

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 04/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Bericht aus dem
Hauptstadtbüro

Fortbildung

Transition – wenn
chronisch kranke Kinder
erwachsen werden

Forum

Studierende
in der Praxis

Magazin

Wer Tiere quält,
quält Kinder?

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Regine Hauch, Düsseldorf

INHALT 04 | 2019

Berufsfragen

Bericht aus dem Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser	147
Neue Formulare für Kur- und RehaMaßnahmen // Jörg Hornivius	150
PädExpert und PädAssist	152
Strafrechtliche Basics für den Kinder- und Jugendarzt, Teil 1 // Andreas Meschke	154
Impressum	156
Wohin mit demGeld? // Tilo Croonenberg	158
TransFit Öffnung für alle Krankenkassen	160
Kinder- und Jugendrehabilitation // Alwin Baumann	163
Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gestiegen // Wolfram Hartmann	164
Aus Erhebungen der KIGGS-Welle 2 // Wolfram Hartmann	167

Fortbildung

Editorial // Klaus-Michael Keller	170
Highlights aus Bad Orb: Das Berliner	
TransitionsProgramm // Jana Findorff, Silvia Mütter	171
Highlights aus Bad Orb: Transition aus der Sicht des Allgemeinpädiaters // Uwe Büsching	176
Standpunkt: Sinn oder Unsinn von Protein-Shakes // Jürgen Hower	178
Welche Diagnose wird gestellt? // Peter H. Höger	181
Impfforum // Ulrich Heining	183
consilium: Meningokokken B-Impfung nach Meningokokken-Sepsis bei Trisomie 21? // Ute Arndt	184
Suchtforum // Matthias Brockstedt	186
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	188

Forum

Studierende in der Praxis: Keine Hexerei // Folkert Fehr	192
Mütterlicher Stress führt zu Übergewicht bei Kindern	194
Pädiater fordern Werbeverbot für alle Tabak- und E-Nikotinprodukte	196
Wir fahren nach Berlin // Michael Mühlshlegel	197
Sexuelle und reproduktive Gesundheit männlicher Jugendlicher und junger Männer // Bernhard Stier	198
Kinderschutz-Leitlinie // Wolfram Hartmann	200
Pressesprechertreffen // Steffen Büchner	203



Tierquälerei als Frühindikator für Gewalt gegen Kinder

S. 205

Magazin

Tierquälerei als Frühindikator für Gewalt gegen Kinder // Julia Schultz, Ralph Schönfelder, Thomas Steidl	205
Buchtipps	208
Rachenakt // Richard Haaser	209
65. Geburtstag Michael Mühlshlegel // Klaus Rodens	210
Pädindex	211

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien	212
Wahlaufruf	213
Fortbildungstermine	214

Nachrichten aus der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ	221
----------------------------	-----

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

Titelbild: © Imgorthand – iStock.com

Beilagenhinweis: Einem Teil dieser Ausgabe sind Faktenblätter des Robert Koch Instituts zum Thema Impfen sowie Flyer zum Ernährungstag Lübeck beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Bericht aus dem Hauptstadtbüro

Das *Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)* wurde am 14. März mit vielen Änderungen gegenüber den früheren Entwürfen von den Regierungsparteien verabschiedet. Die die Pädiatrie betreffenden Änderungen waren allesamt vom BVKJ gefordert worden und sind nun im Gesetz umgesetzt.



Kathrin Jackel-Neusser

Hierzu die Einschätzung von Präsident Dr. Thomas Fischbach: „Die Politische Arbeit des BVKJ hat sich nach ersten Einschätzungen gelohnt“

- Die befristete generelle Niederlassungsfreiheit für die Pädiatrie ist vom Tisch!
- 1000 weitere Weiterbildungsförderungsstellen (nun also insgesamt 2000) für den ambulanten Bereich – bei expliziter Nennung der Kinder- und Jugendmedizin als zu fördernder Bereich – wurden beschlossen. Dies war eine der Kernforderungen des BVKJ.
- Es gibt nun eine Dreiviertel-Zulassung für diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die die geforderten 25 Praxiswochenstunden aus Gründen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht leisten können.
- Im SGB V wird nun wie von uns gefordert endlich die korrekte Bezeichnung „Kinder- und Jugendarzt“ eingeführt. Dies verpflichtet nun auch die Selbstverwaltung den korrekten Terminus zu verwenden.
- Die MVZs müssen sich einer stärkeren Regulierung stellen.“

Vieles im TSVG – das von Licht und Schatten gekennzeichnet ist – müssen wir nun in Ruhe zusammen mit unseren Justitiaren analysieren, insbesondere die Vermittlungsregelungen zum Facharzt, die neuen Regelungen zu den Terminservicestellen, Honorierungsaspekte – hier bitten wir noch um etwas Geduld, denn dies ist ein hochkomplexes Gesetz. Der neue BVKJ-Geschäftsführer Dr. Andreas Plate wird hier in Kooperation mit der Kanzlei Meschke und unseren Honorarexperten eine genaue Analyse vornehmen.

Die Kernpunkte des TSVG aus Sicht des BVKJ nach einer Zusammenstellung des BMG

Link: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz>

Terminservicestellen werden bis zum 1.1.2020 zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt:

- Auch Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten und Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten.
- 4-Wochenfrist gilt auch für die Vermittlung termingebundener Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen).
- Über bundesweit einheitliche Notdienstnummer (116117) 24 Stunden täglich an sieben Tagen pro Woche (24/7) erreichbar.
- In Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen oder auch an Krankenhäuser vermittelt.
- Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf maximal nur 2 Wochen betragen.

- Online-Angebot zu Terminservicestellen (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können).

Dr. Fischbach hierzu: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt Näheres zur einheitlichen Umsetzung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, dies wird der BVKJ konstruktiv und kritisch begleiten.“

Das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte wird verbindlich erweitert:

- Mindestens 25 Stunden pro Woche (Hausbesuchszeiten werden angerechnet).
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte.

Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren hier zeitnah die Einzelheiten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Einhaltung der Versorgungsaufträge einschließlich der Mindestsprechstunden künftig bundeseinheitlich.

Ärzte werden für Zusatzangebote besser vergütet. Extradudgetäre Vergütung, Zuschläge, Entbudgetierung oder bessere Förderung für:

- Erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins durch einen Hausarzt (Zuschlag von mindestens 10 Euro).
- (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservicestelle vermittelt werden (extradudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal sowie zusätzlich nach Wartezeit auf die Behandlung gestaffelte Zuschläge).
- Leistungen für neue Patienten in der Praxis (extradudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal).

- Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt (extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal). Hier gilt es wie gesagt eine klare Analyse vorzunehmen, inwiefern dies für uns zu nutzen ist. Dr. Fischbach und Dr. Plate werden hierzu berichten.

Ärztliche Versorgung auf dem Land soll verbessert werden

- Obligatorische regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land.
- Strukturfonds der KVen werden verpflichtend und auf bis zu 0,2 Prozent der Gesamtvergütung verdoppelt; Verwendungszwecke erweitert (z.B. auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, etc.).
- KVen werden verpflichtet, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen (Eigeneinrichtungen) oder mobile und telemedizinische Versorgungs-Alternativen anzubieten, wenn es zu wenig Ärzte gibt.
- Länder können bestimmen, ob bestehende Zulassungssperren für die Niederlassung in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten ggf. entfallen können.

Weitere ausgewählte Regelungen

- Für die Heilmittelerbringer soll es bundesweit einheitliche Verträge geben, die Zugangsbedingungen der Therapeuten zur Versorgung werden verbessert und die Therapeuten können unabhängiger über die Behandlung der Patienten entscheiden (sog. „Blankoverordnung“).
- Die Versorgung mit Impfstoffen wird verbessert. Die Möglichkeit für Exklusivverträge mit einzelnen Herstellern über saisonale Grippeimpfstoffe entfällt und die Apothekenvergütung für diese Impfstoffe wird neu geregelt.
- Die Versorgung mit Hebammen wird verbessert. Dem GKV-Spitzenverband wird die Aufgabe übertragen, Versicherten im Internet (und per App) ein Suchverzeichnis zu Kontaktdaten und dem Leistungsspektrum von Hebammen anzubieten. Ehemaligen Hebammen und Entbindungspflegern wird der Wiedereinstieg in ihren Beruf erleichtert. Krankenhäuser erhalten Unterstützung, um ihren Hebammen eine geeignete Kinder-Betreuung anzubieten.

Digitalisierung

- Die Krankenkassen werden verpflichtet, bis spätestens 2021 ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten. Wer möchte, soll auch ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte mit Smartphone oder Tablet auf medizinische Daten zugreifen können.
- Apps können laut dem BMG vor allem chronisch Kranken helfen, ihren Patientenalltag zu organisieren. Deshalb soll den Krankenkassen erlaubt werden, in den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) digitale Anwendungen zu nutzen.
- Entscheidungsprozesse in der **Gesellschaft für Telematik (Gematik)** werden effektiver gestaltet, damit die Einführung weiterer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur zügig umgesetzt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt 51 Prozent der Geschäftsanteile der Gematik.
- Die **Bedarfsplanungs-Richtlinie** soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zügig angepasst werden. Hierzu wird die Frist für die Überprüfung durch den G-BA auf den 1. Juli 2019 festgesetzt. Darüber hinaus werden die Kompetenzen des G-BA weiterentwickelt, damit die vorhandenen Versorgungsbedarfe noch besser abgebildet werden können.

- Beschränkt wird auch der **Einfluss von reinen Kapitalinvestoren auf medizinische Versorgungszentren (MVZ)**. So dürfen Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen künftig nur fachbezogene MVZ gründen. Auch die Gründungsbefugnis für zahnmedizinische Versorgungszentren durch Krankenhäuser wird eingeschränkt.

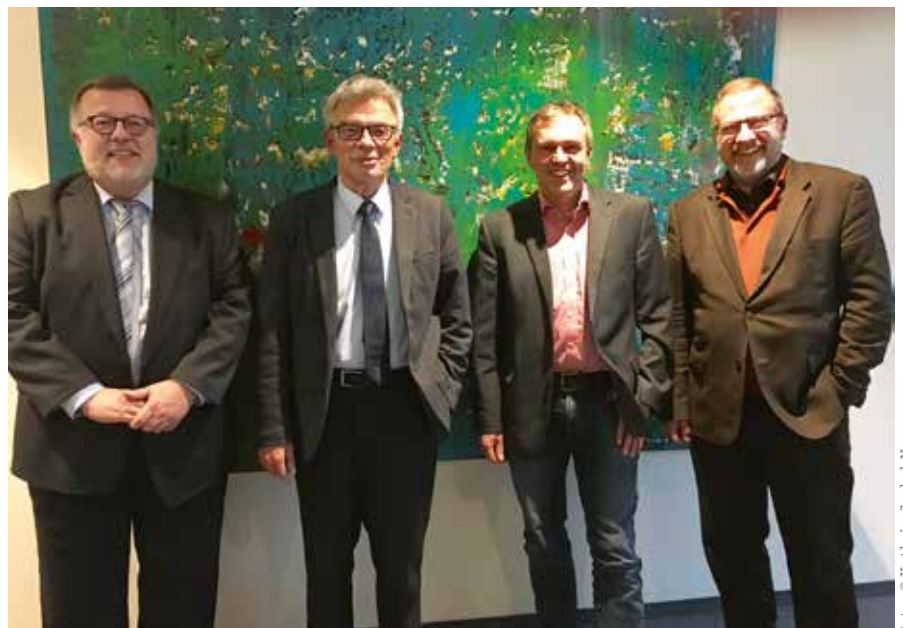
Dokumente zum TSVG-Beschluss (diese finden Sie auch im Ordner „Politische Informationen“ unter PädInform)

- Gesetzentwurf: Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG
 - Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 23.11.2018 zum Entwurf des TSVG
 - Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf des TSVG
- In den nächsten Ausgaben des „Kinder- und Jugendarzt“ werden Sie eine genauere Analyse für unseren Kontext lesen können.

Weitere Themen auf der Tagesordnung des BVKJ:

Bedarfsplanung

Hier trafen die Dres. Thomas Fischbach, Roland Ulmer und Reinhard Bartzky sowie ich kürzlich den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Prof. Josef Hecken.



v.l.n.r.: Dr. Fischbach, Prof. Hecken, Dr. Bartzky, Dr. Ulmer

Foto: © Kathrin Jackel-Neusser

Inhaltlich wurde Vertraulichkeit vereinbart, wir hatten aber den Eindruck, dass Herrn Prof. Hecken unsere Forderungen gut bekannt waren, er diese nachvollziehen konnte und dass er unsere Kritik am TSVG deutlich teilte. Der BVKJ versucht, die Erstellung der Bedarfsplanungsrichtlinie mit eigenen Argumenten zu begleiten.

Außerdem trafen wir natürlich wieder zahlreiche Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, unter anderem die Bundesfamilienministerin, beide Staatssekretäre aus dem Bundesgesundheitsministerium, Frau Sabine Weiss MdB und Herrn Dr. Thomas Gebhart MdB, mehrmals die KBV sowie zahlreiche Abgeordnete des Bundestages. Hierzu berichten wir – wenn es uns zeitlich möglich ist – immer in **PädInform**.

Weiteres Engagement des BVKJ der letzten Monate (hier nur einige ausgewählte Aktivitäten)

- Wir verteilten die **Stellungnahme „Gute Bedingungen für die Grund-**

versorgung von Kindern in Aus- und Weiterbildung“, erarbeitet vom Ausschuss Aus- und Weiterbildung im BVKJ zusammen mit der DGAAP, an die relevanten Fachpolitiker/innen. Hierzu trafen Dr. Thomas Fischbach und BVKJ-Vorstandsmitglied Dr. Christoph Bornhöft auch kürzlich den Staatssekretär aus dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, Herrn Dr. Michael Meister, der sich außerdem über geeignete Maßnahmen gegen den Mangel an Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten in seiner Region informieren wollte. Herr Dr. Bornhöft kennt den Staatssekretär aus dessen gesundheitspolitischen Netzwerk vor Ort.

- Der BVKJ (hierzu berichtete Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter immer wieder aktuell) gab folgende Stellungnahme an das BMEL ab: **Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V. zur „Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“**. Da diese Kritik

nicht aufgegriffen wurde, positionierte sich der BVKJ im Schulterschluss mit weiteren Verbänden kritisch gegenüber dem BMEL, siehe dazu folgende Pressemeldung mit dem Titel **„Freiwillige Nationale Reduktionsstrategie ist nicht wissenschaftsbasiert“**. Am **15. Mai veranstaltet der BVKJ dazu ein Politikforum**, bitte informieren Sie sich dazu auf unserer Internetseite.

- Der BVKJ reichte eine von Herrn Dr. Hubert Radinger **verfasste Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)** ein.

Korrespondenzanschrift:

Kathrin Jackel-Neusser

Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation BVKJ e.V.

10115 Berlin

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

Twitter: <https://twitter.com/BVKJ>

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Stationäre Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen, die neuen Formulare

Die Dschungelsuche nach dem richtigen Vorgehen // Seit 01.10.2018 ist die Verordnung von medizinischen Vorsorgen für Mütter und Väter und die Verordnung von Medizinischer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche einheitlich geregelt.

Vor dem Antrag muss entschieden werden, ob es sich um eine Medizinische Vorsorge für Mutter oder Vater oder um eine Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche handelt.



Dr. med. Jörg Hornivius

Mutter/Vater-Kind-Kuren im Unterschied zur Reha für Kinder und Jugendliche

Die so genannten Mutter/Vater-Kind-Kuren fokussieren auf die Wiederherstellung des betroffenen Elternteils. Dagegen zielt die echte Kinder- und Jugendlichen-Reha auf die chronisch kranken Kinder.

Wenn eine **Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter** verordnet werden soll, muss **Muster 64 „Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 SGB V“** vom behandelnden Arzt von Mutter oder Vater ausgefüllt werden, der **Kinder- und Jugendarzt** füllt nur dann **Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“** aus, wenn eine Erkrankung des Kindes besteht.

Sollte eine **Medizinische Rehabilitationsmaßnahme für das Kind** verordnet werden, muss primär entschieden

werden, welcher Kostenträger zuständig ist, entweder die Krankenkasse oder die Deutsche Rentenversicherung. Sollten hier Unklarheiten bestehen, kann der Kinder- und Jugendarzt per **Muster 61 Teil A, Abschnitt II**, die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers durch die Krankenkasse veranlassen. Teil B-D ist dann nicht auszufüllen.

Nach Klärung des Kostenträgers sind für die **Krankenkasse Muster 61 Teil B-D vom Kinder- und Jugendarzt** auszufüllen und für die **Deutsche Rentenversicherung von den Eltern Formular G0200** und vom **Kinder- und Jugendarzt Formular G0612 und G0600** auszufüllen.

1. Mutter/Vater-Kind-Kur

Eine **Mutter/Vater-Kind-Kur** ist eine **Vorsorge- beziehungsweise Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter**. Diese Rehabilitationsmaßnahme kann von allen Müttern oder Vätern beantragt werden, wenn bei ihnen eine Kurbedürftigkeit vorliegt und der behandelnde Erwachsenen-Arzt der Mutter/des Vaters eine Kur befürwortet und attestiert.

Kurbedürftigkeit liegt vor bei:

- Gesundheitsstörungen wie z.B. Erschöpfungssyndrom, Anpassungsstörungen oder Schlafstörungen
- Allgemeine Kontextfaktoren wie z.B. Eheprobleme, Tod des Partners, finanzielle Sorgen oder soziale Isolation
- Mütter/Väter spezifische Faktoren
- wie z.B. Mehrfachbelastungen, Erziehungsschwierigkeiten, Alleinerziehend

oder mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung

Die Versorgung des oder der Kinder zu Hause muss ausgeschlossen sein und die Trennung vom Elternteil unzumutbar. Kurmaßnahmen für die Kinder setzen aus ärztlicher Sicht eine Behandlungsbedürftigkeit voraus.

Kostenträger dieser Maßnahme sind die Krankenkassen.

Ablauf: Der behandelnde Arzt der Mutter/des Vaters füllt das Formular 64 aus.

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V Teil A

Link: http://www.kbv.de/media/sp/Muster_64_Erlaeuterungen.pdf

Wenn die Kinder nur Begleitkinder sind ohne eigene Behandlungsbedürftigkeit, dann werden die Kinder nur in Teil 64 B V B aufgelistet und „Belastete Mutter/Vater-Kind-Beziehung“ oder „Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig“ angekreuzt.

Der behandelnde Arzt der Mutter/des Vaters kann hierfür die **GOP 01624 22,73 €** abrechnen.

Wenn der behandelnde **Kinder- und Jugend-Arzt eine Behandlungsbedürftigkeit des Kindes feststellt**, füllt er **Formular 65** aus:

Ärztliches Attest Kind zu Verordnung einer medizinischer Vorsorge/Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24 41 SGB V.

Abrechnung GOP 01622 8,98 €

Link: http://www.kbv.de/media/sp/Muster_65_Erlaeuterungen.pdf

2. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Muster 61 A–D)

Die Krankenkassen und Deutschen Rentenversicherer sind gleichberechtigte Kostenträger bei der Kinder- und Jugendreha.

Es gibt medizinische und versicherungsrechtliche Voraussetzungen:

Medizinische Voraussetzungen:

- Das Kind/der Jugendliche leidet an einer schweren Erkrankung, es besteht die Chance auf eine wesentliche Besserung oder Heilung.

Erkrankungen

- der Atemwege, der Haut, des Herz-Kreislauf-Systems, von Leber, Magen oder Darm, der Nieren und Harnwege, des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates
- Allergien, Neurologische Erkrankungen, Psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen, Sprachentwicklungsstörungen,
- Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren oder anderen Erkrankungen.
- Auch für Kinder mit Krebserkrankungen sind Rehabilitationsleistungen möglich.

Bei **Kindern unter 12 Jahren** kann das Kind von einem Elternteil begleitet werden, der Elternteil wird nicht mitbehandelt, es finden aber Elternschulungen statt. Geschwister unter 12 Jahren können ebenfalls mit aufgenommen werden.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Der Antragsteller muss in den letzten zwei Jahren vor der Reha-Antragsstellung für mindestens sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gezahlt haben oder
- zum Zeitpunkt der Antragstellung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben oder
- bereits Rentner sein und eine Alters- oder Erwerbsminderungsrente erhalten.
- Es muss sich um eine Grundkrankheit handeln, die einer späteren Erwerbstätigkeit nicht entgegensteht.

Hilfe bei unklaren Voraussetzungen für eine Bewilligung

Wenn die Kostenübernahme unklar ist, kann der behandelnde Kinder- und Jugendarzt **Formular 61 Teil A** ausfüllen (Keine GOP): **Beratung zur medizinischen Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**

Das Formular wird an die Krankenkasse gesendet, die Krankenkasse prüft, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist und sendet das Formular an den Kinder- und Jugend-Arzt zurück. Im Fall **Kostenträger Krankenkasse** füllt der Kinder- und Jugendarzt das **Formular 61 B–D** aus und rechnet die **GOP 01611 ab (32,68 €)**.

3. Sonderfall ‚Kranke Familie‘

In besonders gelagerten Fällen, wenn nämlich nicht nur das Kind bzw. der Jugendliche eine rehabilitationsbedürftige Erkrankung hat, sondern auch Mutter oder Vater, kann eine **„Kombi-Reha (Mutter-/Vater-Kind)“** in Abstimmung mit dem Hausarzt des Elternteils veranlasst werden. Einige Einrichtungen können dies leisten. **Antragstellung für jedes einzelne Familienmitglied.**

Bei einer **‚Familienorientierten Rehabilitation‘** zielt die Reha auf die Verbesserung des erheblich beeinträchtigten psychosozialen Kontextes bei einem schwer chronisch kranken Kind. Die Reha wird nur für das chronisch erkrankte Kind bzw. Jugendlichen beantragt.

Link: http://www.kvmv.info/aerzte/25/20/Qualitaetssicherung_aktuell/Reha_Muster_61_Erlaeuterungen_14032016.pdf

Wenn die **Deutsche Rentenversicherung** der Kostenträger ist, füllt der Ki- und Jugendarzt **Formular G0612** aus: **Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation) und G0600: Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht 28,91 €**

Das **Formular G0200** ist vom **Patienten bzw. den Eltern auszufüllen**: Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

Wichtige Links:

<https://www.mutter-kind.de/Home.aspx>

<https://www.kur.org/>

<http://www.kinder-reha.de/>

<https://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/startseite/>

Muster 61

https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Mitglieder/Verordnungen/Rehabilitation/160519_2016_04_26_Muster61_Erlaeuterungen.pdf

Muster 64

https://www.kbv.de/media/sp/Muster_64.pdf
http://www.kbv.de/media/sp/Muster_64_Erlaeuterungen.pdf

Muster 65

https://www.kbv.de/media/sp/Muster_65.pdf
http://www.kbv.de/media/sp/Muster_65_Erlaeuterungen.pdf

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen und Antragsstellung Kinder- Reha über die Deutsche Rentenversicherung

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/01_versicherte/03_reha/_DRV_Paket_Rehabilitation_Kinderrehabilitation.html

Informationen rund um das Thema Kinder-Reha

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Microsite/de/Inhalt/kinderreha.html>

Gesetzestext (wichtig die 4-Jahresfrist findet keine Anwendung mehr)

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/15a.html>

G0612

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/_pdf/G0612.pdf?__blob=publicationFile&v=8

G0600

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/_pdf/G0600.pdf?__blob=publicationFile&v=22

Die Vordrucke finden Sie auch in **Päd- Inform** im Ordner Honorarausschuss BVKJ-Honorar Download.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

PädExpert und PädAssist – Das Telekonsil und die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ wachsen zusammen

Das Telekonsil „PädExpert“ wird inzwischen bundesweit von mehr als 80 Krankenkassen – darunter alle privaten Krankenkassen – erstattet. Für 20 verschiedene Indikationen kann eine telemedizinische Behandlung ausgewählt werden – vom kleinen Kind mit unklaren Bauchschmerzen bis zur Schülerin, die über den Druck in der Schule klagt und erste Anzeichen einer Depression zeigt. Mehr als 100 Experten können virtuell konsultiert werden – vom Spezialisten für Zöliakie bis zum Kinder- und Jugendpsychiater, der dann auch bei Bedarf zeitnahe Termine zur Verfügung stellen kann. Das Netzwerk wächst und wächst, und auch immer mehr Kassen wollen teilnehmen.

Ausbau der Telemedizin

Neben der Facharztkonsultation (Päd-Expert) gibt es nun ein neues telemedizinisches Angebot für die pädiatrische Praxis. Durch die Integration der Praxis-App „Mein Kinder- und Jugendarzt“ in das Telekonsil „PädExpert“ kann ab sofort auch der Krankheitsverlauf von Patienten außerhalb der Praxis beobachtet und kontrolliert werden. Dies erfolgt mit Hilfe von digitalen Tagebüchern (Päd-Assist), die vom Arzt in die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ eingestellt werden können.

Pilotprojekt für Versicherte der BARMER in NRW und Bayern

Dieses in Deutschland bisher einmalige Pilotprojekt steht zunächst für Versicherte der Barmer in Nordrhein-Westfalen und Bayern zur Verfügung. Kinder und Jugendliche, die unter Asthma oder Rheuma leiden, können ein digitales Tagebuch in der PraxisApp führen. Die Werte aus diesen Tagebüchern werden vom betreuenden Kinder- und Jugendarzt in der Praxis regelmäßig kontrolliert. Damit hat der Arzt die Möglichkeit, auch zeitnah einzugreifen, sollten sich z.B. Entzündungsparameter bei einer Rheumaerkrankung verschlechtern.

Weitere Innovationen

Auch für Eltern mit Schreibabys gibt es so ein digitales Protokoll, das bei der Diagnose und auch bei der Betreuung eines auffälligen Kindes Unterstützung bieten kann – für Eltern wie auch für die betreuenden Pädiater.



Seit dem 1.4.2019 können nun auch alle Versicherten des BKK-Starke-Kids-Vertrages und der Bosch BKK bundesweit mit digitalen Tagebüchern ebenfalls zu Hause kontrolliert werden. Zusätzlich für Patienten mit Asthma, Rheuma und Schreibabys stehen den BKK-Versicherten auch Tagebücher zur Kopfschmerz- und Bauchschmerzkontrolle zur Verfügung.

Wie kann ich dieses System in meiner Praxis einsetzen?

Der Einsatz dieses Systems in der Praxis ist ganz einfach. Jeder registrierte Arzt bei PädExpert (Login via www.paedexpert.de) kann ab sofort digitale Tagebücher für Patienten anlegen. Nach der Eingabe der Patientendaten kann ausgewählt

werden, welches Tagebuch für den Patienten in der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ zur Verfügung gestellt wird und wie lange der Beobachtungszeitraum sein soll.

Voraussetzung dafür ist, dass die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ in der Praxis angeboten wird und der Patient sich dort bereits registriert hat. Nach der Eingabe des Zeitraums, den der Arzt mit den betroffenen Patienten für die Eingabe z.B. von Peak-Flow-Werten (Asthma), Gelenkschmerzen (Rheuma) oder eines Schlafprotokolls (Schreibaby) vereinbart hat, generiert das PädExpert-System automatisch einen QR-Code, den der Patient mit der App einscannen kann.

Innerhalb von wenigen Sekunden wird das digitale Tagebuch nun in der Praxis-App des Patienten angezeigt und kann dort ausgefüllt werden. Die eingetragenen Werte werden von der App automatisch in PädExpert übermittelt und können dort vom Pädiater kontrolliert werden. Die Abrechnung erfolgt quartalsweise in PädExpert. Praxen, die die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ noch nicht im Einsatz haben, können sich online dafür anmelden.

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

Kontakt:

Monks Ärzte im Netz GmbH
Evelyne Bob
Tel.: 089/642482-23
E-Mail: praxisapp@monks-aerzte-im-netz.de

Red.: WH

Strafrechtliche Basics für den Kinder- und Jugendarzt

1. Teil: Die Straftatbestände

Den Arztberuf trifft generell das Problem, dass er strafrechtlich relevant ist. Patientenbehandlungen verfolgen zwar regelmäßig einen Heilzweck, sind aber oft mit Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit verbunden. Und infolge seiner Abrechnung von Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten vereinnahmt der Arzt „öffentliche Gelder“, sodass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen in besonderem Maße ihren Fokus auf ein rechtmäßiges ärztliches Abrechnungsverhalten legen.

Den strafrechtlichen Basics des Arztberufes widmet sich nun diese dreiteilige Aufsatzreihe: 1. Teil: Die Straftatbestände für den Arztberuf; 2. Teil: Verhaltensmaßregeln im Fall eines Ermittlungs-/Strafverfahrens, namentlich bei Durchsuchungen; 3. Teil: Vorherige Absicherungsmöglichkeiten für Ermittlungs-/Strafverfahren (z.B. Strafrechtsschutzversicherung).



Dr. iur. Andreas Meschke

Vorbemerkung

Eine Vielzahl veröffentlichter Entscheidungen deutscher Straferichte beschäftigen sich mit Ärzten – glücklicherweise findet man Kinder- und Jugendärzte darin praktisch kaum erwähnt. Aus der Praxis lässt sich aber berichten, dass auch Pädiater Betroffene von Strafverfahren, sog. Beschuldigte, sind. Insbesondere **Ermittlungen wegen Tötungs- und Körperverletzungsdelikten** kommen regelmäßig vor, sie führen zumeist nur nicht in öffentliche Hauptverhandlungen, sondern enden sehr häufig schon vorher – entweder mangels hinreichenden Tatverdachts, was quasi ein „Freispruch“ von Seiten der ermittelnden Staatsanwaltschaften ist, oder wegen der einvernehmlichen Bereitschaft von Staatsan-

waltschaft, Gericht und des beschuldigten Arztes, eine (Geld-)Auflage zum Zwecke der Verfahrensbeendigung herbeizuführen. Ein gewisses Grundwissen zu den Zusammenhängen von materiellem Strafrecht und Strafverfahrensrecht „zum Nachlesen“ macht daher Sinn.

Den Beginn machen die **materiellen Straftatbestände**:

Totschlag und Körperverletzung

Körperverletzung und Totschlag sind die in der Strafandrohung nachhaltigsten Straftatbestände, die grundsätzlich bei Heileingriffen mit erfolglosem Verlauf je nach Ausgang immer in Rede stehen. Beide Straftatbestände setzen Vorsatz, also Wissen und Wollen der Körperverletzung bzw. Todesfolge voraus, können aber auch aufgrund von Sonderregelungen fahrlässig begangen werden. **Fahrlässige Tötung sowie vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzung** stellen in der Praxis den **Schwerpunkt möglicher Arzt-Strafbarkeiten** dar, da ganz regelmäßig kein Arzt Vorsatz für die Tötung eines Patienten hat.

Unabhängig vom Grad des Verschuldens sind sowohl die fahrlässige Tötung als auch die vorsätzliche oder die fahrlässige Körperverletzung nicht nur durch ein positives Tun, sondern auch durch **Unterlassen** möglich. Ein Unterlassen (§ 13 StGB) ist aber nur strafbar, wenn eine Pflicht zum Handeln bestand, eine sog.

Garantenstellung des Arztes vorlag. Die **Pflicht zum Handeln** begründet sich zumeist aus der Schutzpflicht des Arztes für seinen Patienten und damit schon aus der grundsätzlichen Übernahme der Behandlung. Fahrlässig handelt, wer die objektiv gebotene Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist, und gerade durch das pflichtwidrige Tun oder durch das Unterlassen des eigentlich gebotenen Handelns den Erfolg (Tod oder Körperverletzung) herbeiführt bzw. nicht verhindert. Dieser Erfolg muss objektiv für jedermann und subjektiv für den Arzt vorhersehbar und vermeidbar gewesen sein.

Nach § 223 Abs. 1 StGB macht sich wegen Körperverletzung strafbar, „wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt.“ Eine körperliche Misshandlung ist jede üble, unangemessene Behandlung, die geeignet ist, das körperliche Wohlbefinden nicht nur unerheblich zu beeinträchtigen. Die Gesundheitsschädigung ist bei jedem pathologischen Zustand erreicht. **Nach der Rechtsprechung stellt jeder medizinische Eingriff, der ohne wirksame Einwilligung des Patienten vorgenommen wird, eine vorsätzliche Körperverletzung dar.** Daher ist eine ordnungsgemäße Aufklärung unabdingbar und ihre Unterlassung kein „Kavaliersdelikt“.

Die **fahrlässige Tötung** (§ 222 StGB) wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren

oder mit Geldstrafe bestraft. Die vorsätzliche Körperverletzung ist mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bedroht. Hat die Körperverletzung zur Folge, dass bei dem Patienten ein bleibender Schaden, beispielsweise der Verlust des Seh-, Sprech- oder Hörvermögens, entsteht, handelt es sich um eine **schwere Körperverletzung** (§ 226 StGB), welche mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren bedroht ist. Für die **fahrlässige Körperverletzung** (§ 229 StGB) ist ein Strafraum von bis zu drei Jahren oder Geldstrafe vorgesehen.

Unterlassene Hilfeleistung, § 323c StGB

Jedermann kann sich strafbar machen, wenn er entgegen der gesetzlichen Vorgabe „bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist“. Bei Ärzten kommt nur deren berufsbedingte erhöhte Fertigkeit als Maßstab dessen, was gesetzlich abgefordert wird, hinzu. Und: Die Teilnahme niedergelassener Ärzte an den Notdiensten von Kassenärztlichen Vereinigungen/Ärzttekammern bewirkt für Ärzte, dass die Anzahl von denkbaren Hilfeleistungssituationen erhöht ist. So sind auch Patientenbeschwerden, der telefonisch angefragte Arzt habe trotz Notdienst den erbetenen Hausbesuch nicht absolviert oder habe unter Hinweis auf die normale Sprechstunde „ab nächsten Montag“ nicht genug getan, um Schmerzen u.ä. zu lindern, die wohl häufigsten Fälle, aus denen der Vorwurf eines Verstoßes gegen § 323c StGB abgeleitet wird. Dieser grenzt sich im Übrigen von der Körperverletzung dadurch ab, dass ein besonderer Schaden für den Patienten gar nicht eingetreten zu sein braucht. Der Strafraum der Vorschrift beträgt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, § 203 StGB

§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB stellt das **unbefugte Offenbaren fremder Geheimnisse**, die dem Arzt in seiner beruflichen Eigenschaft anvertraut bzw. bekannt geworden sind, unter Strafe. Dies wird mit

Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. In der Praxis findet der Straftatbestand höchst selten Anwendung – Tatsache ist, dass viele Verletzungen vom Patienten nicht bemerkt werden (weil der Arzt Informationen nur in einem engen Kreis verbreitet) oder die Patienten auch bei Kenntnis des Sachverhalts schlicht kein gesteigertes Interesse an einer Ahndung haben, weil ihnen etwa ein Informationsaustausch namentlich zwischen Ärzten untereinander auch ohne ihre Einwilligung nicht negativ erscheint.

Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse, § 278 StGB

§ 278 StGB bestraft das Ausstellen formell echter, aber inhaltlich **unrichtiger Gesundheitszeugnisse**, ahndet also die „schriftliche Lüge“ (z.B. bei Krankenschreibung gesunder Patienten). Zu den Gesundheitszeugnissen gehören beispielsweise **Impfscheine, Durchgangsarztberichte, gutachtliche Äußerungen, Laborbefunde oder ärztliche Atteste** (relevant für die „Kinderkrankschreibung“). Diese müssen aber zum **Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft** ausgestellt worden sein! Die Norm soll also nur solche Stellen schützen, welche die vorgelegten Zeugnisse zur Beurteilung des Gesundheitszustands eines bestimmten Menschen verwenden. Ein Verstoß gegen § 278 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Verurteilt wurde etwa schon ein (Haus-)Arzt, der „aus Gefälligkeit gegenüber dem Vater des damals 12 Jahre alten Kindes ein ärztliches Attest zur Vorlage beim Jugendamt ausstellte, wonach das Kind an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose mit einer depressiven Episode bei bestehenden Suizidgedanken leide und dringend medizinische Betreuung in stationären Bedingungen brauche“ (OLG Celle, Beschl. v. 21.01.15, 32 Ss 190/14). Darüber hinaus fertigte der angeklagte Arzt einen sog. Einweisungsschein, „in welchem diese Diagnose mit den dazugehörigen ICD-Codes versehen war und zusätzlich mit dem Buchstaben „G“ als „gesichert“ gekennzeichnet wurde. Der angeklagte Arzt hatte das Kind vor Ausstellung des Attestes weder tagesaktuell noch zumindest zeitnah untersucht“. Das Gesundheitszeugnis wurde daher als unrichtig angesehen.

Urkundenfälschung, § 267 StGB, und Fälschung beweisheblicher Daten, § 269 StGB

§ 267 StGB schützt das Vertrauen auf die Echtheit einer Urkunde. Nach § 267 StGB macht sich etwa ein Arzt strafbar, wenn er **nachträglich Änderungen in der Patientenakte** – die eine Urkunde darstellt – vornimmt, **ohne die nachträgliche Änderung kenntlich zu machen**. Dies gilt unabhängig davon, ob die Abänderung der Wahrheit entspricht. Die Dispositionsbefugnis des Ausstellers (Arzt) der Urkunde (Patientenakte) und damit das Recht zur nachträglichen Abänderung, erlischt in dem Augenblick, in dem die erhobenen Befunde dokumentiert und in die Krankenakte eingelegt sind. Die Urkundenfälschung wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Ähnlich liegt die **Fälschung beweisheblicher Daten** nach § 269 StGB: Wenn der Arzt Patientendaten im Computer speichert und dann die Computereinträge zur Täuschung über einen Behandlungsfehler ändert (erweitert oder löscht), steht eine Strafbarkeit wegen Fälschung beweisheblicher Daten in Tateinheit mit (versuchtem) Betrug (Veranlassung des Patienten zum Verzicht auf Schadensersatzansprüche) im Raum. Die Fälschung beweisheblicher Daten sieht einen Strafraum von bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe oder Geldstrafe vor.

Abrechnungsbetrug, § 263 StGB, und Untreue, § 266 StGB

Der ärztliche Abrechnungsbetrug hat sich aufgrund immer wiederkehrender Presseberichterstattung in den letzten Jahren in den Augen der Öffentlichkeit zu einer Art „Massendelikt“ mit hohem Schadenspotenzial entwickelt. Aber: **Der strafbare Betrug setzt unbedingt Vorsatz voraus!** Fahrlässige fehlerhafte Interpretationen der GOÄ oder des EBM, Irrtümer und Nachlässigkeiten, Verwechslungen oder Fehleintragungen des Arztes oder seiner Hilfskräfte können nur zu Honorarregressen von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder Krankenkassen sowie Privatpatienten oder privaten Krankenversicherern führen, haben aber nichts mit einem planmäßigen, systematischen und bewusstem Missbrauch des Abrechnungssystems zu tun, mit dem

ein Arzt sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil verschaffen will, sich also im engeren Sinne betrügerisch verhält.

Wenn vorkommend, dann sind die tatsächlichen Erscheinungsformen solcher betrügerischen Abrechnungsmanipulationen aber außerordentlich vielgestaltig und reichen von sog. „Luftleistungen“ (Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) bis hin zur Nichtberücksichtigung von Rabatten oder sonstigen Vergünstigungen bei der Abrechnung von Sachkosten oder Sprechstundenbedarf. § 263 Abs. 1 StGB droht dafür eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe an. In besonders schweren Fällen, wie zum Beispiel der gewerbmäßigen Begehung, ist eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren vorgesehen. Gewerbmäßiges Handeln setzt voraus, dass der Arzt sich aus wiederholter Tatbegehung eine nicht nur vorübergehende, nicht unerhebliche Einnahmequelle verschaffen will. Diese Voraussetzungen werden beim Abrechnungsbetrug regelmäßig vorliegen, so dass ein erhöhtes Strafmaß im Raum steht.

Dem ärztlichen Abrechnungsbetrug verwandt sind in gewisser Weise die pra-

xisrelevanten Fälle der Untreue. § 266 Abs. 1 StGB stellt dafür den gleichen Strafrahmen auf wie der Betrugsparagraf. Ein Beispiel hatte der Bundesgerichtshof 2016 zu entscheiden (Beschl. v. 16.8.2016, 4 StR 163/16): **Hier hatte der Arzt zugunsten von Physiotherapeuten ohne Untersuchung oder anderweitige Konsultation, letztlich also ohne Indikation, Verordnungen für manuelle Therapien u.ä. ausgestellt.**

Antikorruption, §§ 299a und 299b StGB

Seit Mitte 2016 gilt das sog. **Verbot der Zuweisung gegen Entgelt** auch strafrechtlich. Sich für Verordnungen oder den Bezug von Medikamenten, Heil- oder Hilfsmitteln oder die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial bestechen zu lassen (oder selbst dafür zu bestechen), ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bedroht. Besonders schwere Fälle führen zu einem erhöhten Strafmaß mit Freiheitsstrafe von mindestens drei Monaten bis zu fünf Jahren. Besonders schwere Fälle liegen bei

rechtswidrigen Vorteilen großen Ausmaßes, bei gewerbmäßigem Handeln oder beim fortgesetzten strafbaren Verhalten als Mitglied einer Bande (mindestens drei Personen) vor.

Ausblick

Welches Verhalten bei dem Vorwurf der Verwirklichung eines der erläuterten Tatbestände im Ermittlungsverfahren mindestens notwendig ist, damit es nicht zu einer öffentlichkeitswirksamen Hauptverhandlung und Verurteilung kommt, stellt Teil 2 der Aufsatzreihe im nächsten Heft dar.

Korrespondenzanschrift:

Dr. iur. Andreas Meschke, Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Möller & Partner · Kanzlei für Medizinrecht, Partnerschaft mbB ·
AG Essen PR 1642
40213 Düsseldorf
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de
www.moellerpartner.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221) 68909-34, andreas.plate@uminf.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminf.de.

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

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

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

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ 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 13.267
lt. IVW IV 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-130, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 52 vom 1. Oktober 2018

Bezugspreis: Einzelheft € 11,40 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 114,90 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2019. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Wohin mit dem Geld?

Unser Experte beantwortet heute die Frage: **Lohnt sich der Kauf von Anleihen noch?**



Tilo Croonenberg

In der Sitzung vom 07.03.2019 hat der EZB-Präsident Mario Draghi den Sparern und somit auch allen Anlegern nichts Gutes verkündet. Die Zinsen, also der Leitzins bleiben weiterhin bei Null. Ja, Draghi ist sogar noch weiter gegangen, denn die EZB will bis März 2021 die Banken großzügig mit billigem Geld, sprich Krediten versorgen und ihnen somit aushelfen. Zudem hat die Notenbank ihre Erwartungen an die Konjunkturerwicklung gesenkt. Jetzt können alle Anleger nur hoffen, dass wir nicht in eine Rezession geraten, denn die EZB hat Ihre Möglichkeiten schon sehr weit ausgenutzt und nicht mehr viel Spielraum für weitere Schritte.

Die Märkte haben – wie kann es anders sein? – direkt reagiert, der Eurokurs und auch die Aktienkurse verloren sofort an Wert. Die Anleihen, insbesondere die Bundesanleihen werfen jetzt noch weniger Zinsen ab. Die EZB will bis Ende 2019 die Zinsen niedrig halten. Also, was tun in puncto Anleihen?

Auf gute Bonität achten

Eines ist sicherlich ratsam: wer Anleihen wie z.B. Staatsanleihen oder auch Unternehmensanleihen besitzt, sollte sich sehr wohl überlegen, diese erst einmal zu halten und nicht zu verkaufen. Gute Bonität setze ich da voraus. Aber was heißt gute Bonität? Es gibt verschiedene Agen-

turen, die ein Rating vergeben. Die zwei am häufigsten genannten, auf die auch die Finanzwelt immer wieder schaut, sind Standard & Poor's und Moodys. Die Agenturen teilen bei Anleihen den jeweiligen Emittenten (Schuldner), also das jeweilige Unternehmen oder auch das jeweilige Land, das die Papiere auflegt, in verschiedene Risikoklassen ein. (Siehe Abb. 1)

Grundsätzlich muss sich der Anleger auch hier überlegen, welches Risiko er hier für sich eingehen möchte. Je höher das Risiko des Schuldners ist, desto mehr Zinsen muss der Schuldner bereit sein dem Investor zu zahlen, denn sonst wird die Anleihe keine Abnehmer finden.

Auch hierbei gibt es wie bei Aktien wieder die verschiedenen Varianten, in die man investieren kann: Kauf von Einzelanleihen, Fonds oder auch Indexfonds (ETF). Ein börsengehandelter Fonds (englisch exchange-traded fund, ETF) ist ein Investmentfonds, der an einer Börse gehandelt wird. Die Zusammensetzung ist hier festgelegt, es gibt keinen Fondsmanager wie bei klassischen Fonds, die intern die Quoten ändern können.

Grundsätzlich kaufen viele Anleger lieber direkt die einzelnen Anleihen,

denn nur so haben sie einen genauen Überblick über die Risiken, Zinszahlungen und Laufzeitenstruktur (Duration). Da die Zinssituation (Rendite) aber bei Anleihen so gering ist, könnte man überlegen, in Fonds oder auch ETFs zu investieren. Hierbei hat der Anleger aufgrund des großen Fondsvolumens eine mögliche höhere Risikostreuung und kann somit auch Fonds auswählen, die in ein höheres Risiko wie z.B. Schwellenländer investieren, um so zu guter Letzt dann auch eine vielleicht viel höhere Rendite zu erzielen.

Bei Fonds: auf die „Nebenkosten“ achten

Aber je nachdem, über welche Bank gekauft wird, kommt noch ein Ausgabeaufschlag von bis zu ca. 3,5 Prozent dazu. Mein Rat: Achten Sie unbedingt auf die internen Kostenstrukturen der Fonds. Sie liegen je nach Ausrichtung der Investition zwischen 1,5 % und 3,5 % TER. Die **Total Expense Ratio** (Abkürzung: **TER**) oder Gesamtkostenquote ist eine Kennzahl, die Aufschluss darüber gibt, welche Kosten bei einem Investmentfonds jährlich zusätzlich zum Ausgabeaufschlag anfal-

Ratingagenturen und Ratingklassen								
	S&P	Moodys	Fitch	Credit Reform	Euler Hermes	Scope	GBB Rating	
Ratingklassen	AAA	Aaa	AAA	AAA	AAA	AAA	AAA	Sehr gut, höchste Bonität, praktisch kein Ausfallrisiko
	AA+	Aa1	AA+	AA+	AA+	AA+	AA+	Sehr gute bis gute Bonität, hohe Zahlungswahrscheinlichkeit
	AA	Aa2	AA	AA	AA	AA	AA	
	AA-	Aa3	AA-	AA-	AA-	AA-	AA-	
	A+	A1	A+	A+	A+	A+	A+	Gute bis befriedigende Bonität, angemessene Deckung von Zins u. Tilgung, viele gute Investmentattribute, mögliche negative Auswirkungen bei Veränd. der wirtschaftlichen Lage
	A	A2	A	A	A	A	A	
	A-	A3	A-	A-	A-	A-	A-	
	BBB+	Baa1	BBB+	BBB+	BBB+	BBB+	BBB+	Befriedigende Bonität, angemessene Deckung von Zins u. Tilgung, spekulative Charakteristika od. mangelnder Schutz gegen wirtschaftliche Veränderungen
	BBB	Baa2	BBB	BBB	BBB	BBB	BBB	
	BBB-	Baa3	BBB-	BBB-	BBB-	BBB-	BBB-	
	BB+	Ba1	BB+	BB+	BB+	BB+	BB+	Ausreichende Bonität, Sehr mäßige Deckung von Zins u. Tilgung, auch in gutem wirtschaftlichen Umfeld
	BB	Ba2	BB	BB	BB	BB	BB	
	BB-	Ba3	BB-	BB-	BB-	BB-	BB-	
	B+	B1	B+	B+	B+	B+	B+	Mangelhafte Bonität, geringe Sicherung von Zins und Tilgung
	B	B2	B	B	B	B	B	
	B-	B3	B-	B-	B-	B-	B-	
	CCC+	Caa1	CCC+	CCC	CCC	CCC	CCC+	Ungenügende Bonität, Niedrigste Qualität, geringster Anlegerschutz, in akuter Gefahr eines Zahlungsverzuges
	CCC	Caa2	CCC	CC	CC	CC	CCC	
	CCC-	Caa3	CCC-	C	C	C	CCC-	

Stand: 2015

Infografik: boerse.de

Quelle: Börse Stuttgart

Abb. 1

len. Hier hilft es genau zu vergleichen, denn sonst erleben Sie, dass die „Nebenkosten“ Ihres Fonds so hoch sind, dass für die ersten drei Jahre die Rendite nach Kosten bei Null liegt. Aber ein Fonds, der eine TER von 3,5 % hat, muss nicht gleich als teuer eingestuft werden, denn wenn er in Schwellenländer investiert und vielleicht nachher acht Prozent Rendite im Jahr abwirft, kann er für Sie – wenn Sie risikofreudig sind – durchaus interessant sein.

ETFs: die günstige Alternative

Alternativ und viel günstiger sind die ETFs. Hier gibt es verschiedene Anbieter (Emittenten). iShare hat einen ETF, der

im Euro-Anleihen-Raum seinen Schwerpunkt setzt, wie z.B. den Euro Aggregate Bond ETF der mit einer Kostenstruktur von nur 0,3 Prozent auskommt. Es gibt natürlich auch ETF-Investitionen in den eben angesprochenen Schwellenländern. Egal, wo Sie auch investieren möchten: ETFs finden Sie in fast jedem Marktsegment. Aber auch hier gilt: achten Sie auf das Risiko des Emittenten!

Die Assetklasse der Anleihen gehört also in jedes Depot. Auch in einem „Niedrigzinsumfeld“. Die Laufzeitenstruktur aller Anleihen sollte nicht zu kurz gewählt werden, aber auch nicht zu lang. Denn wenn die Zinsen doch eines Tages angehoben werden, reagieren die Anleihen mit langer Laufzeit besonders stark: der Kurs

der Anleihe fällt direkt, das kann zu kurzfristigen Kursverlusten in Ihrem Depot führen. Sollten Sie dann die Anleihen aus irgendeinem Grund nicht bis zur Endfälligkeit halten können, sondern müssen sie verkaufen müssen, verlieren Sie Geld.

Zuletzt noch ein Rat: Nur kaufen, wenn Sie auch die Zeit und Nerven haben, die Anleihen notfalls bis zum Ende zu halten.

Korrespondenzanschrift:

Tilo Croonenberg

VM Vermögens-Management GmbH

Berliner Allee 10, 40212 Düsseldorf

E-Mail: t.croonenberg@vmgruppe.de

Red.: ReH

Faltblatt Schütteltrauma „Ihre Nerven liegen blank?“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Der Flyer „Ihre Nerven liegen blank?“ (Bestellnummer 16000535) richtet sich an Eltern von sogenannten „Schreibabys“. Er informiert über das Schreiverhalten von Babys, gibt Müttern und Vätern Tipps, wie sie ihr schreiendes Kind beruhigen können, und klärt über die Gefahren des Schüttelns von Säuglingen auf. Denn unstillbares Schreien gilt als Hauptauslöser für das Schütteln eines Kindes im Affekt. Der

Flyer ermutigt Eltern von Babys mit Regulationsproblemen, sich Entlastung und professionelle Hilfe, zum Beispiel in einer Schreiambulanz, zu suchen. Außerdem vermittelt er einen sogenannten Notfallplan, wenn Mütter und Väter merken, die Nerven zu verlieren. Zum Flyer gibt es auch ein Plakat mit der Bestellnummer 16000536.

Den Flyer können Sie kostenlos bei der BZgA (order@bzga.de) anfordern.

Der Flyer ist auch auf Englisch (Bestellnr. 16000549), Französisch (16000550), Russisch (16000551), Türkisch (16000552), Farsi (16000554) und Arabisch (16000553) erschienen.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Frühdiagnose schwerer Erkrankungen bei Kindern durch sorgfältige Untersuchung der Augen

Zusätzlich zum BRÜCKNERTEST sollten bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchung) weitere Tests auch in kinder- und jugendärztlichen Praxen durchgeführt werden.

Warum?

Über 4.000 Fälle von Tumoren bei Kindern gibt es jährlich, die sich durch eine gründliche Augenuntersuchung frühzeitig entdecken lassen.

- Hirntumor
- Retinoblastom
- Neuroblastom

Zusätzlich ist es wichtig, Katarakt und Strabismus frühzeitig zu erkennen.

Film gibt wichtige Hilfen

Ein in Zusammenarbeit mit dem BVKJ (Dr. Kahl) entwickelter Film zeigt vier Schritte zur weiteren Diagnostik anhand von Untersuchungstechniken auf.

Was ist wichtig:

- Wie reflektiert die Netzhaut?
- Verengen sich die Pupillen gleichmäßig?
- Schielt das Kind?
- Verkleinern sich die Pupillen?

Welche Tests:

- Leukokorie und Brücknertest
- Strabismustest
- Efferenztest
- Afferenztest

Bitte verwenden Sie nur zugelassene Leuchten bzw. ein Ophthalmoskop.

Link zum Film:

www.kinderaugentest.com/deutsch

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Informationen aus der BVKJ-Service GmbH

TransFIT Öffnung für alle Krankenkassen

Das Projekt TransFIT wird ab sofort für Patienten aller gesetzlichen Krankenkassen geöffnet.

Was ist TransFIT?

TransFIT nähert sich dem Thema Transitionsmedizin auf eine neue Weise. Bei TransFIT wird der enge Kontakt zwischen Patient und Kinder- und Jugendarztpraxis gefördert. Das Projekt hat die **strukturelle Begleitung des Patienten bis zur Transition** durch die behandelnde pädiatrische Praxis und das Fallmanagement zum Ziel.

Sie haben Patienten, die...
... eine **chronische Erkrankung haben** und ... **mindestens 12 Jahre alt sind?**

Dann steht einer Einschreibung bei TransFIT nichts im Wege!

Abrechnung der Versorgungsleistungen

Es können zwei Versorgungsleistungen abgerechnet werden:

- L-01 Indikationsstellung – 110,25 €, einmalig pro Patient und im Anschluss daran
- L-05 Erstes Transitionsgespräch und Epikrise – 132,30 €, einmalig pro Patient

Die Abrechnung muss spätestens im Quartal nach dem Leistungsquartal

erfolgen. Die Abrechnung ist nur über Paed.Selekt möglich.

Wie werden Patienten eingeschrieben?

1. Teilnahmeerklärung des Patienten im Original per Post an die Firma Helmsauer senden
2. Den Teilnehmer bei dem Fallmanagement anmelden (ausgefülltes Formular faxen)

Red.: WH

Kinder- und Jugendrehabilitation

Deutsche Rentenversicherung (DRV) veröffentlicht Eckpunkte zur ambulanten Kinder- und Jugendreha

Das aktuelle Flexirentengesetz ergänzt u. a. die stationäre und wohnortferne Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen um eine ambulante Rehabilitation vor Ort. Um interessierte Anbieter einer ambulanten Kinder- und Jugendreha zu unterstützen, hat die DRV ein Eckpunktepapier entwickelt und veröffentlicht. Auf Basis dieser Handreichung sollen Angebote entwickelt und erprobt werden. Mit den gesammelten Erfahrungen soll das Eckpunktepapier nach wenigen Jahren zu einer verbindlichen Rahmenempfehlung „Ambulante Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ fortgeschrieben werden. Im Übrigen haben die gesetzlichen Veränderungen (Flexirentengesetz seit Dez. 2016) dazu geführt, dass nach 2017 auch 2018 die Anträge zur stationären Kinder- und Jugendreha erneut angestiegen sind.



Alwin Baumann

Ambulante Reha ergänzt und erweitert das stationäre Angebot

Ziel des gesetzlich geforderten ambulanten Angebotes ist es, eine **wohnortnahe Rehabilitation** zu ermöglichen. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung im Alltag, in der Familie und der Schule kontinuierlich in das ambulante Reha-Angebot einbezogen werden können. Faktoren, die die Erkrankung aufrechterhalten, wie eine falsche Ernährung, zu wenig Bewegung, problematisches Erziehungsverhalten oder Mobbing in der Schule, können durch die

örtliche Nähe angegangen werden. Hausbesuche oder runde Tische mit Schule und Jugendamt sind möglich.

Erfahrungen zur Inanspruchnahme zeigen, dass manche Familien wohnortferne, stationäre und mehrwöchige Angebote für ihre rehabedürftigen Kinder und Jugendlichen aus unterschiedlichen Gründen nicht annehmen. Für diese Familien können ambulante Angebote eine akzeptierte Möglichkeit der Hilfe sein.

Für manche Kinder und Jugendliche kommen beide Angebote in Frage, zum Beispiel zuerst eine intensive stationäre Reha und zur Erhaltung der Nachhaltigkeit des Erreichten im nächsten Jahr eine ambulante Reha.

Das Angebot einer ambulanten Reha wird auch dazu führen, dass die Kinder- und Jugendreha als **ergänzendes medizinisches Angebot** deutschlandweit bekannter und selbstverständlicher werden wird.

Eckpunkte als Orientierung zur Entwicklung einer ambulanten Kinder- und Jugendreha

Basis einer Konzeption der ambulanten Rehabilitation ist die ICF, das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Die Aufgaben der ambulanten Reha von ergänzender Diagnostik, über verschiedene Therapien und Schulungen bis zu Empfehlungen für weitere Maßnahmen entsprechen denen der stationären Reha. Bei der Durchführung einer ambulanten Reha gilt als Orientierung für den therapeutischen Inhalt und den Umfang der Leistungen die stationäre Reha. Die rehatypische Konzeption einer **Multiprofessionalität** und **Multimodalität** bildet auch hier die Basis.

Um die Anforderungen einer ambulanten Reha mit der Notwendigkeit eines Schulbesuches zu verbinden, schlägt das Eckpunktepapier vor, mit einer ganztägig ambulanten Intensivphase über eine Woche zu beginnen und anschließend an mindestens zwei Tagen pro Woche drei Therapiestunden anzubieten. Insgesamt wird hier von einer **Gesamtdauer von drei Monaten** mit einer möglichen, medizinisch notwendigen Verlängerung ausgegangen. Die Leitung einer ambulanten Rehaeinrichtung für Kinder und Jugendliche übernimmt ein Kinder- und Jugendarzt oder ein Kinder- und Jugendpsychiater. Zum **Reha-Team** gehören außerdem Fachkräfte aus der Psychologie, Pflege, Pädagogik, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie und Sprachtherapie. Das räumliche und apparative Angebot

muss der jeweiligen ambulanten Konzeption entsprechen.

Interessierte Anbieter erstellen auf Basis des Eckpunktepapiers eine Konzeption und reichen diese mit ihren Preisvorstellungen bei einem Rentenversicherungsträger zur Anerkennung ein.

Grenzen der ambulanten Reha für Kinder und Jugendliche

Eine ambulante Reha macht dann keinen Sinn, wenn eine stationäre Durchführung notwendig ist, etwa wegen der Schwere der gesundheitlichen Einschränkungen und der daraus folgenden Alltagsbeeinträchtigungen. Andere Ausschlussgründe können die notwendige Distanzierung vom sozialen Umfeld sein oder die Förderung der Autonomie. Gegen eine ambulante Leistungserbringung spricht auch, wenn ein zeitlich dichtes Angebot oder eine ständige ärztliche Bereitschaft erforderlich ist.

Ganztäglich ambulante Reha in den Rehakliniken

Ohne größere Probleme ist ein ambulantes Reha-Angebot durch die bestehenden Rehakliniken möglich. So haben sich

viele Kliniken dafür entschieden, für Kinder und Jugendliche im täglich erreichbaren Umkreis ein entsprechendes Angebot zu machen. Üblich ist hier die Form einer ganztäglich ambulanten Rehabilitation. Die Kinder und Jugendlichen erhalten dasselbe Angebot wie die stationären Patienten mit dem Unterschied, dass sie abends und am Wochenende zuhause sind. Da die **50 Rehakliniken** in bestimmten Regionen gehäuft angesiedelt sind, es in anderen aber überhaupt keine Klinik gibt, ist dieses ambulante Angebot **nicht flächendeckend** vorhanden. Die ganztäglich ambulante Reha ist also höchstens eine Ergänzung zu einer ambulanten Kinder- und Jugendrehabilitation.

Träger und Anbieter einer ambulanten Kinder- und Jugendrehabilitation

Ziel beim Aufbau eines ambulanten Angebotes ist es, **auf vorhandene Strukturen zurückzugreifen** und nicht neue zu schaffen. So könnten kinder- und jugendärztliche Praxen, die bereits Schulungen anbieten, dieses Angebot zu einem Reha-Angebot erweitern. Ähnliches gilt im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die SPV-Praxen. Naheliegender ist es

auch, an die **Sozialpädiatrischen Zentren** zu denken, die den Vorteil haben, nahezu flächendeckend in Deutschland vorhanden zu sein. Ebenso plausibel ist es, dass ambulante Rehasentren für Erwachsene zusätzliche Bereiche für Kinder und Jugendliche aufbauen, allerdings unter der Bedingung, sich kinder- und jugendmedizinische Kompetenz anzueignen.

Information

Die „Eckpunkte für die ambulanten Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation“ sind nachzulesen unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/eckpunkte-ambulante-kinderreha.

Weitere Informationen zur Kinder- und Jugendreha: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gestiegen

Nach Daten von KiGGS Welle 2 liegen die Teilnahmequoten an den meisten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bei über 95 %. Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nehmen diese Untersuchungen etwas seltener wahr. Der Vergleich mit den vorausgegangenen KiGGS-Erhebungen zeigt, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat. Gleichzeitig haben sich die vormals stark ausgeprägten sozialen Unterschiede verringert.

Ergebnisse

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 nehmen inzwischen fast alle Kinder an den U-Untersuchungen teil. Bei der **U1 und U2**, die unmittelbar beziehungsweise einige Tage nach der Geburt stattfinden, beträgt die Teilnahmequote **99,7 % beziehungsweise**

99,6 % (Tabelle 1). Im Verlauf der Untersuchungsreihe nimmt die Teilnahme nur geringfügig ab und beträgt auch bei der **U8 und U9 noch 98,0 % beziehungsweise 98,1 %**. Einzig bei der im Jahr 2008 zusätzlich eingeführten **U7a** ist die Teilnahme mit **92,6 %** geringer.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der **KiGGS-Basiserhebung (2003-2006)** und von **KiGGS Welle 1 (2009-2012)** fällt auf, dass die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat. Bei der vollständigen Inanspruchnahme der Untersuchungsreihe ist die Teilnah-

Tab. 1: Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 in Prozent nach KIGGS Welle 2

Untersuchung	Gesamt in %	SES niedrig	SES mittel	SES hoch	Migrationshintergrund 1 Elternteil	Migrationshintergrund beide Eltern
U1	99,7	98,8	99,9	99,7	99,9	98,1
U2	99,6	98,8	99,8	99,7	99,9	97,7
U3	99,5	98,6	99,8	99,7	99,8	97,5
U4	99,5	98,5	99,7	99,6	99,2	98,0
U5	99,4	98,4	99,7	99,5	99,6	97,8
U6	99,3	97,8	99,6	99,4	99,5	97,0
U7	99,0	97,7	99,4	99,2	99,3	96,9
U7a	92,6	91,7	92,9	92,5	93,7	91,2
U8	98,0	95,8	98,5	98,3	98,0	94,3
U9	98,1	96,3	98,5	98,4	98,7	95,2

mequote von **81,6% in 2003-2006** und **82,2% in 2009-2012** auf aktuell **97,2%** gestiegen. Gleichzeitig haben die Unterschiede nach sozioökonomischem Status (SES) und Migrationshintergrund, die nach den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung und von KiGGS Welle 1 noch sehr stark ausgeprägt waren, deutlich abgenommen.

Ursachen für den erfreulichen Anstieg der Teilnehmerzahlen

Die steigende Teilnahme an den Untersuchungen wird durch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bestätigt, zu denen das „Gelbe Heft“ beziehungsweise

die heraustrennbare Karte mitgebracht werden müssen.

Die gestiegene Inanspruchnahme bei den Früherkennungsuntersuchungen und auch die Verringerung der sozialen Unterschiede in den Teilnahmequoten können mit **verschiedenen Maßnahmen** in Verbindung gebracht werden. So

wurden seit 2007 in allen Bundesländern **Erinnerungs- und Meldewesen** eingeführt, wenngleich sich die gesetzlichen Regelungen von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. In **Brandenburg** beispielsweise wurde in Zusammenarbeit mit dem „Bündnis Gesund Aufwachsen“ im Jahr 2008 ein Meldewesen für die U6 bis U8 etabliert, das Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, die stattgefundenen Untersuchungen einer dafür eingerichteten Zentralen Stelle zu bestätigen.

Auch in **NRW** wurde ein **Meldewesen** implementiert und zwar im Jahr 2008 im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“. Gleichzeitig werden Eltern durch Einladungsschreiben an die anstehenden Untersuchungstermine erinnert, wobei sich diese Maßnahme auf die U5 bis U9 beschränkt. Zu verweisen ist daneben auf weitere Maßnahmen, die zu einer Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen geführt haben könnten, wie zum Beispiel die **Aufklärungskampagne „Ich geh’ zur U! Und du?“**, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipiert und in den Jahren 2004 bis 2010 durchgeführt wurde. Durch eine Erweiterung des § 26 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) wurden zudem die **Krankenkassen dazu verpflichtet**, sich stärker für die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen einzusetzen. Viele Krankenkassen honorieren seither die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen ihrer Bonusprogramme.

Kritik an der Qualität der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Die Inanspruchnahme und Qualität der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen können nur auf Basis einer **korrekten und vollständigen Dokumentation** wissenschaftlich untersucht und beurteilt werden. Eine aktuelle Auswertung der in den Gelben Heften dokumentierten Untersuchungsergebnisse, die im Rahmen der **LIFE-Child-Studie**

durchgeführt wurde, verweist zum Beispiel darauf, dass die **Angaben nicht vollständig und oftmals unplausibel** sind. Besonders häufig wurden **Unstimmigkeiten bei den Angaben zu psychosozialen Auffälligkeiten** festgestellt. Die Erhöhung der Teilnahmequoten an den Untersuchungen sollte deshalb nicht darüber hinwegtäuschen, dass es bezüglich der Erfassung und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie deren epidemiologischen Nutzung als Grundlage für Verbesserungen der Qualität der Früherkennungsuntersuchungen nach wie vor erhebliche Herausforderungen bestehen.

Kommentar Dr. Wolfram Hartmann

Im Vergleich mit Daten bisheriger KiGGS-Erhebungen zeigt sich im Trend über etwa zehn Jahre, dass die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen zu und allgemeinmedizinischer Leistungen abgenommen hat. Die Gründe für den **Anstieg der Inanspruchnahme kinder und jugendärztlicher Leistungen** sind sicher vielschichtig. Sie liegen vermutlich zum einen in der Einführung neuer Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U7a, U10, U11, J2) und in einer erhöhten Teilnahmequote, auch aufgrund der Einführung unterschiedlicher Einladungs-, Erinnerungs- und Rückmeldesysteme in den Bundesländern. Zum anderen wurden seit der KiGGS-Basiserhebung zusätzliche Impfungen in die STIKO-Empfehlungen aufgenommen, beispielsweise die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV), mit entsprechendem Beratungsbedarf. Zudem geht mit der als „Neue Morbidität“ bezeichneten Verlagerung des Krankheitsspektrums zu chronischen Erkrankungen und Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ein hoher Beratungs- und Behandlungsbedarf einher. Auch generell beobachten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte ein wachsendes Informationsbedürfnis der Eltern.

Die Zunahme der Teilnahmequoten an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ist erfreulich und zeigt neben den oben aufgeführten Ursachen auch, dass sich gerade die Kinder- und Jugendärzte auf diesem Gebiet sehr engagieren, denn fast 90 % der Untersuchungen werden nach KV-Statistiken in pädiatrischen Praxen durchgeführt. Allerdings gibt es bei den Inhalten der Untersuchungen und bei der Dokumentation auch nach unserer Ansicht noch Verbesserungsbedarf, darauf hat der BVKJ immer wieder hingewiesen und auch seine Unterstützung angeboten. Mit den vom BVKJ entwickelten Untersuchungsinhalten im BVKJ-Untersuchungsheft, das PKV-versicherten Kindern und Jugendlichen von unseren Mitgliedern an die Hand gegeben wird, haben wir aufgezeigt, wo nach unserer Ansicht Schwerpunkte liegen sollten.

Mit einer standardisierten elektronischen Erfassung wären wir in der Lage, jährlich eine aktuelle Analyse der gesundheitlichen Entwicklung aller Kinder und Jugendlichen zu erstellen. Dazu müssten allerdings die Mittel zur Verfügung gestellt und der Datenschutz gewährleistet werden.

Auch zeigen die in der KIGGS Welle 2 erhobenen Daten, dass sich der Bedarf an kinder- und jugendärztlichen Leistungen deutlich erhöht hat und die jetzige Bedarfsplanung nicht mehr den aktuellen Versorgungserfordernissen entspricht.

Zusammenstellung nach dem Journal of Health Monitoring · 2018 3(4) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093

Robert Koch-Institut, Berlin: Link:
<https://edoc.rki.de/handle/176904/432>
<https://www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/johm.html>

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

Aus Erhebungen der KIGGS-Welle 2 (2014-2017)

Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends

Die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfolgt vor allem durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) und Allgemeinmedizin. Mit Daten der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014 – 2017) wurde die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren untersucht.

In den letzten 12 Monaten haben 72,8 % der Mädchen und 72,7 % der Jungen ambulant pädiatrische und 25,9 % der Mädchen und 24,6 % der Jungen allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Mit dem Alter nimmt die Versorgung in kinder- und jugendmedizinischen Praxen ab und in allgemeinmedizinischen Praxen zu. Während zwischen den Geschlechtern keine relevanten Unterschiede bestehen, zeigt sich in ländlichen Gebieten eine signifikant geringere Inanspruchnahme der Pädiatrie und eine signifikant höhere Inanspruchnahme der Allgemeinmedizin.

Im Vergleich mit Daten bisheriger KiGGS-Erhebungen zeigt sich im Trend über etwa zehn Jahre, dass die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen zu- und allgemeinmedizinischer Leistungen abgenommen hat.

Kommentar

Dr. Wolfram Hartmann:

Im Vergleich zu früheren Erhebungen zeigt sich eine deutliche Tendenz hin zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 13. Lebensjahr durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Ab dem Alter von 14 Jahren wechseln die Jugendlichen, mit Ausnah-

	Inanspruchnahme pädiatrische Praxen		Inanspruchnahme allgemeinmedizinische Praxen	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Gesamt	72,8 %	72,7 %	25,9 %	24,6 %
Altersgruppe				
0-2 Jahre	97,1	96,9	8,5	11,9
3-6 Jahre	93,4	91,7	16,5	14,9
7-10 Jahre	79,1	78,8	20,9	20,1
11-13 Jahre	59,9	61,7	31,8	28,4
14-17 Jahre	39,7	38,9	47,4	44,7
Gemeindegröße				
Ländlich (< 5.000 EW)	65,3	65,7	44,9	38,3
Kleinstädtisch (5.000-<20.000)	68,8	68,9	30,0	31,0
Mittelstädtisch (20.000-<100.000)	74,9	74,5	19,6	19,2
Großstädtisch (≥ 100.000)	78,8	78,4	17,4	16,3
Sozioökonomischer Status				
Niedrig	70,3	70,4	26,2	23,3
Mittel	72,1	72,0	27,9	26,7
Hoch	77,4	77,9	19,4	18,8

me der Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, zunehmend in allgemeinmedizinischen Praxen. Dass Kinder- und Jugendärzte auch als einzige Arztgruppe eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Jugendmedizin haben, hat sich in der Bevölkerung noch nicht so richtig herumgesprochen. Natürlich gibt es auch weiterhin eine nicht gerade kleine Zahl an pädiatrischen Praxen, die so gut wie

kein spezielles Angebot für Jugendliche haben.

Es ist aber wichtig, dass wir uns bei der Fortbildung der allgemeinmedizinischen Praxen engagieren, die insbesondere in ländlichen und kleinstädtischen Bereichen eine Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen. Auch in Zukunft werden pädiatrische Praxen nur im Bereich von Mittel- und Großstädten

zu finden sein. Es gibt aber auch Modelle, bei denen Pädiater stundenweise als Angestellte in Allgemeinpraxen im ländlichen Bereich mitarbeiten und dort eine fachpädiatrische Versorgung gewährleisten.

Datenquelle:

Journal of Health Monitoring · 2018 3(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-092
Robert Koch-Institut, Berlin

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin

Zusammenstellung:

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

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.

Editorial zu den Artikeln von Jana Findorff, Dr. Silvia Müther und Dr. Uwe Büsching

Transition



Prof. Dr. med.
Klaus-Michael Keller

Unter **Transfer** eines Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung wird eine mehr oder minder organisierte Übergabe eines Patienten von einem Leistungserbringer aus der Pädiatrie zu einem anderen aus der Erwachsenenmedizin verstanden („transfer of care“). **Unser gemeinsames Ziel sollte jedoch „transition of care“ sein, d.h. ein mittel- und langfristig gemeinsam geplanter, zielgerichteter begleiteter Übergang eines Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit einem chronischen medizinischen Problem vom kindenzentrierten zum erwachsenenzentrierten medizinischen Versorgungssystem.** Es ist unmittelbar einsichtig, dass wir unseren uns anvertrauten Patienten, die wir lange Jahre im Team ganzheitlich betreut haben, keinen Dienst erweisen, wenn zum Zeitpunkt 18. Geburtstag lediglich ein kurzer Transfer („Tschüss“) und keine geeignete strukturierte Transition der Betreuung in die Erwachsenenmedizin erfolgt. Lange Jahre gab es im Gegensatz zu den USA in Deutschland keine offiziellen Mittel inklusive Entgeltstrukturen,

gesundheitliche oder politische Perspektiven hinsichtlich der Organisation einer strukturierten Transition. Erst nach 2010 ist mit dem **Berliner Transitionsprogramm (BTP)** ein Strukturkonzept entwickelt worden, Jugendliche mit chronischen, meist organischen Erkrankungen von der spezialisierten Pädiatrie in die spezialisierte Erwachsenenmedizin zu begleiten. Seit 2016 kann das BTP auch auf andere Bundesländer ausgerollt werden. Den Autorinnen Jana Findorff und Dr. Silvia Müther ist sehr zu danken, dass sie das BTP nun durch ihren instruktiven Beitrag im Kinder- und Jugendarzt der gesamten niedergelassenen Pädiatrie zur Kenntnis bringen.

Teilnahmevoraussetzung ist u.a. ein Alter des Jugendlichen zwischen 16 und 21 Jahren, in der Regel erfolgt der Übergang mit 18. Das ist sicher kritisch zu hinterfragen angesichts neuer neurophysiologischer Erkenntnisse, dass männliche Jugendliche ihre Großhirnreifung erst viel später (mit 21/22 Jahren) im Vergleich zu Mädchen abgeschlossen haben. Jugendliche mit z.B. chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) haben sehr häufig eine erheblich verzögerte Pubertät mit Wachstums- und auch psychosozialen Reifungsverzögerungen. Deshalb ist **in den USA die Transitionsphase für diese kranken Adoleszenten zu Recht bis zum Alter von 23 Jahren ausgedehnt** worden.

Es sind **Barrieren für die Transition** angesprochen worden, eine große Barriere sind häufig wir Pädiater selbst. Für die chronisch kranken Jugendlichen mit organischen Erkrankungen wie z.B. Rheuma, Diabetes, CED etc. gibt es zum Glück Spezialisten im Erwachsenenbereich. Daher muss der Kinder- und Jugendarzt – je nach Reife – den **Transitionsprozess bereits mit ca. 16 Jahren anstoßen: der**

Jugendliche sollte erst einmal alleine ins Sprechzimmer kommen, die Eltern sollten zunächst draußen bleiben. Wie sonst sollte der Adoleszente den selbständigen Umgang mit seiner Krankheit lernen?

Man wird nicht plötzlich in der Nacht zum 18. Geburtstag erwachsen, auch wenn man gesund ist, wie Dr. Uwe Büsching aus Bielefeld korrekt anmerkt. Er ergänzt prägnant seine Erfahrungen mit der Transition und bio-psycho-sozialen Betreuung chronisch kranker und behinderter Jugendlicher als niedergelassener Allgemeinpädiater. Es gibt dazu einen § 2a im SGB V, es fehlen aber die schriftlichen Ausführungen hierzu völlig. **Wenn in einem Team zur Versorgung eines chronisch kranken und behinderten Jugendlichen Neurologen und Orthopäden mitwirken, gibt es nur für die betreuenden Pädiater und Kinder-Jugendpsychiater ein Transitionsproblem.** Das ist nicht fair, geschweige denn gerecht, ganz abgesehen davon, dass das gesamte pädiatrische Wissen für den „erwachsen“ gewordenen behinderten Menschen zurückbleibt. Die Transition sollte sich primär nach den medizinischen Erfordernissen aber auch nach den Wünschen der Betroffenen richten. Hier wären z.B. die verschiedenen Selbsthilfegruppen gefragt, die rechtlichen Voraussetzungen für eine Weiterführung der pädiatrischen Expertise vehement einzufordern und notfalls auch einzuklagen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller
DKD Helios Klinik, Fachbereich Pädiatrie
Aukammallee 33
65191 Wiesbaden
E-Mail: Klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Highlights aus Bad Orb

Das Berliner Transitionsprogramm

Ein Strukturkonzept für den Übergang von der Kinder und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin // Rund 14 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung in Deutschland haben einen dauerhaften Bedarf an spezialisierter medizinischer Betreuung, in der Gruppe der Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren sind es rund 16 Prozent. Für diese Jugendlichen steht in der Regel mit dem 18. Geburtstag der Wechsel in die Erwachsenenmedizin an. In der Transitionsphase haben 30 bis 40 Prozent der Jugendlichen massive Probleme, die bis zum Herausfallen aus der adäquaten Versorgung führen können. Mit dem Berliner Transitionsprogramm (BTP) wurde an den DRK Kliniken Berlin ein Strukturkonzept entwickelt, dessen Ziel es ist, die Jugendlichen von der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin in die spezialisierte Erwachsenenmedizin, bis zur sicheren Einbettung im neuen Versorgungssystem, zu begleiten. Die Konzeption und die Implementierung des BTP in die Praxis wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.



Jana Findorff BSc

Hintergrund

Für alle jungen Menschen ist der Übergang von der Kindheit und Jugend in das Erwachsenenleben mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Dazu gehören z. B. das Loslösen vom Elternhaus, die Entwicklung von beruflichen Perspektiven oder auch der souveräne Umgang mit den Gegebenheiten des Gesundheitswesens. Für Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung stehen alle diese Aufgaben natürlich ebenso an - nur müssen sie dazu in einem hohen Maße Verantwortung für ihre Erkrankung und die Therapie übernehmen.

Den Ergebnissen der ersten Wiederholungserhebung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys zufolge leiden etwa 16 % der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) in Deutschland an einer oder mehreren „lang andauernden, chronischen Erkrankungen“ [1]. In der KiGGS Basiserhebung wurde festgestellt, dass **fast 14 % aller Kinder und Jugendlichen einen besonderen, zusätzlichen Bedarf an Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung haben** [2]. Verursacht wird dieser höhere Bedarf durch chronische Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die bereits ab der Geburt bestehen oder im Kindes- und Jugendalter ausbrechen. Hinzu kommen die weiterhin ansteigende Lebenserwartung und die Zunahme von umweltbedingten, sozialen Gesundheitsstörungen, welche

mit Beeinträchtigungen der seelischen und körperlichen Gesundheit einhergehen wie z. B. Adipositas und allergisch bedingten Erkrankungen [3].

Vier von zehn Jugendlichen haben während der Übergangszeit ins Erwachsenenleben massive Probleme. Nach dem Wechsel gehen sie beispielsweise aus unterschiedlichen Gründen nur noch sehr selten zum Arzt (der meist ein Erwachsenen-spezialist sein muss) oder fallen komplett aus der spezialisierten Betreuung. Somit ist eine adäquate medizinische Betreuung nicht mehr gewährleistet [4]. Chronische Erkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus Typ 1, sind zwar nicht heilbar, bei guter Behandlung kann jedoch ein weitgehend normales Leben geführt werden.

Wird die Langzeittherapie über längere Zeit vernachlässigt oder unterbrochen, kann es zu akuten Problemen kommen, langfristig können dauerhafte Schädigungen auftreten.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde 2009 in Deutschland ein Sachverständigen Gutachten zum Thema „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ erstellt. In den Empfehlungen zu den speziellen Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter wurde gezielt auf die Notwendigkeit der Entwicklung von Transitionsprogrammen auf System- und Institutionsebene, sowie auf der Ebene der Gesundheitsberufe verwiesen [5].



Dr. med. Silvia Müther

Mit dem Berliner Transitions-Programm (BTP) wurde an den DRK Kliniken Berlin ein Strukturkonzept entwickelt, dessen Ziel es ist, die Jugendlichen von der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin in die spezialisierte Erwachsenenmedizin, bis zur sicheren Einbettung im neuen Versorgungssystem, zu begleiten. Die Konzeption und die Implementierung des BTP in die Praxis wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Was meint Transition?

Transition als übergeordneter Begriff beschreibt den geplanten Übergang von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen von einem kinderzentrierten zu einem erwachsenenorientierten Versorgungssystem, wobei der Transfer nur als Teilgeschehen eines viel längeren Transitionsprozesses betrachtet wird [5, 6].

Der Transitionsprozess umfasst die Vorbereitung des Transfers bis zur sicheren Einbettung des Patienten in der Erwachsenenmedizin und -betreuung und erfasst das übergreifende Thema des Erwachsenwerdens mit chronischer Erkrankung und verfügt über ein erweitertes Verständnis, das den Blick von der Schnittstellenproblematik weg und sich hin zu einem sich ständig in Anpassung und Entwicklung befindlichen Prozess wendet [7].

Was kann eine erfolgreiche Transition verhindern?

Barrieren, die eine erfolgreiche Transition behindern oder verhindern sind gut erforscht und dokumentiert [8].

An dieser Stelle sind einige Barrieren auf verschiedenen Ebenen exemplarisch dargestellt [9]:

Barrieren auf Seiten der Betroffenen sind z. B.:

- Widerstand der Jugendlichen und der Familien („Selbständigkeitsentwicklung“)
- starke Bindung an vertraute Betreuer und Institutionen
- Ablehnung des ungewohnten Betreuungsklimas

Barrieren auf Seiten der Betreuer sind z. B.

- Hemmungen, die Patienten abzugeben
- Unsicherheit und mangelnde Vorbereitung für den Umgang mit diesem Thema

- Unsicherheit über den adäquaten Zeitpunkt
- Zeitmangel (mangelnde Planung, fehlende interdisziplinäre Absprachen, Kennenlernen neuer Patienten mit oft lang andauerndem, komplexem Krankheitsverlauf ist sehr aufwändig)
- Mangel an Spezialisten im Erwachsenenbereich

Strukturelle / Systemische Barrieren

- außerhalb von lokalen Aktivitäten keine Transitionstradition
- keine strukturierten und strukturierenden Instrumente (Epikrisen und/oder andere Kommunikationsformen) Pädiatrischer Subspezialist, Allgemeinpädiater, Spezialist im Erwachsenenbereich, Hausarzt in der Erwachsenenmedizin
- keine Sicherung der Nachhaltigkeit (Fallmanagement)
- keine Finanzierung zusätzlicher Transitionsleistungen (Vorbereitung, „Assessment“, Fallmanagement)

Etablierung von Transitionsstrukturen

Ambulante Einrichtungen, in denen chronisch kranke Menschen versorgt werden, sind in Deutschland in unterschiedlichen Organisationsformen vorhanden, z. B. Schwerpunktsprechstunden, Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren. Wo ein Mensch mit chronischer Erkrankung betreut wird, ist im Wesentlichen von der Schwere und Intensität der Erkrankung, sowie von den regionalen Gegebenheiten abhängig. In der Praxis gewachsene Strukturen und Modelle der Transition sind stark an die regionalen Gegebenheiten gebunden und oft von dem persönlichen Engagement des betreuenden Hilfesystems abhängig.

Eine zentrale Koordinierungsstelle gibt es selten und die transitionsspezifischen Leistungen werden bisher nicht finanziert.

Das Berliner TransitionsProgramm (BTP)

Das Berliner TransitionsProgramm setzt an den strukturellen Barrieren an. Ziel war die Entwicklung eines strukturierten Transitionsprozesses für chronisch kranke Jugendliche, der folgende Bedingungen erfüllt:

- Anwendbarkeit auf unterschiedliche Krankheitsbilder
- Anwendbarkeit in verschiedenen Versorgungsstrukturen
- Anwendbarkeit in verschiedenen Regionen
- Etablierung einer geregelten Kostenübernahme für spezielle Versorgungsleistungen im Transitionsprozess

Wesentliche Struktur- und Kernelemente des BTP

Der *integrierte Versorgungspfad*, in ihm ist genau definiert, welche Transitionsleistung – von wem – in welchem Zeitraum zu erbringen ist.

Dieser Versorgungspfad gliedert sich in zwei Phasen, die Phase vor dem Übergang in die Erwachsenenmedizin – die Vorbereitungsphase und die Phase nach dem Übergang in die Erwachsenenmedizin. Die Vorbereitungsphase beginnt im Alter zwischen 16 und 18 Jahren. In dieser Zeit werden die Jugendlichen in der Regel noch komplett in der Kinder- und Jugendmedizin versorgt. Je nach Reifegrad, aber in der Regel mit dem 18. Lebensjahr steht der Wechsel in die Erwachsenenmedizin an, die Zuständigkeit für die Betreuung wechselt nun zum Erwachsenenmediziner. Es wird davon ausgegangen, dass eine stabile Einbindung in das neue Versorgungssystem nach zwölf Monaten abgeschlossen ist. (Abb. 1)

Strukturierende Elemente des Transitionsprozesses sind die *Transitionsgespräche*.

Sie finden in der Vorbereitungsphase, sowie in der Phase nach dem Übergang zwischen Patienten und Spezialisten statt. Sie dienen der Erhebung des Entwicklungsstandes der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und zur gemeinsamen Einschätzung des eventuell noch notwendigen Unterstützungsbedarfes.

In diesen Gesprächen werden systematisch fünf Lebensbereiche behandelt, die für eine erfolgreiche Transition als wesentlich erachtet werden.

1. Wissen über Krankheit, Behandlung, Gesundheit
2. Soziale Kompetenzen und Umfeld
3. Zukunftsplanung
4. Kenntnisse über das Gesundheitssystem
5. Kenntnisse zum Transitionsprozess

Weitere strukturierende Elemente sind die gemeinsame Sprechstunde und die Fallkonferenzen.

Die gemeinsame Sprechstunde findet gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendspezialisten in den Praxisräumen des Erwachsenenspezialisten statt. Dies soll neben vertiefendem Informationsaustausch auch den Übergang in eine andere Betreuungskultur erleichtern. Die Fallkonferenzen dienen der gemeinsamen Planung und dem Abgleichen des Planungsablaufes, sowie dem Austausch von Informationen bei komplex verlaufendem Krankheitsgeschehen. Alle Beteiligten des jeweiligen Hilfesystems können teilnehmen.

Zur Dokumentation und Koordination des Ablaufes wird eine speziell für das BTP entwickelte Software genutzt.

Das koordinierende und steuernde Element – das Fallmanagement, hält über die gesamte Programmdauer (ca. zwei Jahre) Kontakt zu den Patienten und Ärzten und wird bei Problemen aktiv. Es bindet die Krankenkassen mit ein, indem es die vertragliche Abwicklung regelt, und dokumentiert die Programmschritte, um fortlaufend die Qualität in Prozess und Struktur zu sichern und ggf. anzupassen.

Für das BTP wurden Materialien zur Information und Dokumentation entwickelt. Das Informationsbooklet für Jugendliche und deren Eltern stellt die Angebote des BTP vor und enthält wichtige Informationen zu allen Themen in der Zeit der Transition (Abb. 2).

Neben dem Informationsbooklet wurden krankheitsspezifische Fragebögen entwickelt, deren Fragen die Themen der fünf Lebensbereiche in den Transitionsgesprächen betreffen. Sie dienen zur Vorbereitung und als Grundlage für die Transitionsgespräche. Auch für die kooperierenden Spezialisten wurde ein Informationsflyer, sowie eine Kurzinformation zum Transitionsablauf mit der Beschreibung der jeweiligen Aufgaben entwickelt. Eines der wichtigsten Instrumente für den Informationsaustausch ist die strukturierte Epikrise. Sie wurde gemeinsam mit den jeweiligen Fachgesellschaften auf pädiatrischer und auf der erwachsenenmedizinischen Seite konzipiert (Abb. 3, Abb. 4).

Die Web-Applikation und eine dazugehörige Smartphone-Applikation (App) ermöglichen eine rasche und unkomplizierte Kommunikation mit den Jugendli-

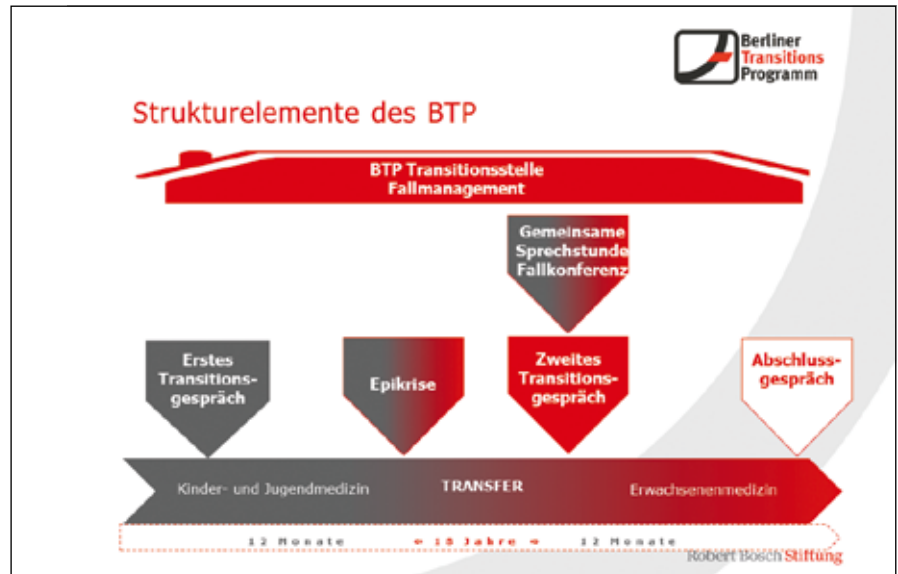


Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

chen. Zum Einsatz kommt eine Chatfunktion in Kombination mit einem Listentool z. B. für Checklisten, Linklisten oder Notizen. Termine und Absprachen werden direkt mit dem Dokumentations- und Datenverarbeitungssystem synchronisiert. Auf diese Weise werden die Jugendlichen über ein ihnen vertrautes Medium erreicht und unterstützt (Abb. 5).

Finanzierung des BTP

Mittlerweile konnte das BTP mit sieben Krankenkassen einen Vertrag zur Kostenübernahme der transitionsspezifischen Leistungen abschließen, ebenfalls wurden die Leistungen von über 40 weiteren Krankenkassen regelmäßig durch Einzelfallentscheidungen finanziert.

Teilnahmevoraussetzungen zur Teilnahme am BTP

- der Jugendliche befindet sich im Alter zwischen 16 und 21 Jahren
- eine entsprechende Indikation liegt vor
- der Jugendliche ist bei einem teilnehmenden Leistungserbringer in pädiatrischer Behandlung und der Transfer in die Erwachsenenmedizin ist innerhalb der nächsten zwölf Monate geplant
- der Jugendliche erklärt seine Teilnahme an dem Transitionsprogramm durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung mit Einwilligung zur Datenfreigabe
- die Krankenkasse übernimmt die Kosten für das Programm

Vertraglich eingeschlossenen Indikationen BTP

- Diabetes mellitus Typ 1
- Epilepsie
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Nephrologische Erkrankungen
- Rheumatologische Erkrankungen
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Kardiologische Erkrankungen
- Asthma
- ADHS

Regionale Vertretung und Ausweitung des BTP

Nachdem die Transition nach dem BTP vorerst auf einige Bundesländer beschränkt war, ist die Durchführung der Transition nach BTP seit 2016 nun auch bundesweit möglich. Die geplante Gründung lokaler Transitionsstellen in Hessen und Bayern erweist sich schon in der Planungsphase als sinnvoll, getriggert durch das große Interesse der ärztlichen Kollegen, sich im lokalen Netzwerk zu engagieren, um eine bessere wohnortnahe Versorgung der Patienten zu gestalten. Eine weitere Verstärkung des Transitionsprozesses durch Gründung lokaler Transitionsstellen nach dem BTP in anderen Bundesländern ist wünschens- und förderungswert, um eine einheitliche Struktur in Deutschland zu etablieren und in der Regelfversorgung abzubilden.

Dies ist eines der Ziele des 2015 gegründeten BTP e.V.. Im Rahmen einer weiteren Förderung durch die Robert Bosch Stiftung wurden die Inhalte und Materialien des BTP in einem Handbuch veröffentlicht. Durch die Entwicklung zweier Geschäftsmodelle für ein lokales Transitionsmanagement wurde unterschiedlichen organisatorischen Gegebenheiten Rechnung getragen, gleichzeitig wurde ein Akkreditierungsverfahren nach BTP entwickelt, um die Übernahme der Strukturen des BTP zu ermöglichen und die Qualität sicherzustellen.

Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzanschriften:

Jana Findorff BSc
 Fallmanagerin Berliner
 Transitionsprogramm
 DRK Kliniken Berlin I Westend
 Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
 Tel.: 030/3035-4492
 E-Mail: j.findorff@drk-kliniken-berlin.de

Dr. med. Silvia Müther
 Projektleitung Berliner
 Transitionsprogramm
 DRK Kliniken Berlin I Westend
 Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
 E-Mail: s.muether@drk-kliniken-berlin.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller

Highlights aus Bad Orb

Transition und bio-psycho-soziale Betreuung chronisch kranker Jugendlicher aus der Sicht des Allgemeinpädiaters

Die Transition ist ein wichtiges Beispiel für die Umsetzung des §2a im SGB V – „Leistungen an behinderten und chronisch kranken Menschen“: Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen. Obwohl zuletzt geändert am 18.7.2017, fehlt weiterhin jedwede schriftliche Ausführung zu diesem Paragraphen.



Dr. Uwe Büsching

Gutachten des Sachverständigenrats (SVR) 2009 zur Transition

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte 2009 in einem Gutachten die besonderen Anforderungen an die Transitionsversorgung und an die Arzneimittelversorgung bei Kindern und bei älteren Menschen fest (www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2009/PM09-SVR.pdf). Ziel der Transition sei eine koordinierte ununterbrochene Gesundheitsversorgung junger Erwachsener mit besonderem medizinischen Bedarf (KiGGS Prävalenz 13,7 %). In der Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen läge eine zentrale generationenspezifische Herausforderung der Gesundheitspolitik. Sie geht weit über die Krankenversorgung und die GKV hinaus und verweist auf die gesundheitspolitische Verantwortung auch anderer Politikbereiche, insbeson-

dere der Bildungs-, Familien-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik.

Das SVR-Gutachten problematisiert u.a. die Übergangsvorsorge vom Jugend- ins Erwachsenenalter exemplarisch an fünf Krankheiten. Die Lebenserwartung der Jugendlichen mit besonderem medizinischem Versorgungsbedarf sei gestiegen, während sich die qualitative Vorbereitung auf den Übergang nicht in gleichem Maße verbessert hat. Für eine zunehmende Anzahl von ihnen bestehe die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch Erwachsenenmediziner. Forschungsergebnisse zeigen die Notwendigkeit einer individualisierten Herangehensweise im Rahmen der Transition, wobei der Patient über den Zeitpunkt des Übergangs zur Erwachsenenmedizin selbst bzw. mitentscheiden kann. Die Versorgungsforschung sollte zunächst den Bedarf an Transitionssprechstunden und Übergangsstationen (eigene Station für Adoleszenten) für bestimmte Krankheiten ermitteln und diese Versorgung in Modellversuchen optimieren.

Publikation der Bundesärztekammer (BÄK) 2011 zur Transition

2011 publizierte die BÄK im Report Versorgungsforschung (Band 5): Medizinische Versorgung in der Transition – Spezielle Anforderungen beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter:

„Der rasante medizinische Fortschritt und die daraus resultierenden neuen medizinischen Möglichkeiten führen gerade in der Kinder- und Jugendmedizin zu

eindrucksvollen Therapieerfolgen. Viele Kinder mit komplexen, meist chronischen Gesundheitsproblemen, für die noch vor einer Generation keine Behandlungsoptionen bestanden, können heute das Erwachsenenalter erreichen. Gerade aus diesem Grund stehen die behandelnden Ärzte in der Verantwortung, diese Erfolge der Medizin strukturiert in die Disziplinen der Erwachsenenmedizin zu transferieren.“

Ergebnis eines Symposiums waren die Forderungen, der Transitionsprozess von der Pädiatrie zum Erwachsenen-Gesundheitssystem muss strukturiert sein, er muss flächendeckend, patientenorientiert und flexibel verlaufen, damit Fehl- und Unterversorgung verhindert werden kann. In Deutschland besteht im internationalen Vergleich ein massives Defizit und großer Bedarf an Forschungsvorhaben, Programmen und Lösungsansätzen in der Transitionsmedizin. Dieser Band kann bei der Bundesärztekammer (dezernat6@baek.de) bestellt werden.

Alles geklärt, möchte man meinen. Wir brauchen also keine weiteren Forschungsvorhaben, Programme und Lösungsansätze. Das SVR-Gutachten, zehn Jahre alt, beschreibt eine Katastrophe: das jahrzehntelange Leben mit chronischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, die einer kontinuierlichen medizinischen Betreuung bedürfen, passt nicht in ein in seiner Struktur überaltertes und wenig flexibles Gesundheitssystem. Die Krankheit und der Versorgungsbedarf bleiben, aber die Zuständigkeit der behandelnden Kinder- und Jugendärzte endet. Die Weiterbehandlung steht unter sich ausschließenden Prämissen: Die Be-

handlung jenseits des 18. Geburtstag ist fachfremd, der Patient wünscht eine Fortsetzung bewährter Behandlungspfade. Die berufspolitisch geschürte Angst, in seinem Versorgungsauftrag beschnitten zu werden, betont fragwürdige Strukturen und Regelungen.

Transition sollte sich an den Wünschen der Betroffenen orientieren, veraltetes Arztrecht muss dahingehend angepasst werden. **Eine starre Begrenzung der pädiatrischen Versorgung steht konträr zu einer individualisierten Übergabe, weil Jugendliche nicht in der Nacht vor dem 18. Geburtstag erwachsen werden.** Das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement ist ein wichtiges Kriterium, die eine wünscht es sehnlichst, der andere fühlt sich überfordert. So verwundert es nicht, dass sich **bei etwa der Hälfte der jungen Erwachsenen mit unterschiedlich schweren chronischen Erkrankungen der Gesundheitszustand bis hin zu irreparablen Konsequenzen verschlechtert.** Die Strukturen der medizinischen Versorgung im Erwachsenenalter sollten erst erlebt und damit erlernt werden, um sich dann den Schritt zuzutrauen.

Die Steigerung der Lebenserwartung gelang durch massiven Zuwachs von Wissen um das jeweilige Krankheitsbild, sehr spezialisiertes Wissen, oftmals angebunden an Kliniken für Kinder und Jugendliche, bei sehr seltenen Erkrankungen häufig an Universitätskliniken. Parallel entwickelte sich ein leider nicht nur für Patienten unüberschaubares Versorgungsdickicht mit komplexen Versorgungsstrukturen. Die Versorgungsqualität ließ sich wegen des rasanten Wissenszuwachses nur in Annäherung vereinheitlichen, sie hing vielfach von den jeweiligen örtlichen Angeboten und von deren Akteuren ab.

Chronische Erkrankungen junger Erwachsener wurden durch die Spezialisierung zu komplexen Einzelfällen, **das Krankheitsmanagement kann der Patient nur mit der Hilfe eines multi-professionellen Teams bewältigen.** Diese Teams kämpfen mit viel Einsatzwillen darum, gerade komplizierte, außergewöhnliche Behandlungen erfolgreich zu managen. Wird der Patient volljährig, endet das Kümmern, das kommt einer Bestrafung gleich. Sofern allerdings in dem Team Orthopäden oder Neurologen mitwirkten, so endet deren Zuständigkeit nicht. **Tran-**

sitionsprobleme gibt es nur im kinder-/ jugendärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich, bei den Psychiatern und den Psychotherapeuten. Dieses Arztrecht verstehen weder die betroffenen Patienten noch viele andere.

Was in Spezialambulanzen bereits absurd ist, ist bei minder schweren Fällen in der Kinder- und Jugendmedizin nicht anders. **Verlassen junge Patienten nach geltendem Recht (s.u.) die Zuständigkeit des Kinder- und Jugendarztes, bleibt das gesamte ärztliche Wissen zurück, der Patient geht und dies ohne Übergabe.** Man stelle sich vor: Die Crew eines großen Schiffes überlässt Schiff samt Ladung ohne Übergabe an die nächste Crew, auf hoher See undenkbar!

In der ambulanten Versorgung gilt ein weiterer Grundsatz: Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können in Deutschland grundsätzlich die sie behandelnden Ärzte frei wählen. Einzige Einschränkung: In der GKV können regelmäßig nur die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte frei gewählt werden. Andere Ärzte dürfen nur im Notfall in Anspruch genommen werden. Jetzt ist aber genug: schwer chronisch Kranken ist nicht zugestanden, was jeder Notfallpatient für selbstverständlich hält!

Drei Bedingungen zur Gewährleistung der Versorgungsqualität jenseits des 18. Geburtstages

Soll die Versorgungsqualität chronisch kranker jenseits des 18. Geburtstag gewährleistet werden, so müssen drei Bedingungen erfüllt werden.

- Der politische Wille muss deutlich artikuliert werden, nicht in (Sonntags-) Erklärungen, sondern auch indem der §2a des SGBV zielführend ausformuliert wird.
- Die Gesundheitspolitik muss die **gesetzlichen Krankenkassen** zwingen, die **Kosten der Transition im vollen Umfang zu tragen.** Aktuell ist unbekannt, wie viele Milliarden Euro jährlich vergeudet werden, weil die qualifizierte Betreuung im Erwachsenenalter vielerorts nicht geregelt und oder nicht gewährleistet ist. Das Verhalten der GKVn in Bezug zur Transition ist un-

wirtschaftlich und verstößt gegen geltendes Sozialrecht. Es fehlen lediglich die Gutachten, die die Dimensionen klären.

- **In die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) muss die Transition aufgenommen werden.** Sofern diese dort nicht verankert ist, gibt es diese versorgungsrechtlich auch nicht. Zu den Inhalten der MWBO im Fach Kinder- und Jugendmedizin zählen spezielle Versorgungsanlässe, die für die ambulante Versorgung kaum eine Rolle spielen (z.B. Neonatologie), Transition fehlt jedoch.

Zufriedenheit mit den ihn betreuenden Therapeuten ist entscheidend für die Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen, egal ob Kind, Jugendlicher oder junger Erwachsener. **Ein erfolgreicher Transitionsprozess soll strukturiert, flächendeckend, patientenorientiert und flexibel verlaufen, damit Fehl- und Unterversorgung verhindert werden.** Zeitliche Vorgaben zum Transitionsprozess sind kontraproduktiv, die Forderung nach Patientenorientiertheit bleibt unreflektiert, widerspricht dem §2a des SGBV. Wenn abrechnungstechnische Lösungen erforderlich sind, sind diese intern und pragmatisch zu regeln. **Entscheidend muss sein, der Patient behält sein Recht auf freie Arztwahl und der Kinder- /Jugend- oder Hausarzt koordiniert, es bleibt aber nichts dem Zufall überlassen.** Die Regularien ärztlichen Handelns sollen nicht wegen der Transition neu erfunden werden, aber die Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten lassen auch Lösungen zu, bei denen der Patient nicht die ihm vertrauten Versorgungsstrukturen verlassen muss. Dann erst wird der dringend notwendigen Raum für eine langfristig angelegte bio-psycho-soziale Betreuung sich öffnen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Uwe Büsching
Beckhausstr. 171, 33611 Bielefeld
Tel.: 0521/82002
E-Mail: ubbbs@gmx.de

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller

Standpunkt

Der Konsum von Protein-Shakes und von mit Proteinen angereicherten Nahrungsmitteln für Kinder und Jugendliche: Sinn oder Unsinn?

Mehrere Studien haben gezeigt, dass bei Säuglingen eine Protein-reduzierte, isokalorische Kuh-Formula-Milch (etwa 1,8 g pro 100ml) bei gleichem Wachstum im Vergleich mit einer Protein-reicheren Kontroll-Formula-Milch (Protein-Gehalt 2,3 g/100ml) zu einem geringeren späteren Adipositas-Risiko führt. Adipositas fördert die Entstehung einer Insulin-Resistenz, eines metabolischen Syndroms und eines T2D (Typ 2 Diabetes). Haben wir, wie uns das derzeitige Marktangebot an mit Proteinen angereicherten Lebensmitteln vermuten lässt, einen verbreiteten Protein-Mangel bei Jugendlichen und in der allgemeinen Bevölkerung, der korrigiert werden muss? Nehmen wir zu viel oder zu wenig Proteine zu uns?



Dr. med. Jürgen Hower

Das hängt von der Zusammensetzung der Nahrung, der Aminosäuren und damit der Qualität der Proteine (pflanzlich oder tierisch), der Verdaubarkeit der einzelnen Nahrungsmittel, den jeweiligen metabolischen Bedürfnissen, in der Schwangerschaft, im Kindes-, Jugend- und im Erwachsenenalter und dem Ausmaß der körperlichen Aktivität ab.

Protein-Mangel scheint in den entwickelten Ländern bei gesunden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine extrem seltene Erkrankung zu sein. Bei konsumierenden Erkrankungen und damit verbundener Mangelernährung, wie zum Beispiel Krebs-Erkrankungen und zunehmender Gebrechlichkeit im Alter mit einem wahrscheinlich erhöhten Protein-

Bedarf, dürfte eine Supplementierung vielleicht sinnvoll sein. Ob dies auch für jugendliche und erwachsene Sportler und vor allem Leistungssportler gilt, wie vielfach vermutet wird, erscheint fraglich zu sein. Einige Studien haben gezeigt, dass Krafttraining den Protein-Bedarf zwar erhöht, der erhöhte Bedarf aber durch eine Effizienzsteigerung in der Proteinverwertung ausgeglichen werden kann.

Die kommerziell erhältlichen Protein- und Kohlenhydrat-Protein-Präparate lassen in einer Praxis-Studie keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit bei einem 19 km-Lauf erkennen. Auch trainierte Athleten sollten nach den meisten Studien nicht mehr Proteine zu sich nehmen als die Allgemeinbevölkerung, etwa in Höhe von 12-15 % des Energiebedarfs. Das allgemeine Nahrungsangebot enthält im Normalfall für gesunde Kinder, Jugendliche und Erwachsene, auch wenn sie aktiv Sport treiben, eine ausreichende Menge an Proteinen. Die Ergebnisse einer aktuellen Studie, die auf eine der möglichen Folgen eines überhöhten Protein-Angebots hinweisen, sind robust und entsprechen früheren Ergebnissen, mit denen ein höheres T2D-Risiko (Typ-2-Diabetes-Risiko) in Verbindung mit einer über einen längeren Zeitraum erhöhten Protein-Aufnahme nachgewiesen wurde.

Eine Meta-Analyse hat gezeigt, dass für die tägliche Aufnahme von je 100 g rotem Fleisch und je 50 g verarbeitetem

Fleisch pro Tag das T2D-Risiko um 19 % und entsprechend um 51 % ansteigt. Beobachtungen zum Nusskonsum haben, entsprechend den Ergebnissen der aktuellen Studie (1) für pflanzliche Proteine, eine Abnahme des T2D-Risikos um 13 % ergeben (RR 0,87; 95 % KI 0,81-0,94). Die Ursachen für die Unterschiede zwischen der Protein-Herkunft und dem T2D-Risiko konnten noch nicht abschließend geklärt werden.

Für die mediterrane Diät, die überwiegend aus pflanzlicher Kost und weniger Fisch und Fleisch besteht, zeigte sich in einer Meta-Analyse ein um 19-23 % reduziertes T2D-Risiko. Der unterschiedliche Einfluss pflanzlicher und tierischer Proteine auf das T2D-Risiko lässt sich möglicherweise auf eine unterschiedliche Aminosäuren-(AS)-Zusammensetzung zurückführen. In metabolischen Studien waren die in tierischen Proteinen vermehrt vorkommenden verzweigtkettigen AS (Valin, Leucin, Isoleucin) und die aromatischen AS (Phenylalanin, Tyrosin, Tryptophan, Histidin) mit einem erhöhten T2D-Risiko assoziiert. Studien haben wiederholt gezeigt, dass oral aufgenommenes Protein die Glucagon- und die Insulin-Sekretion erhöhen. Nach einer Mahlzeit von Molke und Molke-Hydrolysaten steigt der Plasma-Insulin-Spiegel stärker als bei einer normalen Nahrung mit hohem Glucose-Gehalt an und bleibt auch länger auf einem hohen Niveau als

dies bei Glucose-, Kasein- und Soja-haltiger Nahrung der Fall ist.

Welche weiteren gesundheitlichen Auswirkungen eine um das zwei- bis dreifache erhöhte Protein-Aufnahme langfristig auf das allgemeine spätere Krankheitsrisiko besitzen (kardiovaskuläre Erkrankungen, Nieren- und Krebs-Erkrankungen, die Knochengesundheit, Mortalität), bleibt noch ungeklärt. Außer für Patienten mit Nierenerkrankung lassen sich keine kurzfristigen gesundheitlichen Risiken einer erhöhten Proteinbelastung erkennen. Die Bedeutung einer langfristig hohen Protein-Belastung für die allgemeine Gesundheit bleibt umstritten.

Ergebnisse der Grundlagenforschung an Tieren und Beobachtungen am Menschen zeigen, dass neben der kalorischen Restriktion eine niedrige Protein-Diät, die mit einem hohen Kohlenhydrat-Anteil kombiniert ist, zu einer Verzögerung des Alterungsprozesses und damit zu einer längeren Lebenszeit führt. Der regelmäßige Konsum einer niedrigen

Kohlenhydrat- und hohen Protein-Diät war in einer schwedischen Studie mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko bei Frauen verbunden. Die persistierende Überaktivierung des mTORC1-Pfades, der die Protein-Synthese und die Zellteilung reguliert und beeinflusst, wird verdächtig, als metabolischer Hauptschalter Einfluss auf das Altern und auf mit dem Alter assoziierte Erkrankungen zu nehmen. Studien an Mäusen haben gezeigt, dass eine niedrige Protein-Zufuhr in Kombination mit einer hohen Zufuhr an Kohlenhydraten mit der längsten Lebensspanne bei Versuchstieren verbunden ist. Das optimale Verhältnis etwa 1:10 von Proteinen zu Kohlenhydraten ist bei Versuchstieren in etwa identisch mit der traditionellen Ernährung der Bewohner von Okinawa, die für ihre lange Lebenszeit bekannt sind.

Die derzeitige Studienlage lässt noch keine endgültigen Schlüsse zur Definition der optimalen Protein-Aufnahme zu. Eine normale Ernährung scheint jedoch,

selbst bei hoher sportlicher Freizeitaktivität, den Protein-Bedarf von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu decken. Für den Nutzen von Protein-Shakes und von mit Proteinen angereicherten Nahrungsmitteln lässt sich aktuell für gesunde Kinder, Jugendliche und Erwachsene keine ausreichende Evidenz erkennen, Gefahren für langfristige mögliche Schäden sind nicht auszuschließen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower
 Nachtigallental 3
 45478 Mülheim an der Ruhr
 Tel.: 0208/428242
 E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

Anamnese

Bei dem jetzt neunjährigen Jungen entwickeln sich seit mehreren Monaten kreisförmige Effloreszenzen im Bereich des Nackens, die leicht jucken. Die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig. Die Vorbehandlung mit topischen Kortikosteroiden (Advantan-Creme) für sechs bis acht Wochen führte zu einer Verminderung des Juckreizes, verhinderte jedoch nicht die weitere Ausbreitung der Effloreszenzen.

Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickelter, 9,5 jähriger Junge in gutem Allgemeinzustand. Im Bereich des Nackens mit Übergang auf den Okzipital- und Schulterbereich befinden sich mehrere konzentrisch angeordnete Kreise aus konfluierenden, blassythematischen Papeln mit oberflächlicher Schuppung (Abb. 1). Die Lymphknoten sind nicht vergrößert. Der internistisch-pädiatrische Befund ist unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Konzentrische Ringe aus konfluierenden erythematischen Papeln

Diagnose

Tinea pseudoimbricata

Die Tinea imbricata (*imbricatus*, lat. = von *Schindeln bedeckt*) ist eine in ländlichen Regionen Poylnesiens und von Teilen Südamerikas endemische Form der Tinea corporis, die durch *Trichophyton concentricum* verursacht wird. Typisch sind multiple, ringförmig oder polyzyklisch angeordnete, bräunlichrote Papeln, die sich zentrifugal ausbreiten und dabei überlappen können. Die Infektion bleibt oberflächlich, ist begleitet von leichtem Juckreiz und verläuft chronisch. Im Laufe der Zeit entwickeln sich an Dachziegel oder Fischschuppen erinnernde, relativ groblamelläre Schuppen (1).

Die Tinea pseudoimbricata zeigt ebenfalls konzentrisch verlaufende Läsionen, die allerdings nicht so fein „gewebt“ sind wie bei der „echten“ Tinea imbricata. Erreger sind „gewöhnliche“ Dermatophyten wie *Trichophyton tonsurans* (2), deren Ausbreitung durch eine Suppression der Entzündungsantwort des Wirtes erleichtert wird, sodass sich nicht nur ein, sondern multiple Ringe mit zentrifugaler Ausbreitung entwickeln können. Die Tinea pseudoimbricata ist eine Sonderform

der Tinea incognita (3-5); dabei handelt es sich um Dermatophyten-Infektionen, deren klinisches Erscheinungsbild durch Immunmodulantien wie topisch (wie in unserem Fall) oder systemisch verabreichte Steroide, Calcineurininhibitoren oder Zytostatika verändert wurde. Wichtig ist deren Abgrenzung von anderen figurierten Dermatosen (5).

Wie so oft ist die wichtigste „Erstmassnahme“, die Möglichkeit einer „versteckten“ Tinea in Betracht zu ziehen und mögliche Modulatoren wie die genannten topischen oder systemischen Agentien abzusetzen. Da diese die Schuppenbildung unterdrücken, ist eine konventionelle Pilzkultur in Ermangelung geeigneten Untersuchungsmaterials schwierig. Manchmal ergibt die Untersuchung mit dem Wood-Licht aufgrund der Autofluoreszenz einiger Dermatophytenpezies einen Hinweis; oftmals lassen sich in diesem Stadium die Dermatophyten jedoch nur mittels Biopsie nachweisen.

Die Behandlung sollte mit Terbinafin über mindestens vier Wochen erfolgen (Dosierung: 10-20 kg: 62.5 mg/d, 20-40 kg: 125 mg/d, >40 kg: 250 mg/d). Bei Beteiligung der Kopfhaut (Tinea capitis) ist zur Vermeidung einer narbigen Alopezie eine orale Behandlung zwingend; zusätzlich (bzw. bei Lokalisation außerhalb

des Kopfes und begrenzter Ausdehnung auch als Monotherapie) empfiehlt sich eine antimykotische Lokalthherapie (z.B. mit Ciclopiroxolamin-Gel). Nach 4wöchiger oraler Therapie sollte der Behandlungserfolg mykologisch überprüft werden.

Literaturangaben

1. Leung AKC, Leong KF, Lam JM. Tinea Imbricata: An Overview. *Curr Pediatr Rev.* 2019 Feb 7. doi: 10.2174/1573396315666190207151941. [Epub ahead of print]
2. Ouchi T, Nagao K, Hata Y et al. Trichophyton tonsurans infection manifesting as multiple concentric annular erythemas. *J Dermatol.* 2005; 32: 565-8.
3. Lim SP, Smith AG. „Tinea pseudoimbricata“: tinea corporis in a renal transplant recipient mimicking the concentric rings of tinea imbricata. *Clin Exp Dermatol.* 2003; 28:332-3
4. Verma S, Hay RJ. Topical steroid-induced tinea pseudoimbricata: a striking form of tinea incognito. *Int J Dermatol.* 2015;54:e192-3
5. Maul JT, Maier PW, Anzengruber F et al. A case of tinea incognita and differential diagnosis of figurate erythema. *Med Mycol Case Rep.* 2017;18:8-11

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Peter H. Höger
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift –
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 Abteilung für Pädiatrische Dermatologie
 und Allergologie
 Liliencronstr. 130
 22149 Hamburg

Anzeige

Faktenblatt zur HPV-Impfung des Robert Koch-Instituts verfügbar

Das Robert Koch-Institut hat ein neues Informationsformat entwickelt, um die impfende Ärzteschaft in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Es handelt sich hierbei um die Reihe „Kurz & Knapp: Faktenblätter zum Impfen“. Die Faktenblätter fassen die wichtigsten Informationen zu einer Impfung zusammen und richten sich in erster Linie an Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus können die Informationsblätter im Arzt-Patienten-Gespräch als wichtige Informationsquelle genutzt werden, um auch Patientinnen und Patienten durch entsprechende Infografiken verständlich und ansprechend über die Impfung zu informieren. Den Anfang macht das Faktenblatt zur HPV-Impfung. Es beinhaltet u.a. Aspekte zur epidemiologischen Lage HPV-

bedingter Krebserkrankungen, zu wichtigen Hinweisen bei der Durchführung der Impfung, zum Impfschema, zur Wirksamkeit und Sicherheit der Impfung sowie zur Public-Health-Perspektive. Darüber hinaus werden Antworten auf häufig gestellte Fragen zur HPV-Impfung aufgeführt. Zukünftig werden weitere Faktenblätter zum Impfen folgen und auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts zum Download bereit gestellt.

Das Faktenblatt zur HPV-Impfung ist dieser Ausgabe beigelegt. Es steht auch auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts zum Download zur Verfügung unter: <http://rki.de/impfen-infomaterial>



Faktenblätter zu Impfungen

Das RKI hat ein erstes Impf-Faktenblatt erstellt, nämlich zur HPV-Impfung (<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Faktenblaetter/HPV.html>), weitere werden folgen. „Kurz und Knapp“ lautet das Motto, testen Sie selbst ob es Ihnen nützlich ist.

Impfskepsis

Ein Dauerthema ist die verbreitete „Impfskepsis“ in Teilen der Bevölkerung. Die WHO hat kürzlich „Vaccine hesitancy“ zu einer der zehn wichtigsten Bedrohungen der Weltgesundheit ernannt (<https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>). Das zeigt, wie ernst man dieses Phänomen nehmen muss. Mehr dazu in einem der nächsten Beiträge des „Impfforum“.

Wann im Herbst soll man gegen Influenza impfen?

Immer wenn die Influenzasaison etwas später als üblich beginnt, so wie es diesen Winter 2018/2019 der Fall war, wird die Frage diskutiert, ob die früh im Herbst verabreichte Influenzaimpfung wirklich über die ganze Grippesaison schützt. Zunächst sei daran erinnert, dass wegen der an sich suboptimalen Wirksamkeit unserer Influenzaimpfstoffe ohnehin viele Geimpfte an Influenza erkranken und andererseits viele *nicht* Geimpfte von der Influenza verschont bleiben. Dies ist eine grundsätzliche Crux bei der Motivation zur Influenzaimpfung, denn wenn sich ein nicht Erkrankter/nicht Geimpfter mit einem trotz Impfung Erkrankten unterhält, kann man sich gut vorstellen wie das endet....

Nun zur Frage des nachlassenden Impfschutzes, der eine Forschergruppe aus den USA nachging [Ferdinands et al; Clin Infect Dis 2017; 64: 544–50]. Grundlage waren Patienten im Alter von mindestens neun Jahren aus dem „Influenza Vaccine Effectiveness Network“ der USA, welche in den Influenza-Saisons von 2012 bis 2015 an PCR gesicherter Influenza erkrankt waren. Die Autoren beobachteten eine abnehmende Impfwirksamkeit mit zunehmender Zeit seit der Impfung. Die maximale Wirksamkeit wurde kurz nach der Impfung beobachtet, gefolgt von einem Rückgang um ca. 7 % pro Monat für Influenza A (H3N2) und B sowie um 6-11 % für Influenza A (H1N1)-Viren. Was bedeutet das nun für den optimalen Zeit-

punkt der Impfung? Ich denke es gilt weiterhin die Devise, alle Impfmöglichkeiten zu nutzen, d.h. lieber früh impfen als gar nicht. Andererseits aber nichts überstürzen – daran sollten wir denken, wenn im frühen Herbst wieder die neuen Impfstoffe ausgeliefert werden.

Blick über den Zaun – Österreich

Nach der Schweiz (Impfforum 12/2018) blicken wir nun nach Österreich. Dort besteht seit 1998 ein so genanntes „kostenfreies Impfprogramm“, welches folgende Impfungen in den ersten 15 Lebensjahren umfasst: Rotavirus (ab Alter 6 Wochen), DTPa-IPV-HBV/Hib und Pneumokokkenkonjugat (mit 2, 4 und 12 Monaten sowie Auffrischimpfung Tdap-IPV mit 7 Jahren und gegen Hepatitis B mit 8-14 Jahren), MMR (mit 9 und 12 Monaten), Meningokokken ACWY (mit 10-13 Jahren) und HPV (mit 9-11 Jahren). Zitat aus dem Impfplan in Österreich (<https://www.sozialministerium.at>, Suche: „Impfplan“): „Priorität bei der Auswahl der kostenfreien Impfungen haben einerseits sehr häufig vorkommende Erkrankungen, andererseits seltene, sehr schwer verlaufende Krankheiten.“

Bei der HPV-Impfung wird für beide Geschlechter ausschließlich der 9-valente Impfstoff empfohlen und der Anreiz für eine frühe Impfung ist dadurch gegeben, dass ab dem Alter von 12 (-14) Jahren von den Eltern bereits eine Beteiligung an den Impfkosten verlangt wird („vergünstigter Selbstkostenpreis“, d.h. ca. 40-50 Euro pro Dosis).

Ebenfalls empfohlen, aber eben nicht kostenfrei sind die Impfungen gegen Meningokokken-B (mit 2, 3, 4 und 12 Monaten, Nachholimpfung bis einschließlich 17 Jahre) und C (ab 12 Monaten bis 9 Jahre), Influenza (ab 6 Monaten), Hepatitis A und Varizellen (jeweils ab 12 Monaten). Alles in allem also sehr umfassende Impfempfehlungen, die in einem immerhin 148 Seiten umfassenden Dokument ausführlich erläutert werden und mit Literatur- und Internetangaben gut belegt sind. Die umfassenden Impfempfehlungen gehen zum Teil weit über diejenigen anderer europäischer Länder einschließlich Deutschland hinaus und geben der impfenden Ärzteschaft Rückendeckung (weil offiziell empfohlen) für die individuelle Impfberatung. Außerhalb des kostenfreien Programmes wird den Eltern vermutlich aber ein hohes Maß an Überzeugungskraft abverlangt, damit sie die Kosten für diese Impfungen bei ihren Kindern aufbringen. Weil ab dem Alter von 15 Jahren alle Impfungen nicht mehr kostenfrei sind, sind sie diese Kosten wohl gewohnt.

Noch 2 Besonderheiten seien erwähnt: bei der Influenza-Impfung wird, wie in Deutschland, explizit ein quadrivalenter Impfstoff empfohlen und – als eines der wenigen Länder weltweit – empfiehlt Österreich im Erwachsenenalter Auffrischimpfungen gegen Pertussis (gemeinsam mit Diphtherie-, Tetanus- und Polioimpfungen als Tdap-IPV) alle zehn Jahre, ab dem Alter von 60 Jahren sogar alle fünf Jahre.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: Huppertz

Meningokokken B-Impfung nach Meningokokken-Sepsis bei Trisomie 21?

Frage

Ein fünfmonatiges Kind mit Down-Syndrom erleidet eine Meningokokken-Sepsis Typ B. Diese wurde gut überstanden.

- Soll das Kind anschließend eine Meningokokken-B-Impfung bekommen?
- Wenn ja, warum?
- Sollte dann auch eine Meningokokken-Impfung mit dem 4-valentem ACWY-Konjugatimpfstoff gegeben werden?

Antwort

Eine belastbare Immunität nach Meningokokken-Erkrankung ist offenbar nicht bei jedem Patienten gegeben (1,2), außerdem auch abhängig von der Serogruppe, die die Erkrankung verursacht hat, und vom Alter des Patienten. Denn zumindest im Kleinkindesalter – analog zu der Ineffektivität von reinen Polysaccharidimpfstoffen bei Säuglingen und Kleinkindern – kann eine nur schwache bakterizide Antikörperantwort ausgebildet werden. Wenn überhaupt, führt die Immunantwort bei ihnen eher nur zu einer kurzlebigen IgM-Antwort. Es gibt zwar Hinweise auf ein Immungedächtnis zumindest bei Personen, die im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter erkrankt waren (3). Aber dies wird möglicherweise auch nicht bei allen Patienten ausgebildet, und die Dauer der Belastbarkeit ist nicht bekannt.

Die Kapselsubstanz von Meningokokken ist zwar prinzipiell immunogen und die entsprechenden Kapsel-Antikörper

sind als Opsonine wirksam. Allerdings ist genau dies das Problem bei Kapselpolysacchariden der Serogruppe B, denn die Antikörperbildung auf diese unterbleibt, weil dieses Antigen gemeinsame Epitope mit humanen Strukturen hat: Die Polysaccharidkapsel der Serogruppe B-Meningokokken ist ein Homopolymer der α 2-8-gebundenen Sialinsäure, die mit einem neuronalen Zelladhäsionsmolekül identisch ist, dem NCAM-1 (4). Dies war u. a. auch die Schwierigkeit, die es bei der Entwicklung von Meningokokken-B-Impfstoffen zu überwinden galt, denn die Kapsel konnte aus diesem Grund nicht als Impfantigen genutzt werden.

Insofern ist es – insbesondere bei einem Kind mit Trisomie 21 – sicherlich erwägenswert, auch nach einer Meningokokken-B-Erkrankung eine MenB-Impfung mit einem für diese hier angesprochenen Altersgruppe zugelassenen Impfstoff durchzuführen. Bei der Beratung auch mit den Eltern des Kindes wäre zu beachten, dass die STIKO in ihrer aktualisierten Stellungnahme zur MenB-Impfung darauf hinweist, dass die Impfung mit Bexsero[®] nicht vor allen hierzulande vorkommenden Men-B-Typen schützt. Die Rate wird mit ca. 82 Prozent angegeben (5). Die Anwendung des seit Sommer 2017 verfügbaren weiteren Impfstoffes gegen Meningokokken der Serogruppe B (Trumenba[®]) ist laut Fachinformation erst ab 10 Jahren zugelassen.

Das Kind sollte gemäß STIKO-Impfkalender (6) mit 1 Jahr ohnehin auch gegen Meningokokken C geimpft werden. Überlegenswert ist es, in diesem Fall

einen viervalenten Impfstoff (ACWY) anzuwenden und die Impfung ggf. auch früher zu geben. Da bereits eine invasive Meningokokken-Erkrankung stattgefunden und das Kind durch seine Grunderkrankung (7) ohnehin ein größeres Infektions- bzw. Erkrankungsrisiko hat (wobei der Immundefekt nicht abschließend charakterisiert ist), könnte diese Indikation gemäß STIKO (6) gestellt werden.

Außerdem haben Kinder mit Down-Syndrom ein 14- bis 20-fach erhöhtes Risiko, an einer akuten Leukämie (ALL oder auch AML) zu erkranken (7), die wiederum ein weiteres, mögliches Risiko für eine invasive Erkrankung z. B. durch Meningokokken oder natürlich auch Pneumokokken darstellen würde. Die Impfung gegen Meningokokken A, C, W₁₃₅ und Y ist ebenfalls mit einem Konjugatimpfstoff möglich.

Im „Australian Immunization Handbook“ wird von den Experten eine vorangegangene Meningokokken-Erkrankung nicht als Kontraindikation für jedwede Meningokokken-Impfung angegeben (8).

Ganz generell äußern sich auch US-amerikanische Impfexperten zu Impfungen bei Kindern mit Trisomie 21 (9).

Literatur bei Infectopharm

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. physiol. Ute Arndt
Diplom-Humanbiologin
Leiterin Medizin & Wissenschaft
Deutsches Grünes Kreuz e. V.
Biegenstraße 6, 35037 Marburg

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: Ketamin

Chemische Bezeichnung: Anästhetikum mit stark dissoziativen Effekten, gehört zur Gruppe der sog. Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS); chemisch dem stärker halluzinogen wirksamen Phencyclidin (PCP oder „angels dust“), einem Arylcyclohexylamin verwandt; verschreibungspflichtiges Medikament, unterliegt somit nicht dem Betäubungsmittelgesetz.

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

Dosierung(en): geschnupft bei 15-25 mg (0,3 mg / kg KG) leichte Effekte, bei 30-110 mg starke Effekte, bei 100-160 mg Vollrausch; i.v. werden 50 mg (0,6 mg / kg KG) benutzt.

Einnahmeform: meist als weißes Pulver geschnupft, Wirkeintritt nach einigen Minuten und Wirkdauer eine bis zwei Stunden; Rauchen des Pulvers oder i.v.-Applikation sind auch möglich, dann Wirkeintritt innerhalb von 30 Sekunden und Wirkdauer 5-10 Minuten.

Interaktionen: Wirkverstärkung durch Alkohol, GHB und/oder Heroin im Hinblick auf Atemstörungen; Wirkverstärkung durch andere Stimulantien wie Amphetamine und/oder Kokain im Hinblick auf Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Straßenpreis(e): 1 Gramm kosten 25-45 Euro, somit eine Sitzung 3 bis 27 Euro.

Erwünschte Wirkung(en): Euphorie, Erregung, ungewöhnliche Gedankeninhalte, optische und akustische Halluzinationen mit Gefühl von Zeitlosigkeit und Schwerelosigkeit (Dissoziation von Körper und Umwelt in Form von Nahtodeserlebnissen, sog. „K-Hole“); senkt die Schmerzschwelle.

Unerwünschte Wirkung(en): Übelkeit, Erbrechen, Tachykardie, Sehstörungen, Verwirrung und vorübergehende Unfähigkeit zu koordiniertem Gang und gezielten Bewegungen (Ataxie) mit hohem Unfallrisiko; Schwindel, vermehrter Speichelfluss; – Erinnerungslücken, weshalb Ketaminpulver auch als K.O.-Tropfen missbraucht wird („rape drug“).



Symptome bei Überdosierung: Auslösung von Psychosen und Panikattacken wird begünstigt; in hohen Dosen Koma und Todesfälle.

Nachweismethoden: im Urin mit GC – MS über 1-4 Tage nachweisbar; wichtig wenn als K.O.-Tropfen eingesetzt; es gibt in Schnelltesten Kreuzreaktionen mit PCP.

Therapieoptionen akut: wegen der kurzen Wirkdauer in der Regel keine spezifischen medizinischen Maßnahmen, aber Sedierung mit Benzodiazepinen bei Panikattacken hilfreich.

Langzeitfolgen: Bei Langzeitanwendung: Gedächtnisstörungen, Verdauungsbeschwerden und Bauchkrämpfe, Harnblasenfunktionsstörungen mit Inkontinenz bis hin zu Harnblasenulzerationen und Nierenschäden.

Korrespondenzadresse:

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Zum Management der schweren Menstruationsblutung bei Adoleszentinnen: die Rolle des Arztes

Evaluation and Management of Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents: The Role of the Hematologist

Sarah H. O'Brien. *Blood*. pii: blood-2018-05-848739. doi: 10.1182/blood-2018-05-848739. November 2018

Die Autorin fasst den derzeitigen Kenntnisstand in Bezug auf Diagnostik und Therapie einer verstärkten Regelblutung bei Jugendlichen zusammen.

Gemäß der internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe ist eine verstärkte Regelblutung als ein ausgeprägter Blutverlust, der die Lebensqualität einer Frau in mehreren Ebenen beeinträchtigt, definiert.

Die verstärkte Regelblutung kann unterschiedliche Ursachen haben. Die Autorin nennt außer einer zugrundeliegenden Blutungsneigung auch endokrinologische Ursachen wie zum Beispiel das Polyzystisches-Ovar-Syndrom, Erkrankungen der Schilddrüse (am ehesten Hyperthyreose), aber auch eine Schwangerschaft oder Infektion. Die Häufigkeit einer Blutungsneigung als Ursache variierte je nach Studiengruppe von 8-62 %.

Die Aufgabe des Arztes ist, dem eine solche Patientin zugewiesen wird, eine vollständige Anamnese auch im Hinblick auf eine Gerinnungsstörung zu erheben, einen möglichen Eisenmangel abzuklären und je nach Ursache die beste Behandlungsstrategie zu wählen. Die Autorin betont hierbei auch wie wichtig die ausführliche Gerinnungsanamnese ist. Von 500 mittels spezieller Fragebögen befragten gesunden Erwachsenen berichteten 25 % von Epistaxis, 18 % von einer verlängerten Nachblutung nach Zahnextraktionen und 47 % der Frauen von einer verstärkten Regelblutung. Die Anamneserhebung anhand standardisierter Fragebögen, auch online, ist das wichtigste Screening auf eine Blutungsneigung.

Als häufigste Gerinnungsstörungen bei Frauen mit verstärkter Regelblutung beschreibt die Autorin die von Willebrand Erkrankung und Thrombozytopathien. Anlageträgerinnen für eine Hämophilie oder Gerinnungsstörungen im Rahmen einer Grunderkrankung wie das Ehlers Danlos Syndrom haben eine deutlich geringere Prävalenz.

Mit der verstärkten Regelblutung tritt auch ein Eisenmangel mit oder ohne Anämie gehäuft auf, die Autorin berichtet hier von einer Prävalenz von bis zu 51 % der Patientinnen. Aus diesem Grund ist eine Labordiagnostik inklusive Bestimmung des Blutbilds und Ferritins notwendig und sinnvoll.

Der Review zeigt alle bisher bestehenden hormonellen sowie nicht-hormonellen medikamentösen Möglichkeiten auf und gibt eine ausführliche Übersicht. Als so genannte First Line Therapie beschreibt die Autorin die hormonelle Zyklusregulation mit Kombinationspräparaten (Anmerkung: Wir empfehlen die hormonelle Zyklusregulierung i.d.R. erst ab 14 Jahren).

Der Vergleich von Tranexamsäure bzw. Desmopressin bei V. a. von Willebrand Syndrom und hormoneller Intervention zeigt, dass beide Methoden zu einer deutlichen Reduktion des Blutverlusts und einer verbesserten Lebensqualität beitragen, jedoch nur die hormonellen Antikonzeptiva zu einer verkürzten Menstruation führen. Gemäß einer Studie mit 42 Patientinnen wird Tranexamsäure bei Patientinnen mit einer Gerinnungsstörung am häufigsten eingesetzt (98 % der Fälle), hierbei hat bei einem Drittel der Patientinnen eine Monotherapie mit Tranexamsäure zur Kontrolle der Blutung ausgereicht.

Beurteilung: Der Review von Sarah O'Brien gibt eine gute Übersicht über die derzeitigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung einer verstärkten Regelblutung bei Jugendlichen. Für die Beurteilung einer verstärkten Monatsblutung eignet sich am besten der „Pictorial Blood Loss Assessment Chart“ (im Internet leicht herunterzuladen). Dabei definiert ein Punktevolumen von >100 (>80 ml Blutverlust pro Regelblutung) eine Menorrhagie. In der klinischen Praxis zeigt sich ein ähnliches Bild. Als Hämatostaseologe in der Kinder- und Jugendmedizin kann ich nur bestätigen, dass eine ausführliche Gerinnungsanamnese inklusive der Familie und genaue Betrachtung der Regelblutungsdauer, Intensität und Begleitsymptomen, der Schlüssel zu einer Klärung der zugrundeliegenden Ursache ist. Wir finden am häufigsten eine Thrombozytopathie, am nächsthäufigsten eine von Willebrand Erkrankung als Ursache einer verstärkten Regelblutung. Bei all diesen Patientinnen wird zusätzlich der Eisenstatus, und Vitamin B 12 Gehalt, (da vegetarische Ernährung bei menstruierenden Jugendlichen nicht selten ist), mitbestimmt. Im Falle einer nachgewiesenen Gerinnungsstörung empfehle ich im Alter von unter 14 Jahren immer zunächst die Gabe von Tranexamsäure (Cyklokapron®); älteren Jugendlichen biete ich die Option zwischen Tranexamsäure und hormoneller Kontrazeption an. Die Diagnostik und Therapie sollte am besten in Absprache mit einem in der pädiatrischen Hämostaseologie versierten Spezialisten der Kinder und Jugendmedizin erfolgen. Für die Führung der Patientin nach erfolgter Gerinnungsdiagnostik bietet sich die Kommunikation mit dem Spezialisten telemedizinisch via PädExpert (Modul: Gerinnungsstörungen) an.

Korrespondenzadresse: Stefan Eber und Annamaria Florian
Schwerpunktpraxis pädiatrische Hämatologie, München

Führt die Gabe von Ibuprofen und Acetaminophen (Paracetamol) bei Kindern mit ambulant erworbener Pneumonie zur Häufung lokaler Komplikationen?

Risk Factors for Local Complications in Children with Community-Acquired Pneumonia

Krenke K et al., *Clin Resp J.* 2018; 12: 253-261, Januar 2018

Die ambulant erworbene Pneumonie bei Kindern (pediatric community acquired pneumonia, pCAP) gehört weltweit zu den am häufigsten zur Hospitalisierung führenden Erkrankungen und ist mit rund 900.000 Todesfällen pro Jahr die häufigste Todesursache bei Kindern jenseits der Neonatalperiode. Daten der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 2004 zeigen, dass die pCAP in Europa die häufigste infektiöse Ursache für Todesfälle bei Kindern ist. In den USA, Grossbritannien, Deutschland und auch anderen Ländern konnte nach Einführung von Pneumokokken-Impfprogrammen (sowohl 7- als auch 10- und 13-valent) ein Rückgang der Inzidenz insbesondere bei Kindern vor dem 5. Lebensjahr beobachtet werden. Parallel zu der Abnahme der Inzidenz der pCAP ist in den letzten 20 Jahren

weltweit zu einer Zunahme lokaler Komplikationen der pCAP wie parapneumonischen Prozessen (Pleuraerguss, Pleuraempyem) und nekrotisierenden Pneumonien gekommen. Retrospektive Analysen zeigen, dass lokale Komplikationen nicht nur bei inadäquat oder nicht behandelten Kindern mit pCAP auftreten sondern auch bei Kindern, die entsprechend aktueller Leitlinien behandelt wurde. Die Ursache für diesen Anstieg der Inzidenz lokaler Komplikationen der pCAP ist unklar.

Zur Analyse von Risikofaktoren bzw. Faktoren, die die Ausbildung von lokalen Komplikationen vorhersagen können, führten Polnische Kinderpneumologen an einer Universitätsklinik (Warschau, tertiäres Zentrum mit überregionaler Zuweisung) zwischen Februar 2012 und März 2014 eine prospektive Beobachtungsstudie durch. Eingeschlossen wurden Kinder mit klinischen Zeichen einer Pneumonie (Fieber, Tachypnoe, Husten) und Infiltraten in einer angefertigten Röntgen-Thorax-Aufnahme. Die Kinder wurden entsprechend internationaler Leitlinien antibiotisch behandelt. Von allen eingeschlossen Kindern wurden umfangreiche anamnestiche Daten, demographische Daten, klinische Parameter, Ergebnisse von Laboruntersuchungen und Ergebnisse weiter durchgeführter bildgebender Untersuchungen (Sonographie des Thorax, Thorax-CT) erfasst. Die Kinder mit pCAP wurden dann retrospektiv zwei Gruppen zugeordnet: eine Gruppe von Kinder, die eine lokale Komplikation (Pleuraerguß/Pleuraempyem, nekrotisierende Pneumonie, Lungenabszeß) entwickelt hatten und eine

zweite Gruppe von Kindern mit pCAP, die keine lokale Komplikation entwickelt hatten. Die Daten beider Gruppen wurden dann mittels uni- und multivariater Analyse statistisch auf Unterschiede getestet.

Insgesamt wurden 203 Kinder (102 männlich, 101 weiblich) im Alter von 2 Monaten bis 17 Jahren in die Untersuchung eingeschlossen. Ohne Komplikationen verlief die pCAP bei 141 Kindern, mit lokalen Komplikationen (Pleuraerguss/Pleuraempyem $n = 52$, nekrotisierende Pneumonie $n = 6$, Lungenabszeß $n = 4$) bei 62 Kindern.

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht statistisch signifikant im Hinblick auf Altersverteilung, demographische, anthropometrische, soziale Daten, Lebensumstände und medizinische Vorgeschichte. Kinder mit lokalen Komplikationen hatten länger Fieber vor der Zuweisung, berichteten häufiger von Thoraxschmerzen und einseitigem Thoraxschmerz, hatten eine höhere CRP-Serumkonzentrationen (CRP in mg/dl ohne lokale Komplikationen 4,1 (1,4-13,9) mit lokalen Komplikationen 17,2 (7-25,3), $p < 001$), höhere Leukozytenwerte und höhere Neutrophilenwerte im peripheren Blut gegenüber den Kindern ohne lokale Komplikationen einer pCAP. In der Gruppe der Kinder mit lokalen Komplikationen war ein signifikant geringerer Anteil Pneumokokken geimpft. In der Gruppe der Kinder ohne Komplikationen fand sich ein signifikant höherer Anteil von Kindern mit anamnestic klinisch relevanten Allergien. Beide Gruppen unterschieden sich nicht im Hinblick auf die vor Zuweisung durchgeführte antibiotische Therapie. Kinder mit lokalen Komplikationen erhielten signifikant häufiger Ibuprofen als Kinder ohne Komplikationen (109 von 141 (77,3 %) versus 57 von 62 (91,9 %), $p 0,02$). Für eine Ibuprofengabe ergab sich in der univariaten Analyse eine 3 fache Risikoerhöhung für lokale Komplikationen (OR 3.35 (95 % CI 1.24-9.06)). Auch die kumulative Ibuprofendosis war bei Kindern mit pCAP und lokalen Komplikationen signifikant höher. Auch die Gabe von Acetaminophen (Paracetamol) vor Aufnahme fand sich bei Kindern mit lokalen Komplikationen signifikant häufiger als bei Kindern ohne Komplikationen (76 von 141 (53,9 %) versus 47 von 62 (75,8 %), $p 0,03$). Für eine Acetaminophengabe ergab sich in der univariaten Analyse eine 2,6 fache Risikoerhöhung für lokale Komplikationen (OR 2.68 (95 % CI 1.37-5.23)).

Kommentar

Die polnischen Kollegen konnten in einer sorgfältig durchgeführten prospektiven klinischen Beobachtungsstudie mit den Faktoren Thoraxschmerzen, einseitiger Thoraxschmerz und langer Fieberdauer klinische Zeichen, und mit der Erhöhung von Inflammationsmarkern im Blut (CRP, Leukozytenzahl, Neutrophilenzahl) Parameter zur Diagnostik bzw. Erkennung von lokalen Komplikationen zeigen. Obwohl in Polen keine generelle Impfempfehlung für Pneumokokken besteht, zeigte sich zudem, dass Kinder vor der Ausbildung von lokalen

Komplikationen durch eine Pneumokokkenimpfung geschützt werden können.

Besonders interessant erscheint der Befund, dass die Gabe von Ibuprofen und Acetaminophen vor der stationären Aufnahme zu einer Erhöhung der Inzidenz von lokalen Komplikationen führt. Für Ibuprofen konnte dies bereits bei Kindern in retrospektiven Untersuchungen in Frankreich [3] und prospektiven Untersuchungen in Großbritannien [2] und Frankreich [1] und einer Fall-Kontroll-Studie in Frankreich [5] und bei Erwachsenen in Frankreich [7, 11] und Griechenland [4] gezeigt werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da sich der Effekt der Ibuprofen bzw. Acetaminophengabe auch nach statistischer Analyse mit Adjustierung für verschiedene Störgrößen bestätigen ließ. Zudem finden sich erstmalig in dieser Untersuchung Belege dafür, dass nicht nur wie bisher Ibuprofen- sondern auch Acetaminophengaben zu einer Häufung lokaler Komplikationen bei Kindern mit pCAP führen können. Als Ursache für diesen Effekt ist zunächst eine mögliche Immunsuppression zu diskutieren. So wurde für Acetaminophen gezeigt, dass eine Gabe vor Impfungen zu einer verringerten Antikörperantwort führte [8]. Experimentelle Arbeiten zeigen zudem, dass ein Mechanismus der antiinflammatorischen Effekte von Ibuprofen eine Hemmung der Funktion und der Aktivierung von neutrophilen Granulozyten ist [6]. Niedrige Ibuprofendosen < 10 mg/kgKG, wie Sie z. B. zur Fiebersenkung angewendet werden, führen zudem zu gegenläufigen proinflammatorischen Effekten und Rekrutment und Einstrom von neutrophilen Leukozyten in entzündete Gewebe [9]. Denkbar ist auch, dass die Gabe von Ibuprofen und anderen nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) und Acetaminophen (Paracetamol) aufgrund des antipyretischen und analgetischen Effekts die klinischen Zeichen für eine beginnende lokale Komplikation einer pCAP (Schmerzen, Fieber) abschwächen und so zu einer verzögerten Diagnose und verzögerten Therapie führen.

Die vorliegenden Daten sollten bei der Behandlung von Kindern mit unteren Atemwegsinfektionen berücksichtigt werden. Die Anwendung von Ibuprofen und Acetaminophen (Paracetamol) sollte bei Infektionen der unteren Atemwege nicht pauschal und ohne kritische Abwägung gegen das potentielle Risiko einer lokalen Komplikation bei der pCAP angewendet werden. Bei starken Schmerzen bei hospitalisierten Kindern sind ebenfalls Alternativen zu erwägen (Metamizol, Opiate).

Für eine abschließende Neubewertung der Anwendung von NSAR und Paracetamol bei unteren Atemwegsinfektionen, wie Sie von französischen Kollegen empfohlen wird [10], fehlt nach meinem Dafürhalten aber noch die Datenbasis.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Tobias Ankermann, Kiel

Studentinnen in der Praxis: Keine Hexerei



Dr. med. Folkert Fehr

Medizinstudentin Ricarda H., ist sauer. Die Hausarztfamilatur bei Frau Doktor U. aus M. macht überhaupt keinen Spaß und lehrreich ist sie schon gar nicht. U. hat angeboten, einige zusätzliche Tage aufzuschreiben, wenn ihr Ricarda H. und ihre Kommilitonin Florentine W. nur möglichst viele der leidigen Hausbesuche abnehmen würde. Ricarda H. und Florentine W. finden diese Hausbesuche „unmöglich“. Im Auto der U. durch die Stadt zu alten Damen düsen, Blutdruckmessen, Hände halten, Pillen verteilen, Medikamente spritzen: verschenkte Zeit und außerdem auch sicher nicht legal, das Ganze. Ein Glück, daß die Pflichtfamilatur bei Hausärzten, also Kinder- und Jugendärzten, hausärztlichen Internisten und Allgemeinmedizinern, alsbald aus der Approbationsordnung für Ärztinnen verschwinden wird. Auf den Müllhaufen der unsinnigen Studienreformen, wo sie auch hingehört.

Was kann uns diese wahre Geschichte sagen?

Da sind zunächst die Bedingungen, unter denen eine Hospitation im hausärztlichen Versorgungsbereich mit größter Wahrscheinlichkeit misslingt: Studentinnen erwarten nichts, Hausärztinnen geben sich keine Mühe, der longitudinale Versorgungsansatz wird als belanglos

erlebt, kein Zugewinn an wertvollem kognitiven Wissen, wichtigen psychomotorischen Fertigkeiten und identitätsstiftenden Haltungen.

Wenn wir diese Bedingungen gewissermaßen wenden, werden sie zu Bedingungen des Gelingens. Verantwortliche in Praxen mit Studentinnenkontakt haben Lust auf Studentinnenunterricht. Die Praxisorganisation ist darauf eingestellt. Studentinnen haben konkrete, messbare, anspruchsvolle, realistische und an einer Zeitschiene festgemachte Erwartungen. Die Universität schätzt das Engagement der Lehrpraxen ideell und finanziell. Die Ärztekammer beteiligt sich an der Förderung der Studentinnenausbildung in der Praxis.

Wie kommen wir dahin, daß alle Beteiligten sich als Gewinnerinnen durch Studentinnenausbildung in der Praxis sehen?

Die Hauptverantwortliche in der Praxis, im Allgemeinen die Inhaberin oder die Inhaberinnen, bekommen Lust auf Studentinnenunterricht. Wenn das Vergnügen daran nicht bereits inwendig vorhanden ist, sollten wir uns fragen, wie der Mensch selbst in irgendeiner Weise Studentinnenunterricht als interessant oder inspirierend betrachten kann. Ein Kollege schrieb mir, daß er Engagement in der Lehre „für die ambulante Pädiatrie für überlebenswichtig“ hält. Ich verstehe ihn so, dass er sich mit seinem Beruf, seinem Berufsverband, den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien verbunden fühlt. Er gewinnt Selbstachtung, Orientierung und Freude daraus, dazu beizutragen, daß es auch noch morgen eine ambulante grundversorgende Pädiatrie gibt und erachtet Einsatz in der Ausbildung als ein wichtiges Mittel dazu. Er möchte deswegen am Steuerrad sitzen, selbst gestalten, sich mit Gleichgesinnten austauschen, mitbestimmen.

Um Menschen wie diesen Kollegen zu unterstützen, veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) in Koope-

ration mit dem Berufsverband die erste „Bundeskonzferenz Ausbildung“ und darf Gäste aus Dekanaten, Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Studierendenschaft, Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung erwarten. Diese Konferenz soll der Startschuss sein für eine Kooperation in der Ausbildung. Grundversorgende Pädiater wollen sich in die Ausbildung einbringen und treffen dabei auf den Masterplan Medizinstudium 2020, der als parteiübergreifende Blaupause unter anderem die Reduktion der Studienzeit um 25 Prozent vorsieht. In dieser Zeit sollen die Studentinnen Neigungsfächer wählen, wobei der Masterplan das Neigungsfach „primary care“ als groß und bedeutend ansieht. 25 Prozent der Studentinnen sollen hier Platz finden. Da Kapazität und Finanzierung aktuell noch verhandelt werden, ist es sinnvoll, sich schon jetzt vorzubereiten. Dazu hat der Ausschuss Aus- und Weiterbildung im Berufsverband einige Handreichungen gesammelt und auf <https://www.bvkJ.de/der-bvkJ/famulaturboerse/fuer-praxen/allgemeine-informationen/> eingestellt. Dort finden sich allgemeine Informationen über das Warum, Wozu und Wie. Auch Vorlagen zu konkreten Lernangebote und Checklisten können heruntergeladen und an die eigene Situation angepasst werden. Verbesserungen, Erweiterungen und Kritik sind herzlich willkommen. Die jüngste Verbesserung betrifft die Erweiterung des Personenkreises, der mit Sinn und Verstand in der Praxis hospitieren soll. Die Medizindidaktik verabschiedet sich vom „tea bag model“, der Annahme, dass man Menschen nur eine festgesetzte Zeit in ein definiertes Milieu bringen muss, um ein perfektes Produkt zu bekommen. Das Bild von der Teezeremonie beschreibt sicher nicht die ganze Weiterbildungsmisere. Es führt uns vor Augen, daß es nicht reicht, Ärztinnen in Weiterbildung in Lernumgebungen einzutauchen und alles weitere der prägenden Kraft des Faktischen zu überlassen. Lernzeit will geplant sein oder sie fällt unter den Tisch.

* Siehe Anmerkung der Redaktion auf S. 145

Wir müssen auf die Abläufe vor Ort, die Prozesse, schauen. Die Bedürfnisse und Kompetenzen der Ärztinnen in Weiterbildung spielen eine wichtige Rolle, um ein Gleichgewicht von Weiterbildung und Patientenversorgung zu erreichen. Andernfalls schulen wir in den Praxen unsere Nachfolgerinnen in Akutpädiatrie, Husten, Schnupfen, Halsweh – denn diese Vorstellungsanlässe gibt es in großer Zahl – aber nicht in pädiatrischer Prävention, Früherkennung, Sozialpädiatrie oder Jugendmedizin. Entlastung der Inhaberin durch Versorgung akut kranker Kinder und Lernen der komplizierteren Vorstellungsanlässe durch Beobachtung und Rückmeldung sollen Hand in Hand gehen. Dann kann es zu Partnerschaft in der Weiterbildung kommen. Es kommt eben auf die Menschen an, die in einer ganz konkreten Situation einzigartig zusammentreffen. Da können Vorlagen helfen, aber nie genau passen. Die DG-AAP hat deshalb aus ihrer Mitte die Rubrik „Schüler & Praktikanten“ eingeführt und die Haus-Checkliste unter <https://www.dgaap.de/schueler-praktikanten/> zum download publiziert.

Aktuell sind die Studentinnen noch verpflichtet, eine Famulatur im hausärztlichen Versorgungsbereich zu machen. Praxen, die sich dieses Bedürfnis zu eigen gemacht haben, erkennt man auf www.kinderaerzte-im-netz.de am Famulatur-Button auf der Praxis-Seite. Die Nachfrage wird sicher noch eine Zeit bleiben, bis der Masterplan greift, der in deutlich größerem Umfang Studentinnen in Richtung Praxis bewegen wird. Spätestens dann sollte der Ausbildungsmuffel die Schotten dicht machen; und spätestens dann sollte die ausbildungsmotivierte Kinder- und Jugendärztin Konzept, Teamentwicklung, Kontakt zur benachbarten Uni und Ärztekammer fertig haben. Es ist nie zu spät, um anzufangen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Folkert Fehr
Karlsplatz 5, 74889 Sinsheim
Tel.: 07261-65200
E-Mail: fehr-buschmann@web.de*

*Der Autor ist Mitglied im BVKJ-Ausschuss
für Aus- und Weiterbildung und im
Ausschuss Subdisziplinen in der Pädiatrie*

Red.: ReH

Mütterlicher Stress führt zu Übergewicht bei Kindern

Forscher des Helmholtz-Zentrums für Umweltforschung (UFZ) haben in einer großen Mutter-Kind-Studie den empfundenen Stress der Mutter im ersten Lebensjahr des Kindes als einen Risikofaktor für Übergewicht im Kleinkindalter ausgemacht. Dieser wirke sich vor allem auf die Gewichtsentwicklung von Mädchen aus und führe zu einer langfristigen Prägung, schreiben Forscher des UFZ, der Universität Bristol und des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung in ihrer gemeinsamen im Fachmagazin BMC Public Health erschienenen Studie.

In Deutschland sind fast zehn Prozent der Kinder zwischen zwei und sechs Jahren übergewichtig, davon rund drei Prozent sogar fettleibig. Hochkalorische Ernährung und zu wenig Bewegung sind bekannte Risikofaktoren für Übergewicht. „Mütterlicher Stress steht ebenfalls im Verdacht, zu einer Entwicklung von Übergewicht bei Kindern beizutragen“, sagt Ernährungswissenschaftlerin Dr. Kristin Junge vom Department Umweltimmunologie am UFZ. „Gerade das Zeitfenster während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren ist in der kindlichen Entwicklung sehr sensibel für äußere Einflüsse, die zu Krankheiten oder auch Übergewicht führen können.“ Und dazu können auch psychologische Einflüsse gehören, wie beispielsweise mütterlicher Stress. In ihrer aktuellen Studie untersuchten die UFZ-Wissenschaftlerinnen, ob und wie sich mütterliches Stressempfinden während der Schwangerschaft sowie in den ersten beiden Lebensjahren auf die Gewichtsentwicklung des Kindes bis zum fünften Lebensjahr auswirkt. Dafür analysierten sie vorhandene Daten aus der Mutter-Kind-Studie LiNA.

LiNA ist eine Langzeitstudie, in der sensible kindliche Entwicklungsphasen unter besonderer Berücksichtigung von Lebensstil, Umweltbelastungen und dem



Foto: © anettheim - AdobeStock.com

späteren Auftreten von Allergien, Atemwegserkrankungen und Übergewicht untersucht werden. Seit 2006 begleiten UFZ-Forscher in Kooperation mit dem Städtischen Klinikum St. Georg in Leipzig sowie seit kurzem auch mit dem Universitätsklinikum Leipzig mehrere hundert Mutter-Kind-Paare von der Schwangerschaft an, um Auswirkungen von Umwelteinflüssen und Lebensgewohnheiten auf Gesundheit und Wohlbefinden zu erforschen. Dabei werden regelmäßig Befragungen, Schad-

stoffmessungen im Wohnumfeld sowie Labor- und ärztliche Untersuchungen von Müttern und Kindern durchgeführt. Die aktuelle UFZ-Studie basiert auf Daten von 498 Mutter-Kind-Paaren der LiNA-Studie. Aus den Zahlen zu Größe und Gewicht ermittelten die Forscher den Body Mass Index (BMI) der Kinder und normierten ihn auf Alter und Geschlecht. Der empfundene Stress der Mütter wurde mithilfe validierter Fragebögen erhoben und umfasste die Themen Sorgen und Ängste, Gefühle von Anspannung, allgemeine Zufriedenheit sowie den Umgang mit täglichen Anforderungen. „Die Daten zum empfundenen Stress der Mütter während der Schwangerschaft sowie in den ersten beiden Lebensjahren des Kindes haben wir mit der Entwicklung des BMI der Kinder bis zu ihrem fünften Lebensjahr ins Verhältnis gesetzt und geschaut,

ob es einen Zusammenhang gibt“, erklärt Biochemikerin Dr. Beate Leppert, Erstautorin der Studie, die mittlerweile an der Universität Bristol arbeitet.

Erstes Lebensjahr besonders prägend

Und die Ergebnisse der Studie zeigen: Den Zusammenhang gibt es tatsächlich. Hatten Mütter im ersten Lebensjahr ihres Kindes ein hohes Stressempfinden,

so war die Wahrscheinlichkeit groß, dass ihre Kinder in den ersten fünf Lebensjahren einen erhöhten BMI entwickeln. Der Zusammenhang zwischen mütterlichem Stressempfinden im ersten Lebensjahr des Kindes und erhöhtem BMI war besonders deutlich bei Mädchen zu sehen. „Es scheint, dass vor allem Töchter gestresster Mütter ein erhöhtes Risiko haben, übergewichtig zu werden“, sagt Dr. Saskia Trump, Letztautorin der aktuellen Studie, die mittlerweile am Berliner Institut für Gesundheitsforschung arbeitet. „Es gibt Studien, die zeigen, dass solche psychologischen Faktoren wie das Stressempfinden der Mutter von Jungen möglicherweise weniger intensiv wahrgenommen oder besser kompensiert werden“. Keine signifikanten Auswirkungen auf die Gewichtsentwicklung beider Geschlechter hatte der empfundene Stress der Mütter während der Schwangerschaft sowie während des zweiten Lebensjahres des Kindes.

Stressoren identifizieren

Doch wodurch wird der empfundene Stress der Mütter überhaupt verursacht? Um diese Frage zu beantworten, haben die Forscher weitere Daten der Mutter-Kind-Befragungen untersucht und nach möglichen Einflussfaktoren wie Haushaltseinkommen, Bildungsstatus sowie Qualität des Lebensumfeldes gefahndet. Die Ergebnisse zeigen, dass Mütter mit einem deutlich erhöhten empfundenen Stresslevel häufig viel Verkehr oder Lärm ausgesetzt waren, in einem einfachen Wohnumfeld lebten oder ein niedriges Haushaltseinkommen hatten. „Der von Müttern empfundene Stress sollte ernstgenommen werden“, sagt Junge. „Hebammen, Frauen-, Kinder- und Hausärzte sollten im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes besonders aufmerksam sein für Anzeichen von Stress.“ Denn wenn man den Müttern frühzeitig hilft oder Unterstützung anbietet, könnte man vielleicht gleich zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: Das mütterliche Wohlbefinden verbessern und damit auch der Übergewichtsentwicklung ihrer Kinder vorbeugen.

Quelle: Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung GmbH, www.ufz.de

Red.: ReH

Kinder- und Jugendärzte fordern umfassendes Werbeverbot für alle Tabak- und E-Nikotinprodukte

Berlin, den 19.02.2019 // Gesundheitspolitiker aus allen Bundestagsfraktionen diskutieren derzeit ein umfassendes Tabakaußenwerbeverbot auch für Deutschland. Die DAKJ als Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Verbände und Gesellschaften freut sich sehr über diese Initiativen, denn die deutschen Kinder- und Jugendärzte fordern schon seit langem ein umfassendes Tabakwerbeverbot.

Deutschland ist das einzige Land in der Europäischen Union, in dem Tabakwerbung mit großflächiger Außenwerbung auf Plakaten oder im Kino noch erlaubt ist“, so **Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär der DAKJ**. Damit verstößt die Bundesregierung gegen das auch von Deutschland unterzeichnete **internationale Tabak-Rahmenabkommen der Weltgesundheitsorganisation WHO (FCTC)**. Insbesondere auf Kinder und Jugendliche hat Werbung einen starken Einfluss. Je häufiger Kinder und Jugendliche mit Tabakwerbung in Kontakt kommen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie in ihrem Leben später Tabakprodukte konsumieren und entsprechende Abhängigkeiten entwickeln.

Das belegen mittlerweile zahlreiche Studien, die zeigen, dass insbesondere junge Menschen auf Tabakwerbung reagieren: Von den 15- bis 17-jährigen Jugendlichen und den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 30 Jahren bemerken etwa drei Viertel Tabakwerbung, von den über 60-Jährigen hingegen nur etwa die Hälfte der Befragten.

Neben dem Freundeskreis ist Zigarettenwerbung heute der häufigste Grund für junge Menschen, mit dem Rauchen anzufangen. Stärker als bei anderen Produkten haben Studien eine klare Verbindung zwischen der Wahrnehmung von Zigarettenwerbung und dem Rauchverhalten festgestellt. Wer viel mit Zigarettenwerbung konfrontiert war, hatte doppelt so oft schon einmal geraucht und sogar dreimal so oft im letzten Monat unmittelbar nach der Schaltung der Werbung.

Bereits im April 2016 wurde im Bundestag ein Gesetzesentwurf vorgelegt, der Außenwerbung für Tabakprodukte in

Deutschland ab 2020 umfassend verbieten sollte. In Ländern mit umfassenden Tabakwerbeverboten ist ein deutlich größerer Rückgang des Tabakkonsums über alle Altersklassen zu verzeichnen als in Ländern ohne Tabakwerbeverbote. **Laut WHO kann ein Verbot von Tabakwerbung zu einem Rückgang des Tabakkonsums um ca. sieben Prozent führen.**

In anderen europäischen Ländern mit umfassenden Tabakwerbeverboten ist die Raucherquote insbesondere unter Jugendlichen mittlerweile deutlich zurückgegangen. Allerdings funktioniert das vor allem dann, wenn Werbeverbote auch wirklich lückenlos sind. Solange es bei partiellen Verboten bleibt, wie bisher in Deutschland, zeigt sich kaum eine Änderung im Rauchverhalten.

„Es ist nicht nachvollziehbar, warum öffentliche Präventionskampagnen der Bundesregierung vom Tabakkonsum abraten, die Tabakindustrie aber ihre Produkte weiter bewerben darf“, so Prof. Hans-Iko Huppertz. Auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, fordert, dass Deutschland den anderen EU-Ländern folgen und endlich ein umfassendes Werbeverbot für alle Tabakprodukte beschließen muss, einschließlich der seit einigen Jahren mit großem Werbeaufwand auf den Markt eingeführten sogenannten E-Zigaretten. Seit 2006 sind E-Zigaretten im europäischen Raum präsent. Mit Tabakerhitzern drängen seit 2017 neue elektronische Tabakprodukte auf den Markt. Und weitere E-Nikotinprodukte (z.B. Hybride zwischen E-Zigaretten und E-Tabakerhitzern) sind bereits in der Entwicklung. Gerade diese „modernen“ Produkte erfreuen sich bei Kindern und Jugendlichen einer großen Beliebtheit.

Ganz aktuell hat die American Academy of Pediatrics in einer umfangreichen Studie darauf hingewiesen, dass bei Kindern und Jugendlichen E-Zigaretten häufig einen Einstieg in den späteren Konsum herkömmlicher Zigaretten darstellen und im Dampf von E-Zigaretten ebenfalls gesundheitsgefährdende Stoffe und zahlreiche andere Substanzen enthalten sind, deren genaue Effekte noch gar nicht bekannt sind, weil Langzeitstudien fehlen: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/143/2/e20183652.full.pdf>

Es wäre deshalb absolut kontraproduktiv, sollten nunmehr E-Zigaretten und weitere E-Nikotinprodukte von einem Werbeverbot ausgenommen werden, wie es derzeit von Teilen der Politik erwogen wird.

Prof. Hans-Iko Huppertz: „Öffentliche Werbung für Tabakprodukte erschwert nachhaltig eine wirksame Prävention vor den Gefahren des Tabakkonsums. Die medizinische Forschung hat gezeigt, dass der Organismus von Kindern und Jugendlichen gegenüber Schadstoffbelastungen signifikant sensibler ist, als der von Erwachsenen und deshalb eines besonderen Schutzes bedarf. Gerade bei der Prävention müssen Kinder und Jugendliche im Vordergrund stehen.“

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz,
Generalsekretär
Deutsche Akademie für Kinder- und
Jugendmedizin e. V., Dachverband
der kinder- und jugendmedizinischen
Gesellschaften, 10115 Berlin
Tel. 030.4000588-0
E-Mail: kontakt@dakj.de

Red.: WH

Berlin, Berlin – wir fahren nach Berlin

Eigentlich ist das der Schlachtruf der Fußballfans, deren Club sich fürs DFB Pokalfinale, das jedes Jahr in Berlin stattfindet, qualifiziert haben.

Es könnte aber auch der Schlachtruf von Ihren Mitarbeiterinnen sein, wenn sie gemeinsam mit Ihnen nach Berlin reisen: **Sie zum Kinder- und Jugendärztetag des bvkj und die MFAs zum Kongress „PRAXISfieber-live“, der parallel dazu stattfindet.**

Kongressthema

„Entwicklung“ ist das Leitthema in diesem Jahr – eigentlich ja unser tägliches Brot! Was ist „normal“ und was nicht mehr in der kindlichen körperlichen und psychomotorischen Entwicklung – wie groß ist die Variabilität und wann muss man handeln? Neben Vorträgen zu diesem Themenkomplex gibt es auch wieder Seminare zu den unterschiedlichsten Themen.

Auch bei den MFAs geht es um das Leitthema des Kongresses – und außerdem können sie an den beiden Tagen an vier Seminaren teilnehmen – bei 28 Seminaren keine leichte Aufgabe, sich die richtigen auszusuchen.

Was Sie davon haben??

Zunächst eine konzentrierte hochkarätige Fortbildung an zwei Tagen für Sie und Ihre Mitarbeiterinnen – und Ihnen bleibt abends noch genug Zeit, gemeinsam aus dem kulturellen Angebot in Berlin etwas auszuwählen – einfach mal ein Betriebsausflug der etwas anderen Art.

Nebenbei bemerkt: Fortbildungskosten sind steuerlich absetzbar.

Also – was hindert Sie?

Kommen Sie vom 14.06.–16.06. nach Berlin – wir Organisatoren freuen uns auf Sie und Ihre Mitarbeiterinnen!

Korrespondenzanschrift:

Dr. Michael Mühlshlegel

74384 Lauffen

E-Mail: michaelandreas@t-online.de

Red.: WH

Sexuelle und reproduktive Gesundheit männlicher Jugendlicher und junger Männer

Position Statement der Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM) gibt Empfehlungen zu Gesundheits-Investitionen // In der kürzlich erschienenen Ausgabe des *Journal of Adolescent Health* veröffentlichte die Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM) ein „Position Statement“ – *Advocating for Adolescent and Young Adult Male (AYA) Sexual and Reproductive Health (SRH)*, das wegen seiner Bedeutsamkeit nachfolgend mit seinen wesentlichen Aussagen wiedergegeben wird.



Dr. med. Bernhard Stier

Die WHO sieht in ihren nachhaltigen Entwicklungszielen bis 2030 als ein wichtiges Ziel die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei allen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und stellt fest, dass mehr Aufmerksamkeit für die bislang unerfüllten diesbezüglichen Belange der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (AYA) die gesundheitliche Situation von Männern und Frauen insgesamt verbessern würde. Darüber hinaus spielen männliche AYA's auch eine herausragende Rolle für die Gesundheitsförderung bei Frauen und Kindern.

Verglichen mit weiblichen AYA's ist es für Jungen und junge Männer deutlich schwieriger, SRH-Informationen und -Betreuungsangebote zu bekommen. Gendernormen verhindern zudem die Suche nach Gesundheitsinformationen oder sind, was Gesundheit angeht, kon-

traproduktiv. Zudem verfügen Jungen und junge Männer in geringerem Maße über ein SRH-Informationsnetzwerk. Jungenspezifische Strategien zur Prävention von Risikoverhalten sind außerdem erforderlich, denn dies zeigt sich bei ihnen deutlich mehr als bei ihren weiblichen Altersgenossinnen.

Die Übernahme traditioneller Männlichkeitsmuster seitens männlicher Adoleszenten und junger Erwachsener ist verbunden mit SRH-bezogenem Risikoverhalten, Substanzgebrauch und Gewalt, die zu negativen gesundheitlichen Folgen und einer erhöhten Sterblichkeit beitragen. Haben AYAs mehr traditionellere Vorstellungen von Männlichkeit, ist dies ein großes Hindernis für den Zugang zu Gesundheitsinformationen und Engagement in der SRH-Pflege. Junge Männer, die nicht mit starren kulturellen Vorstellungen von Männlichkeit (einschließlich Homosexualität, Bisexualität, Transgender) übereinstimmen, sehen sich zusätzlicher Stigmatisierung und Diskriminierung und damit dem erhöhten Risiko von emotionalem Stress und Gewalt ausgesetzt.

Gesundheitsinformationen und Beratungsstellen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit neigen dazu, sich sehr stark auf Frauen und Kinder zu konzentrieren. Bei der Rechtfertigung, dass männliche Jugendliche und junge Männer meist davon ausgeschlossen sind, wird die wichtige Rolle verkannt, die Männer im Hinblick auf mütterliche Gesundheit und Kindergesundheit spielen.

Daher gibt die SAHM nachfolgende Empfehlungen zu mehrstufigen strategischen Investitionen.

Empfehlung 1

Förderung der SRH-Forschung durch die Politik in Programmen und praktischer Umsetzung, um sicherzustellen, dass diese im Ergebnis angemessen und relevant auf die Bedürfnisse aller männlichen Jugendlichen und jungen Männern fokussiert sind. Um relevante, wirksame und umfassende SRH-Forschung in der Politik und deren Umsetzung in Theorie und Praxis zu fördern, empfiehlt die SAHM die folgenden Strategien:

1. Entwicklung, Umsetzung sowie Bewertung und Verbreitung von evidenzbasierten Interventionen durch Regierungen, Institutionen für das Gesundheitswesen, Schulen und Gemeinden, im Engagement für männliche AYA's, die SRH-Präventionsmaßnahmen unterstützen und die Zugänglichkeit zu jugendfreundlichen und vertraulichem SRH-Servicestellen fördern, unabhängig von der geschlechtlichen Identität, sexuellen Orientierung oder sexuellen Verhaltensweisen
2. Männliche AYA's in der Jugend-Politik zu beteiligen
3. Nachhaltige öffentliche und private Finanzierung von „Models of good practice“, die den Zugang und die Nutzung der SRH-Programme und Dienste durch männlicher AYA's identifizieren und fördern.

Empfehlung 2

Sicherstellen, dass eine umfassende, entwicklungsgerechte und integrative SRH-Bildung und Information für alle männlichen AYAs zugänglich ist. Speziell sollte SRH-Bildung sich bei männlichen AYAs befassen mit:

1. Förderung positiver Ausdrucksformen von Männlichkeit (z. B. im Hinblick auf Verantwortung für sich selbst und andere), die nicht bezogen ist auf sexuelle Handlungen
2. Einflussnahme auf gesellschaftliche und kulturelle Normen, die gekennzeichnet sind durch starre Vorstellungen von Männlichkeit und Stereotypen, welche riskante Verhaltensweisen fördern, und die einer effektiven SRH-Förderung kritisch gegenüberstehen
3. Kommunikationsbarrieren abbauen zwischen Kollegen, Partnern, Eltern, Familien, Schulen, Gemeinden, Gesundheitssystemen und Gesellschaft, die Gespräche über SRH, Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung und Entscheidungsfindung verhindern
4. Effektive Kommunikationsstrategien im Hinblick auf geeignete Atmosphäre, Vertrauen und Wissen in Bezug auf SRH-Themen entwickeln

Empfehlungen 3

Die SRH-Gesundheitsversorgung muss vor der Pubertät beginnen und sich dem jeweiligen Stand der Pubertät anpassen. Die SRH-Versorgung soll beide Elternteile und Partner einbeziehen und einen gesunden Beziehungsaufbau fördern. Dabei sollen die Genannten ebenfalls Zugang zu SRH-Institutionen haben. Es genügt nicht, die alleinige Verantwortung bestimmten Fachgebieten zuzuschreiben. Vielmehr muss sie auf allen Ebenen des Gesundheitssystems berücksichtigt werden.

Spezifische SRH-Betreuungsziele für alle männlichen AYAs umfassen:

- Förderung gesunder und equitabler Beziehungen
- Verhinderung ungewollter Schwangerschaften
- Bestmögliche Verwirklichung gesunder Schwangerschaftsverläufe
- Prävention und adäquate Behandlung von STIs/HIV/HPV
- Ansprechen von Themen rund um Infertilität und Sexualfunktion
- Vergewisserung der Qualität und Zufriedenheit in der SRH-Betreuung

Als Kern-Dienstleistungen sind für alle männlichen AYAs zu empfehlen: Ausführliche SRH-Anamnese, körperliche Untersuchung, ggf. Laboruntersuchun-

gen, Verhaltens- und Vorsorgeberatung, Impfungen, Beratung zur Vaterschaftsverhütung sowie STI-Prävention (z. B. Kondome, Notfall-Kontrazeption und HIV-Prophylaxe).

Kompetenzen der professionellen Gesundheitsanbieter (HCP)

Erforderlich ist eine Verbesserung der SRH-Kommunikation, -Bildung und klinischen Fähigkeiten bei HCPs und den Mitarbeitern, um sicherzustellen, dass eine qualifizierte SRH-Bildung und Betreuung bei jeder Konsultation in allen Bereichen der Gesundheitspflege zur Verfügung stehen.

HCPs, die männlichen AYAs beraten und betreuen, sollten sich auskennen in der sexuellen und reproduktiven Gesundheitspflege. HCPs sollten darüber hinaus verstehen, wie ihre persönlichen Überzeugungen über menschliche Sexualität Einfluss nehmen auf ihre Wahrnehmungen und die Versorgung von Patienten. Dies wird ihnen ermöglichen, besser, unvoreingenommener, einfühlsamer und mitfühlender männliche AYA mit unterschiedlichen Gender-Identitäten und Orientierungen versorgen zu können.

Speziell, sollte HCPs Kompetenzen für männliche AYAs umfassen:

1. Entwicklung von Fähigkeiten, die eine umfassende Anamnese zur sexuellen Gesundheit, die körperliche Untersuchungen, notwendige Laboruntersuchungen, Behandlung/Management-Ansätze und empfohlene Impfungen und Beratung zur Prävention bei männlichen AYAs ermöglichen
2. Integration von qualifizierter Patientenaufklärung in eine entwicklungs-gerechte vorausschauende Beratung incl. ggf. verhaltensmodifizierender Strategien, die auf männliche AYAs zugeschnitten sind, um sicherere Sexualpraktiken und umfassende Familienplanung zu fördern

Es besteht die dringende globale Aufgabe, die sexuelle und reproduktive Gesundheit von männlichen AYAs zu fördern. SAHM unterstützt die Verbesserung und Steigerung des Zugangs zu und Beteiligung an einer evidenz-basierten, unterstützenden und umfassenden SRH-

Bildung und Pflege, die gendergerecht, entwicklungsgerecht, inklusiv und informierend männlichen AYAs angeboten werden soll. Ein besonderes Augenmerk auf entsprechende SRH-Ausbildungscurricula ist erforderlich, um die Kompetenzen der Ärzte und Fachleute zu erhöhen. Weitere Forschung ist notwendig, um die Entwicklung, Umsetzung und Verbreitung von effektiven und qualitativ hochwertigen klinischen Dienstleistungen, Richtlinien und die SRH Bildung zu verbessern. Dies soll die SRH-Bedürfnisse von männlichen AYAs besser fokussieren und die Gleichberechtigung der Geschlechter gewährleisten.

Info: 1968 gegründet, ist die Gesellschaft für Gesundheit von Jugendlichen und Medizin (SAHM) eine multidisziplinäre Organisation zur Verbesserung der physischen und psychosozialen Gesundheit und Wohlergehen aller Jugendlichen durch Interessenvertretung, klinische Versorgung, Gesundheitsförderung, Gesundheit Leistungserbringung, berufliche Entwicklung und Forschung.
<https://www.adolescenthealth.org/Home.aspx>

Das Journal of Adolescent Health (J. Adolesc. Health) ist ein offizielles Publikationsorgan der SAHM und erscheint mit zwölf Ausgaben im Jahr: Journal of Adolescent Health 63 (2018) 657–661
https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/Sept-2018-MaleSexualandReproductiveHealth.pdf

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Bernhard Stier
 Kinder- und Jugendarzt
 Willhöden 68, 22587 Hamburg
 Tel.: 040 69604420
 E-Mail: bstier@t-online.de
www.jungenmedizin.de
 Member of the Euteach Working Group:
www.euteach.com

Red.: ReH

Kinderschutz-Leitlinie (AWMF online)

(veröffentlicht am 05.02.2019)

Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)

Präambel

Diese Leitlinie zu Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung ist das Ergebnis eines vierjährigen Prozesses der beteiligten Vertreter/innen aus den Bereichen der Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Sozialer Arbeit. Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie wurde **2011 im Rahmen des Runden Tisches sexueller Missbrauch** (Anm.: Der BVKJ war am Runden Tisch durch Dr. Hartmann vertreten) getroffen. Die Koordination erfolgte durch den medizinischen Bereich mit Unterstützung der beteiligten 82 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesministerien und Bundesbeauftragten.

Gemeinsam wurde beschlossen, dass das Erkennen, Feststellen, Sichern und der Schutz vor Reviktimisierung bei Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als Grundlage der wissenschaftlichen Arbeit dienen soll. Dies führte zur Entwicklung diagnostischer Vorgehensweisen bei Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung mit dem Ziel, Fachkräften Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen zu geben und Kinder und Jugendliche zu schützen.

Während der Entwicklung der Leitlinie setzten sich alle Beteiligten konstruktiv mit der Frage auseinander, welchen Stellenwert das Erkennen, Feststellen, Sichern und der Schutz vor Reviktimisierung im Kinderschutz hat. Es wurde deutlich, dass die Entwicklung einer allumfassenden „Kinderschutzleitlinie“ noch nicht abgeschlossen ist und diese Leitlinie keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

Ein Ziel der Leitlinie ist es, Anhaltspunkte wie eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch zu objektivieren, die Prognose in Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu er-

stellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln. Dies richtet sich sowohl an die Kinder, Jugendlichen und Personensorgeberechtigten selbst als auch an die beteiligten Fachkräfte im Kinderschutzverfahren. Wünschenswert ist die Fortsetzung der konstruktiven Zusammenarbeit aller Partner/innen im Kinderschutz unter Mitwirkung der Kinder und Jugendlichen selbst, um sich diesem Ziel zu nähern. (...)

Kindeswohl und Kinderschutz

Kindeswohl und Kinderschutz können mit Bekanntwerden der Schwangerschaft beginnen und enden mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Schnittstellen der versorgenden Bereiche für Kinder und Jugendliche und deren Familien. In der Kinderschutzleitlinie werden die „**Haupt-Versorgungsbereiche**“ anhand von **Jugendhilfe, Medizin/Psychologie und Pädagogik** beschrieben. Es gilt sowohl die Schnittstellen zu beschreiben als auch unter der Berücksichtigung der Aufgaben in den Versorgungsbereichen und deren Zusammenwirken Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz zu formulieren. Unter Federführung der Fachgesellschaft **Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)** wurde in Zusammenarbeit mit 82 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesbeauftragten und Bundesministerien aus den Bereichen Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Pädagogik die S3(+) Leitlinie zur Detektion, Diagnostik und zum Schutz vor einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung entwickelt. Diese Zusammensetzung stellt die Partner für Kindeswohl und Kinderschutz repräsentativ dar und soll zur Verbesserung des strukturierten Vorgehens und der Zusammenarbeit beitragen. (...)

2.4 Rechte von Kindern und Jugendlichen

Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (**Kinderrechtskonvention**) ist das wichtigste internationale Instrumentarium für Kinderrechte. Mit Ausnahme der Vereinigten Staaten von Amerika wurde die Kinderrechtskonvention am 20. November 1989 inzwischen von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen ratifiziert. Es existiert keine Kinderversion der 54 Artikel umfassenden Ausgabe in der üblicherweise für völkerrechtliche Vertragstexte verwendeten Sprache. UNICEF, die Kinderrechtsorganisation der UN, fasst diese Artikel zu zehn prägnanten Grundrechten zusammen:

Jedes Kind hat das Recht auf...

1. einen Namen
2. Gesundheit
3. Bildung
4. Spiel und Freizeit
5. Information und Beteiligung
6. Schutz vor Gewalt und auf Privatsphäre
7. Eltern
8. Schutz vor Ausbeutung
9. Schutz im Krieg und auf der Flucht
10. eine besondere Betreuung bei Behinderung

Im Rahmen der vorliegenden Leitlinie wurden die zehn Grundrechte von Kindern zu **drei thematisch zusammenhängenden Säulen** gebündelt. Im Kontext des medizinischen Kinderschutzes ist auf die Wahrung dieser Rechte von Kindern und Jugendlichen besonders zu achten.

1. Das Recht, beteiligt und gehört zu werden

Ein Grundrecht von Kindern und Jugendlichen ist die **Partizipation an allen sie betreffenden Entscheidungen**. Es ist von besonderer Bedeutung, die **Kinder und Jugendlichen über die einzelnen Behandlungsschritte einer medizinischen Therapie altersangemessen zu informieren**. Kinder und Jugendliche müssen die Mög-

lichkeit bekommen, ihr informiertes Einverständnis zu allen Behandlungsmaßnahmen zu geben. Voraussetzung für ein informiertes Einverständnis ist nicht nur die Aufklärung über die einzelnen Behandlungsabläufe, sondern auch die Erklärung der mit der Behandlung einhergehenden Risiken. Adressat/in der Aufklärung ist grundsätzlich der/die einwilligungsfähige Patient/in, im Falle von einwilligungsunfähigen Minderjährigen sind stattdessen die Personensorgeberechtigten aufzuklären. In jedem Fall muss der/die einwilligungsunfähige Minderjährige zumindest aber miteinbezogen werden. Sollte die Prüfung zu dem Ergebnis kommen, dass die/der Minderjährige nicht einwilligungsfähig ist, ist stets die Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig.

2. Das Recht auf Förderung und Fürsorge
Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, von ihren Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen angemessen versorgt und gefördert zu werden. **Kommen die Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen dieser Verantwortung/Pflicht nicht nach, liegt eine Vernachlässigung vor.** Das Versagen beim Schaffen und Gestalten einer entwicklungsgerechten und unterstützenden Umgebung von Kindern und Jugendlichen gehört zu den häufigsten Formen der Kindesmisshandlung und bleibt doch oft unerkannt (Stietenroth, Nowotzin & Oberle 2016).

3. Das Recht auf Schutz
Kinder und Jugendliche sollen vor Gewalt jeglicher Art geschützt werden. Das bezieht sich nicht nur auf das Recht darauf, eine gewaltfreie Erziehung zu erfahren, sondern auch auf den Schutz vor seelischer Misshandlung, sexueller

Gewalt und Kriminalität. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen wird somit zu einer gesellschaftlichen Aufgabe und umfasst sowohl die primäre Prävention als auch die Intervention im Falle einer bereits eingetretenen Kindeswohlgefährdung.

Patientenrechte und Autonomie von Minderjährigen

Eine medizinische Untersuchung und Befunderhebung sind auch ohne eine anschließend erforderliche Behandlung mit einem körperlichen Eingriff bzw. einem Eingriff in die Gesundheit verbunden, weshalb eine Einwilligung der Patienten/innen in der Regel zwingend erforderlich ist. Das Einverständnis zu notwendigen Maßnahmen erfolgt durch den/die einwilligungsfähige/n Minderjährige/n oder den Personensorgeberechtigten.

Im Kontext von Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch können Uneinigkeiten zwischen einem/einer minderjährigen Patienten/in und den Personensorgeberechtigten auftreten und eine Untersuchung wird abgelehnt. Infolgedessen gilt es, den Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Kindes oder Jugendlichen und dem Sorgerecht der Personensorgeberechtigten abzuwägen. Für die Abwägung sollten die Beratung durch andere Fachkräfte oder bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung die Beratung und Unterstützung des Jugendamtes bzw. des Familiengerichtes in Absprache mit den Kindern und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten erfolgen und eingeholt werden. Grundsätzlich sollen Kindern und Jugendlichen alle Informationen über unmittelbare und spätere Konsequenzen für jede Maßnahme alters- und entwicklungsgerecht dargelegt werden, damit Kinder und Jugendliche informiert zustimmen oder ablehnen können.

Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen

Alle Handlungsempfehlungen setzen das Einverständnis der Betroffenen voraus. Das Einverständnis erfolgt durch den/die einwilligungsfähige/n Minderjährige/n oder die Personensorgeberechtigten.

Kriterien für die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger können zum Beispiel die **Fähigkeit sein, dem Aufklärungsgespräch aktiv zu folgen, weiterführende Fragen zu stellen und selbstständig auf Besonderheiten der eigenen Lebensführung oder Gesundheit hinzuweisen.** Die Bestimmung einer starren Altersgrenze zur Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit ist jedoch mit der Notwendigkeit, in jedem Einzelfall die individuelle Reife des betroffenen Kindes oder Jugendlichen in Bezug auf die jeweilige Tragweite der Entscheidung zu beurteilen, nicht vereinbar. Die Einwilligungsfähigkeit ist nicht nur in Bezug auf die individuellen Voraussetzungen der Minderjährigen zu prüfen, sondern auch im Hinblick auf die konkrete medizinische Maßnahme. Sollte die Prüfung zu dem Ergebnis kommen, dass die/der Minderjährige nicht einwilligungsfähig ist, ist stets die Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig. (...)

Für den BVKJ hat Dr. med. Burkhard Lawrenz, Arnsberg, an der Erstellung der Leitlinie mitgewirkt.

Link: file:///C:/Users/Hartmann/Documents/Bundestag/BMFSFJ/027-0691_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02.pdf

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

#Hashtag BVKJ – wie Twitter uns die Welt nahe bringt und der Welt die Positionen des BVKJ

Tweeds als wichtiges Sprachrohr für den BVKJ. # Printmedien punktgenau nutzen. # Souveränität vor der Kamera unerlässlich. # Landespressesprecher in Fulda beim jährlichen Pressetraining.

In gewohnt angenehmer Atmosphäre bot das Hotel zum goldenen Karpfen in Fulda auch in diesem Jahr einen perfekten Rahmen für das Pressesprecherseminar unter dem Vorsitz des Bundespressesprechers Dr. Hermann Josef Kahl. Flankiert wurde die souveräne Seminarleitung erneut von den beiden erfahrenen Journalisten Regine Hauch und Raimund Schmid.

Im Impulsreferat am Samstagmorgen verriet die politische Referentin des BVKJ, Katrin Jackel-Neusser, viel über das von ihr häufig genutzte Medium Twitter und das mysteriöse „Hashtag“. Nutzungsmöglichkeiten sowie die enorme Schnelligkeit und Breite des Nachrichtendienstes wurden als sehr positiv für die Belange des Berufsverbandes erkannt. Meldungen können rasch gepostet oder von anderen Twitterern kopiert und übernommen werden. Twitter kennt dabei weder Landes- noch Altersgrenzen und operiert in Echtzeit. Aber auch die kritische Nachfrage zur Erreichbarkeit der neuen Generation heranwachsender Ärzte wurde diskutiert. Für sie ist Twitter eine unbekannte Welt – andere Soziale Medien spielen (noch) viel größere Rollen.

In kleineren Seminargruppen wurde nachmittags und am Sonntag praktisch geübt, wie man sich und seine Botschaft vor Mikrofon und Kamera gut „überbringen“ kann und wie man auch Zeitungsinterviews gut meistert. Ist es auf dem geschriebenen Blatt die punktgenaue Antwort in kurzen und wenigen Sätzen, die zählt, so sind vor der Kamera Gestik, Mimik und Stimmfestigkeit weitere entscheidende Kriterien zum sicheren Transport der Botschaften des BVKJ. In beiden Gruppen, der Print- und der Kamera-Gruppe, fand ein reger Austausch unter allen Teilnehmern statt. Es wurde allen Pressesprechern von den anwesenden Medienprofis viel bereits vorhandenes Geschick und Können zuerkannt.

Nach getaner Arbeit gab es am Samstagabend noch einen gemeinsamen Rundgang durch die Barockstadt Fulda, bevor dann der nordrheinische Pressesprecher und Chorsänger Edwin Ackermann zur Singpause einlud. Neben der Freude am Singen ging es hier auch um die richtige Atemtechnik und Artikulation – wichtig für den Auftritt vor Mikrofon und Kamera.



Insgesamt ein lehrreiches Wochenende, das wir alle motiviert und bestens geschult in Richtung der jeweiligen Heimat verließen, um dort weiterhin rasch und professionell auf Presseanfragen zu reagieren und dem BVKJ in der Öffentlichkeit eine Stimme zu geben.

Korrespondenzadresse:

Steffen Büchner, Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Pressesprecher LV Mecklenburg-Vorpommern, 18273 Güstrow
E-Mail: buechner.steffen@web.de

Red.: ReH

Drei zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und Schmelzhärtungsmaßnahmen

Der Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat am 17. Januar die Einführung von drei zusätzlichen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder beschlossen und somit das Konzept der Zahnärzteschaft zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern weitgehend umgesetzt.

- FU1: Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung 6. – 9. Lebensmonat
- FU2: Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung 10. – 20. Lebensmonat
- FU3: Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung ab dem 21. Lebensmonat

Die neuen Leistungen sollen zum 1. Juli 2019 zur Verfügung stehen.

Hintergrund: Frühkindliche Karies

Frühkindliche Karies (Early childhood caries, kurz ECC) gilt als häufigste chronische Krankheit bei Kindern im Vorschulalter. Immer häufiger weisen Kinder kariöse Zähne auf, wenn sie die Gruppen- und Individualprophylaxe erreichen. Annähernd die Hälfte der kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, entstehen in den ersten drei Lebensjahren.

Das wissenschaftliche Konzept der Zahnärzteschaft mit dem Titel „Frühkind-

liche Karies vermeiden“ trägt dazu bei, ein gutes Gesundheitsverhalten und die bestmöglichen Voraussetzungen für eine dauerhafte Zahn- und Mundgesundheit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe zu etablieren sowie Karies, Zahnfleischentzündungen, Zahnverlust und entsprechende Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Zusammenstellung nach einer Pressemeldung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV):

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



Tierquälerei als Frühindikator für Gewalt gegen Kinder

Kann Verlinkung zwischen Tierärzten und Kinder- und Jugendärzten bei der Früherkennung helfen? // „When animals are abused, people are at risk; when people are abused, animals are at risk.“ Diesem Leitspruch des amerikanischen Psychologen Frank R. Ascione folgend, richtet sich das Augenmerk der Forschung in verschiedenen Ländern seit einiger Zeit verstärkt auf die Zusammenhänge zwischen Gewalt gegen Menschen und Gewalt gegen Tiere, im Englischen „Links“ genannt; dies besonders in Hinblick auf Kindesmisshandlungen bzw. häusliche Gewalt. Studien legen nahe, dass Tierquälerei z. B. in Familien als Frühindikator für Gewalt auch gegen menschliche Familienmitglieder dienen kann.

Tierquälerei ist gemäß § 17 Tierschutzgesetz strafbar. Tiere spüren, wie Menschen, Angst und Schmerz



Julia Schultz

Ralph Schönfelder

Dr. Thomas Steidl

und verdienen es, um ihrer selbst willen davor geschützt zu werden. Darüber hinaus findet Tierquälerei nicht in einem Vakuum statt, sondern kann Teil eines Musters gefährlichen und asozialen Verhaltens sein, das auch Menschen gefährdet. Seit über 20 Jahren belegen weltweite Studien, dass Gewalt gegen Tiere häufig Gewalt gegen Menschen vorausgeht oder mit dieser gekoppelt sein kann. Die Angehörigen der Heilberufe können durch verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber dieser interdisziplinären Problematik Unterstützung beim Erkennen von Tierquälerei und damit zum Schutz von (künftigen) Opfern leisten. Während Kindesmisshandlungen / häusliche Gewalt i. d. R. im Verborgenen geschehen, zeigen Studien, dass der Mehrheit der Tierärzte schon misshandelte Tiere in der Praxis vorgestellt wurde: Familien, die den Behörden wegen Kindesmisshandlungen bekannt

sind, nehmen für ihre Haustiere etwa im gleichen Umfang tiermedizinische Versorgung in Anspruch (z. B. Impfungen, etc.) wie „normale“ Familien.

Literaturüberblick über bisherige Studien

1983 richtete eine amerikanische Studie den Blick auf Haustiere in Familien, die wegen Kindesmisshandlung bei den Behörden aktenkundig waren. In 88 Prozent der Familien, in denen Kinder misshandelt wurden, waren auch Haustiere Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt. Die Autoren folgerten, dass misshandelte Haustiere ein Hinweis darauf sein können, dass auch menschliche Familienmitglieder unter Gewalt zu leiden haben. Kellert und Felthous belegten 1985, dass Tierquälerei im Kindesalter signifikant häufiger in Lebensläufen aggressiver bzw.

gewalttätiger Krimineller zu finden war, als bei nicht-aggressiven Inhaftierten oder Nicht-Kriminellen.

Ascione veröffentlichte 1998 Berichte von Frauen in Frauenhäusern über Gewalterfahrungen in der Partnerschaft. 71 Prozent dieser Frauen berichteten, dass ihre Partner mit Gewalt gegen ihre Tiere gedroht oder diese tatsächlich verletzt oder sogar getötet hätten. In über 50 Prozent dieser Haushalte lebten auch Kinder.

Munro und Thrusfield bemühten sich um eine Annäherung von veterinärmedizinischer Seite. Munro hatte schon 1996 auf die Ähnlichkeiten zwischen Kindesmisshandlungen und der Misshandlung von Tieren hingewiesen sowie auf die wachsende Erkenntnis, dass es zwischen beiden einen Zusammenhang gibt. Sie forderte die Erarbeitung diagnostischer Kriterien, um die Unterscheidung zwischen unfallbedingten (accidental injuries) und absichtlich herbeigeführten Verletzungen (non-accidental injuries, „NAI“) bei Tieren zu erleichtern. In der Studie von 2001 beantworteten Tierärzte in Großbritannien Fragen zu ihren Erfahrungen mit NAI: 48 Prozent hatten solche Fälle tatsächlich in ihrer Praxis gesehen oder vermutet. Die Ergebnisse einer ähnlichen Studie in Irland kamen denen von Munro und Thrusfield sehr nahe. Aus ihren Erkenntnissen leiteten die Autoren u. a. die Empfehlung ab, NAI in die Ausbildung von Tierärzten zu integrieren, damit diese in der Praxis verdächtige Hinweise sicherer erkennen und lernen, mit ihnen umzugehen.

DeGrue und DiLillo konnten untermauern, dass Tierquälerei in Familien ein zuverlässiger Hinweis auf Kindesmisshandlung oder schwere häusliche Gewalt ist.

Aktuelle Statistiken

In Deutschland bleibt die Zahl der Verstöße gegen das Tierschutzgesetz mit etwas über 6000 Fällen seit Jahren annähernd konstant. (Der Tierschutzbericht der Bundesregierung 2015 listet die in den Jahren 2009 bis 2013 begangenen Straftaten nach § 17 Tierschutzgesetz.)

2017 wurden in Deutschland 3542 Fälle von Kindesmisshandlungen erfasst. Beinahe die Hälfte der betroffenen Kinder war zum Tatzeitpunkt jünger als sechs Jahre. Ein großer Anteil der Täter war mit den Opfern verwandt. Ergänzt man diese Zahlen um die Fälle von Misshandlung Schutzbefohlener (4606), so ergeben sich insgesamt **8148** Fälle von Gewalt gegen Kinder und Schutzbefohlene in Deutschland im Jahre 2017. Es gibt Berichte, wonach ein Kind im Durchschnitt acht Erwachsene ansprechen muss, bis ihm geholfen wird. Durch eine gemeinsame, „verlinkte“ Betrachtung und Beurteilung ließe sich möglicherweise Kindesmisshandlungen/häusliche Gewalt früher erkennen und unterbinden, wenn misshandelte Tiere in den betroffenen Familien als Frühindikatoren verstanden würden. Der Tiermedizin als Heilberuf kommt daher an der Verknüpfungsstelle Gewalt gegen Haustiere und Gewalt gegen Kinder/ Partner besondere Bedeutung zu.

Rechtlicher Hintergrund

In der strafrechtlichen Praxis unterfällt ein Großteil der Strafvorfälle § 17 Nr. 2b TierSchG. Davon wiederum gibt die deutliche Mehrzahl i. d. R. keinen Hinweis auf interpersonelle Gewalt. Diese Fälle be-

treffen die „bloße“ Vernachlässigung von Tieren, d.h. die Täter vernachlässigen Ernährung, Pflege oder Unterbringung. Besondere Aufmerksamkeit für die Identifikation von Menschen mit hoher, eventuell auch interpersoneller Gewaltbereitschaft verdienen die Fälle, in denen Tiere gequält werden, also die restlichen Fälle der quälerischen Tiermisshandlung gemäß § 17 Nr. 2b TierSchG und Fälle, in denen der Täter aus „Rohheit“ i. S. d. § 17 Nr. 2a TierSchG handelt. Dabei wird der Begriff „Quälen“ von der Rechtsprechung ganz ähnlich in § 225 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB), also bei der Misshandlung von Schutzbefohlenen, definiert. Von Rohheit geht man aus, wenn die Tat aus einer gefühllosen, das Leiden des Tieres missachtenden Gesinnung heraus begangen wird, wobei es sich um keine dauerhafte Charaktereigenschaft handeln muss. In der Praxis sind dies wenige, dafür aber umso erschütterndere Fälle.

Mögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit

Obwohl Verstöße gegen das Tierschutzgesetz in der öffentlichen Wahrnehmung einen hohen Stellenwert haben, ist die Anzahl einschlägiger Publikationen im deutschsprachigen Raum objektiv betrachtet gering. Dies liegt kaum daran, dass dort weniger Gewalt gegen Tiere ausgeübt wird. Das Defizit beruht in Deutschland möglicherweise auf mangelhafter Wahrnehmung und wissenschaftlicher Aufarbeitung sowie konsekutiv an nicht vorhandenen Handlungsmöglichkeiten.

Ein Zentralregister für Verstöße gegen das Tierschutzgesetz – z. B. wie bei Verkehrsdelikten – existiert nicht. Dies erschwert die Nachverfolgung von Ordnungswidrigkeiten, wenn Täter den Wohnort von einem Bundesland in ein anderes verlegen. Ein Datenabgleich zwischen Tierarzt, Polizei, Veterinär- und Jugendamt beim Verdacht auf interpersonelle Gewaltbereitschaft wäre aus Tierschutzgesichtspunkten und zur Gewaltprävention vielleicht wünschenswert. Allerdings erscheint dies schon im Hinblick auf die Datenerhebung und -sammlung nicht zulässig, auch weil bis zur Verurteilung die Unschuldsvermutung gilt.

Die „Links Group“ aus Großbritannien ist ein beeindruckendes Beispiel für Verbesserungen in Sachen interdisziplinärer Zusammenarbeit. Der Verband bemüht



Foto: © agarianna – AdobeStock.com

sich, Angehörigen aller Heilberufe die „Links“ bewusst zu machen und ihren Blick für mögliche Warnsignale zu schärfen. Dies soll dazu führen, dass die mit dem klinischen Fall verbundenen, „verborgenen“ Fälle häuslicher Gewalt nicht unbemerkt bleiben. Auch versuchen die Mitgliedsorganisationen Handreichungen zu erarbeiten, um das Wissen um die Links im Praxisalltag besser integrieren zu können.

Mögliche Aufgaben der Tierärzteschaft

Der Tierarzt ist qua Ausbildung und Erfahrung befähigt, zu beurteilen, ob ein ihm vorgestelltes Tier Opfer von Misshandlungen wurde. Enders-Slegers und Janssen fanden jedoch Hürden, die sich für Tierärzte bei dem Versuch ergeben, Fälle von Tierquälerei zu melden:

- Schwierigkeit, gerichtsfeste Beweise zu liefern
 - Furcht vor dem Bruch des Vertrauensverhältnisses zwischen Tierbesitzer und Tierarzt
 - Rechtliche Aspekte: Datenschutz, Schweigepflicht
 - Aus ökonomischen Gesichtspunkten liegt es nicht im Interesse des Tierarztes, seine Klienten zu melden, u. a.
- Tatsächlich ist der Tierarzt nach vorherrschender Meinung i.d.R. nicht verpflichtet, Verstöße gegen das Tierschutzgesetz zu melden; ob er dazu befugt ist, ist nicht unumstritten.
- Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass sich Tierärzte im Zweifel scheuen, Fälle von misshandelten Tieren anzuzeigen. Dennoch:
1. Tiere und Kinder sind die schwächsten Glieder in der gesellschaftlichen Kette. Sie sind auf Schutz durch andere angewiesen und ganz besonders durch diejenigen, die ihre Situation erkennen und entsprechende Handlungsoptionen haben. Das schließt Tierärzte mit ein.
 2. Langzeitfolgen häuslicher Gewalt treffen neben den einzelnen Personen auch die Gesellschaft: Tierquälerei ist in den USA mittlerweile sogar in den Fokus der großen Anti-Terror-Behörden

NCTC, FBI und DHS gerückt. In einer Handreichung wird Tierquälerei als „Testlauf“ beschrieben, den Menschen nutzen, um die eigene Bereitschaft zur Gewaltanwendung zu überprüfen.

Literatur bei der Verfasserin

Eine ausführlichere Version dieses Beitrags erschien in der Dezemberausgabe 2018 des Deutschen Tierärzteblattes.

Korrespondenzadresse:

*Julia Schultz
Tierärztin, Laboklin GmbH und Co. KG
Steubenstr. 4, 97688 Bad Kissingen
E-Mail: j.scholl79@web.de*

*Ralph Schönfelder
Erster Staatsanwalt, Staatsanwaltschaft
Stuttgart*

*Dr. Thomas Steidl
Präsident der Landestierärztekammer
Baden-Württemberg*

Red.: ReH

Buchtipps

Wolfgang Kölfen
Ärztliche Gespräche, die wirken
Erfolgreiche Kommunikation
in der Kinder- und
Jugendmedizin
 Springer-Verlag, 2. vollst. überarb.
 Aufl. 2018, 364 S.,
 427 Abb. in Farbe,
 Softcover € 34,99, eBook € 26,99
 ISBN 978-3-662-56715-9



Im Jahr 2013 erschien eine Neuheit auf dem Markt der pädiatrischen Fachliteratur. Ein Buch zur ärztlichen Gesprächsführung welches mit großem Erfolg versucht, Defizite in der Ausbil-

dung und Weiterbildung der Kinder- und Jugendmediziner zu kompensieren bzw. fehlende Lehrmodule zu ergänzen. Jetzt ist eine deutlich verbesserte Neuauflage auf den Markt gekommen, die die Lücken gegenüber der Erstauflage schließt. Durch eine bessere didaktische Aufarbeitung, neue verbesserte Abbildungen und durch die Erweiterung der Thematik zu Brennpunkten in der kinder- und jugendärztlichen Kommunikation.

Wie in der Erstauflage wird zunächst eine Gebrauchsanleitung (die Sie ausnahmsweise lesen sollten) vorangestellt. Im nächsten Schritt werden die verschiedenen Perspektiven der Player dargestellt und damit die Basis für ein Verständnis aus allen Blickrichtungen geschaffen. Die nächsten Kapitel beschäftigen sich mit den Grundzügen der Kommunikation: Körpersprache, die Strukturierung eines Gespräches, der Kommunikationseinfluss durch die eigene Haltung bis hin zur Beschreibung der verschiedenen Elterntypen.

Der zweite Teil des zwischenzeitlich 364 Seiten umfassenden Werkes schildert auf der Basis der Grundlagen die Umsetzung anhand konkreter Beispiele. Neu ist ein Kapitel zum ärztlichen Gespräch mit kranken Jugendlichen. Die „Arztgespräche in besonderen Situationen“, das „Überbringen von schlechten Nachrichten“ über „Besonderheiten der Neonatologie“ bis zur „Todesnachricht“ setzen anhand vieler konkreter Beispiele die Basiserkenntnisse des ersten Teils um. Es wer-

den aber auch Reizthemen behandelt, wie die schwer zu erlangende Einwilligung zu Geburtstagen im Kinderkrankenhaus und die verschiedensten, dem praktischen Kliniker allesamt bekannten, Sondersituationen. Erheblich ausgeweitet wurde die ärztliche Kommunikation mit Patienten und Eltern aus anderen Kulturkreisen. Hilfreich für die praktische Umsetzung sind die Checklisten mit 28 Seiten.

Die Notwendigkeit eines solchen Buches ist im Jahr 2018 genauso gegeben wie im Jahr 2013. Die Neuauflage zeigt die intensive Beschäftigung des Autors und seine Reifung durch viele Vorträge und Seminare. An vielen Stellen ist die Konzeption und didaktische Darstellung geändert und variiert. Auch wer den ersten Band schon besitzt wird im zweiten Band viele früher offen gebliebene Fragen beantwortet bekommen. Das Buch sollte zur Standardausrüstung eines jeden Kinder- und Jugendmediziners gehören. Im Gegensatz zu vielen anderen Büchern sollte man es aber intensiv durcharbeiten. Die dafür eingesetzte Zeit wird man an vielen Stellen in späteren Diskussionen wieder einsparen und darüber hinaus durch seine eigene Fortentwicklung eine deutlich bessere Lebensqualität gewinnen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
 84503 Altötting

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Red.: WH

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen.

Machen Sie mit!
 Werden Sie Mitglied!
 Informationen und
 Mitgliedsanträge
 auch unter
www.dgaap.de

Rachenakt

Besonders zur Erkältungszeit ist es keine Seltenheit, dass ein Kind arg schnieft und hustet und niesend durch die Gegend prustet. Ist es recht matt, dann auch noch fiebrig und vom Fiebersaft nichts übrig, sind Eltern oft schon überfordert: Es wird ein Arztbesuch geordert.

Der braucht nicht lange visitieren: „Das sind einfach Erkältungsviren. Da werden Hausmittelchen genügen, um diese Krankheit zu besiegen.“ Doch steht Halsweh im Vordergrund, sähe er dem Kind gern in den Mund. Dann wüsste er ja auch ganz schnell, ob der Infekt bakteriell.

Sind es doch häufig Streptokokken, die auf den Kindermandeln hocken.

Es hieße von dem roten Rachen einen Keimabstrich zu machen. Das ist an sich gar kein Problem, im Gegenteil: So wird bequem per Schnelltest diagnostiziert, sofern das Kind kooperiert.

Wenn es sich dagegen weigert und sein Geschrei sich stetig steigert, womit es für den Keim beweist, dass er zu Recht „Erreger“ heißt, dann muss man sich dem Schicksal beugen, es lassen – oder überzeugen. Man darf nicht stammeln oder zaudern, besser ist's, einfach zu plaudern:

„Es ist nicht schlimm, weil's gar nicht schmerzt“, der Kinderarzt scheinheilig scherzt. – „Dass es nicht weh tut, zeig' es mir und mach' es doch mal vor bei dir.“ –

„Kein Problem, ich werd's probieren und von dem Abstrich gar nichts spüren.“ Schiebt sich das Stäbchen in den Rachen und tut, als würd' er dabei lachen.

Doch als das Zäpfchen er erreicht, sieht man, wie plötzlich er erbleicht und heftig würgt, nach Atem ringt, zum Waschbecken hinüber springt und unter Tränen lauthals speibt. Womit uns die Erkenntnis bleibt, dass es beim Abstrich aus dem Rachen sich rächt, dem Kind 'was vorzumachen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Richard Haaser
90537 Feucht
E-Mail: hallo@drhaaser.de

Red.: WH

Michael Mühlshlegel ist 65 geworden

2003 ist ein Jahr, an das ich mich noch gut erinnere. Kaum zum Landesvorsitzenden des LV Württemberg im BVKJ gekürt (, nachdem keiner sich so recht getraut oder danach gedrängelt hatte), wurde mir vom damaligen BVKJ-Geschäftsführer die Schlichtung bei einem Streit der Niedergelassenen in Heilbronn mit der Kinderklinik (es ging um die Zeitregelung des an der Klinik angesiedelten Bereitschaftsdienstes der Praxispädiater) nahegelegt. Im Versuch, einen Kompromiss zwischen den Streithähnen zu erreichen, traf ich auf den damaligen Heilbronner Obmann Dr. Michael Mühlshlegel (1991 bis 2009), der gleichzeitig mein aus der Vorlegislatur übernommener Pressesprecher war. Und der las mir erst einmal kräftig die Leviten: Ich solle mich nicht in die regionalen Belange einmischen. Ich dachte mir nur: ‚Au weia. Das kann ja mal gut werden‘.... Es wurde mehr als gut.

Michael, geborener Stuttgarter (die melodische schwäbische Hochsprache kann, will und darf ein gebürtiger Württemberger nicht verleugnen), studierte nach dem Abitur (1973), der Ausbildung zum Krankenpflegehelfer im Wehrdienst (1973 bis 1975) und dem Abschluss einer Banklehre Medizin in Bochum, Essen und Würzburg. Seine pädiatrische Weiterbildung absolvierte er in der Kinderklinik in Heilbronn (Prof. Cremer).

1990 entschied er sich für die Praxisarbeit in einer pädiatrischen Gemeinschaftspraxis in der Hölderlinstadt Lauffen am Neckar, in der er bis heute tätig und mit seiner Frau und zwei (inzwischen erwachsenen) Kindern heimisch ist.

Er gehört zu den Unruhegeistern unter uns, denen die Praxisarbeit nicht genug ist. Seit 25 Jahren bekleidet er das Amt eines Stadtrats, seit 16 Jahren als Fraktionsvorsitzender in der zweitgrößten

Weinbaugemeinde Württembergs. Das Laufen in und um Lauffen (in Halb- und Ganzmarathon-Stecken) musste er seit ein paar Jahren schweren Herzens aufgeben, nachdem die Knie nicht mehr mitmachen wollten.



Ein zweites Steckenpferd ist seit langem und auch weiterhin das Schwingen des Kochlöffels. Er ist begeisterter Hobby-Koch, und das schon weit vor den sprichwörtlich ‚platten‘ kulinarischen TV-Schlachtplatten. Zu dieser Genuss-Begeisterung trägt ganz sicher auch die inspirierende Rebenlandschaft um ihn herum bei.

Berufspolitisch engagierte er sich von 1991 bis 2009 als Obmann der Heilbronner Kinder- und Jugendärzte. Seit 1994 organisierte er mit zunehmendem und anhaltendem Erfolg die Paediatrica in (Baden-)Württemberg. Diese Leidenschaft erweiterte er zum Jahrtausendwechsel, wo er zum MFA-Beauftragten des BVKJ bestellt wurde. Sein guter Freund Jörg Hornivius, mit dem er bei der Delegiertenversammlung in Bad Orb seit Jahren ein kongeniales Versammlungsleitungs-

paar bildet, stellt ihn gelegentlich mit augenzwinkernder Süffisanz als ‚Frauenbeauftragten‘ des BVKJ vor. Beispielgebend hat er sehr viel an von uns als so selbstverständlich wahrgenommenen strukturierten Fortbildungsangeboten (Kongresse, Newsletter etc.) auf die Beine gestellt.

Als Landespressesprecher war Michael immer eine loyale und konstruktive Unterstützung. Es macht einfach Spaß, mit ihm zusammen die berufspolitischen Herausforderungen zu ‚rocken‘.

Hervorzuheben sind vielleicht zwei Ereignisse:

Er war verantwortlich dabei, als es um die Vorstellung der Studie J2000plus ging, wenn man so will: das Morgenleuchten der J1. In unsere gemeinsame Amtszeit fiel, als wir in Berlin 2010 zusammen mit dem damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung in einer hitzigen Atmosphäre eine wellenschlagende Pressekonzferenz abhielten, die zusammen mit mehr als 250.000 Elternunterschriften letztendlich (3 Jahre später) zum Abschluss eines kinder- und jugendärztlichen Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK-BW führte.

Ich weiß, dass du, lieber Michael, schon Pläne für die Zeit nach der Praxis schmiedest. Ruhestand wird es auch dann nicht für dich geben. Bleib gesund und erhalte dir deinen schwäbischen Esprit.

Auf ein Viertel (Lauffener Katzenbeißer) zu deinem 65er.

*In Freundschaft
Klaus*

Korrespondenzanschrift

*Dr. Klaus Rodens
89129 Langenau
E-Mail: klausrodens@t-online.de*

Red.: WH

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im Mai 2019

65. Geburtstag

Frau **Gerda van Hove**, Bielefeld, am 01.05.1954
 Herr Dr. med. **Manfred Otto**, Gadebusch, am 03.05.1954
 Herr Dr. med. **Edgar Fath**, München, am 08.05.1954
 Herr Dr. med. **Wolfgang Beck**, Mosbach-Neckarelz,
 am 09.05.1954
 Frau Dr. med. **Claudia Sturm**, Giengen, am 09.05.1954
 Frau Dr. med. **Ilona Ziethen-Bockhorni**, Berlin, am 13.05.1954
 Frau Dr. med. **Silke Petau**, Berlin, am 13.05.1954
 Herr Dr. med. **Franz Bundscherer**, Geretsried, am 16.05.1954
 Herr Dr. med. **Bernhard Zehe**, Bruchsal, am 20.05.1954
 Frau Dr. med. **Elke Schumacher**, Lychen, am 20.05.1954
 Frau Dr. med. **Marina Bascone-Fricke**, Aidenbach,
 am 20.05.1954
 Herr Dr. med. **Ulrich Nollmann**, Dortmund, am 21.05.1954
 Frau **Dorothea Münnighoff-Göllner**, Kassel, am 21.05.1954
 Frau **Ingrida Erenpreiss**, Isny, am 22.05.1954
 Frau Dr. med. **Uta Brenner**, Mertesdorf, am 24.05.1954

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Fritz Hering**, Ebern, am 01.05.1949
 Herr **Richard Irswan Ghozali**, Wiehl, am 02.05.1949
 Frau **Ursula Dahmen**, Amberg, am 09.05.1949
 Herr **Carsten Wilhelm Behrens**, Ahrensburg, am 15.05.1949
 Herr Dr. med. **Joachim Häfelein**, Bredstedt, am 16.05.1949
 Herr Dr. med. **Manfred Popp**, Bremerhaven, am 17.05.1949
 Herr **Peter Bödeker**, Berlin, am 19.05.1949
 Frau Dipl.Med. **Angelika Schilde**, Naumburg, am 20.05.1949
 Frau Dr. med. **Brigitte Klingmüller**, Gießen, am 26.05.1949
 Herr **Ulf Raupach**, Offenbach, am 30.05.1949
 Herr Dr. med. **Georgios Zografos**, Sinzheim, am 31.05.1949

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Horst Schallner**, Bielefeld, am 03.05.1944
 Herr **Thomas Schreyer**, Buchholz/Nordheide, am 05.05.1944
 Frau Dr. med. **Gisela Masius**, Puchheim, am 09.05.1944
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Juretko**, Münster, am 15.05.1944
 Herr Dr. med. **Hans Krahe**, Mülheim, am 16.05.1944
 Frau **Elke Grzonka**, Stendal, am 21.05.1944
 Herr Dr. med. **Ernst Romberg**, Geseke, am 23.05.1944

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Grete Lüssem**, Düsseldorf, am 01.05.1928
 Herr Dr. med. **Paul Wirtz**, Meerbusch, am 03.05.1934
 Frau SR **Margarete Fruth**, Windischholzhausen, am 04.05.1935
 Herr Dr. med. **Youssef Toulimat**, Asendorf, am 05.05.1934
 Herr MR Dr. med. **Manfred Lorenz**, Dresden, am 06.05.1935
 Herr Dr. med. **Wolfgang Kasper**, Tübingen, am 07.05.1936

Frau Dr. med. **Charlotte Spindler**, Pähnitz, am 07.05.1932
 Frau Dr. med. **Karin Drewes**, Osterholz-Scharmbeck,
 am 08.05.1935
 Herr SR Dr. med. **Hans-R. Böhm**, Eisenach, am 08.05.1934
 Frau Dr. med. **Eva Lippoldmüller**, München, am 09.05.1937
 Herr Dr. med. **Helmut Outzen sen.**, Flensburg, am 12.05.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Hermann Manzke**, Hohwacht, am 13.05.1933
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Bosch**, Berlin, am 13.05.1932
 Frau Dr. med. **Krystyna Graef**, Frankfurt, am 13.05.1937
 Herr Dr. med. **Bouzardjomehr Behrouzi**, Essen, am 14.05.1936
 Frau Dr. med. **Ursula Kindermann**, Berlin, am 15.05.1937
 Herr Dr. med. **Dietrich Apel**, Braunschweig, am 15.05.1939
 Frau Dr. med. **Anna Anemüller**, Bad Sassendorf, am 15.05.1939
 Herr Dr. med. **David Schwind**, Düsseldorf, am 15.05.1936
 Herr Prof. Dr. med. **Burkhard Schneeweiß**, Berlin,
 am 16.05.1931
 Herr Dr. med. **Franz-Josef Schuy**, Bergisch Gladbach,
 am 16.05.1939
 Herr Dr. med. **David Nasser**, Mönchengladbach, am 16.05.1936
 Frau SR Dr. med. **Renate Lenz**, Eisenhüttenstadt,
 am 18.05.1937
 Herr Dr. med. **Dietrich Reinhardt**, Bonn, am 18.05.1936
 Frau **Sigrun Matheus**, Forst, am 18.05.1939
 Frau Dr. med. **Lucienne Steinitz**, Berlin, am 19.05.1935
 Frau Dr. med. **Ghamar Redmann-Ghamkhar**, Berlin,
 am 19.05.1922
 Frau Dr. med. **Utta Recknagel**, Limburgerhof, am 20.05.1935
 Herr Dr. med. **Rolf Immelmann**, Bad Oldesloe, am 22.05.1935
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schmid**, Stuttgart, am 24.05.1936
 Frau Dr. med. **Sigrid Böhm-Schneider**, Seeheim-Jugenheim,
 am 24.05.1938
 Herr Dr. med. **Wolfgang Wiesenhütter**, Bad Kissingen,
 am 25.05.1935
 Frau Dr. med. **Ingeborg Kretschmann**, Bremen, am 26.05.1938
 Frau Dr. med. **Elisabeth Clauss**, Schwäbisch Hall, am 27.05.1930
 Herr Dr. med. **Werner Schmidt**, Regensburg, am 28.05.1928
 Herr Dr. med. **Heinrich Wiggermann sen.**, Dortmund,
 am 28.05.1920
 Herr MR Dr. med. **Rudolf Scholz**, Fürstenwalde, am 28.05.1930
 Herr Dr. med. **Peter Porsch**, Soest, am 29.05.1939
 Frau Dr. med. **Rosemarie Jäkel**, Wiesbaden, am 30.05.1936

Wir trauern um:

Herrn **Ekkehard Baum**, Bühl
 Herrn Dr. med. **Dieter Becker**, Attendorn
 Herrn Dr. med. **Ernst Bickel**, Bremerhaven
 Herrn **Udo Folkerts**, Kleinmachnow
 Frau Dr. med. **Ruth Hanna Tron**, Ettlingen

Im Monat Februar durften wir 67 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,
sie öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Baden-Württemberg

Herrn Dr. med.
Alexander Hillenbrand
Frau Prof. Dr.
Ingeborg Krägeloh-Mann
Frau Dr. med. **Cathrin Thoden**



Hessen

Frau Dr. med. **Viola Bähler**
Frau Dr. med. **Songül Föllmer**
Frau Dr. med. univ.
Marie-Therese Lobkowicz



Rheinland-Pfalz

Herrn **Christopher Böhmer**
Herrn **Michael Bernhard**
Josef Jeßberger



Bayern

Frau **Anna Schmidt**
Herrn Dr. med. **Patric Schön**



Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med. **Frank Niemann**
Frau **Shahla Rustamova**



Sachsen

Frau **Juliane Fels**



Berlin

Herrn Dr. med. **Lukas Helbig**
Frau **Valentina Listemann**
Frau Dr. med. **Laura Schrörs**



Niedersachsen

Herrn Dr. med. **Thorben Kracht**
Frau Dr. med. **Jantje Weiskorn**



Sachsen-Anhalt

Frau **Manon Staack**



Brandenburg

Frau **Gereltuya Baatarkhuu**
Frau Dr. med. **Andrea Gehrig**



Nordrhein

Frau Dr. med. **Nicole Hobarth**
Herrn Dr. med.
Andor Attila Horvath
Herrn **Amer Khazndar**
Herrn **Julian Norton Schäuble**



Schleswig-Holstein

Herrn **Enno Iven**



Westfalen-Lippe

Dr. med. **Jan-Pit Horst**

Mitteilungen aus dem Verband

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND BRANDENBURG

Termingerecht findet vom **29.04.** bis **20.05.2019** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **20.05.2019** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dipl.-Med. Detlef Reichel
Landesverbandsvorsitzender

Fortbildungstermine

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

4.-5. Mai 2019

3. Freischwimmer-Workshop für Praxisstarter in Berlin des LV Berlin
Leitung: Dr. Steffen Lüder
Auskunft: freischwimmer-workshop.de

8. Mai 2019

Immer etwas Neues in Berlin
Auskunft: ⑤

10.-11. Mai 2019

29. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des LV Thüringen
Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt, Auskunft: ①

15. Mai 2019

Immer etwas Neues in Vreden
Auskunft: ⑤

24.-26. Mai 2019

25. Kongress für Jugendmedizin in Weimar
Leitung: Dr. Burkhard Ruppert, Berlin
Auskunft: ⑤

14.-16. Juni 2019

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

14.-16. Juni 2019

14. Praxisfieber-live Kongress für MFA in Berlin
Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

26. Juni 2019

Immer etwas Neues in Lübeck
Auskunft: ⑤

10. Juli 2019

Immer etwas Neues in Nürnberg
Auskunft: ⑤

20. Juli 2019

Pädiatrie zum Anfassen in Ulm des LV Baden-Württemberg
Leitung: Dr. Jochen Steinmacher, Dr. Matthias Schlaud, Dr. Klaus Rodens,
Auskunft: ③

24.-25. August 2019

23. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck der Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein u. Niedersachsen
Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Dr. Stefan Renz, Hamburg, Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Dr. Volker Dittmar, Celle
Auskunft: ②

28. August 2019

Immer etwas Neues in Leipzig
Auskunft: ⑤

4. September 2019

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

14. September 2019

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul
Auskunft: ①

21. September 2019

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

10.-13. Oktober 2019

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

23. Oktober 2019

Immer etwas Neues in München
Auskunft: ⑤

2. November 2019

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

6. November 2019

Immer etwas Neues in Nürtingen
Auskunft: ⑤

9.-10. November 2019

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

27. November 2019

Immer etwas Neues im LV Nordrhein
Auskunft: ⑤

4. Dezember 2019

Immer etwas Neues in Magdeburg
Auskunft: ⑤

① **CCJ GmbH**

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

Akne vulgaris bei präpubertären Patienten

Eine wirkungsvolle Pflege bei zu Akne neigender Haut sollte die Effloreszenzen klären ohne zu irritieren, auch bei Kombination mit topischen, reizenden Externa. Eine innovative Galenik mit kontinuierlicher Freisetzung der Aktivstoffe sorgt bei Phys-AC Global für gute Verträglichkeit und klinische Reduktion der Akne-Läsionen bei milden bis moderaten Akneformen – auch bei präpubertären Patienten.

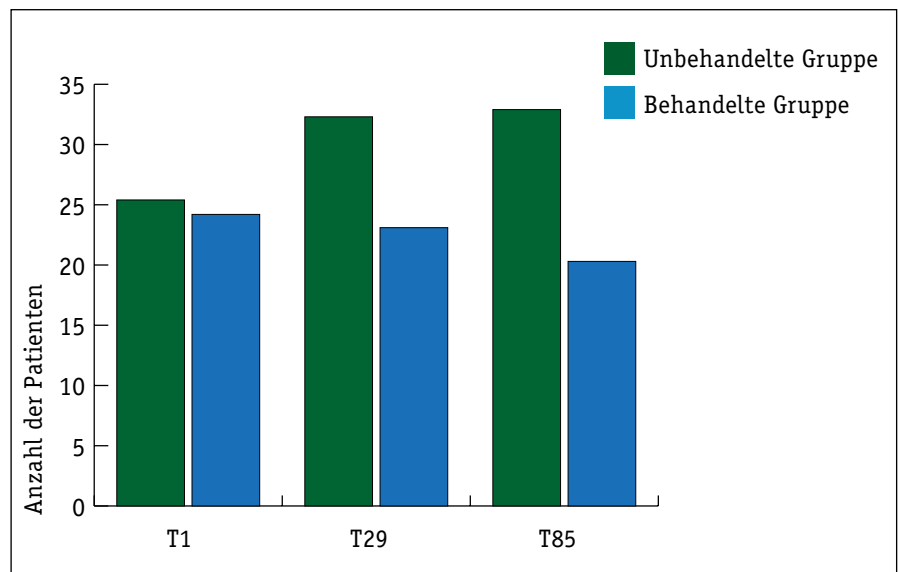
Akne vulgaris, die häufigste Dermatose im Adoleszentenalter, wird zunehmend bei Kindern unter zwölf Jahren beschrieben¹. Ein früher Beginn gilt als Prädiktor des Schweregrades, der durch frühe Therapie zu minimieren ist². Das neue pflanzenbasierte Pflegeprodukt Phys-AC Global von A-DERMA (in der Apotheke erhältlich) verbessert bei (prä-)pubertären Akne-Patienten den Hautzustand nachweislich³ (s. Abb.). Die Creme-Gel-Textur enthält als Aktivstoffe keratolytische Hydroxysäuren, Rhealba®-Jungpflanzenextrakt mit antientzündlichen und antibakteriellen Eigenschaften, die die Besiedelung mit *C. Acnes* verringern, Sebolia® mit sebumregulierendem Effekt und Zinkol, das ebenfalls entzündungshemmend wirkt.

Effizient als Monotherapie

Unbehandelt nahmen bei neun- bis elfjährigen Akne-Patienten (n=38) nicht-entzündliche Läsionen innerhalb von 24 Wochen um fast 50 Prozent zu. In der Prüfgruppe (n=41) mit dem Dermo-Kosmetikum zeigte der Halbseitenvergleich nach zwölf Wochen bei jedem Fünften (19,5 Prozent) eine Reduktion auf mindestens die Hälfte. Offene Komedonen waren um 37 Prozent, Papeln und entzündliche Läsionen um 97 Prozent vermindert. Die Beschaffenheit der Haut besserte sich signifikant bei objektiver Analyse (Visia CA) – bei guter bis sehr guter Verträglichkeit.

Schnelle Reduktion der Effloreszenzen

Die Monotherapie bei moderater Akne (n=32, 15 – 30 Jahre) halbierte nach 21 Tagen die Zahl offener Komedonen (minus



Bei den nicht-entzündlichen Läsionen zeigte sich an Tag 29 und Tag 85 der Anwendung zwischen der behandelten und unbehandelten Gruppe von präpubertären Akne-Patienten eine signifikante Differenz.³

54 Prozent). Die Prüfarzte attestierten einen signifikant verbesserten klinischen Schweregrad (minus 20 Prozent IGA-[Investigator Global Assessment]-Score)⁴.

Hautschutz bei Kombination mit Retinoid

Eine gute Toleranz resultierte auch bei Kombination von A-DERMA Phys-AC Global mit dem Retinoid Adalapen⁵ bei moderater Akne vulgaris (n=56, 15–34 Jahre, im Mittel 72 Läsionen): Randomisiert auf eine Gesichtshälfte aufgebracht, ergab der Halbseitenvergleich bei kombinierter Therapie über 28 Tage einen signifikant (p=0,0017) geringeren transepidermalen Wasserverlust und eine signifikant (p=0,01) höhere Feuchtigkeit der Haut – Zeichen einer gestärkten Hautbarriere. Für die Probanden waren

diese Unterschiede bereits nach acht Tagen spürbar.

Autor: Dr. Renate Leinmüller, Wiesbaden

Literatur:

- Goldberg JL et al., *Pediatr Dermatol* 2011; 28(6): 645
- Lucky AW et al., *J Pediatr* 1997; 130: 30
- Thouvenin MD et al., *JEADV* 2016; 30 suppl 4: 39
- Offene monozentrische klinische Studie mit 32 Frauen im Alter von 16 bis 29 Jahren (Durchschnittsalter: 18) mit leichter bis mäßiger Akne. Sechswöchige Anwendung von Phys-AC Global 1x täglich
- Interventionelle, randomisierte, einfach verblindete Studie (intraindividuellem Halbseitenvergleich) mit 56 Probanden im Alter von 15 bis 34 Jahren mit mäßiger, behandlungsbedürftiger Akne und Phototyp III bzw. IV

Nach Informationen von Pierre Fabre Dermo-Kosmetik GmbH, Freiburg

Europaweite Ausschreibung des Kramer-Pollnow-Preises 2019

Der Kramer-Pollnow-Preis (KPP), Deutscher Forschungspreis für biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie, wird auch für das Jahr 2019 erneut europaweit ausgeschrieben. Er wird für besondere wissenschaftliche Leistungen in der klinischen Forschung zur biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie vergeben. Stifter des mit 6.000 Euro dotierten Preises ist die Firma MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG aus Iserlohn.

Bis zum 12. Juli 2019 können Ärzte, Psychologen oder Naturwissenschaftler zwei bis drei publizierte oder im Druck befindliche Originalarbeiten der Jahre 2017-2019 (in begutachteten Zeitschriften deutscher bzw. englischer Sprache) einreichen. Zusätzlich soll die Bewerbung ein Curriculum Vitae sowie ein Publikationsverzeichnis enthalten.

Inhaltlich besteht besonderes Interesse an der Verbindung von biologischer und psychologisch-psychotherapeutischer Forschung. Arbeiten aus dem Übergangsbereich vom Jugendlichen

zum jungen Erwachsenen sind ebenfalls willkommen.

Bewerbungen richten Sie bitte vorzugsweise per E-Mail an den Sprecher des Preiskomitees:

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski
 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Kindes- und Jugendalters
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
 J 5, 68159 Mannheim
 tobias.banaschewski@zi-mannheim.de

Namensgeber für den Forschungspreis sind die beiden berühmten Nervenärzte

der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin, Franz Kramer (1878-1967) und Hans Pollnow (1902-1943), die zur Zeit Bonhoefer's 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 & Co. KG,
 Iserlohn**

PTC Therapeutics Deutschland unterstützt mit Stolz den „Tag der seltenen Erkrankungen“

In Deutschland leben Schätzungen zufolge etwa vier Millionen Menschen mit einer der weltweit bis zu 8.000 unterschiedlichen seltenen Erkrankungen¹

PTC Therapeutics feierte am 28.02.2019 den alljährlichen „Tag der seltenen Erkrankungen“. Mit diesem Tag soll das Bewusstsein für die Auswirkungen einer seltenen Krankheit auf das alltägliche Leben gestärkt werden. Von seltenen Krankheiten sind Schätzungen zufolge etwa vier Millionen Menschen in Deutschland betroffen; viele davon sind Kinder mit schwerwiegenden, lebensbedrohlichen Erkrankungen.¹

„Es macht mich betroffen, dass so viele seltene Krankheiten lebensbedrohlich sind und es häufig nur wenige oder gar keine Behandlungsmöglichkeiten für sie gibt“, sagte Dr. Birgit Hutz, Geschäftsführerin der PTC Therapeutics Germany GmbH. „Deshalb liegt unser Schwerpunkt auf der Entwicklung von Medikamenten, die Pa-

tienten bei der Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung und nicht nur der Symptome hilft.“

Anfang dieses Jahres kündigte PTC eine 5-Jahres-Strategie an, um eines der weltweit führenden Unternehmen für seltene Krankheiten zu werden, und stellte sein immer größer werdendes Portfolio sowie seine zunehmend große Therapeutika-Pipeline vor. Dies umfasst eine hochmoderne Gentherapie-Plattform und neue Therapien für seltene Krebserkrankungen. Auch der Ausbau des erweiterten Therapie-Portfolios für Duchenne-Muskeldystrophie, einer schwerwiegenden Muskelschwundkrankheit, zählt dazu. Das Unternehmen hat darüber hinaus das neue Finanzierungsprogramm PRIORITY eingeführt, das der innovativen Forschung zur klinischen Versorgung von Menschen mit seltenen genetischen Störungen dient. Zudem feiert PTC das 5-jährige Bestehen seines Förderprogramms STRIVE, das weltweit Patientenorganisationen finan-

ziert, um einzigartige gemeinsame Programme zu entwickeln, die einen wichtigen Beitrag zur Gemeinschaft der von seltenen Krankheiten Betroffenen leisten.

„Jeder wissenschaftliche Fortschritt bedeutet einen Sieg für uns, weil er Familien mit von seltenen Erkrankungen Betroffenen mehr gemeinsame Zeit schenkt, ob Stunden, Tage, Monate oder Jahre. Wir messen unseren Fortschritt an dieser geschenkten Zeit – und am Tag der seltenen Erkrankungen werden wir uns einen Moment nehmen, um dieser kostbaren Zeit zu gedenken und sie zu feiern“, betonte Kristina Kempf, Marketing Direktorin der PTC Therapeutics Germany GmbH.

Quelle

1. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>

**Nach Informationen von PTC
 Therapeutics Germany GmbH, Frankfurt**

Back to the roots

Immer häufiger entscheiden sich Patienten für naturheilkundliche Methoden wie Akupunktur, Homöopathie oder Bioresonanz. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: mehr und mehr können Erkrankungen nur symptomatisch behandelt werden oder die schulmedizinische Therapie zeigt keine nachhaltigen Erfolge. 1/3 aller Deutschen leiden unter Allergien, die Zahl der Patienten mit Autoimmunerkrankungen steigt.

Mediziner stellen bei Kindern immer häufiger Erkrankungen fest, die einer langfristigen und intensiven medikamentösen Behandlung bedürfen. Erhebungen zeigen, dass vor allem Patienten mit höherem Bildungsniveau und Haushaltsnettoeinkommen diese Situation als unbefriedigend ansehen.

Die Bioresonanz nimmt in der Naturheilkunde einen wichtigen Stellenwert ein. Was aber bedeutet Bioresonanz? Die Bezeichnung setzt sich aus dem altgriechischen Wort „bios“ (Leben, Lebenskraft, Lebensenergie) und dem Begriff „Resonanz“ (Wiederklang, Echo) zusammen. Es bedeutet also so viel wie „lasst uns auf unseren Körper hören“!

Und tatsächlich umfasst dieser Begriff unterschiedlichste Methoden, die sich mit der gesundheitlichen Situation unseres Körpers auseinandersetzen. Das beginnt damit, dass Stoffe durch Pendeln ausgetestet werden – es umfasst aber auch hochmoderne computergestützte Systeme, deren Analysen auf anerkannten physikalischen und medizinischen Erkenntnissen beruhen.

Wer heilt hat recht!

Leider wird dieses Zitat des Hippokrates heute nur zu gerne missbraucht. Schmunzelnd von Schulmedizinern, die offenbar die Diskussion scheuen. Andererseits von rechthaberischen alternativ arbeitenden Therapeuten, die der Meinung sind, dass nur ihre Methoden wirksam und zielführend sind. Und so belächeln die einen die Naturheilkunde, die anderen beschimpfen die Pharmaindustrie.

Die Pharmaindustrie ein verbrecherisches Kartell? Naturheilkunde unter Kollektivverdacht?

Da finden wir auf der einen Seite Vorwürfe, dass Ärzte nur daran interessiert

sind, Patienten zu „produzieren“. Auf der anderen Seite amüsieren Comedians ihre Zuhörer mit der Unwirksamkeit von Homöopathie. Zuletzt poltert ein Politmagazin in den Öffentlich-Rechtlichen mit einem schlecht recherchierten Bericht über Bioresonanz-Geräte in der Causa „Leberkäse“. Und keiner dieser selbsternannten neutralen Kritiker lässt die Gegenseite zu Worte kommen.

Stichwort: Integrative Medizin

Was aber hält uns eigentlich davon ab, uns die „Sahnestücke“ aus verschiedenen Therapiemethoden „herauszupicken“? Das „SOS-Medikament“ durch zusätzliche Maßnahmen zu unterstützen. Uns auch mit der anderen Seite zu beschäftigen? Und sich zum Wohle des Patienten Unbekanntem zu öffnen? Ist ein Naturwissenschaftler nicht gerade dazu verpflichtet?

Medizinische Diagnostik – Physik als Schlüsselwissenschaft

Viele der Diagnostikmethoden in der modernen Medizin basieren auf dem physikalischen Wissen um Frequenzen und Schwingungen. Das reicht vom Fieberthermometer, das über die gemessene Frequenz des Trommelfells die Körpertemperatur ermittelt, über das MRT bis hin zur schnellen Übermittlung medizinischer Daten via Internet und WLAN.

Zellfrequenzen – Gesundheitsindikatoren tief im Inneren

Dass jede Zelle eine bestimmte Frequenz hat, mit der sie unter optimalen Bedingungen arbeitet, liegt unter physikalischen Gesichtspunkten auf der Hand. Ebenso die Tatsache, dass sich diese Fre-

quenz unter verschiedenen Bedingungen und Einflüssen ändert.

Dieses Wissen bildete die Grundlage für eine vor 30 Jahren innovative Diagnostikmethode, die von Medizinern und Physikern gemeinsam entwickelt wurde. Anhand einer großen Probandenzahl wurden mithilfe von Gewebsabstrichen Zellfrequenzen gesunder und kranker bzw. „irritierter“ Zellen eruiert, die Daten in einer Datenbank hinterlegt und das Ganze auf Basis der Wahrscheinlichkeitsrechnung standardisiert!

Wissenschaft – „esoterisch verwässert“

Leider wurde diese Methode in den letzten Jahren immer weiter esoterisch verwässert, Wahrscheinlichkeiten als Sicherheiten interpretiert. Mit Aussagen gearbeitet, die keineswegs haltbar waren. Ein Waterloo für eine herausragende naturwissenschaftliche Technik. Grund genug für verantwortungsvolle Mediziner, von einer solchen Technik Abstand zu nehmen.

Bewährte Technik – praxistauglich gestaltet!

Ein Team um den angehenden Healthcare Professional im Bereich Mikronährstofftherapie und Regulationsmedizin (MMA) C. Ritzer, hat nun ein Gerät mit dem Namen NICA auf den Markt gebracht, das die Anwendung der Zellfrequenzmessung praxistauglich, schnell und nach Angaben der Entwickler „der Naturwissenschaft verpflichtet“ macht. Infos unter anusan-medical.com.

Nach Informationen von Institut für Ernährung und Gesundheit, Emmelshausen, info@ifeg-online.de

Zulassung von TAKHZYRO® (Lanadelumab): Neue Option zur Prophylaxe von HAE-Attacken

Die EU-Kommission hat TAKHZYRO® (Lanadelumab) zur Prophylaxe von Attacken eines hereditären Angioödems (HAE) bei Patienten ab 12 Jahren zugelassen. Sie folgt damit der Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vom 18. Oktober 2018. Lanadelumab ist der erste in Europa verfügbare humane monoklonale Antikörper, der spezifisch das Plasma-Kallikrein hemmt. Mit einer subkutanen Applikation von 300 mg Lanadelumab alle 2 Wochen kann die Häufigkeit der HAE-Attacken um 87 % reduziert werden.¹ In Deutschland wird TAKHZYRO® ab dem 15. Januar 2019 erhältlich sein.

HAE ist eine seltene genetische Erkrankung, von der weltweit schätzungsweise etwa 1 von 10.000 – 50.000 Menschen betroffen ist.^{2,3} Die Erkrankung führt zu wiederholten Ödem-Attacken (Schwellungen) in verschiedenen Körperregionen, die im Gesicht, an den Extremitäten oder Genitalien stark beeinträchtigend und im Abdominalbereich sehr schmerzhaft sein können. Attacken der Atemwege können zum Erstickten führen und sind daher lebensbedrohlich.²⁻⁵ „Die Attacken selbst sowie die ständige Angst vor der nächsten, unvorhersehbaren Attacke beeinträchtigen erheblich Privatleben, Ausbildung und Beruf der Betroffenen. Ein optimales HAE-Management und Prophylaxe ist daher von großer Bedeutung“, so Prof. Dr. Petra Staubach, Universitätsmedizin Mainz.

Neu: monoklonaler Antikörper, alle 2 Wochen subkutan

Lanadelumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper und hemmt spezifisch die bei HAE-Patienten unkontrollierte Plasma-Kallikrein-Aktivität.⁶ Die Kallikrein-Aktivierung stellt einen zentralen Schritt im Kallikrein-Kinin-System dar, durch dessen Hemmung HAE-Attacken verhindert werden können.⁷ „Mit dem monoklonalen Antikörper haben wir einen neuartigen Wirkansatz zur Prophylaxe von HAE-Attacken“, erläutert Dr. Emel Aygören-Pürsün*, Universitätsklinikum Frankfurt. „Zudem wird Lanadelumab – im Gegensatz zu bisher verfügbaren Prophylaxe-Optionen – auf-

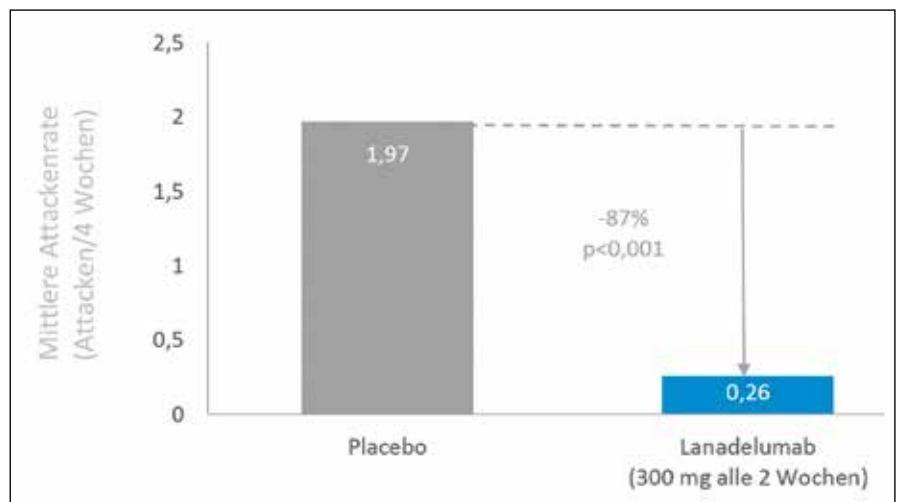


Abb. 1: Mittlere Attackenrate mit Lanadelumab 300 mg alle 2 Wochen versus Placebo (modifiziert nach¹).

grund seiner langen Halbwertszeit nur alle 2 Wochen subkutan appliziert.“⁴

Neu: Fast 8 von 10 Patienten frei von Attacken

Die Zulassung beruht auf den Ergebnissen der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten, multizentrischen Phase-III-Studie HELP (Hereditary Angioedema Long-term Prophylaxis; die bislang größte Studie zur Prophylaxe von HAE-Attacken) mit 125 Patienten ab 12 Jahren.¹ Der primäre Endpunkt – die mittlere Häufigkeit von HAE-Attacken während der 26-wöchigen Studiendauer (Tag 0 bis Tag 182) – reduzierte sich in der zugelassenen Dosierung von 300 mg Lanadelumab alle 2 Wochen um 87 % gegenüber Placebo (p < 0,001; Abb. 1). Zudem

traten in dieser Dosierung 83 % weniger moderate bis schwere Attacken auf und 87 % weniger Attacken erforderten eine Bedarfstherapie.¹

Mit Lanadelumab 300 mg alle 2 Wochen waren während der gesamten Studiendauer 44 % der Patienten attackenfrei gegenüber 2 % mit Placebo. Während der Steady-State-Behandlungsphase von Tag 70 bis Tag 182 waren mit Lanadelumab 300 mg alle 2 Wochen fast 8 von 10 Patienten (77 %), attackenfrei gegenüber 3 % mit Placebo. Als häufigste Nebenwirkung in allen Studienarmen trat ein Schmerzgefühl an der Injektionsstelle auf, das in der Regel mild und vorübergehend war.¹ „Mit Lanadelumab haben die Patienten eine echte Chance, ganz frei von Attacken zu werden“, bewertet Prof. Dr. Markus Magerl*, Charité – Universitätsmedizin Berlin,

die Studienergebnisse. „Neben dem neuartigen Wirkansatz und der Applikationsfrequenz alle 2 Wochen ist das ein weiteres Novum in der HAE-Therapie.““

Neu: Gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant verbessert

Im Angioedema Quality of Life Questionnaire (AE-QoL), einem Fragebogen zur Lebensqualität von Patienten mit Angioödem, wurden mit Lanadelumab klinisch bedeutsame Verbesserungen (Reduktion von 6 Punkten) im Vergleich zu Placebo beobachtet. Die Verbesserungen wurden sowohl im Hinblick auf die Gesamtpunktzahl als auch die einzelnen Domänen (Funktionsfähigkeit, Erschöpfung/Gemütslage, Ängste/Schamgefühl und Ernährung) erreicht, wobei die größte Verbesserung im Score „Funktionsfähigkeit“ beobachtet wurde.¹ „Lanadelumab ist eine vielversprechende Behandlung zur Prävention von Angioödem-Attacken, die auch die Lebensqualität von HAE-Patienten signifikant verbessern kann. Daher überzeugt der Kallikrein-Inhibitor nicht nur uns Ärzte, sondern auch die Betroffenen“, so das Fazit von Dr. Inmaculada

Martinez-Saguer, Hämophilie Zentrum Rhein Main Mörfelden-Walldorf.

Shire: Unser Engagement für das hereditäre Angioödem

Shire unterstützt Patienten seit 10 Jahren als zuverlässiger und dauerhafter Partner der HAE-Community. Wir sind vom Recht der Patienten auf eine maßgeschneiderte Behandlung überzeugt und fühlen uns einer fortgesetzten Innovation verpflichtet. Unser aktuelles Produktportfolio umfasst individuelle Therapieoptionen, um den verschiedenen Bedürfnissen der HAE-Patienten gerecht zu werden. Neben dem Fokus auf der Entwicklung neuer Behandlungen unterstützen wir maßgeschneiderte Angebote für die HAE-Community.

Quellen

1. Fachinformation TAKHZYRO®
2. Cicardi M et al. on behalf of HAWK (Hereditary Angioedema International Working Group), under the patronage of EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology). Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group. *Allergy*. 2014;69:602-616.
3. Longhurst HJ, Bork K. Hereditary angioedema: causes, manifestations and treatment. *Br J*

Hosp Med. 2006;67(12):654-657.

4. Zuraw BL. Hereditary angioedema. *N Engl J Med*. 2008;359(10):1027-1036.
 5. Bork K et al. Fatal laryngeal attacks and mortality in hereditary angioedema due to C1-INH deficiency. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:692-697.
 6. Suffritti C et al. High-molecular-weight kinninogen cleavage correlates with disease states in the bradykinin-mediated angioedema due to hereditary C1-inhibitor deficiency. *Clin Exp Allergy*. 2014;44(12):1503-1514.
 7. Kenniston JA et al. Inhibition of Plasma Kallikrein by a Highly Specific Active Site Blocking Antibody. *Journal Biol Chem* 2014;289(34):23569-23608.
- * Die deutschen HELP-Prüfärzte: Dr. Emel Aygören-Pürsün, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Angioödem-Ambulanz, Universitätsklinikum Frankfurt; Prof. Dr. Markus Magerl und Prof. Marcus Maurer, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin; Dr. Inmaculada Martinez-Saguer, HZRM Hämophilie Zentrum Rhein Main, Mörfelden-Walldorf; Prof. Dr. Petra Staubach, Hautklinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Mainz
- ** Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 300 mg Lanadelumab alle 2 Wochen. Bei Patienten, die unter einer Behandlung attackenfrei sind, kann eine Dosisreduzierung von 300 mg Lanadelumab alle 4 Wochen in Erwägung gezogen werden, insbesondere bei Patienten mit geringem Körpergewicht.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Neu von InfectoPharm: InfectoSpectran® HC Ohrensalbe

Mit InfectoSpectran HC Ohrensalbe steht für die Behandlung der Otitis externa wieder ein zugelassenes Präparat in einer einzigartigen halbfesten Darreichungsform zur Verfügung. Die bewährte Wirkstoffkombination aus Bacitracin und Polymyxin B sowie Hydrocortison-Acetat führt zu einer deutlichen Reduktion der bei Otitis externa auftretenden Entzündung und Sekretion.^{1,2} Dadurch wird die Zeit der Schmerzen nachweislich um durchschnittlich 1 Tag verkürzt, womit sich auch der Einsatz von Schmerzmitteln signifikant reduzieren lässt.^{2,3} Durch die besondere Galenik ist auch eine, von der DGPI empfohlenen Anwendung mit einem Gazestreifen möglich. Hierdurch



gelangt InfectoSpectran HC Ohrensalbe in den kompletten Gehörgang und fördert dort direkt die Abschwellung und Wirkstoffverfügbarkeit.³⁻⁵

„Wir freuen uns, mit der InfectoSpectran HC Ohrensalbe wieder ein beliebtes, durch qualitativ hochwertige Studien belegtes Präparat zur effektiven Behandlung der Otitis externa anbieten zu können“, so

Philipp Zöller, Geschäftsführer der InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH. „Damit untermauern wir unseren Anspruch, Ärzte mit innovativen und evidenzbasierten Präparaten bei der Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Literaturnachweise

1. Mösges, R. et al. 2008
2. Mösges, R. et al. 2007
3. Wipperman, J. 2014
4. DGPI-Handbuch 7. Auflage; Kap. 19.3 S. 188
5. Neher, A. et al. 2012

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Mit Phytotherapie Antibiotika einsparen

Akute und rezidivierende Otitis media // Otitis media ist bei Kindern häufig und verursacht vor allem zu Beginn oft starke Schmerzen. Nach wie vor werden zu häufig Antibiotika verordnet, obwohl deren Einsatz – wie Studien zeigen – bei normalen unkomplizierten Verläufen keinen Vorteil verspricht. Stattdessen kann eine naturheilkundliche Behandlung eine gut verträgliche Alternative sein, meinen erfahrene Experten.

Die häufigste Ursache für die akute Otitis media sind virale Infektionen“, so Prof. Dr. Benno Weber, vom HNO-Zentrum Mangfall-Inn an der RoMed-Klinik Bad Aibling. Dennoch verordnen noch immer viele Ärzte primär Antibiotika, selbst wenn keine eitrige Entzündung vorliegt. Gegen den Einsatz dieser Medikamente spreche nicht nur die Gefahr der Resistenzbildung, sondern auch ihre nachgewiesene mangelnde klinische Wirksamkeit bei dieser Indikation, kritisiert Dr. Peter Thielemann, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in München: „Die Patienten werden nicht schneller gesund, ihre Hörfähigkeit nicht rascher wieder hergestellt“. Zudem habe eine Antibiose in den ersten 24 Stunden keinerlei schmerzlindernde Effekte und bringe – ausschließlich bei eitrigem Entzündungen – erst verzögert Besserung.

Problematisch sind die häufigen Nebenwirkungen einer Antibiose im frühen Kindesalter wie Verdauungsstörungen, verstärkte Allergie-Neigung und eine um etwa 20 % erhöhte Rezidivrate, weiß Dr. Thielemann. Dabei verlaufe eine unkomplizierte Otitis media meist gut. Vorrang habe in der Akutphase eine Schmerztherapie etwa mit Paracetamol oder Ibuprofen. Darüber hinaus habe sich in der Praxis das pflanzliche Präparat Otovowen® bewährt. Otovowen® wirkt antiphlogistisch, sekre-



tolytisch und stimuliert das zelluläre Immunsystem.

Dr. Matthias Bohneberger, Facharzt für Allgemeinmedizin in Bad Tölz, der im Jahr etwa 200 Otitis media-Patienten mit einem Altersgipfel um die zwei Jahre

auf diese Weise behandelt, hat „mit diesem Vorgehen in 80 % der Fälle Erfolg“. Er beobachtet bei Eltern „eine wachsende Unsicherheit, was die Gesundheit ihrer Kinder und die Gefährlichkeit von Erkrankungen betrifft. Da müssen wir gut beraten und aufklären“, unterstreicht er.

Nach Erfahrung von Dr. Winfried Huber, HNO-Facharzt aus Holzkirchen, kann bei unkomplizierten Otitis media-Verläufen unter der naturheilkundlichen Medikation auch bei Fieber 24 bis 48 Stunden abgewartet werden, ob sich der Befund bessert, bevor dann – nur in seltenen Bedarfsfällen – ein Antibiotikum zum Einsatz kommt.

Kinderarzt Dr. Peter Thielemann warnt davor, dem Erwartungsdruck nachzugeben, wenn Eltern, davon ausgehen, dass Antibiotika zu einem schnelleren Heilungsverlauf führen: „Damit gewöhnen Sie sie an eine falsche, nur vermeintlich wirksame Therapie, die sie dann bei der nächsten akuten Infektion wieder umso mehr erwarten.“ Erleben die Eltern, dass auch eine naturheilkundliche Behandlung greift und Nebenwirkungen dabei selten sind, lassen sich zugleich Erwartungen erfüllen und Antibiotika einsparen.

**Nach Informationen von
Weber & Weber GmbH, Inning**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:**

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

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

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de