte Begriff der „Einwilligungsunfähigkeit“ ist gesetzlich nicht geregelt. **Feste Altersgrenzen**, ab denen ein Minderjähriger als einwilligungsfähig gilt, **wurden** zwar erwogen, aber **wieder verworfen**. Deshalb ist bei der Behandlung von allen Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (siehe § 2 BGB), und damit auch bei deren (beabsichtigter) Impfung auf die **Rahmenbedingungen des Sorgerechts** abzustellen.

Die Aussage der Ständigen Impfkommission (STIKO), dass Jugendliche im Regelfall schon ab 16 Jahren selbst einwilligen können (Epid. Bull. 34/2016, S. 316), findet jedenfalls im Wortlaut des Gesetzes keine Stütze. Allerdings dürfte der **Arzt in den Fällen, in denen der Jugendliche alleine zum Impfen kommt, von einer Einwilligung der Erziehungsberechtigten (§ 107 BGB) ausgehen**.

2. Sorgerecht

a. Gemeinsame Sorge bei zusammenlebenden Eltern

Die Eltern haben die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (§ 1626 Abs. 1 S. 1 BGB). Das Gesetz legt als Regelfall zugrunde, dass die Eltern des Kindes verheiratet sind und ihnen deshalb auch die Sorge für das Kind gemeinsam zu-

steht. Sind die Eltern des Kindes nicht verheiratet, leben aber zusammen und haben vor der Geburt des Kindes keine Sorgeerklärung abgegeben, gilt originär das alleinige Sorgerecht der Mutter (§ 1626a Abs. 3 BGB). Zur Personensorge gehört auch die Entscheidung über Impfungen.

Wird nur ein Elternteil gemeinsam sorgeberechtigter Eltern mit dem Kind zu einer Routineuntersuchung vorstellig, darf der Arzt davon ausgehen, dass der mit dem Kind erschienene Elternteil (ggf. auch stillschweigend) ermächtigt ist, die Einwilligung in die Untersuchung auch für den nicht erschienenen Elternteil mit zu erteilen, wenn der Arzt keine entgegenstehenden Anhaltspunkte hat (BGH, Urt. v. 15.2.2000 – VI ZR 48/99, NJW 2000, 1784). Der BGH bezeichnet eine von der Ständigen Impfkommission empfohlene Impfung als Routineuntersuchung. Der Arzt muss also nicht „Detektiv“ spielen. Nur wenn der Arzt entgegenstehende Anhaltspunkte hat, muss er die Einwilligung des abwesenden Elternteils einholen (BGH, Urt. v. 15.6.2010 – VI ZR 204/09, NJW 2010, 2430).

Dass die Aufklärung und damit auch die Einwilligung nur eines Erziehungsberechtigten der Regelfall bei Schutzimpfungen sind, lässt sich auch dem Wortlaut der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) entnehmen. § 7 S. 1 SI-RL bestimmt, dass vor einer Schutzimpfung der impfende Arzt den Impfling bzw. den Erziehungsberechtigten über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzu-

klären hat. Eine Aufklärung beider Erziehungsberechtigter wird nicht verlangt.

b. Gemeinsame Sorge bei getrennt lebenden Eltern

Die meisten Gerichtsentscheidungen im Zusammenhang mit minderjährigen Impfungen sind in familienrechtlichen Verfahren ergangen, in denen sich getrennt lebende, aber gemeinsam sorgeberechtigte Eltern um die Frage stritten, ob der Elternteil, bei dem das Kind seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, alleine in eine Impfung einwilligen darf, wenn der andere Elternteil die Impfung ablehnt.

Nach § 1687 Abs. 1 S. 1 BGB ist bei Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, und die nicht nur vorübergehend getrennt leben, bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, das **gegenseitige Einvernehmen der Eltern** erforderlich.

In den sog. „Angelegenheiten des täglichen Lebens“ kann aber der Elternteil, bei dem sich das Kind mit Einwilligung des anderen Elternteils oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich aufhält, alleine entscheiden (§ 1687 Abs. 1 S. 2 BGB). Entscheidungen in Angelegenheiten des täglichen Lebens definiert der Gesetzgeber als solche, die häufig vorkommen und die keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben (§ 1687 Abs. 1 S. 3 BGB).

Gehören nun Impfungen zu den Angelegenheiten des täglichen Lebens, darf also der Elternteil, bei dem das Kind seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat und mit dem es deshalb auch in der Regel in der Praxis erscheinen wird, alleine – nach entsprechender Aufklärung – in die Impfung des Kindes einwilligen?

Schon die Definition der „Angelegenheit des täglichen Lebens“ spricht gegen ein alleiniges Einwilligungsgeschäft. Impfungen kommen – relativ gesehen – nicht „häufig vor“, es müssen also beide Elternteile entscheiden; **bei abweichenden Ansichten ist von den Eltern die Entscheidung des Familiengerichts einzuholen.**

Diese Auffassung wird mittlerweile auch in der Rechtsprechung vertreten. So sehen das KG Berlin (Beschl. v. 18.5.2005 – 13 UF 12/05; Be-

schl. v. 25.3.2011 – 3 UF 203/10), das OLG Frankfurt am Main (Beschl. v. 4.9.2015 – 6 UF 150/15) und das OLG Jena (Beschl. v. 7.3.2016 – 4 UF 686/15) sowie auch das OLG Karlsruhe (Beschl. v. 2.6.2015 – 18 UF 117/15) Impfungen nicht als Angelegenheit des täglichen Lebens an. Der BGH (Beschl. v. 3.5.2017 – XII ZB 157/16) hat diese Auffassung nunmehr bestätigt.

In seiner Entscheidung hat der BGH auch betont, dass bei Uneinigkeit der Eltern es auf das Kindeswohl nach § 1697a BGB ankommt. Und dieses wird besser durch eine Entscheidung für Impfungen geschützt, da es sich bei den von der STIKO empfohlenen Impfungen um den medizinischen Standard handelt.

Allerdings gilt auch bei getrennt lebenden Elternteilen, denen die gemeinsame elterliche Sorge zusteht, das unter 2.a Gesagte: **Grundsätzlich darf der Impfende darauf vertrauen, dass der ihn aufsuchende Elternteil durch den abwesenden Teil ermächtigt ist, das Kind impfen zu lassen.** Hierfür spricht auch die Feststellung aus der Praxis, dass der abwesende Elternteil sich nur dann melden wird, wenn er besondere Wünsche für die Behandlung hat.

Hat der Arzt Zweifel daran, muss er sich durch Nachfrage beim anwesenden Elternteil vergewissern; auf ihren Wahrheitsgehalt hin muss er die Auskunft nicht überprüfen. Er kann – muss aber nicht – versuchen, telefonisch die Einwilligung des abwesenden Elternteils einzuholen; dessen Entscheidung sollte er in der Patientenakte dokumentieren. Weiß er positiv, dass der andere Elternteil die Impfung ablehnt, darf er – außer in Notfällen – nicht impfen, sondern muss den erschienenen Elternteil auf eine familiengerichtliche Entscheidung verweisen. Dieser Hinweis gilt auch dann, wenn ein Elternteil alleine Auskunft aus der Behandlungsdokumentation haben will – dieses Recht haben die Eltern ebenfalls gemeinsam geltend zu machen, und bei Unstimmigkeiten haben sie eine Einigung untereinander herbeizuführen.

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass das Unterlassen empfohlener Impfungen sogar zum Ent-

zug des Sorgerechts führen kann (siehe OLG Brandenburg, Beschl. v. 16.2.2015 – 9 UF 3/13).

3. Arzthaftungsrechtliche Aspekte

In ihren Auswirkungen für den einen Minderjährigen impfenden Arzt viel relevanter sind die arzthaftungsrechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit der Frage, wann der minderjährige Patient zur Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts als ausreichend aufgeklärt angesehen werden kann.

Wie bereits eingangs dargelegt, ist bei einem Einwilligungsunfähigen der Berechtigte aufzuklären, der erst nach ordnungsgemäßer Aufklärung in die Impfung einwilligen kann (BGH, Urt. v. 15.2.2000 – VI ZR 48/99, NJW 2000, 1784).

In mehreren Grundsatzentscheidungen hat der BGH ein dreistufiges Schema zur Beantwortung der Frage entwickelt, ob bei minderjährigen Patienten grundsätzlich immer beide Erziehungsberechtigten in den Eingriff einwilligen müssen:

- Danach kann der Arzt in Routinefällen (**erste Stufe**) darauf vertrauen, dass der mit dem Kind ersichene Elternteil vom anderen Elternteil ermächtigt wurde, in den Eingriff einzuwilligen, es sei denn, dem Arzt sind entgegenstehende Anhaltspunkte bekannt.
- Bei ärztlichen Eingriffen schwererer Art mit nicht unbedeutenden Risiken (**zweite Stufe**) muss sich der Arzt vergewissern, ob der erschienene Elternteil die Ermächtigung des anderen hat und wie weit diese reicht; er wird aber, solange dem nichts entgegensteht, auf eine wahrheitsgemäße Auskunft des erschienenen Elternteils vertrauen dürfen. Der Arzt muss also bei schwereren Eingriffen mit nicht unbedeutenden Eingriffen aktiv nachfragen. Er darf sich auf die Richtigkeit der Antwort des erschienenen Elternteils verlassen und muss keine weiteren Nachforschungen anstellen.
- Handelt es sich um schwierige und weitreichende Entscheidungen über die Behandlung des Kindes, wie etwa eine Herzoperation, die mit erheblichen Risiken für das Kind verbunden sind (**dritte Stufe**), liegt eine Ermächtigung des nicht erschienenen Eltern-

teils zur Einwilligung in ärztliche Eingriffe bei dem Kind durch den anderen nicht von vornherein nahe. Deshalb muss sich der Arzt in einem solchen Fall die Gewissheit verschaffen, dass der nicht erschienene Elternteil mit der vorgesehenen Behandlung des Kindes einverstanden ist. Dies kann etwa telefonisch geschehen. Eine schriftliche Einwilligung ist nicht erforderlich, aus Dokumentationsgründen und zur Vermeidung jeglicher Risiken aber hilfreich (wobei dann die Eltern eine Durchschrift erhalten müssen, siehe § 630e Abs. 2 S. 2 BGB). Eine fernmündlich eingeholte Einwilligung ist in der Patientendokumentation zu notieren.

Auf welcher der drei Stufen eine Impfung anzusiedeln ist, ist in jüngerer Vergangenheit – soweit ersichtlich – noch nicht entschieden worden. Wie bereits erwähnt, hat der BGH in seiner Entscheidung aus dem Jahr 2000 eine Schutzimpfung als Routineeingriff bezeichnet und damit der ersten Stufe zugeordnet. Der BGH (Beschl. v. 3.5.2017 – XII ZB 157/16) hat die Entscheidung des OLG Jena (a.a.O.) bestätigt und insbesondere ausgeführt, dass es sich bei den Impfungen nach den Empfehlungen der STIKO um den medizinischen Standard handelt und der Nutzen der Impfung deren Risiken überwiegt. Generelle Einwendungen gegen Impfungen sind nicht zu berücksichtigen, nur Einzelfallumstände können eine andere Bewertung begründen.

Aktuellere Anhaltspunkte zur Einordnung ergeben sich aus einer jüngeren, rein haftungsrechtlichen Entscheidung des OLG Hamm, Urt. v. 29.9.2015 – 26 U 1/15, GesR 2016, 90. Dort ging es bei zusammenlebenden und gemeinsam sorgeberechtigten Elternteilen um die Frage, ob bei einem mit multiplen Krankheitssymptomen geborenen Kind nicht nur die Mutter, sondern auch der Vater in die Durchführung einer diagnostischen operativen Biopsie mit dem Zweck des Ausschlusses eines Morbus Hirschsprung, in deren Folge es zu massiven weiteren Gesundheitsschädigungen des Kindes kam, hätte einwilligen müssen. Es stand fest, dass die Mutter vor ihrer Einwilligung ausreichend über die Risiken des Eingriffes aufgeklärt worden war und der aufklärende Arzt nach der Einwilligung des Kindesvaters gefragt hatte. Die Mutter be-

jahte diese Frage durch eine Unterschrift auf dem Aufklärungsformular. Das OLG Hamm hat – sachverständig beraten – den durchgeführten Eingriff auf der zweiten Stufe eingeordnet, ihn also als ärztlichen Eingriff schwererer Art mit nicht unbedeutenden Risiken eingestuft. Es habe ausgereicht, dass sich die Ärzte der Einwilligung des Vaters durch Nachfrage bei der Mutter vergewisserten.

Auch wenn gesundheitliche Risiken für den Impfling bei einer Schutzimpfung nicht ausgeschlossen werden können, spricht bei einem Vergleich mit dem operativen bioptischen Eingriff (nach wie vor) vieles dafür, eine Schutzimpfung auf der ersten Stufe anzusiedeln. Der Arzt darf also darauf vertrauen, dass der allein mit dem Kind erscheinende Elternteil von dem anderen ermächtigt wurde, solange ihm keine anderen Anhaltspunkte bekannt sind.

4. Schlussfolgerungen für die Praxis

Legt man diese Annahme als Basis zugrunde, gilt Folgendes:

a. Ausgangspunkt

Sofern sich der anwesende Elternteil nicht anderweitig äußert oder dem Arzt aus anderen Gründen entgegenstehende Anhaltspunkte bekannt sind, darf er sowohl bei Eltern, die gemeinsam leben, als auch bei getrennt lebenden Eltern davon ausgehen, dass der erschienene Elternteil vom Abwesenden zur Einwilligung in die Impfung ermächtigt worden ist.

Hat der Arzt Kenntnis von einer abweichenden Meinung des nicht anwesenden Elternteils, unabhängig davon, ob es sich um zusammen- oder getrennt lebende Eltern handelt, sollte er die Impfung verweigern bzw. eine Einwilligung des nicht erschienenen Elternteils nach dessen ordnungsgemäßer Aufklärung verlangen. Eine Einwilligung ohne Aufklärung hilft nicht weiter, die Einwilligung wäre unwirksam; daher ist alleine die Vorlage einer schriftlichen Einwilligung des abwesenden Elternteils wenig sinnvoll (unabhängig von möglichen Echtheitsfragen etc.). Der Abwesende kann beispielsweise telefonisch aufgeklärt werden und auch auf diesem Weg einwilligen. Das Telefonat

und dessen Inhalt sind in der Patientendokumentation zu notieren.

b. Impfungen mit nicht unerheblichen gesundheitlichen Risiken

Muss der Arzt im Einzelfall von nicht unerheblichen gesundheitlichen Risiken durch die Impfung ausgehen, hat er sich bei dem erschienenen Elternteil der Zustimmung des anderen zu versichern; auf die Aussage des Erschienenen darf er vertrauen. Nach Ansicht des OLG Hamm reicht es in diesen Fällen aus, wenn nur der erschienene Elternteil aufgeklärt wurde und auf Nachfrage erklärt, auch der andere Elternteil wilige in den Eingriff ein. Insofern ist die Entscheidung sehr arztfreundlich und an der Praxis orientiert. Berücksichtigt man aber, dass grundsätzlich der Einwilligende vor einer Einwilligung zunächst aufgeklärt werden muss, erscheint es zweifelhaft, die Auskunft des anwesenden Elternteils, auch der andere Elternteil stimme zu, ausreichen zu lassen, da dieser in der Regel nicht aufgeklärt worden ist. Garantiert haftungsrechtlich problemlos handelt der Arzt bei Impfungen der in Rede stehenden Art mithin ebenfalls nur dann, wenn er sich wie unter 4.a. geschildert verhält.

Diese arztfreundlichen Grundsätze des OLG Hamm hat der BGH in seiner familienrechtlichen Entscheidung zum Sorgerecht im Kern bestätigt und festgestellt, dass die Entscheidung für die Impfung dem Kindeswohl in aller Regel besser entspricht.

Will man bis dahin als Kinder- und Jugendarzt den absolut sichersten Weg bei einer Impfung gehen, sollte man sich vor der Impfung eine schriftliche Einwilligung des nicht anwesenden Elternteils im Anschluss an auch dessen vollständige Aufklärung aushändigen lassen, auch wenn dies mit einer zeitlichen Verzögerung einhergehen kann.

Korrespondenzadresse:

Dr. Kyrill Makoski/Dr. Christan Maus/
Dr. Andreas Meschke
Möller & Partner –
Kanzlei für Medizinrecht
www.moellerpartner.de
Die Rechtsanwälte der Kanzlei sind
als Justiziar für den BVKJ e. V. tätig

Red.: WH



Achtung Klinikärzte...

Die Realität der Weiterzubildenden

Kommentar zur IST-Situation und Aufruf zur Verbesserung



Dr. Sebastian Bartels

Situation an den Kliniken

Es ist längst kein Geheimnis mehr: Gesundheit ist in Deutschland von einem wertvollen Gut zum Verkaufsprodukt geworden. Das Gesundheitssystem wird zur Gesundheitswirtschaft. Immer mehr Kliniken sind dem allgemeinen Wettbewerb untergeordnet und zunehmend auf Profit ausgerichtet. Der Patient rückt in einem solchen System immer mehr aus dem Mittelpunkt des ärztlichen Handels heraus, die Erwirtschaftung von Erträgen hinein.

Dieser betriebswirtschaftliche Druck lastet zunehmend auch auf den Schultern der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW). Kürzungen von ärztlichen und nicht-ärztlichen Stellen lassen die Personaldecken schrumpfen, während Fallzahlen und Leistungen in die Höhe wachsen. Ein solcher Widerspruch lässt sich nur auf Kosten der Mitarbeiter und einer guten Patientenversorgung aufrecht erhalten.

Die administrativen Tätigkeiten und notwendigen Dokumentationsaufgaben steigen stetig für die Ärzte, wie auch das Bedürfnis von Patienten und Angehörigen nach Kommunikation. Die Kolleginnen und Kollegen arbeiten an und über ihre Belastungsgrenzen hinaus, um den an sie gestellten Ansprüchen gerecht zu werden.

Die Ansprüche, die die Mediziner hingegen an ihre Arbeit selbst stellen,

etwa Menschlichkeit, Zeit und Ruhe für die Patientenbeziehung sowie gründliche Beratung, rücken zunehmend in den Hintergrund.

.....
Die Folge: Unzufriedenheit, Zeitdruck und enttäuschte Weiterbildungsbedürfnisse. Für die Ausbildung gibt es eben keine zusätzlichen Finanzen in den Kliniken. Die mangelnde Qualität der Weiterbildung ist also ein Symptom des profit-orientierten Gesundheitssystems.

Umfrage unter den Weiterzubildenden

Wie sehr all das auf Lasten der ÄiWs geht, zeigt eindrucksvoll eine aktuelle „**Umfrage unter Assistenzärzten des Hartmannbundes** – mit großer Beteiligung von ÄiW in der Kinder- und Jugendmedizin (7,3 %). So wird die **Einarbeitung zu Beginn der Weiterbildung** von weniger als einem Viertel der Befragten als „gut“ bis „sehr gut“ bewertet. Nur ein Fünftel der ÄiW geben an, an einem **strukturierten Weiterbildungskonzept** teilnehmen zu können. Rund zwei Drittel aller ÄiW bewerten ihre **aktuellen Arbeitsbedingungen** als bestenfalls befriedigend bis schlecht. Über die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen gibt an, **Pausenzeiten** selten bis nie einhalten zu können und schon einmal direkt oder indirekt von ihrem Arbeitgeber aufgefordert worden zu sein, **Überstunden** nicht zu dokumentieren.

Dabei sammeln über **50 % der Befragten 5-15 Überstunden pro Woche**. Zudem führen die vielen administrativen Tätigkeiten in der Klinik, die zu Lasten der Patientenversorgung gehen, zu Unmut. Und das Dramatische daran, die genannten Missstände führen nicht nur zu Unzufriedenheit, sondern auch zu **sozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen** bei den jungen Mediziner: Bei 61,3 Prozent der ÄiW leidet das Privat-

leben, 45,2 Prozent geben Schlafmangel und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen an, während weitere knapp 30 Prozent diese befürchten.

Link: http://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2017-03-03_Umfrage-AerztlicheArbeitswelten-Heute-Und-Morgen.pdf

Diese erschreckenden Zahlen sind nicht neu (siehe MB-Monitor 2015 oder DGKJ-Assistentenbefragung 2011), man muss mittlerweile vielmehr von einem Trend sprechen, der sich verfestigt und gegen den bisher nichts getan wird. Der von Klinikleitungen billigend in Kauf genommen wird.

Eindrücke vom Assistentenkongress des BVKJ

Auch auf dem jährlichen BVKJ-Assistentenkongress im April (Bericht in Heft 05/2017) waren Arbeitsbedingungen, Personalmangel und unbefriedigende Weiterbildung häufige Gesprächsthemen unter den Kolleginnen und Kollegen. Besonders die **Weiterbildungsordnung** der Kinder- und Jugendmedizin ist in vielen Punkten Stein des Anstoßes für die ÄiW. Trotz steigender Zahl der **Teilzeitbeschäftigung** gibt es immer wieder **Probleme mit der Anerkennung bei den Ärztekammern** und auch Weiterbildungszeiten unter 6 Monaten werden meist nicht anerkannt.

Manche dokumentationspflichtige Zahlennachweise sind fast schon absurd und andere Inhalte wiederum an einer Klinik erst überhaupt nicht zu erlangen.

Es existiert unter den jungen Mediziner ein großer Wunsch nach Kooperationsmodellen von stationärer und ambulanter Versorgung mit vereinfachten

Möglichkeiten, Ausbildungsabschnitte ohne Zeitverluste an Kliniken und Praxen zu verknüpfen. Auch ein mögliches Auswählen von einzelnen Weiterbildungsmodulen für eine gezieltere Ausrichtung der Weiterbildung auf die spätere Tätigkeit wurde häufig angesprochen. Dies wäre sicher zielführender als stringente Definition von Pflichtzeiten und -zahlen.

Zukunftsvorstellungen der jungen Kolleginnen und Kollegen

Im Rahmen des Assistentenkongresses erfolgte eine Befragung der Kolleginnen und Kollegen zur aktuellen Situation und möglichen Zukunftsvorstellungen: **Über 80 Prozent der Befragten sehen ihre Zukunft im ambulanten Sektor.**

Während **50 Prozent** davon eine **Anstellung** priorisieren, planen **32 Prozent** eine **Selbstständigkeit**.

Obwohl 83 Prozent der befragten ÄiW zum Zeitpunkt der Umfrage im Krankenhaus arbeiten, sehen dort lediglich 14 Prozent Ihre Zukunft. Dieses Ergebnis ist sicherlich durch den Vertrauensverlust in der ökonomisierten Medizin am Krankenhaus bedingt.

Fast alle Teilnehmer der Umfrage (97 %) sind erfreulicher Weise Mitglieder im BVKJ und etwas mehr als die Hälfte fühlt sich dabei als Weiterzubildende gut im Berufsverband vertreten. Die Aufgabenbereiche des BVKJ sind allerdings nur 8 Prozent vollständig bekannt. Trotz vieler Anregungen und bisweilen auch Ansprüche auf Veränderungen in diversen Bereichen können sich zudem nur 3 Prozent ein aktives Engagement als Amts- und Funktionsträger vorstellen. Wer nun aber der jungen Generation vorwerfen will, ihr fehle es an Engagement, der liegt falsch. Vielmehr spiegelt sich hierin die bereits völlige Auslastung der jungen ÄiW durch ihre klinische Arbeit wieder und der Wunsch neben dem Job, Zeit für die Familie zu haben.

Dass die junge Ärztegeneration weder faul noch träge ist, was ihr immer wieder nachgesagt wird, sondern verstanden hat, dass es bei diesem Job auch auf Selbstfürsorge ankommt, hat Gustav J. Dobos sehr anschaulich beschrieben:

„Nicht die Fähigkeit zur Selbstaufgabe macht einen guten Arzt aus, sondern die Fähigkeit zur verantwortlichen Fürsorge, die auch die Selbstfürsorge und das Wissen um die eigenen Grenzen beinhaltet. Dass...“ die jungen ÄiW „...dafür Sorge tragen möchten, ist nicht Ausdruck einer hedonistischen Lebenseinstellung oder eines egoistischen Wunsches nach wenig Arbeit und viel Geld: Es ist die Sehnsucht nach einer gesunden Medizin. Stress trägt nicht zur Persönlichkeitsformung“ ... „bei, sondern zur Deformation von Menschen, und zwar auf eine Weise, die viele von ihnen krankmacht. Wer aber selbst unter krankmachenden Umständen arbeiten muss, kann keine anderen heilen. Das haben die Angehörigen der kommenden Ärztegengeneration glücklicherweise erkannt.“

Gustav J. Dobos „Der Aufstand der jungen Ärzte“; F.A.Z. vom 12.06.2012

Work-Life-Balance

In diesem Sinne können sich ältere Generationen von den ÄiW einiges abschauen, statt sich über den Nachwuchs zu ärgern. Vielmehr sollten diese Ansichten dringend aufgegriffen werden, um am krankenden System zu arbeiten und den Alltag im Krankenhaus zu verbessern.

Was muss sich ändern?

Das Alltagsgeschäft muss an vielen Häusern umgekrempelt und neu aufgestellt werden. Fest eingefahrene Prozesse sollten reevaluiert und so optimiert werden. Ziel sollte es sein, die ÄiW von **Verwaltungsarbeiten** bestmöglich zu **entlasten** und ein regelmäßiges Anfallen von **Überstunden** durch unzureichende Arbeitsstrukturen und fehlerhaftes Personalmanagement zu **minimieren**. Hier könnten beispielsweise digitale Systeme auf Basis ärztlicher und pflegerischer Bedürfnisse neue Lösungen bieten und Abhilfe schaffen.

Weiterbildung existiert vielmals nur auf eingestautem Papier, welches zur Vorlage bei den Ärztekammern dient. **Gelebte Weiterbildung** im Sinne der tatsächlichen Durchführung der eingereichten, meist guten Konzepte, das ist selten. Wieso also nicht genau diesen Punkt aufgreifen und eine Umsetzung einfordern?

Direkte und einzelne Aufforderungen werden wie bisher verhalten. Aus diesem

Grunde sollte man eine **jährliche Evaluation der Weiterbildung** einfordern. Deutschlandweit hat sich vielfach die Einführung von Evaluationen im Studentenunterricht mit positiver Unterstützung im Sinne einer Auszeichnung des besten Lehrkörpers als hervorragendes Mittel zur Qualitätsverbesserung gezeigt. Auch die Qualität von Krankenhäusern und medizinischen Abteilungen muss sich im Wettbewerb zunehmend zertifizieren lassen – wieso also nicht auch die Weiterbildung?

Struktur und Verbindlichkeit von Weiterbildung steigert die Arbeitszufriedenheit enorm. Methoden des **Qualitätsmanagements** sollten auch für die Weiterbildung eingesetzt werden. Ein Arbeitgeber, der gute Ergebnisse oder Auszeichnungen in der Weiterbildung erhält, macht sich attraktiv für neue Bewerber, andere Arbeitgeber erhalten damit eine indirekte Aufforderung aufzuschließen. Gute Konzepte könnten dadurch bekannter, verbreiteter und ausgebaut werden.

Ziel ist es, dass das Thema **Weiterbildung** von den weiterbildenden Fach- und Oberärzten/Innen, über die Chefarzte/Innen bis in die geschäftsführende Verwaltung dringt und dort als eine **zentrale und strategisch wichtige Aufgabe** angesehen wird.

Schlussendlich führt eine bessere Aus- und Weiterbildung zur Qualitätssteigerung in der Medizin und zu mehr Sicherheit und Zufriedenheit beim Patienten. Es ist eine erste Aufgabe, dass wir uns für ein Qualitätsmanagement die Unterstützung von Ärztekammern und Politik holen.

Deshalb möchten wir in einem ersten Schritt die Assistentenschaft in der Pädiatrie besser vereinen und vernetzen. Aus diesem Grunde arbeiten wir auf Hochtouren an der **Entwicklung eines Weiterbildungsforums**. Die Nachfrage für einfache und bessere Kommunikation unter den ÄiW ist groß. Nur in der Gemeinschaft ist man stark, um sich gegen Missstände zu wehren, zukünftige Projekte anzugehen und eine Selbstfürsorge ausreichend leben zu können.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sebastian Bartels
56072 Koblenz

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

Der Autor ist BVKJ-Assistentensprecher und Mitglied im Ausschuss

„Angestellte Ärzte“

Red.: WH

Vaxxed – Ein schockierend unwissenschaftlicher Film

Seit April 2017 wird in einigen deutschen Programmkinos der Film eines in den USA lebenden Impfkritikers gezeigt, der seit Jahren zu beweisen versucht, dass es einen Zusammenhang zwischen der Masern-Mumps-Röteln-Impfung und der Entwicklung von autistischen Störungen gibt. Eine weitere Vermarktung des Films über DVD/Blu-ray und Streaming ist vorgesehen. Impfende Ärzt/innen sollten auf die Argumente von Eltern vorbereitet sein, die durch diesen Film und den medialen Rummel darum stark verunsichert sein werden.



Dr. Martin Terhardt

Vorbemerkung

Mit einer wissenschaftlichen Aufarbeitung hat der Film nichts zu tun. Er arbeitet mit emotionalen Bildern und unbewiesenen Behauptungen und ist aus diesen Gründen hochmanipulativ. Es handelt sich nicht um einen Dokumentarfilm, sondern um einen Propagandafilm, der auf hoch professionelle Weise die Impfgegner-Gemeinde mit ihren zahlreichen Verschwörungstheorien, ihrem Wissenschafts-Unglauben, ihrer Pharmakritik und ihren selbstgezimmernten Theorien bedient. Er zeigt alle Facetten des sogenannten **Dunning-Kruger-Effekts**. Als Dunning-Kruger-Effekt wird eine kognitive Verzerrung bezeichnet, bei der relativ inkompetente Menschen die Tendenz haben, das eigene Können zu überschätzen und die Kompetenz anderer zu unterschätzen.

Zum Regisseur des Films

Andrew Wakefield

Viszeralchirurg (kein Pädiater) aus Großbritannien, der Ende der 90er-

Jahre eine Studie an 12 autistischen Kindern mit teils invasiver Diagnostik durchführte, um einen Zusammenhang zur MMR-Impfung u. a. mit dem Nachweis chronischer Darmentzündungen und der Anwesenheit der Impfviren im Darm der Kinder herzustellen. Die Studie wurde 1998 im Lancet veröffentlicht. [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)11096-0/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)11096-0/abstract).

Nach langjähriger fachlicher und journalistischer Recherche wurden Wakefield Datenfälschung, unethisches Verhalten hinsichtlich der durchgeführten Untersuchungen und die Annahme von Geldern einer Anwaltskanzlei nachgewiesen. Diese sollte im Auftrag von Eltern von Kindern mit einer autistischen Entwicklungsstörung den Zusammenhang zwischen MMR-Impfung und Autismus nachweisen. Nach dieser gerichtsbestätigten Enthüllung zogen 10 der 13 Koautoren ihre Autorenschaft zurück und Lancet nahm, ein in seiner Geschichte fast einmaliger Vorgang, 2010 die gesamte Veröffentlichung zurück.

Die britische Ärztekammer entzog Wakefield im selben Jahr die Berufserlaubnis. Er ging schon 2001 in die USA und arbeitete in Austin, Texas (Thoughtful house center for children, Autismus-Zentrum, bis 2011), wurde sehr schnell von der amerikanischen Impfgegner-Gemeinde und von speziellen Autismus-Selbsthilfegruppen (Autism media channel) integriert und bekam erneut die Gelegenheit, seine Lieblings-Hypothese zu lancieren. <http://www.mystatesman.com/news/local/discredited-autism-guru-andrew-wakefield-takes-aim-cdc/7pBs9pYH4ssmaBXe6kQ1WM/>. Er arbeitet an verschiedenen Projekten und

hat mit zahlreichen Unterstützern 2016 den Film Vaxxed vorgestellt (als Hauptdarsteller und Regisseur).

Zu weiteren Hauptpersonen des Films

- **Del Bigtree**

Amerikanischer Journalist, bis 2015 Produzent einer täglichen Ärzte-Talkshow im US-Fernsehen (The Doctors, CBS), produzierte den Film zusammen mit Polly Tommey.

- **Polly Tommey**

Britische Mutter eines mittlerweile erwachsenen Autisten und Eltern-Aktivistin mit großer Medien-Reichweite (Autism media channel). Sie folgte Wakefield nach Texas, USA und arbeitete bereits mehrfach mit ihm (u. a. auf YouTube) zusammen. Sie ist Koproduzentin des Films.

- **Brian Hooker**

Amerikanischer Biochemie-Ingenieur, Impfgegner und Autismus-Aktivist (Vater eines betroffenen Sohnes). Er bezweifelte die Erkenntnisse des CDC von 2004 (<http://pediatrics.aappublications.org/content/113/2/259.long>) hinsichtlich eines ausgeschlossenen Zusammenhangs zwischen der frühen MMR-Impfung und des erhöhten Auftretens von Autismus und hat die Daten des CDC erneut ausgewertet. In diesem Zusammenhang führte er 2013 und 2014 mehrere Telefonate mit W. Thompson vom CDC, die er ohne dessen Wissen aufgezeichnet hat und die im Film in Ausschnitten mehrfach wiedergegeben werden. Die von ihm zunächst veröffentlichten Ergebnisse

der Neubewertung wurden wegen erheblicher wissenschaftlicher Mängel (z. B. nicht offengelegte Interessenkonflikte und Zweifel an der Qualität der Methodik) im Jahr 2014 vom Herausgeber zurückgezogen.

<https://translationalneurodegeneration.biomedcentral.com/articles/10.1186/2047-9158-3-22>

Er arbeitet seit einigen Jahren mit Wakefield zusammen. Die gerichtliche Auseinandersetzung zum Fall seines Sohnes ging 2016 zu seinen Ungunsten aus, da nachgewiesen wurde, dass dieser schon deutlich vor seiner MMR-Impfung Autismus-Symptome aufwies.

• William Thompson

Psychologe und Epidemiologe am Center for disease control and prevention, USA, seit 1998 ist Koautor einer Fall-Kontroll-Studie zum Zusammenhang zwischen Autismus und MMR-Impfung, die 2004 in Pediatrics erschien (Erstautor DeStefano) <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/2/259>

Er führte in 2013 und 2014 zahlreiche Telefonate mit B. Hooker, die ohne sein Wissen aufgezeichnet und in dem Film verwendet wurden. Außer auf einem Archivfoto ist Thompson in dem gesamten Film nicht zu sehen. Er hat zu diesem Film über seine Anwälte eine Stellungnahme abgegeben, in der er sich klar für die Sicherheit und Notwendigkeit von Impfungen ausspricht. <https://web.archive.org/web/20140828211540/http://www.morganverkamp.com/august-27-2014-press-release-statement-of-william-w-thompson-ph-d-regarding-the-2004-article-examining-the-possibility-of-a-relationship-between-mmr-vaccine-and-autism/>

• Bob Sears

Prominenter amerikanischer Pädiater mit eigener Praxis und häufigen Auftritten in Del Bigtrees Talkshow, Autor einiger Bücher zum alternativen Impfen und Herausgeber einer umfangreichen pädiatrischen Beratungs-Website. Er spielt im Film den Pädiater, der sich durch die Enthüllungen von Hooker und Wakefield zum Gegner der frühen MMR-Impfung wandelt. <https://www.askdrsears.com/>

Zu den Thesen des Films

a) Die MMR-Impfung erhöht das Autismus-Risiko, wenn sie vor dem Alter von 3 Jahren gegeben wird

Angebliche Beweise:

- Im Film mit hoch emotionalen Bildern und Interviews geschilderte und nicht weiter überprüfbare Einzelfälle von Kindern, die teilweise unmittelbar nach einer MMR-Impfung oder in großer Nähe zu einer MMR-Impfung erstmals autistische Symptome gezeigt haben sollen oder Fieberkrämpfe erlitten, was dann angeblich in Autismus-Spektrum-Störungen mündete.
- Von der CDC unterdrückte Daten (nach heimlich protokollierten Aussagen des Whistleblowers Thompson bei Telefonaten mit Hooker) in der Pediatrics Studie aus 2004.
- Zunahme der ASS-Diagnosen in den letzten Jahren, parallel zur Zunahme der frühen MMR-Impfung.

Kommentar: Hier zeigt sich die hoch manipulative Machart des Films: es werden berührende Bilder von einigen Kindern mit möglichen Symptomen einer Autismus-Spektrumstörung (und eventuell auch anderen neurologisch nicht definierten Erkrankungen?) gezeigt und Interviews mit deren Eltern eingeblendet. Keiner der geschilderten Einzelfälle wird wissenschaftlich oder medizinisch eindeutig bewiesen. Die als wissenschaftlich dargestellten Fakten (Graphiken, Interviews) weisen methodische Fehler auf oder werden dargelegt, ohne einen weiteren wissenschaftlichen Beweis zu führen. Diese Belege gibt es auch nicht. Alle verfügbaren, verstärkt in den letzten 20 Jahren durchgeführten Analysen, konnten keine erhöhte Risikorate für Autismus in zeitlichem oder ursächlichem Zusammenhang zu MMR-Impfungen finden. Das Paul-Ehrlich-Institut hat gerade im März 2017 eine Zusammenstellung der betreffenden Analysen veröffentlicht. Referenz (Seiten 22-23): <http://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/vigilanz/bulletin-zur-arzneimittelsicherheit/2017/1-2017.pdf> Der im Film erwähnte Impfstoff Pluserix wurde wegen des enthaltenen Mumps-Impfstamms (Urabe) in Deutschland 1992 vom Markt genommen, weil dieser tatsächlich ein erhöhtes Risiko für eine aseptische Meningitis nach der Impfung beinhaltete. Die geschilderten Fieberkrämpfe kommen nach der MMR-Impfung tatsächlich vor. Nach der Impfung kann es nach 7-10 Tagen zu fieberhaften Reaktionen kommen, die

wiederum, vor allem bei prädisponierten Kindern, selten auch mit Fieberkrämpfen einhergehen können. Eine kausale Verbindung zwischen Fieberkrämpfen und Autismus existiert nicht.

b) Datenunterschlagung und Fälschung durch das CDC in 2004

Angebliche Beweise: Neubewertung der Daten dieser Studie in 2013 und 2014 durch B. Hooker nach dessen eigenen Methoden und nach Telefonaten mit W. Thompson

Kommentar: Ziel der ursprünglichen CDC-Studie war es, zu untersuchen, ob eine frühe MMR-Impfung die Entwicklung von autistischen Entwicklungsstörungen begünstigt. In der retrospektiven Fall-Kontroll-Studie des CDC wurden MMR-Impfdaten von 624 von Autismus betroffenen Kindern im Großraum Atlanta mit denen von 1.824 Kindern ohne diese Diagnose verglichen. Mit solch einem Studiendesign lassen sich mögliche Signale für Assoziationen zu dieser Diagnose erkennen, es dient allerdings nicht zur Kausalitäts-Prüfung. Bei der Berechnung wurden, gemäß einer guten wissenschaftlich-epidemiologischen Praxis, mögliche Confounder berücksichtigt. Die Studie fand keinen Beweis für eine Verursachung von Autismus durch die MMR-Impfung, wenn im Alter von unter 18 Monaten oder unter 24 Monaten geimpft wurde. Ein geringer Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Autismus bei einer Impfung unter 36 Monaten versus über 36 Monaten konnte sehr gut erklärt werden. Auch auf den Vorwurf der Datenfälschung oder -unterschlagung wurde nach Hookers Veröffentlichung explizit eingegangen. Die Studie wie die Daten sind öffentlich verfügbar. <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/2/259>

Hooker bewertete in seiner Studie alle aufgetretenen Fälle und stellte in der Gruppe der im Alter von 24 bis 31 Monaten geimpften afro-amerikanischen Jungen eine höhere Rate von Autismus-Diagnosen fest. Diese nachträgliche Auswertung von Daten ist allerdings nach den Methoden der Epidemiologie falsch, denn er nutzt die Methodik einer Kohortenstudie (Berechnung des Relativen Risikos,) anstatt im Rahmen dieser Fall-Kontroll-Studie eine Odds-Ratio zu berechnen. Erwartungsgemäß kommt er zu einer falschen Einschätzung des Risikos. Die Studie wurde aus diesen Gründen und wegen nicht offengelegter Interessenkonflikte wieder zurückgezogen. Außerdem ist die

Fallzahl (wird in der Studie nicht genannt) sicher zu gering, um zu validen Aussagen kommen zu können.

Referenz: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183946/>

c) Masern-Mono-Impfung hat ein geringeres Autismus-Risiko als MMR-Kombi-Impfung

Angbliche Beweise: Keine

Kommentar: Dazu gibt es keinerlei Studien. Weltweit wird der Masern-Mono-Impfstoff fast ausschließlich in Dritt-Welt-Ländern angewandt, wo er auch schon mit 9 Monaten geimpft wird. Vergleichsstudien mit MMR ergaben vergleichbare Effektivität und Sicherheit, es gab keinerlei Hinweise auf Autismus. Interessant ist, dass A. Wakefield hier einen Interessenkonflikt verschweigt, denn er hält ein Patent auf einen Masern-Mono-Impfstoff.

Referenz: Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C., Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD004407. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub3.

d) Autismus-Prävalenz nimmt drastisch zu, in 2032 werden 50 % aller Kinder und dabei 80 % aller Jungen Autismus-Spektrum-Störungen haben.

Angbliche Beweise:

Die Prävalenzstatistiken der letzten Jahrzehnte zeigen einen Anstieg der Autismus-Diagnosen, der angeblich einer Exponentialkurve gleicht. Wenn man diese weiter extrapoliert, gelangt man zu diesem Wert. ASS-Fälle treten deutlich gehäuft bei Jungen auf.

Kommentar: Diese monströse Behauptung im Film trägt geradezu groteske Züge und ist in der einschlägigen Wissenschaft (Epidemiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie) nirgends unterstützt. Diese Hypothese wird im Film mit Hilfe von beeindruckenden Grafiken von einer MIT-Computer-Wissenschaftlerin (Stephanie Seneff) aufgestellt, die mit Zahlen und vor allem Korrelationen eigentlich umgehen können sollte, die aber keinerlei wissenschaftliche Expertise im Bereich der Epidemiologie, der Vakzinologie oder der Autismus-Forschung hat. Die Prävalenzrate der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS-Diagnosen) hat in den letzten Jahren hauptsächlich zugenommen, da die Diagnose-Kriterien im ICD und im DSM erweitert und präzisiert wurden. Es wurden

auch leichtere und spezielle Ausprägungen den ASS zugeordnet und außerdem konnten die diagnostischen Ressourcen verstärkt werden. Die ASS-Diagnosen werden nicht mehr nur bei Schulkindern, sondern auch bei Kleinkindern und Erwachsenen gestellt. Dieser Prävalenz-Anstieg hat mittlerweile aber ein Plateau erreicht, es wird mit einer Häufigkeit von 1:160 (Deutschland) bis 1:68 (USA) gerechnet.

Referenz: Elsabbagh, M et alii, Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders, *Autism research*, 2012 Jun; 5(3): 160-79. doi: 10.1002/aur.239. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aur.239/abstract;jsessionid=6126C347DAD5739A16BCBE0CFE3B413.f03t04>

e) Das CDC hat in 2004 Daten einer Studie gefälscht, die den Zusammenhang zwischen MMR-Impfung und Autismus prüfen sollte.

Angbliche Beweise:

Telefonat-Mitschnitte von 2013 und 2014, in denen W. Thompson behauptet, dass das CDC bei der Atlanta-Studie in 2004 nachträglich Datenkorrektur vorgenommen habe.

Kommentar: Siehe auch unter b)

f) Thiomersal und Autismus

Angbliche Beweise: Keine

Kommentar: Für Thiomersal liegen inzwischen große Metaanalysen vor, die einen Zusammenhang zwischen diesem Konservierungsstoff und der Entstehung von neurologischen Erkrankungen wie Autismus ausschließen. Obwohl in den meisten Ländern Thiomersal schon in den 90er Jahren aus allen Kinder-Impfstoffen herausgenommen wurde, kam es zu einem weiteren Anstieg von ASS-Diagnosen. Thiomersal wird in MMR-Impfstoffen weltweit und in allen in Deutschland aktuell eingesetzten Impfstoffen nicht mehr verwendet.

g) Impfstoffe werden hinsichtlich ihrer Sicherheit nicht ausreichend und sogar in geringerem Umfang geprüft als andere Medikamente.

Angbliche Beweise: Keine

Kommentar: Impfstoffzulassungen sind international an sehr rigide Bedingungen gebunden, die notwendige Patientenzahl für die erforderlichen randomisierten Vergleichsstudien (aus ethischen Gründen nur ganz selten mit Placebo-Kontrolle, sondern meistens mit anderen Impfungen in der Kontrollgruppe) ist mittlerweile sehr hoch,

was den Aufwand und die Forschungskosten erheblich beeinflusst. Häufige Nebenwirkungen lassen sich so schon vor der Zulassung zuverlässig erkennen und führen ggf. zur Aufgabe einer Impfstoff-Zulassung. Nach der Zulassung werden Impfstoffe von den zuständigen firmenunabhängigen Behörden wie der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) und dem deutschen Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hinsichtlich ihrer Sicherheit vor allem auf bisher nicht erfasste seltene Nebenwirkungen überwacht. Die Behörden sind dabei zum Teil auf Meldesysteme angewiesen, zum Teil führen sie auch eigene Untersuchungen durch. Die WHO hat außerdem eine globale Kommission für Impfstoffsicherheit (GACVS) eingesetzt, die alle weltweiten Signale zu eventuellen Impfstoff-Sicherheitsproblemen regelmäßig sichtet und bewertet. Die Ergebnisse der GACVS-Sitzungen werden veröffentlicht. Das Paul-Ehrlich-Institut veröffentlicht regelmäßig die Daten aus den Meldungen zur Impfstoffsicherheit und führt ein öffentlich zugängliches Register.

Referenzen: <http://www.pei.de/DE/arzneimittelsicherheit-vigilanz/pharmakovigilanz/bulletin-zur-arzneimittelsicherheit/bulletin-arzneimittelsicherheit-node.html>
http://www.who.int/vaccine_safety/committee/en/

Weitere Quellen:

Zu all diesen Behauptungen und zu den beteiligten Personen Wakefield, Hooker und Thompson gibt es viel Lesenswertes in diesem amerikanischen Blog: <http://www.harpocratesspeaks.com/2014/09/mmr-cdc-and-brian-hooker-media-guide.html>

Zusammenfassung

Dieser Propaganda-Film kann massiven Schaden anrichten. Er ist hoch manipulativ und arbeitet mit massiven Falsch-Informationen. Wakefield hat nachgewiesenermaßen seine Lancet-Studie in 1998 gefälscht und finanzielle Abhängigkeiten verschwiegen. Jetzt versucht er zusammen mit Hooker und anderen Mitstreiter/innen aus der in den USA lukrativen Autismus-Szene erneut, mit eigenen Datenfälschungen (Hooker 2014, zahlreiche Details dieses Films) und der Behauptung von Datenfälschungen durch das CDC seine absurde These zu untermauern, dass Impfungen Autismus auslösen können.

- Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz für eine kausale Korrelation zwischen MMR-Impfungen zu einem beliebigen Zeitpunkt oder von anderen Impfstoffen und der Entstehung von Autismus.
- Alle gängigen MMR-/MMRV-Impfstoffe in Deutschland sind sicher und beinhalten keinerlei Risiko einer Autismus-Entstehung.
- Alle Impfstoffe werden sowohl in den USA als auch in Europa vor und nach ihrer Markt-Einführung sehr gründlich auf ihre Sicherheit untersucht.
- Thiomersal wurde in großen Studien von dem Verdacht der Auslösung neurologischer Komplikationen „freigesprochen“, befindet sich weltweit in keinem MMR-Impfstoff und wird in Deutschland gar nicht mehr eingesetzt (zuletzt 2009 in den Mehrdosis-Behältnissen von Pandemrix) und in den USA nur noch in wenigen Impfstoff-Mehrdosis-Behältnissen.

Der BVKJ bietet einen Flyer für verunsicherte Zuschauer dieses Films zum download an: https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/Flyer_zu_Vaxxed.pdf

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Terhardt
Kinder- und Jugendarzt
10827 Berlin
E-Mail: martin.terhardt@t-online.de
Red.: WH

Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrische Endokrinologie

Die Kinderendokrinologie und -diabetologie ist ein Spezialgebiet innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin. Sie beschäftigt sich mit den Grundlagen der Diagnostik, der Klinik und der Therapie von hormonellen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Hierzu gehören hormonell bedingte Wachstumsstörungen, Pubertätsentwicklungsstörungen, Knochenstoffwechselstörungen, Störungen der Geschlechtsentwicklung, ebenso wie Erkrankungen der Hypophyse, der Schilddrüse, der Nebenniere, der Gonaden und der Nebenschilddrüse und der Diabetes mellitus Typ 1. Die betroffenen Patienten leiden meist an einer chronischen Krankheit, die eine interdisziplinäre Betreuung erfordert, sowie eine kontinuierliche und kompetente Schulung der Patienten und ihrer Familien. Der Erwerb der Schwerpunktbezeichnung (in einigen Kammerbereichen auch „Zusatzbezeichnung“) baut auf der Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin auf und dauert 36 Monate. Davon können 12 Monate während der Facharztweiterbildung und 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.



Kirsten Salzgeber

Aktuelle Situation

Die kinderendokrinologische Versorgung erfolgt aktuell an Universitätskliniken, Kinderkrankenhäusern und in Schwerpunktpraxen bzw. von niedergelassenen Kollegen. Bei z. T. langen Wartezeiten werden die Kinder teilweise auch in endokrinologischen Praxen der Inneren Medizin gesehen. Das **Gros der Betreuung erfolgt ambulant**, stationär finden v. a. Diabetesneueinstellungen und -schulungen statt.

Eine Zusammenarbeit mit Radiologen (Knochenalterbestimmung, Kernspinto-

mographie des Schädels) und einem endokrinologischen Labor mit altersspezifischen Normwerten ist essentiell. Ebenso ist ein **Netzwerk** mit überschneidenden Subspezialitäten (z. B. Gastroenterologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie, Humangenetik) wichtig.

Untersuchungsablauf

Für eine adäquate Betreuung ist neben einer ausführlichen Eigen- und Familienanamnese, eine exakte Auxologie einschließlich Anlegen eines Verlaufsomatomogramms (gelbes Heft!) und eine komplette

Untersuchung des Kindes nötig. Ein profundes Wissen über Stigmata ist essentiell, um syndromale Erkrankungen zu erkennen. Im Anschluss muss entschieden werden, ob eine weiterführende Diagnostik indiziert ist. Das **diagnostische Panel** umfasst die **Sonographie** von Schilddrüse, Abdomen und inneren Genitale bzw. Gonaden. Im **Labor** gibt es neben der Bestimmung zahlreicher Basalwerte, die Möglichkeit von Funktionstests, sowie zyto- und molekulargenetische Untersuchungen. Mittels **Röntgenbild** der linken Hand kann durch geübte Untersucher das Knochenalter nach Greulich und Pyle, sowie die prospektive Endlänge nach Bayley und Pinneau bestimmt werden. Bei Verdacht auf eine zentrale Erkrankung ist eine **Kernspintomographie** mit hypothalamisch hypophysärer Dünnschichtung u. U. mit Kontrastmittelgabe nötig.

Überweisungsgründe

- Vorgestellt werden sollten Kinder mit **Wachstumsstörungen**, also Kinder, die mit ihrer Größe unter der 3. oder über der 97. Perzentile liegen, bzw. bei denen die Wachstumsgeschwindigkeit unter der 25. oder über der 90. Perzentile liegt. Hierbei gilt es zu unterscheiden zwischen familiärem, idiopathischem oder syndromalem Kleinwuchs, einem Wachstumshormonmangel, einer konstitutionellen Entwicklungsverzögerung oder einer sekundären Wachstumsstörung, ausgelöst durch eine Hypothyreose oder eine Zöliakie. Bei Großwuchs ist neben der familiären, syndromalen (z. B. Sotos Syndrom) und idiopathischen Form, oder einer passageren Entwicklungsbeschleunigung mit einer Endlänge im Normbereich auch an eine, im Kindesalter seltene, Form der Akromegalie/Wachstumshormonexzess zu denken.
- Ein weiterer Konsultationsgrund sind Auffälligkeiten der **Pubertätsentwicklung**. Hier muss bei zu frühen Pubertätszeichen zwischen pubertären Teilentwicklungsstörungen (prämaturre Thelarche/Pubarche), einer konstitutionellen/adipositasgetriggerten Entwicklungsbeschleunigung, einer zentralen Pubertas praecox vera bzw. einer peripheren Pseudopubertas praecox unterschieden werden. Bei fehlenden Pubertätszeichen liegt meist eine

konstitutionelle Entwicklungsverzögerung vor, ein hyper- oder hypogonadotroper Hypogonadismus muss ausgeschlossen werden. Auch Zyklusstörungen, wie Oligomenorrhö, Hypermenorrhö und Polymenorrhö führen zur Vorstellung. In den ersten 2 Jahren nach der Menarche stellen Zyklusunregelmäßigkeiten durch die z. T. noch fehlende Ovulation eine Normvariante dar und sind nicht abklärungsbedürftig. Im Gegensatz dazu kommt es bei zu später Diagnosestellung und Therapie der juvenilen Dauerblutung (Mens > 14 Tage) bzw. der schweren uterinen Blutung (> 80 ml) zu einer Eisenmangelanämie. In letzter Zeit stark zunehmend ist die Konsultation wegen vermehrter Körperbehaarung. Dabei muss zwischen einer meist ethnisch bedingten Hypertrichose (insgesamt vermehrte Körperbehaarung) und einem Hirsutismus (Frauen mit männlichem Behaarungstyp) unterschieden werden. Bei letzterem sollte der Ausschluss einer Hyperandrogenämie und eines polycystischen Ovarsyndromes (PCOS) erfolgen. Aber auch eine Brustentwicklung beim Jungen oder die fehlende Brustentwicklung des Mädchens stellen Vorstellungsgründe dar.

- Weitere Beispiele sind **Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung** (DSD), Maldescensus testis, Uterusaplasie oder primäre Amenorrhö des sonst reif entwickelten Mädchens. Gerade wenn Auffälligkeiten des äußeren Genitales bereits im Neugeborenenalter zu erkennen sind, müssen rasch lebensbedrohliche Komplikationen, wie sie beim adrenogenitalen Syndrom mit Salzverlust auftreten, erkannt werden. Die sehr diffizile Diagnostik und Therapie bedarf eines multiprofessionelles Teams aus Kinderendokrinologen, Kinderchirurgen, Kinderurologen, Kinderradiologen, Kinderpsychologen/-psychiatern und Humangenetikern mit entsprechender Expertise.
- Abzugrenzen davon sind Kinder und Jugendliche mit einer sogenannten **Geschlechtsidentitätsstörung**, die in der Regel keine endokrinologischen, anatomischen oder chromosomalen Anomalien aufweisen. Hier ist es wichtig, die Jugendlichen auf ihrem Weg zum Wunschgeschlecht zusammen mit sogenannten Genderspezi-

alisten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu begleiten, die als extrem belastend empfundenen pubertären Veränderungen zu verhindern und gegebenenfalls eine gegengeschlechtliche Hormontherapie einzuleiten.

- Einer der häufigsten Vorstellungsgründe sind Erkrankungen der **Schilddrüse**. Häufig handelt es sich nur um eine nicht therapiebedürftige TSH Erhöhung z. B. bei Adipositas oder im Rahmen des pubertären Wachstums. Da es sich hierbei um eine Ausschlussdiagnose handelt, muss zuvor sonographisch eine Struma oder Autoimmunthyreoiditis ausgeschlossen werden. Die konnatale Hypothyreose ist meist durch eine Dysgenese der Schilddrüse bedingt und sollte im Neugeborenen screening (TSH > 15 mU/l) auffallen. Ein Therapiebeginn – nach entsprechender Konfirmationsdiagnostik – in ausreichender Dosierung (10–15 µg/kg/d) sollte möglichst bis zum 7. (–14.) Lebensstag erfolgen. Die rasche TSH Normalisierung ist der Prädiktor für eine später optimale kognitive Entwicklung und ein normales Hörvermögen. Bei angeborener Schilddrüsenunterfunktion mit Struma ist an eine Synthesestörung des Schilddrüsenhormones (meist autosomal rezessiv) zu denken. Daher sollte eine genetische Untersuchung veranlasst werden, der Schilddrüsenperoxidase-Defekt ist am häufigsten. Diese Kinder benötigen eine deutlich höher dosierte Thyroxintherapie. Nicht zu vernachlässigen ist die deutlich seltenere, zentrale Hypothyreose. Klinisch wesentlich dramatischer verläuft eine Hyperthyreose, die meist autoimmun bedingt ist (M. Basedow). Hier bedarf es einer raschen adäquaten Therapie mit einem Thyreostatikum (meist Carbimazol), um eine Thyreotoxikose zu verhindern. Ganz im Gegensatz zu der meist symptomarmen hyperthyreoten Verlaufsform der Hashimotothyreoiditis, die im Allgemeinen keiner Therapie bedarf. Aber auch Knoten und Schilddrüsenkarzinome sind schon im Kindesalter zu finden. Bei sonographisch auffälligen Befunden sollte an eine Feinnadelpunktion gedacht werden.

- Die Inzidenz von **Übergewicht** und **Adipositas** ist stetig steigend. Meist sind zu hohe Kalorienzufuhr und Bewegungsmangel die Ursache. Bei sehr frühem Beginn, exzessivem Anstieg oder zusätzlichen Beschwerden, wie z. B. unzureichendes Wachstum, sollte jedoch eine endokrinologische Ursache (z. B. Hypothyreose, Hypercortisolismus) ausgeschlossen werden. Auch an syndromale Ursachen, wie bei einem Leptinmangel oder einem MC4 Rezeptor Defekt ist zu denken. Um Folgeerkrankungen wie Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz oder Bluthochdruck zu verhindern, ist eine kindgerechte Ernährungsberatung zur Umstellung der Ernährungsgewohnheiten und Verstärkung der Bewegung essentiell.
- Aber auch **Essstörungen** und Unterernährung stellen einen Vorstellungsgrund dar. Eine latente Zöliakie bleibt oft wegen der geringen Klinik (verlangsamtes Wachstum, späte Pubertätsentwicklung) lange unentdeckt. Eine nicht adäquat therapierte Zöliakie kann im Erwachsenenalter zu Osteoporose und Fertilitätsproblemen führen.
- Erkrankungen der **Nebennierenrinde** sind wesentlich seltener und werden daher häufig übersehen. Die häufigste Form – das klassische adrenogenitale Syndrom – wird fast immer durch das Neugeborenencreening entdeckt. Andere Krankheitsbilder sind die Nebennierenrindeninsuffizienz (M. Addison), das Cushing Syndrom (Hypercortisolismus) und das Conn Syndrom.
- Erkrankungen des **Knochens** sind im Kindesalter selten, können aber bereits ab dem Säuglingsalter auftreten. Klinisch fallen eine verzögerte motorische Entwicklung, Deformitäten des Knochens oder vermehrte Frakturen bei Bagateltraumata auf. Eine rechtzeitige Diagnostik und angemessene Therapie sind essentiell für eine altersgerechte Entwicklung. Aber auch der primär gesunde Knochen kann durch einen Substratmangel in seiner Entwicklung gestört werden, wie man es bei der Vitamin D Mangel Rachitis kennt. Letztere steigt in ihrer Inzidenz in letzter Zeit erheblich an, bedingt durch den Strukturwandel (weniger Aufenthalt im Freien zwischen 10–15 Uhr, den steigenden Migrantenanteil (verhüllende Kleidung, Ernährung, dunkle Hautfarbe) und der Verwendung von Sunblockern.
- **Hypophysäre Störungen**, angeboren (z. B. empty sella Syndrom) oder erworben (Z. n. Schädelhirntrauma, Hypophysitis) komplettieren das Spektrum in einer kinderendokrinologischen Sprechstunde.
- **Syndromale Erkrankungen**, wie das Down-Syndrom, das Prader-Willi-Syndrom, das Silver-Russel-Syndrom, das Ullrich-Turner-Syndrom oder das Noonan-Syndrom zeigen per se eine krankheitsspezifische somatische Entwicklung, haben aber auch eine erhöhte Inzidenz für endokrinologische Erkrankungen und stellen z. T. eine Indikation zur Wachstumshormontherapie dar.
- Die steigenden Überlebensraten **onkologisch erkrankter Kinder** bieten ein breites Spektrum an **Spätfolgen** durch die Radiatio oder Chemotherapie. Detaillierte Auflistungen finden sich in den GPOH-Leitlinien, da es je nach Art und Dosis der Bestrahlung bzw. dem verwendeten Chemotherapeutikum zu vielfältigen Störungen aus dem gesamten Gebiet der Endokrinologie kommen kann. Auch gibt es bereits Ansätze für eine prophylaktische Therapie, um Spätfolgen zu reduzieren (Leuprorelintherapie zum Schutz der Ovarien).
- Neben dem für das Kindesalter typischen Insulinmangel **Diabetes** (Typ 1), gibt es noch den Typ 2 Diabetes, der gekennzeichnet ist durch eine Störung der Insulinwirkung und den monogenetischen Typ 3 Diabetes (MODY). Zum einen steigt das Spektrum der zur Verfügung stehenden Medikamente stetig (verschiedenste (ultra-)kurz- und langwirksame Insuline, zahlreiche größtenteils in der Pädiatrie nicht zugelassene orale Antidiabetika (Metformin, Sulfonylharnstoffe, Glinide, DPP4-Inhibitoren, GLP1-Analoga, SGLT2-Hemmer, Glukosidasehemmer), zum anderen macht der technische Fortschritt (Pumpentherapie (CSII); Sensoreinsatz zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM/ FGM)) eine sehr individualisierte Therapie nach den Bedürfnissen der Patienten möglich. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit speziell für die Kinder

ausgebildeten Diabetesassistenten/-beratern wichtig.

.....
In PaedExpert® sind bis jetzt die Pubertas praecox und die Hashimotothyreoiditis verankert. In den AWMF Leitlinien findet man zahlreiche Abhandlungen über die wichtigsten endokrinologischen Erkrankungen (www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html).
.....

Honorarsituation

Die Konsultation kann einmal im Quartal mit der Komplexziffer 04000f (15,80–24,85 € je nach Alter) und 04580 (17,48 €), sowie der Gesprächsziffer 04230 (9,48 € je 10 Minuten) abgerechnet werden. Laboruntersuchungen laufen bei endokrinologischen Erkrankungen wegen der Ausschlussziffer 32017 extrabudgetär. Zusätzlich abgerechnet werden können die Sonographie der Schilddrüse (33012 = 8,95 €), des Abdomens (33042 = 16,53 €) und des inneren Genitales beim Mädchen (33044 = 14,85 €) bzw. die Uro-Genitalsonographie beim Jungen (33043 = 9,16 €).

Organisation

Die pädiatrischen Endokrinologen waren organisiert in der Arbeitsgemeinschaft der pädiatrischen Endokrinologen (APE) und die pädiatrischen Kinderdiabetologen in der Arbeitsgemeinschaft der pädiatrischen Diabetologen (AGPD). 2011 erfolgte der Zusammenschluss zur deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie e. V. (DGKED). Auf der Internetseite www.paediatrie-endokrinologie.de finden sich, neben vielen anderen Informationen, Listen von Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung, sowie Zentren mit Weiterbildungsermächtigung.

Internationale Vereinigungen sind die ESPE (European Society for Pediatric Endocrinology) und die ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes).

Korrespondenzadresse:

Kirsten Salzgeber
Endokrinologikum Ulm, 89073 Ulm
E-Mail: [kirsten.salzgeber@
endokrinologikum.com](mailto:kirsten.salzgeber@endokrinologikum.com)

Red. WH

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Bewilligung von Kinder- und Jugendreha-Maßnahmen – Es geht voran!

Der BVKJ widmet sich seit dem letzten Jahr stark dem Thema der Bewilligung von Kinder- und Jugendrehabilitations-Maßnahmen, nachdem in der Vergangenheit viele Anträge von Kinder- und Jugendärzten/-innen abgelehnt wurden.

„Unsere Gesellschaft kann es sich nicht leisten die Gesundheit ihres Nachwuchses leichtfertig aufs Spiel zu setzen. Neben dem individuellen Leid, das chronische Krankheiten betroffenen Kinder und Jugendlichen zufügen, entsteht auch ein volkswirtschaftlicher Schaden immensen Ausmaßes. Der BVKJ begrüßt daher die seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) ergriffenen Maßnahmen, die einen barrierefreien Zugang zu Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation zum Ziel haben. Ein erster Erfolg ist erfreulicherweise bereits feststellbar“ so Verbandspräsident Dr. Thomas Fischbach.



Durch eine enge Kooperation und viele Treffen zwischen dem BVKJ und der Deutschen Rentenversicherung, die insbesondere der Präsident Dr. Thomas Fischbach und Vorstandsmitglied Dr. Klaus Rodens wahrnahmen, fanden sich Möglichkeiten einer Ziel gerichteteren Antragstellung, die im Ergebnis zu mehr Bewilligungen führte. Dabei eröffnete auch das Flexirenten-Gesetz neue Möglichkeiten (vgl. „Kinder- und Jugendarzt Hefte 12-2016/1-2017, S. 838 und 840 sowie 3-2017, S. 88“).

So berichtete Alwin Baumann vom Bündnis für Kinder- und Jugend-Reha, dass durch das Flexirentengesetz, die Briefe des Bündnisses und die Aktivitäten des BVKJ (Briefe an die Politik sowie an die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) die Anträge im März 2017 gegenüber dem Vorjahr um

20,5 %, im ersten Quartal insgesamt um 6,7 % angestiegen waren. Bewilligt wurden von der DRV im März 2017 gegenüber dem Vorjahr um 31,5 % mehr Anträge, im ersten Quartal insgesamt 14,9 % mehr.

Wir haben diese positive Entwicklung zum Anlass genommen, einigen zentralen Experten Fragen zu stellen. Ziel ist es auch, zu erfahren, wo ggf. noch weiterer Handlungsbedarf besteht.

1. Was hat sich in der Kooperation zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten mit der Deutschen Rentenversicherung und den REHA-Kliniken verbessert, das die aktuell gute Entwicklung der REHA-Antragszahlen erklärt?

Dr. med. Markus Jaster (Abteilungsarzt, Abteilungsleitung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund)

„Ich glaube, dass ehrliche Kommunikation und ein vertrauensvoller, verlässlicher Umgang der einzelnen Akteure miteinander wichtig sind. Auch die Bemühungen der DRV um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Rehabilitandenbefragung zum subjektiven Rehaerfolg) haben das Vertrauen in die Güte der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation gestärkt: sie genießt als sinnvolle Ergänzung zur kurativen Medizin für chronisch kranke Kinder und Jugendliche ein hohes Ansehen bei Eltern und behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Einen raschen und barrierearmen Zugang wollen wir Ärztinnen und Ärzte im Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund durch

Transparenz den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gegenüber ermöglichen. Ein kluger Mann hat mir kürzlich zu den Antragszahlen gesagt: Erfolg hat viele Väter, Misserfolg ist ein Waisenkind.“

Ulrich Hartschuh (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Abteilung Reha-Management):

„Ich glaube, dass eine ernsthafte Kooperation überhaupt erst seit wenigen Jahren praktiziert wird. Diese reicht von individuellen Kontakten über standardisierte Kommunikationsprozesse bis hin zu – grafisch und sprachlich – verbesserten Anträgen, Vordrucken und Infomaterialien. Wir reden nicht mehr übereinander, sondern miteinander. Und das macht sich allmählich bezahlt.“

Dr. Lutz Müller (Vorsitzender des BVKJ Landesverbandes Hessen, Experte für Kinder und Jugendrehabilitation):

„Nach zahlreichen Veranstaltungen auf regionaler Ebene und auch bei überörtlichen Kongressen stellten die Reha-Kliniken ihre Kompetenz dar und leisteten Überzeugungsarbeit für ihre qualitativ anspruchsvollen Ziele. Der vorher eher spärlich ausgeprägte Sinn für Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Pädiatern weicht hier langsam der Einsicht, dass Rehabilitation in einer Reha-Klinik eigentlich gut initiiert werden kann. Auf der anderen Seite merken wohl jetzt auch gerade niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, dass durch DMP veranlasste Therapieregimes ergänzt oder sogar erst durch einen stationären Aufenthalt chronischen Erkrankungen gut begründet einer Besserung zugeführt werden können.“

Doch muss der Aufwind der Reha-Anträge sorgfältig analysiert werden. Möglicherweise wird auch Einiges allzu blauäugig formuliert, da der Eindruck entstehen konnte, wenn das Formular ausgefüllt ist, wird der Antrag durchgewinkt.“

Alwin Baumann (Bündnis Kinder- und Jugend-Reha: www.kinder-und-jugend-reha-im-netz.de):

„Seit wenigen Monaten werden einerseits mehr Anträge gestellt und andererseits nur noch wenige Anträge abgelehnt. Zu beiden positiven Entwicklungen für chronisch kranke Kinder und Jugendliche hat die deutlich intensivierte Zusammenarbeit zwischen dem BVKJ, dem Bündnis Kinder- und Jugend-Reha und der Deutschen Rentenversicherung beigetragen – flankiert durch das im Dezember in Kraft getretene **Flexirentengesetz**, das die Kinder- und Jugendreha zur Pflichtleistung gemacht hat. Es gab Treffen und Gespräche sowie Veröffentlichungen im „Kinder- und Jugendarzt“ und in der weiteren Fach- und Tagespresse. Entscheidend für die Kinder- und Jugendärzte war das Informationsschreiben des Präsidenten Dr. Thomas Fischbach an alle niedergelassenen Ärzte im Januar. Die Zahl der Ablehnungen ist gesunken, weil die DRV bei der Antrag-

stellung in den Dialog mit den Zuweisern eingetreten ist.“

2. Welche Perspektiven und Chancen sehen Sie im neuen Flexirentengesetz für die Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation?

Dr. med. Markus Jaster:

„Ich hoffe, dass wir noch flexibler und passgenauer auf die Bedarfe der rehabilitationsbedürftigen Kinder und Jugendlichen werden eingehen können.“

Ulrich Hartschuh:

„Bei dieser Frage genügt ein Blick in die Begründung des Flexi-Renten-Gesetzes. Dort steht: *Mit der Zuständigkeit für die ambulante und stationäre Kinderreha sowie zur Nachsorge erhalten die Träger der Rentenversicherung die Zuständigkeit für die gesamte Versorgungskette der Kinderrehabilitation.* Die Politik hat also geliefert. Jetzt kommt es darauf an, was wir Rentenversicherungsträger aus dieser Vorlage des Gesetzgebers machen.“

Dr. Lutz Müller:

„Die Gesetzgebung schuf endlich ein Instrument zur Fortführung stationär

initiiert Maßnahmen im ambulanten Bereich, damit wird Nachhaltigkeit nicht nur ein Schlagwort, sondern erhält Bedeutung über die doch relativ kurze Dauer der Reha-Maßnahme für die gesamte Gesundheitsgeschichte eines Individuums. Die Pädiatrie sollte diese Chance aufgreifen.“

Alwin Baumann:

„Durch Pflichtleistung, ambulante Reha und Nachsorge, Ausweitung des Personenkreises sowie stärkere Einbeziehung der Familie werden wir viel mehr chronisch kranken Kindern und Jugendlichen helfen können und dies nachhaltiger als bisher. Es liegt nun uns mit Engagement und Ideen die Chancen zu nutzen, die das Gesetz uns bietet. Auch müssen die Kinder- und Jugendärzte in ihrem Alltag spüren, dass sie mit dem Gesetz und der neuen Kooperation ihre Praxisziele für Ihre Patienten besser erreichen können und unterstützt werden.“

Korrespondenzadresse:

*Kathrin Jackel-Neusser
Politische Referentin BVKJ
10115 Berlin*

*E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
Twitter: <https://twitter.com/BVKJ>*

Red.: WH

Kassen und KBV einigen sich zu Vergütung des sogenannten Pulsoxymetrie-Screenings

In der Sitzung am 21.06.2017 haben sich die KBV und der Spitzenverband der Kassen auf eine Vergütungsregelung für das Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen“ (kAHF) geeinigt.

Zum 1.7.2017 sind somit **2 Neue Gebührenordnungspositionen** (GOPs) eingeführt worden.

01702 28 Punkte (das sind derzeit = 2,94 Euro)
Beratung im Rahmen des Pulsoxyscreenings
[Erläuterung: Ansetzbar, wenn auf die Aufklärung KEINE Messung folgt]

01703 157 Punkte (das sind derzeit = 16,53 Euro)
Pulsoxymetrie am Fuß
Beratung dazu
Eventuelle zweite Messung auch inkludiert
ggf. Veranlassung der Abklärungsdiagnostik
Dokumentation

01702 geht nicht neben 01703.

Beide Ziffern gehen nur, sofern noch keine Sättigung im Gelben Heft dokumentiert wurde.

01702 und 01703 gehen bis zur U2

[Erläuterung: bis zur U2 heißt: Toleranzgrenze bis zum vollendeten 14. Lebensstag]

Mehr Details zu diesem Beschluss in PädInform: Ordner: BVKJ-Honorarausschuss: Eintrag 23.06.17 23:17.

Die BVKJ-Service GmbH wird in Kürze zwei Geräte im BVKJ-Shop zum Kauf anbieten können.

Korrespondenzadresse:

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

Der Honorarausschuss informiert

Neue Formulare zum 1. Juli und zum 1. Oktober 2017



Dr. Reinhard Bartzky

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf mehrere Neuerungen im Bereich der Formulare geeinigt, auf die wir Sie an dieser Stelle vorbereiten möchten:

- Zum 1. Juli 2017 wird ein neues Formular für die Präventionsempfehlung eingeführt. Des Weiteren gibt es eine neue Stichtagsregelung zu den sogenannten Vordruckversionen. Auch gibt es eine Überarbeitung der Erläuterungen für das Arzneimittelrezept (Muster 16). Sodann entfallen die Muster 80 und 81 und es wird ein neues Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ eingeführt werden.
- Zum 1. Oktober 2017 gibt es ein neues Formular zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege.

Einführung des sogenannten „Präventionsrezepts“

Zum 1.7.2017 wird das sogenannte Präventionsrezept eingeführt. Mit dem neuen Formular „Empfehlung von Präventionsleistungen“ (Muster 36) können Vertragsärzte Präventionsleistungen empfehlen und die Patienten diese bei ihrer Kasse einreichen. Hier wird end-

lich eine mittlerweile alte gesetzliche Vorgabe aus dem Präventionsgesetz von 2015 umgesetzt. Erst im Sommer 2016 hatte es daraufhin einen Beschluss im GBA zur Umsetzung dieses Gesetzes gegeben; nun erst folgen die Vertragspartner mit der Einführung eines Formulars!

Ärztliche Empfehlungen werden in den Bereichen

- Bewegungsgewohnheiten,
- Ernährung,
- Stressmanagement,
- Suchtmittelkonsum sowie in einem
- Freitextfeld „Sonstiges“ möglich sein.

Merke: Ein Rechtsanspruch auf die ordinierte Leistung besteht nicht, aber den gesetzlichen Vorgaben nach sollte die Kasse die Präventionsempfehlung bei ihrer Entscheidung berücksichtigen.

Neue Stichtagsregelungen

Viele alte Formulare verlieren zum 1.7. ihre Gültigkeit. Im Einzelnen dürfen fol-

gende Muster nur noch nach folgendem Versionsstand Verwendung finden:

- Muster 8 ab Version 7.2004;
- Muster 15 ab Version 4.2002;
- Muster 16 ab Version 4.2004;
- Muster 20 ab Version 4.3004;
- Muster 25 ab Version 7.2003;
- Muster 40 ab Version 4.2006.

Alte Formulare ausmisten oder lieber gleich auf den Blankodruck umsteigen und nie mehr auf aktuelle Formularversionen achten müssen, da die Softwarehäuser verpflichtet sind, die jeweils aktuellen Formulare einzupflegen.

Änderungen der Vordruckerläuterungen für das Arzneimittelrezept

Die Erläuterungen für das Arzneimittelrezept wurden grundlegend überarbeitet. Neue Ausfüllvorschriften gibt es zum Glück aber nicht. Wem diese Änderung nützt, der wird berichten.

Empfehlung 36
zur verhaltensbezogenen Prävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

1 Bewegungsgewohnheiten
2 Ernährung
3 Stressmanagement
4 Suchtmittelkonsum
Sonstiges 1

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

2

MUSTER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 36 (7/2017)

Änderung der Vereinbarung zur Europäischen Krankenversichertenkarte

KBV und GKV-spitzenverband haben ebenfalls zum 1.7.2017 eine **Änderung der „Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversichertenkarte“** mit der Anlage 20 im Bundesmantelvertrag Ärzte vereinbart.

Muster 80 fällt weg: Künftig reicht eine Kopie der EHIC (der Europäischen Krankenversichertenkarte)

Die alte datenschutzrechtlich bedenkliche Verpflichtung des Vertragsarztes zur Kopie eines Ausweisdokumentes entfällt somit ebenfalls.

Das Muster 81 wird durch ein neues Patientenformular ersetzt: Auch dieses neue Formular soll (so die Theorie) direkt in 13 gängigen Sprachen in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein und könne somit bei Bedarf in der entsprechenden Sprache ausgedruckt werden.

Dieses Procedere klingt einfacher, als das bisherige Vorgehen. Die Dokumentation ebendieses Behandlungsanspruchs musste bislang quartalsweise erfolgen, was bei einer Erkrankungsepisode um den Quartals Wechsel herum zu zwei Dokumentationen wegen einer Erkrankung geführt hatte. Künftig muss die **Dokumentation einmal innerhalb von drei Monaten** erfolgen; die Dokumentation wird auf ein „gleitendes Quartal“ überführt.

Neues Formular für die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege

Warum? Das Formular soll übersichtlicher werden, außerdem musste die **neu geschaffene Verordnungsmöglichkeit von Unterstützungspflege** Berücksichtigung finden.

Das neue Verordnungsformular für die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (Muster 12) wird es zum 1.10.2017 geben. Aus kinderärztlicher Sicht ist das Formular nur wenig einfacher geworden – das liegt daran, dass die besser strukturierten Versorgungsinhalte: Blutzuckermessung, Kompressionsbehandlung, Wundversorgung nicht DIE pädiatrischen Ordinationsgruppen sind. Kinder- und Jugendärzte sind weiterhin größtenteils auf das Feld „**Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**“ angewiesen. Eine gesonderte Begründung bei einer Verordnungsdauer von über 14 Tagen ist nicht mehr notwendig.

Mit der **Unterstützungspflege** gibt es eine Neue Leistung jetzt auch per Formular. Diese neue Leistung wurde 2016 mit den Krankenhausstrukturgesetz in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen und ist im § 37, Abs. 1a des SGB V verankert. Unterstützungspflege ist wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlechterung verordnungsfähig, soweit keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt. Hier ist eine Lücke geschlossen worden, von der wir Pädiater auch Gebrauch machen sollten!

Der GBA (Gemeinsame Bundesausschuss) berät gegenwärtig an einer Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie). Auf diesem Gebiet ist also mit weiteren Änderungen zu rechnen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartzky, 10967 Berlin

E-Mail: dr.@bartzky.de

Empfehlung von Präventionsleistungen (Muster 36) Red.: WH

Personalien

Der Berliner Kinder- und Jugendarzt Dr. Burkhard Ruppert ist auf der fünften Versammlung der aktuellen Amtsperiode der Vertreterversammlung der KV Berlin am 18. Mai mit 22 von 39 gültigen Stimmen in den dreiköpfigen

Vorstand der Berliner KV gewählt. Damit ist wieder ein Kinder- und Jugendarzt und Mitglied des BVKJ Vorstand einer KV.

ReH



Eine Frage an ...

Burkhard Ruppert, frisch gewählt in den Vorstand der KV in Berlin

Erst einmal herzliche Glückwünsche zur Wahl in den Vorstand der KV Berlin. Mit Ihrer Wahl verbinden viele Kolleginnen und Kollegen im BVKJ große Hoffnungen. Welche Projekte wollen Sie in Ihrem neuen Amt als Erstes in Angriff nehmen?

„Zunächst einmal fühle ich mich als stellvertretender Vorstandsvorsitzender

der KV Berlin für die Belange aller circa 9.000 ärztlichen und psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen zuständig.

Aber natürlich betreffen wichtige Punkte für die nahe Zukunft auch Kinder- und Jugendärzte. So wird die Neu-Organisation der Notfallversorgung im ambulanten Bereich von herausragender Bedeu-

tung sein. Weiterhin geht es um Verbesserungen bei der Weiterbildungsförderung und um die Steigerung der Attraktivität zur Niederlassung für junge Kolleginnen und Kollegen. Fachübergreifendes Impfen sollte zukünftig möglich sein.“

ReH



ab 1. Januar 2018

Abrechnung Selektivverträge nur noch elektronisch!!!



Nachdem die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits 2011 die beleghafte Abrechnung abgeschafft haben, ziehen wir nun nach und gehen mit der Zeit...

- **Alle ab dem 01.01.2018 erbrachten Leistungen aus Selektivverträgen**, die über die Fa. HCMB (Helmsauer-Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum im Gesundheitswesen GmbH) abgerechnet werden, **können dann ausschließlich digital über die Abrechnungssoftware Paed.Selekt abgerechnet werden.**
- Um einen reibungslosen Übergang zur digitalen Abrechnung sicherstellen zu können, hat die Fa. HCMB angeboten, regionale Einführungs-/Informationsveranstaltungen (z. B. in QZ's, gerne gemeinsam mit den MFA) durchzuführen. Dazu benötigen wir nun Ihre Mithilfe. Da der BVKJ e. V. keine Listen der regionalen Ansprechpartner in den Qualitätszirkeln (QZ) führt, bitten wir Sie, Ihre Informationskanäle zu aktivieren und für die Veranstaltungen zu werben.
- Die Damen im Service der BVKJ-Service GmbH (bvkj-servicegmbh@uminfo.de) werden die Kontaktdaten der interessierten QZ-Leiter sammeln und diese für die Veranstaltungsorganisation an HCMB weitergeben. Die folgenden Informationen werden benötigt:
 - Name und Kontaktdaten des Ansprechpartners im Qualitätszirkel (Telefon/Fax und E-Mail)
 - Benennung Landesverband/Region
 - Angaben dazu, ob Räumlichkeiten zur Verfügung stehen oder organisiert werden müssen
- Das Bearbeitungsentgelt für die jeweilige Praxis reduziert sich bei Online-Abrechnungen auf 1,9% (bisher 2,5% bei beleghafter Abrechnung).

Das Starterpaket erhalten Sie bei der Fa. Helmsauer. Sie erreichen das HCMB-Servicecenter unter:

Tel.: 0911 – 9292 – 400

Fax: 0911 – 9292 – 430

servicecenter@helmsauer-gruppe.de

UV-Schutz und Photodermatosen

Der Anblick von Kindern mit Sonnenbrand im Freibad, auf dem Spiel- und Sportplatz oder am Strand ist keine Seltenheit. Da die kindliche Haut bis etwa zum 12. Lebensjahr viel empfindlicher als die von Erwachsenen ist, erhöht jeder Sonnenbrand das Risiko für ein malignes Melanom (1). Doch auch ohne Sonnenbrand erhöht sich allein durch die akkumulierte UV-Lebenszeitbelastung das Risiko, in späteren Lebensjahren einen (weißen) Hautkrebs zu entwickeln. Dermatologen warnen deshalb davor, Kinder starker oder ausgedehnter Sonnenstrahlung auszusetzen. In der Beratung von Eltern, Kindern und Jugendlichen besitzen Kinder- und Jugendärzte eine Schlüsselrolle. Zumindest für die U5-Vorsorgeuntersuchung ist deshalb seit 2016 eine Beratung der Eltern hinsichtlich der UV-Strahlung und des UV-Schutzes vorgeschrieben. Denn UV-Schäden und Sonnenbrände können durch richtigen Sonnenschutz einfach vermieden werden. Und auch das Risiko nicht-karzinogener Photodermatosen lässt sich durch UV-Schutz minimieren. Der wachsende, unübersichtliche Markt an Sonnenschutzprodukten führt bei Eltern jedoch zunehmend zu Verunsicherung. Auch hier sollten Kinder- und Jugendärzte sowie Dermatologen für Eltern kompetente Ansprechpartner sein.



Dr. Dörte Petersen

Die Grundlagen

Das Sonnenlicht besteht aus einem Spektrum verschiedener Strahlenarten mit unterschiedlichen Wellenlängen (Abb. 1). Für die photobiologischen Vorgänge der Haut spielt jedoch nur die ultraviolette A und B-Strahlung eine Rolle.

Die UVB-Strahlung besteht aus kurzwelligen Strahlen, die nur in die oberste Schicht der Haut eindringen können. Wegen ihrer (geballten) hohen Energie ist die Strahlung in der Lage, hier einen Sonnenbrand auszulösen: Das UVB-Licht besitzt eine ca. 1000-fach höhere Erythemwirksamkeit als UVA-Licht. Durch die Absorption von energiereicher UV-Strahlung können sich zudem potentiell gefährliche DNA-Addukte bilden. Die Thymidin-Basen der DNA sind besonders anfällig für die kurz-

wellige UVB-Strahlung. Vernetzen sich Thymidin-Basen zu Dimeren, können Transkriptionsfehler und Genmutationen entstehen, die letztendlich für eine maligne Transformation der Keratinozyten verantwortlich sind. Zum Schutz bilden die in der Epidermis liegenden Pigmentzellen, die Melanozyten, unter UVB-Einfluss das Pigment Melanin, das sich schützend über die Zellkerne der Hautzellen legt. Weiterhin ist die UVB-Strahlung für die Vitamin D-Bildung in der Epidermis verantwortlich.

Die UVA-Strahlung ist energieärmer und damit nicht in der Lage, einen Sonnenbrand auszulösen. Ihre langwellige Strahlung kann jedoch Fensterglas durch- und in tiefere Hautschichten eindringen. Hier entstehen freie Radikale, die als sehr reaktionsfreudige Moleküle die Zellintegrität empfindlich stören können. In der Subkutis führen die freien Radikale zu Schädigungen von kollagenen und retikulären Fasern sowie Blut- und Lymphgefäßen.

Wovon hängt die Stärke der UV-Wirkung und damit die UV-Schädigung ab?

Wieviel UV-Strahlung auf der Erdoberfläche ankommt, ist vor allem vom Sonnenstand abhängig. Dieser verändert sich nicht nur im Laufe eines Tages. Am stärksten variiert der Sonnenstand bzw. Einfallswinkel mit der geographischen Breite.

Auf Höhe des Äquators müssen die Sonnenstrahlen nur einen kurzen Weg bis zur Erde zurücklegen. Die UV-Strahlung ist dort viel intensiver als etwa in Norddeutschland, wo der Einfallswinkel der Sonne wesentlich flacher ist. Während die sonnenentwöhnte Haut im norddeutschen Sommer 80 Minuten ohne Rötung bleibt, beträgt die „Erythemschwellenzeit“ in Ecuador auf Höhe des Erdmittelpunktes nur 20 Minuten.

Während der Sonnenstand über dem Äquator im Verlauf eines Jahres weitestgehend gleich bleibt, sind die Effekte der

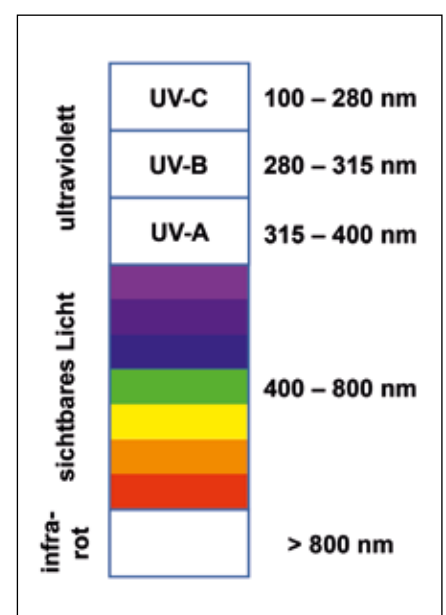


Abb. 1: UV-Spektrum. Die UV-Strahlung tritt im unsichtbaren Lichtspektrum zwischen 100-400 nm auf.

Erdkippung auf der nördlichen und südlichen Halbkugel spürbar – der Grund für die Entstehung der Jahreszeiten. Bei entsprechender Erdkippung ist der Einfallswinkel der Sonnenstrahlen im deutschen Winter so flach, dass zwischen Oktober und Februar praktisch keine hautrelevante UV-Strahlung mehr die Erde erreicht.

Der Sonnenstand ist in unseren Breiten im September derselbe wie im März – und doch ist die Sonnenintensität im Herbst größer. Diese interessante Tatsache hängt mit den jahreszeitlichen Schwankungen der Ozonschichtdicke zusammen: Der UV-Schutz nach den Sommerferien ist für Kinder deshalb wichtiger als der vor Ostern.

Weitere Faktoren, die die UV-Wirkung beeinflussen, sind u. a. die Dauer der UV-Einstrahlung, die Höhe über Normal Null, der Eigenschutz der Haut und die Bewölkung. Da auch bei bewölktem Himmel ein großer Anteil der UV-Strahlen die Wolken durchdringen kann, sollte im Sommer auf das Eincremen der Haut nicht verzichtet werden.

Im Zuge der Evolution bildeten sich je nach Lebensraum unterschiedliche Pigmentierungs- oder Hauttypen heraus. Dadurch gelang es dem Individuum erfolgreich, so wenig Strahlung wie möglich und dennoch so viel wie nötig an den Körper gelangen zu lassen; z. B. um ausreichend Vitamin D zu synthetisieren.

Thomas Fitzpatrick, ein amerikanischer Dermatologe, entwickelte die heute gebräuchlichste Klassifikation der Hauttypen. Während in Nordeuropa der keltische Typ (Typ I) und der nordische Typ

(Typ II) regelhaft anzutreffen sind, stellt der Mischtyp (Typ III) den häufigsten Hauttyp in Mitteleuropa dar (Abb. 2). Die Hauttypen unterscheiden sich nicht nur durch die Hautfarbe, sondern auch durch die Fähigkeit zu „bräunen“, das heißt, eine sonnenadaptierte Mehr-Pigmentierung zu entwickeln. Wollte man die Säuglingshaut in diesen Hautkategorien eingruppiert, so müsste man einen neuen Hauttyp „0“ definieren: Zum einen ist die Haut von Säuglingen wesentlich dünner als die von Erwachsenen. Zum anderen ist der Schutz durch eine nur wenig effektive Melaninproduktion reduziert; Babies und Kleinkinder benötigen eine besondere Sonnenprotektion.

Photodermatosen

UV-Schäden kommen zustande, weil sich große und kleine Menschen naturgemäß gerne in der Sonne aufhalten. Das Gefühl von Sonne auf der Haut wird im Allgemeinen als angenehm empfunden. Wissenschaftler der Harvard Medical School erklären dies mit der Bildung von UV-induziertem β -Endorphin, das durch seine opiatähnlichen Effekte zu einem „sun-seeking behaviour“ führen kann (2). Dies erklärt, warum sich Menschen wider besseren Wissens wiederholt und zu lange der Sonne aussetzen.

Akute Photodermatosen

Dermatitis solaris

Im Gegensatz zur Wärmestrahlung oder zum sichtbaren Licht besitzt der Mensch kein Warnsystem, das ihn bei zu

starker UV-Strahlung rechtzeitig alarmiert. Daher stellt die Dermatitis solaris, der Sonnenbrand, die häufigste Photodermatose dar.

Hinsichtlich der pathophysiologischen Grundlagen unterscheidet sich der Sonnenbrand dabei kaum von der thermischen Verbrennung. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede beim zeitlichen Ablauf. Die energiereiche UVB-Strahlung wird in der obersten Hautschicht abgebremst und kann – abhängig von der Intensität – akute Zellschäden in der Epidermis verursachen. Im Zuge der Zellschädigung werden Entzündungsmediatoren freigesetzt, die zu einer ödematösen Schwellung und Ausbreitung der Entzündung in die tiefer gelegenen Dermis führen. Blutgefäße, die in dieser Hautschicht verlaufen, weiten sich; die Haut wird rot und warm. Diese Kaskade erklärt, warum sich ein Sonnenbrand erst Stunden nach UV-Exposition bemerkbar macht – dann nämlich, wenn es bereits zu spät ist. Ist die Hautschädigung so groß, dass Epithelnekrosen und Blasen entstehen („zweitgradige Dermatitis solaris“), sollte eine stationäre Behandlung erfolgen. Des Weiteren sollte ein Sonnenbrand im Säuglingsalter, eine verbrannte KOF von > als 15 % oder eine fiebrige Dermatitis solaris zu einer stationären Einweisung veranlassen.

Die beste Therapie einer Dermatitis solaris erfolgt durch Kühlung der überhitzten Haut. Das Fortschreiten der Entzündung wird so gehemmt und der Übergang einer erst- in eine zweitgradige Verbrennung vermindert. Des Weiteren wirkt die Kühlung wohltuend und hilft

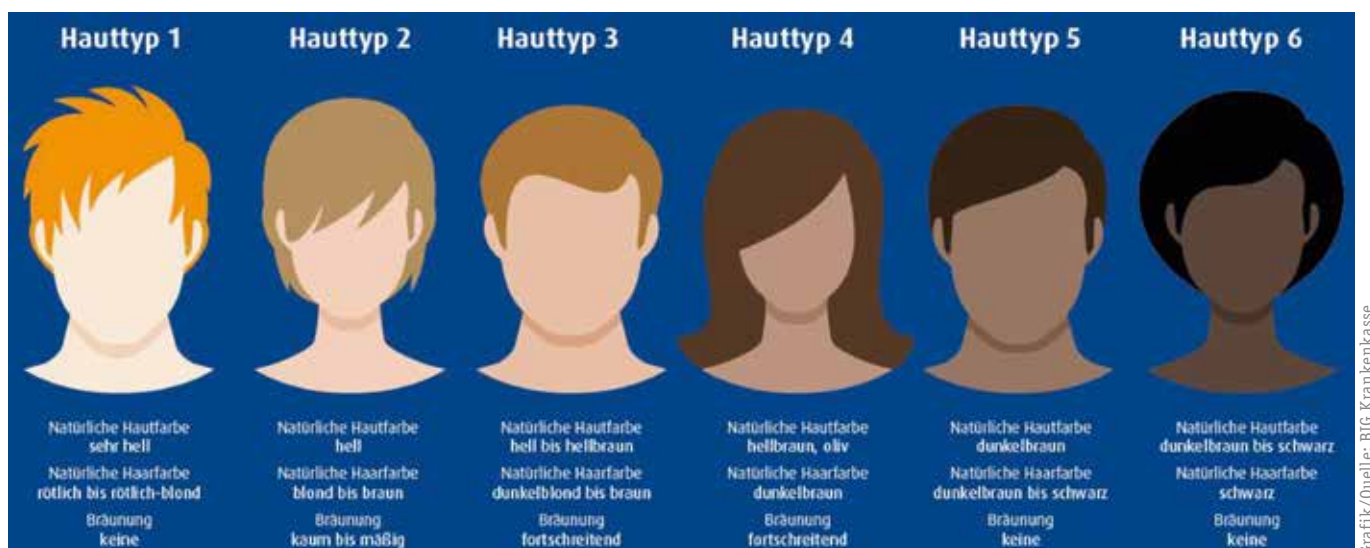


Abb. 2: Die 6 Hauttypen.

Grafik/Quelle: BIG Krankenkasse

durch Reduktion der Histaminausschüttung gegen den Juckreiz.

Von Beginn an sollten außerdem Emulsionen aufgetragen werden, um die Permeabilitätsbarriere wiederherzustellen und eine Austrocknung der Haut zu verhindern. Dazu sind stark wasserhaltige Cremes wie z. B. UEA (Unguentum emulsificans aquosum), Lotionen und Schaumsprays geeignet, die 4-5x täglich für mindestens 5 Tage aufgetragen werden sollten. Fettige Cremegrundlagen hingegen wirken okkludierend, stauen die Hitze und wirken im Heilungsprozess kontraproduktiv. Die vollständige Reparatur der Permeabilitätsbarriere ist in der Regel erst nach 2 Wochen abgeschlossen.

Dieser Feuchtigkeits- und Pflegeeffekt war vermutlich die Ursache dafür, dass sich Kortisoncremes in Untersuchungen positiv auf den Krankheitsverlauf der Dermatitis solaris auswirken. Das steht in (älteren) Lehrbüchern noch so geschrieben. Neuere Studien haben den lokal applizierten Kortikosteroiden jedoch keinen bzw. einen nur fraglichen Therapieeffekt bescheinigt (3).

Ein klarer therapeutischer Effekt konnte in klinischen Studien auch den Antioxidantien, den nicht-steroidalen Antiphlogistika und den Antihistaminika nicht nachgewiesen werden (4).

Anekdotisch sei erwähnt, dass bei einem neuen Modetrend der Sonnenbrand bewusst herbeigeführt wird: Sonnen-tattoos sind ein Trend aus Florida, der in den letzten Jahren auch nach Europa übergeschwappt ist. Zur Herstellung derselbigen wird durch selbstklebende Einmal-Tattoos ein Muster auf die Haut aufgebracht, die dann der Sonne ungeschützt ausgesetzt wird. Nach dem Abziehen hat sich das Muster in die Haut gebrannt und eignet sich zur Präsentation in sozialen Netzwerken (Abb. 3). Dies ist ein Beispiel für gefährlichen Unsinn.

Polymorphe Lichtdermatose

Auch die zweithäufigste UV-induzierte Hauterkrankung, die polymorphe Lichtdermatose (PLD), wird durch intensive Sonnenbestrahlung ausgelöst. Ursprünglich trat sie in unseren Breitengraden deshalb hauptsächlich in den Monaten März bis September auf. Durch winterliche Trips in südliche Gefilde wird diese Hauterkrankung jedoch inzwischen auch im Winter beobachtet. Typischerweise entwickelt sich 12-24 Stunden nach in-

tensiver UV-Bestrahlung auf der sonnenentwöhnten Haut prädestinierter Patienten ein juckender Hautausschlag. Dieser bleibt für die gesamte Zeit der fortgesetzten Sonnenexposition bestehen und heilt erst bei UV-Karenz ohne Residuen ab. Bei wiederholter UV-Exposition tritt durch Lichtgewöhnung der Haut („Hardening“) im Laufe des Sommers meist eine Besserung der Symptomatik auf.

Das Leitsymptom der polymorphen Lichtdermatose sind stark juckende Hautveränderungen, die papulös (Abb. 4) bzw. papulovesikulös, plaqueähnlich, urtikariell oder mückenstichartig aussehen können – daher die Bezeichnung „polymorph“. Beim einzelnen Individuum sind die Hautveränderungen jedoch fast

immer die gleichen; jedes Kind besitzt seine „eigene“ Variante der polymorphen Lichtdermatose. Auffällig ist bei diesem Krankheitsbild die jeweils heterogene Verteilung der Hauterscheinungen. Während einige sonnenexponierte Areale stark betroffen sind, kann die Haut an anderen sonnenexponierten und direkt danebenliegenden Stellen nicht betroffen sein. Die häufigste Lokalisation bei Kindern stellt der Gesichtsbereich dar.

Wegen des Juckreizes wird die PLD umgangssprachlich „Sonnenallergie“ genannt. Man weiß inzwischen, dass auch tatsächlich eine allergische Typ-IV-Reaktion auf Autoantigene zur Entstehung der Hautveränderungen beiträgt. Bei genetischer Disposition und gleichzeiti-



Abb. 3: Sonnenbrandtattoo auf der Brust eines Twitter-Nutzers, veröffentlicht unter #sunburnart. Screenshot Twitter.



Abb. 4: Polymorphe Lichtdermatose

gem Vorhandensein von freien Radikalen führt UVA-Licht zu den verzögerten, polymorphen Veränderungen der Haut. Da das langwellige UVA-Licht Fensterglas zu durchdringen vermag, sind Hautveränderungen auch nach einer längeren Autofahrt möglich.

Die **Mallorca-Akne** stellt eine folliculär gebundene Variante der polymorphen Lichtdermatose dar, die neben UVA-Licht wahrscheinlich durch ölige Lichtschutzmittel bedingt ist.

Differenzialdiagnostisch muss bei juckende Quaddeln (Urticae) auch an die sehr seltenen **Urticaria solaris** gedacht werden. Im Gegensatz zur PLD treten die Urticae bei dieser „Sonnen-Urtikaria“ jedoch bereits zu Beginn des Aufenthaltes in der Sonne auf. Die Effloreszenzen sind zudem auf allen UV-exponierten Körperarealen zu finden. Ursache für die Quaddel-Bildung ist hier die Ausschüttung von Histamin im Sinne einer lichtallergischen Reaktion. Eine Besserung der Symptomatik tritt deshalb im Laufe des Sommers nicht ein.

Auch der **systemische Lupus erythematoses (SLE)** gehört zu den durch UV-Licht ausgelösten Photodermatosen. Intensive Sonneneinstrahlung verursacht ein typisches Schmetterlings-Erythem, das mit Brennen und Irritationen einhergehen kann. Im Gegensatz zur polymor-

phen Lichtdermatose und zur **Urticaria solaris** tritt das Erythem beim SLE jedoch erst mehrere Tage *nach* intensivem Sonnenkontakt auf. Zudem ist der SLE in fast allen Fällen mit einer B-Symptomatik assoziiert (Fieber, Arthralgien, Anämie und Müdigkeit).

Da die polymorphe Lichtdermatose fast ausschließlich durch UVA-Licht bedingt ist, kommt der Meidung der Sonne therapeutisch die größte Bedeutung zu. Wenn dies nicht möglich oder nicht erwünscht ist, dann sollte zu dem Einsatz von Breitbandsonnenschutz aus UVB- und v.a. UVA-Filtern geraten werden. Die pathogenetische Bedeutung freier Radikale, die unter UVA-Einwirkung entstehen, bildet die wissenschaftliche Basis für einige Kombinationspräparate auf dem Markt, die neben einem ausreichenden UVA-Schutz auch über zusätzliche, antioxidative Eigenschaften verfügen (z. B. Eucerin® Sun Schutz-Gel mit Alpha-Glucosyl-Rutin).

Auch Beta-Carotin wirkt als Antioxidans und Radikalfänger. Die systemische Gabe des Vitamins hat in Studien jedoch nicht überzeugt. Trotzdem halten die aktuellen Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) einen Therapieversuch mit Beta-Carotin für akzeptabel. Um eine Wirkung zu erzielen, muss das Beta-Carotin allerdings

in hohen Dosen (Teenager und Erwachsene: 75-180 mg täglich, Kinder 30-150 mg täglich) und zwei bis drei Monate vor Sonnenexposition gegeben werden.

Die kurzfristige Anwendung von Klasse 2-Kortikosteroiden (z. B. Dermatop®-Creme, Advantan®-Milch) führt zu einem schnelleren Abklingen der Symptomatik.

Pseudoporphyrie

Die individuelle Lichtempfindlichkeit der Haut kann durch chemische Substanzen bzw. Arzneimittelmetaboliten stark gesteigert werden. Reichern sich bestimmte lichtsensibilisierende endogene Stoffwechselprodukte (wie Porphyrin) oder exogene Stoffe (wie Medikamente) in der Haut an, so reichen bereits geringe Mengen an Sonnenstrahlung aus, um sonnenbrandähnliche Reaktionen hervorzurufen.

Das Medikament Naproxen®, das bei Kindern und Jugendlichen häufig in der Behandlung von Arthritiden eingesetzt wird, führt bei etwa 10-20 % der Behandelten zu einer erhöhten Lichtempfindlichkeit. Besonders häufig tritt diese Nebenwirkung ein, wenn ein heller Hauttyp (Typ I nach Fitzpatrick, „keltischer Typ“) vorliegt. Die nach 4-6 Wochen Behandlungsdauer an Gesicht und Extremitäten auftretenden charakteristischen Hautveränderungen (brennende Erytheme, erhöhte Vulnerabilität der Haut mit posttraumatischer Blasen, Erosion und Narbenbildung) erinnern an kutane Porphyrie-Manifestationen (Abb. 5). Die Hautveränderungen sind jedoch nicht durch einen primären Defekt des Porphyrin-Stoffwechsels bedingt, sondern durch einen genetisch determinierten Polymorphismus von Cytochrom P450, der die Bildung phototoxischer Metabolite begünstigt.

Die Diagnose der Pseudoporphyrie, die auch durch viele andere Medikamente ausgelöst werden kann (Abb. 6), wird durch das klinische Bild und die entsprechende Anamnese gestellt. Die Porphyrin-Werte in Blut und Urin sind normal. Therapeutisch wirkt allein das Absetzen des auslösenden Agens.

Epheliden

Eine ganz unproblematische Veränderung akuter UV-Bestrahlung sind Epheliden („Sommersprossen“). Sie entstehen durch eine fokale Mehrproduktion von Melanin durch ortsständige Melanozy-



Abb. 5: Pseudoporphyrie nach Einnahme von Naproxen.

ten. Die Veranlagung wird autosomal-dominant vererbt. Anzahl und Farbintensität der Epheliden hingegen sind direkt proportional zur Sonneneinwirkung. Das Verblässen nach Beendigung der UV-Einwirkung unterscheidet die Epheliden von den Lentiginen („Leberflecken“). Den kleinen (<3 mm), rundlichen, dunkelbraunen Lentiginen liegt, wie auch den größeren Naevi, eine angeborene oder erworbene Vermehrung der Melanozyten zugrunde.

Chronische Photodermatosen

Erworbene Naevi

Die Anzahl der erworbenen, d. h. der nicht bei Geburt vorhandenen, melanozytären Naevi bei Kindern korreliert mit der episodischen UV-Exposition. Sport im Freien erhöht bei Kindern und Jugendlichen das Risiko der Entwicklung von UV-induzierten melanozytären Nävi. Mit der Anzahl der erworbenen Nävi steigt wiederum die Melanomwahrscheinlichkeit linear an. Anfänglich nahm man deshalb an, dass ein Melanom als Weiterentwicklung eines Naevus entsteht. Ursache für diese These war auch, dass Melanome initial dermatoskopisch oft nicht von Naevi zu unterscheiden sind. Inzwischen weiß man, dass 2/3 aller Melanome de novo auf gesunder Haut entstehen. Beobachtungen in Genstudien haben offenbart, dass es bei Menschen, die viele Naevi besitzen, und Melanompatienten Überschneidungen von genetischen Veränderungen gibt. Die Anzahl erworbener Naevi kann deshalb als Marker für die Melanomwahrscheinlichkeit, nicht aber als Ursache gelten. Eine genaue und regelmäßige Hautkontrolle bei Kindern mit multiplen Naevi 1x/Jahr ist deshalb dringend zu empfehlen.

Die Melanomwahrscheinlichkeit lässt sich bei Erwachsenen unter 50 Jahren mit einem Blick abschätzen: Wer schon an beiden Armen zusammen mehr als 20 Naevi hat, der besitzt am gesamten Körper sicherlich mehr als 50 Naevi und gehört damit zur Risikogruppe für das Maligne Melanom (5).

Melanom, Spinaliom, Basaliom

Hautkrebs ist der häufigste Krebs des Menschen in westlichen Ländern; seine Inzidenz nimmt ständig zu. Das lebenslange Risiko, an weißem Hautkrebs zu erkranken, beträgt in Deutschland für

Häufige Auslöser der Pseudoporphyrie bei Kindern

Nicht-steroidale Antirheumatika – insbesondere Naproxen
Antibiotika (Tetracycline, Ciprofloxacin)
Immunsuppressiva (Ciclosporin A, Methotrexat)
Furosemid
Tolbutamid
Voriconazol
Imatinib u.a.

Abb. 6: Auslöser der Pseudoporphyrie bei Kindern
(nach: Höger PH. Kinderdermatologie. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 3. Aufl. 2011)

das Basaliom 30 % und für das Spinaliom 20 %. An einem Basaliom erkranken in Deutschland 1:1.000 Einwohner pro Jahr. Das Basaliom bildet keine Metastasen, kann aber unbehandelt zu schweren Entstellungen und selten auch zum Tod führen.

Das lebenslange Risiko, ein malignes Melanom zu entwickeln, beträgt in Deutschland glücklicherweise nur 1 %. Weiterhin gehört ein Auftreten vor der Pubertät immer noch zur absoluten Rarität. Unterschieden werden anhand klinischer und histologischer Kriterien fünf Melanom-Typen. Das superfiziell spreitende Melanom (SSM) ist mit etwa 60 % die häufigste Form. Um ein primär noduläres Melanom (NM) handelt es sich bei 20 % der Fälle. Mit 5 % gehört das akrolentiginöse Melanom (ALM), das sich an Handinnenflächen und Fußsohlen entwickelt, zu den selteneren Formen.

Dass die UV-Strahlung den Gesamtvorgang der Tumorbildung von Spinaliom, Basaliom und malignem Melanom beeinflusst und somit ein „komplettes Karzinogen“ darstellt, gilt als gesichert. Das UV-Licht wirkt sowohl mutagen als auch durch die Bildung freier Radikaler; es wirkt als Initiator und Promoter des Tumorwachstums.

Hinsichtlich der Pathogenese gibt es bei Spinaliom, Basaliom und Melanom jedoch Unterschiede: Während der helle Hautkrebs zu 90 % mit der lebenslangen, kumulativen Sonnenstrahlung zusammenhängt (6), scheint das maligne Melanom vor allem mit kurzzeitiger, aber intensiver UV-Belastung assoziiert zu sein. Spitzenbelastungen wie zwei oder mehr Sonnenbrände in der Kindheit sowie Solariumbesuche stellen einen unabhängigen Risikofaktor für das maligne Melanom dar: Für junge Menschen, die sich vor dem 35.

Lebensjahr in Solarien bräunen, steigt das Melanom-Risiko um 87 % (7). Seit 2009 ist die Nutzung öffentlicher Sonnenstudios deshalb für Minderjährige verboten. Weitere Risikofaktoren sind u.a. eine erhöhte Sonnenempfindlichkeit (Hauttyp I und II), Immunsuppression (z. B. nach Knochenmarkstransplantationen) und eine positive Familienanamnese.

Bei Menschen, die sich oft und lange in der Sonne aufhalten, mindert sich das Risiko, ein malignes Melanom zu entwickeln, paradoxerweise. Bei Forstarbeitern, Gärtnern oder fußballspielenden Kindern scheint die Haut demnach bei längerer, moderater Sonneneinstrahlung einen Schutzmechanismus zu entwickeln, der zum einen durch die Bräunung der Haut, zum anderen durch eine UV-induzierte Verdickung der Epidermis erklärt werden kann. Diese hyperkeratotische „Lichtschwiele“ erzeugt einen Lichtschutzfaktor von bis zu 20. Die steigende Inzidenz von Melanomen könnte daher unter Umständen auch durch die Tatsache erklärbar sein, dass Kinder heutzutage „sonnenempfindlicher“ sind; sie halten sich wesentlich häufiger in Räumen auf als noch vor 30 Jahren.

Als Konsequenzen für den Kinder- und Jugendarzt ergeben sich folgende Empfehlungen: Eine komplette Meidung der Sonne ist nicht erforderlich. Es sollte vielmehr zu einer Mäßigung der UV-Exposition geraten werden, um die kumulative Dosis als Risikofaktor für Hautkrebs gering zu halten. Ein Sonnenbrand hingegen ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Sonnenschutz – die 4-H-Regel

Topischer Lichtschutz spielt nicht nur im Hinblick auf die Hautkrebspräventi-

on eine große Rolle, sondern auch bei der Behandlung von Photodermatosen (s. o.).

Der Schutz vor Sonne, der durch adäquates Verhalten und geeignete Kleidung erreicht wird, ist größer und kostengünstiger als der Effekt, der durch das Auftragen von Lichtschutzmitteln erzielt wird.

Der wichtigste und einfachste Schutz wird durch eine Meidung von starker Sonneneinstrahlung erreicht. 65 % der UV-Strahlung trifft in unseren Breiten zwischen 10:30 Uhr und 14:30 Uhr auf die Erde. Kinder sollten sich während dieser Zeit nicht direkt in der Sonne aufhalten („Spiele nicht in der Sonne, so lange dein Schatten kleiner als dein Körper ist!“). Vor allem Säuglinge sollten nicht dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt sein.

Zusätzlich sollte die kindliche Haut durch **Hut-Hose-Hemd** und **hohen Lichtschutz** (*4-H-Regel*) protektiert werden (Abb. 7).

Der natürliche Lichtschutz von Hut, Hose und Hemd hängt von Form, Farbe und Material des Stoffes ab. Dunkle Farben absorbieren die UV-Strahlung und lassen deshalb weniger Sonnenstrahlen zur Hautoberfläche vordringen als helle Kleidung. Dasselbe gilt für Chemiefasern wie Polyester und Polyamid, die UV-Strahlen reflektieren und deshalb einen besseren Schutz als Baumwoll-T-Shirts darstellen, die nur einen LSF von 5-10

besitzen. Baumwolle wird durch Nässe zudem quasi durchsichtig (Wet-T-Shirt-Contest!) und der UV-Schutz weiter dezimiert.

Mit einem speziellen Lichtschutz wird heutzutage „UV-Schutz-Kleidung“ beworben. Die verarbeiteten Chemiefasern binden Titandioxidpartikel, die energiereiche UV-Strahlen reflektieren. Der Schutz, den Textilien vor UV-Strahlung bieten, wird als UV-Schutzfaktor (UPF = Ultraviolet Protection Factor) ausgewiesen. Dieser hat eine ähnliche Aussagekraft wie der Lichtschutzfaktor (LSF) bei Sonnencremes. Ein UPF 15, bedeutet, dass nur 1/15 der biologisch wirksamen Strahlung, die auf der Oberfläche der Textilien auftrifft, bis zur Haut gelangt. Man muss sich allerdings darüber im Klaren sein, dass der UPF im Alltag geringer ausfällt als vom Hersteller angegeben – das haben Untersuchungen gezeigt. Der australisch-neuseeländische und der europäische Standard beurteilt die Textilien nämlich nur im Neuzustand. Unter Dehnung und nach mehrfachem Waschen nimmt der UPF jedoch stark ab. Generell kann UV-Schutzkleidung aber eine gute Ergänzung bzw. Alternative zu Sonnencreme darstellen.

Da auch die Augen unter der energiereichen UV-Strahlung und Teilen des sichtbaren Lichtes leiden können, dürfen sie bei einem umfassenden Sonnenschutz

nicht vergessen werden. Die kindliche, noch glasklare Linse lässt die Strahlung nämlich ungehindert in das Auge dringen. Im Gebirge, beim Skifahren oder am Wasser kann die verstärkte Sonneneinstrahlung durch zusätzliche Reflexion akute Schäden am Auge verursachen. So reflektiert der Schnee zum Beispiel bis zu 95 Prozent des Lichtes, während es im Bereich von Grünflächen nur 6 Prozent sind. Ähnlich wie bei der Haut spielen am Auge jedoch nicht nur akute, sondern auch chronische UV-Schäden eine Rolle: Wiederholte, unterschwellige Lichtschädigung akkumuliert und kann Langzeitfolgen wie Katarakt oder Makuladegeneration verursachen. Ophthalmologen fordern deshalb schon seit längerem ein möglichst frühes und konsequentes Tragen von Sonnenbrillen.

Sonnenschutzmittel und ihr LSF

Für die Kinderhaut sind Produkte ohne Duft-, Farb- und Konservierungsstoffe zu empfehlen. Wichtig ist zudem, eine Creme mit einem breiten Schutz gegen UVA- und UVB-Strahlen auszuwählen. Ein Maß für den Sonnenschutz existiert jedoch nur für den UVB-Bereich (Abb. 8). Der Lichtschutzfaktor (LSF) gibt, bedingt durch die Bestimmungsmethode, den Schutz vor Sonnenbrand an.

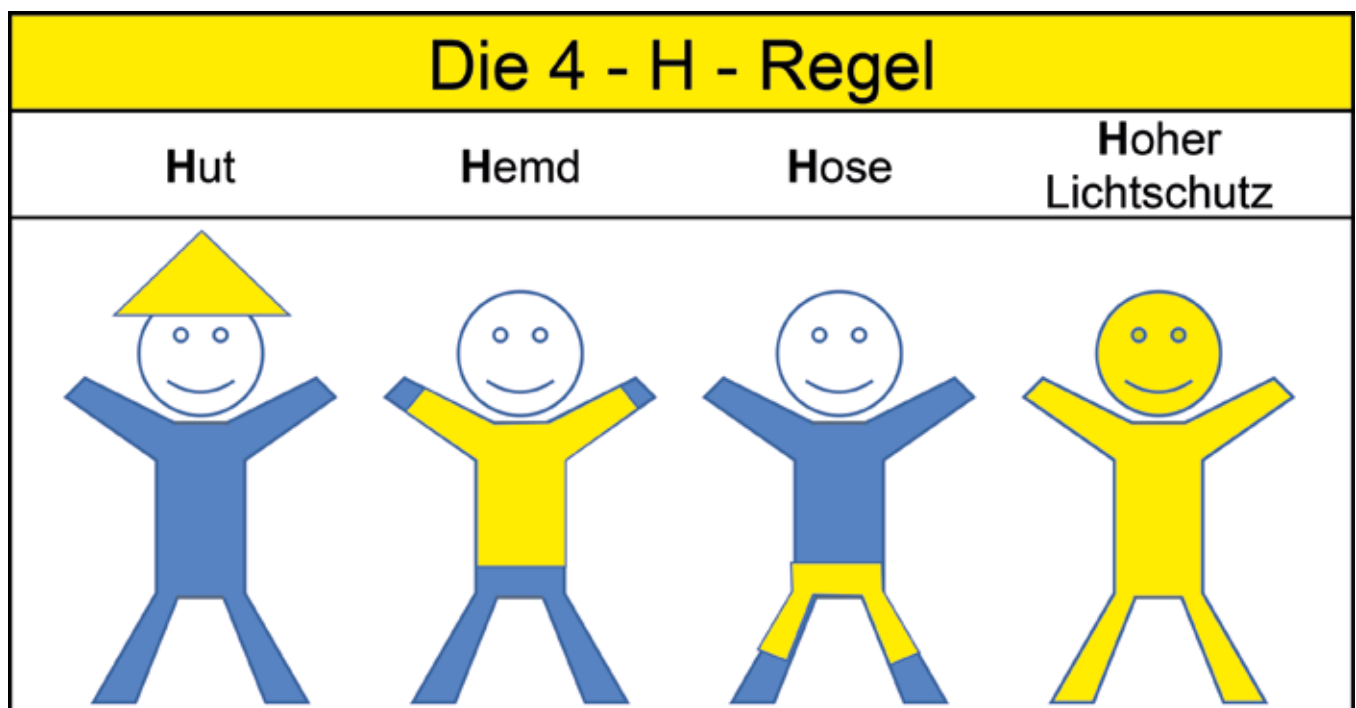


Abb. 7: Merksatz für den Sonnenschutz: die 4-H-Regel

Generell gilt als bekannt, dass der Schutz der kindlichen Haut mit steigendem LSF proportional ansteigt. Ein LSF 50 wird für Kinder deshalb häufig empfohlen und konsumiert. Interessanterweise steigt der Lichtschutz von Sonnencremes jedoch schnell und exponentiell mit dem LSF an. Während bei einem LSF 50 98,4% der Strahlung blockiert wird, wird bei einem LSF 30 nur unwesentlich mehr Licht durchgelassen: 97,3% der UV-Strahlung wird reflektiert oder absorbiert. Man muss dazu wissen, dass ein sehr hoher LSF nur durch die Kombination von mehreren Filtersubstanzen in ausreichender Dosierung erreicht werden kann. Die hierdurch entstehende, zusätzliche Belastung der Haut und die Erhöhung des Allergierisikos stehen in einem schlechten Verhältnis zu dem hinzugewonnenen Lichtschutz. Zudem sind die Kosten für eine Sonnencreme mit einem LSF 50 deutlich höher als für eine Creme mit LSF 30. Hohe LSF können Eltern außerdem in falscher Sicherheit wiegen und können zu unvernünftig langen Sonnenbädern verführen.

Zusammenfassend folgt für den Kinderarzt, dass bei regelhafter Anwendung ein LSF von 30 bei den allermeisten Kindern völlig ausreichend ist. Nur bei Kindern mit erheblich gesteigerter Lichtempfindlichkeit und bei Photodermatosen ist ein höherer LSF sinnvoll.

Wie wirken Sonnenschutzcremes?

Man unterscheidet bei den UV-Schutzfiltern von Sonnencremes zwei Wirkprinzipien: den physikalischen und den chemischen Lichtschutz. In den meisten Sonnencremes sind beide Filter gemischt, um einen „Breitbandschutz“ zu erreichen.

Physikalische Sonnenschutzfilter enthalten Titan- und/oder Zinkoxid, das auf der Hautoberfläche haften bleibt und die einfallenden Sonnenstrahlen wie winzige Spiegel reflektiert bzw. streut. Die anorganischen Farbpigmente bilden einen weißen Film auf der Haut, der sich schlecht verteilen lässt und von den Verbrauchern als ästhetisch störend empfunden wird. Es wurde deshalb nanopartikuläres Zinkoxid entwickelt. Cremes mit den nur noch 1-100 nm großen Partikel lassen sich besser verteilen und wirken im sichtbaren UV-Bereich transparent. Dass die winzig kleinen Nanopartikel

in die Haut eindringen und vom Körper aufgenommen werden, konnte ein groß angelegtes Forschungsprogramm der EU (NANODERM) 2007 nicht feststellen. Es gibt jedoch einige Studien, die sehr wohl kleinste Mengen von Nanopartikel in Blut und Urin von Probanden nach topischer Anwendung nachweisen konnten.

Chemische Filter wie PABA oder Benzophenone dringen molekular verteilt in die Haut ein und bilden mit ihr einen Schutzfilm. Bis sie ihre volle Wirkung entfalten, vergehen 20-30 Minuten, so dass die Sonnencreme weit vor dem Sonnenkontakt aufgetragen werden muss. Die chemischen Filter reflektieren die schädlichen Strahlen nicht, sondern wandeln sie in harmloses Infrarotlicht beziehungsweise in Wärme um. Dabei entstehen chemische Reaktionsprodukte, die inzwischen in Gewässern und Nahrungsketten weltweit nachweisbar sind. Doch auch im menschlichen Körper lassen sich UV-Schutz-Filter nachweisen: Dermatologen in den USA haben sich 2008 die Mühe gemacht, die Konzentration von

minimale östrogene Effekte von Chemikalien in Sonnen- und Kosmetikprodukten zu potenten Dosen (10). Bei Säuglingen kommt hinzu, dass die Hautoberfläche im Vergleich zum Körpergewicht nicht nur besonders hoch, sondern auch besonders unreif ist. Dies erhöht die Nebenwirkungen chemischer Lichtschutzfilter weiter. Sonnenschutzprodukte mit chemischen Filtern sollten daher erst nach dem Kleinkindesalter verwendet werden.

Wieviel Sonnenschutzcreme ist genug?

Der Lichtschutzfaktor wird unter Laborbedingungen ermittelt. Die Erythementstehungszeit der ungeschützten Haut wird mit der Erythembildung sonnencremegegeschützter Haut verglichen. Die Auftragungsdicke in diesen standardisierten Untersuchungen beträgt 2 mg/cm² und unterscheidet sich damit deutlich von der typischen Auftragsdicke der Endverbraucher, die bei weniger als der Hälfte, nämlich bei 0,5-1 mg/cm² liegt (11). Man

$$LSF = \frac{MED_{\text{behandelte Haut}}}{MED_{\text{unbehandelte Haut}}}$$

MED = minimale Erythem-Dosis

Abb. 8: Formel zur Berechnung des Lichtschutzfaktors (LSF)

Benzophenone-3, das auch in anderen Verbraucherprodukten wie Lippenstiften und Shampoo enthalten ist, bei US-Bürgern (6-80 Jahre) zu messen. Bei 96,8% der Probanden ließ sich der UV-Absorber im Urin nachweisen (8). Neben der transkutanen Penetration sind allerdings auch anaphylaktische Reaktionen, allergische Kontaktekzeme und vor allem östrogene Effekte (9) durch Benzophenone und anderen chemischen Lichtschutzfilter wie Ethylhexyl-Methoxy-Cinnamat oder Octocrylen beschrieben. Leider sind diese Substanzen auch in vielen als „Kinder-Sonnencreme“ deklarierten Produkten enthalten. Denn die östrogenartigen Effekte wirken sich besonders bei Kindern und Jugendlichen aus, die während ihrer Entwicklung auch auf extrem niedrige Hormondosen mit langfristigen Folgen reagieren können. Zudem addieren sich

würde annehmen, dass der Lichtschutz bei dieser sparsamen Anwendung wenigstens bei der Hälfte liegen würde. Ein dünn (d. h. nur 1 mg/cm²) aufgetragener LSF 50 entspricht jedoch **nicht** einem LSF von 25, sondern von nur 7,1. Ursache hierfür ist der exponentielle Anstieg des LSF mit der Applikationsdicke. Der beratende Arzt sollte deshalb dazu raten, lieber LSF 30 großzügig aufzutragen, als mit LSF 50 zu sparen.

Hingewiesen werden sollte außerdem auf ein (wenigstens einmalig) wiederholtes Auftragen von Sonnencreme. Zum einen werden so versehentlich ausgesparte Areale beim zweiten Cremes mitbehandelt. Zum anderen löst sich selbst „wasserfeste“ Sonnencreme durch Schwimmen, Schwitzen und Reibung von der Haut: In den USA dürfen Sonnenschutzprodukte deshalb nicht als „waterproof“ vermark-

tet werden. Wiederholtes Auftragen von Sonnencreme erhöht die Wahrscheinlichkeit, den käuflich erworbenen Schutzfaktor auch tatsächlich zu erreichen.

Kann Sonnencreme die Entstehung von Melanomen verhindern?

Studien zeigen, dass Sonnencreme die Bildung von Melanomen minimiert, jedoch nur, wenn der Sonnenschutz regelmäßig aufgetragen wird. Green et al. konnten in einer prospektiven Langzeitstudie eine Reduktion des Melanomrisikos um 50-73 % bei den Probanden beobachten, die die Sonnenschutzprodukte täglich und unabhängig von Wetter und Aktivität auftrugen. In der Vergleichsgruppe, die Sonnencreme wie allgemein üblich nur an sonnigen Tagen und am Strand auftrug, war kein Benefit zu erkennen (12).

Vitamin-D-Bildung unter UV-Schutz

Der menschliche Körper bildet sein benötigtes Vitamin D zu etwa 80 bis 90 Prozent selber unter dem Einfluss des Sonnenlichts. Der Körper benötigt karzinogene UVB-Strahlung, um Vitamin D zu synthetisieren. Die nötige Bestrahlungsdauer, die eine ausreichende Vitamin-D-Produktion garantiert, ist u. a. abhängig vom Alter, vom Hauttyp, der Dicke der Haut und von der Jahreszeit (s. o.). Die Sonneneinstrahlung in Deutschland reicht von Oktober bis März dafür nicht aus. In dieser Zeit muss der Körper von den im Sommer angelegten Vitamin-D-Reserven zehren. Mit zunehmend praktiziertem UV-Schutz reicht die sommer-

liche Zeitspanne jedoch nicht (mehr) aus, um die Vitamin-D-Speicher ausreichend zu füllen.

Die Gesundheitsschäden durch UV-Strahlung (wie Hautkrebs und Hautalterung) sind in der Literatur wesentlich besser dokumentiert als die durch Vitamin-D-Mangel entstehenden Risiken. Einen allgemeingültigen Konsens hinsichtlich des gesamtheitlich gesündesten Sonnenverhaltens gibt es deshalb (noch) nicht.

Will man kanzerogenen Schäden der Haut gänzlich vermeiden, muss ein konsequenter Sonnenschutz der kindlichen Haut praktiziert werden. Vitamin D sollte bei Kindern dann von außen täglich zugeführt werden (400 IE tgl. im ersten Lebensjahr, danach 800 IE tgl.).

Alternativ wird ein moderater Umgang mit der Sonne empfohlen. Da die Haut im Sommer auch im Schatten, früh morgens, abends und selbst bei bedecktem Himmel Vitamin D bildet, sollten bewusst solche Zeiten für die Vitamin-D-Produktion ausgewählt werden. Von einer unbedenklichen, regelmäßigen Sonnenaussetzung zugunsten der Vitamin-D-Produktion wird abgeraten – auf Sonnenschutzmittel sollte zugunsten des Vitamin-Ds auf keinen Fall verzichtet werden.

Prävention

In ihrem Sonnenverhalten orientieren sich Kindern vor allem an ihren Eltern. Besonders Mütter haben hinsichtlich des kindlichen Umgangs mit der Sonne eine starke Vorbildfunktion (13). In Präventions- und Aufklärungsgesprächen sollte dies mitberücksichtigt werden.

Für jugendliche Patienten sind Hautkrebs und Hautalterung abstrakte The-

men, die in weiter Ferne liegen. Eher kann man Teenager über das Thema „Attraktivität“ zu Lichtschutzmaßnahmen bewegen: Kurzfristige Vorteile wie Schutz vor Sonnenbrand und Vermeidung von ungleichmäßiger Pigmentierung können in Aufklärungsgesprächen betont werden.

Das Projekt „Clever in Sonne und Schatten“ der Deutschen Krebshilfe unterstützt Eltern und Schulen durch kostenlose Informations- und Aktionsmaterialien dabei, bereits die Jüngsten zu richtigem Sonnenverhalten anzuleiten. Zur Unterstützung stellt die Deutsche Krebshilfe auch Praxen für Kinder- und Jugendmedizin kostenlos das Präventionsfaltblatt „Sommer Sonne Schattenspiele“ sowie eine UV-Checkliste bereit. (www.krebshilfe.de).

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. Dörte Petersen
Abt. Pädiatrische Dermatologie/
Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
Tel.: 040/67377-0
E-Mail: d.petersen@kkh-wilhelmstift.de

Interessenkonflikt:

Die Autorin erklärt,
dass kein Interessenkonflikt vorliegt.
Red.: Höger

Highlights aus Bad Orb

Blasenekstrophie

Aktuelles Management von der Initialversorgung bis zur Transition in die Erwachsenen-Medizin //

Die Rekonstruktion der Blasenekstrophie gilt auch heute noch als eine der anspruchsvollsten Eingriffe in der Kinderurologie. Während die grundlegende Bedeutung des initial erfolgreichen Ekstrophieverschlusses für die weitere Entwicklung von Blasenwachstum und Kontinenz heute unumstritten ist, existieren weiterhin unterschiedliche Rekonstruktionskonzepte. Das Ziel der operativen Therapie sollte jedenfalls die Schaffung von Voraussetzungen sein, die eine möglichst normale somatische, psychosoziale und psychosexuelle Entwicklung dieser Patienten erlaubt. Neben der komplexen Chirurgie zur Rekonstruktion der Blase und des Genitalbereiches bedarf es dazu einer langfristigen Betreuung, um sekundäre Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und adäquat zu behandeln. Im Idealfall sollte diese Betreuung von einem spezialisierten Team aus Kinderurologen/ Kinderchirurgen, Allgemeinpädiatern, spezialisierten Pädiatern (Kindernephrologen) und Psychologen an einem Zentrum, das mit diesem Krankheitsbild vertraut ist, erfolgen. In Zentren, die über das Jugendalter hinaus nicht betreuen dürfen, ist eine geordnete Transition in die Erwachsenenmedizin von großer Bedeutung für die Langzeitprognose dieser Patienten.



**Professor Dr.
Wolfgang H. Rösch**

Die Blasenekstrophie ist die gravierendste Form des Mittellinien-Fehlbildungskomplexes mit fließenden Übergängen von der Epispadie, der unteren und oberen Fissur bis zum Vollbild der klassischen Blasenekstrophie (BE) oder im Extremfall der sogenannten kloakalen Ekstrophie (Abb. 1-3). Alle Formen werden heute unter dem Begriff des Blasenekstrophie-Epispadie-Komplexes (BEEK) zusammengefasst [1]. Pathomorphologisch geprägt ist die Blasenekstrophie von der ausgestülpten Blasenplatte, die sehr unterschiedlich groß ausgebildet sein kann, dem Spaltbecken mit Rektusdiastase sowie der verkürzten, epispadi-



Abb 1: Weibl. Säugling, 6 Wo. mit klassischer BE

schen Harnröhrenrinne und dem dorsal flektierten Penis bzw. einer komplett gespaltenen Klitoris.

Die klassische Blasenektrophie tritt mit einer Häufigkeit von 3,3–10 unter 100.000 Lebendgeborenen auf, wobei das Verhältnis männlich zu weiblich bei 2,4 : 1 liegt. Weiße Neugeborene sind signifikant häufiger betroffen als nicht-weiße Kinder. Neuere Berichte über zytogenetische Aberrationen lassen einen polygenetischen multifaktoriellen Erbgang vermuten, der dem BEEK zugrunde liegt. Meist handelt

es sich dabei um de-novo Ereignisse bei denen vor allem dem ISL1-Gen eine besondere risikomodifizierende Bedeutung zugeschrieben wird (sog. Suszeptibilitäts-gen) [2].

Während unterschiedliche teratogene Einflüsse nur in Einzelfällen beschrieben werden, rückte die Bedeutung der assistierten Reproduktion in den letzten Jahren immer stärker in den Vordergrund. **Unterstützt wird diese Vermutung durch die aktuellen Daten aus der deutschlandweiten CURE-Net-Studie,**

die zeigen, dass das Risiko für eine Fehlbildung aus dem BEEK bei Kindern nach in-vitro-Fertilisation als auch nach intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) signifikant erhöht ist. Unklar bleibt jedoch, ob das Folge der assistierten Reproduktion per se oder der Ätiologie der Infertilität/Subfertilität ist [3].

Pränatale Diagnostik und Beratung

Abgesehen von der Kloakenektrophie, die wahrscheinlich aufgrund der Begleitfehlbildungen signifikant früher und häufiger erkannt wird als die anderen Formen des BEEK, wird die klassische Blasenektrophie meist erst im dritten Trimester diagnostiziert. Der fehlende Nachweis einer flüssigkeitsgefüllten Blase bei mehrfachen Untersuchungen sowie der Nachweis einer vermehrt echoreichen Struktur im Bereich des Unterbauches, die der Blasenplatte entspricht, gelten als zuverlässigste Kriterien für den Nachweis einer klassischen Blasenektrophie [4]. Bei hinreichendem Verdacht auf Vorliegen einer Anomalie aus dem Bereich des BEEK sollten die Eltern idealerweise in einem ausgewiesenen Zentrum für diese Fehlbildungen neutral, angemessen und ehrlich über den Umfang dieser komplexen Anomalie und die erreichbaren Ergebnisse durch die operative Behandlung aufgeklärt werden. Nicht selten ist bereits zu diesem Zeitpunkt eine fachkompetente psychologische Betreuung der Eltern hilfreich, ebenso wie eine Kontaktaufnahme mit der Selbsthilfegruppe.

Die Entbindung in einem speziellen BEEK-Zentrum, die Verkürzung der Schwangerschaft durch Einleiten der Geburt oder eine Abweichung vom geplanten Entbindungsmodus sind grundsätzlich nicht erforderlich.

Zweifelsohne sind für die Betroffenen auch künftig psychosoziale und psychosexuelle Probleme in unterschiedlichem Ausmaß zu erwarten. Dennoch rechtfertigt aufgrund der umfangreichen Datelage keine der durch eine klassische Blasenektrophie oder Epispadie verursachten langfristigen Lebensveränderungen, eine Beendigung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen. Aus der Literatur ist jedoch bekannt, dass mindestens ein Viertel der Schwangerschaften bei denen eine Form des BEEK vermutet wird, terminiert werden [4].



Abb. 2: Männl. Säugling, 7 Wo. mit klassischer BE



Abb. 3: Neugeborener männl. Säugling mit kloakaler Ekstrophie

Zeitpunkt der Primäroperation

Lange Zeit galt der initiale Verschluss der Blasenpalte innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Geburt als obligatorisch. Einerseits um Veränderungen der evertierten Blaseschleimhaut zu vermeiden, andererseits um eine ausreichende Flexibilität des Beckenringes zu gewährleisten und damit eine möglichst spannungsfreie Adaptation der Symphyse zu gewährleisten. Diese Ansicht wird auch heute noch in vielen Lehrbüchern vertreten, ohne dass dazu evidenzbasierte Daten vorliegen.

Neuere Daten belegen, dass der zeitverzögerte Blasenverschluss mit großer Wahrscheinlichkeit keine Risiken für die Blaseschleimhaut birgt, insbesondere ließen sich weder dysplastische noch chronisch entzündliche Veränderungen der Blaseschleimhaut auf der offenen Blasenplatte nach 6-8 Wochen nachweisen [5].

Auch zu der Flexibilität des Beckenringes nach dieser Zeit existieren sehr widersprüchliche, jedoch keinerlei evidenzbasierte Daten. Tatsache ist, dass zahlreiche Arbeitsgruppen berichten, dass auch nach diesem Zeitraum eine Adaptation des Beckens ohne Osteotomie möglich sei [6]. Seit 2003 wurde an unserer Klinik bei über 50 Patienten die Symphysenadaptation in diesem Alter bei klassischer BE stets ohne Osteotomie erfolgreich durchgeführt.

Während die histologischen und orthopädischen Ergebnisse also keine Nachteile belegen, sprechen jedoch zahlreiche medizinische, aber auch psychologische und logistische Vorteile für das Konzept der Rekonstruktion zu einem späteren Zeitpunkt (sogenannte „delayed procedure“).

Anästhesiologische Aspekte

Die Daten des sogenannten „Pediatric Perioperative Cardiac Arrest Registry“ (POCA) belegen ein deutlich erhöhtes Narkoserisiko während der ersten vier Lebenswochen im Vergleich zu älteren Säuglingen [7, 8]. Weiterhin erfordert der Umfang eines solchen Rekonstruktionseingriffes eine effektive intra- und postoperative Schmerztherapie. Hierzu hat sich vor allem für die postoperative Versorgung die Anlage eines Periduralkatheters als hocheffektiv erwiesen [4]. Während eine solche Katheteranlage im Neugeborenenalter nur extremen Ausnahmen vorbehalten bleibt, hat sie sich im Alter von sechs bis acht Wochen inzwischen als sicher, zuverlässig und hochwirksam erwiesen. Eine retrospektive Analyse aus dem vergangenen Jahr bestätigte diese Vorteile auch im eigenen Patientengut: 27 von 28 Patienten, bei denen in den Jahren von 2008 bis 2013 eine klassische Blasenektropie verschlossen wurde, erhielten einen Periduralkatheter. 77,8 % konnten noch im Operationssaal extubiert werden. 74 % wurden bereits am ersten postoperativen Tag auf Normalstation verlegt und spätestens am dritten Tag konnten alle wieder oral ernährt bzw. gestillt werden (Tab. 1).

Urologische/nephrologische Aspekte

Unbestritten besteht ab der vierten bis sechsten Lebenswoche eine deutlich stabilere Nierenfunktion. So ist die eingeschränkte Säure-Basen-Regulation sowie

die verminderte Bicarbonat-Reabsorption in den ersten vier Lebenswochen ebenso bekannt, wie die initial eingeschränkte renale Konzentrationsfähigkeit, die sich ab der sechsten bis achten Lebenswoche normalisiert. Die glomeruläre Filtrationsrate ist insbesondere in den ersten Lebensstagen extrem niedrig. Sie verdoppelt sich in den ersten beiden Lebenswochen und vervierfacht sich bis zur vierten Lebenswoche [9]. Diese noch unreife Situation der Nierenfunktion in der Neugeborenenperiode bedeutet in der Praxis ein enorm hohes Risiko für die langfristige Nierenfunktion. Bereits bei geringen Störungen der intra- oder postoperativen Flüssigkeitsbilanz, schon allein durch eine nur temporäre Obstruktion eines Ureterkatheters oder des Blasenkateters, kann es zu renalen Schädigungen kommen.

Stillen und psychologische Aspekte

Bekanntermaßen belegen die Daten der WHO, dass durch Stillen das Risiko nicht nur von Infektionen der oberen Luftwege, sondern auch der Harnwege signifikant gesenkt werden kann [10]. Gerade deshalb sollte den Kindern mit einer derart schweren kongenitalen Anomalie der Harnwege und dem damit verbundenen erhöhten Harnwegsinfektionsrisiko die Möglichkeit des Stillens nicht vorenthalten werden. Daneben hat natürlich die Eltern-Kind-Beziehung („bonding“) gerade bei einer schweren kongenitalen Anomalie eine enorme Bedeutung. Aus diesem Grunde sollte heute der Mutter keinesfalls das Kind nach der Geburt „weggenommen“ und auf eine neonatologische oder Intensivstation verlegt werden. Vielmehr sollten alle Vorteile des „parenteral bonding“ genutzt werden, als Grundlage für eine intakte Eltern-Kind-Beziehung [11, 12]. Daneben bietet das Zeitintervall bis zur Operation die Gelegenheit eine psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Idealerweise sollte der Psychologe mit dem Krankheitsbild der Blasenektropie vertraut sein und die Betreuung auch langfristig gewährleisten [4]. Während gerade in den ersten Lebensjahren den Eltern die Unterstützung zugutekommt, wird zu einem späteren Zeitpunkt, insbesondere in der Pubertät, der Betroffene davon profitieren.

Intensivstation	1,2 Tage (0,5-1,5 Tg.)
Klinik-Aufenthalt (gesamt)	22,3 Tage (16-43 Tg.)
Periduralkatheter (PDK)	27 Pat.
im OP extubiert	77,8 %
max. postop. Beatmungsdauer	10 Std.
zus. Opiate bei 20 Pat. für	14,2h (1-32h)
Rückverlegung auf periphere Station am 1. postop. Tag	74,1 %
Stillen/Kostaufbau nach	20,6h (1-55h)

Tab. 1: Ergebnisse der retrospektiven Datenerhebung von 28 Säuglingen, bei denen zwischen 01/2008 und 10/2013 ein primärer Blasenverschluss bei klassischer BE in Regensburg durchgeführt wurde [5].

Logistische Vorteile

Durch die Zeitspanne bis zur Operation kann das bestmögliche operative und anästhesiologische Team für den Eingriff organisiert werden. Die Eltern werden nicht mit der Diagnose und der Einwilligungserklärung für den Eingriff „überfallen“. Schließlich haben sie auch die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung.

Postpartales/präoperatives Management in der Praxis

Der Eingriff erfolgt üblicherweise zwischen der sechsten und achten Lebenswoche, wenn sich der Säugling stabilisiert hat. In der Zeit bis zur Operation bedürfen die Patienten keiner besonderen medizinischen Versorgung. Es besteht daher auch keine Indikation für einen längeren stationären Aufenthalt eines reifen Neugeborenen in der Klinik, insbesondere nicht für einen Aufenthalt auf einer Frühgeborenen- oder Intensivstation. **Weiterhin besteht keine Indikation für die Verabreichung eines Antibiotikums oder einer Low-dose-Dauerchemoprophylaxe.** Ganz im Gegenteil, langfristig gesehen würde dadurch sowohl die Resistenzentwicklung, als auch das Risiko für eine Pilzinfektion im Urogenitalbereich erhöht werden. **Zum Schutz der Blasenplatte werden salbengetränkte Kompressen ohne Lokalanthiotika (z. B. Adaptic® oder Jelonet®) aufgelegt, die bei jedem Wickeln erneuert werden.** Ein zusätzliches Anfeuchten der Blasenplatte ist nicht erforderlich. **Solange die Blase nicht verschlossen ist, sollte jeglicher Latexkontakt des Kindes vermieden werden, um einer späteren Latexallergie vorzubeugen.** Natürlich sollte auch die primäre Rekonstruktion in einem latexfreien anästhesiologischen und chirurgischen Setting erfolgen.

Die klinische Untersuchung ist wegweisend, sowohl für die richtige Klassifizierung, als auch für die Festlegung des weiteren therapeutischen Vorgehens.

Die Sonografie gehört zur Basiserstuntersuchung und schließt assoziierte Fehlbildungen des oberen Harntraktes aus. **Derlei Fehlbildungen treten bei BE-Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung nicht gehäuft auf.** Das sonografische Hüftscreening ist auch für die BE-Patienten selbstverständlich, ist aber mit

zunehmender Symphysenweite schwerer interpretierbar. **Da Herz-Vitien bei BE-Patienten gehäuft gefunden werden, ist auch eine Echokardiographie präoperativ sinnvoll.**

Eine routinemäßige Röntgen- oder MRT-Untersuchung ist ebenfalls nicht erforderlich, da sich daraus keinerlei therapeutische Konsequenzen ergeben würden. Diese Untersuchungen bleiben Einzelfällen z. B. mit extrem großer Symphysenweite (> 5 cm) oder mit assoziierten Fehlbildungen vorbehalten.

Ein genetisches Routinescreening des Patienten und seiner Eltern außerhalb klinischer Studien wird derzeit nicht empfohlen.

Grundlagen des operativen Vorgehens

Die Kombination von Allgemeinnarkose und Epiduralkatheter sollte heute Standard sein. Diese Kombination gewährleistet einen extrem niedrigen Opiatbedarf sowie eine optimale postoperative Analgesie und trägt wesentlich zur Prophylaxe von Wundheilungsstörungen und postoperativen Blasenkrämpfen bei. Das so optimierte Schmerzmanagement in Verbindung mit dem gut adaptierten Organismus ab der sechsten Lebenswoche erlaubt die Kombination mehrerer Rekonstruktionsschritte in einer Sitzung bei gleichzeitig niedrigerem Risiko im Vergleich zum Initialverschluss im Neugeborenenalter:

- Blasenverschluss
- Leistenexploration beidseits, meist mit Verschluss der offenen Processus vaginales bei männlichen Säuglingen
- Epispadiekorrektur bei männlichen Säuglingen
- Symphysenadaptation

Bis zum heutigen Tag herrscht die verbreitete Meinung, dass für ein ausreichendes Blasenwachstum auch ein „entsprechender Widerstand“ im Bereich des Blasenhalses erforderlich sei, obwohl es dafür keinerlei Evidenz gibt. Ganz im Gegenteil dazu, konnten wir anhand immunhistochemischer Untersuchungen zeigen, dass sich die Blasenmukosa bei der BE noch in einem immaturren Zustand befindet und vor allem die schützenden Schirmzellen („umbrella cells“) an der Oberfläche der Mukosa entweder völlig fehlen oder deutlich reduziert sind.

Weiterhin ist die Expression von Antigenen, die für die abschließende urotheliale Differenzierung erforderlich sind, deutlich reduziert [13]. Diese Veränderungen führen zu einer Einschränkung der sog. „urothelialen Barriere“ mit strukturellen und möglicherweise funktionellen Folgen durch Auswirkungen auf das bakterielle Adhärenzverhalten und durch Penetration infizierten Urins oder toxischer Substanzen, die wiederum entzündliche, ödematöse und fibröse Veränderungen der Blasenwand verursachen können. In der Folge ist keineswegs ein verbessertes Blasenwachstum, sondern vielmehr ist eine reaktive Blasenwandveränderung mit Verminderung der Dehnbarkeit zu erwarten. Diese wiederum kann im weiteren Verlauf den oberen Harntrakt durch sekundäre Obstruktion und/oder Reflux belasten.

Vor dem Hintergrund dieser Daten, hatten wir bereits im Jahre 2007 das Konzept der primär einzeitigen Rekonstruktion verlassen und verzichteten seither auf eine Blasenhaloplastik zum Zeitpunkt des initialen Verschlusses. Unabhängig vom Alter erfolgt eine Blasenhaloplastik erst wenn eine Blasenkapazität von mindestens 100 ml erreicht wurde und bei der Blasendruckmessung eine koordinierte Detrusorfunktion bei ausreichender Blasenwanddehnbarkeit urodynamisch nachweisbar ist. Inwieweit dieses gefäß- und nervenschonende Vorgehen für die Blasenwand auch tatsächlich langfristig zu einer Verbesserung der Blasenkapazität und Compliance und damit zu einer Reduktion der Anzahl an erforderlichen Augmentationen (Blasenvergrößerungsplastiken) im Mittel- und Langzeitverlauf führt, muss abgewartet werden.

Aufgrund der hohen Inzidenz von Leistenhernien werden zudem stets beide Samenstränge dargestellt und die offenen Processus vaginales in dieser ersten Sitzung mit verschlossen, um diesen Patienten weitere Eingriffe zu ersparen.

Vor der Rekonstruktion der Bauchdecke erfolgt schließlich der Beckenringverschluss, der in diesem Alter nahezu immer ohne Osteotomie möglich ist. Lange Zeit galt die im Rahmen des Blasenverschlusses durchgeführte Osteotomie als erforderlich, um die Symphyse spannungsfrei schließen zu können, und damit einem Rezidiv des Blasenwanddefektes vorzubeugen. Weiterhin wurden kosmetische Gründe, ein Längengewinn bei der Re-

konstruktion der Corpora cavernosa als auch orthopädische Gründe als Indikation angeführt. Neuere Langzeitdaten belegen jedoch diese Argumente keineswegs. Im Langzeitverlauf fanden sich keine Unterschiede in der Symphysenweite, in der Anzahl der operativen Eingriffe im Zusammenhang mit der BE, in der Inkontinenz-/Kontinenzrate sowie in der Häufigkeit eines notwendigen intermittierenden Selbstkatheterismus [6]. Auch in einer von uns durchgeführten Langzeituntersuchung bei Patienten im Alter von 13 bis 18 Jahren, deren Becken ohne Osteotomie verschlossen wurde, zeigten sich durchwegs altersentsprechende klinische und radiologische Befunde ohne Zeichen der Dysplasie oder degenerativer Hüftveränderungen. Weiterhin fand sich kein Unterschied in den Ausmaßen der Symphysendiastase im Vergleich zu den Langzeitergebnissen nach Osteotomie [14].

Angesichts der Komplexität des Eingriffes und der nicht unerheblichen Folgen für die Patienten bei Komplikationen, sollte gerade der primäre Blasenverschluss nur noch in dafür spezialisierten Zentren durchgeführt werden [4]. Nicht nur die Erfahrung des Operateurs, sondern auch der Kinderanästhesie, des Pflegepersonals und der psychologischen Betreuung sind für den zu erreichenden Langzeiterfolg entscheidend. Treten im Rahmen der initialen Operation Komplikationen auf, so sind diese meist schwer und können neben Auswirkungen auf das Blasenwachstum und die zu erwartende Kontinenz auch Auswirkungen auf Sexualität und Fertilität haben. Weiterhin wissen wir heute, dass nicht nur Operationskomplikationen, sondern auch Trauma und Schmerzen Sexualität, Fertilität, Selbstbewusstsein und soziale Integration im Langzeitverlauf erheblich beeinträchtigen können [4, 15].

Maßnahmen zur Erreichung einer sozialen Kontinenz

Spätestens mit Erreichen des Grundschulalters steht die Erreichung der Harnkontinenz im Zentrum des Interesses. Art und Zeitpunkt des zweiten Eingriffes hängen nicht nur von den medizinischen Parametern, wie Blasenvolumen, Detrusorfunktion und -dehnbarkeit ab, sondern auch vom sozialen Umfeld und dem Entwicklungsstand des Patienten. Neben

der korrekten Wahl des individuell passenden Verfahrens und der sorgfältigen Rekonstruktionstechnik, ist vor allem die Motivation des Patienten trocken zu werden, entscheidend für den Erfolg des zweiten Eingriffes. Nicht der Chirurg und auch nicht die oft ungeduldigen Eltern, sollten den besten Operationszeitpunkt bestimmen, sondern der Patient, eben dann wenn sie oder er unbedingt trocken werden möchte.

Je nach anatomischen Voraussetzungen kann heute in den allermeisten Fällen eine soziale Kontinenz erreicht werden. Dies kann bei ausreichender Blasenkapazität und guter Detrusorfunktion mit einer alleinigen Blasenhaloplastik gelingen, bei akontraktilen Detrusor in Verbindung mit einem kontinenten Vesicostoma, sodass die Blase über einen Einmalkatheterismus restharnfrei entleert werden kann oder bei nicht ausreichender Kapazität in Verbindung mit einer Blasenaugmentation (Blasenvergrößerungsplastik mit Darm), wobei auch in diesem Fall die Blase über ein kontinentes Vesicostoma via Einmalkatheterismus entleert werden muss [16]. Alle diese Verfahren, insbesondere in Verbindung mit dem Einmalkatheterismus setzen eine entsprechende Motivation des Patienten voraus, da sowohl das konsequente Blasentraining, als auch der Einmalkatheterismus vom Patienten selbstständig durchgeführt werden muss, um z. B. einen Schulbesuch in der Regelschule zu gewährleisten. Tatsächlich ist zu diesem Zeitpunkt die richtige Indikationsstellung das schwierigste, um weder den Patienten, noch seine Eltern mit einem komplizierten Behandlungskonzept zu überfordern und damit Unzufriedenheit und Minderwertigkeitskomplexe zu erzeugen.

Begleitung durch die Pubertät

Während bis zu diesem Zeitpunkt die Fragen um die Harnkontinenz im Zentrum des Interesses standen, treten in der Pubertät die Themen Sexualität und Fertilität sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen in den Vordergrund. Idealerweise sollte bereits zu diesem Zeitpunkt die Transition in das Jugend- und Erwachsenenalter beginnen. Eine für die Patientin oder den Patienten hilfreiche und sinnvolle Beratung und Betreuung ist nur in einer interdisziplinären Zusam-

menarbeit mit einem Gynäkologen bzw. Urologen möglich, der mit den Problemen der BE-Patienten im Erwachsenenalter vertraut ist. Bei den Mädchen stehen Themen wie Dyspareunie, Indikation zu einer Introitusverengungsplastik, Fragen zur Verhütung (Patientinnen mit BE werden aufgrund des vergleichsweise kurzen Scheidengewölbes und der am Scheidendach liegenden Portio besonders leicht schwanger) und vor allem die Frage, ob sie eigene Kinder bekommen können im Vordergrund. Bei den Jungen bedarf es einer qualifizierten andrologischen Beratung, nicht nur im Hinblick auf die Penisgröße und -funktion, sondern auch im Hinblick auf eventuelle dorsale Penischaftverkrümmungen, Ejakulationsstörungen durch die rekonstruierte Harnröhre, retrograde Ejakulationen durch eine Fehlposition des Colliculus im Bereich des Blasenhalss sowie einer vermehrten Neigung zu rezidivierenden Entzündungen im Nebenhoden-/Hodenbereich durch eine Fehlmündung der Ductus ejaculatorii.

Neuere Studien zur psychosozialen und psychosexuellen Entwicklung von Patienten mit BE belegen, dass nicht nur bei Mädchen, sondern auch bei Jungen bereits in diesem Alter die Frage nach der Zeugungsfähigkeit und nach der Möglichkeit später eigene Kinder zu haben, von zentralem Interesse ist. Die rechtzeitige Auseinandersetzung mit diesen Themen fördert nicht nur das Selbstbewusstsein und die soziale Integration dieser Patienten, sondern ist auch eine ideale Gelegenheit, um die Patienten einer geordneten Transition in die Erwachsenenmedizin zuzuführen. [17]. Wie bei der Initialversorgung gilt es auch hier, KollegInnen zu finden, die mit dem Krankheitsbild der BE vertraut sind und ggf. notwendige krankheitsspezifische Eingriffe (z. B. Introitusplastik bei BE, Entbindung per Sectio nach BE-Verschluss bzw. nach Blasenaugmentation, spezielle Rekonstruktionstechniken im Erwachsenenalter bei Epispadie etc.) an einem Zentrum bzw. in Verbindung mit einem entsprechenden Zentrum durchführen können. Grundsätzlich bedürfen Patienten mit einer ehemaligen Fehlbildung aus dem Epispadie-/Ekstrophiekomplex einer lebenslangen urologischen, nephrologischen sowie gynäkologischen bzw. andrologischen Nachbetreuung.

Fazit für die Praxis

- Nach der Geburt eines reifen Säuglings mit Blasenekstrophie besteht keine Indikation für einen verlängerten stationären Aufenthalt in der Kinderklinik oder gar auf einer Intensivstation.
- Vor allem aufgrund der medizinischen Vorteile besteht heute weltweit der Trend zum späteren initialen Blasenverschluss im Alter von sechs bis acht Wochen.
- Stillen ist wünschenswert, gerade bei Vorliegen einer Blasenekstrophie
- Eine therapeutische oder prophylaktische Antibiotikatherapie bis zum Primäreingriff ist nicht erforderlich.
- Die Zeitspanne bis zur Operation kann genutzt werden, um mit einem geeigneten Zentrum Kontakt aufzunehmen, ggf. auch um eine Zweitmeinung einzuholen.
- Eine psychologische Betreuung der Familie von Anfang an ist grundsätzlich empfehlenswert.

- Eine erfolgreiche und schonende Rekonstruktion erfordert nicht nur einen erfahrenen Operateur sondern auch ein Team aus Allgemeinpädiatrie, Kinderneurologie, Kinderanästhesie, Kinderkrankenpflege und Psychologie, das mit diesem Krankheitsbild und den möglichen Komplikationen vertraut ist.
- Art und Zeitpunkt des zweiten Eingriffes zur Erreichung einer Harnkontinenz hängt einerseits von der Blasengröße und -funktion ab, andererseits gleichermaßen vom Entwicklungsstand und dem sozialen Umfeld des Patienten.
- Mit Erreichen der Pubertät treten bei nahezu allen Patienten beiderlei Geschlechts die Themen Sexualität und Fertilität ganz klar in den Vordergrund.
- Eine kompetente interdisziplinäre Beratung und Betreuung mit Fachspezialisten, die mit diesem Krankheitsbild vertraut sind, wäre wünschenswert.

- Diese Themen sind auch geeignet, um den Patienten frühzeitig einer geordneten Transition in die Erwachsenenmedizin zuzuführen, da eine lebenslange urologische, nephrologische und gynäkologische bzw. andrologische Betreuung der BE-Patienten erforderlich ist.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Wolfgang H. Rösch
Klinik für Kinderurologie in Kooperation
mit der Universität Regensburg
Klinik St. Hedwig
Steinmetzstr. 1-3, 93049 Regensburg
Tel.: 0941/369-5453
E-Mail: wolfgang.roesch@
barmherzige-regensburg.de*

Interessenkonflikt:

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Marisa Buss

Anamnese

Der 5-jährige Junge wird wegen eines hellroten, indolenten Knötchens im Bereich des rechten Oberarmes vorgestellt, der sich innerhalb von 1-2 Wochen entwickelt habe. Ferner besteht seit dem ersten Lebensjahr ein Atopisches Ekzem und seit einigen Monaten Dellwarzen.

Untersuchungsbefund

Der Allgemein- und Ernährungszustand des Patienten ist gut. Im Bereich des rechten Armes zeigen sich multiple hautfarbene, gedellte Papeln (Mollusca contagiosa), zwischen denen ein etwa 0,5 cm durchmessender, palpatorisch weicher, hellroter Knoten zu erkennen ist (Abb. 1). Der übrige Befund ist unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1

Diagnose:

Granuloma pyogenicum

Das Granuloma pyogenicum (Gp) ist nach dem infantilen Hämangiom der zweithäufigste gutartige vaskuläre Tumor der Haut und Schleimhaut im Kindesalter (1, 2). Die Tumoren entstehen in der Mehrzahl der Fälle auf dem Boden kleiner Läsionen (z. B. Mückenstiche) oder – wie im vorliegenden Fall – im Rahmen entzündlicher Prozesse. Gehäuft treten Granulomata pyogenica auf dem Boden vaskulärer Malformationen (insb. Naevus flammeus) und – in jedem Lebensalter – unter der Behandlung mit oralen Retinoiden auf. Neuere Untersuchungen deuten auf eine genetische Disposition: *BRAF*- bzw. *RAS*-Mutationen wurden bei 8/10 Gp identifiziert, die auf Naevi flammei entstanden, und bei 2/25 „spontan“ entstandenen Gp (3). In diesem Zusammenhang erwähnenswert ist, dass Gp vermehrt bei Patienten beobachtet wurden, die aufgrund eines Melanoms mit *BRAF*-Inhibitoren behandelt wurden (4).

Klinisch zeigen sich eruptiv entstehende kleine, angiomartige Papeln, die über Tage und wenige Wochen an Größe zunehmen und zu einem beerenförmigen, oft gestielten Tumor bis zu einer Größe von 20 mm heranwachsen können. Die Oberfläche ist oftmals erosiv und nässend und blutet leicht. Prädislo-

tionstellen sind Kopf und Hals (62 %), gefolgt von Stamm (19,7 %) und Extremitäten (17,9 %), insbesondere Fingern (2). Häufig ist auch die Mundschleimhaut betroffen. Histologisch finden sich sehr oberflächliche, hämangiomartige dilatierte Gefäß-Schlingen, die durch fibröse Septen unterteilt sind (5). In Läsionen, die sich bereits in der Regression befinden, kann eine ausgedehnte Fibrose vorliegen.

Diagnostik

Die Diagnose erfolgt in der Regel klinisch. Die wichtigste Differenzialdiagnose ist das infantile Hämangiom. Während sich Hämangiome regelhaft innerhalb der ersten sechs Lebenswochen manifestieren, treten Gp sehr selten in den ersten 3-6 Monaten auf (1, 2, 5). Das Wachstum des Granuloma pyogenicum ist hierbei eruptiv, innerhalb weniger Tage, das des Hämangioms langsam progredient. Des Weiteren zeigt das Granuloma pyogenicum im Gegensatz zum Hämangiom eine hohe spontane Blutungstendenz. Eine weitere wichtige Differenzialdiagnose ist der Spitz-Naevus, der klinisch oftmals nicht von einem Gp zu unterscheiden ist und ebenfalls bevorzugt im Bereich des Kopfes auftritt.

Therapie und Prognose

Das Granuloma pyogenicum persistiert ohne Behandlung und zeigt im

Verlauf eine hohe Blutungs- und Ulzerationstendenz. Die Therapie der Wahl ist die Kürettage mit nachfolgender elektrokaustischer Verödung oder – bei gestielten Granulomen – eine Ligatur an der Basis mit chirurgischem Nahtmaterial. Andere Therapieoptionen sind die Kryotherapie, die jedoch schmerzhaft sein kann und oft mehrere Behandlungen erfordert, sowie die Lasertherapie.

Literaturangaben

1. Hoeger PH, Colmenero I. Vascular tumours in infants. Part I: benign vascular tumours other than infantile haemangioma. *Br J Dermatol.* 2014; 171:466-73
2. Pagliai KA, Cohen BA. Pyogenic granulomas in children. *Pediatr Dermatol.* 2004;21 :10-13
3. Groesser L, Peterhof E, Evert M et al. *BRAF* and *RAS* Mutations in Sporadic and Secondary Pyogenic Granuloma. *J Invest Dermatol.* 2016; 136: 481-6
4. Henning B, Stieger P, Kamarachev J et al. Pyogenic granuloma in patients treated with selective *BRAF* inhibitors: another manifestation of paradoxical pathway activation. *Melanoma Res.* 2016; 26:304-7
5. Patrice SJ, Wiss K, Mulliken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): a clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol.* 1991; 8:267-276.

Korrespondenzadresse:

Marisa Buss
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilungen Pädiatrie und Pädiatrische
Dermatologie/Allergologie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger



Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



Foto: © stalnyk - Fotolia.com

13 Jahre allgemeines Varizellen-Impfprogramm in Deutschland

Seit 13 Jahren empfiehlt die STIKO die Standardimpfung gegen Varizellen für alle Kinder ab dem Alter von 11 Monaten (Epidem Bull 30 und 31, 2004, www.rki.de), seit 2009 mit 2 statt zuvor 1 Impfdosis, um die Zahl der Durchbruchinfektionen bei suboptimal geschützten Kindern zu reduzieren. In einer ersten Bestandsaufnahme der ersten 8 Jahre (Epidem Bull 1, 2013) wurde das Impfprogramm als „sehr erfolgreich“ bewertet: in den damals vorhandenen Surveillancesystemen (Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Varizellen am RKI, Meldepflicht in einigen östlichen Bundesländern und Krankenhaus-Diagnosestatistik) konnte ein Rückgang der Varizellen in allen Altersgruppen, also auch bei Erwachsenen, gezeigt werden. Der direkte Impfschutz führte zu einem Rückgang der Varizellenfälle um 92 % bei den 1-4 Jahre alten (potentiell geimpften) Kindern, der indirekte Schutz zeigte sich am Rückgang um 80 % bei den Säuglingen (siehe auch Impfforum, Kinder- und Jugendarzt, April 2013).

In einer aktuellen Publikation berichten Hecht und Siedler vom Robert Koch-Institut [Bundesgesundheitsbl 2017; 60: 118–126] über die Durchimpfungsrate (basierend auf Daten aller 17 Kassenärztlichen Vereinigungen) und die Krankheitsfälle der Jahre 2002 bis 2014, beruhend auf dem Sentinelsystem der Arbeitsgemeinschaft Masern und Varizellen (seit 2005), einer seit 2009 bestehenden Meldepflicht für Varzellenerkrankungen und -erregernachweise in allen neuen Bundesländern, und der bundesweiten Meldepflicht gemäss Infektionsschutzgesetz (seit März 2013) – also eine solide Erfassung.

Und wo stehen wir? Erfreulicherweise gibt es einen anhaltenden Trend des Rückgangs der Krankheitsfälle bis 2013 in allen Altersgruppen, was die positiven direkten und indirekten Impffolgen belegt. Ein geringfügiger Anstieg der Fallzahlen im Sentinelsystem in 2014 lässt sich nur in den neuen Bundesländern erkennen und mag auf die Einführung der bundesweiten Meldepflicht zurückzuführen sein, zumal die Meldezahlen dort niedriger lagen und liegen als in den alten Bundesländern. Der Anteil der Geimpften an den Erkrankten betrug im Jahr 2005 in den alten Bundesländern 0,7 % und in den neuen Bundesländern 0,5 %, im Jahr 2014 betrug sie 11,2 % bzw. 13,1 %. Vorsicht Falle! Daraus lassen sich keine Schlüsse zur Impfwirksamkeit ziehen, denn wenn eine Impfung nicht 100 % wirksam ist (und welche Impfung ist das schon? Keine!) steigt unweigerlich mit der Durchimpfungsrate auch der Anteil der so genannten „Impfversager“, weil immer weniger Kinder ungeimpft sind. Und letztendlich sind diese immer noch für die Mehrheit der Varizellenfälle verantwortlich. Bedauerlicherweise sind aber die Impfanamnesen bei den Krankheitsfällen unvollständig, d.h. bei ca. 25-30 % fehlen die Angaben.

Dennoch insgesamt eine erfreuliche Situation. Nichtsdestoweniger, Holzauge sei wachsam, die Beobachtungssysteme müssen aufrechterhalten werden um Trends eines nachlassenden Impfschutzes rechtzeitig erkennen zu können und falls erforderlich Maßnahmen treffen zu können.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: Huppertz

RSV

„Rasend Schnelle Virusausbreitung“ – so betitelte ich das Respiratory Syncytial Virus (RSV) im letzten Impfforum und versprach Ihnen mehr Informationen zur Impfprophylaxe. Den enttäuschenden Ergebnissen der Studie in den 1960er-Jahren mit einem ersten aktiven RSV-Impfstoff (mehr und schwerere Fälle bei den geimpften im Vergleich zu ungeimpften Säuglingen) folgte die Erkenntnis, dass maternale RSV-IgG-Antikörper das Neugeborene vor schweren RSV-Infektionen schützen können. Das war zunächst die Geburtsstunde der passiven Immunisierung gegen RSV, erst mit polyklonalem IgG, dann mit dem noch heute gebräuchlichen monoklonalen Antikörper Palivizumab, und von aktiven RSV F-Glycoprotein Vakzinen, mit denen zukünftig vor allem schwangere Frauen geimpft werden sollen – zum indirekten Schutz ihrer Neugeborenen.

Als besonders immunogenes Antigen erwies sich das Prefusion Protein (preF). Nun konnten Langley et al. in einer Phase 1 Studie bei 128 gesunden jungen Männern (!) zeigen [J Infect Dis 2017; 215: 24-33], dass eine derartige mit oder – in starker Antigenkonzentration auch ohne - Aluminium-Hydroxid adjuvantierte Vakzine sowohl immunogen gegen RSV-Subtypen A und B als auch akzeptabel verträglich ist. Wie in Phase 1 Studien üblich, wurden vor allem Verträglichkeitsmerkmale und die Immunogenität verschiedener Konzentrationen des Impfantigens geprüft. Ergebnis: positiv, die Entwicklung kann nun in Phase 2 Studien und dann wohl auch in Wirksamkeitsprüfungen in Phase 3 fortgeführt werden. Welche Implikationen hätte eine solche Vakzine? Gute, wenn sie zugelassen und akzeptiert wird.

Für die Impfung schwangerer Frauen braucht es jedoch ein entsprechendes „Klima“ in Deutschland, das wir bislang meiner Einschätzung nach noch nicht wirklich haben. Das ist unverständlich, denn Impfungen mit Totimpfstoffen gegen Influenza, Pertussis und zukünftig vielleicht auch RSV haben respektable Effekte für das ungeborene Kind, gelten als „sicher“ (für Pertussis und Influenza an Millionen von Schwangeren nachgewiesen!) und sind effizient.

Warum erzähle ich das Ihnen, liebe Kinderärztinnen und Kinderärzte? Weil Sie die besten Botschafter des Impfens sind, das verursachte Leid der impfpräventablen Krankheiten bei den jungen Säuglingen kennen und Kontakt zu Müttern haben, die nochmals schwanger werden möchten. Nehmen Sie Ihre Aufgabe bitte wahr und unterstützen Sie die Impfprävention nicht nur bei Kindern, sondern auch bei deren Eltern!



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Eine mendelsche Randomisierung lässt einen kausalen Zusammenhang zwischen einem niedrigen Vitamin D-Status und dem Multiple-Sklerose-Risiko erkennen

Mendelian Randomization Shows a Causal Effect of Low Vitamin D on Multiple Sclerosis Risk

Rhead B et al., *Neurol Genet* 2(5): e97, September 2016

Die Multiple Sklerose (MS) betrifft vorwiegend Personen nordeuropäischer Abstammung, die auf einem hohen Breitengrad wohnen. Die MS ist eine Auto-Immunerkrankung, die zu einer Demyelinisierung zentraler Nervenbahnen mit nachfolgenden Behinderungen führt. Eine MS wird meistens im frühen Erwachsenenalter diagnostiziert. Zwischen 3 % bis 10 % aller Erkrankungen treten aber bereits im Kindes- oder Jugendalter auf.

Ursächlich werden dieser Erkrankung sowohl genetische als auch umgebungsabhängige Faktoren zugeschrieben. Inwieweit diese Faktoren den Ausbruch der Erkrankung anteilig beeinflussen, kann bis heute nicht beantwortet werden. Epidemiologisch tragen Menschen, die in nördlichen Ländern leben, ein allgemein höheres MS-Risiko als Menschen, die in südlichen Ländern leben. Dies hat zu der Frage geführt, ob vielleicht ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Multiplen Sklerose (MS) und dem Vitamin D-Status besteht, da etwa 90 % des täglichen Vitamin D-Bedarfs von der solaren Exposition abhängt.

Die Autoren haben versucht, einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen der MS und dem Vitamin D-Status zu finden, wobei es ihnen jetzt wohl erstmals gelang, umgebungsabhängige Faktoren auszuschalten.

Hierzu führten sie eine mendelsche Randomisierung mit drei Vitamin D-Nucleotid-Polymorphismen (SNP) durch, von denen bekannt ist, dass sie mit der Höhe der Vitamin D-Serumspiegel assoziiert sind. Sie analysierten die SNPs in zwei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, bei Probanden der nordkalifornischen „Kaiser Permanente Krankenversicherung“ und der schwedischen „Epidemiological Investigation of Multiple Sclerosis and Genes and Environment in Multiple Sclerosis MS case-control studies“ und bestimmten den Einfluss der drei SNPs auf das MS-Erkrankungsrisiko, das Erkrankungsalter und die Erkrankungsschwere.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse, die das Geschlecht, Geburtsjahr, Rauchen, Ausbildung, Ethnie, den Body-Mass-Index mit 18-20 Jahren und das Risiko für 110 andere bekannte, mit der MS assoziierte Gen-Varianten berücksichtigten, zeigen, dass ein ansteigender Vitamin D-Status mit einem abfallenden MS-Risiko in beiden Bevölkerungsgruppen assoziiert ist.

Dies galt sowohl für die weißen Studienteilnehmer der nordkalifornischen Kaiser Permanente Organisation (1056 MS-Erkrankungen und 9015 Kontroll-Patienten) mit einer Odds Ratio (OR) von 0,79 (95 % KI 0,64-0,99; p=0,04) als auch für die schwedischen Studienteilnehmer der „Epidemiological Investigation of Multiple Sclerosis and Genes and Environment in Multiple Sclerosis MS case-control studies“ (6335 Erkrankungen und 5762 Kontrollpatienten) mit einer OR von 0,86 (95 % KI 0,76-0,98; p=0,03) für einen ansteigenden Vitamin D-Status. Die Meta-Analyse aus den Daten beider Gruppen ergab eine kombinierte OR von 0,85 (95 % KI 0,76-0,94; p=0,003).

Die erhobenen Daten weisen, unabhängig von etablierten und bekannten Risikofaktoren, mit hoher Evidenz auf einen kausalen Zusammenhang zwischen niedrigen 25(OH)D-Konzentrationen im Serum und dem MS-Risiko hin.

Kommentar

Vitamin D besitzt unterschiedliche Funktionen. Es beeinflusst die Knochengesundheit, den Serum-Calcium- und Serum-Phosphor-Spiegel. Darüber hinaus moduliert Vitamin D die Immunfunktionen, die Zellproliferation, Zelldifferenzierung und die Apoptose. Der Vitamin D-Mangel wird mit verschiedenen Erkrankungen wie Krebs, Autoimmunerkrankungen, Infektionserkrankungen, Typ 1 und 2 Diabetes, Bluthochdruck und kardiovaskulären Erkrankungen verbunden, wobei bisher noch weitestgehend unklar geblieben ist, ob diese Verbindungen kausal sind. Eine Studie von Wang et al. hat gezeigt, dass Gen-Varianten, die an der Cholesterin-Synthese, -Hydroxylierung und am Vitamin D-Transport beteiligt sind, den Vitamin D-Status beeinflussen. Dabei konnten neben anderen SNPs vor allem drei an den Genorten 4p12, 11q12 und 11p15 als genomweit signifikant für die Regulation des Vitamin D-Status definiert werden. Rhead et al. konnten jetzt zeigen, dass SNPs den Vitamin D-Status unabhängig von Umwelt- und Lifestyle-Faktoren beeinflussen und der durch SNPs erniedrigte Vitamin D-Status das MS-Risiko erhöht. Damit konnte erstmals nachgewiesen werden, was auf Grund der MS-Epidemiologie vermutet wurde, dass ein genetisches, durch den Vitamin D-Status beeinflusstes MS-Erkrankungsrisiko besteht.

Die Ergebnisse bedürfen zwar weiterer Bestätigung, erscheinen aber auf Grund des vorhandenen hohen epidemiologischen Nord-Süd-Gradienten der MS, der unterschiedlichen solaren Exposition und den bekannten Auswirkungen eines Vitamin D-Mangels auf das Immunsystem plausibel zu sein. Die Ergebnisse dürften deshalb bei weiterer Bestätigung für eine frühe Prävention der MS über eine Vitamin D-Prophylaxe im Kindesalter von Bedeutung sein.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Persistenz und Unterschiede der nasalen und oropharyngealen *Staphylococcus aureus*-Besiedelung bei Schulkindern

Persistence, Discordance and Diversity of *Staphylococcus aureus* Nasal and Oropharyngeal Colonization in School-aged Children

Williamson DA, Ritchie S, Keren B, Harrington M et al., *Pediatr Infect Dis J* 35: 744–748, Juli 2016

Eine Autorengruppe aus Wellington, Neuseeland, führte bei Schulkindern im Alter von 5-13 Jahren an fünf Schulen, vorwiegend Maori und Pazifik-stämmig, eine Querschnitts-Studie mit Nasen- und Oropharyngeal-abstrichen auf *S.aureus*-Besiedelung durch.

Vom 14. Oktober bis 14. November 2013 wurden Nasen- und Oropharyngeal-Abstriche auf *S.aureus* untersucht, und im Oktober 2014 bei derselben Altersgruppe erneut in den gleichen Schulen.

Insgesamt waren die Abstriche bei 506 von 893 Kindern (56,7 %) mit *S.aureus* kolonisiert, davon 17,4 % MRSA. Etwa 30 % der *S.aureus*-Stämme war fusidinsäureresistent. Die Oropharynx-Abstriche waren signifikant häufiger kolonisiert als die Nasenabstriche (41,1 % vs. 31,5 %; $P < 0.001$). Auch die Langzeit-Kolonisation war im Nasen-Rachen-Raum signifikant häufiger als in der Nase und zwar mit dem gleichen Erreger-Typ (67,6 % vs. 37,0 %; $P=0.01$). Bei etwa 40 % der Kinder fanden sich unterschiedliche *S.aureus*-Stämme in Nasen- und Oropharyngeal-Abstrich.

Die Autoren folgern, dass die Oropharynx-Kolonisation mit *S.aureus* ein signifikantes *S.aureus*-Reservoir darstellt und dass der Nasen-Rachenraum möglicherweise eine anatomisch geschützte *S.aureus*-Nische darstellt, die eine Langzeit-Kolonisation mit demselben Stamm ermöglicht.

Kommentar

Wenn sich auch die Lebensumstände und die *S.aureus*-Kolonisation der Maori- und Pazifik-Schulkinder von denen mitteleuropäischer Kinder unterscheiden, so sollten die Ergebnisse dieser Studie doch hierzulande anregen bei Schulkindern Abstrich-Untersuchungen auf *S.aureus* vermehrt durchzuführen, um die Herkunft von MRSA- und fusidinsäure-resistenten Stämmen herauszufinden. Fusidinsäure resistente MRSA sind häufig community-acquired MRSA (cMRSA) und tragen manchmal auch den Pathogenitätsfaktor. Pantone-Valentine-Leukocidin (PVL): Diese kommen ohne Kontakt zu den klassischen Quellen der hospital-erworbenen MRSA (hMRSA) auch bei Kindern vor und können zu schweren Weichteilinfektionen und nekrotisierende Pneumonie führen. Die Ergebnisse werfen zudem die Frage auf, ob statt des Nasenvorhofs nicht der Oropharynx ein zusätzlich notwendiger oder sogar besserer Abstrichort sein könnte.

Korrespondenzadresse:

Helmut Helwig, Freiburg

Mehrmalige Entnahme von NaCl-Lösung

Frage

In der Behandlung von obstruktiven Bronchitiden, Pneumonien oder RSV-Bronchiolitiden sind Feuchtinhalationen mit 0,9 % NaCl, 3 % NaCl ggf. mit Zusatz von Salbutamol in Kliniken geübte Praxis. Häufig werden dafür aus 100 ml-Flaschen 0,9 % NaCl über Minispikes 10 ml Kochsalzlösung zur Inhalation in Spritzen aufgezogen, die dann patientenbezogen weiter für die Inhalation am Tag verwendet werden. Mittlerweile wird verlangt, dass aus Hygienegründen für jeden Patienten eine 10 ml-Ampulle zu verwenden ist, 100 ml-Flaschen mit Minispikes sind nicht zulässig. Abgesehen von mehr Arbeitszeit, mehr Müll und etwas Mehrkosten stellt sich mir die Frage nach der Sinnhaftigkeit.

- Müsste dann nicht auch konsequent die Tropfflasche mit Salbutamol als Zusatz zur Inhalation patientenbezogen verwendet werden?

Antwort

Bei der Frage, ob die Mehrfachentnahme eines Arzneimittels aus einem Behältnismöglich ist, muss man zwischen Arzneimitteln, die nur zur Einmalentnahme bestimmt sind (nicht konservierte Arz-

neimittel) und Arzneimitteln in Mehrdosisbehältnissen (konservierte Arzneimittel) unterscheiden.

Bei Salbutamol-Inhalationslösung handelt es sich um ein konserviertes Arzneimittel, welches nach Herstellerangaben für die mehrmalige Entnahme über einen längeren Zeitraum geeignet ist. Die Lösung bleibt gemäß den Herstellerangaben auch nach Öffnung unter definierten Voraussetzungen (z. B. lichtgeschützte und trockene Lagerung, Vermerken des Anbruchdatums) für eine definierte Zeit nutzbar. Bei Kontamination der Lösung werden die Erreger durch das Konservierungsmittel abgetötet – allerdings gibt es Wirkschwächen. Daher ist auch bei Mehrdosisbehältnissen mit Konservierungsmitteln eine hygienisch korrekte Handhabung wichtig.

Im Gegensatz hierzu handelt es sich bei NaCl-Ampullen/-Flaschen um Einzeldosisbehältnisse; diese enthalten kein Konservierungsmittel, weswegen die Lösung sofort nach Anbruch verbraucht werden muss. Mögliche Restmengen müssen verworfen werden. Käme es hier bei unsachgemäßem Umgang zu einer Kontamination, würden die Erreger nicht abgetötet werden; bei Verwendung der Restmenge für denselben oder auch für andere Patienten würde so die Gefahr eines nosokomialen Infek-

tionsausbruchs (bei i. v. Gabe: Bakteriämie/Virämie à Sepsis, per inhalationem à Pneumonie) bestehen.

Wiederverwendete Einzeldosisbehältnisse ohne Konservierungsmittel sind oft als Quelle nosokomialer Ausbrüche beschrieben.

Die häufig beobachtete Praxis, aus einer 50 ml oder noch schlimmer 100 ml NaCl-Flasche über Minispikes oder offene Kanüle über den Tag verteilt mehrere Portionen zu entnehmen und zu verwenden, ist daher aus jeder Sicht falsch. Eine praktische Alternative ist daher die Verwendung von 10 ml oder 20 ml Ampullen.

Der Einfachheit halber ist die „Standzeit“, bzw. die Aussage „nur für den sofortigen Verbrauch geeignet, Restmenge verwerfen“ üblicherweise auf den Medikamentenbehältnissen aufgedruckt – zugegebenermaßen meist in extrem kleiner Schrift.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Sebastian W. Lemmen
Uniklinik RWTH Aachen
Zentralbereich für Krankenhaushygiene
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen

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.

Steckbrief zu: Hawaiianische Holzrose (*Argyrea nervosa*)

Chemische Bezeichnung: die Samen dieses Windengewächses enthalten das Mutterkornalkaloid Lysergsäureamid LSA als haluzinogenen Wirkstoff, der chemisch dem LSD verwandt ist; es handelt sich um eine legale Droge.

Straßennamen(n): Hawaiian Baby Woodrose, HBWR, Monkey rose, Elefantenwinde, Silberkraut, Ololiuqui – ähnlich dem Ayahuasca sind schamanistische Rituale verbunden mit psychedelischen Erfahrungen als Revival der 60er-Jahre jetzt sehr beliebt.

Dosierung(en): 3 – 7 – (9) Samen ohne Schale zerkaut oder zermörsert und über Stunden in Wasser zuvor eingeweicht und dann als Sud getrunken.

Einnahmeform: per os, Wirkeintritt nach ca. 1 Stunde, Wirkdauer 4-8 Stunden.

Interaktionen: Wirkverstärkung durch Alkohol

Straßenpreis(e): Bestellung über Internet, ca. 20 Euro pro Packung – preiswerte Alternative sind LSA – haltige Trichterwinden (*Ipomea purpurea* oder Morning glory) wie in jedem Blumenhandel oder Gartenmarkt für 4 Euro erhältlich.

Erwünschte Wirkung(en): Glücksgefühle, optische Halluzinationen, Bewusstseinsweiterung und Gedankensprünge, vereinzelt auch aphrodisierend.

Unerwünschte Wirkung(en): im Vordergrund stehen Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen; oft Ängste bis hin zu Panikattacken.

Symptome bei Überdosierung: Panikattacken, Tachykardie, Schwitzen.



Nachweismethoden: in Routinetests nicht enthalten; GC – MS für forensischen Nachweis.

Therapieoptionen akut: „Talking down“, Sedierung bei Panikattacken.

Therapieoptionen chronisch: wegen häufigem Mischkonsum („Psychonauten“) schwer zu motivieren.

Langzeitfolgen: Auslösen einer Psychose möglich.

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt

Suchtbeauftragter BVKJ e.V.

Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin-Mitte

Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin-Mitte

Tel.: 030/901846132/30

E-Mail: Matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen



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

Für immer mehr Jugendliche gilt „Alkohol? Kenn dein Limit.“

Neue BZgA-Daten: Alkoholkonsum junger Menschen rückläufig // Jugendliche und junge Erwachsene trinken weniger Alkohol. Diesen Trend bestätigen die neuen Ergebnisse der Studie „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2016“, welche die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 18. Mai gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) in Berlin vorgestellt hat.

Für die Repräsentativbefragung, die regelmäßig im Rahmen der BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ durchgeführt wird, wurden bundesweit 7.003 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt. Die aktuellen Studienergebnisse zeigen, dass sich sowohl der Alkoholkonsum als auch das sogenannte Rauschtrinken Jugendlicher und junger Erwachsener rückläufig entwickeln: 10,0 Prozent der 12- bis 17-Jährigen sagen, dass sie regelmäßig, mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken. Im Jahr 2004 waren es noch 21,2 Prozent. Aktuell geben 13,5 Prozent der Jugendlichen an, sich mindestens einmal im letzten Monat in einen Rausch getrunken zu haben (2004: 22,6 Prozent), wobei nach wie vor das Rauschtrinken bei männlichen 12- bis 17-Jährigen (16,5 Prozent) weiter verbreitet ist als bei gleichaltrigen Mädchen (10,3 Prozent).

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, **Marlene Mortler**, erklärte: „In Deutschland trinken immer weniger Jugendliche regelmäßig Alkohol, das ist eine gute Nachricht! Dieser Trend kommt nicht aus dem Nichts, er ist auch das Ergebnis guter Aufklärungsarbeit. Die Kampagne ‚Alkohol? Kenn dein Limit.‘ ist ein zentraler Baustein unserer Präventionsstrategie. Sie ist deshalb so gut, weil sie ohne ‚erhobenen Zeigefinger‘ Wissen über die Wirkungen des Alkohols vermittelt. Hierbei sprechen Jugendliche selbst mit Jugendlichen, denn Gleichaltrige sind beim Thema die besten Gesprächspartner. ‚Alkohol? Kenn dein Limit.‘ wird auch in Zukunft einen wertvollen Beitrag leisten, wenn es darum geht, diesen positiven Trend fortzusetzen und noch mehr Jugendliche zu erreichen.“

Auch bei den 18- bis 25-Jährigen zeigt sich eine positive Entwicklung: Der regelmäßige Alkoholkonsum ist rückläu-

fig und liegt aktuell bei 30,7 Prozent. Mindestens einmal im letzten Monat haben sich 42,5 Prozent der männlichen und 22,6 Prozent der weiblichen jungen Erwachsenen in den Alkoholrausch getrunken. Dennoch liegt der Konsum weiterhin auf relativ hohem Niveau.

Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA, erläuterte: „Erfreulich ist, dass 36,5 Prozent der 12- bis 17-Jährigen angeben, noch nie Alkohol getrunken zu haben. Zudem trinken Jugendliche später als jemals zuvor den ersten Schluck Alkohol – aktuell mit 14,9 Jahren. Doch trotz positiver Trends betreiben insgesamt nach wie vor zu viele Jugendliche und junge Erwachsene Rauschtrinken. Deshalb zielt die BZgA-Kampagne ‚Alkohol? Kenn dein Limit.‘ darauf ab, junge Menschen zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu motivieren, denn Alkoholkonsum im Jugendalter ist mit ganz besonderen Risiken verbunden.“ Um Jugendliche mit den Informationen der Alkoholprävention zu erreichen, bedarf es neuer Impulse. Deshalb hat die BZgA die Kampagne vollständig überarbeitet: Neue Plakatmotive im Comicstil sensibilisieren Jugendliche mit einem Augenzwinkern für die Risiken eines riskanten Alkoholkonsums.

Bei der Neuausrichtung der BZgA-Kampagne wurden neben Plakaten und Broschüren, Faltblätter, das Internetportal www.kenn-dein-limit.info sowie die



Präsenz in den sozialen Netzwerken überarbeitet. Weiterhin legt die Kampagne einen besonderen Schwerpunkt auf die persönliche Ansprache der Jugendlichen in Lebenswelten mit den JugendFilmTagen und dem KlarSicht-MitmachParcours in Schulen sowie den Peer-Aktionen im Freizeitbereich.

Zu den neuen BZgA-Studiendaten steht ein Faktenblatt mit ausgewählten Ergebnissen der Studie „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2016“ unter www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention zur Verfügung.

Red.: ReH

Ärztestatistik zum 31.12.2016

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im April die aktuelle Ärztestatistik veröffentlicht (http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf).

Insgesamt gab es zu diesem Zeitpunkt **378.607 berufstätige Ärztinnen und Ärzte**. Die **Kinder- und Jugendärzte** stehen mit **14.466** an 6. Stelle der Gesamtärztestatistik.

In der **Ärztinnenstatistik** nach Allgemeinmedizin (20.485), Innerer Medizin (19.037), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (12.046) sowie Anästhesiologie (10.043) mit **8.412** an 5. Stelle.

Bei den Facharztanerkennungen sieht es folgendermaßen aus (siehe Tab. 1).

Die Kinder- und Jugendmedizin steht auch hier insgesamt an sechster Stelle, bei den Kolleginnen erneut an fünfter Stelle. Allerdings **haben wir nach den Gynäkologen den höchsten prozentualen Frauenanteil** (siehe Abb. 4).

Abb. 1 zeigt, dass wir einen kontinuierlichen Anstieg der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Ärztinnen und Ärzte zu verzeichnen haben. Davon sind im Jahr 2016 82 % Kolleginnen. Weiterbildungsassistenten sind hier nicht mit eingerechnet. Auf diese Entwicklung muss sich auch unsere Verbandspolitik einstellen, denn der Trend wird anhalten.

Abb. 2 zeigt die dramatische Veränderung der Tätigkeitsfelder der Kinder- und Jugendärzte seit 1996. Während **1996** noch **5.894** Kinder- und Jugendärzte als **niedergelassene** Vertragsärztinnen und Vertragsärzte tätig waren, hatte sich die-

se Zahl zum **31.12.2016 um 73 auf 5.821** reduziert, wohingegen die Zahl der im **Klinikbereich** tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht mitgerechnet) von ursprünglich **3.693** um **2.291 auf 5.984** Kolleginnen und Kollegen erhöht hat. Hier spielen natürlich geänderte Tarifverträge und Arbeitszeitregelungen eine entscheidende Rolle. Leider zeigt sich diese Zunahme der im Klinikbereich

tätigen Kinder- und Jugendärzte nicht in unserer Mitgliederstatistik.

Allerdings darf nicht vergessen werden, dass sich immer mehr früher unter stationären Bedingungen erfolgte Behandlungen in den ambulanten Bereich verschoben haben und dass sich das Aufgabengebiet der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte durch neue Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Selektivverträge und neue Morbiditäten ganz erheblich erweitert hat.

Gebiet	Gesamtzahl	Kolleginnen
Innere Medizin	1.841	1.051 (57 %)
Allgemeinmedizin	1.321	836 (63 %)
Anästhesie	1.178	636 (54 %)
Orthopädie und Unfallchirurgie	914	250 (27 %)
Frauenheilk. und Geburtshilfe	700	585 (84 %)
Kinder- u. Jugendmedizin	647	486 (75 %)
Psychiatrie u. Psychotherapie	565	354 (63 %)
Neurologie	527	324 (61 %)
Radiologie	468	202 (43 %)
Augenheilkunde	304	170 (56 %)

Tab. 1: Facharztanerkennungen 2016 der zehn am meisten gewählten Fachgruppen

Insgesamt berufstätig	14.466 (8.412 ♀, 6.054 ♂)
Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte	5.821 (-0,3 % gegenüber 2015)
Stationär tätige Kinder- und Jugendärzte	5.984 (+2,2 % gegenüber 2015)

Tab. 2: Anzahl Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2016 (+ 2,17 % gegenüber 2015)

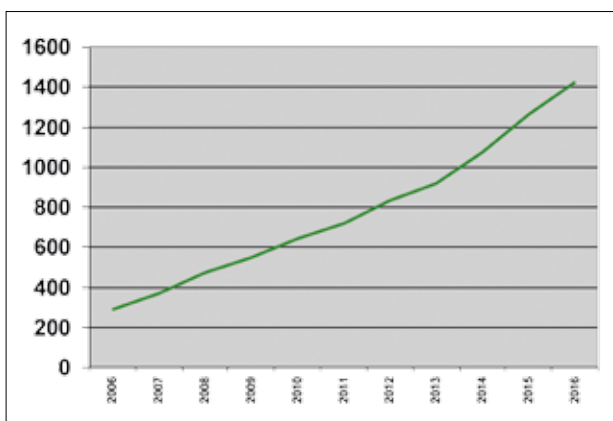


Abb. 1: Entwicklung der Zahl der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- und Jugendärzte/-innen von 2006 bis 2016 (Quelle: Ärztestatistik der BÄK)

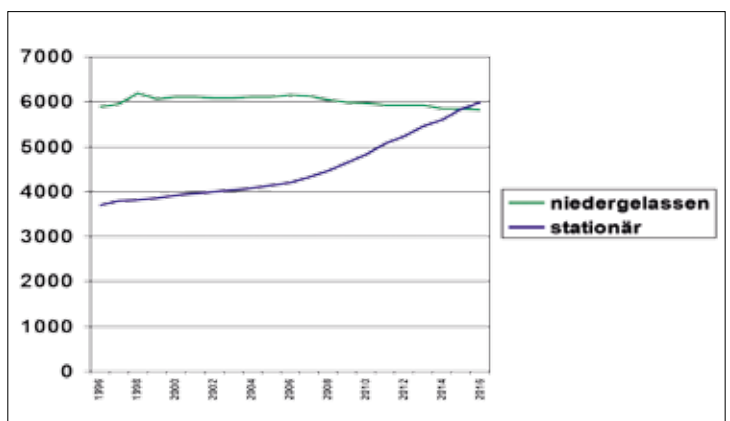


Abb. 2: Entwicklung der Zahl der berufstätigen Kinder- und Jugendärzte (niedergelassen und stationär) seit 1996

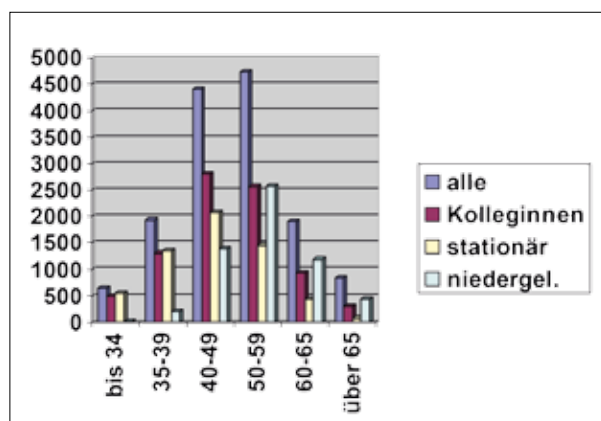


Abb. 3: Altersverteilung der berufstätigen Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2016

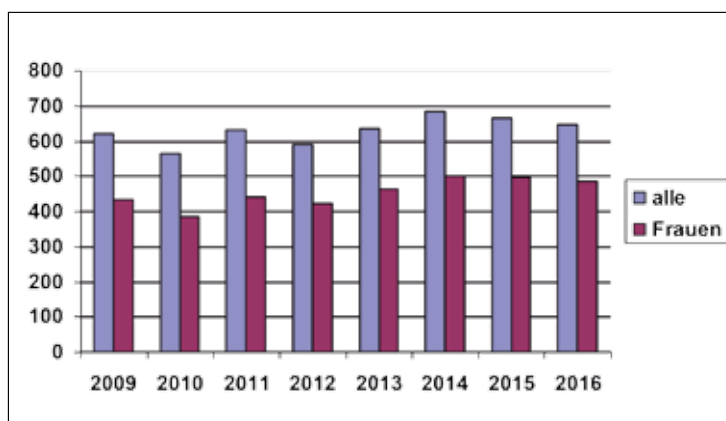


Abb. 4: Entwicklung der Facharztanerkennungen in der Kinder- und Jugendmedizin seit 2009

Und auch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte haben einen Anspruch auf geregelte Arbeitszeiten und Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Wir steuern, wenn sich nichts ändert, auf eine massive Unterversorgung im ambulanten Versorgungsbereich zu!

Die Abb. 3 zeigt die Altersverteilung der Kinder- und Jugendärzte, die Abb. 4 noch einmal die Entwicklung der Facharztanerkennungen seit 1995.

Gegenüber den Jahren 2014 (683, ♀ 502) und 2015 (664, ♀ 497) ist die Zahl der Facharztanerkennungen in der Kin-

der- und Jugendmedizin mit 647 (♀ 486) im Jahr 2016 leicht rückläufig.

Korrespondenzadresse:

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

Deutschland: Genitaloperationen an intergeschlechtlichen Kindern ohne akute medizinische Notwendigkeit verletzen Menschenrechte

Amnesty-Bericht: „Normalisierende“ Behandlungen von Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale verstoßen gegen Rechte auf Gesundheit und auf Selbstbestimmung. Eltern und Betroffene werden nicht ausreichend informiert und unterstützt.

Menschen, die in Deutschland mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale zur Welt kommen, werden häufig als Kinder oder Jugendliche operiert oder hormonellen Behandlungen unterzogen. Diese Eingriffe sind unumkehrbar und können langfristige körperliche und seelische Folgen haben. Dies beschreibt der Amnesty-Bericht „Zum Wohle des Kindes? – Menschenrechtsverletzungen an intergeschlechtlichen Kindern in Deutschland und Dänemark“. Amnesty führte insgesamt rund 70 Interviews mit Betroffenen und Aktivisten sowie mit Eltern, Ärzten und Experten.*

„Werden diese Behandlungen ohne akute medizinische Notwendigkeit vorgenommen, verstoßen sie gegen internationale Menschenrechtsstandards wie die Rechte auf Gesundheit und auf Selbstbestimmung“, sagt Maja Liebing, Expertin für die Rechte von intergeschlechtlichen Menschen bei Amnesty International in Deutschland. Betroffene und Eltern berichteten von wiederkehrenden Schmerzen und psychischen Problemen.

Die Auswirkungen dieser Eingriffe sind bisher kaum wissenschaftlich untersucht: „In der Praxis empfehlen Ärzte den Eltern häufig Genitaloperationen, um die Kinder zu ‚normalisieren‘. Dabei werden die Eltern nur unzureichend über Methoden und Folgen der Operation informiert oder psychologisch unterstützt“, so Liebing. Vielen Betroffenen fehlen auch im Erwachsenenalter die notwendigen Informationen über die vorgenommenen Eingriffe. „Wenn Verjährungsfristen abgelaufen sind und

relevante Informationen fehlen, ist es fast unmöglich, eine Entschädigung für die erfahrenen Menschenrechtsverletzungen einzufordern“, kritisiert Liebing.

„Zwar gibt es gute Leitlinien für die Behandlung von Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale, diese sind jedoch nicht verbindlich genug“, so Liebing weiter. „Amnesty fordert die Bundesregierung deshalb auf, dies zu ändern und somit sicherzustellen, dass mit Ausnahme von Notfallbehandlungen keine Eingriffe durchgeführt werden. Jede Behandlung sollte wenn möglich aufgeschoben werden, bis das Kind die Reife besitzt, um über seinen Körper mitzuentcheiden.“

Info: Bericht und ein kurzes Hintergrundpapier in deutscher Sprache unter bit.ly/AmnestyDeutschlandIntergeschlechtlichkeit.

Red.: ReH

AWMF-Arbeitskreis diskutiert über Zweitmeinung in der Medizin – Von allen gewollt, bislang wenig genutzt



Muss man operieren, kann man operieren, sollte man operieren? – Diese Fragen beschäftigen viele Ärzte und Patienten jedes Jahr. Die richtige Diagnosestellung ist Voraussetzung für die geeignete Therapie. Nach Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes haben gesetzlich versicherte Patienten seit Mitte 2015 vor ausgewählten geplanten Eingriffen Anspruch auf eine Zweitmeinung. Welche Bedeutung die Zweitmeinung juristisch, medizinisch und für den Patienten hat, diskutierte jüngst der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) e. V. bei seinem Treffen in Würzburg.



Foto: © Photographee.eu – Fotolia.com

Bei schweren Krankheiten kann die Zweitmeinung wichtig sein

90 Prozent der Patienten sind für eine Zweitmeinung. Der Gesetzgeber hat diese bei geplanten Eingriffen für gesetzlich Versicherte zum Rechtsanspruch erhoben. Welche Eingriffe das sind, ist noch unklar. Darüber wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erst in der zweiten Jahreshälfte entscheiden. Grundsätzlich können Patienten dadurch eine Diagnose oder die Notwendigkeit für eine Operation durch einen zweiten Arzt absichern lassen. Auch Krankenkassen haben ein Interesse an Zweitmeinungen. Sie hoffen, dadurch unnötige Eingriffe zu vermeiden.

Aus juristischer Sicht ist die Zweitmeinung ein reiner „Diagnosevertrag“. Ziel sei es dabei laut Juristen, eine „standardgemäß korrekte Diagnose“ abzugeben, was nicht mit der „richtigen“ Diagnose gleichzusetzen ist. Der zuerst diagnostizierende Arzt hat heute je nach Sachlage die Pflicht, auf die Möglichkeit einer zweiten Meinung hinzuweisen. Das gilt in besonderer Weise, wenn es sich um einen objektiv zweifelhaften Befund handelt. Der Jurist Prof. Dr. jur. Andreas Spickhoff vom Lehrstuhl für Bürgerliches Recht und Medizinrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) nannte das die „Pflicht zur therapeutischen Sicherheitsaufklärung“. An einem Beispiel machte er deutlich: Entdeckt der Arzt eine Hautveränderung, hinter der er ein Melanom vermutet, muss er das dem Patienten mitteilen. Auch dann, wenn der pathologische Befund noch nicht die objektiven Kriterien eines Melanoms erfüllt.

Besonders relevant ist das Thema Zweitmeinung in der Orthopädie, da man es dort überwiegend mit geplanten Eingriffen zu tun hat. „Dem Gesetzgeber ging es bei dem Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung weniger um den Patienten, sondern vorrangig darum, die nicht medizinisch begründete Indikationsausweitung zu begrenzen“, betonte Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Präsident des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und einer der Referenten der AWMF-Veranstaltung. „Das können nur Arzt und Patient gemeinsam entscheiden“, so Flechtenmacher, der auch hervorhob, wie wichtig „Shared Decision Making“ sei. Das Zweitmeinungsgesetz hingegen verfolge das Prinzip, dass allein der Experte entscheiden könne, was für einen Patienten die richtige Therapie ist. Flechtenmacher kritisierte daher scharf Zweitmeinungen, die ausschließlich auf Bildbefunden beruhen. „Wir operieren keine Bilder“, betonte der BVOU-Präsident.

Anders sieht das bei der Bewertung pathologischer Befunde aus. So geschieht

es bei einem Modellprojekt der AOK Bayern, das Peter Krase, Ressortleiter für das Leistungsmanagement der Kasse, vorstellte. Gemeinsam mit der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) bietet die Krankenkasse ein digitales Zweitmeinungsverfahren an. AOK-Versicherte aus ganz Bayern mit einem Krebsbefund können ihre Werte und Bilder an die Spezialisten in der Uniklinik schicken, damit diese die Aussage des ersten Arztes überprüfen. Obwohl es auch die AOK-Versicherten mit fast 90 Prozent für wichtig erachten, eine zweite Meinung einzuholen, wird das Angebot nur wenig genutzt. Trotz aufwändiger Informations- und Kommunikationsmaßnahmen haben in den letzten drei Jahren nur 300 Versicherte von dem Angebot Gebrauch gemacht. Juristen und Ärzte des gleichnamigen AWMF-Arbeitskreises erstaunt diese Zurückhaltung der Patienten. Für sie ist das ein Indiz dafür, dass die allermeisten Patienten in Deutschland trotz des verbrieften Rechts auf eine Zweitmeinung in der Mehrzahl auf die Aussage des ihnen meist bekannten ersten Arztes vertrauen.

Info: Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. bündelt die Interessen der medizinischen Wissenschaft und trägt sie verstärkt nach außen. Sie handelt dabei im Auftrag ihrer 175 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Gegründet 1962 mit dem Ziel, gemeinsame Interessen stärker gegenüber dem Staat und der ärztlichen Selbstverwaltung zu positionieren, erarbeitet die AWMF seitdem Empfehlungen und Resolutionen und vertritt diese im wissenschaftlichen und politischen Raum. Die AWMF ist Ansprechpartner für gesundheitspolitische Entscheidungsträger, wie den Gemeinsamen Bundesausschuss, und koordiniert die Entwicklung und Aktualisierung medizinisch wissenschaftlicher Leitlinien in Deutschland.

Red.: ReH

Erstmalig Rahmenvereinbarung für stationäre Kinder- und Jugendhospize vereinbart

Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. (DKHV e. V.) hat gemeinsam mit anderen Organisationen die erste Rahmenvereinbarung für stationäre Kinderhospize unterschrieben. Diese regelt den Umfang und die Inhalte der stationären Kinderhospizarbeit.

„Vor über 25 Jahren hatten sechs Familien unseres Vereines die Idee, ein stationäres Kinderhospiz in Deutschland zu gründen“, blickt Martin Gierse, Geschäftsführer des DKHV e. V., zurück. Mit der ersten eigenen Rahmenvereinbarung für stationäre Kinderhospize finde ihr Anliegen nun auch die umfängliche formelle Anerkennung stationärer Kinderhospizarbeit – ein Meilenstein für die stationäre Kinder- und Jugendhospizarbeit.

Mit der Rahmenvereinbarung wurden viele wesentliche Inhalte der Arbeit erstmalig erfasst. „Wir freuen uns besonders, dass nicht nur die Begleitung der erkrankten jungen Menschen anerkannt wird, sondern auch ihre Eltern und Geschwister zum Teil Berücksichtigung finden“, so Martin Gierse. Darüber hinaus ist

festgelegt, dass junge Erwachsene bis zum Alter von 27 Jahren Anspruch auf einen Aufenthalt im Kinder- und Jugendhospiz haben. Erstmals sei auch erfasst, dass die Krankheitsbilder sich wesentlich von denen von Erwachsenen unterscheiden. Dies schafft Klarheit, wenn es um die Genehmigung von Aufenthalten geht. „Kinder mit lebensverkürzender Erkrankung und ihre Familien brauchen Verlässlichkeit“, führt Gierse aus. Die Rahmenvereinbarung trage dazu bei.

Gaby Letzing, Leiterin des Kinderhospizes Löwenherz in Syke, die gemeinsam mit zwei Kollegen für den DKHV e. V. an den Verhandlungen beteiligt war, freut sich über das Ergebnis: „Gerade die neuen Orientierungsgrößen für den Personalbedarf für die Pflege und die psychosoziale Begleitung der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen wird zur Klarheit bei den Verhandlungen mit den örtlichen Krankenkassen beitragen. Das wird uns helfen, den hohen Personalbedarf in den stationären Kinder- und Jugendhospizen finanziell auf eine sicherere Basis zu stellen.“

„Die neue Rahmenvereinbarung sollte nun rasch umgesetzt werden, damit jede betroffene Familie davon profitieren kann“, fordert Gierse. Gleichzeitig macht der Verein darauf aufmerksam, dass – wie für die ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit auch – die Kinder- und Jugendhospize weiterhin in erheblichem Umfang auf Unterstützungen von Spendern und Stiftungen angewiesen sind, da längst nicht alle der wichtigen Angebote der Kinderhospize Krankenkassenleistungen sind.

Allerdings ist es schon heute eine große Herausforderung, neben der Finanzierung auch ausreichend erfahrene und engagierte Pflegekräfte für die intensive Pflege der schwerkranken Kinder und Jugendlichen zu bekommen. Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. verfolgt diese Entwicklung besorgt und setzt sich in Gesprächen mit anderen Verbänden und Politikern weiter für eine Verbesserung ein.

Informationen des DKHV e. V. zur Hospiz- und Palliativversorgung:
<https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/politik-interessenvertretung/>

Einblick in die Rahmenvereinbarungen:
https://www.deutscher-kinderhospizverein.de/fileadmin/user_upload/Rahmenvereinbarung____39a_Abs_1_Satz_8_SGB_V_Kinderhospize_Unterschriftenfassung.pdf

www.deutscher-kinderhospizverein.de

Red.: ReH

Über den Deutschen Kinderhospizverein e. V.

Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. (DKHV e. V.) wurde 1990 von betroffenen Familien gegründet, um das Sterben und den Tod von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und die damit zusammenhängende Lebenssituation zu thematisieren. Damit gilt der DKHV e. V. als Wegbereiter der Kinderhospizarbeit in Deutschland. Mit über 20 ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten begleitet und unterstützt der Verein Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und deren Familien. Der DKHV e. V. mit Sitz in Olpe (NRW) beschäftigt mehr als 100 hauptamtliche und über 800 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Behandlungsfehler: Laumann will erleichterte Beweislast für Patienten

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), will die Beweislast bei Behandlungsfehlern umkehren: vom Patienten zum Arzt. Bisher müssen die Patienten nachweisen, dass der Behandlungsfehler zweifelsfrei Ursache für einen erlittenen Schaden sei, so Laumann. Dies sei jedoch in der Praxis sehr schwierig, manchmal sogar unmöglich. Künftig solle es ausreichen, wenn der Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden überwiegend wahrscheinlich sei. Auch die Kran-

kenkassen müssten verpflichtet werden, Patienten beim Nachweis eines Behandlungsfehlers zu unterstützen.

Laumann forderte darüber hinaus, dass die Patienten künftig selbst Zugriff auf ihre Daten haben sollen, die in der geplanten elektronischen Patientenakte hinterlegt werden. Ähnlich wie beim Onlinebanking müssten sie immer und überall auf ihre Behandlungsdaten selbst zugreifen können.

Derzeit geplant sei, dass der Patient nach dem Zwei-Schlüssel-Prinzip nur zu-

sammen mit dem Heilberufsausweis des Behandlers seine eigenen Gesundheitsdaten einsehen könne, sagte Laumann. Zudem sei das auf der Gesundheitskarte vorgesehene Patientenfach, für das nicht das Zwei-Schlüssel-Prinzip gilt, wegen der zu geringen Speicherkapazität ungeeignet. Dies unterlaufe das Prinzip der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung.

Quelle: afp

Red.: ReH

Fettleibigkeit und Übergewicht nehmen in den OECD-Ländern weiter zu – In Deutschland steigt Anteil übergewichtiger Jugendlicher schneller als im OECD-Trend

In den OECD-Ländern leiden immer mehr Menschen unter Übergewicht oder Fettleibigkeit. Im Schnitt sind mehr als die Hälfte der Erwachsenen sowie jedes sechste Kind davon betroffen. In den vergangenen fünf Jahren hat der Anteil Fettleibiger weiter zugenommen, allerdings hat sich die Dynamik etwas abgeschwächt. Dies geht aus den **jüngsten Daten der OECD zu Übergewicht und Fettleibigkeit** hervor, die am 19. Mai veröffentlicht wurden.

So ist in den 29 OECD-Ländern, für die diese Daten vorliegen, der Anteil übergewichtiger 15-Jähriger zwischen 2001/02 und 2013/14 von zwölf auf 15,5 Prozent gewachsen. Deutschland liegt hier ungefähr im OECD-Schnitt, der Anteil Über-

gewichtiger wächst aber schneller. Er ist im gleich Zeitraum von elf auf 16 Prozent gestiegen.

Die Studie zeigt auf Basis von Erfahrungen aus einzelnen OECD-Ländern, wie Regierungen Verbraucher wirksam bei einer gesunden Lebensführung unterstützen können. Als erfolgreich haben sich hier Etiketten zur Kennzeichnung von Inhaltsstoffen in Kombination mit digitalen Aufklärungskampagnen erwiesen. In Chile, Island, Irland oder Mexiko wird zudem Werbung für ungesunde Nahrungsmittel oder stark zuckerhaltige Getränke gesetzlich eingeschränkt.

Red.: ReH



Multiple Schicksale

Filmtipp

In Deutschland leiden über 200.000 Menschen unter Multipler Sklerose. Im berührenden Dokumentarfilm **MULTIPLE SCHICKSALE – Vom Kampf um den eigenen Körper**, das Langfilmdebüt des heute 21-jährigen Schweizer Jann Kessler, porträtiert der junge Regisseur sehr persönlich sieben Menschen, die mit MS leben. Er zeigt ihre Zuversicht, Schicksalsschläge, Verzweiflung und Mut, erschütternde, aber auch unbeschwertere und intensiv-berührende Momente. Dabei gewährt die Kamera tiefe Einblicke und hält dennoch respektvoll Distanz.

Entstanden ist dabei ein vielschichtiger Dokumentarfilm, der vor den schwierigen Fragen ebenso wenig zurückweicht wie vor den schönen Momenten des Lebens.

Seit dem 26. Mai 2017 als DVD und VoD erhältlich.

ReH

NRW bundesweit führend bei babyfreundlichen Kliniken

Um eine gesunde Entwicklung Neugeborener zu unterstützen, fördern babyfreundliche Kliniken unter anderem das Stillen sowie den intensiven Kontakt zwischen Eltern und Kind. Die Geburtsklinik im St. Marien-Krankenhaus Ratingen ist die insgesamt 100. Klinik in Deutschland, die am 4. Mai mit dem internationalen Zertifikat „Babyfreundlich“ ausgezeichnet wurde.

Babyfreundliche Geburts- und Kinderkliniken leisten einen Beitrag zu wirksamer Prävention. Gestillte Babys entwickeln sich besonders gut, und durch das möglichst ununterbrochene Zusammensein der Mutter beziehungsweise der Eltern mit ihrem Neugeborenen kann eine besonders intensive Eltern-Kind-Bindung entstehen. Die Entwicklung von der ‚Entbindungsklinik‘ hin zur ‚Bindungsklinik‘ sei eine wichtige Ergänzung, von der Babys und ihre Eltern gemeinsam profitieren, lobte NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens die ausgezeichnete Klinik.

Als „Babyfreundlich“ können sich Geburtskliniken und Kinderkliniken zertifizieren lassen. Bundesweit gibt es nur

fünf Krankenhäuser, in denen sowohl die Geburtsabteilung als auch die Abteilung für Kindermedizin die Auszeichnung haben. Bei diesen Doppelzertifizierungen ist Nordrhein-Westfalen ebenfalls führend, denn mit dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, dem Klinikum Solingen und dem Kreiskrankenhaus Mechernich liegen drei der Einrichtungen in NRW.

Vergeben wird die Auszeichnung von der Initiative „Babyfreundlich“ nach Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF). Schon vor der Geburt werden die zukünftigen Eltern über die Bedeutung der Bindungs- und Entwicklungsförderung informiert. Nach der Geburt fördern das Stillen sowie der möglichst häufige Hautkontakt des Kindes zu Mutter oder Vater die Entwicklung des Babys und festigt die Eltern-Kind-Bindung. Bei Frühgeborenen oder kranken Kindern wirken sich die Ernährung mit Muttermilch sowie der enge Kontakt zu den Eltern nachweislich positiv auf die Entwicklung aus.

Red.: ReH



Schutzimpfung, Berlin, 1945.

Geschichte der Impfpflicht in Deutschland

Bis ins 19. Jahrhundert war die Menschheit weithin machtlos gegen viele regelmäßig wiederkehrenden Seuchen, bis sich in der ersten Jahrhunderthälfte erste Impfverfahren gegen die Pocken etabliert hatten. Damit war ein wirksamer Schutz gegen die Infektionskrankheit gegeben, die jährlich zu abertausenden von Toten führte. Nach der Gründung des Deutschen Reiches wurde 1874 mit dem Impfgesetz eine allgemeine Pflicht zur Pockenimpfung eingeführt. Zu impfen war laut § 1 „jedes Kind vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres“ und „jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule [...] innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das zwölfte Lebensjahr zurücklegt“. Ausgenommen waren allein Kinder, die die natürlichen Pocken überstanden hatten. Auf Grundlage des Gesetzes wurden in allen Bundesstaaten sogenannte Impfbezirke eingerichtet, die jeweils einem amtlicherseits zu bestellenden Impfarzt unterstellt waren. Dieser hatte die Impfungen unentgeltlich durchzuführen, anhand amtlicher Listen aber auch zu überwachen, ob sämtliche Kinder der Impfung unterzogen worden waren. Wer der staatlicherseits statuierten Impfpflicht ohne gesetzlichen Grund nicht nachkam, hatte mit einer Geld- oder Haftstrafe zu rechnen.



Dr. Niklas Lenhard-Schramm

Die Impfpflicht war von Beginn an großer Kritik ausgesetzt. Bereits die Zustimmung des Reichstags zum Gesetz war mit 151 gegen 138 Stimmen relativ knapp ausgefallen. Namentlich von Seiten des Zentrums und der Sozialdemokraten waren Stimmen zu vernehmen, die in der Impfpflicht einen unzumutbaren Eingriff des Obrigkeitsstaates in die persönliche Freiheit erkannten oder ihre Kritik an der Impfpflicht mit anderen Forderungen nach verstärkten Wohlfahrtsmaßnahmen des Staates verbanden. Als Politikum, das stets über

das Medizinische hinausging, war die Frage der Impfpflicht insoweit auch mit dem „Kulturkampf“ und der „Sozialistenverfolgung“ verquickt.

Die Impfpflicht in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus

In der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg richtete sich die öffentliche Aufmerksamkeit verstärkt auf andere Infektionskrankheiten wie Typhus, Ruhr oder die „Spanische Grippe“, die in einer weltwei-



Schluckimpfung 1971

ten Pandemie bis 1920 zu Millionen von Toten geführt hatte. Die Pocken hatten dagegen an Bedeutung eingebüßt. Dennoch wurde die Impfpflicht in der Weimarer Republik rigider als zuvor durchgesetzt. Neben weitverbreiteten Ängsten vor einem „Volkstod“, der durch die Kriegstoten in gefährliche Nähe zu rücken schien, ging es dabei besonders darum, Kompetenzen des Reiches und soziale Kontrollmechanismen, vor allem aber die staatliche Autorität über die „Volksgesundheit“ zu wahren. In der weltanschaulich aufgeladenen Debatte flaute die Kritik an der Impfpflicht indes nicht ab, sondern erhielt vielmehr durch das Lübecker Impfungsglück von 1930 Auftrieb, bei dem 77 Kleinkinder nach Verabreichung eines verunreinigten Tuberkulose-Impfstoffes gestorben waren. Angesichts der öffentlichen Skandalisierung sahen sich die Beamten im Reichsministerium des Innern, seinerzeit oberste Reichsgesundheitsbehörde, und im Reichsgesundheitsamt veranlasst, die Durchsetzung der Impfpflicht zu entschärfen. So bestand die Impfpflicht zwar auf dem Papier weiter, doch wurde nun vorerst von Zwangsmaßnahmen gegen Impfverweigerer abgesehen.

Unter dem NS-Regime war das Impfwesen durch eine gewisse Ambivalenz geprägt. So wirkte der 1930 eingeschlagene Liberalisierungstrend bei der Impfpflicht vorerst weiter, zumal eine künstliche Immunisierung den NS-Ideologemen von „Abhärtung“ und „Auslese“ zu widersprechen schien. Eine Rolle spielte auch die Haltung der Bevölkerung, die die Impf-

pflicht mehrheitlich ablehnte. Eine beim Reichsministerium des Innern gebildete Impfkommision konnte sich indes nicht zu einer Abschaffung der Impfpflicht durchringen, zumal ein solcher Schritt, wie einige Medizinalbeamte betonten, dem nationalsozialistischen „Führerprinzip“ zuwiderlaufen würde. Obwohl die Impfpflicht damit formal fortbestand, wurde dessen Durchsetzung in der Praxis elastisch gehandhabt. Einige dieser Elemente fanden Eingang in die Verordnung zur Durchführung des Impfgesetzes von 1940, die etwa die Aufgaben der Impfpflicht und der Gesundheitsämter als Überwachungsbehörden genauer regelte und bis 1976 in Kraft blieb. Den Fokus legte der öffentliche Gesundheitsdienst ohnehin auf andere, massiv ausgeweitete Impfprogramme (vor allem gegen Diphtherie, ferner Fleckfieber, Scharlach und Tuberkulose). Auf eine Impfpflicht wurde dabei – aus pragmatischen wie legitimatorischen Gründen – betont verzichtet, stattdessen auf eine Appelloffensive gesetzt, die freilich durch einen massiven sozialen Druck in der nationalsozialistischen „Volksgemeinschaft“ unterlegt war.

Die Impfpflicht in der DDR

Auch nach 1945 galt in Deutschland die gesetzliche Pflicht zur Pockenimpfung fort. Aufgrund der katastrophalen Lebensverhältnisse in der unmittelbaren Nachkriegszeit stellte sich das Problem der Infektionskrankheiten in besonderer Dringlichkeit – und damit auch die Fra-

ge einer Vorbeugung durch Impfungen. In der DDR wurde den Bürgern neben der Pockenimpfung bereits frühzeitig ein breit angelegtes und durch den Staat initiiertes Impfangebot zugänglich. Eine Prophylaxe war, so das Kalkül ostdeutscher Gesundheitspolitiker, volkswirtschaftlich günstiger. Zum anderen spielte in der Utopie der „neuen Gesellschaft“ des Sozialismus aber auch das Element der Vorsorge eine wichtige ideologische Rolle. Dem Staat sollte die sozialistische Gesellschaft vor den alten Volkskrankheiten feien. Außerdem sollte die schnellere „Ausmerzung“ von Infektionskrankheiten die vermeintliche Überlegenheit der sozialistischen Staats- und Gesellschaftsordnung bezeugen. Die geringeren Impfquoten und höheren Infektionsraten in der Bundesrepublik wurden daher vom DDR-Regime wiederholt propagandistisch ausgenutzt. In diesem Zusammenhang wurde die gesetzliche Impfpflicht in der DDR zu Beginn mit der Folge ausgeweitet, dass sich DDR-Bürger in den 1960er Jahren bis zu 17 Pflichtimpfungen zu unterziehen hatten (etwa gegen Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis).

Die Impfpflicht in der Bundesrepublik

Anders als in der DDR blieb die allgemeine gesetzliche Impfpflicht in der Bundesrepublik auf die Pockenimpfung beschränkt. Mit der Gründung eines demokratischen Staatswesens und der allmählichen Herausbildung einer liberalen Gesellschaft war auch die umstrittene Impfpflicht einer verstärkten Kritik ausgesetzt. Den Kern des Konfliktes bildete die Frage, welches Gut höher wiege: das grundgesetzlich verbriefte Recht des Individuums auf freie Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit oder das Volkwohl, das der Staat nötigenfalls durch Eingriffe in individuelle Grundrechte zu schützen habe. Hinzu kam, dass in den 1950er Jahren die Wahrscheinlichkeit einer Pockeninfektion stark gesunken war, die Schutzimpfung aber weiterhin zu schweren Komplikationen führen konnte.

Auch die Gerichte befassten sich mit der Frage, inwieweit die Impfpflicht mit dem Grundgesetz vereinbar sei. Der Bundesgerichtshof kam 1952 in einem Gutachten zu einem eindeutigen Schluss: „Die planmäßige Durchimpfung ganzer Volksgemeinschaften hat die noch im vorigen Jahrhundert aufgetretenen Pocken-

epidemien in vielen europäischen Ländern zum Erlöschen gebracht [...]. Der Impfwang muß daher immer noch als zumutbar und verfassungsmäßig angesehen werden.“ Dem schloss sich auch das Bundesgesundheitsamt an, als es 1957 in einem Gutachtenentwurf argumentierte: „Bei der Bekämpfung der Pocken kommt es aber nicht auf die Gesunderhaltung nur der Einzelperson an, sondern auf den Schutz der Gesamtbevölkerung. Ein Urteil über die Bekämpfung einer gemeingefährlichen Seuche [...] kann nicht in das Belieben des Einzelnen gestellt werden.“

Impfpflicht und Entschädigungspflicht des Staates

Mit der Pockenimpfung gingen auch Schädigungen einher, zum Teil mit Todesfolge oder lebenslänglichen Beeinträchtigungen. Daher blieb nicht nur die Kritik an der Impfpflicht präsent, sondern auch die Frage nach Entschädigungen bei Impfkomplicationen. Eine Entschädigungspflicht war gesetzlich nicht vorgesehen, weshalb auch das Reichsgericht in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine solche Pflicht des Staates zurückwies. Dies änderte sich 1953. Der Bundesgerichtshof erkannte nun einen „Aufopferungsanspruch bei Impfschäden“ an, also einen Ausgleichsanspruch Impfgeschädigter und damit eine Entschädigungspflicht des Staates. Das Land Nordrhein-Westfalen war dem bereits zuvorgekommen und hatte als erstes Bundesland mit dem Impfschädengesetz im Februar 1953 einen Rechtsanspruch bei Schäden aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Impfungen statuiert, wobei bereits die „Wahrscheinlichkeit eines Impfschadens“ ausreichte.

In diesem Kontext setzten sich auch die Gesundheitsbehörden auf Bundes- und Landesebene verstärkt mit der Durchführung der Impfung auseinander. Eine vom Bundesministerium des Innern im Oktober 1953 einberufene „Pockenkommission“ erarbeitete daher neue Richtlinien. Das von der Kommission erstellte „Gutachten über die Durchführung des Impfesetzes“ wurde 1959 vom Bundesgesundheitsamt publiziert und enthielt etwa Empfehlungen zur anzuwendenden Impftechnik. Die Bundesländer setzten das Gutachten in sogenannte Ausführungsbestimmungen um. Gleichwohl

konnte dies das Auftreten schwerer Impfschäden nicht verhindern. So starben in der Bundesrepublik zwischen 1962 und 1969 jedes Jahr circa 15 Kinder an Pockenimpfkomplicationen, rund weitere 45 trugen lebenslange Schäden davon. Schädigungen durch Zwangsimpfungen blieben ein gesamtgesellschaftliches Phänomen. Auch deshalb spielte die Impfpflicht in einem zweiten, 1970 veröffentlichten Gutachten des Bundesgesundheitsamts kaum noch eine Rolle.

Sozialmoralische Impfpflicht

Eine allgemeine Impfpflicht gegen andere Krankheitserreger bestand in der Bundesrepublik nicht. Wie der Bundesgerichtshof 1959 erkannte, waren andere Schutzimpfungen nur bei einer Einwilligung des Impflings oder des Personensorgeberechtigten statthaft. In Staat, Medizin und Bevölkerung hielten dennoch viele Stimmen daran fest, dass sich der Einzelne dem gesundheitlichen Volkswohl unterzuordnen habe. Wiederholt wurde die Forderung laut, die gesetzliche Impfpflicht auszuweiten. Dies geschah aber nicht und auch die Pockenimpfung wurde ab den 1960er Jahren immer weniger rigide durchgesetzt. Nunmehr sollte eine, wie es zeitgenössisch hieß, intensive „Impfpropaganda“ die Bevölkerung zum Impfen bewegen. Mit Plakaten, Presseartikeln und Fernsehspots erfolgte eine eindringliche PR-Kampagne, die sich auf eine Solidaritätsmaxime stützte, vor allem aber massiv Furcht und Ängste schürte. An die Stelle der rechtlichen trat nun eine sozialmoralische Impfpflicht, die von neuen Risikowahrnehmungen unterlegt und nicht minder erfolgreich war. Dies galt besonders für die Polio-Impfung, die seit den 1950er Jahren erfolgreich in der Bundesrepublik durchgeführt wurde und sich auf zugkräftige Slogans („Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam“) stützte. Solche Appelle verfielen, weil die Infektionskrankheiten seinerzeit noch als existenzielle Bedrohung galten und bis weit in die 1960er Jahre angesichts zahlreicher Todesopfer ihren schaurigen Nimbus als „Geißeln der Menschheit“ noch nicht verloren hatten.

Die Abschaffung der Impfpflicht

Dass die rechtliche Impfpflicht letztlich keine Ausweitung erfuhr und ab den



„La Vaccinazione“ (Die Pockenimpfung) Pastell, 1894, Demetrio Cosola, Chivasso, Comune di Chivasso.

1960er-Jahren auch die Pockenimpfung immer weniger rigide durchgesetzt wurde, hing mit einem gesellschaftlichen Liberalisierungsprozess, einer generationellen Umschichtung in der Medizin, dem Aufwuchs nichtstaatlicher Organisationen und einer Internationalisierung des Impfwesens zusammen. Nachdem 1976 ein neues Gesetz über die Pockenschutzimpfung die bisherigen Vorschriften und die Impfpflicht in Teilen aufgehoben hatte, wurden auch diese Regelungen 1982 unwirksam, als auch das Gesetz abgeschafft und die allgemeine gesetzliche Pflicht zur Pockenimpfung Geschichte wurde. Die Frage einer Impfpflicht ist aber nach wie vor virulent, da Impfungen einen äußerst wirksamen und auf anderem Wege kaum erreichbaren Schutz vor Infektionskrankheiten bieten – sowohl in individueller als auch in kollektiver Hinsicht (Herdenimmunität). Im Zusammenhang mit den Masernepidemien der letzten Jahre wird sie hierzulande heftig diskutiert. Im europäischen Ausland, beispielsweise in Frankreich und Italien, bestehen längst diverse Impfpflichten, etwa gegen Diphtherie, Polio und Tetanus.

Korrespondenzadresse:

Dr. Niklas Lenhard-Schramm
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Domplatz 20-22
48143 Münster
Historisches Seminar
E-Mail: niklas_schramm@gmx.de

Red.: ReH

Netzwerke bauen für Kinder

BVKJ mit dritten Kooperationspartnertag in Berlin



Ein kleines Jubiläum: schon zum dritten Mal fand in Berlin der Kooperationspartnertag des BVKJ statt. Die Idee hinter der Veranstaltung: Kindergesundheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe – für Kinder- und Jugendärzte, aber auch für Ärzte anderer Fachrichtungen, für Therapeuten, ehrenamtliche Organisationen, Selbsthilfegruppen, Politiker und Pharmaunternehmen. Je besser sie zusammenarbeiten, je fester und enger die Maschen des Netzwerks, desto mehr können sie dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland möglichst gesund aufwachsen und ihre individuellen Kompetenzen entwickeln können. Die Kooperationspartnertage 2015 und 2016 waren jeweils so erfolgreich, dass der dritte schon früh geplant werden konnte.

„Ich bin zum dritten Mal hier. Der Kooperationspartnertag ist ein gutes Format. Ich finde den Austausch hier sehr wichtig, er ermöglicht uns gemeinsame Arbeit mit dem BVKJ.“

Maria Flothkötter, Leitung – Head of Department, Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie

„Mir hat am Kooperationspartnertag gefallen, dass ich mit anderen Berufsgruppen Kontakt aufnehmen konnte, dass ich mich mit anderen Kongressteilnehmern und Ausstellern austauschen konnte. Die Organisation war gut und auch die Versorgung. Was mir weniger gefallen hat: es waren relativ wenig Teilnehmer insgesamt und wenig Berliner Kinder- und Jugendärzte. Für die nächste Veranstaltung schlage ich als Vortragsthema Logopädie vor oder ein logopädisches Thema.“

Annette Schneider, 1. Landesverbandsvorsitzende Berlin, Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)

Am 12. Mai, am Abend vor der glanzvollen Medienpreisverleihung und am Vortag des Obleutetreffens war es also wieder soweit. Der Präsident des BVKJ, Dr. Thomas Fischbach, eröffnete den dritten Kooperationspartnertag in Berlin. 25 Aussteller – unter anderem die pädiatrischen Schwesterngesellschaften des BVKJ, die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, der Bundesverband für Logopädie, diverse Pharmaunternehmen, das Selbsthilfenetzwerk Kindernetzwerk,

das Hansische Verlagskontor, in dem diese Zeitschrift erscheint, und der Verband der Medizinischen Fachberufe – hatten sich dazu im Hotel Ramada eingefunden, präsentierten ihre Arbeitsfelder und loteten in ungezwungener Atmosphäre mögliche Kooperationen aus.

„Ich bin zum ersten Mal hier und einfach nur begeistert.“

Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf, Vizepräsident Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätige Ärztinnen und Ärzte (VPK)

„Der Kooperationspartnertag ist eine sehr gute Plattform mit breitem Ansatz, man lernt sich kennen und schaut über den Tellerrand des eigenen Arbeitsgebietes.“

Dr. Andreas Franken, Initiative Arzneimittel für Kinder

In seiner Begrüßungsrede skizzierte BVKJ-Präsident Thomas Fischbach die Networking-Idee des Kooperationspartnertages und machte die Anwesenden vertraut mit den wichtigsten Themen, die den Berufsverband zur Zeit bewegen: die Ausbildung der Studierenden, die sich durch den Masterplan 2020 ändern wird, die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin, die im Bereich Primary Care neue Kooperationsformen zwischen Pädiatern und Allgemeinmedizinern bedingen wird und die Erwartungen, die der BVKJ und die anderen pädiatrischen Verbände an die kommende Bundesregierung in Form von „Wahlprüfsteinen“ festgelegt haben.

„Mir hat der Austausch mit Partnern und Institutionen aus verschiedenen Bereichen gut gefallen, die tolle Organisation im Vorfeld und vor Ort, das Feedback zu unseren Projekten, z. B. Lesestart“. Beim nächsten Mal bitte Institutionsnamen auf den Namensschildern, eventuell in großer Schrift zur schnelleren Erkennung.“

Ulrike Annick Weber, Projektmanagerin Programmbereich Familie bei der Stiftung Lesen

„Für mich ist es nun der dritte Kooperationspartnertag. Ich finde die regelmäßige Kontaktpflege sehr notwendig und genau das funktioniert hier sehr gut.“

Wiebke Kottenkamp, Projektkoordinatorin „Kommunale Gesundheitsmoderation Ernährung, Bewegung, Gesundheit IN FORM“, Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb)

„Ich finde auch den Austausch hier toll, wir definieren gemeinsame Ziele und erkennen, wie wir die verschiedenen Aspekte unserer jeweiligen Arbeit miteinander verbinden können.“

Gisela Hartman-Kötting, Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Der Präsident zeigte sich erfreut über die Teilnahme vieler neuer Partner am Kooperationspartnertag. Je stärker die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller mit dem

Kindeswohl befassten Professionen werde, um so näher komme man der bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung aller Kinder in Deutschland.

Danke für die Möglichkeit der Kooperation. Über viele Jahre lebten der BVKJ, die Teams aus den Praxen und unsere Verbindung im VMF ein gutes Miteinander. Immer für die kleinen Patienten, für ein gelungenes Arbeiten im Praxisteam und als Garant für gute Ausbildungspraxen ist die Kinder- und Jugendarzpraxis bekannt. Wir sind heute hier um zu Netzwerken, um Fortbildungen paßgenau für die MFA mit zu organisieren, gemeinsam Ergebnisse von Zusammenarbeit wie im Projekt „Inform“ zu sehen und die evaluierten Zahlen zu sehen. So lebt das Netzwerk von Anfang an. Danke Partner!

Brigitte März, Mitglied im VMF, Referatsleiterin MFA

Angelegt war der Kooperationspartnertag wieder als interdisziplinäres Forum mit dem Schwerpunkt auf sozialpädiatrischen Themen. Workshops behandelten die Themen „Welche Lawine rollt auf uns zu? Adipositas, metabolisches Syndrom und Diabetes Typ 2“, „Schulabsentismus – Hintergründe und Konsequenzen“ und „AD(H)S – an der Schnittstelle zum Erwachsenen werden“. Im Mittelpunkt der Veranstaltung, zu der sich über 105 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet hatten, darunter mehrere Vertreterinnen und Vertreter vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, stand jedoch der informelle Austausch der Ärzte, Gesundheitspolitiker und Industrievertreter. Das Fazit des ersten Kooperationspartnertags zogen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Regine Hauch

Buchtipps

Spiess H., Heininger U., Jilg W.
Impfkompandium
Verlagsgruppe Thieme, Stuttgart
8. Aufl. 2015, 352 Seiten, 41 Abb.
ISBN 978-3-13-498908-3-
€ 79,99



Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Fachleute. Alle Impfungen und Impfpfehlungen werden auf dem neuesten Stand der Wissenschaft dargestellt und die aktuellen Empfehlungen der STIKO berücksichtigt. Viele der Autoren sind Mitglieder der STIKO, sodass dieses aktuelle Werk den derzeitigen offiziellen Stand der Impfwissenschaft in Deutschland ausführlich widerspiegelt.

Was der tätige Pädiater vermisst, ist nicht nur eine detailliertere Beschreibung der täglich verwendeten Kombinationsimpfstoffe, der verschiedenen Impfschemata (2+1 versus 3+1) und der zugehörigen langjährigen Diskussionen, die zu der gleichfalls nicht erwähnten TOKEN-Studie geführt haben. Auch wichtige Themen der Vakzinologie werden ausgespart oder nur rudimentär gestreift, so die Rolle der Adjuvantien. Diese werden geradezu skotomisiert, was auf dem Hintergrund der derzeit laufenden Diskussion um den Zusammenhang zwischen Narkolepsie und dem mit Squalen (AS03) adjuvantieren und thiomersalhaltigen Pandemrix-Impf-

stoff in dem sich sonst aktuell gebenden Werk angesichts von bei 27 Kindern und 24 Erwachsenen gesicherten Fällen von Narkolepsie (PEI, Stand 1.7.2015) unterrepräsentiert erscheinen muss.

Zu der Problematik der Meldemüdigkeit von Ärzten und Fachpersonal (fast zwei Drittel aller unerwünschten Arzneimittel-Nebenwirkungen werden vom Zulassungsinhaber gemeldet) wird ebenso wenig Stellung bezogen wie zu den erheblichen Hürden bei der Anerkennung von Impfschäden. Nicht zuletzt findet sich kein Niederschlag der umfangreichen Literatur zu Impfung und Autoimmunität oder den unspezifischen Impffolgen auf den allgemeinen Gesundheitszustand, mit denen sich nicht zuletzt die WHO-Expertenkommission (SAGE) 2014 beschäftigt und erhebliche Erkenntnisdefizite eingestanden hat. Erstmals wurden damit über die Zielerkrankung hinausgehende Einflüsse von Impfungen auf den Gesundheitszustand allgemein ins Gespräch gebracht (SAGE: Strategic Advisory Group of Experts on Immuniza-

tion. *Week Epidemiol Rec* 2014; 89: 233-235; SAGE non-specific effects of vaccines Working Group Background paper for SAGE discussions, 6. Juni 2014). Da uns als Pädiater nicht nur der Impfstatus, sondern der allgemeine Gesundheitszustand des Kindes am Herzen liegen muss, besteht hier großer Nachholbedarf. Es ist somit ein Werk, welches lediglich kompiliert, nicht aber kritisch kommentiert. So wird zu den unnötig häufigen Auffri-

schungen bei FSME zwar das Schweizer Vorgehen erwähnt, aber die Auffrischintervalle der Hersteller als in Deutschland juristisch bindend dargestellt. Reduzierte Impfpläne wie das „2+1-Schema“ für die Grundimmunisierung, welches in der Hälfte der europäischen Länder gilt, werden ebenso wenig erwähnt wie reduzierte Impfintervalle im Erwachsenenalter. Ein wenig Impfkritik, wie sie nur rudimentär etwa bei der Rotavirusimpfung zwischen

den Zeilen zu lesen ist, stünde einem solchen Standardwerk gut, ist aber im derzeitigen Paradigma offensichtlich nicht erlaubt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Stephan Heinrich Nolte
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH

Geburtstage im August 2017

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Ulrike Wolf-Walch**, Ellhofen, am 01.08.1952
Herr Prof. Dr. med. **Klaus-Michael Keller**, Wiesbaden, am 01.08.1952
Herr Dr. med. **Norbert Skrzypczyk**, Bad Driburg, am 03.08.1952
Frau Dr. med. **Gabriele Sauerbrei**, Erfurt, am 04.08.1952
Frau Dr. med. **Luzie Haferkorn**, Herzogenrath, am 06.08.1952
Herr Dr. med. **Walter Stübecke**, Aachen, am 07.08.1952
Herr Dr. med. **Franz Maurer-Grass**, Dinkelscherben, am 08.08.1952
Frau Dr. med. **Dorothea Gehrke**, Schwerin, am 09.08.1952
Herr Dr. med. **Matthias Brockstedt**, Berlin, am 12.08.1952
Frau Dipl.-Med. **Angelika Kunze**, Riesa, am 13.08.1952
Herr Dr. med. **Wolfgang Ram**, Kiel, am 15.08.1952
Frau Dr. med. **Charlotte Engler-Schmidt**, Frankenthal, am 21.08.1952
Herr Dr. med. **Andreas Faber**, Osnabrück, am 25.08.1952
Herr Dr. med. **Manfred Boltze**, Hann. Münden, am 25.08.1952
Herr Dr. med. **Eildert Lübbers**, Aurich, am 26.08.1952
Herr Dr. med. **Hans G. Lichtenstern**, Pocking, am 26.08.1952
Herr Dr. med. **Rainer Kroschinski**, Düsseldorf, am 27.08.1952
Herr Dr. med. **Jürgen Meßner**, Lohr, am 27.08.1952
Herr **Wilhelm Stassen**, Kevelaer, am 28.08.1952
Herr Dr. med. **Karl Robert Schirmer**, Hamburg, am 30.08.1952

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Wolfgang Reinhard**, Ebersburg, am 02.08.1947
Herr Dr. med. **Johannes Storto**, Trier, am 03.08.1947
Herr Dr. med. **Klemens Ellebrecht**, Lahnstein, am 03.08.1947
Herr Dr. med. **Tilman Feuchtinger**, Salem, am 03.08.1947
Herr Dr. med. **Christoph Schürmann**, Krefeld, am 04.08.1947
Frau Dr. med. **Eva-Renate Sielaff**, Hildesheim, am 05.08.1947
Herr Dr. med. **Andreas Giffhorn**, Braunschweig, am 07.08.1947
Frau **Kristine Sachs-Franczak**, Troisdorf, am 12.08.1947
Frau Prof. Dr. rer. nat. **Evelyn Kattner**, Hannover, am 14.08.1947
Frau Dr. med. **Birgit Schmidt-Lachenmann**, Stuttgart, am 15.08.1947
Herr **Martin P. Dahmen**, Saarbrücken, am 15.08.1947

Herr Dr. med. **Harald Neugebauer**, Dortmund, am 19.08.1947
Frau Dr. med. **Katalin Köhler-Vajta**, Grünwald, am 19.08.1947
Herr **Werner Döpfner**, Berlin, am 20.08.1947
Herr Dr. med. **Alois Burgert**, Norderstedt, am 23.08.1947
Frau Dr. med. **Brigitte Roch-Schröter**, Otterbach, am 29.08.1947
Herr Dr. med. **Walter Buck**, Westerstetten, am 30.08.1947

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Rosemarie Aehnelt**, Neugersdorf, am 01.08.1942
Herr Prof. Dr. med. **Christian Rieger**, Bochum, am 08.08.1942
Frau Dr. med. **Heide Köchy**, Steimbke, am 09.08.1942
Herr Dr. med. **Peter Schlunk**, Tübingen, am 09.08.1942
Frau Dr. med. **Edith Schwerlinski**, Bochum, am 10.08.1942
Herr Dr. med. **Dieter Schweingel**, Bayreuth, am 11.08.1942
Herr **Rainer Friedrichs**, Goch, am 13.08.1942
Herr Dr. med. **Akos Gulyas**, Kempten, am 14.08.1942
Frau Dr. med. **Inge Quoß**, Bordesholm, am 18.08.1942
Herr Dr. med. **Eckhard Schmidt**, Halberstadt, am 20.08.1942
Herr Dr. med. **Klaus Goller**, Werda, am 22.08.1942
Frau Dr. med. **Ellen Probsthain**, Blankenburg, am 23.08.1942
Frau Dr. med. **Ursula Roth**, Berlin, am 24.08.1942
Herr Dr. med. **Eberhard Judex**, Lappersdorf, am 28.08.1942
Herr Dr. med. **Friedrich-Karl Gburek**, Walsrode, am 28.08.1942
Herr **Bernhard Lerp**, Bochum, am 30.08.1942

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Christa Spieth**, München, am 01.08.1936
Frau Dr. med. **Renate Scheier**, Wermelskirchen, am 01.08.1923
Herr Dr. med. **Jaroslav Cermak**, Prag, am 01.08.1934
Herr Dr. med. **Armin Unterberg**, Moers, am 02.08.1920
Herr Med.Dir.Dr. med. **Horst Chomse**, Soest, am 03.08.1920
Herr Dr. med. **Klaus Schönfelder**, Berlin, am 04.08.1934
Herr Dr. med. **Georg Schüler**, Hannover, am 04.08.1933
Herr Dr. med. **Harald Zoepffel**, Würzburg, am 05.08.1929
Herr Dr. med. **Manfred Schwerdtfeger**, Flein, am 05.08.1933
Frau Dr. med. **Gabriele Maus**, Gießen, am 05.08.1931
Frau Dr. med. **Elisabeth Happe**, Rheine, am 07.08.1934
Frau Dr. med. **Edith Kurek**, Dinslaken, am 07.08.1935
Frau Dr. med. **Hannelore Cramer**, Waren, am 07.08.1936
Herr Dr. med. **Eberhard Scholle**, Stuttgart, am 10.08.1936

Herr Dr. med. **Raul Chavez**, Alfter, am 11.08.1934
 Frau Dr. med. **Gerlinde Otto**, Dessau, am 12.08.1931
 Herr Dr. med. **Christos Antoniadis**, Bremerhaven, am 13.08.1937
 Herr Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. **Hans Wolfgang Schmidt**,
 Zorneding, am 13.08.1928
 Frau Dr. med. **Lotte Baertz**, Münster, am 15.08.1913
 Herr **Schapur Aliani**, Saarburg, am 16.08.1931
 Frau Dr. med. **Eva Gliesche**, Berlin, am 18.08.1934
 Herr Dr. med. **Ahmad Nikpour**, Essen, am 18.08.1927
 Herr Dr. med. **Bernd Schubert**, Horb, am 18.08.1936
 Herr Dr. med. **Franz Josef Lang**, Groß-Umstadt, am 19.08.1935
 Frau Dr. med. **Käthe Deutsch**, Schöneiche, am 19.08.1933
 Herr Dr. med. **Hans Georg Esche**, Pinneberg, am 24.08.1930

Frau Dr. med. **Marianne Schönknecht**, Winsen, am 24.08.1936
 Herr Dr. med. **Meinolf Bartscher**, Schwalbach, am 27.08.1927
 Herr Dr. med. **Dankward Marx**, Schongau, am 28.08.1936
 Herr Dr. med. **Heinrich Lehn**, Dachau, am 30.08.1936
 Herr Dr. med. **Sigmar Seimer**, Hamburg, am 30.08.1932
 Frau Dr. med. **Anne Gettmann**, Saarbrücken, am 31.08.1935
 Frau Dr. med. **Heidi von Leszczynski**, Frankfurt, am 31.08.1935
 Frau Dr. med. **Helga Brützel-Schröder**, Lübeck, am 09.08.1936

Wir trauern um:

Frau Dr. **Barbara Fischell**, Datteln
 Herr Dr. **Horst Prenzel**, Hamburg

Im Monat Mai durften wir 17 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau **Monika Deffaa**
 Herrn Dr. med. **Dietrich Ney**
 Frau Dr. med.
Birgit Schorl-Schweikardt



Bayern

Herrn Dr. med. **Roman Polanetz**
 Frau **Leonie Scheithauer**



Frau Dr. med.
Katrin Willmann

Niedersachsen

Herrn Dr. med. **Hans-P. Loch**



Sachsen

Frau Dr. med.
Kristin Dietze



Thüringen

Herrn Dr. med.
Patrick Flosdorff



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med.
Wiebke Bergmann
 Herrn **Gianmarco Ferro**

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

19. Juli 2017

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

30. August 2017

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

2.-3. September 2017

**21. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck
des BVKJ LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein
und Niedersachsen**
Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Dr. Stefan Renz, Hamburg,
Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Dr. Volker Dittmar, Celle
Auskunft: ②

6. September 2017

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

6. September 2017

**Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern
des BVKJ in Rostock**
Leitung: Steffen Büchner, Güstrow
Auskunft: ①

9. September 2017

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

13. September 2017

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

16. September 2017

**Jahrestagung des LV Sachsen
des BVKJ e. V. in Dresden, Sächsische LÄK**
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul
Auskunft: ①

5.-8. Oktober 2017

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

25. Oktober 2017

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

4. November 2017

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

8. November 2017

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

11.-12. November 2017

Praxisabgabe-Seminar in Fulda
Auskunft: ⑤

11.-12. November 2017

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

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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

DGIM 2017: Symposium zu Schilddrüsenerkrankungen

Im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Mannheim fand das Symposium „Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen und Therapieempfehlungen“ statt. Die beiden Referenten, Prof. Dr. med. Onno E. Janßen aus Hamburg und Prof. Dr. med. Heiko Krude aus Berlin, gaben einen interessanten Überblick über verschiedene Schilddrüsenerkrankungen sowie wertvolle Empfehlungen für den Praxisalltag.

Prof. Janßen ist als Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie am endokrinologikum Hamburg tätig. Im Rahmen seines Vortrages stellte er verschiedene Krankheitsbilder der Schilddrüse vor und fasste Symptome und Laborbefunde der daraus resultierenden Hyper- oder Hypothyreose zusammen. Schwerpunkte lagen auf verschiedenen Formen und der Therapie einer Struma sowie auf TSH-Referenzwerten und den Normalbereichen der Schilddrüsenhormone. Konkrete Handlungsempfehlungen und Dosierungen wurden zur Jod-Supplementierung in der Schwangerschaft, zur Behandlung der Hypothyreose mit Levothyroxin und zur thyreostatischen Behandlung der Hyperthyreose gegeben.

Hypothyreose in der Schwangerschaft

Ein spezieller Fokus lag auf der Diagnostik und den Auswirkungen einer Hypothyreose sowie dem Verlauf der TSH-Werte in der Schwangerschaft. Besonders eindrucksvoll wurden die Ergebnisse zweier Studien erläutert, die zeigten, wie stark eine Hypothyreose bzw. ein Jodmangel in der Schwangerschaft den Intelligenzquotienten des Kindes reduzieren kann.¹⁻² Durch die Behandlung der Hypothyreose der Mutter konnte der kindliche Intelligenzquotient signifikant verbessert werden.¹

Schwerpunkt Pädiatrische Endokrinologie

Prof. Krude ist Leiter des Instituts für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie der Charité Berlin. Ergänzend zum

Vortrag von Prof. Janßen lag der Schwerpunkt seines Vortrages auf Inzidenz, Ursachen und Therapie der Hypothyreose im Kindesalter. Er stellte die Unterschiede zwischen der kongenitalen und der erworbenen Hypothyreose heraus und hob den Stellenwert der TSH-Werte für die Diagnostik hervor. Zudem gab er Hinweise zur Dosierung von Levothyroxin bei Kindern mit Hypothyreose und betonte die Bedeutung eines zeitnahen Behandlungsbeginns nach der Diagnose. Gleichzeitig wies er aber auch darauf hin, dass sich isoliert erhöhte TSH-Werte bei Kindern jenseits des Neugeborenenalters häufig spontan normalisieren und dass eine sofortige Behandlung dieser Kinder eine Übertherapie bedeuten kann.

Fazit

Insgesamt war das Symposium, das mit Unterstützung der Aristo Pharma GmbH stattfinden konnte, eine gelungene Veranstaltung, die schwerpunktmäßig Diagnostik und Therapie der Hypothyreose in der Schwangerschaft und im Kindesalter aufgriff und wichtige Hinweise für die Behandlungspraxis lieferte. Zur Behandlung der Hypothyreose steht neben einem umfassenden Sortiment an



Levothyroxin-Tabletten (z. B. Eferox®) inzwischen auch eine Levothyroxin-Lösung (Eferox® Lösung) zur Verfügung. Diese Darreichungsform ist für Säuglinge und Kleinkinder besonders geeignet, da sie nicht nur leichter zu schlucken ist, sondern auch eine genauere Dosisstimmung ermöglicht.

Literaturnachweise

- 1 Haddow JE, et al. *New Engl J Med* 1999; 341 (8): 549-555.
- 2 Bath SC, et al. *Lancet* 2013; 382 (9889): 331-337.

**Nach Informationen von
Aristo Pharma GmbH, Berlin**

Dran bleiben – Therapieoptimierung bei ADHS.

Neues zu Veränderungen im Zeitverlauf, komorbiden Erkrankungen und Adhärenz // Jede ADHS ist individuell ausgeprägt und verändert sich im Zeitverlauf. Für den behandelnden Arzt bedeutet das, die Therapie in enger Zusammenarbeit mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen und dessen Umfeld immer wieder an neue Herausforderungen anzupassen. Im Rahmen eines Symposiums von Shire auf dem DGKJP-Kongress 2017 beleuchteten ADHS-Experten aus Klinik und Praxis wichtige Einflussfaktoren der ADHS im Wandel und diskutierten, wie der Behandler die medikamentöse Therapie individuell optimieren kann.

Dr. Bodo Müller, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Ärztlicher Direktor am St. Marien-Hospital Düren, lenkte den Blick in seinem Vortrag auf wichtige Übergänge auf dem Weg von der Kindheit ins Erwachsenenalter, die eine Anpassung der ADHS-Therapie erfordern können. Bedeutende Wegmarken seien die Einschulung, der Wechsel auf die weiterführende Schule, die (Prä-) Pubertät und der Beginn einer Berufsausbildung. Veränderungen im Tagesablauf und in den Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen führten zu neuen Anforderungen und oft auch zu neuen ADHS-bedingten Beeinträchtigungen. Hier gelte es, Risiken im Blick zu haben, rasch zu reagieren und die Therapie immer wieder an neue Bedürfnisse anzupassen. „Der aktive Tag wird zunehmend länger und erfordert immer mehr Selbständigkeit“, so Müller. Um die Funktionalität im Alltag und die soziale Einbindung zu verbessern, sei ab der weiterführenden Schule oft eine Medikation zu empfehlen, die den gesamten aktiven Tag bis in den Abend anhaltend und gleichmäßig abdeckt, so Dr. Müller. „Idealerweise erreichen wir das mit einer einzigen Medikamentengabe. Das vermeidet Stigmatisierung und wirkt sich positiv auf die Therapieadhärenz aus“, so der Experte. Unter den zur Behandlung der ADHS zugelassenen Stimulanzien ist Elvanse® (Lisdexamfetamin) das Präparat mit der längsten nachgewiesenen Wirkdauer (13 Stunden nach Einnahme).¹

Selten allein – ADHS und komorbide Erkrankungen

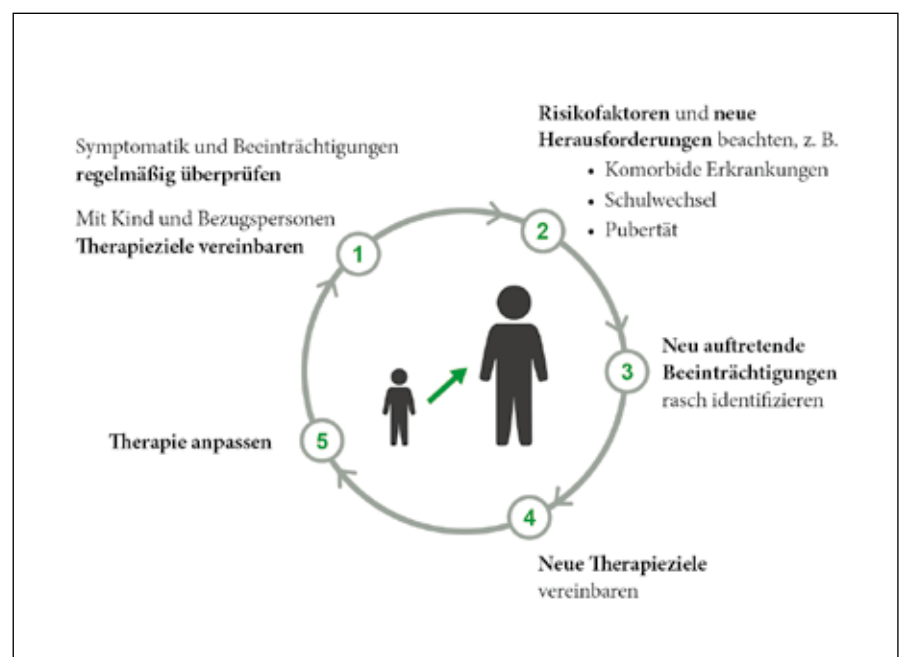
Prof. Dr. Esther Sobanski, Leitende Oberärztin für Kinder- und Jugendpsy-

chiarie an der Rheinhesen-Fachklinik Mainz, hob die Bedeutung komorbider psychiatrischer Erkrankungen bei ADHS hervor. Rund 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen seien von einer oder mehreren komorbiden Erkrankungen betroffen. Besonders häufig und schwerwiegend hinsichtlich der Folgen sei eine komorbide Störung des Sozialverhaltens (SSV). „Hier müssen wir sehr aufmerksam sein und alles dafür tun, dass sich das Kind positiv entwickelt“, mahnte die Expertin. Denn mit einer SSV steige das Risiko für Suchterkrankungen, Delinquenz und auch andere gravierende psychosoziale Einschränkungen wie z. B. Obdachlosigkeit im Erwachsenenalter relevant an.^{2,3} Prof. Sobanski verwies auf Studiendaten zu Guanfacin retard (Intuniv®), die eine positive Wirkung des Alpha2A-adrenergen

Rezeptor-Agonisten sowohl auf die ADHS-Kernsymptomatik als auch auf oppositionelle Symptome gezeigt hatte.⁴ Auch bei ADHS mit komorbiden Tics hat sich Intuniv® in einer Meta-Analyse als effektive Behandlungsoption gezeigt.⁵

Am besten gemeinsam – Therapieadhärenz positiv gestalten

Dr. Karl Reitzle, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München, zeigte anhand einer Meta-Analyse auf, dass die Therapieadhärenz bei ADHS insgesamt unzureichend ausfällt. Bezüglich der Adhärenzwerte schnitten lang wirksame Stimulanzien besser ab als kurz wirksame, Amphetamine besser als MPH.⁶ Unzureichende Medika-



mentenwirkung, Nebenwirkungen, aber auch Probleme mit der Einnahme und Stigmatisierung sind relevante Gründe für eine schlechte Adhärenz.⁶ Am Beispiel seiner therapeutischen Praxis machte Dr. Reitzle deutlich, dass die Arzt-Patienten-Beziehung den Dreh- und Angelpunkt der Therapieadhärenz bildet. „Wo Offenheit, Transparenz und Vertrauen bestehen, entsteht auch eine bessere Adhärenz. Und: Die Bedürfnisse des Kindes bzw. des Jugendlichen müssen berücksichtigt werden“, ist Dr. Reitzle überzeugt. So erwarteten Jugendliche von der ADHS-Medikation oft nicht nur eine Verbesserung ihrer Konzentrationsleistung, sondern auch, dass sie sich im Kontakt mit Gleichaltrigen wohl fühlen. Werde die Wirkung der Medikation als unangenehm empfunden, so könne ein Wechsel der Medikation die Selbstwahrnehmung und die Lebensqualität möglicherweise verbessern.

Bessere Adhärenz durch Komedikation?

Abschließend verwies der Experte auf aktuelle Studiendaten⁷, die gezeigt haben, dass sich bei Jugendlichen mit ADHS die Stimulanzien-Adhärenz unter zusätzlicher Gabe von Intuniv® deutlich verbessert habe. Dr. Reitzle erklärte sich das mit einer „entstressenden Wirkung“, die er bei seinen Patienten unter Intuniv® beobachtet habe, sowie einer verbesserten Morgen- und Abendsituation durch das bis zu 24 Stunden wirksame Intuniv®.⁸ (24 Std. nachgewiesen bei den Dosierungen 3 mg und 4 mg).

„Somit haben wir hier den besonderen Fall, dass eine Komedikation die Adhärenz verbessert – obwohl wir sonst ja zu Recht meist eine Monotherapie anstreben, um eine gute Adhärenz zu erzielen“, resümierte Reitzle.

Quelle

„Dran bleiben! Therapieoptimierung bei ADHS. Adhärenz, Komorbiditäten und Veränderungen im Zeitverlauf“, Symposium im Rahmen des 35. DGKJP-Kongresses, 24. März 2017, Ulm

Literatur

- 1 Fachinformation Elvanse®, Januar 2017
- 2 Erskine HE et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016 Oct; 55 (10): 841–850
- 3 Garcia-Murillo L et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016 Nov; 55 (11): 931–936
- 4 Connor DF et al. CNS Drugs 2010; 24 (9): 755–786
- 5 Bloch et. al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 Sep; 48 (9): 884–893
- 6 Gajria et al., Neuropsychiatric Disease and Treatment 2014; 10: 1543–1569
- 7 Meyers J et al. J Comp Eff Res. 2017 Mar; 6 (2): 109–125
- 8 Biederman J et al. Pediatrics 2008; 121 (1): e73–e84

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Regelmässige Ohrenhygiene von Geburt an...

Das Schweizer Pharmaunternehmen Laboratoires DIEPHARMEX hat sich auf Otologie/HNO spezialisiert.

Für Babys von Geburt an...

Eine klinische Studie wurde auf der Kinderstation für Neonatologie im Krankenhaus E. Herriot in Lyon, Frankreich, durchgeführt und bestätigt die Wirkung und die Verträglichkeit des Produktes AUDIBABY.

Schlussfolgerungen der Studie

Nach dreiwöchiger Anwendung, ein Mal pro Woche, waren die äußeren Gehörgänge der Säuglinge eindeutig sauber und frei, was die Otoskopie erleichterte. Die 100%ige Verträglichkeit des Produktes AUDIBABY wurde ebenfalls bestätigt.

Saubere ohren...

Ein sauberer Gehörgang bei Säuglingen und Kleinkindern erlaubt dem Kinderarzt eine genauere Untersuchung des Trommelfells und erleichtert somit die Diagnose des Arztes.



PZN: 12529786

VON 0-3 JAHREN

2ML-EINZELPIPETTEN

- Einfache Anwendung durch die Mutter oder durch den Arzt
- Eine Einzelpipetten für beide Ohren, einmal wöchentlich
- Ohne Risiken für Säuglinge
- Medizinprodukt auf Basis einer 100 % natürlichen Meerwasser-Lösung

FÜR KINDER AB 3 JAHREN

Eine 100% natürliche Meerwasserlösung, angereichert mit 5% Glycerol, als praktisches Spray im 25ml Flakon.



FÜR KINDER

AB 3 JAHREN

PZN: 02778181

- 1-2 Sprühstöße in jedes Ohr 2 Mal wöchentlich
- Schonend für Gehörgänge und Trommelfell dank des patentierten Aufsatzes, der vor Überdruck schützt

PCV13-Serotypen bei Kindern mit invasiver Pneumokokken-Infektion nahezu verschwunden

Aktuelle Daten vom ESPID-Kongress 2017 // Die Einführung der höhervalenten Pneumokokken-Impfstoffe wie dem 13-valenten Konjugatimpfstoff Prevenar 13® (PCV13) im Jahr 2009 ist mit einer signifikanten Reduktion von PCV13-Serotypen bei Kindern mit invasiven und nicht-invasiven Pneumokokken-Erkrankungen verbunden. Dies belegen aktuelle Studien, die im Rahmen der 35. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) vom 23. bis 27. Mai in Madrid, Spanien, vorgestellt werden.

Pneumokokken sind gram-positive Bakterien, die nicht-invasive Erkrankungen wie Pneumonie und Otitis media sowie invasive Erkrankungen (invasive pneumococcal diseases, IPD) wie bakteriämische Pneumonie oder Sepsis verursachen können. Mit einer frühzeitigen Impfung im Säuglingsalter können Pneumokokken-Erkrankungen, von denen insbesondere Kinder in den ersten beiden Lebensjahren betroffen sind, verhindert werden.¹ Hierzu stehen seit 2009 höhervalente Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe wie die 13-valente Vakzine (PCV13) sowie PCV10 zur Verfügung, die den seit 2006 von der STIKO empfohlenen 7-valenten Impfstoff PCV7 ersetzt haben.

Die Einführung der höhervalenten Impfstoffe führte zu einer deutlichen Reduktion der im Impfstoff enthaltenen Serotypen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass bei Kindern unter 2 Jahren mit IPD für den Zeitraum Juli 2015 bis Juni 2016 kaum noch PCV13-Serotypen nachgewiesen werden.² Demnach handelte es sich nur noch bei lediglich 18 % der untersuchten 100 IPD-Isolate um PCV13-Serotypen. Eine besonders deutliche Reduktion zeigt sich bei den Serotypen, die nicht in PCV7, aber in PCV13 enthalten sind: Serotyp 1 und 6A sind um 100 % zurückgegangen, 7F um 89 % und 19A noch um 75 %. Serotyp 3 zeigte keinen Rückgang, Serotyp 5 tritt in Deutschland nach wie vor äußerst selten auf. Auch bei Kindern im Alter von 2 bis 16 Jahren wurde ein signifikanter Rückgang der beiden häufigsten IPD-Isolate 1 bzw. 7F beobachtet. IPD-Fälle, die durch die ebenfalls in PCV13 enthal-

tenen Serotypen 5, 6A und 19A ausgelöst wurden, traten insgesamt nur selten auf. Aktuell sind in Deutschland hauptsächlich die Serotypen 10A, 12F, 15A/B/C, 24F und 38 für IPD bei Kindern unter 16 Jahren verantwortlich.²

Nicht geimpfte Kinder mit über 5-fach erhöhtem IPD-Risiko

Die Bedeutung der Pneumokokken-Konjugatimpfung wird durch eine weitere Studie unterstrichen. Diese charakterisierte die Pneumokokken-Isolate von Kindern mit IPD ≤ 6 Jahre vor und nach Einführung von PCV7.³ So wurde bei den untersuchten IPD-Isolaten von geimpften Kindern eine signifikante Reduktion aller Vakzine-Serotypen festgestellt. In nicht geimpften Kindern hingegen reduzierte sich die Anzahl an IPD-Fällen nur bei drei Impfstoff-Serotypen. Auch für den höhervalenten Konjugatimpfstoff PCV13 ließ sich für alle Vakzine-Serotypen eine Reduktion an IPD bei geimpften Kindern beobachten. Dabei fand eine grundlegende Veränderung in der Serotypenverteilung statt. Insgesamt wiesen nicht geimpfte Kinder ein ca. 8- bzw. 5-fach höheres Risiko auf, an einer IPD zu erkranken, die durch Vakzine-Serotypen (PCV7 bzw. PCV13) verursacht wurde.³

Nur ein PCV13-Serotyp bei Kindern mit akuter Otitis media nachweisbar

Die Einführung der höhervalenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe wie PCV13 wirkte sich auch bei nicht-inva-

siven Pneumokokken-Erkrankungen wie der akuten Otitis media (AOM) erheblich auf die Serotypenverteilung aus. Dies belegt eine langjährige Studie, in der seit 2008 jährlich mikrobiologische Analysen der Mittelohrflüssigkeit (MEF) und nasopharyngealen Trägerisolate (NTI) von Kindern mit spontanem Erguss durchgeführt wurden.⁴ Die Daten für den Zeitraum von Oktober 2014 bis Oktober 2015 zeigen, dass die Häufigkeit von Streptococcus pneumoniae in den mittels Abstrich gewonnenen MEF-Proben mit einem Anteil von 18,5 % geringer war wie in den vergangenen vier Studienjahren. Für die Studienjahre Oktober 2008 bis Oktober 2009 bzw. Oktober 2009 bis Oktober 2010 lag der Anteil noch bei 24,6 % bzw. 28,9 %.⁵ Auf Basis der NTI-Serotypisierung betrug die Rate für S. pneumoniae 54,3 %. Interessanterweise konnte mit Serotyp 3 nur ein einziger PCV13-Serotyp als Auslöser einer AOM nachgewiesen werden (unveränderte Häufigkeit von 25 bis 40 % bei abnehmender Fallzahl pro Jahr von 17 auf 7).⁴

Relevanz der Impf-Compliance

Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz der Pneumokokken-Impfung bei der Prävention invasiver und nicht-invasiver Pneumokokken-Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter. Damit diese deutliche Reduktion der Krankheitslast aufrechterhalten werden kann, ist jedoch eine vollständige Grundimmunisierung entscheidend. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die Pneumokokken-Impfung

für Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre nach dem 2+1-Impfschema im Alter von 2, 4 und 11 bis 14 Monaten mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff wie Prevenar 13®. Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Dosis im Alter von 3 Monaten und sollen nach Empfehlung der STIKO mit 4 Impfstoffdosen geimpft werden. Für Kinder mit chronischen Erkrankungen wird unabhängig vom Alter eine Pneumokokken-Impfung empfohlen.⁶ Die Kosten werden für Risikokinder und -jugendliche sowie alle Babys und Kleinkinder bis 2 Jahre von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.⁷

Literatur

1. Advisory Committee on Immunization Practices. Preventing pneumococcal disease among infants and young children. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm. Rep. Morb. Mortal. Wkly. Rep. Recomm. Rep. 2000;49, 1–35.
2. van der Linden M et al. Effects of 7 years of immunization with higher-valent pneumococcal conjugate vaccines on children in Germany. ESPID 2017.
3. Perniciaro S et al. Population-adjusted effect of pneumococcal conjugate vaccines (PCV7, PCV10 and PCV13) against invasive pneumococcal disease in children 6 years of age and younger in Germany. ESPID 2017.
4. Imöhl M et al. Microbiological analysis of middle-ear-fluid (MEF) and nasopharyngeal carriage (NC) of infants with acute otitis media (AOM) in Germany, 7th study year. ESPID 2017.
5. Imöhl M et al. Etiology of middle-ear-fluid of infants with acute otitis media (AOM) in Germany, 2nd study year. ESPID 2011, P714.
6. Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bull 34/2016.
7. Schutzimpfungs-Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss, Stand: Februar 2016 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/>.

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

10 Prozent der zu klein geborenen SGA-Kinder holen ihr Wachstum nicht mehr auf

Kinder mit der Wachstumsstörung SGA (Small for Gestational Age) sind bei Geburt deutlich kleiner und/oder leichter, als dies in Bezug auf das Gestationsalter zu erwarten wäre. Durch frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Therapie mit Wachstumshormon erhöht sich die Chance für die kleinen Patienten, ihre Zielgröße zu erreichen. Noch immer werden SGA-Kinder in Deutschland spät diagnostiziert und therapiert. So holen 10 von 100 Kindern mit SGA ihr mögliches Wachstum nicht auf und werden nur bis zu 150 cm (Frauen) und bis zu 165 cm (Männer) groß.

In Deutschland werden aktuell rund 738.000 Kinder pro Jahr (2015) geboren, von denen ungefähr 3 bis 10 Prozent als „zu klein für das Gestationsalter (SGA)“ gelten. Körperliches Wachstum gilt als altersgerecht, wenn sich die Maße für Körperhöhe und Körpergewicht in einem bestimmten Bereich bewegen (Perzentile), der durch die familiäre und genetisch bedingte Größe mit bestimmt wird. Für die Beurteilung des Wachstums eines Kindes sind die Vorsorgeuntersuchungen in den ersten Lebensjahren wichtig, bei denen Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang dokumentiert werden. Dadurch können der Wachstumsverlauf dieses Kindes mit seinen Normwerten verglichen und Abweichungen von der

Zielgröße festgestellt werden. Bei Verdacht auf eine Wachstumsstörung sollte ein pädiatrischer Endokrinologe in die weitere Diagnostik und Behandlung einbezogen werden.

Rechtzeitig beginnen

Je früher die Behandlung mit einem Wachstumshormon beginnt, desto größer ist die Chance, dass das Kind seine Zielgröße erreicht. Durch längeres Warten kann wertvolle Zeit verstreichen. 10 Prozent der SGA-Kinder holen ihr Wachstum bis zum 2. Lebensjahr nicht auf und bleiben weiterhin zu klein.

Langzeitstudien haben gezeigt, dass durch eine Behandlung mit Wachstums-

hormon ein erfolgreiches Aufholwachstum ermöglicht wird und die Prognose für die voraussichtliche Endgröße deutlich verbessert werden kann. 85 Prozent der mit Wachstumshormon behandelten Kinder erreichen eine Endgröße innerhalb des Erwachsenen-Normbereichs. 98 Prozent erreichen ihren familienbezogenen Zielgrößenbereich.¹

Quelle

¹ Bundesverband Kleinwüchsige Menschen und ihre Familien e. V. BKMF (Hg.), Behandlung mit Wachstumshormon, 2005, S. 26

**Nach Informationen von
Hexal AG, Holzkirchen**

Europaweite Ausschreibung des Kramer-Pollnow-Preises 2017

Der Kramer-Pollnow-Preis (KPP), Deutscher Forschungspreis für biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie, wird für das Jahr 2017 erneut europaweit ausgeschrieben. // Er wird für besondere wissenschaftliche Leistungen in der klinischen Forschung zur biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere der Erforschung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vergeben. Stifter des mit 6.000 Euro dotierten Preises ist die Firma MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG aus Iserlohn.

Der KPP steht für das Anliegen, hervorragende europaweite wissenschaftliche Leistungen im Bereich ADHS zu würdigen und zu weiteren Forschungen anzuregen.

Bis zum 10. August 2017 können Ärzte, Psychologen oder Naturwissenschaftler zwei bis drei publizierte oder im Druck befindliche Originalarbeiten der Jahre 2015-2017 (in begutachteten Zeitschriften deutscher bzw. englischer Sprache) einreichen. Zusätzlich soll die Bewerbung ein Curriculum Vitae sowie ein Publikationsverzeichnis enthalten. Auch Arbeiten aus dem Übergangsbereich von Jugendlichen

zum jungen Erwachsenen sind willkommen. Inhaltlich besteht besonderes Interesse an der Verbindung von biologischer und psychologisch-psychotherapeutischer Forschung.

Bewerbungen sind zu richten an den Sprecher des Preiskomitees:

Prof. Dr. A. Rothenberger
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Namensgeber für den Forschungspreis sind die beiden berühmten Nervenärzte

der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité in Berlin, Franz Kramer (1878-1967) und Hans Pollnow (1902-1943), die zur Zeit Bonhoeefers für die dortige Kinderstation verantwortlich waren. Kramer und Pollnow publizierten 1932 weltweit erstmals über eine „hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter“, die später nach ihnen als Kramer-Pollnow-Syndrom benannt wurde.

**Nach Informationen von
Medice Arzneimittel Pütter GmbH,
Iserlohn**

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woebeling@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Hauner-sches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149

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

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.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 12.450
lt. IVW I 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 50 vom 1. Oktober 2016

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

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2017. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich
Gremien/Funktionsträger**

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Monika Kraushaar

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de