

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 02/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendmediziner in Klinik und Praxis

Fortbildung

Weiterhin – und aktuell – hohe Krankheitslast durch RSV

Forum

Ohne Kinder- und Jugendärzte ist alles nichts

Magazin

Ich schwöre...
Der neue Hippokratische Eid

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 02 | 2018

EDITORIAL // Ronald Schmid, Thomas Fischbach 3

Berufsfragen

Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendmediziner
in Klinik und Praxis // Thomas Fischbach, Ronald Schmid 4

Kooperation Niedergelassene-Kliniken: Eine Umfrage
in den Landesverbänden // Martin Lang, Klaus Rodens 6

Kooperation zwischen Kliniken und Praxen // Wolfgang Kölfen 8
„Kinderkrankschreibung“ // Juliane Netzer-Nawrocki 13

Mängel in der pädiatrischen Versorgung //
Thomas Fischbach, Kathrin Jackel-Neusser 16

Verschärfung des Datenschutzrechts in 2018 // Michael Stehr 21

Wahlergebnis 21

Praxisverkauf – und dann? // Jens Hellmann 22

UV-GOÄ // Reinhard Bartzky 26

TransFit // Susanne Wu-Bünzow 28

ACHTUNG KLINIKÄRZTE! 4, 6, 8

Fortbildung

RSV-Bronchiolitis bei hospitalisierten Kindern
im ersten Lebensjahr // Laura Schader,
Khulood Althoubathi, Melanie Dressler, Johannes Schulze,
Jörg Brand, Ulrich Rochwalsky, Stefan Zielen 31

Infektiöse Enteritis – sind Diagnostik
und Therapie notwendig? // Michael Büttcher 35

Welche Diagnose wird gestellt? //
Charlotte Eisner, Peter H. Höger 38

consilium: Auswirkungen von oralen Antibiotika
auf das Mikrobiom // Thomas Schwanz 42

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 44

Forum

6. Kongress Deutsche Gesellschaft
für Transitionsmedizin // Uwe Büsching 46

Der BVKJ und die Medizinstudierenden // Folkert Fehr 48

Das Leser-Forum 51

Steuerfreiheit für Obst und Gemüse // Regine Hauch 52
Still-Politik 54

Eine Frage an Dr. Wolfgang Lawrenz // Regine Hauch 56

Zu wenige Betreuungsplätze für junge Pflegebedürftige 57

Vermischtes 58



Hippokratischer Eid S. 62

Magazin

Hippokratischer Eid // Christoph Kupferschmid 62

Buchtipps 64

Impressum 64

Gedicht 65

Pädindex 66

Fortbildungstermine des BVKJ 68

Personalien 71

Nachrichten der Industrie 73

Wichtige Adressen des BVKJ 79

Titelbild: © iStock.com - Imgorhand

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG, eine Beilage der Shire Deutschland GmbH und das Vorprogramm zur 114. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. in Leipzig beigelegt. Einem Teil der Auflage liegen ein Flyer zum 16. Pädiatrie à la carte in Bielefeld sowie Programmhefte zum 31. Pädiatrie zum Anfassen in Worms und 28. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt bei. Wir bitten um Beachtung.

Editorial



Prof. Dr. Ronald Schmid



Dr. Thomas Fischbach

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) vertritt die Interessen von 12.000 Pädiatern in der Bundesrepublik Deutschland. Über 2.500 davon arbeiten im stationären, knapp 6.000 im ambulanten Bereich. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind fast alle Mitglieder im BVKJ, von den Klinikärzten sind dies derzeit circa 50 %. Damit ist heute jedes fünfte BVKJ-Mitglied in der Klinik tätig. Über 2.500 Klinikärzte und 2.800 Weiterbildungsassistenten bzw. -assistentinnen sind von 2008 bis Juli 2017 in den BVKJ eingetreten. Ein großer Teil von diesen hat zwischenzeitlich, nach Erreichen des Facharztes, die Tätigkeit in der Praxis aufgenommen.

Der Berufsverband hat neben der Vertretung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und des ÖGD auch die Aufgabe der nicht gewerkschaftsorientierten und nicht fachwissenschaftlich orientierten Vertretung der Klinikärzte im beruflichen Kontext. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit der zukünftigen Fortentwicklung der Kinder- und Jugendmedizin im ambulanten und stationären Bereich. Je tiefer man sich mit dieser Problematik beschäftigt, desto mehr wird einem die Notwendigkeit von ambulanten und stationären Verknüpfungskonzepten zur Bewältigung der Zukunftsaufgaben bewusst.

Der BVKJ wird als Interessensvertretung der Kinder- und Jugendärzte gegenüber der Öffentlichkeit sowie von ärztlichen und nichtärztlichen Organisationen sehr gut wahrgenommen.

Vor allem aber ist der **BVKJ die Interessensvertretung für die gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen dieses Landes** und steht für einen kollegialen Zusammenschluss der Kinder- und Jugendärzte aus Praxis, Klinik und öffentlichem Gesundheitsdienst.

Zur Einhaltung dieses Grundsatzes **sind im Alltag zahlreiche Hürden zu überwinden**. Eine neue Basis der Zusammenarbeit hat sich, ausgehend von einer Diskussion mit dem VLKKD in den Jahren 2016/2017, ergeben.

Am 09.02.2017 fand eine Besprechung zwischen Leitenden Ärzten aus Nordrhein und Niedersachsen mit dem BVKJ statt. Dieses Treffen entsprang der Diskussion zur Zusammenarbeit zwischen dem BVKJ mit dem Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen (VLKKD) bei der VLKKD-Jahrestagung im November 2016 in Berlin. Dort wurden seitens der Klinikvertreter **Defizite in der Zusammenarbeit** thematisiert.

Aus den zahlreichen Ergebnissen kristallisierten sich **drei zentrale Punkte** heraus, die auf einer Folgetagung im November in Düsseldorf unter der Moderation des DAKJ Generalsekretärs Prof. Dr. Huppertz bearbeitet wurden:

1. Weiterbildung zum Kinder- und Jugendmediziner

2. 24-Stunden ambulante Versorgung
3. Ermächtigungen

Vertreten waren die Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), des Verbandes der leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen (VLKKD), der Gesellschaft für Kinder im Krankenhaus (GKinD-Geschäftsführung) und Ärzte aus Kinder- und Jugendkliniken und Praxis.

Im Vorfeld zur Düsseldorfer Tagung wurde vom VLKKD bei den leitenden Ärztinnen und Ärzten und vom BVKJ bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/Innen eine erneute Umfrage zur Einschätzung der Zusammenarbeit durchgeführt. Die Ergebnisse sind in zwei eigenen Beiträgen in diesem Heft abgedruckt.

Die genauen Ergebnisse des konsentierten Protokolls der Düsseldorfer Tagung sind als eigener Beitrag in vollem Wortlaut in diesem „Kinder- und Jugendarzt“ publiziert.

Fazit der Umfragen und Diskussionen des Jahres 2017 ist:

Sowohl die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, als auch die Klinikärzte wünschen eine gute Zusammenarbeit, wissen aber, dass es Hemmnisse gibt. Das Arbeitsergebnis der Düsseldorfer Tagung kann ein weiterer Schritt sein, die Pädiater bei dem Wunsch nach einer zukunftsorientierten Zusammenarbeit zu unterstützen. Es wird vereinbart, dass zukünftig ein regelmäßiger Gesprächsaustausch stattfinden soll.

Prof. Dr. Ronald Schmid
Vizepräsident BVKJ

Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ

Red.: WH

Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendmediziner in Klinik und Praxis



Achtung
Klinikärzte

Ergebnis einer Klausurtagung des Düsseldorfer Arbeitskreises // Die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte in Klinik und Praxis war das zentrale Anliegen einer Klausurtagung zahlreicher Verbandsvertreter, aber auch von Vertretern aus Klinik und Praxis (s. Editorial). Die Tagung stand unter der Koordination von Prof. Dr. H. Huppertz, dem Generalsekretär der DAKJ.



Dr. Thomas Fischbach



Prof. Dr. Ronald Schmid

Weitere Teilnehmer des Arbeitskreises waren:

D. Banthien (DAKJ), Prof. J. Dötsch (DGKJ und Leitender Arzt), Dr. T. Fischbach (BVKJ), Dr. C. Fricke (DAKJ), Prof. Hoyer (Gastredner- DAKJ), Prof. H.-I. Huppertz (DAKJ), Dr. H. Kentrup (Leitender Arzt), Prof. M. Kirschstein (Leitender Arzt), Prof. W. Kölfen (VLKKD), Prof. I. Krägeloh-Mann (DGKJ), Dr. M. Lang (Praxis und BVKJ), Prof. E. Mayatepek (DGKJ und Leitender Arzt), Dr. A. Oberle (DGSPJ), Dr. K. Rodens (Praxis und BVKJ), J. Scheel (GKinD), Prof. R. Schmid (BVKJ entschuldigt) Dr. P. Seiffert (Leitender Arzt), Prof. U. Thyen (DGSPJ) E. Ebbinghaus (Protokoll)

Der Ursprung eines Treffens im Februar und November 2017 in Düsseldorf war eine Diskussion zur Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis auf der Vollversammlung des VLKKD in Berlin im November 2016. Dabei zeichneten sich zahlreiche kontroverse Themen ab. Diese wurden bei einer Vorbesprechung im Februar 2017 analysiert. Drei zentrale Punkte wurden in der Novembertagung bearbeitet.

Die konsentierten Protokollergebnisse sind im Folgenden abgedruckt:

TOP: Umfrage VLKKD – BVKJ

Die Konklusion aus den beiden Umfragen, deren Ergebnisse in eigenen Beiträgen in diesem Heft des Kinder- und Jugendarztes veröffentlicht werden, ist, dass sowohl die niedergelassenen Kinder-/Ju-

gendärzte als auch die Krankenhausärzte die Zusammenarbeit miteinander wünschen, dass es teilweise aber Hemmnisse bei der Umsetzung gibt.

TOP: Weiterbildung

Es ist klar, dass die **Psychosomatik** in der Weiterbildung zur Pädiatrie verankert sein soll. Statt dies mit einem 80-Stunden-Kurs zu erreichen, ist die Mehrheit davon überzeugt, dass dies unmissverständlich in der regulären Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt enthalten sein muss. Prof. Hoyer wird dies an Dr. Voigt von der Ständigen Kommission der Bundesärztekammer übermitteln.

Die **Akut- und Notfallmedizin** ist ein integraler Bestandteil der Pädiatrie und muss nicht speziell zusätzlich weitergebildet werden. Die Zusatzweiterbildung akuter Notfallmedizin ist nicht von der Pädiatrie aus erreichbar.

Zu den Zusatzweiterbildungen Hämostaseologie, Diabetologie, Infektiologie, spezielle Stoffwechselmedizin und spezielle Sozialpädiatrie: hier keine weiteren Änderungen.

Der Vorstoß der Gesellschaften für Pädiatrische Kardiologie, Neuropädiatrie, Neonatologie und Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, nach einer Basisweiterbildung in Pädiatrie von drei Jahren die Schwerpunktweiterbildung anzustreben oder einen eigenen Facharzt mit den jeweiligen Schwerpunkten ohne vorherige Pädiatrieausbildung zu fordern, wird einhellig abgelehnt.

Gemeinsame Forderungen zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt

1. Studienplätze müssen um mindestens 30 % gesteigert werden.
2. Die Zulassungskriterien zum Medizinstudium sind unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 19.12.2017 (AZ: 1 BvL 3/14 und 1 BvL 4/14) zu modifizieren
3. Forschungszeiten müssen im Rahmen der Weiterbildung zwingend anerkannt werden.
4. Das Fachgebiet Pädiatrie zu den Studierenden bringen. Attraktivität des Faches steigern. Die Finanzierung von akademischen, pädiatrischen Lehrpraxen im Rahmen von Modellstudiengängen und darüber hinaus muss dauerhaft sichergestellt werden.
5. Musterlogbuch (fachlich gebundener Weiterbildungsplan)
6. Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erhöhen.
7. Weiterbildungsassistent/-in muss im Lauf seiner/ihrer Weiterbildung über die Wahlmöglichkeiten Forschung, ambulante Versorgung, Subspezialisierung und klinische Laufbahn umfassend informiert werden.
8. Die Vermittlung der in der Weiterbildungsordnung Kinder- und Jugendmedizin definierten Inhalte muss seitens der Weiterbildungsstätte vollumfänglich ermöglicht und von den Weiterzubildenden erbracht werden. Dies gilt auch für die ambulante Versorgung betreffenden Inhalte, z.B. durch sektorenübergreifende vor-Ort-Kooperationen:
 - a) Impfungen
 - b) sozialpädiatrische Kenntnisse
 - c) Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach Kinderrichtlinie
 - d) Koordinierung und Steuerung der Behandlung
 - e) Screening

Für **sektorenübergreifende Kooperationen** sollen regionale Strukturen geschaffen und/oder gefördert werden. Mustervereinbarungen hierzu sollen erarbeitet werden, die auch regionale Besonderheiten und Möglichkeiten berücksichtigen (es existieren Modelle der GKIND).

1. Vor der Niederlassung muss es eine Einführung in die ambulante Versorgung geben.
2. Um Weiterbildung im Fachgebiet Pädiatrie in Klinik und Praxis bedarfsgerecht sicherstellen zu können, muss seitens der Politik eine hinreichende Finanzierung der Weiterbildung gewährleistet werden.

Für den Punkt 8.c) wird auch über Zahlen diskutiert. Folgende Zahlen werden vorgeschlagen:

| | |
|----------------------------------|----|
| Säuglingsvorsorgeuntersuchungen: | 30 |
| Kleinkindvorsorgeuntersuchungen: | 30 |
| Jugendvorsorgeuntersuchungen: | 5 |

TOP: Ermächtigungen Konsentierete Vereinbarungen zum Thema Ermächtigungen

1. Es besteht Übereinstimmung, dass Ermächtigung- und Institutsambulanzen für die optimale medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen erforderlich sind. Der BVKJ unterstützt diese Auffassung ausdrücklich.
2. Kinder und Jugendliche sollen in spezialpädiatrischen Ermächtigungs- oder Institutsambulanzen behandelt werden.
3. Erwachsenen-Organfächer beanspruchen häufig die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ohne in vollem Umfang dazu befähigt zu sein. Die spezialpädiatrische Versorgung muss Vorrang vor einer Behandlung in Erwachsenen-Organfächern haben.
4. Es gilt grundsätzlich ein Überweisungsvorbehalt für ermächtigte Kinder- und Jugendärzte durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte. Begründete Ausnahmen kann es im Einzelfall in Regionen geben, in denen Kinder und Jugendliche nicht von Pädiatern versorgt werden können. Die Ermächtigung soll evtl. für die Behandlung erforderliche interne Überweisungen an andere Fachärzte in der Klinik ermöglichen.
5. Vor Beantragung einer KV-Ermächtigung sowie einer Verlängerung soll sich der Antragsteller mit dem jeweiligen Obmann des BVKJ über Art und Umfang der Ermächtigung abstimmen und mit einem Letter of Consent den Antrag gemeinsam einreichen.
6. Wenn eine Einigung vor Ort nicht erzielt werden kann, kann der An-

tragsteller sich an den zuständigen Landesverbandsvorsitzenden mit der Bitte um Vermittlung wenden.

TOP: 24 Stunden ambulante Versorgung

Es besteht Einigkeit darin, dass die anwesenden Vertreter der Kliniken und des BVKJ die **Etablierung eines pädiatrischen KV-Bereitschaftsdienstes an Kinderkliniken** anstreben, der dem Bedarf entspricht. Wir fordern eine gesundheitspolitische Diskussion, mit welchen Steuerungsmechanismen einem Missbrauch des Bereitschaftsdienstes abgeholfen werden kann.

- Die Vergütung im ärztlichen Bereitschaftsdienst muss der erbrachten Leistung entsprechend angemessen sein.
- Patienten im Bereitschaftsdienst sollen einer Triage unterzogen werden.
- Die Parteien beabsichtigen gemeinsame edukative Maßnahmen zur Patientenaufklärung über die Aufgaben des Bereitschaftsdienstes zu ergreifen.
- Es muss bei kooperativen Modellen des Bereitschaftsdienstes zwischen Klinik und Vertragsärzten bei der Dienstplangestaltung eine Berücksichtigung der verfügbaren personellen Ressourcen beider Seiten erfolgen.
- Die Parteien vereinbaren eine konsentierete Dienstplangestaltung und vertreten diese gegenüber dem KV-System.

Der VLKKD richtet seine Bitte an den BVKJ, in den Landesverbänden auch **Kliniker in den Vorstand** zu wählen. Zudem wird darum gebeten, auf der Homepage kinderaerzte-im-netz auch Kinderkliniken aufzunehmen. Dazu wäre es auch laut VLKKD günstig, Verlinkungen auf die jeweilige Webseite des ermächtigten Arztes zu haben.

An die DGKJ und den BVKJ richtet sich der Wunsch aller, Veranstaltungen der jeweils anderen Gesellschaften auf der Webseite zu veröffentlichen.

Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ

Prof. Dr. Ronald G. Schmid
Vizepräsident BVKJ

Red.: WH

Kooperation Niedergelassene-Kliniken: Eine Umfrage unter Funktionsträgern in den Landesverbänden des BVKJ



(verantwortlich: Martin Lang und Klaus Rodens)

Im Vorfeld des Austauschs zwischen den Chefs der Kliniken und den Repräsentanten der Praxispädiatrie wurden von Seiten der Krankenhausvertreter vor allem drei Problemstellen benannt:

- Kooperationsformen bei der Umsetzung des pädiatrischen Bereitschaftsdienstes
- Art und Ort der pädiatrischen Weiterbildung
- Rahmenbedingungen der Ermächtigungen für Chefärzte/leitende Ärzte

Auf dieser Grundlage und in Vorbereitung auf das zweite Düsseldorfer Spitzentreffen zwischen Vertretern der klinischen und Praxispädiatrie haben Martin Lang und Klaus Rodens für den BVKJ aus Sicht der Praxispädiatrie einen Fragenkatalog entwickelt, der zwar nicht repräsentativ sein kann, weil er sich nur an die Funktionsträger im BVKJ (Land und Bund) gewandt hat, jedoch in der Lage ist, die Stimmung und Wahrnehmung aus Sicht der Praxispädiatrie einzufangen.

Konkrete Fragestellungen betrafen die drei eingangs benannten Themenkomplexe.

Den teilnehmenden BVKJ-Vertretern wurden zudem offene Fragen zu den sowohl positiv empfundenen als auch eher negativ gesehenen Schnittstellen zwischen Praxis und Krankenhaus gestellt.

Geist und Ziel – sowohl der Umfrage als auch des Düsseldorfer Austauschs – war die Schaffung einer lösungsorientierten Grundlage, mit der beide Sektoren gut leben können. Dies in der Überzeugung, dass allein Kooperation und Zusammenhalt der pädiatrischen Versorgungsbereiche die wesentlichen und unverzichtbaren Garanten für eine gestärkte und erfolgreiche Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland sind.

Beispiele/Erfahrungen gelungener/guter bzw. schlechter/gescheiterter Zu-

| Landesverband und Teilnehmerzahl | |
|----------------------------------|----|
| Baden-Württemberg | 9 |
| Bayern | 10 |
| Brandenburg | 1 |
| Berlin | 3 |
| Bremen | 1 |
| Hamburg | 0 |
| Hessen | 5 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1 |
| Niedersachsen | 2 |

| Landesverband und Teilnehmerzahl | |
|----------------------------------|-----------|
| Nordrhein | 17 |
| Rheinland-Pfalz | 4 |
| Saarland | 0 |
| Sachsen | 1 |
| Sachsen-Anhalt | 1 |
| Schleswig-Holstein | 2 |
| Thüringen | 0 |
| Westfalen-Lippe | 4 |
| gesamt | 61 |

sammenarbeit zwischen Kinderkliniken und niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen/en (Einzelstatements, Zusammenfassung)

| Positiv: | Negativ: |
|---|--|
| Etablierung eines gemeinsamen pädiatrischen Notdienstes | Unzureichende Kommunikation (telefonische Erreichbarkeit von Ambulanzen etc.) |
| Möglichkeit der raschen Klärung wichtiger Fragestellungen | Zu späte oder fehlende Berichte (z.B. bei Problementlassungen oder komplexen Krankheitsbildern) |
| Gemeinsame Fortbildungskonzepte | Schlechtes Entlassmanagement |
| Kollegialer Austausch in QZ | Geringe interne und auch öffentliche Wertschätzung der Niedergelassenen (Grundversorger und Spezialisten) |
| Kooperation im Kinderschutz | Umgehung der Praxispädiater durch Zuweisung durch Allgemeinärzte an Spezialambulanzen |
| Gemeinsames Auftreten bei der Politik | Ungerechtfertigte Wiedereinbestellungen und Ringüberweisungen in Ermächtigungsambulanzen ohne Absprache mit niedergelassenen Pädiatern |
| Erste Schritte der Verbundweiterbildungsgestaltung | Schließung von wichtigen Spezialambulanzen |
| | Nachträgliche Überweisungsanforderungen (SPZ oder Labor) ohne Überweisungsauftrag |
| | mangelnde Bettenkapazität |
| | unangemessene Ausweitung stationärer Aufnahmen (ohne klinische Notwendigkeit) |
| | Aufkauf von grundversorgenden Pädiatersitzen |

Konkrete Fragestellungen

- Welche **Kooperationsformen bei der Umsetzung des pädiatrischen Bereitschaftsdienstes** würde die Kollegenschaft in eurem LV am ehesten bevorzugen? (Jeder niedergelassene KJÄ ist zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet.) *(ein Kreuz möglich)*

| Aussage | % (absolut) |
|---|-------------|
| • Keine Kooperation. Der pädiatrische Bereitschaftsdienst wird 24 h lang ausschließlich von den niedergelassenen KJÄ durchgeführt. | 0 % (0) |
| • Es sollte eine Kooperation im Bereitschaftsdienst zwischen Praxis und Klinik stattfinden. Dabei sollte der Bereitschaftsdienst unter der Woche abends und am Wochenende tags und abends in den pädiatrischen Praxen stattfinden und nachts von den Kinderkliniken übernommen werden. | 33 % (20) |
| • Es sollte eine Kooperation im Bereitschaftsdienst zwischen Praxis und Klinik stattfinden. Dabei sollte der Bereitschaftsdienst unter der Woche abends und am Wochenende tags und abends zentralisiert in einer Notfallambulanz stattfinden, die an die Kinderkliniken alloziert ist, und nachts von den Kinderkliniken übernommen werden. | 41 % (25) |
| • Es wird kein eigener pädiatrischer Bereitschaftsdienst gewünscht. Ein allgemeinmedizinischer Bereitschaftsdienst, zu dem auch die KJÄ herangezogen werden soll, den Bereitschaftsdienst stemmen. | 2 % (1) |
| • Anderes? | 25 % (15) |

- Die **pädiatrische Weiterbildung** sollte *(zwei Kreuze möglich)*

| Aussage | % (absolut) |
|---|-------------|
| • ausschließlich und in Gänze in Kinderkliniken stattfinden | 2 % (1) |
| • (bis zu 24 Monate) auch in pädiatrischen Praxen (freiwillig) möglich sein | 30 % (18) |
| • in einem geregelten Weiterbildungsverbund zwischen Klinik und Praxen stattfinden | 67 % (41) |
| • als ambulante (z.B. einjährige) Teil-Weiterbildung in Praxen verpflichtend für eine Niederlassung als KJÄ sein | 21 % (13) |
| • als ambulante (z.B. einjährige) Teil-Weiterbildung in Praxen verpflichtend für den Erwerb des Facharzttitels sein | 38 % (23) |
| • andere Vorstellung | 5 % (3) |

- **Ermächtigungen für Chefärzte/leitende Ärzte** in Spezialambulanzen *(zwei Kreuze möglich)*

| Aussage | % (absolut) |
|--|-------------|
| • sind erwünscht | 38 % (23) |
| • sind unerwünscht | 3 % (2) |
| • wären besser vermittelbar, wenn es vorher Absprachen über definierte Ermächtigungsbereiche gegeben hätte | 57 % (34) |
| • waren in unserem LV nie ein Problem | 25 % (15) |
| • wurden durch Intervention des BVKJ verhindert | 3 % (2) |

Korrespondenzadressen:

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

Dr. med. Martin Lang, 86150 Augsburg, E-Mail: dr.lang@augsb.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

Kooperationen zwischen Kliniken und Praxen in der Kinder- und Jugendmedizin



Achtung
Klinikärzte

Befragungsergebnisse – Blickwinkel Chefärzte // Der Ausgangspunkt zu den Gesprächen zwischen Vertretern des BVKJ und der der Vereinigung der leitenden Chefärzte der Kinderkliniken Deutschlands (VLKKD) war eine Tagung der Chefärzte der VLKKD in NRW. Hier wurde von den Chefärzten beschlossen, dass Gespräche geführt werden sollen wie es zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen den Chefärzten der Kliniken für Kinder und Jugendliche und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) kommen kann.



Prof. Dr. Wolfgang Kölfen

Im Rahmen einiger informeller Vorbesprechungen wurden erste Anknüpfungspunkte gefunden und verschiedene Problemfelder identifiziert. Bei diesen Besprechungen stellte sich rasch raus, dass es viele persönliche Erlebnisse aus der lokalen Zusammenarbeit zwischen Klinik und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten gibt, die aber zu unterschiedlichen Bewertungen führten. Viele Fragestellungen konnten nicht richtig beantwortet werden, weil Einzelmeinungen als nicht verlässlich für die gesamte Gruppe aufgefasst wurden. Um diesem Problem Abhilfe zu schaffen, erfolgte dann eine Befragung bei den Chefärzten. Mitte des letzten Jahres wurde dann vom dem Autor dieses Artikels die Fragen konzipiert und anschließend an die Chefärztinnen/Chefärzte der Kliniken für Kinder und Jugendliche in Deutschland verschickt.

Hier nun die Ergebnisse der Befragung aus dem Blickwinkel der Chefärzte.

Insgesamt wurden 200 Chefärzte, die alle Mitglied im VLKKD sind, angeschrieben, mit der Bitte um eine Beantwortung der Fragen. Innerhalb weniger Tage hatten 130 Chefärzte alle Fragen vollständig beantwortet. Dies entspricht einer Rückmeldequote von 62 %. Insgesamt gaben 43 % der Chefärzte an, dass sie Mitglied im Berufsverband sind, 50 % waren nie Mitglied und 7 % waren in den letzten Jahren aus dem Berufsverband als Mitglied ausgetreten.

Auf die Frage bzgl. der vollen Weiterbildung sagten 85 %, dass sie die Ärzte, die in ihrem Haus tätig sind, zum Facharzt führen können.

Die Frage „Für wie wichtig halten Sie es, dass es zu einer engen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und den Klinikärzten kommt“ beantworteten die Chefärzte das dies für sie wichtig (21 %) bzw. sehr wichtig (78 %) ist.

Auf die Frage „Wie beurteilen Sie die aktuelle Zusammenarbeit zwischen dem BVKJ und den Chefärzten“ ergab sich ein unterschiedliches Bild. Es zeigte sich hier, dass die Chefärzte zu 48 % die Schulnoten ausreichend bis mangelhaft vergeben haben. Dieses negative Ergebnis stand im Widerspruch zu der Frage „Wie ist Ihre Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten vor Ort?“. Hier vergaben die Chefärzte die Schulnoten sehr gut bis gut in 69 % der Fälle. Die

Zusammenfassung der Ergebnisse zu diesem Punkt ergibt sich aus der Abbildung 1, 2 und 3.

Die Chefärzte waren auch gebeten worden Einzelkommentare zu formulieren. Von dieser Möglichkeit wurde sehr stark Gebrauch gemacht. Insgesamt füllten 30 % der Chefärzte die Fragebögen ohne Kommentierung und 70 % mit Kommentierung aus. Ergebnisse zu den zwei o.g. Fragen spiegelten sich auch hier in den Einzelkommentaren wider. Viele Chefärzte halten die Funktion des BVKJ für wichtig und auch für unverzichtbar, um die Interessen der Kinder und Jugendlichen darzustellen. Der Wunsch ist aber, dass der BVKJ die gesamte Kinder- und Jugendmedizin sowohl aus Klinik und Praxis mit ihren vielschichtigen Interessen mehr vertritt, und hier eine übergeordnete Position einnimmt. Einige Chefärzte schrieben, dass sie versuchen, eine bestmögliche lokale Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den pädiatrischen Praxen hinzubekommen. Nach ihrem Eindruck würde dies auch vor Ort deutlich besser funktionieren als auf der Ebene „der Funktionäre“.

Pädiatrische Notfallambulanz

Auf die Frage „Wie ist der pädiatrische Notdienst in Ihrer Region organisiert?“ gaben 46 % der Chefärzte an, dass die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ihren Notdienst in der Kinderklinik durchführen. 34 % arbeiten im Rahmen der KV-Notfallambulanz in den eigenen Praxisräumen. Interessant war

auch, dass 20 % der Chefärzte mitteilten, dass in ihrem Einzugsbereich keine pädiatrische Notfallversorgung stattfindet

Ein wichtiges Anliegen der Chefärzte ist es, dass es zu einer besseren Zusammenarbeit bei der Durchführung des pädiatrischen Notdienstes in der Klinik kommt. Dies gaben 85 % der Chefärzte an. Auf die Frage „Was die Chefärzte sich am meisten zu diesem Punkt wünschen“ gaben 86 % der Chefärzte an, dass eine längere Präsenzzeit der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte der wichtigste Punkt für sie ist.

KV-Ermächtigungen für Chefärzte / leitende Ärzte

Auf die Frage, was die Chefärzte sich wünschen in Bezug auf die Ermächtigung gaben 90 % der Befragten an, dass der BVKJ sie unterstützen solle bei den Anträgen an die KV. Die Wahrnehmung der Chefärzte ist, dass es bei vielen Anträgen Schwierigkeiten mit der KV-Ermächtigung gegeben hat. 61 % der Chefärzte teilten das mit.

Eine weitere Frage war ob „KV-Ermächtigungen wegen Einsprüchen von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten verlorengegangen seien“. 41 % stimmten dieser Aussage zu.

Auch in den Einzelkommentaren wurde sehr häufig von den Kollegen geschrieben, dass die ärztliche Tätigkeit im Rahmen der KV-Ermächtigung nicht Konkurrenz sondern ergänzende Tätigkeit zur Praxistätigkeit ist. Ein Befragter schrieb: „Wir brauchen die Spezialgebiete in den Kinderkliniken, um sicherzustellen, dass die Eltern mit ihren kranken Kindern und Jugendlichen nicht in die Erwachsenenmedizin abwandern.“

Weiterbildungsbefugnis zum Facharzt

Auf die Frage „Für wie wichtig halten Sie es, dass Sie als Klinikchef die volle Weiterbildung in Ihrer Klinik anbieten können?“ gaben 94 % der Chefärzte an, dass es für sie eine hohe (12 %) bis sehr hohe (82 %) Priorität hat. Der Idee, ambulante Weiterbildungsinhalte in Kooperation mit den pädiatrischen Praxen vor Ort anzubieten stehen die meisten Chefärzte positiv gegenüber. 35 % sagen das diese Idee sehr gut ist, 40 % gut und nur 25 % halten nichts davon.

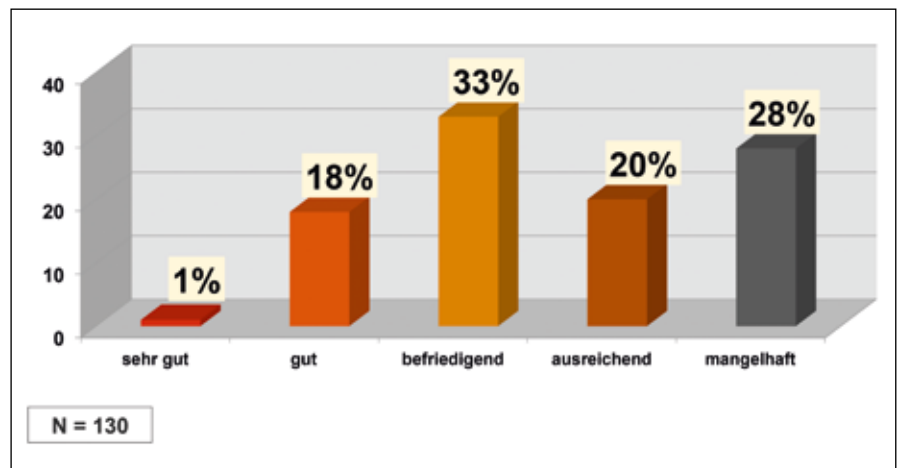


Abb. 1: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen dem BVKJ und den Chefärzten?

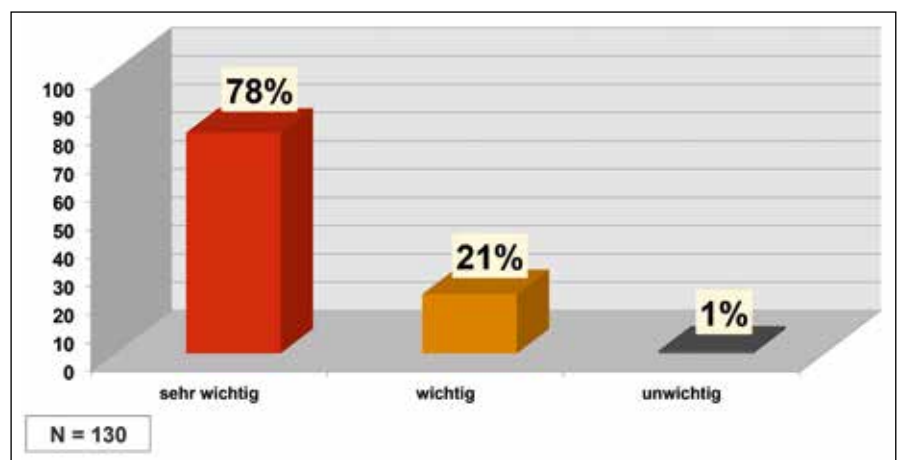


Abb. 2: Für wie wichtig halten Sie es, dass es zu einer guten Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und den Klinikärzten kommt?

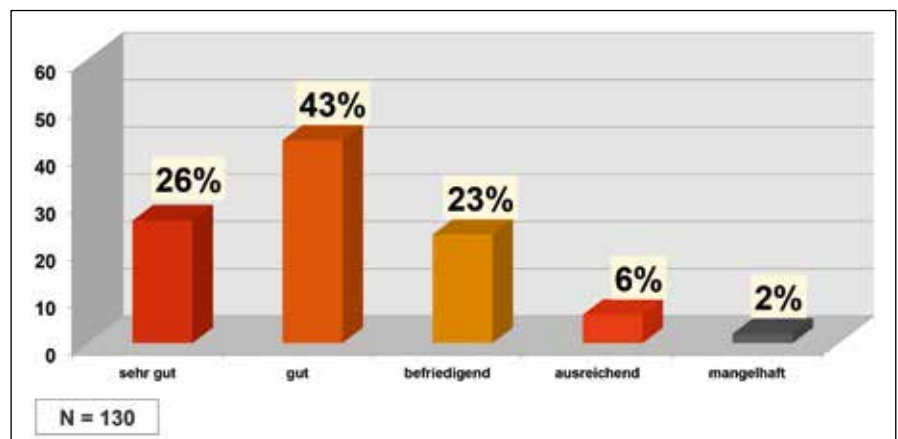


Abb. 3: Wie ist Ihre Einschätzung zur lokalen Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den niedergelassenen Kinderärzten vor Ort bei Ihnen? Die Zusammenarbeit funktioniert ...

Auch auf die Frage inwieweit der einzelne Klinikchef sich vorstellen kann, dass er mit „seinen pädiatrischen Praxen vor Ort kooperieren kann, um ambulante Weiterbildungsinhalte vor dem Facharzt gemeinsam anzubieten“ fand sich ei-

ne positive Resonanz. 80 % der Chefärzte können sich hier Kooperationsmodelle vor Ort vorstellen.

In den Einzelkommentaren haben viele Chefärzte geschrieben, dass sie es für wichtig halten, dass die Fachärzte, die

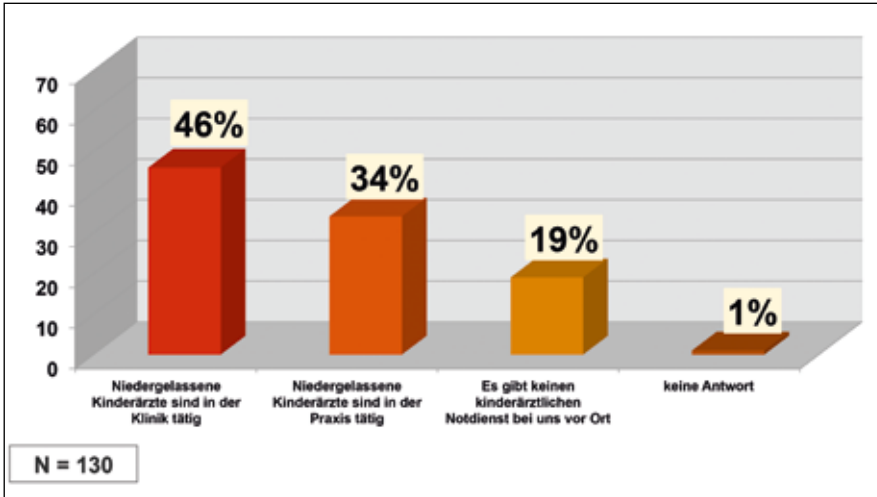


Abb. 4: Wie ist der kinderärztliche Notdienst bei Ihnen vor Ort organisiert?

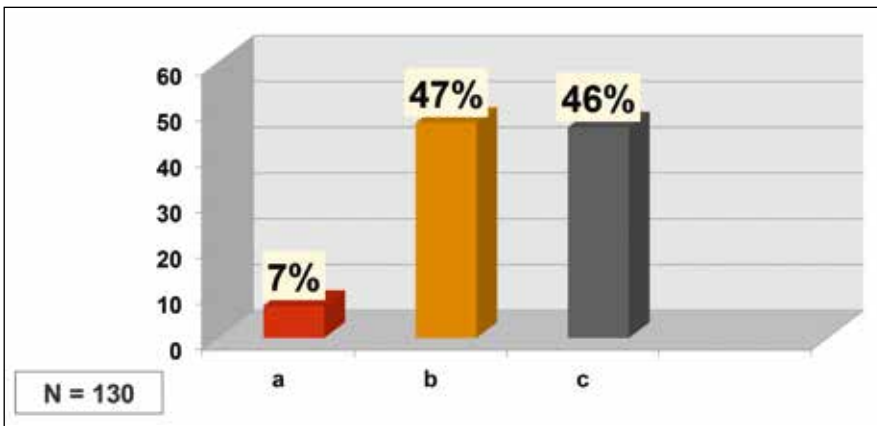


Abb. 5: Welche der folgenden Aussagen erhält Ihre Zustimmung?

- a) Ich befürworte die Pflichtweiterbildung in der Praxis
- b) Ich befürworte die Vermittlung ambulanter Weiterbildungsinhalte in Kooperation regionaler Weiterbildungsverbände ohne Wechsel des Arbeitgebers
- c) Ich bin gegen eine Pflichtweiterbildung in der Praxis vor dem Facharzt

sich zur Niederlassung entschließen, eine Vorbereitungszeit in der Praxis machen. 61 % der Befragten stimmten zu, dass eine Pflichtweiterbildungszeit für einen Facharzt vor seiner Niederlassung sinnvoll ist. 7 % aller befragten Chefärzte befürworten eine Pflichtweiterbildung in der Praxis vor dem Facharzt. In der Einzelkommentierung wurden zu diesem Punkt die meisten Kommentare aufgeschrieben. 42 Kollegen gaben hierzu Stellungnahmen ab.

Einige Chefärzte sehen zwar, dass es notwendig ist, ambulante Weiterbildungsinhalte, die nicht in der Klinik angeboten werden können, bereits vor der Facharztprüfung für alle werdenden Fachärzte zu vermitteln. Auf der anderen Seite schlagen aber viele Kollegen vor, dass dies Vorhaben nur für die Ärzte gelten soll, die sich entschieden haben, dass sie ihre berufliche Zukunft in der Niederlassung sehen.

Als problematisch wird auch angesehen, dass es noch schwieriger sein wird, Kollegen in der Facharztausbildung für die wissenschaftliche Forschung zu begeistern.

Ein Kollege schrieb: „Den jungen Ärzten stehen heute alle Türen offen. Wir als Pädiater müssen darum kämpfen, dass diese jungen Ärzte in unser Fach kommen. Wir haben Nachholbedarf, weil wir immer gedacht haben, dass unsere Schreibtische ständig mit frischen Bewerbungsmappen gefüllt bleiben.“

Ein anderer Kollege teilte mit: „Ich halte es für sehr wichtig, die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte zu unterstützen, deshalb gerne Pflichtweiterbildung nach dem Facharzt vor der Niederlassung, aber bitte nicht in der Weiterbildung. Dieses wäre in Bezug auf die Attraktivität unseres Faches ein nicht mehr gut zu machendes Eigentor.“

Fortbildung / Assistentenaustausch

72 % der Chefärzte gaben an, dass sie sich eine bessere Kooperation und mehr Absprachen bei gemeinsamen Fortbildungen in der Region mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten wünschen. Auf die Frage wie weit es in der Klinik schon einen gelebten Austausch von Assistenten innerhalb der Facharztzeit zwischen Klinik und pädiatrischen Praxen gibt, gaben 40 % an, dass das vor Ort bereits praktiziert wird.

Die Erfahrungen über die Kooperation zwischen Kliniken und Praxen sind nach Ansicht der Chefärzte sehr unterschiedlich. 38 % bescheinigen das die Kooperation gut funktioniert, 34 % sehen die Kooperation mit einem erheblichen Einsatz von Arbeit verbunden und 24 % haben die Kooperation wegen nicht funktionieren wieder eingestellt. Einige Chefärzte schrieben in ihren Einzelkommentaren, dass sie versucht haben Assistenzärzte innerhalb der Weiterbildungszeit in die Praxis zu vermitteln, was aber am Widerstand der Assistenten gescheitert ist.

Abschließende Kommentierung

Die vorliegenden Ergebnisse ergeben einen guten Überblick über das Stimmungsbild der Klinikchefärzte zu wichtigen Fragen zu dem Thema gemeinsame Kooperationen zwischen Kinderkliniken und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten. Die Chefärzte wollen eine enge Kooperation. Hierzu sind sie bereit, sich mit den pädiatrischen Praxen vor Ort zusammen zu tun, um vor Ort Lösungen zu finden, wie eine win-win-Situation gefunden werden kann. Getragen wird diese Stimmung von der Idee, dass das Haus der Kinder- und Jugendmedizin nur erhalten bleiben wird, wenn im Vordergrund unseres Auftretens die **Gemeinsamkeit** steht.

Die Kinder- und Jugendmedizin muss im zunehmenden Maße als ein attraktives Fachgebiet für die jungen approbierten Ärzte dargestellt werden. Ein wichtiger Baustein im „Kampf“ um die besten Nachwuchstalente ist es, wenn wir eine attraktive Weiterbildungszeit ohne bürokratische Hürden und ohne Zwänge anbieten können. Um dieses Ziel den jungen Bewerbern bieten zu können, sind die Chefärzte bereit, vor Ort mit den pädiat-

rischen Praxen inhaltlich enger zu kooperieren. Zwanghafte Verpflichtungen im Rahmen der Facharztausbildung stoßen bei den Chefärzten auf große Bedenken. Ihre hauptsächliche Befürchtung ist, dass sich die knappe Bewerberlage weiter verschlechtert, weil die junge Generation von Ärzten solchen Pflichtzeiten sehr ablehnend gegenüber steht.

Zum Abschluss dieses Artikels kann ich sagen, dass die Ergebnisse dieser Befragung einen wichtigen Beitrag geleistet

haben, um im Rahmen unserer Sitzung des Düsseldorfer Arbeitskreises VLKKD und BVKJ unter dem Dach der DAKJ zu vorzeigbaren Ergebnissen zu kommen.

Allen Chefärzten die an dieser Befragung teilgenommen haben, sei hiermit auch noch einmal ausdrücklich herzlich gedankt. Auch den Mitstreitern im Rahmen der Besprechungen – Herrn Professor Dötsch, Herrn PD Kentrup, Herrn Professor Kirschstein, Herrn Professor Mayatepek und Herrn Dr. Seiffert – sei

noch einmal gedankt für die Teilnahme an den Besprechungen.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen
2. Vorsitzender der Vereinigung der leitenden Chefärzte der Kinderkliniken Deutschlands (VLKKD)
41239 Mönchengladbach
E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Red.: WH

Die erforderliche Betreuung des kranken Kindes durch die Eltern – Was sind die Voraussetzungen für die sogenannte „Kinderkrankschreibung“? –

Ist ein Kind krank, benötigt es in der Regel besondere Betreuung durch seine Eltern. Dafür muss meistens ein Elternteil der Arbeit fernbleiben und benötigt eine „Krankschreibung“. Damit geht gleichzeitig auch ein Verdienstaufschlag einher, der in irgendeiner Weise ausgeglichen werden muss. Das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht hierzu Erstattungsmöglichkeiten vor, die eine entsprechende Bescheinigung des Kinder- und Jugendarztes voraussetzen. Im Einzelnen:



**Dr. iur. Juliane
Netzer-Nawrocki**

1. Allgemeines zur „Kinderkrankschreibung“

Die Möglichkeit zur sogenannten „Kinderkrankschreibung“ von erwerbstätigen Eltern folgt aus § 45 SGB V. Rechtlich handelt es sich hierbei nicht um eine „Krankschreibung“ der Eltern. Vielmehr

regelt § 45 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf **Krankengeld** des Versicherten (Elternteil), wenn es nach **ärztlichem Zeugnis erforderlich** ist, dass ein krankes – und ebenfalls versichertes – Kind, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, betreut werden muss und der betreuende Elternteil dafür der Arbeit fernbleiben muss.

Mittelpunkt der Beurteilung ist also die Gesundheit des Kindes. Der Anspruch auf Krankengeld des betreuenden Elternteils richtet sich nach den tatsächlich attestierten Krankheitstagen des Kindes. Es ist also ausschließlich auf die Krankheit des Kindes abzustellen. Diese – und nur diese – Tage sind durch den Kinder- und Jugendarzt zu bescheinigen.

Gleichzeitig hat der betroffene Elternteil nach § 45 Abs. 3 SGB V gegen seinen Arbeitgeber einen Anspruch auf **unbezahlte Freistellung von der Arbeit**. Die Anzahl der Tage, für die betroffene Eltern Krankengeld beantragen können,

sind pro Kind und Jahr **auf zehn Arbeitstage** begrenzt (bei alleinerziehenden Versicherten 20 Tage). Insgesamt besteht ein Anspruch auf Krankengeld für Versicherte für maximal **25 Arbeitstage** pro Jahr (bei alleinerziehenden Versicherten 50 Tage).

Das Erfordernis der Betreuung des kranken Kindes muss durch ärztliches Zeugnis festgestellt werden. Dafür soll der Kinder- und Jugendarzt das Muster 21 verwenden. Dieses wird von den Eltern zur Vorlage bei der Krankenkasse zur Beantragung des Krankengeldes benötigt.

2. „Krankschreibung“ am Telefon und Rückdatierung

Der Kinder- und Jugendarzt steht in seiner ärztlichen Praxis oftmals vor der

Situation, dass Eltern morgens in der Praxis anrufen und mitteilen, ihr Kind sei erkrankt und sie könnten nicht zur Arbeit gehen, da das Kind zu Hause die Betreuung benötige. In die Praxis wolle/könne man aber nicht kommen – z.B. mit der Begründung, das Kind sei fiebrig und schlafe jetzt, habe gebrochen und sei jetzt zu erschöpft o.ä. Wie soll sich der Kinder- und Jugendarzt in einer solchen Situation verhalten?

Damit der Kinder- und Jugendarzt eine zutreffende Einschätzung des Gesundheitszustandes des Kindes treffen kann, muss er sich hiervon **grundsätzlich einen persönlichen Eindruck** machen. Dies ist durch die ausschließliche Beschreibung der Beschwerden am Telefon kaum zu gewährleisten, zumal diese nur mittelbar durch die Eltern erfolgt. Eine körperliche Untersuchung kann nicht stattfinden. Der Kinder- und Jugendarzt sollte daher von einer **ausschließlichen** Beurteilung am Telefon absehen. Erlaubt der Gesundheitszustand des Kindes eine persönliche Vorstellung in der Kinder- und Jugendarztpraxis am gleichen Tag nicht, ist diese in den nächsten Tagen nachzuholen.

Ein Attest sollte nicht ausgestellt werden, wenn der Kinder- und Jugendarzt den Gesundheitszustand des Kindes – im Zusammenhang mit der konkreten Erkrankung – nicht persönlich beurteilen konnte.

Aus dieser Situation folgt ggf. auch das Problem der „Rückdatierung“ des Gesundheitszeugnisses, welches sich für den Kinder- und Jugendarzt auch in folgenden Fallkonstellationen ergeben kann:

Die Eltern teilen bei der Vorstellung in der Kinder- und Jugendarztpraxis mit, das Kind sei bereits seit gestern krank. Sie hätten das Kind – z.B. mit Fieber – früher aus dem Kindergarten oder der Schule abholen und dafür vorzeitig ihre Arbeitsstelle verlassen müssen. In der Kinder- und Jugendarztpraxis sei aber – am späten Nachmittag – niemand mehr zu erreichen gewesen. Wie soll sich der Kinder- und Jugendarzt in dieser Situation verhalten? Kann er eine ärztliche Bescheinigung auch für den vorangegangenen Tag ausstellen – diese also „rückdatieren“?

Für die Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers regelt dies ausdrücklich die **Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie**. In § 5 Abs. 3 der Richtlinie ist vorgesehen, dass die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für **bis zu drei Tage rückwirkend** erteilt werden kann. Grundsätzlich lässt sich dieser Gedanke auch auf die rückwirkende Ausstellung einer Bescheinigung zur Beantragung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V übertragen.

Von dieser Möglichkeit sollte der Kinder- und Jugendarzt aber nur im Ausnahmefall Gebrauch machen – also zum Beispiel, wenn das Kind am ersten Tag der Erkrankung aus gesundheitlichen Gründen (starkes Erbrechen o.ä.) nicht in der Praxis erscheinen konnte, die Kinder- und Jugendarztpraxis für die Eltern nicht mehr erreichbar war oder ähnliche gravierende Gründe vorliegen. Eine Rückdatierung um mehr als drei Tage sollte in jedem Falle unterbleiben.

Zusammenfassend gilt:

Von der Rückdatierung der Bescheinigung (Muster 21) sollte nur in begründeten Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden. Grundsätzlich sollten die Kinder noch am gleichen Tag in der Praxis vorgestellt werden. Im begründeten Einzelfall kann es ausreichen, dass das Kind erst am zweiten oder dritten Tag in die Praxis kommt. Von einer ausschließlich telefonischen Beurteilung des Gesundheitszustandes des Kindes ist abzuraten.

3. Das unrichtige Gesundheitszeugnis – Risiken für den Kinder- und Jugendarzt

Denn die Erstellung unrichtiger Gesundheitszeugnisse birgt für den Kinder- und Jugendarzt erhebliche Risiken.

Stellt der Kinder- und Jugendarzt ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Patienten aus, welches zum Gebrauch bei einer Behörde oder einer Versicherungsgesellschaft bestimmt ist, kann er sich nach § 278 StGB strafbar machen. Dabei stellt es ein starkes Indiz für die Unrichtigkeit des Zeugnisses dar, wenn dieses erstellt wird, ohne dass der Kinder- und Jugendarzt eine eigene, körperliche Untersuchung des Patienten vorgenommen hat. Ggf. kann sich der Kinder- und Jugendarzt auch der Beihil-

fe zum Betrug gegenüber dem Versicherungsträger schuldig machen.

Überdies ist das Ausstellen eines falschen Gesundheitszeugnisses auch berufsrechtlich relevant. Denn nach § 25 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ärzte) haben Ärzte bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Die Erstellung eines Gesundheitszeugnisses ohne vorangegangene Untersuchung des Patienten wird diesen Anforderungen in der Regel nicht gerecht werden können.

4. Der Sonderfall: Das Kind im Krankenhaus

Um eine andere gesetzliche Ausgangssituation handelt es sich, wenn das Kind stationär im Krankenhaus aufgenommen werden muss und dabei von einem Elternteil begleitet werden soll. Hierbei ist zu differenzieren zwischen den Kosten der Unterbringung des Elternteils im Krankenhaus und dem möglicherweise entstehenden Verdienstaufschlag des Elternteils.

Die Kosten für die Unterbringung des Elternteils im Krankenhaus werden gemäß § 11 Abs. 3 SGB V von der Krankenkasse des versicherten Kindes getragen. Dafür muss der **zuständige Krankenhausarzt** bescheinigen, dass die Mitnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen „notwendig“ ist. Für die Erstattung des Verdienstaufschlages der Begleitperson fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Viele Krankenkassen erstatten diesen ebenfalls. Zuständig ist hier aber ebenfalls die Krankenkasse des versicherten Kindes. Es handelt sich gerade nicht um einen Fall des § 45 SGB V.

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ist an der Beurteilung der Notwendigkeit einer Begleitperson für das Kind im Krankenhaus in der Regel nicht beteiligt.

Korrespondenzadresse:

Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht (www.moellerpartner.de)

Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziare des BVKJ e.V. tätig. Red.: WH

Mängel in der pädiatrischen Versorgung – Politik muss zur Sicherstellung umgehend handeln!

Wir brauchen mehr Medizinstudierende – sofort! // An den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) werden fast täglich Forderungen herangetragen, man solle bei der Suche nach einer Kinder- und Jugendärztin bzw. -arzt behilflich sein. Immer wieder titeln Zeitungen „Skandal! Aufnahmestopp bei Kinderärzten!“. Sachlicher heißt es dann manchmal wie bei einem aktuellen Special des MDZ: „In vielen Regionen Sachsens fehlen Kinderärzte“. Das ist paradox, denn der Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen zeigt eine Überversorgung an. Auch zahlreiche aktuelle TV- und Zeitungsberichte nach dem Bad Orber Kongress griffen das Thema Kinder- und Jugendärztemangel auf.



Dr. Thomas Fischbach



Kathrin Jackel-Neusser

Unser Grundsatzpapier kommt an

Der BVKJ mahnt aber nicht nur, wir bieten auch Lösungen an. Deshalb haben wir unser Grundsatzpapier „Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Wo wir die Unterstützung der Politik brauchen“ (vgl. KJA Ausgabe 9/17, S. 551 f.) verfasst.

Den Damen und Herren der möglichen Regierungsparteien haben wir sowohl dieses Grundsatzpapier als auch unsere aktuellste Pressemeldung „Mehr Kinderärzte jetzt!“ zukommen lassen. In persönlichen Gesprächen – auch mit der Selbstverwaltung – untermauern wir diese Argumente konkret mit weiteren Fakten. Die Rückmeldungen dazu sind unisono positiv!

Dennoch besteht ein Grundsatzproblem, das die Politik schnell angehen muss: Wir brauchen wieder mehr Medizinstudierende!

Die jetzt ausgebildete Zahl an Jungmedizinerinnen und -medizinern reicht bei weitem nicht aus, um die Lücke der Ärztegeneration zu schließen, die sich in absehbarer Zeit in den Ruhestand verabschiedet. Denn nicht nur die Gesellschaft altert, sondern mit ihr auch die Ärzteschaft. Zwar stieg im Jahr 2016 der Anteil der unter 35-Jährigen Ärzte um 0,3 Prozentpunkte auf 18,8 Prozent. Dem steht aber in den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen ein Zuwachs von 1.600,

bei den 60- bis 65-Jährigen von 1.172 und bei den über 65-Jährigen von 2.463 Ärztinnen und Ärzten gegenüber (Zahlen der BÄK-Ärztestatistik 2016). So warnte entsprechend auch der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Montgomery, bei der Veröffentlichung der Ärztestatistik: „Unsere Gesellschaft altert, und die Ärzteschaft altert mit. Fast jeder vierte niedergelassene Arzt plant, in den nächsten fünf Jahren seine Praxis aufzugeben!“

Immer mehr angestellte Ärzte entscheiden sich zudem gegen eine Vollzeitstelle. Allein im Jahr 2015 stieg der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten in Teilzeitanstellung nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung um 10,6 Prozent. In der Pädiatrie ist der Trend zur Teilzeitarbeit auch ungebrochen. Für die Versorgung der Patienten bedeutet dies, dass mehr Köpfe gebraucht werden, um die gleiche Menge an Arbeit zu leisten.

Während also Mediziner fehlen, wächst gleichzeitig der Bedarf.

Dabei werden Allgemeinmediziner künftig eine große Anzahl alter bis sehr alter Patientinnen und Patienten zu versorgen haben, was eine große Herausforderung darstellt. Die Kinder- und Jugendärzte wiederum sind als Hausärzte von Kindern und Jugendlichen gefordert. Es ist im Übrigen klar, dass die Allgemeinärzte deren Versorgung bereits jetzt aufgrund des demografischen Wandels mit der Versorgung der älter werdenden Bevölkerung nicht leisten können – und sollen.

Zuwachs an Aufgaben für die Pädiatrie:

Die hausärztliche Pädiatrie hat sich seit 1990 grundlegend verändert. Die zusätzlichen Aufgaben haben die ehemals fallenden (und jetzt wieder deutlich ansteigenden!) Geburtenzahlen mehr als ausgeglichen: Die Anforderungen sind gestiegen, v.a. durch

- die sog. Neuen Morbiditäten (z. B. Entwicklungs- und Sozialverhaltensstörungen),
- mehr Präventionsaufgaben (zusätzliche und erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, zusätzliche Impfungen)
- und weitere Gesundheitsförderungsangebote u.v.m.

Die Anforderungen sind außerdem gewachsen, weil der Kinder- und Jugendarzt heute als Berater in einer digitalen Gesellschaft ganz neue Aufgaben bekommt („selbstinformierte Patienten“ mit hohem Aufklärungsbedürfnis, Auswertung digital ermittelter Daten durch Apps etc.). Im klinischen Bereich sind heute deutlich mehr Frühgeborene und kleine Patienten mit seltenen Erkrankungen zu versorgen – auch dies verlangt hohe personelle Ressourcen.

Fehlerhafte Bedarfsplanung

In unserem aktuellen Grundsatzpapier „Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“

haben wir dargestellt, warum die vielerorts gemessene Überversorgung an Kinder- und Jugendärzten eine Farce ist und warum wir eine neue Bedarfsplanung, die Pädiatrie als Bestandteil des Masterplans Medizinstudium 2020 als Vertiefung nach dem „common trunk“ und eine finanzielle Förderung der Weiterbildung in den ambulanten kinder- und jugendärztlichen Praxen brauchen – und mehr.

Weiterbildung in der Praxis muss gefördert werden

Wie wichtig diese Weiterbildung im ambulanten Bereich ist, zeigen aktuelle Zahlen: So ist der Trend zur Festanstellung im ambulanten Bereich ungebrochen: Im Jahr 2016 betrug der Zuwachs hier 10,1 Prozent. Die Gesamtzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte erhöhte sich auf 32.348 – damit hat sich ihre Zahl seit 1993 fast sechsfacht! (Ärztestatistik 2016). Warum also nicht auch da fördern, wo der Großteil der Pädiater später landet: in den ambulanten Kinder- und Jugendarztpraxen!

Gestiegener Versorgungsbedarf

Der Versorgungsbedarf ist deutlich gestiegen: Zwischen 2004 und 2014 erhöhte sich die Zahl der ambulanten Behandlungen in Deutschland um 152 Millionen. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern aus. Die Unternehmensberatung Deloitte

prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine Zunahme der Fallzahlen im stationären Bereich um mehr als zwölf Prozent. Verantwortlich dafür ist vor allem der steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der über 60-jährigen Patienten in den Krankenhäusern 51,5 Prozent. Bis zum Jahr 2030 erwarten die Experten von Deloitte einen Anstieg auf 60,8 Prozent.

Nötig sind hier eine bessere Einsetzung der Ressourcen, noch mehr Kooperation zwischen ambulanten und stationären Strukturen und eine Neuausrichtung der Notfallversorgung.

Wichtig ist aber darüber hinaus, dass endlich wieder mehr junge Menschen ein Medizinstudium beginnen und später auch ärztlich arbeiten, um den Versorgungsbedarf der Patienten decken zu können.

Ausbau der Studienplätze in der Medizin dringend erforderlich

Noch im Jahr 1990 gab es allein in den alten Bundesländern 12.000 Plätze für Studienanfänger im Fach Humanmedizin, insgesamt in BRD und DDR hochgerechnet, rund 16.000 Studienplätze. Heute sind es gerade noch rund 9.650! Diese drastische Absenkung von Studienplätzen erwies sich als großer Fehler, der



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit

ifak

Machen Sie mit!

heute in der Versorgungslandschaft angekommen ist.

Mehr Medizinstudienplätze sind auch nötig, weil sich die junge Ärztegengeneration mehr work-life-balance wünscht und nicht mehr wie früher 50-Wochen-Stunden ableisten möchte, was unter dem Aspekt der Schonung eigener Ressourcen bzw. der gebotenen Familienfreundlichkeit auch nachvollziehbar und unterstützendwert ist. So haben sich bei den Jungmedizinerinnen die persönlichen Prioritäten verschoben, wie die Prof. Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, analysiert hatte: „Es wächst eine sehr selbstbewusste Ärztegengeneration nach. Sie ist verständlicherweise nicht mehr bereit, Versorgungslücken bedingungslos auf Kosten der eigenen Lebensplanung zu schließen“. Wie Umfragen zeigen, räumen die angehenden Medizinerinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf die höchste Priorität ein. Knapp dahinter folgt der Wunsch nach geregelten und flexibel gestaltbaren Arbeitszeiten – noch vor guten Verdienstmöglichkeiten. Einer Studie des Forschungsinstituts Prognos zufolge sank die tatsächlich geleistete Wochenarbeitszeit der Ärztinnen in den Praxen von durchschnittlich 42,6 Stunden im Jahr 2011 auf 40,2 Stunden im Jahr 2014. Bei den Krankenhausärztinnen ging die Zahl der geleisteten Wochenstunden zwischen den Jahren 1991 und 2013 von 37,6 auf 29,8 Stunden zurück. Für die Versorgung der Patienten bedeutet dies aber, dass mehr Köpfe gebraucht werden, um die gleiche Menge an Arbeit zu leisten.

Abwerbung ausländischer Kolleginnen und Kollegen keine sinnvolle Lösung des Problems

Die Lösung kann aus unserer Sicht nicht sein, die Menschen z.B. aus den anderen Teilen Europas ins Land zu holen, während wir zahlreichen hoch motivierten und qualifizierten jungen Erwachsenen hierzulande keine Chance bieten, in erreichbarer zeitlicher Nähe und ohne unzumutbare Wartezeiten ein Medizinstudium aufzunehmen.

Off fehlen diese Ärztinnen und Ärzte dann in deren Herkunftsländern, zudem ist eine sprachliche Verständigung teils auch schwierig. Warum also geben wir nicht mehr Menschen aus der eigenen jungen Generation eine Chance?

Zugang zum Medizinstudium neu regeln

Mehrjährige Wartezeiten für Menschen, deren Abiturnote schlechter als beispielweise 1,2 ist, sind überdies extrem kontraproduktiv, was eine Familiengründung von Medizinerinnen und Medizinerinnen anbelangt.

Der BVKJ fordert, dass bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen den Merkmalen soziale Kompetenz und Engagement im medizinischen Bereich (zum Beispiel eine Berufsausbildung als Fach- und Gesundheitspfleger bzw. in anderen Gesundheitsberufen oder die nachgewiesene Sozialkompetenz durch ehrenamtliche Tätigkeiten in der Jugend-, Familien- oder Altenarbeit) ein höherer Stellenwert beigemessen werden muss als bislang.

Auch hat die Abiturnote als Instrument zur Auswahl der Studierenden an Aussagekraft verloren. So kamen beispielsweise im Jahr 2013 rund 1.700 Abiturienten in Nordrhein-Westfalen auf einen Notenschnitt von 1,0 – dreimal so viele wie noch sechs Jahre zuvor, sodass selbst Studienplatz-Bewerber mit solchen Spitzennoten abgewiesen wurden. Bewerber, die man dringend gebraucht hätte in der Versorgung!

Erste Lösungsansätze

Es ist erfreulich, dass nun der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts in der mündlichen Verhandlung in Sachen „Numerus clausus“ darüber beraten hat, ob die für die Vergabe von Medizinstudienplätzen vorgesehenen Regelungen im Hochschulrahmengesetz und in den Vorschriften der Länder mit dem Grundgesetz vereinbar sind, insbesondere mit Artikel 12 Grundgesetz, dem Recht auf freie Wahl der Ausbildungsstätte. Neben grundsätzlichen Fragen der Verfassungsmäßigkeit des NC stand auch das Zulassungsverfahren als solches im Mittelpunkt der Betrachtung, mit der Überbetonung der Abiturnote bei der Auswahl der Bewerber, der Wartezeit für die Zuweisung von Studienplätzen und die fehlende Möglichkeit zur Angabe von Ortspräferenzen.

Was ist zu tun?

Aus der Sicht des BVKJ (sowie auch des Marburger Bundes, der sich entsprechend

geäußert hatte), ist durch den Fokus auf die Abiturnote ein sachgerechtes Verfahren zur Auswahl geeigneter Bewerber nicht gewährleistet.

Bedenkenswert ist hier der Vorschlag des Marburger Bundes: Dieser hatte dafür plädiert, die beiden Hauptquoten der Abiturbestenquote und des Auswahlverfahrens der Hochschulen (AdH) zusammenzuführen. In dieser „neuen“ Quote sollten die Ergebnisse des Schulabschlusses niedriger als bisher gewichtet und weitere Auswahlkriterien mit entsprechender Aussagekraft über die Eignung des Bewerbers sowohl für Studium als auch Beruf – etwa im Hinblick auf Sozialkompetenz und Motivation – verstärkt und bundeseinheitlich einbezogen werden. Bisher erfolgt dies nur punktuell und in sehr unterschiedlicher Form durch einzelne Hochschulen im Rahmen des AdH-Verfahrens.

Dennoch wird durch eine Reform des Auswahlverfahrens noch nicht das Ungleichgewicht zwischen Bewerberzahl und Studienplätzen behoben werden können, weshalb eine gemeinsame Initiative von Bund und Ländern zum Ausbau der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin um 15-20 Prozent dringend notwendig ist. Insofern ist es wichtig, dass der Masterplan Medizinstudium 2020 nun in der 19. Wahlperiode entsprechend ergänzt werden muss. In diesem Zusammenhang fordert der BVKJ außerdem, dass die Pädiatrie als Teil des hausärztlichen Vertiefungsabschnitts „primary care“ explizit genannt wird.

Aber selbst wenn es kurzfristig zu einer geforderten Ausweitung der Studienplätze in der Humanmedizin kommen würde, könnte der Gesellschaft erst in frühestens 11-12 Jahren eine frisch gebackene Fachärztin/ein frisch gebackener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung stehen.

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser

Politische Referentin BVKJ

10115 Berlin

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

Red.: WH

Verschärfung des Datenschutzrechts in 2018 – dringender Handlungsbedarf auch für niedergelassene Ärzte

Ab Mai 2018 steigen die rechtlichen Ansprüche und damit der tatsächlich zu leistende Aufwand für den Datenschutz in Unternehmen, in Verbänden und auch in den Praxen von Ärztinnen und Ärzten. Die Rechtslage wird zudem komplizierter.

Neues Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu)

In Deutschland gilt ab 25. Mai 2018 das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu). Zusätzlich wird ab 25. Mai die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) direkt angewendet. Das BDSG-neu setzt einerseits die Vorgaben der EU-Richtlinie 2016-680 (RL(EU)2016/680) um und konkretisiert andererseits in einigen Punkten die EU-DSGVO. Dies führt zu einer nicht unerheblichen Unübersichtlichkeit und

dazu, dass die Handhabung der rechtlichen Grundlagen nicht einfach sein wird. Auch auf die Gerichte kommt ganz sicher Arbeit zu.

Konsequenzen auch für ärztliche Praxen

Alle Arztpraxen müssen sich im Jahr 2018 eingehend mit dem Thema Datenschutz auseinandersetzen. Arztpraxen verwalten eine der persönlichsten und sensibelsten Arten von Informationen: Gesundheitsdaten. Handhabung und Schutz dieser Daten folgen künftig ausführlicheren gesetzlichen Vorgaben. Kein Unternehmen bzw. kein Unternehmer muss dies allein regeln. Das Datenschutzrecht schreibt vor, dass man sich bei Vorliegen einiger Voraussetzungen eines sachkundigen sogenannten „Datenschutzbeauftragten“ bedienen muss.

Für die meisten Praxen gilt wahrscheinlich, dass sie einen solchen Datenschutzbeauftragten „benennen“ müssen, wie es im Gesetz heißt. Dies wird näher beleuchtet in einem ausführlicheren Beitrag in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift.

Sicher ist: eine größere Anzahl von Arztpraxen wird im Laufe des Jahres nach einem Datenschutzbeauftragten suchen. Die **BVKJ-Service GmbH** sondiert derzeit am Markt, ob bundesweit tätige Anbieter gefunden werden können, die in der Lage sind, einer Vielzahl von Praxen standardisierte Lösungen im Rahmen einer Benennung als Datenschutzbeauftragte anzubieten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Michael Stehr, Geschäftsführer BVKJ,
51069 Köln, E-Mail: michael.stehr@
uminfo.de

Red.: WH

Mitteilungen aus dem Verband

ERGEBNIS

*der Wahlen im Landesverband Berlin des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte e. V. – Wahlperiode 2018-2021*

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:

2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:

4. Delegierter:

1. Ersatzdelegierte:

2. Ersatzdelegierte:

3. Ersatzdelegierter:

4. Ersatzdelegierter:

Dr. Reinhard Bartzky, Berlin

Dr. Nida Afsar, Berlin

Dr. Steffen Lüder, Berlin

Dr. Burkhard Ruppert, Berlin

Holger Röblitz, Berlin

Dr. Corinna Ciesla, Berlin

Jakob Maske, Berlin

Peter Müller, Berlin

Praxisverkauf – und dann?

Die wichtigsten „No-Go's“ für die Tätigkeiten nach dem Kaufpreisempfang

Die Suche nach dem richtigen Zeitpunkt // Es ist nicht einfach, den richtigen Zeitpunkt zur Praxisabgabe zu finden. Klar ist nur, dass der Zeitpunkt X irgendwann kommen wird. Und wenn es dann so weit ist, stellt sich die Frage: Soll ich von jetzt auf gleich komplett aufhören? Das können sich viele Praxisinhaber nicht vorstellen, getreu dem Motto „niemals geht man so ganz“. Während manche nichts sehnlicher als den Ruhestand erwarten, fällt der Mehrheit das „endgültige Aufhören“ doch sehr schwer. Glücklicherweise bieten sich Möglichkeiten, die ärztliche Tätigkeit nicht von „100 auf 0“ zurückzufahren, sondern in kleinerem Rahmen weiterhin ärztlich tätig zu sein und so etwas wie einen „Ruhestand light“ zu genießen.

Steuervorteile auf Praxisverkauf nicht gefährden

Das Finanzamt begünstigt in den meisten Fällen die Praxisaufgabe oder den Praxisverkauf. Wenn man sich diese Vorteile erhalten will, sind jedoch einige steuerliche Fallen zu beachten.

Mit welchen Vorteilen kann man rechnen?

Der Gewinn, der durch Veräußerung oder Aufgabe der Praxis entsteht, muss versteuert werden. Das Finanzamt gewährt Praxisabgebern allerdings steuerliche Begünstigungen. Neben einem **Freibetrag von maximal 45.000 EUR** gibt es zusätzlich noch verschiedene Steuersatz-Ermäßigungen. Hier kommen die sog. „Fünftel-Regelung“ oder der meist noch günstigere „halbe Steuersatz“ in Betracht. Wobei die Bezeichnung „halber Steuersatz“ etwas irreführend ist, da dieser in Wahrheit bei 56% des durchschnittlichen persönlichen Steuersatzes liegt. **Für den Freibetrag und den halben Steuersatz ist allerdings Voraussetzung, dass man das 55. Lebensjahr vollendet hat oder im sozialversicherungsrechtlichen Sinne dauerhaft berufsunfähig ist.** Diese Vergünstigungen greifen in jedem Fall für Ärzte, die ihre Tätigkeit endgültig einstellen.

Aber auch diejenigen, die ihrer ärztlichen Tätigkeit noch ein wenig nachgehen möchten, dürfen die steuerlichen Vorteile bei Praxisverkauf in Anspruch nehmen. An dieser Stelle sind jedoch ein paar Voraussetzungen zu beachten, damit es keine bösen Überraschungen gibt.

Veräußerung aller wesentlichen Grundlagen der Praxis

Zunächst sind alle wesentlichen Grundlagen der Praxis entweder zu veräußern oder in das steuerliche Privatvermögen zu überführen. Hierunter fallen insbesondere der Patientenstamm, die Vertragsarztzulassung und (falls im Eigentum) die Praxisimmobilie.

Um sich die steuerlichen Begünstigungen dauerhaft zu sichern, müssen weitere Spielregeln eingehalten werden, insbesondere wenn man weiterhin beruflich tätig sein möchte.

Mitarbeit in der ehemals eigenen Praxis

Unproblematisch ist, wenn man seine Praxis veräußert und anschließend in ein Angestelltenverhältnis beim Praxiserwerber eintritt. Ähnlich verhält es sich, wenn man nach der Veräußerung mit dem Praxiserwerber einen Vertrag schließt und eine bezahlte Beraterfunktion für den Nachfolger einnimmt.

In beiden Fällen ist offensichtlich, dass die Praxis als Ganzes auf den Erwerber übergegangen und der ehemalige Praxisinhaber ausschließlich auf Weisung des Nachfolgers tätig ist. Dies ist entscheidend, um nicht rückwirkend die steuerlichen Vergünstigungen zu verlieren.

Andere selbständige Tätigkeiten erlaubt

Ebenfalls „unschädlich“ für eine steuerbegünstigte Praxisveräußerung oder

-aufgabe ist die Aufnahme einer anderen selbständigen Tätigkeit nach Praxisverkauf. Viele Ärzte bleiben der Medizin weiterhin treu, auch wenn sie nicht mehr selber praktizieren. Beliebt sind hier Vortrags- oder Gutachtertätigkeiten oder auch das Schreiben von Aufsätzen in Fachzeitschriften. Diese Tätigkeiten können steuerunschädlich ausgeübt werden, da sie mit der ehemaligen Praxis nicht in Zusammenhang stehen.

Gefahr bei neuer selbständiger Tätigkeit als niedergelassener Arzt

Gut aufpassen sollte man, wenn man nach der Veräußerung eine neue Praxis gründen möchte. Auch das ist nicht ganz ausgeschlossen, jedoch gibt es auch hier gewisse Spielregeln. Nach Ansicht von Rechtsprechung und Finanzverwaltung muss die freiberufliche Tätigkeit im bisherigen örtlichen Wirkungskreis wenigstens für eine gewisse Zeit eingestellt werden.

Einstellung der ärztlichen Tätigkeit für eine „gewisse“ Zeit

Wie lange ist denn „eine gewisse Zeit“? Diese Zeitspanne wurde bislang gesetzlich nicht näher definiert und ist - wie es in schönstem Rechtsprechungs-Deutsch heißt - „von den Umständen des Einzelfalls abhängig“. Das oberste deutsche Steuergericht, der Bundesfinanzhof, stellte auch mit Beschluss vom 27.10.2000 (Az.: XI B 25/00) klar, dass er gar nicht an einer eindeutigen Definition

des Begriffs „gewisse Zeit“ interessiert ist. Daher kann man sich tatsächlich nur an Einzelfällen orientieren. Der Bundesfinanzhof hatte am 10.06.1999 (Az.: IV R 11/99) über den Fall eines Rechtsanwalts zu entscheiden, der fünf Monate nach Kanzleiveräußerung in der gleichen Stadt seine Tätigkeit wieder aufnahm. Diese Wartezeit war für das Gericht in dem Fall nicht ausreichend. In einem anderen Fall wurde auch eine Zeitspanne von einem Jahr als nicht lang genug erachtet (Urteil vom 07.11.2006, Az.: XI B 177/05). In diesem Fall ging es um einen Steuerberater, der ein Jahr nach Verkauf seiner Beraterkanzlei dieselbe Tätigkeit wieder aufnahm.

Aktuell ist beim Bundesfinanzhof ein Verfahren anhängig (Az. VIII R 2/15), bei dem eine Zeitspanne von 22 Monaten zwischen Verkauf der alten Kanzlei und Eröffnung einer neuen Kanzlei vom Finanzgericht Köln als nicht ausreichend angesehen wurde. Auch in diesem Fall ist die Klägerin eine Steuerberaterin.

Die Rechtsanwalts- und Steuerberaterfälle dürften auch auf Ärzte übertragbar sein, da die Rechtsprechung hier allgemein von „Freiberuflerpraxen“ spricht. Welcher Zeitraum ist denn nun endgültig sicher? Man weiß es nicht. Überwiegend wird aber von Steuerberatern davon ausgegangen, dass man seine Tätigkeit nach **drei Jahren** wieder aufnehmen kann, ohne rückwirkend seine Steuervorteile zu verlieren.

Einstellung der Tätigkeit im „örtlichen Wirkungskreis“

Wenn man mit der Fortsetzung seiner ärztlichen Tätigkeit also nicht drei Jahre warten möchte, bleibt nur die Praxiseröffnung außerhalb des bisherigen „örtlichen

Wirkungskreises“. Auch hier ist nicht eindeutig entschieden wo dieser „örtliche Wirkungskreis“ endet. Somit sind wieder Einzelfälle zu berücksichtigen. Der Wirkungskreis bestimmt sich stark nach dem Einzugsgebiet der Praxis. Als Beispiel für einen solchen „Einzelfall“ sei der Fall eines Zahnarztes genannt. Mit Urteil vom 06.03.1985 entschied das FG Düsseldorf (Az.: EFG 85, 449) hier, dass die Neueröffnung einer Zahnarztpraxis in einer Entfernung von 25 Kilometern von der veräußerten Praxis ausreichend sei.

Gefährlich ist die Weiterbehandlung von Patienten auf eigenen Namen

Unschädlich kann die Weiterbehandlung von Altpatienten in geringem Umfang auf eigene Rechnung sein, wenn die darauf entfallenden Umsätze in den letzten drei Jahren **weniger als 10% der gesamten Einnahmen** ausmachten. Zur Berechnung dieser 10%-Grenze kommt es ausschließlich auf den Veräußerungszeitpunkt an. Falls also der durch diese „zurückbehaltenen Patienten“ erzielte Umsatz in den Folgejahren ansteigt, ist dies unbedenklich. Von der Behandlung von Altpatienten auf eigene Rechnung ist aber dennoch dringend abzuraten. Denn die Hinzugewinnung eines einzigen (!) neuen Patienten in der „gewissen“ Zeit führt rückwirkend zu einem Verlust der Steuervorteile auf den Veräußerungsgewinn.

Verkauf der neuen Praxis

Doch selbst wenn man seine Praxis steuerbegünstigt veräußert und eine neue unschädlich eröffnet hat, gibt es weitere Aspekte zu bedenken. Denn irgendwann muss ja auch die neue Praxis wieder verkauft oder aufgegeben werden. **Den Freibetrag von maximal 45.000 EUR und auch den halben Steuersatz gewährt einem das Finanzamt jedoch nur einmal im Leben.** Also verlangt dies dem Arzt weitere Überlegungen ab.

Halben Steuersatz und Freibetrag trennen?

Wären die Steuervergünstigungen vielleicht besser für die jüngere Praxis eingesetzt worden? Eventuell macht es auch Sinn, die beiden Vergünstigungen (Freibetrag, halber Steuersatz) zu tren-

nen und je eine Vergünstigung für eine Praxisveräußerung zu nutzen. Denn es müssen nicht beide Vergünstigungen auf einmal beantragt werden.

Je höher der Veräußerungsgewinn, desto niedriger der Freibetrag

Hierbei ist zusätzlich zu bedenken, dass der Freibetrag abschmilzt, je höher der Veräußerungsgewinn ist. Bis zu einem Gewinn von 136.000 EUR können die gesamten 45.000 EUR abgezogen werden. **Ab 136.001 EUR** vermindert sich der Freibetrag entsprechend **je 1 Euro „Mehr“-Gewinn**. Während bei einem Gewinn von 150.000 EUR noch ein Freibetrag von 31.000 EUR verbliebe, würde der Freibetrag ab einem Gewinn von 181.000 EUR keine steuerlichen Vorteile mit sich bringen.

Der Freibetrag kann nicht aufgeteilt werden. Daher könnte es Sinn ergeben, bei der ersten Praxisveräußerung (z.B. Veräußerungsgewinn 175.000 EUR) auf den Freibetrag zu verzichten und nur den halben Steuersatz zu beanspruchen. Dann könnte man sich den Freibetrag lieber für die zweite Praxisveräußerung (z.B. Gewinn 125.000 EUR) „aufsparen“.

Fazit

Die Veräußerung oder die Einstellung Ihrer Praxis muss nicht das endgültige Ende Ihrer medizinischen beruflichen Tätigkeit sein. Unter Einhaltung gewisser Voraussetzungen können Sie sich auch danach weiterhin als Arzt betätigen. In jedem Fall sollten Sie diese Schritte mit Ihrem Steuerberater gemeinsam planen. Dann lässt Sie sogar das Finanzamt verhältnismäßig sanft in den wohlverdienten Ruhestand gehen, wie auch immer Sie diesen genießen möchten.

Korrespondenzadresse:

Jens Hellmann
Steuerberater, Diplom-Finanzwirt (FH)
Lucas Schüren
Diplom-Finanzwirt (FH)
trilling•hellmann & partner mbB
Steuerberater
40479 Düsseldorf
E-Mail: berater@trillinghellmann.de

Red.: WH

27.-29. April 2018

Frühjahrsrepetitorium

der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Hannover
Leitung: Prof. Dr. Dieter Haffner,
MH Hannover

Auskunft: www.dgkj.de,
Rubrik „Veranstaltungen“ und
über die DGKJ-Geschäftsstelle
info@dgkj.de
Tel.: 030-3087779 0

Der Honorarausschuss informiert

UV-GOÄ

Bearbeitung von Unfällen in der Kinder- und Jugendarztpraxis – Teil 1

Die Einnahmen einer durchschnittlichen Kinder- und Jugendarztpraxis bestehen zu 81% aus GKV-Einnahmen. Der Rest verteilt sich auf Einnahmen aus der Privaten Krankenversicherung (PKV), den Einnahmen aus Selektivverträgen und je nach Praxisengagement einigen kleineren Einnahmequellen wie IGEL-Leistungen, Gutachten und Einnahmen aus der Unfallkasse.



Dr. med. Reinhard Bartzeky

Das muss nicht so sein!

Die Erlöse aus Abrechnungen mit den Unfallkassenträgern betragen im Durchschnitt **nur 0,3%** der Einnahmen unserer Praxen. **BG-Patienten machen aber 1,6% unserer Patienten** aus. Hier besteht also eine Diskrepanz!

Zwei Gründe sind im Wesentlichen hierfür zu nennen:

1. Die Abrechnungsmöglichkeiten für Pädiater im System der Unfallversorgung sind mager – dass soll nicht so bleiben und der Honorarausschuss arbeitet mit Druck an einer Verbesserung der Lage.
2. In vielen unserer Praxen führt die Abrechnung von BG-Fällen ein trauriges Dasein. Optionen der Abrechnung (wie Kosten für Verbandstoffe) werden nicht wahrgenommen bzw. aus Trägheit BG-Fälle gar nicht als solche detektiert, sondern einfach „über Kasse“ abgerechnet, was letztlich ein

Abrechnungsbetrag darstellt (Zahlen: ZIPP-Jahresbericht 2014).

In zwei Folgen soll hier alles um die BG-Fälle bei Kindern und Jugendlichen dargestellt werden: Im Teil 1 (hier vor Ihnen) geht es um die Allgemeinen Vorschriften bei der Bearbeitung von BG-Fällen in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Teil 2 wird sich mit der Abrechnung von BG-Fällen beschäftigen.

Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet Unfallverletzte zu behandeln

Jeder niedergelassene Vertragsarzt ist verpflichtet, Unfallverletzte zu behandeln. Aber auch die nicht an der GKV-Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte können an der Versorgung von Unfallverletzten teilnehmen. Sie müssen einen Antrag für eine Beteiligung am Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger bei dem regional zuständigen Landesverband der DGUV stellen.

In Deutschland treten pro Jahr 1,0 Millionen Unfälle bei Erwachsenen auf. Dem stehen **1,3 Millionen Schülerunfälle** gegenüber (Quelle: www.dhuv.de). Wir Pädiater brauchen uns also als Unfallexperten nicht zu verstecken – wir sind die Experten bei Unfällen von Kindern und Jugendlichen.

Jeder Vertragsarzt ist zwar verpflichtet, Unfallverletzte zu behandeln, aber die **Koordination der weiteren Betreuung** und die **Spezialisierte Heilbehandlung** erfolgen durch die sogenannten **Durchgangs Ärzte (D-Arzt)**.

Dem Vertragsarzt (also uns Kinder- und Jugendärzten) sind zunächst einmal

nur alle ärztlichen Maßnahmen gestattet, die der **Erstbehandlung** dienen und die das „SOFORT-Notwendige“ nicht überschreiten.

Der Vertragsarzt darf auch Medikamente verschreiben, die in Zusammenhang mit der Unfallversorgung stehen, nicht aber Heil- und Hilfsmittel.

Alle Vertragsärzte dürfen Patienten nach einem Arbeits- oder Wegeunfall versorgen: das ist die **Erstversorgung**. War der Patient erst einmal bei D-Arzt, so entscheidet dieser, ob weitere Heilbehandlung beim Vertragsarzt oder bei ihm selbst erfolgen muss.

Bei leichteren Verletzungen ist auch die **Allgemeine Heilbehandlung** gestattet, soweit ein D-Arzt diese veranlasst hat. Und an dieser Stelle gibt es ein Problem: Kinder werden oft in Kliniken in den Rettungsstellen von Assistenten gesehen und später als D-Fälle vom D-Arzt abgerechnet. Aus Unsicherheit bekommen die Eltern gesagt „geh doch morgen zum Kinderarzt“. **Eine Weiterbehandlung als BG-fall ist formal nur statthaft, wenn eine Überweisung vom D-Arzt zur Weiterbehandlung durch den Hausarzt vorliegt.** Dies ist so gut wie nie der Fall!

Wann muss der Patient sofort zum D-Arzt?

Es gibt vertraglich klar geregelte Situationen, in denen ein Patient immer vom D-Arzt gesehen werden muss:

- Patient ist über den Tag des Arbeitsunfalls arbeitsunfähig
- Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich länger als 1 Woche

- Patient benötigt Heil- oder Hilfsmittel

- Alle Wiedererkrankungsfälle
Isolierte Augen- oder HNO-Verletzungen dürfen zum Augen- bzw. HNO-arzt geschickt werden; ebenso verhält es sich mit den isolierten Zahnverletzungen.

Leichte Verletzungen, die einer stationären Behandlung bedürfen dürfen nur in ein **Krankenhaus mit einem D-Arzt**; schwere und komplizierte Verletzungen dürfen nur in ein Krankenhaus geschickt werden, welches am **Schwerverletztenverfahren** beteiligt ist.

Wie findet man einen D-Arzt in seiner Nähe?

Entweder unter www.dguv.de unter unter: D-Ärzte/Gutachter/Kliniken

Oder direkt mit dem Suchformular www.dguv.de/d-arzt/index.jsp

Die **Unfallmeldung** (Formtext **F1050**) soll laut vertraglicher Regelung spätestens am Werktag nach der Erstvorstellung erfolgen; der Vergütungsanspruch erlischt bereits nach 8 Tagen; diese Regelung ist praxisfern und wird zum Glück nicht so streng gelebt.

Die gängigen Formulare sind in die Arztsoftwaresysteme eingepflegt. Darüber hinaus sind diese unter: www.dguv.de/formtexte/index.jsp herunterzuladen. Die Formblätter können auch bei den Landesverbänden der Unfallversicherer bestellt werden.

Verordnung von Arzneimitteln

Arzneimittel werden wie bei Kassenpatienten auf dem rosa Kassenrezept (Muster 16) verordnet. Folgende Angaben sind auf dem Rezept in den entsprechenden Feldern zusätzlich vorzunehmen:

- der Unfallversicherungsträger (z. B.: Unfallkasse Berlin)
- der Unfalltag (z. B. 1.1.2018)
- der Unfallbetrieb (z. B. Kita wilde Zwerge)

Die Kennzeichnung Arbeitsunfall macht deutlich, dass der Unfallverletzte keine Kosten trägt. **Cave:** auch im Bereich der Unfallversicherung gilt die Festbetragsregelung. Verordnet der Vertragsarzt ein Präparat oberhalb der Festbetragsgrenzen, muss der Verletzte die Differenz selbst tragen.

Was ist ein Wegeunfall?

Ein Unfall auf dem Weg zur oder von der Arbeit (i.e.: Kita / Schule/Uni) nach Hause. Im SGB VII ist aber nicht genau geregelt, was ein Wegeunfall überhaupt ist. Klar ist: Auf direktem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstelle besteht Unfallversicherungsschutz. Eine Ausnahme kann bei grober Fahrlässigkeit (z. B. Alkohol) vorliegen.

Oft gibt es jedoch auf Grund von privaten Erledigungen gar keinen „direkten Arbeitsweg“. Hierzu gibt es „nur“ eine Reihe von Grundsatzentscheidungen des Bundessozialgerichts. Es geht immer darum, wo die Privatsphäre beginnt und wo der Arbeitsunfallschutz endet. Leider werden solche Grauzonen auch von den Versicherern für Kürzungen genutzt. Da ist es sinnvoll, die Anamnese eindeutig zu formulieren.

Ein paar Grundsätze:

- Wahl des Verkehrsmittel ist frei (also: per Inliner oder auf dem Pferd in die Kita ist ok)
- Versicherungsschutz beginnt und endet an der Außentür des Wohngebäudes (nicht an der Wohnungstür!)
- Bei Fahrgemeinschaften sind Abweichungen vom direkten Weg in den Versicherungsschutz mit einbezogen
- Versicherungsschutz besteht bei Abweichungen infolge besonderer Verkehrssituation
- Nicht versichert sind Strecken außerhalb des direkten Weges, die privaten Unternehmungen dienen (z. B. Einkauf)
- Nach Unterbrechen des Weges lebt der Versicherungsschutz mit dem Erreichen des direkten Weges wieder auf; es sei denn, die Unterbrechung hat länger als 2 Stunden gedauert.
- Beginnt oder endet der Weg nicht an der Wohnung, kommt es darauf an, ob der Weg in einem angemessenen Verhältnis zum üblichen Weg steht. Wenn ja, besteht Versicherungsschutz.
- Durch Alkohol oder Drogen verursachte Unfälle werden grundsätzlich nicht anerkannt. Medikamente werden unterschiedlich gehandhabt
Uns Vertragsärzten ist es nicht immer möglich zu erkennen, wie ein möglicher Rechtsstreit zwischen Unfallkasse und Krankenkasse ausgehen würde. In solchen Fällen ist es wichtig zu wissen, dass es Mechanismen zwischen den Unfall-

kassen und den gesetzlichen Kassen, nach denen sich die UK die Kosten (auch für die Medikamente) von den gesetzlichen Kassen zurückholen können.

Strukturen im Bereich der Unfallversicherung

Die zahlenden Versicherungen sind die **Unfallkassen** für den Bereich Kita/Schule (z. B. Unfallkasse Berlin) und die **Berufsgenossenschaften** für die klassisch arbeitende Bevölkerung (z. B. die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)).

Die **Landesverbände der DGUV** sind regionale Zusammenschüsse von Unfallkassen und Berufsgenossenschaften, in denen diese ihre Interessen vertreten und Aktivitäten konzentrieren. Vertragsärzte erhalten auch von den Landesverbänden Auskünfte und Informationsmaterial; beachten Sie aber bei Honorarstreitigkeit, dass diese die Interessenvertreter der Unfallversicherer sind.

Zuständigkeiten:

- LV Mitte (für Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz)
- LV Nordost (für Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern)
- LV Nordwest (für Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt)
- LV Südost (für Bayern, Sachsen)
- LV Südwest (für Baden-Württemberg, Saarland)
- LV West (für Nordrhein-Westfalen)

Auf Bundesebene agiert die **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)**, sie ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger und verhandelt die Unfallverträge mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Impfungen

Impfungen sind ein leidiges Thema, weil momentan nur die Tetanus-Impfstoffe (aktiv und passiv) von den Unfallversicherungsträgern anerkannt werden. Wenn eine Tetanus-Impfung aufgrund eines BG-Unfalls indiziert ist, aber aufgrund der generellen Impfkonstellation gerade ein Mehrfachimpfstoff fällig wäre, so kann dieser NICHT über die BG abgerechnet werden.

Momentan ist wie folgt vorzugehen: Beim Niedergelassenen endet der BG-Fall und ein Kassenfall wird eröffnet zum Impfen. Hier ist mittelfristig eine Änderung zu erwarten.

Nicht zu vertreten sind Tetanus-Monopimpfungen, wenn Kombinationsimpfstoffe nach STIKO indiziert wären, wie es leider immer wieder in den Rettungsstellen der Kliniken praktiziert wird.

Wichtige Dokumente

- Vertrag Ärzte
- UV-GOÄ

Beide unter www.kbv.de: Service -> Rechtsquellen -> Verträge -> Unfallversicherungsträger.

Diese Verträge und weitere Informationen finden Sie natürlich auch auf den Seiten der DGUV: www.dguv.de; hier ist aber kritischer Umgang ratsam: Vor allem die „Arbeitshinweise für Arztrechnungen“ sind Informationen der Versi-

cherer für ihre Sachbearbeiter – diese sind sehr abrechnungskritisch – zuweilen arztfeindlich.

Im nächsten Teil geht es dann über die Tücken der Abrechnung von Erkrankungen der Unfallversicherung.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

BVKJ-Service GmbH

Die ersten neun Monate

Seit Anfang September können Patienten an dem Projekt TransFIT teilnehmen. Das Projekt der BVKJ-Service GmbH, der DRK Kliniken Berlin Westend und der Techniker Krankenkasse (TK) ist damit eines der ersten sogenannten Innovationsfondsprojekte, das in die Versorgung geht.

Wo stehen wir?

Nach fast einem Viertel des Projektzeitraums ist nun der Weg für eine reibungslose Umsetzung des Projekts geebnet. In den vergangenen neun Monaten hat das Konsortium eine Website für Patienten auf den Weg gebracht, Apps für Android- und iOS-Smartphones entwickeln lassen und die vertraglichen Rahmenbedingungen für das Projekt geschaffen. Das Projekt wurde außerdem auf verschiedenen (Fach-)Konferenzen und -Kongressen vorgestellt und weiter bekannt gemacht – das lässt sich auch messen! Wir freuen uns über **etwas mehr 660 teilnehmende Kinder- und Jugendärzte**. Das sind ca. 400 Teilnehmer mehr als für diesen Zeitraum geplant waren.

Neben den teilnehmenden Praxen konnten wir auch die ersten einge-

schriebenen Patienten in dem Projekt begrüßen. Auch wurden erste (eingeschriebene) Patienten von ihrem behandelnden Kinder- und Jugendarzt beim Fallmanagement in Berlin angemeldet. Gemeinsam arbeiten nun die Pädiater und die Fallmanager an der optimalen Unterstützung ihrer zu betreuenden Patienten.

Wie geht es weiter?

In den vergangenen Monaten haben uns viele Verbesserungsvorschläge und auch konstruktive Kritik erreicht. Diesen Input wollen wir umsetzen. So arbeiten wir daran, **TransFIT** auch für Versicherte von anderen Krankenkassen als der TK zu öffnen. Dadurch wollen wir mehr Patienten erreichen und die Praxen bei der Patientenselektion entlasten.

Außerdem soll die Website www.innovation-transfit.de weiter gestaltet werden, so dass sich interessierte Kinder und Jugendliche oder Eltern noch umfanglicher über das Projekt selbstständig informieren können.

Alle Informationen zum Projekt **TransFIT** finden Sie in unserem Intranet **PaedInform** im Ordner „Krankenkassenverträge“.

Korrespondenzanschrift:

Susanne Wu-Bünzow
BVKJ-Service GmbH
51069 Köln
E-Mail: susanne.wu-buenzow@uminfo.de

Red.: WH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kennen Sie auf der Homepage unserer Verbandszeitschrift www.kinder-undjugendarzt.de auch die folgende Rubrik?

Artikel-Favoriten

An dieser Stelle veröffentlichen wir für Sie, liebe Leserinnen und Leser, Beiträge aus der Zeitschrift, die Ihnen besonders wichtig waren und sind.

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben (z. B. die Serie zum Ar-

beitsrecht in diesem Jahr), wenden Sie sich bitte an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

RSV-Bronchiolitis bei hospitalisierten Kindern im ersten Lebensjahr



Laura Schader¹

Khulood Althoubathi¹

Melanie Dressler¹

Johannes Schulze¹

Jörg Brand¹

Ulrich Rochwalsky²

Stefan Zielen¹

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie, Pneumologie und Cystische Fibrose, Intensivmedizin¹ und Neonatologie², Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Einleitung

Das Respiratory Syncytial Virus (RSV) ist eine der Hauptursachen für Erkrankungen der unteren Atemwege bei Säuglingen und Kleinkindern (1). Schätzungen gehen davon aus, dass RSV weltweit für etwa 33 Millionen Erkrankungen der unteren Atemwege, drei Millionen Krankenhausaufenthalte und bis zu 199.000 Todesfälle bei Kindern verantwortlich ist. Die meisten Todesfälle ereignen sich allerdings in Ländern mit begrenzten Ressourcen und einem schlechten Gesundheitssystem.

RSV infiziert 90 % der Kinder in den ersten zwei Lebensjahren. Die Mehrheit

der Kinder erkrankt an einem banalen Infekt der oberen Atemwege. Zur klinischen Einweisung kommt es vor allem dann, wenn sich eine Infektion der tiefen Atemwege mit zunehmender Ventilationsstörung und Dyspnoe, eine Bronchiolitis, entwickelt. Eine RSV-Bronchiolitis tritt typischerweise meist als Primärinfektionen im den ersten zwölf Lebensmonaten auf. Selten entwickelt sich eine Lungenentzündung oder ein Atemversagen in Deutschland. Morbidität und Mortalität sind signifikant höher bei Risikopatienten, insbesondere sehr unreifen Frühgeborenen und Patienten mit vorbestehenden schweren kardialen, pulmonalen und neurologischen Erkrankungen (2, 3). Es gibt eine klare saisonale Variation der RSV-Inzidenz. In den USA findet die RSV-Saison im Allgemeinen zwischen November und März statt, wobei saisonaler Beginn und Dauer der Saison eine erhebliche regionale und lokale Variabilität aufweisen (4). In Deutschland treten die meisten RSV Erkrankungen und Hospitalisierungen zwischen Dezember und April auf (5).

RSV wird von Mensch zu Mensch über Tröpfcheninfektion übertragen, die Inkubationszeit nach Inokulation mit RSV liegt zwischen zwei und acht Tagen, mit einer mittleren Inkubation von vier bis sechs Tagen, abhängig von Wirtsfaktoren wie dem Alter des Patienten, und ob es sich um eine Primärinfektion mit RSV handelt. RSV breitet sich über die nasopharyngeale Mukosa rasch innerhalb der Atemwege aus, wo es besonders die respiratorischen Epithelzellen besiedelt. Dort binden die RSV-Glykoproteine an zelluläre Rezeptoren, um mit Wirtszellmembranen zu fusionieren, und das Nukleokapsid wird in die Wirtszelle eingeführt, um mit der intrazellulären Replikation zu beginnen. Es erfolgt immunologisch eine zytotoxische T-Zellaktivierung, und die Kombination von viraler Zytotoxizität und zytotoxischer Reaktion des Wirts verursacht eine Nekrose der respiratorischen Epithelzellen (6). Dies führt in der Folge zur Zell- und DNA Akkumulation mit Obstruktion der kleinen Atemwege.

Einleitung: Respiratory Syncytial Virus (RSV) ist der häufigste Erreger schwerer Atemwegserkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Große epidemiologische Studien haben eine eindeutige Beziehung zwischen einer RSV-Infektion und einer gesteigerten bronchialen Hyperreagibilität und Asthma in der Kindheit nachgewiesen. Dennoch gibt es keine aktuelle Untersuchung über die Krankheitslast an deutschen Kliniken.

Methoden: Es erfolgte eine retrospektive Analyse der stationären Krankenakten der Universitätsklinik Frankfurt von 2007-2017. Erfasst wurden alle stationären Fälle mit dem Nachweis einer RSV Infektion im Schnelltest.

Ergebnisse: In den letzten zehn Jahren wurden 800 RSV-Infektionen an der Universitätsklinik Frankfurt nachgewiesen. Die überwiegende Mehrheit der Fälle trat bei Kindern unter einem Jahr auf, n=564. (70,5 %) und innerhalb dieser Gruppe traten 341 (60,4 %) der Fälle bei Kindern im Alter von null bis vier Monaten auf. Von diesen 341 Kindern war bei 289 (84,7 %) eine elektronische Akte zur Auswertung verfügbar. 35 von 289 (12,1 %) Kinder waren Frühgeborene (FG) und 25 (8,6 %) der Kinder mussten intensivmedizinisch behandelt werden. Von den intensiv-medizinisch behandelten Kindern waren 15 (60 %) von 25 Patienten ehemalige FG. Wie erwartet unterschied sich das Gewicht der FG von den reifgeborenen Kindern signifikant (FG: Median 3,43 kg, Spannweite 1,74 – 5,7 kg vs. Reifgeborene: Median 5,0 kg; Spannweite 2,8 – 8 kg).

Schlussfolgerung: Unsere Untersuchungen zeigen, dass die Krankheitslast der RSV-Bronchiolitis in Deutschland erstaunlich hoch ist. Typischerweise lag die RSV-Saison zwischen November und April und eine Immunprophylaxe für Hochrisiko-Säuglinge sollte entsprechend dieser Jahreszeit verabreicht werden.

Andere nachgelagerte Immunreaktionen beinhalten eine ciliäre Dysfunktion mit beeinträchtigter Schleim-Clearance, eine neuronale Inflammation mit zunehmender bronchialer Hyperreagibilität (siehe Abb. 1). Im englischen Sprachgebrauch hat sich der Begriff „reactive airways“ etabliert, da nach einer schweren RSV Bronchiolitis häufig eine Asthmakarriere beginnt.

Die ätiologische Verbindung zwischen RSV-Infektion und der Entwicklung von Asthma wurde lange diskutiert. Es gibt deutliche Hinweise, dass bei Kindern, die in der frühen Kindheit eine schwere RSV-Infektion hatten, ein erhöhtes Risiko für rezidivierende obstruktive Bronchitiden und Asthma besteht (7, 8, 9), doch bleibt die Frage, ob RSV ein wahrer Risikofaktor oder eher ein Marker für Prädispo-

sition für ein Asthma bei anfälligen Personen ist, offen. Neue Untersuchungen gehen davon aus, dass die RSV-Infektion eher ein Trigger einer schon vorher bestehenden Prädisposition zum Asthma ist (10).

Mittlerweile ist die passive Immunisierung der Hochrisikokinder mit Palivizumab mit chronischer Lungenerkrankung wie Bronchopulmonale Dysplasie (BPD), extremen Frühgeborenen < 28 SSW, und schweren angeboren Herzfehlern gut etabliert (11, 12). Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich hierdurch die Krankheitslast der RSV-Bronchiolitis verändert hat. Tatsächlich konnten mehrere Studien nachweisen, dass die Hospitalisierungsraten der RSV-Bronchiolitis in den USA unter Prophylaxe stark rückläufig sind (13, 14). Es ist allerdings unklar, wie sich die epidemiologische Situation in Deutschland verändert hat. Dies veranlasste uns zu einer retrospektiven Analyse der stationären Krankenakten der Universitätsklinik Frankfurt von 2007-2017.

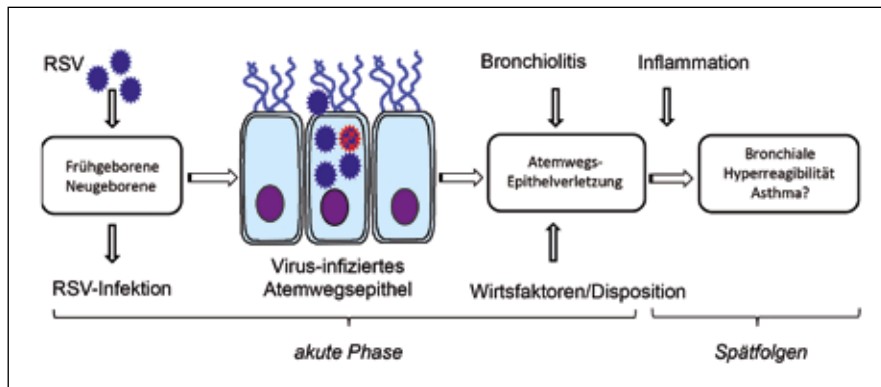


Abb. 1: Pathophysiologie der RSV-Infektion

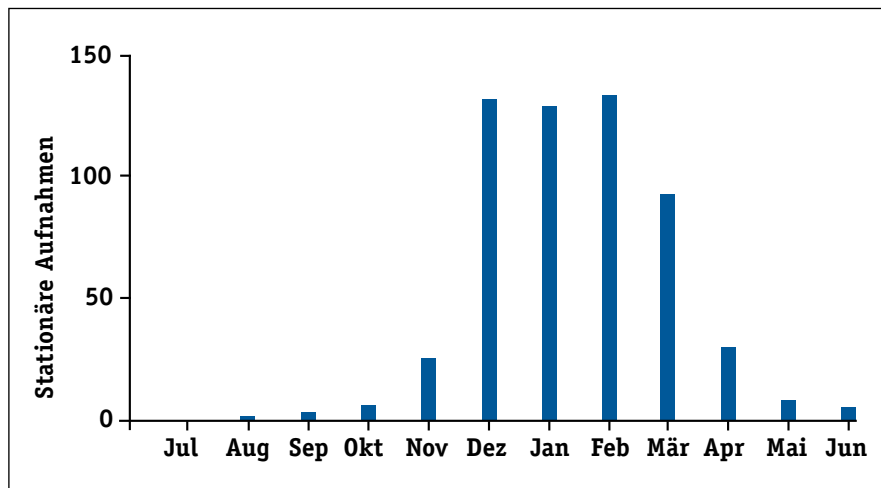


Abb. 2: Jahreszeitliche Verteilung der RSV-Infektionen

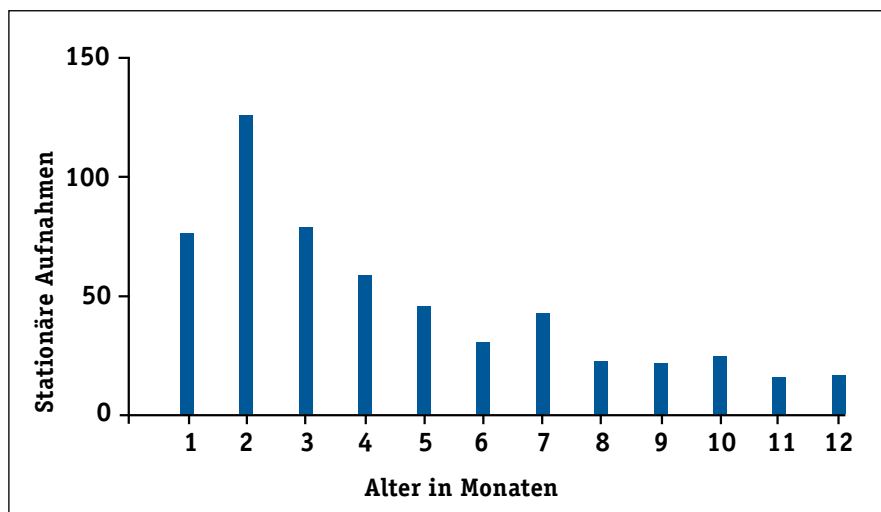


Abb. 3: Verteilung der RSV-Infektionen nach Monaten im ersten Lebensjahr

Methodik

Es erfolgte eine retrospektive Analyse der stationären elektronischen Krankenakten der Universitätsklinik Frankfurt von 2007-2017. Erfasst wurden alle stationären Fälle mit den ICD Diagnosen J12.1; J20.5; J21.0 und Nachweis einer RSV-Infektion. Der RSV-Nachweis erfolgte mit einem Antigentest. Eine detaillierte Analyse erfolgte bei allen RSV-Infektionen in den ersten vier Lebensmonaten, da bekannterweise in diesem Zeitraum die Krankheitslast am größten ist. Es handelte sich um 341 Kinder mit RSV-Infektion, von diesen stand bei 289 (84,7 %) eine elektronische Akte zur Auswertung zur Verfügung.

Eine Klassifizierung der Schwere der RSV-Erkrankungen erfolgte entsprechend den WHO-Kriterien (15):

- Grad 1 (leicht) Husten und Atemstörung ohne O2-Entsättigung,*
- Grad 2 (moderat) Infektion der tiefen Atemwege mit einer O2-Sättigung < 95 %*
- Grad 3 (schwer) Infektion der tiefen Atemwege mit einer O2-Sättigung < 93 %*

Zusätzlich interessierte uns die Anzahl der Kinder, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigten.

Resultate

In den letzten zehn Jahren wurden 800 RSV-Infektionen an der Universitätsklinik Frankfurt nachgewiesen. Die RSV-Infektionen traten überwiegend zwischen November und April der jeweiligen Jahre auf (Abb. 2).

Typischerweise waren überwiegend Kinder unter einem Jahr betroffen (n=564, 70,5%). Das Risiko mit einer RSV-Infektion hospitalisiert zu werden, war eindeutig mit dem Lebensalter in Monaten korreliert (Abb. 3). Innerhalb der Infektionen im ersten Lebensjahr, war das Risiko in der Altersgruppe null bis vier Monaten am Höchsten. In diesem Alter waren bei 341 (60,4%) Kindern eine RSV-Infektion nachweisbar. Von diesen 341 Kindern war bei 289 (84,7%) eine elektronische Akte zur Auswertung verfügbar. Es handelte sich um 254 (87,8%) reife Neugeborene (NG) und 35 (12,1%) Frühgeborene (FG). Die genauen Charakteristika dieser Kinder zeigt Tabelle 1. Innerhalb der 35 FG zeigte sich folgende Verteilung nach Schwangerschaftswochen (SSW) im Gesamtkollektiv von 289 analysierten Patienten:

- < 28 SSW n=4 (1,38%)
- > 28 - < 32 SSW n=8 (2,76%)
- > 32 - < 37 SSW n=23 (7,95%)

Wie erwartet, unterschied sich das Gewicht der FG von NG signifikant (Tabelle 1). Ehemalige FG waren deutlich schwerer krank als reife NG. Zu einer Bronchiolitis bei NG kam es in 44,1% der Fälle vs. 88,5% der FG und ein initialer Sauerstoffbedarf bestand bei 43,7% der NG vs. 82,5% der FG. Signifikant mehr FG als NG mussten auf der Intensivstation behandelt werden. Entsprechend war die stationäre Liegezeit bei FG deutlich länger (NG: Median 5 Spannweite 1-25 Tage vs. FG: Median 8 Spannweite 2-251 Tage).

Diskussion

Unsere Untersuchung zeigt, dass RSV-Infektionen insbesondere bei Säuglingen in den ersten vier Lebensmonaten und Kleinkindern häufig zu einer stationären Behandlung führen. Die meisten RSV-Fälle wurden zwischen November und April nachgewiesen. Dies entspricht der schon früher nachgewiesenen jahreszeitlichen Häufung in den Monaten Dezember-April der RSV-Infektion in Deutschland (5).

Der aktuelle Goldstandard für den Nachweis einer RSV-Infektion ist die Real-Time Reverse Transkriptase PCR (RT-PCR) (16). Leider wurde diese sehr sensitive RT-PCR in der vorliegenden Untersuchung nicht durchgeführt, sodass davon auszugehen ist, dass die Anzahl der tatsächlichen RSV-Infektionen eher höher lag. In vorliegenden Untersuchungen wurde der RSV-Schnelltest, ein Antigennachweis, verwendet, da diese Assays einfacher und kostengünstiger durchzuführen sind und weniger zeitaufwendig sind. Die Sensitivität und Spezifität der Antigen-Teste ist für den klinischen Alltag ausreichend hoch. In einer kürzlich erschienen Publikation wurde eine Sensitivität von 79% [CI: 73-85] und Spezifität von 98% [CI: 96-99] ermittelt, wohingegen eine ältere deutsche Untersuchung eine Spezifität von 89,9% und eine Sensitivität von 66,2% für alle getesteten Proben nachwies (16,17).

Es ist gut bekannt, dass vor allem sehr unreife FG, FG mit BPD und reife NG mit chronischen Herz- und Lungenerkrankheiten in den ersten vier Lebensmonaten und einer Geburt während der

ersten Hälfte der RSV-Saison signifikante Risikofaktoren für eine schwere RSV-Bronchiolitis darstellen (18). Entsprechend haben wir unsere retrospektive Analyse auf die ersten vier Lebensmonate konzentriert. In diesem Lebensalter wurde bei 341 Kindern eine RSV-Infektion nachgewiesen und bei 289 von 341 (84,7%) stand eine elektronische Akte zur Verfügung, um die Frage möglicher Risikofaktoren zu untersuchen. Von diesen Kindern waren nur 35 (12,1%) ehemalige FG. Hiervon entfielen auf extreme FG (< 28 SSW) 1,38%, FG der Gruppe 28 SSW < 32 SSW 2,76% und auf späte FG (32 SSW < 37 SSW) 7,95% der Kinder. Diese Zahlen sind somit deutlich niedriger als die einer vergleichbaren Untersuchung in Freiburg aus den Jahren Januar 1988 bis Dezember 1997 (5). Im Freiburger Kollektiv waren 28% der Kinder FG und die Zahl der extremen FG (< 28 SSW) lag bei 5,5%, der Gruppe 28 SSW < 32 SSW bei 14,7% und die der späten FG (32 SSW < 37 SSW) bei 7,7%.

Es stellt sich die Frage, warum bei unserer Untersuchung wesentlich weniger FG betroffen waren. Hierfür gibt es meh-

Tab. 1: Klinische Charakteristika von 289 Kindern mit RSV-Infektion in den ersten vier Lebensmonaten

| Parameter | Reife NG n= 254 (86,4%) | FG n=35 (12,1%) |
|--|----------------------------|------------------------|
| Alter (Monaten) | 1,42 (0-3) | 1,17 (0-3) |
| Gewicht (kg) | 5,0 (2,8-8) | 3,43 (1,74-5,7) |
| Klinische Diagnose (n/ %) | | |
| • RSV-Infektion ¹ | 142 (55,9) | 4 (11,4) |
| • Bronchiolitis O2- <95 % ² | 34 (13,4) | 5 (14,2) |
| • Bronchiolitis O2- <93 % ² | 68 (26,8) | 11 (31,4) |
| • Bronchiolitis mit Intensivstation ³ | 10 (3,9) | 15 (42,9) |
| Sauerstoffbedarf Initial (n/ %) | 111 (43,7) | 29 (82,5) |
| Sauerstoffbedarf im Verlauf (n/ %) | 135 (53,1) | 31 (88,5) |
| Stationäre Liegezeit, Tage (n) | 5 (1-25) | 8 (2-251) |

Dargestellt ist der Median und die Spannweite.

Eine Klassifizierung der Schwere der RSV-Erkrankungen erfolgte entsprechend den WHO-Kriterien: Grad 1 (leicht) Husten und Atemstörung ohne O2-Entsättigung¹, Grad 2 (moderat) Infektion der tiefen Atemwege mit einer O2-Sättigung < 95 %², Grad 3 (schwer) Infektion der tiefen Atemwege mit einer O2-Sättigung < 93 %³

Tab. 2: RSV-Prophylaxe nach Risikoabschätzung bei FG 29-32 SSW und FG 33-35 SSW mit mittlerem Risiko (12)

| Alter von ≤ 6 Monaten zum Beginn der RSV-Saison |
|--|
| Mit mindestens zwei weiteren Risikofaktoren: |
| • Risikoentlassung während der RSV-Saison, |
| • Kinderkrippenbesuch/Ältere Geschwister im Kindergarten |
| • Schwere neurologische Grunderkrankung |
| • Gewicht < 1500 g |
| • Rauchexposition |

Laut Leitlinie kann bei Vorliegen eines mittleren Risikos für eine Hospitalisierung eine RSV-Prophylaxe auch bei späten FG erfolgen, wenn zumindest 2 weitere Risikofaktoren vorliegen (12)

re mögliche Erklärungen. Es ist davon auszugehen, dass die Kompetenz der niedergelassenen Pädiater weiter gestiegen ist und Einweisungen in die Kliniken restriktiver erfolgen als in den 90er-Jahren. Ein mögliches Indiz für diese Annahme ist die Schwere der RSV-Infektion im Frankfurter Kollektiv. Eine Bronchiolitis entsprechend den WHO-Kriterien hatten 44,1 % aller reifen NG und 88,5 % aller FG und 53,1 % der reifen NG und 88,5 % der FG benötigen im Verlauf eine Sauerstoff-Therapie. Zusätzlich mussten 25 Kinder (8,6 %) auf Intensivstation behandelt werden.

Andererseits gibt es im Rhein-Main-Gebiet drei weitere Kinderkliniken, so dass ein gewisser Bias unserer Daten nicht auszuschließen ist. Gegen eine ungleiche Verteilung der FG in den Kliniken spricht aber die gleiche Anzahl an späten FG im Freiburger und unserem Kollektiv (jeweils 7,7 % und 7,95 %). Aus diesem Grund gehen wir davon aus, dass der Rückgang der stationären Fälle bei FG < 32 SSW und vor allem bei den extremen FG < 28 SSW vermutlich auf eine bessere Prophylaxe der Risikokinder mit Palavizumab zurückzuführen ist. Tatsächlich fand sich im Vergleich mit den Freiburger Daten ein signifikanter Rückgang sowohl der extremen FG < 28 SSW von 5,9 % auf 1,28 % als auch der in der Gruppe der < 32 SSW von 14,7 % auf 2,76 %. (5). **Da unsere Untersuchung nicht prospektiv erfolgte, kann keine sichere Aussage über die Effektstärke von Palavizumab getroffen werden. Aufgrund der hohen Krankheitslast auch bei reifen NG wäre eine RSV-Schutzimpfung sicher kostengünstiger und wünschenswert. Mit einer Zulassung einer effek-**

tiven RSV-Impfung ist nicht vor dem Jahr 2025 zu rechnen.

Die Zulassung von Palivizumab zur RSV-Prophylaxe von extremen FG und anderen Risikokindern besteht mittlerweile über 20 Jahre. Nach anfänglicher Skepsis wird die Prophylaxe entsprechend der aktuellen Leitlinie in den Frankfurter Kliniken gut umgesetzt. Dies gilt auch für FG mit mittlerem Risiko, die entsprechend der Leitlinie bei zusätzlichen Risikofaktoren (Tabelle 2) eine Prophylaxe mit Palivizumab erhalten können (12). Unsere Daten stimmen gut mit epidemiologischen Untersuchungen aus den USA überein. Mehrere Untersuchungen konnten nachweisen, dass die RSV-Hospitalisierungsraten bei extremen FG und Säuglingen mit Begleiterkrankungen, die ein hohes RSV-Risiko aufweisen, signifikant zurückgehen. Eine frühere Studie verwendete repräsentative USA Krankenhaus-Daten, um Trends bei RSV-Hospitalisierung bei FG mit chronischer Lungenerkrankung (CLD) zu untersuchen und fand zwischen 1998 und 2008 eine Verringerung der RSV-Hospitalisierung um 48 % (13). Andere Untersuchungen mit einer robusteren Datenbank, zusätzlichen Vergleichsgruppen und längerer Follow-up, bestätigen diese Ergebnisse. Nicht nur bei FG mit chronischer Lungenerkrankung (CLD), sondern auch bei Kindern mit schwerer konnataler Herzkrankheit fand sich ein signifikanter Rückgang der RSV-Bronchiolitis (14).

Die Morbidität der RSV-Infektion von FG und NG umfasst nicht nur die akute Erkrankung. Seit mehreren Jahrzehnten ist die Assoziation zwischen der frühen RSV-Bronchiolitis und einem späteren Asthma bekannt (7, 8). Es gibt zuneh-

mend Hinweise, dass diese Assoziation kausal ist, obwohl neue Untersuchungen davon ausgehen, dass RSV eher ein Trigger für ein späteres Asthma bei atopischer Disposition darstellt (9, 10). Interessanterweise findet sich ein signifikanter Effekt von Palivizumab auf diese Spätfolgen einer RSV-Bronchiolitis. In mehreren, gut kontrollierten, randomisierten, doppelblinden Studien zur Prävention der RSV-Bronchiolitis bei FG ergeben sich Hinweise, dass Palivizumab vor wiederkehrenden obstruktiven Episoden und langfristig vor der Entwicklung eines frühkindlichen Asthmas schützen könnte (19, 20).

Zusammengefasst zeigt unsere Untersuchung, dass die Krankheitslast der RSV-Bronchiolitis in Deutschland weiterhin hoch ist, aber die RSV-Prophylaxe bei extremen FG wirksam ist. Typischerweise lag die RSV-Saison zwischen November und April und eine Immunprophylaxe für Hochrisiko-Säuglinge sollte entsprechend dieser Jahreszeit verabreicht werden.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Stefan Zielen
Klinik für Kinder und Jugendmedizin
Allergologie, Pneumologie
und Mukoviszidose
Universitätsklinikum
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069-6301-83063
E-Mail: Stefan.Zielen@kgu.de

Interessenkonflikt:

Die vorliegende Auswertung der Daten und Publikation wurde von der Firma Abbvie finanziell unterstützt. Abbvie hatte allerdings keinen Einfluss auf den Inhalt der vorliegenden Publikation. Die Autoren erklären weiter folgende Interessenskonflikte:
Stefan Zielen erhielt Honorare für Vorträge und Beratungen von folgenden Unternehmen: Abbvie, IMS-Health, Stallergen, bene-Arzneimittel GmbH, Vifor Pharma Deutschland GmbH, Lofarma, Novartis AG, GlaxoSmithKline GmbH, ALK-Abelló Arzneimittel GmbH, Allergy Therapeutics, Boehringer Ingelheim, Allergopharma GmbH und Biotest GmbH.

Red.: Huppertz

Infektiöse Enteritis – sind Diagnostik und Therapie notwendig?

Die infektiöse Enteritis ist besonders im Säuglings- und Kleinkindesalter eine sehr häufige Erkrankung. Das Erregerspektrum umfasst Viren, Bakterien und Protozoen. Das klinische Bild variiert je nach Art des Erregers und Schweregrad der Erkrankung. Ist die Klinik mit Durchfall und Erbrechen besonders ausgeprägt, kann es v.a. bei Säuglingen zur Exikkose unterschiedlichen Grades kommen. Die Behebung der Dehydratation mittels Flüssigkeitssubstitution bildet bei infektiösen Enteritiden die Hauptsäule der Therapie. Es bestehen nur wenige Indikationen für eine Erregerdiagnostik. Sie sollte nur erfolgen, wenn diese eine klinische oder epidemiologische Konsequenz zur Folge hat. Eine antimikrobielle Therapie ist ebenso nur in Ausnahmefällen notwendig.



Dr. Michael Büttcher

Je jünger das Kind, desto höher das Risiko, eine Dehydratation zu entwickeln

Die akute Enteritis ist definiert als Abnahme der Stuhlkonsistenz mit breiigen bis flüssigen Stühlen und/oder eine Zunahme der Stuhlfrequenz mit mehr als drei Stuhlentleerungen pro 24 Stunden. Diese kann sich mit oder ohne Fieber oder Erbrechen präsentieren. Chronische Enteritiden (> 4 Wochen) werden in dieser Übersicht nicht behandelt.

Die infektiöse Enteritis ist besonders im Säuglings- und Kleinkindesalter eine extrem häufige Erkrankung. In den ersten drei Lebensjahren können Kinder im Schnitt jährlich ein bis zwei Episoden durchmachen. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen 6 und 18 Monaten. Je jünger das Kind ist, umso größer ist das Risiko, dass sich durch Wasser- und Elektrolytverluste eine Dehydratation entwickelt. Der Typ der Dehydratation (iso-, hypo- oder hy-

per-ton) ist unabhängig vom ursächlichen Erreger. In Europa verlaufen die meisten Erkrankungen leicht bis mittelschwer, Todesfälle sind extrem selten.

Etwa 40 Prozent der akuten Durchfallerkrankungen in den ersten fünf Lebensjahren sind durch Rotaviren bedingt, weitere 30 Prozent durch andere Viren, vor allem Noro- oder Adenoviren. In Ländern in denen ein grosser Anteil an Säuglingen gegen Rotavirus geimpft wird, verschiebt sich dieses Verhältnis zu Gunsten von Noro- und anderen Viren. Tabelle 1 zeigt die typischen Enteritis Erreger nach Häufigkeit, die in Europa bei Kindern vorkommen können. Die Ansteckung erfolgt meist fäkal-oral, entweder über Personenkontakt oder über kontaminierte Nahrungsmittel bzw. Wasser. Häufige Reise assoziierte Erreger sind ETEC, Salmonellen, Shigellen, Campylobacter oder Lamblien. Bei immunsupprimierten Patienten können auch opportunistische Erreger wie Bacillus cereus, Zytomegalievirus, Kryptosporidien, Mikrosporidien, Cystoisospora belli und atypische Mykobakterien eine Enteritis verursachen.

Die Konstellation der Klinik gibt erste differenzialdiagnostische Hinweise

Diarrhoe ist das Leitsymptom der infektiösen Enteritis. Diese kann schleimig, wässrig, blutig oder auch spritzend imponieren. Zusätzliche Symptome können Fieber, Appetitlosigkeit, Blässe, Flatulenz, Nausea, Vomitus, oder Bauchschmerzen bis hin zu Tenesmen sein. Zu unterscheiden sind eine inflammatorische (eher das Colon betreffend) und eine sekretorische (eher den Dünndarm betreffend) Diarrhoe. Durch diese Unterteilung sowie Konstellation der Symptomatik sind auch bereits erste differenzialdiagnostische Überlegungen möglich (siehe Tabelle 2 und 3).

Der Verlauf ist in den häufigsten Fällen unkompliziert und von geringer Dauer (< 10 Tage).

Differenzialdiagnostisch muss bei dem Symptom „akute Diarrhoe“ auch immer an eine Grunderkrankung wie Pneumonie, Otitis media, Pyelonephritis, Inva-

Tab. 1: Ätiologie infektiöser Enteritiden bei Kindern in Europa (Absteigend jeweils nach Häufigkeit)

| Viren | Bakterien | Protozoen |
|------------|-------------------------|-----------------------|
| Rotavirus | E.coli | Kryptosporidien |
| Norovirus | Campylobacter jejuni | Giardia lamblia |
| Adenovirus | Salmonellen | Entamoeba histolytica |
| Astrovirus | Shigellen | |
| Sapo Virus | Yersinia enterocolitica | |

gination oder aber auch an eine kritische Erkrankung wie Meningitis, Sepsis oder Toxic Schock Syndrom gedacht werden. Hier tritt die Diarrhoe als Begleitsymptom meist zu Beginn der Krankheitsmanifestation auf.

Eine Erregersuche ist nur in wenigen Situationen sinnvoll

Im Allgemeinen ist eine Diagnostik bei Patienten im guten Allgemeinzustand nicht notwendig.

Bevor eine Diagnostik überhaupt geplant wird müssen folgende anamnestische Punkte geklärt sein:

- Reiseanamnese
- Umgebungsanamnese (mögliche Ansteckungsquellen, Tierkontakt - insbesondere Reptilien)
- Nahrungsmittelanamnese (Essgewohnheiten, Konsum von ungenügend gegart/gekochten Speisen)
- Persönliche und Medikamenten Anamnese (Vorerkrankungen, Antibiotika, Immunsuppressiva)

In Situationen in denen eine stationäre Aufnahme notwendig ist, kann eine

Tab. 2: Unterscheidung Diarrhoeformen

| Diarrhoe | Sekretorisch | Inflammatorisch |
|---------------------------------|--|--|
| Anatomische Lokalisation | Dünndarm | Dickdarm |
| Allgemeine Merkmale | Erbrechen Diffuse Bauchschmerzen Fieber (variabel) | Blut, Schleim, Eiter Koliken/Tenesmen Fieber |

Tab. 3: Differenzialdiagnosen infektiöser Enteritiden nach klinischen Symptomen.

(ETEC: enterotoxischer E.coli. EHEC: enterohämorrhagischer E.coli. EIEC: enteroinvasiver E.coli)

| Typische Erreger | Viren ETEC | Viren Giardia lamblia Kryptosporidien | Salmonellen Campylobacter jejuni Yersinia enterocolitica | EHEC Clostridium difficile | Shigellen EIEC Entamoeba histolytica |
|-----------------------|-------------|---------------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|
| Durchfall | +++ wässrig | + wässrig | ++ wässrig oder blutig | ++ wässrig bis blutig | + blutig |
| Erbrechen | +++ | -/+ | + / ++ | - / + | - / + |
| Fieber | - / + | + | +++ | + | +++ |
| Bauchschmerzen | + | +++ | +++ | +++ | ++++ |

Tab. 4: Therapieindikationen nach Erreger

| Erreger | Indikation | Ziel | Therapie |
|--------------------------------|--|--|----------------------------|
| Salmonellen sp. | Nur Risiko-Patienten: Neugeborene, Junge Säuglinge, Immunsupprimierte, Hämatologische Erkrankungen | Risikoreduktion: Septikämien, Fokale extraintestinale Infektionen | Ceftriaxon Azithromycin |
| Typhus Paratyphus | Alle | Risikoreduktion: Septikämien, Fokale extraintestinale Infektionen | Ceftriaxon Azithromycin |
| Shigellen | Symptomatische Patienten | Übertragungsunterbrechung, Symptomreduktion und -verkürzung Eradikation | Azithromycin |
| Giardia lamblia | Symptomatische Patienten | Eradikation | Metronidazol |
| Yersinia enterocolitica | Immunsupprimierte Hämatologische Erkrankungen Neugeborene Junge Säuglinge | Risikoreduktion: Septikämien, fokale extraintestinale Infektionen | Ceftriaxon Cotrimoxazol |
| Campylobacter jejuni | Immunsupprimierte Neugeborene Junge Säuglinge | Risikoreduktion: Septikämien, fokale extraintestinale Infektionen | Azithromycin |
| Kryptosporidien | Nur Immunsupprimierte | | Nitazoxanid |
| Clostridium difficile | Immunsupprimierte Chronisch entzündliche Darmerkrankung Patienten mit prädisponierenden Faktoren UND mittelgradiger bis schwerer Symptomatik | Symptomreduktion/ Eradikation | Metronidazol |

Stuhl Diagnostik eventuell zu Kohortierungszwecken notwendig sein.

Indikationen für eine Stuhl Diagnostik zur Erregersuche sind:

- Kinder mit chronischen Erkrankungen (Immunsupprimiert, chronisch entzündliche Darmerkrankungen)
- Kinder mit sehr ausgeprägter Klinik, die eine stationäre Aufnahme notwendig machen
- Kinder mit schwerer Hämatochezie oder Tenesmen
- Kinder mit Fieber und Durchfall nach Tropenaufenthalt
- Kinder mit prolongierter Klinik (> 10 Tage)
- Enteritis Ausbrüche in öffentlichen Einrichtungen

Bei obigen Fällen sollte insbesondere bei Kindern mit ausgeprägter Klinik und hohem Fieber, jungen Säuglingen, Neugeborenen und immunsupprimierten Patienten auch eine Blutkultur angelegt werden.

Die Suche nach bakteriellen Erregern kann über die Kultur, Genomnachweis

(PCR), Antigennachweis oder Toxin nachweis (nur bestimmte Erreger) erfolgen.

Der Nachweis von Protozoen gelingt über die Mikroskopie, Genomnachweis (PCR) oder Antigennachweis. Bei der Frage nach Parasiten sollten drei Stuhlproben verwendet werden, um die Nachweisrate zu erhöhen. Viren werden über den Genomnachweis (PCR) oder Antigennachweis im Stuhl gefunden.

Eine antimikrobielle Therapie ist selten notwendig

Eine antimikrobielle Therapie ist nur in Ausnahmefällen notwendig. Meistens kann auch bei einem positiven Erregernachweis das Antibiotogramm erst abgewartet werden um eine gezielte Therapie einzuleiten. Insbesondere bei Reiserückkehrern sind zunehmend multiresistente Erreger anzutreffen. Patienten im stabilen Allgemeinzustand und blutiger Diarrhoe sollten nicht primär antimikrobiell

behandelt werden. Beim Nachweis eines EHEC (insbesondere E. coli O157:H7) ist eine antibiotische Behandlung ein zusätzlicher Risikofaktor für die Entwicklung eines hämolytisch urämisches Syndroms (HUS). Tabelle 4 fasst die Indikationen und die empfohlenen Therapeutika zusammen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Michael Büttcher
Oberarzt, Leitung Pädiatrische
Infektiologie
Kinderspital Luzern
Spitalstrasse 6000 – Luzern 16, Schweiz
E-Mail: michael.buettcher@luks.ch
www.kinderspital-luzern.ch*

Interessenkonflikt:

*Der Autor erklärt, dass kein
Interessenkonflikt vorliegt.*

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Charlotte Eisner, Peter H. Höger

Anamnese

Der jetzt sechs Monate alte männliche Säugling ist das zehnte Kind konsanguiner, syrischer Eltern. In den letzten Monaten entwickelte sich eine „Verdickung“ der Haut mit stammbetonter Schuppung (Abb. 1). Bei Geburt lag eine Suberythrodermie mit großflächigen Erosionen und Epidermolysen vor. Der postnatale Verlauf war durch eine Neugeborenensepsis kompliziert, die erfolgreich antibiotisch behandelt worden. Bereits gegen Ende der ersten Lebenswoche bestanden nur noch diskrete Erosionen.

Bei den Eltern besteht keine Hauterkrankung, wohl aber sei eine vierjährige Schwester ebenfalls von einer kongenitalen Hauterkrankung betroffen.

Untersuchungsbefund

Auf den Abbildungen 1-3 ist der dynamische Verlauf des Hautbefundes innerhalb der ersten Lebenstage zu sehen. Initial bestand eine Erythrodermie mit großflächigen, oberflächlichen Erosionen mit flächig abgehobener Epidermis im Randbereich (Abb. 2). Bereits gegen Ende der ersten Lebenswoche sistierte die Blasenbildung weitgehend mit nur noch diskreten Erosionen (Abb. 3). Stattdessen entwickelten sich zunehmend stachelartige Hyperkeratosen am gesamten Integument, betont im Stammbereich, von denen ein unangenehmer Geruch ausging. Abbildung 4 zeigt den Hautbefund bei der vierjährigen Schwester des Kindes.

Distinkte Hypergranulose mit Dyskeratosen, lamelläre Parakeratose.

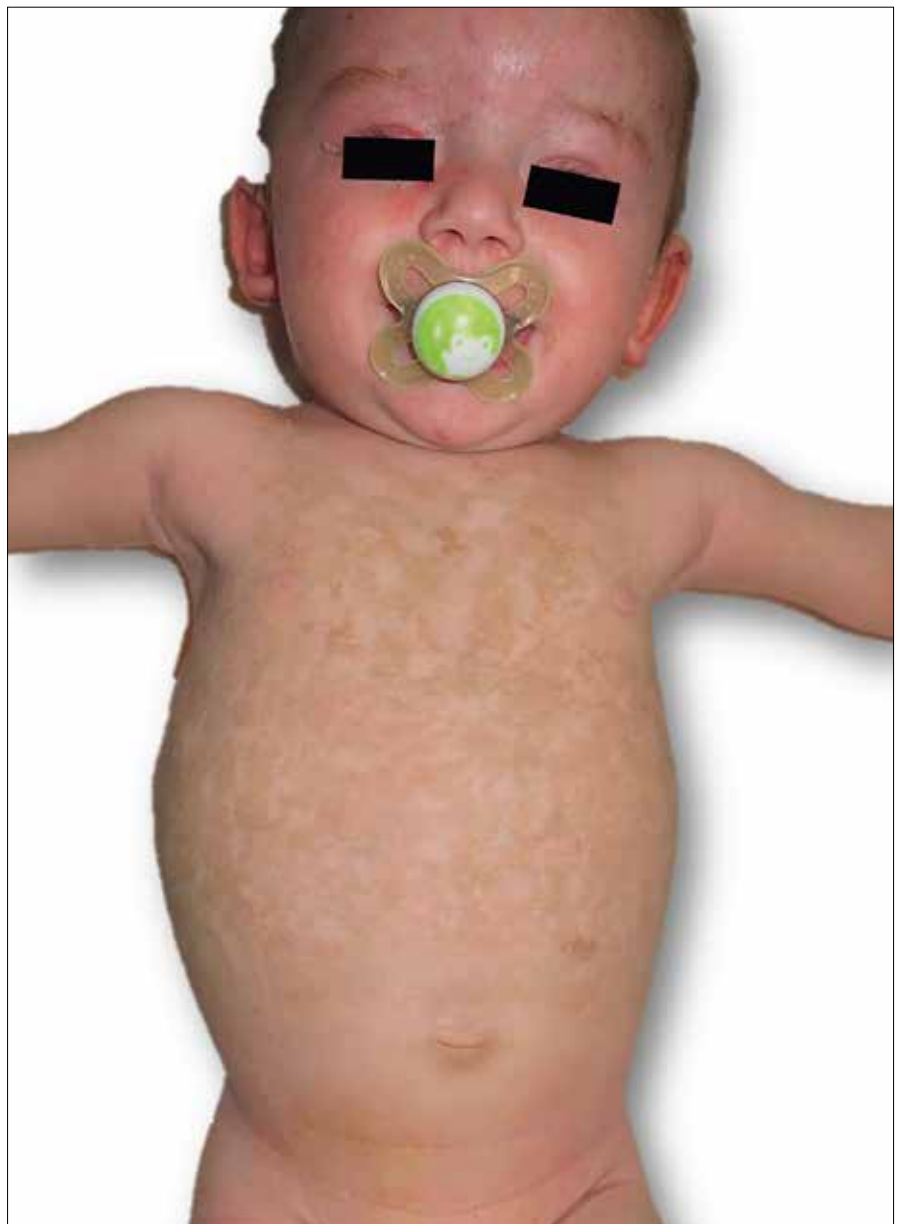


Abb. 1: Stammbetonte Hyperkeratosen (Alter 6 Monate)

Welche Diagnose wird gestellt?



Stiftung Kind und Jugend

Unterstützen Sie mit einer Spende
Ihre Stiftung des Berufsverbands

Stiftung Kind und Jugend e. V.
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE 79 3702 0500 0001 4074 41

Jetzt
Spenden

Diagnose

Epidermolytische Hyperkeratose

Die Epidermolytische Hyperkeratose (EHK, Synonyme: Bullöse kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie, M. Brocq) ist bedingt durch eine Mutation in den Keratinen *KRT1* (Chromosom 12q13) und/oder *KRT 10* (Chromosom 17q21-22). Bei *KRT1* Mutation kommt es im Gegensatz zu *KRT 10* Mutation zu palmoplantarer Mitbeteiligung im Sinne einer Palmoplantarkeratose (1). Die Keratinmutationen führen zu einer vakuolären Degeneration (Epidermolysse) des Stratum granulosum sowie des oberen Stratum spinosum und gleichzeitig zu einer Verdickung der Hornschicht (Hyperkeratose). Bei Geburt fallen infolge der Epidermolysse zunächst Blasen und Erosionen auf erythematösem Boden

auf, welche im Laufe des ersten Lebensjahres durch mitunter stark riechende Hyperkeratosen abgelöst werden (2). Mit einer Prävalenz von 1:300.000 zählt die EHK zu den seltenen Erkrankungen.

In 50% sind Spontanmutationen ursächlich und in 50% wird eine autosomal dominante Vererbung beobachtet. Wenige rezessive Stammbäume sind beschrieben worden (3).

Diagnostik

Die Diagnose einer epidermolytischen Hyperkeratose wird in der Regel klinisch gestellt. Die Histologie muss im Säuglingsalter noch nicht wegweisend sein, wie es auch hier der Fall war; die initiale Histologie war vereinbar mit einer „spongiotischen Dermatitis“. Im hyperkeratotischen Stadium ist histopathologisch eine Hyperkeratose mit Orthokeratose, Hypergranu-

lose und Zytolyse im Stratum spinosum und Stratum granulosum zu sehen. Aufgrund der Häufigkeit bakterieller kutaner Superinfektionen (überwiegend durch Streptokokken), die auch den penetranten Geruch erklären, sind Kontrollen des Antistreptolysin-Titers empfehlenswert.

Differenzialdiagnosen

Bei Geburt ist an weitere blasenbildende Erkrankungen zu denken, wie an das Staphylococcal Scalded Skin Syndrom, Epidermolysis bullosa, Toxische epidermale Nekrolyse, Plakophilin 1-Defekt, Ichthyosis bullosa (Siemens) oder Ichthyosis Curth-Macklin (4).

Therapie

Im Neugeborenenalter sollte die Indikation zu einer systemischen antibiotischen Therapie großzügig gestellt werden. Weiterhin sind in der erosiven und blasenbildenden Phase desinfizierende und austrocknende Maßnahmen (wässrige Eosin-Dinatriumlösung 0,5-1,0%, NRF 11.95) sinnvoll. Großflächige Erosionen sind mit Gazeverbänden zu versorgen. In der hyperkeratotischen Phase sind milde keratolytische, rückfettende und antiseptische Therapie-maßnahmen indiziert. Zur antiseptischen Lokalthherapie bei Geruchsbildung sind regelmäßige Bäder mit Kaliumpermanganat (1:10.000) oder die Anwendung hydrophiler Chlorhexidin-Gluconatcreme (1,0%, NRF 11.116) hilfreich. In ausgeprägten Fällen ist eine psychosoziale Mitbetreuung bei drohender Stigmatisierung sinnvoll.

Literaturangaben

- Hotz A, Oji V, Bourrat E. Expanding the clinical and genetic spectrum of *KRT1*, *KRT2* and *KRT10* mutations in Keratinopathic Ichthyosis. *Acta Derm Venereol* 2016; 96: 378-473
- Seebode C, Schiller S, Emmert S, Giehl K. Hautveränderungen an Händen und Füßen - Wann muss man an die Gene denken? *Hautarzt* 2014; 65:499-512
- Oji V. Klinik und Ätiologie der Ichthyosen *Hautarzt* 2010; 61:891-905
- Ott H, Grothaus J. Das rote schuppige Baby - ein kinderdermatologischer Notfall *Hautarzt* 2017; 68: 769-802

Korrespondenzadresse:

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



Abb. 2: Bei Geburt Erythrodermie und großflächige oberflächliche Erosionen. Die weißen Strukturen entsprechen der abgelösten Epidermis



Abb. 3: Am 6. Lebenstag nur noch wenige Erosionen, noch keine Hyperkeratosen



Abb. 4: Hautbild der vierjährigen Schwester

Auswirkungen von oralen Antibiotika auf das Mikrobiom

Frage

Aktuell wird viel zum Thema „Mikrobiom“ diskutiert. Eine Frage, die vor dem Hintergrund der Oralisierung immer häufiger angesprochen wird:

1. Gibt es Evidenz dafür, dass allgemein die orale Gabe von Antibiotika und Antimykotika eine negative Auswirkung auf das Mikrobiom hat? Ist die i. v.-Gabe doch zu bevorzugen?

Speziell bei oralen Antimykotika gegen *Candida*, z. B. Fluconazol stellt sich die Frage, ob auf die orale Gabe verzichtet werden soll, da davon ausgegangen wird, dass durch die *Candida*-Besiedelung im Darm bereits ein hoher Anteil Fluconazol „verbraucht“ wird.

2. Wenn dem so ist, wäre dieses Phänomen nicht bereits in den Dosierungen, die sich aus den klinischen Studien ergeben, eingerechnet? Bisher wird in der Literatur von einer sehr guten Bioverfügbarkeit ausgegangen.

Antwort

Grundsätzlich beeinflusst jede Gabe eines Antibiotikums bzw. Antimykotikums die Zusammensetzung des Mikrobioms als die Gesamtheit der Mikroorganismen, die die äußeren und inneren Körperoberflächen besiedeln. Das Ausmaß der Beeinflussung hängt weniger vom Kriterium „orale oder parenterale Applikation“ als vielmehr vom Wirkspektrum der antiinfektiven Substanz und von deren pharmakodynamischen Eigenschaften ab. Beispielsweise wird bei einem „breit-wirksamen“ Antibiotikum eine größere Beeinflussung des Mikrobioms zu erwarten

sein, als bei einer äußerst „schmal-wirksamen“ Substanz; im Gastrointestinal-Trakt werden besonders Antibiotika, die zusätzlich eine anaerobe Wirksamkeit besitzen, die Zusammensetzung des dort angesiedelten Mikrobioms gravierend verändern. Zudem wirken sich Parameter der Resorption (orale Bioverfügbarkeit), wie auch der Elimination der Substanzen (renale versus fäkale Elimination) auf das gastrointestinale Mikrobiom entsprechend aus.

Zudem wirken sich Parameter der Resorption (oraler Bioverfügbarkeit), wie auch der Elimination der Substanzen (renale versus fäkale Elimination) entsprechend auf das gastrointestinale Mikrobiom aus. Zudem sollen Antiinfektiva ausschließlich mit einer klaren Indikation eingesetzt werden; nur so erfüllen sie einen wertvollen Beitrag zu Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit eines Individuums; gewissermaßen als Preis hierfür ist mit einer eher unerwünschten, individuell unterschiedlich stark ausgeprägten Veränderung des Mikrobioms zu rechnen. Die Entscheidung, ob eine antiinfektive Therapie parenteral oder oral erfolgt, wird dabei vorrangig von pharmakodynamischen Größen der indizierten Substanz und dem vorliegenden Krankheitsbild abhängig gemacht werden; bei gleichwertiger infektiologischer Wirksamkeit, was das primäre Kriterium sein soll, werden viele orale Therapieformen für die Patienten mit weniger Aufwand zu realisieren sein; zumal von einem für eine parenterale Gabe erforderlichen Gefäßkatheter zusätzliche auch infektionsmedizinische Probleme ausgehen können.

Da die Beeinflussung des Mikrobioms das komplexe Ergebnis vieler Parameter ist

und die therapeutische Effektivität im Vordergrund der Wahl des Antiinfektivums zu stehen hat, ergibt sich eine Präferenz für eine parenterale Therapie aus Rücksichtnahme auf das Mikrobiom eher nicht.

Fluconazol besitzt eine orale Bioverfügbarkeit von 90 % und wird vorwiegend im Dünndarm resorbiert. Das Ausmaß einer Kolonisation durch *Candida* spp., mehrheitlich im Kolon lokalisiert, beeinflusst nicht die Bioverfügbarkeit der Substanz und führt nicht zu einem Verbrauch der Substanz im Gastrointestinal-Trakt, so dass nicht postuliert werden kann, Fluconazol sei deswegen vorrangig parenteral zu verabreichen. Die Indikation für eine initial parenterale Applikation von Fluconazol ergibt sich allenfalls aus der Notwendigkeit schnell ausreichend hohe Gewebe- und Serumspiegel zu etablieren, bevor in Abhängigkeit klinisch-infektiologischer Parameter die Therapie oralisiert werden kann. Grundsätzlich scheiden orale Fluconazol-Gaben lediglich bei intestinalen Resorptionsstörungen und unzuverlässiger Medikamenteneinnahme aus.

Literatur:

1. Sharma V, Bhatia R. Triazoles in antifungal therapy: A Review. *Int J Res Pharm Biomed* 2011, 2, 417-427.
2. Bellmann R, Smuszkiwicz P. Pharmacokinetics of antifungal drugs: practical implications for optimized treatment of patients. *Infection* 2017, 12. doi: 10.1007/s15010-017-1042-z. [Epub ahead of print]

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Schwanz
Universitätsmedizin Mainz, Institut für
Medizinische Mikrobiologie und Hygiene
Hochhaus am Augustusplatz
55131 Mainz

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



Review aus
englischsprachigen Zeitschriften

Rückfälle nach Beendigung einer Therapie mit Biologica bei Patienten mit juveniler idiopathischer Arthritis: Klinische- und Laborkorrelate der Dauer der Remission

Flares after Withdrawal of Biologic Therapies in Juvenile Idiopathic Arthritis: Clinical and Laboratory Correlates of Remission Duration

Simonini G, Ferrara G, et al., *Arthritis Care Res (Hoboken)*. doi: 10.1002/acr.23435. [Epub ahead of print], Oktober 2017

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Remissionsdauer von 135 Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) nachdem eine Biologikatherapie beendet wurde.

Es zeigte sich dass 75,6 % (!) der Patienten -nach einer medianen Beobachtungszeit von 6 Monaten- ein Rezidiv erlitten. Dabei war bei Patienten mit einer systemischen JIA -im Vergleich mit den anderen Subtypen- die Wahrscheinlichkeit einer anhaltenden Remission größer. Poly- oder oligoartikuläre Patienten, die mindestens 2 Jahre nach Erreichen einer Remission auf Biologika waren hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit in Remission zu bleiben.

Diese Studie ist für die moderne Kinder- und Jugendrheumatologie von großer Bedeutung, da sie die Biologikaabsetzstrategie adressiert. Nachdem ja diese Therapie – zumindest bei unkomplizierten Verläufen der Poly- und Oligoarthritis – häufig vor dem 2. Remissionsjahr beendet wird, weist die aktuelle Studie auf die Notwendigkeit einer längeren Therapiedauer hin.

Korrespondenzadresse:

Anton Hospach, Stuttgart

Der Vergleich der Wirksamkeit von Amitriptylin, Topiramat und Placebo bei Migräne im Kindesalter

The Childhood and Adolescent Migraine Prevention (CHAMP) Trial

Trial of Amitriptyline, Topiramate, and Placebo for Pediatric Migraine.

Powers SW et al.; *N Engl J Med* 376: 115-124, Januar 2017

Viele Kinder und Jugendliche leiden unter Migräne, was wie bei Erwachsenen auch mit erheblichen Einbußen in ihrer Lebensqualität verbunden ist. Die Leitlinien zur Behandlung basieren eher auf einem Konsens als auf Evidenz. In der „Childhood and Adolescent Migraine Prevention (CHAMP)-Trial“ haben die Autoren die Wirksamkeit einer Therapie mit Amitriptylin, Topiramat untereinander und mit einem Placebo verglichen. Drei Hypothesen wurden untersucht: Erstens Amitriptylin ist wirksamer als Placebo. Zweitens Topiramat ist wirksamer als Placebo. Drittens eine der beiden aktiven Substanzen ist wirksamer als die andere.

Die Autoren führten eine randomisierte, Placebo-kontrollierte Doppelblindstudie mit Amitriptylin (1 mg pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag), Topiramat (2 mg pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag) und Placebo bei Kindern und Jugendlichen mit Migräne im Alter zwischen 8-17 Jahren durch. Die Patienten wurden im Verhältnis 2:2:1 auf die Medikation und das Placebo randomisiert. Primäres Ergebnisziel war die Erfassung der relativen Reduktion von 50% oder mehr Kopfschmerz-freien Tagen im Vergleich zur 28-tägigen Basisrate zu Studienbeginn. Sekundäre Ergebnisziele waren die Erfassung der durch Kopfschmerzen bedingten Beeinflussung der Lebensqualität, die Anzahl der Kopfschmerz-tage, die Anzahl der Patienten, die bis zum Ende an der Studie teilnahmen, und die Anzahl ernsthafter Nebenwirkungen.

Insgesamt konnten 361 Patienten in die Studie aufgenommen und auf drei Behandlungsarme randomisiert werden. Davon konnten 328 in die primäre Wirksamkeitsanalyse übernommen werden (132 in der Amitriptylin-Gruppe, 130 in der Topiramat-Gruppe und 66 in der Placebo-Gruppe). Die Studie wurde nach einer Interimsanalyse vorzeitig beendet.

Bei der Auswertung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Amitriptylin 52%, Topiramat 55%, Placebo 61%) bei der relativen Reduktion der Kopfschmerzen zwischen den einzelnen Gruppen (Amitriptylin versus Placebo, P=0,26; Topiramat versus Placebo, P=0,48; Amitriptylin versus Topiramat, P=0,49). Es zeigten sich auch keine Unterschiede in der Kopfschmerzbeeinträchtigung, bei der Anzahl der Kopfschmerz-tage und bei dem Anteil der Patienten, die bis zur Beendigung an der 24-wöchigen Behandlung teilnahmen. Patienten, die entweder Amitriptylin oder Topiramat erhielten, wiesen im Vergleich zu Patienten, die ein Placebo erhielten, mehr Nebenwirkungen auf. Patienten unter Amitriptylin klagten im Vergleich zu Placebo häufiger über Müdigkeit (30% versus 14%) und Mundtrockenheit (25% versus 12%). In der Topiramat-Gruppe litten die Patienten eher unter Parästhesien (31% versus 8%) und Gewichtsverlust (8% versus 0%). Bei drei Patienten in der

Amitriptylin-Gruppe traten schwere psychische Störungen auf, ein Patient in der Topiramat-Gruppe unternahm einen Suizidversuch.

Insgesamt zeigte sich in allen drei Behandlungsarmen über 24 Wochen kein Rückgang der Kopfschmerz-Frequenz. Da die pharmakologische Intervention ohne Wirkung blieb und mit hohen Nebenwirkungen verbunden war, wurde die Studie vorzeitig beendet.

Kommentar

Bei Kindern sind Eltern und Ärzte weniger geneigt, eine tägliche präventive Pharmakotherapie zur Vermeidung von Migräneanfällen durchzuführen. Häufige Migräneanfälle belasten aber nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder, die in ihren schulischen und sozialen Aktivitäten eingeschränkt werden. Mit den therapeutisch in Frage kommenden Substanzen wurden im Kindesalter bisher überwiegend observationale und kaum kontrollierte Studien durchgeführt. Die Ergebnisse der CHAMP-Studie über 24 Wochen zeigen für die beiden verwendeten Substanzen Amitriptylin und Topiramat im Vergleich zu Placebo für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 17 Jahren eine Null-Wirkung, was so nicht erwartet wurde. Die Studie wurde deshalb zu Recht vorzeitig beendet. In Anbetracht der aufgetretenen Nebenwirkungen ergab sich ein negatives Nutzen-Risiko-Profil. Kinder scheinen sich in der Reaktion auf beide Substanzen von Erwachsenen zu unterscheiden, bei denen ein Nutzen nachgewiesen werden konnte. Andere Substanzen, wie Propranolol, Verapamil, Valproinsäure und vielleicht auch Melatonin, bieten sich für eine Wirksamkeitsprüfung in weiteren Studien als therapeutische Alternativen für Kinder an. Man darf auf die Ergebnisse gespannt sein. Erstaunlich ist die hohe Wirksamkeit des Placebos. Dies mag auf das Studiendesign zurückzuführen sein, in dem die Wahrscheinlichkeit 4:1 betrug, das Medikament an Stelle eines Placebos zu erhalten, sodass der Patient und die Eltern der Therapie vielleicht mit großem Optimismus entgegensahen.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

14.-15. April 2018

2. Freischwimmer-Workshop für Praxisstarter

Info: Dr. Steffen Lüder, Berlin

(www.freischwimmer-workshop.de)

6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin

Ohne Kinder- und Jugendärzte ist alles nichts // Eine wichtige Möglichkeit zum Austausch von Informationen zu Transition und Transfer ist der Kongress für Transitionsmedizin, der im November 2017 zum sechsten Mal stattfand. Die Vorstellung von Beispielen und die gegenseitige Hilfestellung bei Innovationen gelingt viel besser, wenn sich die Engagierten und Interessierten regelmäßig treffen.

- **Zum Stand der Dinge:**

Die Notwendigkeit der Einbindung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ist mittlerweile auch die Überzeugung vieler Kliniker, die vor Jahren noch die Auffassung vertraten, Transition sei die Überleitung von einer Spezialambulanz in die nächste Spezialambulanz.

Mit dem Vertrag zu TransFit werden niedergelassene Pädiater in die Transition eingebunden und deren Leistungen deutlich höher honoriert als im Vertrag mit der BEK. Diese Chance für Patienten und Kinder- und Jugendärzte muss genutzt werden. Es muss gelingen, zunächst für die Patienten der Techniker Krankenkasse zu beweisen, dass Transition auch gelingen kann, dass sie ein Gewinn für Krankenkassen, Patienten und Kinder- und Jugendärzte sein kann. In der Folge werden sich auch weitere Krankenkassen dem Modell/ Vertrag anschließen.

Warum engagieren wir uns bei der Transition:

Die Kinder- und Jugendmedizin ist derart leistungsfähig, dass sehr viele Kinder mit schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen erwachsen werden. Aber das deutsche Gesundheitswesen ist darauf nicht ausgerichtet, sehr zum Nachteil der Erkrankten. Während manche Facharztgruppen keine Probleme haben, Kinder wie auch Erwachsene zu behandeln (Neurologen, Orthopäden etc.), unterliegen Kinder- und Jugendärzte der im Einzelfall unsinnigen Auflage, die Jugendlichen mit Erreichen des 18. Geburtstages an weiterbehandelnde Ärzte abzugeben. Dieser Unsinn hat auch einen Namen: Transition und Transfer.

Es ist dabei unwichtig, ob Transition und Transfer auch im Interesse der be-

troffenen Patienten ist. Freie Arztwahl wird als ein geringeres Rechtsgut angesehen als die Behandlungsqualifikation (MWBO). Erwachsenenbehandlung von Pädiatern geht nicht, ausgenommen im Notdienst! Für Allgemeinmediziner gibt es dagegen keine Altersbegrenzung nach unten.

Den gesetzlichen Krankenkassen gefällt die aktuelle Situation, können sie doch einerseits mit Zusatzleistungen werben und viel Arbeitskraft mit der Entwicklung von Zusatzverträgen binden, um in den Verträgen die Leistungen der Ärzteschaft besser zu regulieren und zu kontrollieren.

Da Entscheidungsträger des Gesundheitssystems nicht durch Vernunft davon zu überzeugen sind, die Versorgung den Erfordernissen anzupassen, bleibt Pädiatern nur der Weg, mitzumachen, also Verträge auszuhandeln und mit Leben zu füllen. Schließlich geht es ihnen darum, dass die ihnen anvertrauten Jugendlichen auch nach ab dem 18. Geburtstag bestmöglich betreut werden.

Das geht nun schon mehr recht als schlecht und nicht immer zum Vorteil der Jugendlichen fast ein Jahrzehnt so und noch immer wollen viele nicht sehen, dass Jugendliche ganz spezielle Bedürfnisse haben. Begonnen hat es mit den Kindern mit angeborenen Herzfehlern, aus denen EMAH's (Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern) wurden. Auch wenn der Deutsche Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer

(BÄK) aufforderte, Versorgungsforschung zu dem Thema „Erwachsenwerden mit chronischer Erkrankung“ zu fördern, kam und kommt von der BÄK dazu nichts! So ist es einigen Wenigen überlassen, sich für die Transition einzusetzen. Zu ihnen gehören die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin (DGfTM), das Berliner TransitionsProgramm (BTP) und einzelne Aktive bei der Deutschen Gesellschaft Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und dem Berufsverband der Internisten (BDI). Verbände der Allgemeinmedizin halten sich eher bedeckt, sind sie doch auch die treibende Kraft der stur festgeschriebenen Versorgungsrealität. Aber an den Verträgen zum Transfer möchten sie gerne beteiligt werden.

Fazit: Dem Kongress für Transitionsmedizin werden so schnell die medizinischen und auch psychosozialen Themen nicht ausgehen. Und wir brauchen mehr engagierte Mitstreiter, die chronisch kranken Kindern und Jugendlichen den Weg in ein möglichst langes und beschwerdefreies Erwachsenenleben ebnen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Uwe Büsching
33611 Bielefeld
E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: ReH

Innovationsfonds- Projekt TransFIT startet

Nach langer Verhandlungs- und Vorbereitungsphase können seit dem 11.09.2017 Patienten mit chronischen Erkrankungen an dem Transitionsprojekt TransFIT teilnehmen, sofern sie über die Techniker KK versichert sind, über zwölf Jahre alt sind und eine der im Vertrag definierten chronischen Erkrankungen haben.

Was ist TransFIT?

TransFIT ist ein spezielles Projekt, mit dessen Hilfe die Gesundheitskompetenz chronisch kranker Kinder und Jugendlicher gefördert wird. TransFIT soll helfen, gesundheitsspezifisches Wissen aufzubauen und die Selbständigkeit der Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Damit bereitet TransFIT die Patienten und ihre Eltern systematisch auf den späteren Wechsel aus der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin vor. Kinder- und Jugendärzte werden dabei vom Fallmanagement unterstützt und bieten den Patienten Hilfestellung zu Fragen wie z. B.: Wo finde ich einen Erwachsenenmediziner für meine Erkrankung? Was muss ich in Sachen Ausbildung und Studium beachten? Medikamenteneinnahme vergessen – was muss ich tun? Gibt es Wechselwirkungen meiner Medikamente mit Verhütungsmitteln, Alkohol oder Drogen? Wo erhalte ich Tipps zu Bewegung, Sport und Ernährung?

Alle Informationen und Unterlagen zu TransFIT gibt es über PädInform. Im Ordner „Krankenkassenverträge“ ist ein separater Ordner „TransFIT“ eingerichtet.

Das TransFIT-Team erreichen Sie auch unter info@innovation-transFIT.de oder über die Website www.innovation-transFIT.de.

Red.: ReH

Der BVKJ und die Medizinstudierenden



Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd) suchte Unterstützer, die sich auf dem 11. bvmd Bundeskongress am 2. Dezember 2017 in Mainz vor dem Banner des Human Rights Day ablichten lassen: Gern geschehen! Thomas Fischbach und Folkert Fehr stellen sich in Positur.

Die ambulante Grundversorgung hat unter Medizinstudierenden nicht den besten Ruf. Das ist kein Wunder, denn das Medizinstudium ist überwiegend hochschulastig und klinikzentriert angelegt. Die ambulante Grundversorgung wird dagegen eher stiefmütterlich von den Hochschulen behandelt, obwohl Diagnostik und Behandlung in den vergangenen Jahren zu großen Teilen in die ambulante Versorgung übergegangen sind.

Mit der Reform des Medizinstudiums soll die Ausbildung auch dort stattfinden, wo ein Großteil der Versorgung stattfindet, Medizinstudierende sollen durch einen Vertiefungsabschnitt „Primary Care“ frühzeitig die ambulante Medizin und ihre Möglichkeiten kennenlernen. Noch fremdeln viele Medizinstudierende mit der Vorstellung, künftig auch in Praxen eingesetzt zu werden. Um Vorurteile abzubauen und um Medizinstudierenden Primary Care von Kindern und Jugendlichen näherzubringen, hat der BVKJ Kontakt mit der Bundesver-

tretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) aufgenommen. BVKJ-Präsident Thomas Fischbach und der Autor wurden daraufhin zu einem Workshop eingeladen, der im Rahmen des bvmd-Kongresses in Mainz stattfand. Rund 550 Medizinstudierende waren zu dem Kongress gekommen, der sich von den üblichen Ärztekongressen mit Industrieausstellung durch die zahlreichen Stände unterschied, an denen sich Berufsverbände, Ärztefinanz, Kammer und KV sowie Projekte der bvmd selbst vorstellten.

Unter den bvmd Projekten fiel dem Autor besonders die AG Medizin und Menschenrechte auf. Hier geht es um Menschenrechte und Menschenrechtinstitutionen, globale Gesundheit, humanitäre Einsätze, Flüchtlingsthemen, soziale Ungleichheit, Kindesmisshandlung und weibliche Genitalverstümmelung. Ziel der AG ist es, Medizinstudierende für die verschiedenen Menschenrechtsbereiche zu sensibilisieren, damit sie sich mit ihrer Rolle in diesen Gebieten selbst-

kritisch auseinandersetzen und reflektieren können. Themen wie Frauen- und Kinderrechte sollen transdisziplinär betrachtet werden, um somit zum Beispiel (sozio-)kulturelle, religiöse, ethnische, finanzielle, gesundheitliche, „technische“ Aspekte und viele mehr miteinander zu verzahnen.

BVKJ meets bvmd

Was wollen die Studierenden? Um diese Frage ging es bei intensiven Gesprächen von BVKJ-Repräsentanten und Mitgliedern des Geschäftsführenden Vorstandes der bvmd. Und hier die Antworten: Studierende wollen

- selbstbestimmt lernen
- breites Angebot
- gute Arbeitsbedingungen
- nicht bevormundet werden
- nicht vereinnahmt werden
- ihr Ding machen
- erkennen, wie irre sexy die Pädiatrie ist
- keine Jammerlappen
- wissen, wohin sich die Unis entwickeln
- sich an allen Angelegenheiten beteiligen, die sie betreffen

Die Wünsche und Anforderungen der Studierenden an ihr Studium spiegeln also vor allem das Bedürfnis, mitreden und gestalten zu wollen. Dazu braucht es zuverlässige Partner. Der BVKJ wird daher mit der bvmd in Kontakt bleiben, um gemeinsam die Möglichkeiten einer guten Ausbildung in Primary Care für Studierende auszuloten, so dass die Studierenden in den Praxen der Grundversorgenden Pädiater lernen, pädiatrisch zu denken und zu handeln und dabei Rückmeldung von erfahrenen Kinder- und Jugendärzten bekommen. Damit kann die Kinder- und Jugendmedizin in der Primary Care im Studium den Stellenwert erhalten, den sie auch in der Versorgung hat, und so kann sie zukunftsfest werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Folkert Fehr

74889 Sinsheim

E-Mail: fehr-buschmann@web.de

Red.: ReH

Das Leser-Forum

Die Redaktion des Kinder- und Jugendarztes freut sich über jeden Leserbrief. Wir müssen allerdings aus den Zuschriften auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. – Leserbriefe geben die Meinung des Autors / der Autorin, nicht der Redaktion wieder. E-Mails oder Briefe richten Sie bitte an die Redakteure (Adressen siehe Impressum).

Auf den Punkt gebracht
von Dr. Ulrich Fegeler,
KiJuA 2017, Heft 12, S. 834 ff.



Sehr geehrter Herr Kollege Fegeler, der Vorwurf des Rassismus wird gern benutzt um Andersdenkende mundtot zu machen. Haben Sie das nötig? Es macht eine Diskussion über das Thema Kinderarmut und Kindesentwicklung nur schwieriger...

Ich aber denke anders. Ich glaube Kindesentwicklung hat viel mit Förderung und Geborgenheit und liebevoller Bestätigung und Nestwärme durch die Eltern zu tun. Veranlagung oder genetische Ressourcen spielen aber eine ebensogroße Rolle. Dies kommt bei Ihrer Betrachtung gar nicht vor.

Insofern – meine ich – haben Sie das Thema leider nicht auf den Punkt gebracht.

Dr. Harald Raith

Gemeinschaftspraxis Dr. Raith und
Dr. von Schilling
Almsstr. 3, 31134 Hildesheim

Sehr geehrter Herr Kollege Raith, in meinen Augen spielt die familiäre Stimulationsarmut der Familien in der frühkindlichen Entwicklung ihrer Kinder eine größere Rolle als allein die ökonomische Armut. Was viel zu wenig beachtet wird, ist, dass in diesen Familien mit den Kindern nichts passiert, kein Vorlesen, kein Spielen mit den Kindern, aber viel Medienkonsum. Diese Verhaltensformen wiederum weisen eine starke Beziehung zum Bildungshintergrund der Familien auf. Ca. 95 % der ökonomisch schwachen Familien sind bildungsfern. Deswegen sollten in meinen Augen alle Programme, die diesen Kindern helfen wollen, im Kern auf die Familie und das Kind orientiert sein. Hochqualifizierte Kindertagesbetreuung im Zusammenwirken mit Hilfe- und Unterstützungsangeboten (sozial, edukativ) für die Familie erreicht das „familiäre setting“ besser als nur die alleinige Förderung des Kindes. Ich arbeite seit ca. 30 Jahren in einem sozialen Brennpunkt und habe an vielen Beispielen erfahren, dass allein die Orientierung auf das Kind – gar noch im Rahmen von Therapien – wenig bis gar nichts bringt. Man muss die Familie (sehr häufig sind dies Ein-Eltern-Familien) mit ins Boot holen. Familienzentren entsprechen diesem Ansatz und leisten hervorragende Arbeit, wenn sie umfangreich ausgerüstet und eingerichtet sind.

Nun zu Ihrem eigentlichen Vorwurf, ich würde auf die Veranlagung bzw. genetische Ressourcen nicht eingehen. Selbstverständlich spielen solche Faktoren in der kindlichen Entwicklung eine Rolle, aber sie erklären nicht, warum von den 20 % der Kinder eines Geburtsjahrganges, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, etwa die Hälfte keinen Schulabschluss machen wird. Sie erklären nicht, warum Kinder aus solchen Familien zu einem hohen Prozentsatz Störungen der Sprachentwicklung, der kognitiv-intellektuellen Entwicklung und des Verhaltens zeigen. Alles Genetik? Mein Hinweis auf den „Rassismus“ bezieht sich nicht auf die Tatsache, dass genetische, mehr noch epigenetische Einwirkungen bei diesen Kindern vorhanden sind, vielleicht

in gleichem Maße wie bei Kindern aus ökonomisch besser gestellten Familien auch, sondern dass sie das Massenphänomen der Entwicklungsstörungen bei diesen Kindern nicht erklären. Oder umgedreht: wenn man genetische Faktoren als bestimmend beschreibt, man damit 20 % unserer Kinder als genetisch „problematisch“ sähe. Das meinte ich mit der Rassismus-Nähe. Vor allem bedeutet dies für den politischen Entscheidungsträger, hier nichts zu tun, es hat ja keinen Zweck, Genetik ist Genetik.

Es gibt ein gutes Beispiel dafür, dass Kinder aus ökonomisch schwachen, bildungsfernen Familien sehr wohl und nachhaltig geholfen werden kann: das High Scope Perry Preschool Projekt. In geradezu einzigartiger Weise sind hier seit fast 60 Jahren die Lebensläufe von insgesamt 120 Kindern aus einem sozialen Risikogebiet in den USA verfolgt worden, von denen in den frühen 60iger Jahren 60 Kinder im Zeitbereich zwischen dem 2. und dem 6. Lebensjahr nach einem bestimmten Konzept gefördert wurden, während die anderen 60 Kinder als Kontrollgruppe dienten. Die entscheidenden und hochsignifikanten Unterschiede beider Gruppen waren erst nach der Schulzeit erkennbar: die nicht geförderte Kontrollgruppe zeigte fünfmal mehr Verhaftungen und 3,5 mal mehr Drogendelikte, die Fördergruppe hingegen 50 % mehr 2-Eltern-Familien, 50 % mehr High School Abschlüsse, viermal mehr Einkommen über 2.000 US-Dollar und waren dreimal mehr Hausbesitzer. Diese Ergebnisse resultieren aus einer einmaligen frühkindlichen Förderung (in die die Familien einbezogen waren). Die genetischen bzw. epigenetischen Voraussetzungen dürften bei beiden Gruppen gleich verteilt sein.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Ulrich Fegeler

„Deutsches Kinderbulletin“, Bäckeweg 37,
16515 Oranienburg, Tel.: 03301-701227,
Mobil: 0172-3004134, Email: ul.fe@t-online.de, www.deutsches-kinderbulletin.de

Red.: ReH

Steuerfreiheit für Obst und Gemüse kann Übergewichtswelle stoppen

Studie der Universität Hamburg zeigt: Gesunde Ernährung scheitert bisher auch am Preis. Experten fordern Mehrwertsteuersystem „Ampel Plus“

Ein gestaffeltes System der Mehrwertsteuer für Lebensmittel kann die Zunahme starken Übergewichts in Deutschland stoppen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Universität Hamburg im Auftrag mehrerer Gesundheitsorganisationen. Berechnet wurden Ernährungsverhalten und Gewichtsentwicklung der Bevölkerung, wenn Obst und Gemüse gar nicht, ungesunde Lebensmittel aber höher als bisher besteuert werden. Ergebnis: Der Anteil stark übergewichtiger Menschen würde um zehn Prozent sinken. Die Studie zeige, so der Ernährungsmediziner Professor Hans Hauner von der Technischen Universität München, dass die Bürger durchaus mehr gesunde Lebensmittel kaufen wollen, bisher aber auch am Preis scheitern. „Die Politik muss daher die Bedingungen schaffen, um eine gute Ernährung für alle zu erleichtern“, forderte CDU-Gesundheitspolitiker Ulf Fink, Vorsitzender Gesundheitsstadt Berlin bei der Vorstellung der Studie.

Bisher gilt für die meisten Lebensmittel der ermäßigte Steuersatz von sieben Prozent, auch für ungesunde Produkte mit viel Fett und Zucker. Die Studie des Hamburger Ökonomen Dr. Tobias Effertz untersucht als Alternative Szenarien mit verschiedenen Staffellungen. Am erfolgversprechendsten und politisch realistischsten erweist sich dabei das System „Ampel Plus“ mit folgenden Steuersätzen:

- Grün 0 %: Obst und Gemüse
- Gelb 7 %: Normale Lebensmittel wie Nudeln, Milch oder Fleisch
- Rot 19 %: Produkte mit viel zugesetztem Zucker, Salz oder Fett wie Fertiggerichte, Chips oder Süßigkeiten

Zusätzlich könnte der Steuersatz für die besonders gesundheitsschädlichen Softdrinks wie Cola oder Fanta von heute 19 auf 29 Prozent erhöht werden. Dieses Plus ist Hans Hauner zufolge notwendig, weil Softdrinks oft eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer Adipositas



Foto: © yanadjan - Fotolia.com

Kind mit steuerfreiem Snack

spielen – noch mehr als Süßigkeiten. Das gilt auch für Drinks mit Zuckerersatzstoffen. Fruchtsäfte ohne Zuckerzusatz würden hingegen in die Kategorie gelb mit sieben Prozent Mehrwertsteuer fallen.

„Beim Thema Ernährung spielen die Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle“, sagte Ulf Fink und wies auf das Beispiel vieler Länder hin, die die Steuern für ungesunde Produkte erhöht haben und damit erfolgreich sind: So sei in Berkeley/Kalifornien der Absatz von Softdrinks um 21 Prozent zurückgegangen. Zudem änderten Hersteller von Fertigprodukten nach Steueranpassungen häufig ihre Rezepturen und reduzierten Fett und Zucker. „Die Bürger bekommen also bessere Produkte zum gleichen Preis“, so Hauner. Vor allem einkommensschwächere Gruppen profitieren davon. „Auch für Deutschland sind Steueranpassungen ein effektiver Weg, um die Bürger vor Adipositas zu schützen“, so Hauner.

25 Prozent der deutschen Bevölkerung gelten derzeit als adipös, haben also einen Body-Mass-Index von 30 kg/m² oder

mehr, Tendenz steigend. Starkes Übergewicht bedeutet ein erhöhtes Risiko für viele Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes und Krebs. Trotz aller Bemühungen ist es bisher nicht gelungen, den Anstieg der Adipositas zu stoppen, geschweige denn umzukehren. „Das liegt nicht zuletzt an dem bisherigen Fokus der deutschen Politik, die hauptsächlich an die Verantwortung des Einzelnen appelliert und beispielsweise Kurse zur allgemeinen Aufklärung über gesunde Ernährung finanziert“, kritisierte Ernährungsexperte Hauner. Wissenschaftlich gilt dieser individuelle Ansatz als gescheitert, weil dadurch nur selten eine dauerhafte Gewichtsreduktion erreicht wird.

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt stattdessen, die Rahmenbedingungen für gesundes Verhalten zu verbessern. Zu diesen Maßnahmen der Verhältnisprävention gehören Steueranpassungen, ferner ein Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet, sowie verbindliche Standards für die Verpflegung in Kitas und Schulen.

Diese Forderungen vertritt in Deutschland auch die Deutsche Allianz für Nicht-übertragbare Krankheiten (DANK), ein Zusammenschluss von zwanzig großen medizinischen Fachorganisationen. Der BVKJ engagiert sich schon seit langem ebenfalls für die Lebensmittelampel, Zuckersteuer, ein Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet und bessere Ernährung in Kitas und Schulen. BVKJ-Präsident Thomas Fischbach: „Bei der Prävention von Übergewicht muss der Fokus noch viel mehr als bisher auf die Lebensbedingungen in der frühen

Kindheit gelegt werden. In dieser Zeit werden die Weichen für das Ernährungsverhalten gelegt. Die Politik muss hier viel mehr als bisher Eltern unterstützen und Kinder schützen, damit sie eine Chance gegen die Zuckerindustrie mit ihren Werbemillionen haben. Ein Anfang wäre schon gemacht, wenn das Thema Ernährung und Verbraucherschutz endlich im Gesundheitsministerium angesiedelt würde. Es ist ein Unding, dass das Landwirtschaftsministerium dafür zuständig ist und gleichzeitig für die Rübenanbauer und Zuckerindustrie.“

Info: Die Studie wurde beauftragt und finanziert von (in alphabetischer Reihenfolge):

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Diabetes Stiftung (DDS), diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Gesundheitsstadt Berlin e.V., Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD), Universität Kiel.

ReH

Läuse lieben Selfies

Läuse profitieren von den Errungenschaften der modernen Kommunikation. Dies behauptet der Epidemiologe Prof. Dr. Hermann Feldmeier vom Institut für Mikrobiologie und Hygiene der Charité Berlin. Zunehmend seien auf den Köpfen von Jugendlichen Läuse zu finden. Die Ursache sieht Feldmaier im aktuellen Selfie-Trend, bei dem die Teenies ihre

Köpfe für das optimale Foto häufig und eng zusammenstecken. Das eröffne dem Parasiten ganz neue Möglichkeiten, sich zum nächsten Wirt zu hangeln. Denn die Transmission erfolge in 99 Prozent der Fälle von Kopf zu Kopf. Auch wenn *Pediculus humanus capitis* immer noch am liebsten auf Kinderköpfen lebe, müssen Kinder- und Jugendärzte auch bei der Vorstellung

von Jugendlichen an die Parasiten denken und diese, wo nötig, bekämpfen: am besten, indem man ihr Atemwegssystem mit einem physikalisch wirkenden zuverlässigen Mittel verstopft, bei dem keine Resistenzwirkung zu befürchten sei.

Red.: ReH

Still-Politik – Wer stillt zuerst im Deutschen Bundestag?

Ob Larissa Waters klar war, dass ihr Beispiel durch die Welt gehen würde? Die australische Senatorin stillte ihr Baby während einer Abstimmung mitten im Parlament. Auch in Island wurde eine Parlamentsrede zum politischen Statement: die Abgeordnete Konradsdottir sprach im Plenum, während sie nebenbei das tat, was gerade nicht warten konnte: Sie stillte ihr Baby. Und in Deutschland? fragt nun das Netzwerk Gesund ins Leben. Eine repräsentative YouGov-Umfrage unterstrich 2016, dass Stillen in der Öffentlichkeit in Deutschland noch längst nicht zur Normalität gehört. Die Mehrheit der Befragten findet es grundsätzlich in Ordnung, wenn in der Öffentlichkeit gestillt wird, jeder vierte äußerte sich jedoch ablehnend. Es ist also noch jede Menge zu tun, um Deutschland zu einem stillfreundlichen Land zu machen.



Foto: © Aidman - Fotolia.com

Politisches Handeln sei zur Unterstützung und Förderung der Akzeptanz dringend erforderlich, schreibt das Netzwerk Gesund ins Leben. Öffentlichkeitswirksame Aktionen wie in Australien und Island könnten hierbei enormes Anschubpotenzial entwickeln. So können die Rahmenbedingungen für ein stillfreundliches Umfeld weiter verbessert werden.

Und was außerdem? Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft hat das Netzwerk Gesund ins Leben und die Nationale Stillkommission beauftragt, das internationale Vorhaben „Becoming Breastfeeding Friendly“ (BBF) für Deutschland durchzuführen. Eine Expertenkommission untersucht anhand des von der Universität Yale entwickelten „Breastfeeding Gear Model“, wie stillfreundlich Deutschland ist. Dazu gehört auch eine Analyse, ob und in welchem Ausmaß sich politische Entscheidungsträger mit dem Thema Stillen befassen.

Die Kommission wird darüber hinaus bewerten, welche politischen Initiativen zur Unterstützung einer stillfreundlichen gesellschaftlichen Atmosphäre bereits umgesetzt werden und wie wirksam sie sind. Nun braucht es also nur noch eine politische Entscheidungsträgerin, die sich ganz praktisch im Bundestag mit dem Thema Stillen befasst.

Gesund ins Leben

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Netzwerk Gesund ins Leben ist angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) und Teil des nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. <https://www.gesund-ins-leben.de>

Info:

Näheres zum Forschungsvorhaben „Becoming Breastfeeding Friendly“: <https://www.gesund-ins-leben.de/becoming-breastfeeding-friendly>

NSK-Bericht:

<https://www.bfr.bund.de/cm/343/positive-botschaften-fuer-ein-ungestoertes-stillen-in-der-oeffentlichkeit.pdf>

Red.: ReH



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

Eine Frage an ...

Dr. Wolfgang Lawrenz,

Vorsitzender der Kommission Kinder- und Jugendsport in der Deutschen Gesellschaft für Sport und Prävention (DGSP)



Immer mehr Kinder sind fehlsichtig. Beim Sportunterricht müssen sie daher eine Brille tragen. Welche sollten Pädiater empfehlen?

Schlechtes Sehen ist ein Handicap, auch bei der Teilnahme am Sportunterricht oder beim Training im Verein. Fehlsichtige Kinder bewegen sich meist unsicherer und laufen dadurch Gefahr, ausgegrenzt zu werden. Daher ist beim Schulsport das Tragen einer geeigneten sporttauglichen Brille, die die Fehlsichtigkeit korrigiert und darüber hinaus das Verletzungsrisiko senkt, von besonderer Bedeutung.

Um den Kauf einer schulsporttauglichen Brille zu erleichtern, wurde von Augenärzten, Optikern, Sportärzten und

Sportwissenschaftlern ein Anforderungskatalog (ASiS-Anforderungskatalog 2014) erstellt.

Auf Basis dieses Anforderungskataloges werden regelmäßig Schulsportbrillentests durchgeführt. Die jeweils aktuellen Ergebnisse werden in einer Broschüre veröffentlicht und sind im Internet abrufbar: www.schulsportbrillentest.de

Besonders geeignet sind schulsporttaugliche Kinderbrillen mit Augenschutz. Diese erfüllen hohe Anforderungen an den Augenschutz und sollten insbesondere bei Sportarten mit erhöhtem Risiko für Augenverletzungen getragen werden.

Alternativ können Kontaktlinsen verwendet werden, wenn z. B. die Sportart

keine Brillen-Korrektur erlaubt. Kinder sind meist ab einem Alter von circa zehn Jahren in der Lage, Kontaktlinsen zu tragen, selbst zu handhaben und zu pflegen!

Bei Sportarten im Freien sollten Kinder geeignete Sonnenbrillen tragen, weil sich bei zu starker Sonneneinstrahlung die Sicht verschlechtert und Blendung eintreten kann. Dabei ist ein ausreichender Schutz gegen ultraviolette Strahlen, die die Netzhaut schädigen können, wichtig, vor allem bei Wasser- und Wintersportarten.

ReH



Stiftung Kind und Jugend

Unterstützen Sie mit einer Spende
Ihre Stiftung des Berufsverbands

Stiftung Kind und Jugend e. V.

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE 79 3702 0500 0001 4074 41

Jetzt

Spenden

Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Barmer: Zu wenige Betreuungsplätze für junge Pflegebedürftige

In Deutschland fehlen bundesweit tausende Betreuungsplätze für junge Pflegebedürftige. Das geht aus dem Pflegereport der Barmer hervor. Demnach gibt es laut einer repräsentativen Barmer-Umfrage bei Pflegebedürftigen unter 60 Jahren, beginnend mit dem frühen Kindesalter, etwa 4.000 teilstationäre und rund 3.400 Kurzzeitpflegeplätze zu wenig.

Zu wenig geeignete Plätze für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

Gerade für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene bleibt der Wunsch nach einem selbststimmten Wohnen häufig unerfüllt. Wie die eigens durchgeführte Umfrage von mehr als 1.700 Versicherten ergeben hat, würden gerne 35 Prozent der Zehn- bis 29-Jährigen in eine Wohngruppe ziehen. Jedoch hat et-

wa jeder zweite Pflegebedürftige in dieser Altersklasse angegeben, dass sich sein Wechsel in eine Wohngruppe, aber auch in ein Pflege- oder Behindertenheim, deswegen zerschlagen hat, weil kein Platz in der Einrichtung vorhanden war.

Wunsch nach Kurzzeitpflege gut doppelt so hoch wie derzeit machbar

Vor allem bei der Kurzzeitpflege gibt es massive Versorgungslücken. So nutzen derzeit neun Prozent der jungen Pflegebedürftigen mindestens einmal im Jahr die Kurzzeitpflege. Tatsächlich aber würden gerne 19 Prozent auf dieses Angebot zugreifen. Damit ist der Wunsch nach Kurzzeitpflege um mehr als 100 Prozent höher, als er tatsächlich realisierbar ist. Defizite gibt es auch bei der Tagespflege, die lediglich 13 Prozent in Anspruch nehmen, wobei 20 Prozent den Wunsch



Foto: © KariDesign - Fotolia.com

danach hegen. Als wesentlichen Grund, warum die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege nicht wie gewünscht genutzt werden, gaben 43 beziehungsweise 40 Prozent der Betroffenen den Mangel an entsprechenden Angeboten für die jeweilige Altersgruppe an. Für 31 beziehungsweise 27 Prozent der betroffenen Befragten waren keine Angebote für die eigene Erkrankung vorhanden.

Red.: ReH

Film schützt Kinder vor Missbrauch und gefährlichen Situationen!

Kita-Kind grausam misshandelt! Sexueller Missbrauch an Stieftochter! Kinderschänder missbraucht 6-jährigen Jungen auf dem Spielplatz!

Solche und ähnliche Schlagzeilen stehen immer wieder in der Zeitung.

Die Sicher-Stark-Initiative hat daher gemeinsam mit Psychologen, Pädagogen, Ärzten und Polizeibeamten einen bundesweiten Lehrfilm für Eltern, Lehrkräfte und Kinder 2018 gedreht, der in jeder Buchhandlung in Deutschland oder im Sicher-Stark-Shop im Internet erhältlich

ist. Der Film ergänzt die Präventionskurse, die die Sicher-Stark-Initiative jede Woche deutschlandweit veranstaltet, um den Selbstschutz und die Sicherheit von Kindern zu erhöhen.

Fachkräfte können den Film in der Kita oder Grundschule als Lerneinheit einsetzen, um Kinder wirkungsvoll zu schützen. Aber auch Eltern können den Film nutzen.

Er zeigt viele praktische Beispiele, wie Lara und Felix, zwei Kinder im Grundschulalter, sich gegen Gefahren und gefährliche Situationen zu Wehr setzen.

Der Film erzählt etwa, wie ein Autofahrer ein Kind auf dem Schulweg anspricht und wie es dann richtig reagieren sollte. Oder dass es auch das Recht hat, sich Zärtlichkeiten in der Familie zu verweigern: Kein Küsschen auf Kommando.

Auch die Eltern werden mit Übungen für Grenzverletzungen sensibilisiert und informiert, wo sie bei Bedarf Hilfe und Beratung bekommen.

ReH

Personalien

Ingeborg Krägeloh-Mann ist neue Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Professor Dr. med. Ingeborg Krägeloh-Mann (64) ist seit dem 1. Januar Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Im Vorstand der rund 16.000 Mitglieder starken wissenschaftlichen Fachgesellschaft war Krägeloh-Mann seit zwei Jahren als Vizepräsidentin aktiv.

Prof. Krägeloh-Mann ist seit 1997 Ärztliche Direktorin (C 4-Professur für Kinderheilkunde, Schwerpunkt Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie) an der Universität Tübingen. Zwischen 2004 und 2010 war sie dort die Geschäftsführende Direktorin des Departments für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.

Zu den Aufgaben ihrer Präsidentschaft zählt Prof. Krägeloh-Mann den Einsatz für die stärkere Präsentation des Berufsfeldes Pädiatrie in Klinik und Wissenschaft, für die Verbesserung von Rahmenbedingungen für Wissenschaft und Forschung und für eine gute Weiter- und Fortbildung. Ihr Vorgänger im Amt, Prof. Dr. Ertan Mayatepek aus Düsseldorf, wird die DGKJ ein weiteres Jahr als Vizepräsident begleiten.

Neuer Generalsekretär der DGKJ

Ebenfalls zum 1. Januar hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) einen neuen Gene-

ralsekretär berufen: Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Rodeck (63) aus Osnabrück wird die politische Repräsentanz der Fachgesellschaft übernehmen und löst in dieser Funktion Dr. med. Karl-Josef Eßer, Düren, ab. Rodeck ist Chefarzt des Christlichen Kinderhospitals Osnabrück und hat sich viele Jahre lang als Sprecher des Fachkonvents innerhalb der DGKJ sowie als Mitglied des geschäftsführenden Vorstands engagiert.

Red.: ReH

Zahl des Monats

Die dicken Kinder aus Hessen

Jedes zehnte Kind in Hessen bei Einschulung übergewichtig

Mehr als jeder zehnte Schulanfänger in Hessen ist zu dick. Dies geht aus einer Antwort des Sozialministeriums in Wiesbaden auf eine parlamentarische Anfrage

der oppositionellen SPD-Landtagsfraktion hervor.

Bei den Reihenuntersuchungen zur Einschulung in den Jahren 2007 bis 2016 seien jeweils zwischen 10,2 und 11,1 Prozent der Kinder übergewichtig gewesen. Ob die neuen Erstklässler weniger auf die

Waage bringen, wird sich Ende März zeigen, wenn die Ergebnisse vom Start des Schuljahres 2017/2018 vorliegen.

Quelle: dpa

Red.: ReH

Barmer: Eltern sind gesünder als Singles

Berufstätige mit Kindern und Familie sind gesünder, leben länger, greifen weniger zu Arzneimitteln und sind weniger krank. Dies ist nachzulesen im BARMER Gesundheitsreport 2017, der auf einer repräsentativen Studie der Universität St. Gallen basiert. „Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, führen Kinder nicht zu erhöhter emotionaler Erschöpfung oder ungesünderem Stress. Über alle Alters- und Berufsgruppen hinweg sind Berufstätige mit Kindern im Haushalt zufriedener und gesünder als jene ohne Kinder“, so Axel Wiedemann, Landesgeschäftsführer der BARMER in Sachsen-Anhalt. Andererseits gehen starke Beeinträchtigungen des Famili-

enlebens durch arbeitsbedingten Stress, Mobbing oder Diskriminierung mit einer geringeren Lebenszufriedenheit sowie einem geringeren Arbeitsengagement einher – und lassen so folglich die Krankenschreibungen ansteigen.

„Während Geschlecht und Alter die Lebenszufriedenheit kaum beeinflussen, gehen ein höherer Bildungsabschluss, eine höhere berufliche Stellung sowie ein höheres Einkommen direkt mit höherer Zufriedenheit und Gesundheit einher“, zitiert Axel Wiedemann aus den Studienergebnissen. So ist der Krankenstand bei Berufstätigen ohne Schulabschluss am höchsten, hingegen bei Berufstätigen mit Abitur oder Fachabitur am gering-

ten. Noch deutlicher ist der Unterschied bei psychischen Erkrankungen: So haben Berufstätige ohne Schulabschluss doppelt so häufig Krankenhauseinweisungen und greifen häufiger zu Psychopharmaka, als Berufstätige mit Studium.

Info:

Der komplette BARMER Gesundheitsreport 2017 zum Download:

www.barmer.de/p008348

Weitere Details zur Studie der Universität St. Gallen sowie die „10 Thesen zur Lebensqualität“ unter:

www.barmer.de/u000383

Red.: ReH

Praxis-Check Hygiene der KBV

Wie steht es mit der Hygiene in der eigenen Praxis? Ein neuer Online-Check der KBV gibt nicht nur auf diese Frage eine Antwort. Er zeigt auch praxisnah, wie sich Mängel beheben lassen. Insgesamt 19 Fragen, die Themen wie den Hygieneplan, Händedesinfektion, Hautschutz, aber auch meldepflichtige Krankheiten oder Infektionsschutz aufgreifen, muss der Nutzer beantworten. Aus jeweils vier Antwortmöglichkeiten kann gewählt werden. Dabei erhält man sofort ein Feedback. Das hilft, Schwachstellen im eigenen Hygienemanagement aufzuzeigen und gibt sofort Verbesserungsvorschläge.

Spannend ist aber vor allem auch der Vergleich mit den anderen Teilnehmern und Teilnehmerinnen des Online-Checks, die anonymisiert zur Verfügung stehen. Die Mehrzahl der teilnehmenden Praxen verfügt etwa über einen schriftlichen Hygieneplan. Bei rund einem Viertel besteht allerdings bereits hier Verbesserungsbedarf.

Link: www.kbv.de/html/6484.php

Grundregeln der Praxishygiene:

- Desinfektionsmittel gut einwirken lassen
- Praxiswäsche immer bei mindestens 60° C waschen

- Dienstkleidung und Privatkleidung getrennt aufbewahren
- Kein Schmuck
- Keine Stückseife
- Keine Gemeinschaftshandtücher

Quelle: <http://www.zifferdrei.de/archiv/ausgabe-10/alles-sauber/>

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@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.





Hippokratischer Eid

Der hippokratische Eid ist ein hochangesehenes Symbol für das ärztliche Berufsverständnis. Die moderne Version davon existiert seit 70 Jahren. Nun wurde sie modernisiert. Unser Autor wirft einen kritischen Blick auf den Relaunch.



Dr. Christoph Kupferschmid

So ein Amtseid hat etwas Staatstragendes: „Nutzen mehren, Schaden abwenden“. Er hat auch etwas von Omnipotenz: „Ich kann das“. Wer kennt eigentlich einen Politiker, der wegen Meineid angeklagt wurde? Dem ame-

rikanischen Wirtschaftsminister wird diese Peinlichkeit ebenso erspart bleiben, wie allen korrupten und nepotistischen politischen Verantwortlichen dieser Welt, die derartige Eide feierlich ablegen unter dem festen Vorsatz, sie sofort zu brechen. Diese Eide sind viel zu unbestimmt, um konkrete Ansatzpunkte für Sanktionen zu bieten – aber sie klingen gut und heben die Betroffenen in Verantwortung und Bedeutung hervor.

Auch der Gummi unseres hippokratischen Eides ist seit der Antike nicht spröder geworden. Oder kennt jemand Ärzte oder Ärztinnen, denen ernsthaft der Bruch von Eid oder Gelöbnis zum Vorwurf gemacht worden wäre? Wer hat wegen eines Eidbruchs jemals seine Approbation verloren? Man verliert meist nicht einmal sein Gesicht. Wie viele Dinge sind doch in der Lage, das subjektive „beste Vermögen“ und das persönliche

„Urteil“ zu trüben, die nach der alten Fassung der erste Maßstab für ärztliches Handeln sind? Viel zu verlockend sind auch für manche die Möglichkeiten, ihren meist schon hohen persönlichen Lebensstandard und Wohlstand durch Aktionen zu vergrößern, die weder im Einklang mit den Gesetzen noch mit der geschworenen ärztlichen Ethik stehen.

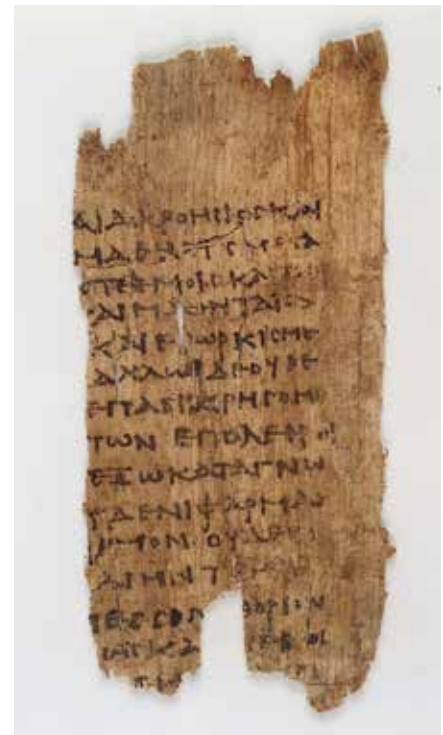
Vielleicht war es konsequent, dass der Weltärztebund 1948 die Messlatte niedriger gelegt und an Stelle des Eides ein Gelöbnis gestellt hat. Dieses kann als Leitlinie ethisch korrekten medizinischen Handelns dienen. Handlungen, die das Arzt-Patient-Verhältnis betreffen sowie das Verhältnis der Ärztinnen und Ärzte untereinander. Diese „Genfer Erklärung“ wurde seither mehrfach überarbeitet, zuletzt von der 68. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 2017 in Chicago.

Der aktuelle Text, von dem es noch keine gemeinsam verabschiedete Übersetzung der deutschsprachigen Gesellschaften gibt, enthält interessante Veränderungen gegenüber der Fassung von 2006. Neu ist die Aufnahme des Versprechens, die Autonomie und die Würde der Patientinnen und Patienten zu achten. Dieser ethische Grundpfeiler findet erstaunlich spät Aufnahme in das Regelwerk. In pädiatrischen Empfehlungen ist es schon seit mehreren Jahren üblich zu fordern, dass die Autonomie von Kindern und Jugendlichen beachtet wird, und diese beispielsweise in Entscheidungen einbezogen werden.

Neu ist auch die Verpflichtung im Gelöbnis, das medizinische Wissen zum

Nutzen von einzelnen Patientinnen und Patienten, aber auch zur Verbesserung des gesamten Gesundheitswesens zu teilen. Auch diese Forderung ist überfällig und zeitgemäß in einer modernen Gesellschaft, die ganz wesentlich auf Kommunikation und Information basiert.

In den bisherigen Texten wurde gefordert, dass Studenten ihren Lehrern Achtung und Dankbarkeit entgegenbringen sollen. Nach der neuen Fassung wird auch den Studierenden dieselbe Wertschätzung zuteil. Neu ist die Selbstverpflichtung von Ärztinnen und Ärzten, auf ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu achten. Dies wird als Grundvoraussetzung für eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau angesehen. Ärztinnen



Hippokratischer Eid auf einem Papyrus Textfragment, 3. Jhd. (Wikipedia)

und Ärzte sollen einerseits Gesundheitsvorbild sein, andererseits ist dieser Passus mit Blick auf den Arbeitsdruck, dem viele Kolleginnen und Kollegen ausgesetzt sind, dringend erforderlich.

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern wird in der Bundesrepublik kaum Wert darauf gelegt, dass die Studierenden der Medizin nach ihrem Examen das Genfer Gelöbnis feierlich ablegen. Es ist jedoch der Musterberufsordnung vorangestellt und damit immer noch ethische Basis ärztlichen Handelns.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christoph Kupferschmid

89075 Ulm

E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.: ReH

Genfer Gelöbnis Fassung 2017

Als Mitglied des medizinischen Berufsstandes:

- Gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.
- Die Gesundheit und das Wohlbefinden meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.
- Ich werde die Autonomie und Würde meiner Patienten respektieren.
- Ich werde größtmögliche Achtung vor dem menschlichen Leben haben.
- Ich werde es nicht zulassen, dass Alter, Art der Erkrankung oder Behinderung, Glauben, ethnische oder kulturelle Identität, Nationalität, Parteizugehörigkeit, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder irgendwelche anderen Faktoren mein pflichtgemäßes Handeln gegenüber meinen Patienten beeinflussen.
- Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.
- Ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig und in Einklang mit ‚good clinical practice‘ ausüben.
- Ich werde die Ehre und die edle Tradition unseres Berufes pflegen.
- Ich werde meinen Lehrern, Kollegen und Schülern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.
- Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patienten und der Gesundheitsversorgung teilen.
- Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlbefinden und meine Leistungsfähigkeit achten, damit ich eine Versorgung auf höchstem Niveau leisten kann.
- Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinische Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.
- Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Buchtipps

Ulrich Fegeler (Hrsg.),
Elke Jäger-Roman (Hrsg.),
Klaus Rodens (Hrsg.)
**Praxishandbuch
der pädiatrischen
Grundversorgung**
Elsevier Verlag, 2017, 590 Seiten,
€ 79,99, ISBN 978-3-437-21281-9



Geht man auf der Internetseite eines großen Buchhändlers auf den Link „Medizin“ und dann auf „Pädiatrie“ erhält man folgende Ergebnisse:

„Pädiatrie: allgemein“: lieferbar 143, davon 14 Neuerscheinungen

„Pädiatrie: Diagnose / Therapie: lieferbar 22, davon 3 Neuerscheinungen

Als sei das noch nicht genug: jetzt auch noch das „Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung“ von Fegeler, Jäger-Roman und Rodens als Herausgeber!

Eigentlich haben doch die meisten von uns, oft noch aus der Studien- und Klinikzeit, genügend Fachliteratur zu allen möglichen Gebieten der Pädiatrie und angrenzender Fächer wie zum Beispiel HNO oder Orthopädie. Wozu also noch ein Lehrbuch?

So dachte ich zunächst auch. Nach mehr als 25 Jahren als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt ist der Gedanke „Was soll es da schon Neues geben?“ vielleicht sogar ein wenig verstehbar und entschuldigbar.

Neugierig war ich dann aber doch, auch aus einer gewissen Verbundenheit zu manchen der Herausgebern und Autoren, und so habe ich mir das Buch gekauft.

Um es vorweg zu nehmen: ich war mehr als angenehm überrascht, eigentlich fast begeistert von dem Werk.

Das fängt bei der Gliederung der einzelnen Kapitel an, die im Gegensatz zu den meisten Lehrbüchern nicht nach Organen oder Organsystemen gegliedert sind und dann ausführlich normale Pathologie und Pathophysiologie behandeln, und endet

noch lange nicht beim ansprechenden Layout des Buches.

Allein das Kapitel 6: „Akute Vorstellungsanlässe“ ist ein Muss für jede und jeden und ganz besonders für diejenigen, die frisch aus der Klinik in die Praxis gewechselt sind oder eine Weiterbildung in einer Praxis absolvieren, denn hier werden die Anlässe einer Vorstellung wie Husten, Bauchweh, Kopfweh praxisrelevant vorgestellt, verbunden mit Fallbeispielen, prägnanten, farblich abgesetzten „Merks Hinweisen“, „Zusammenfassungen/Red Flags/Basisdiagnostik“ und „Warnhinweisen“.

Das gilt auch für die anderen Kapitel wie „Der Säugling“, „Jugendmedizin“ oder „Prävention“, um nur drei weitere zu nennen. Allen gemein die klare Gliederung, der klare Praxisbezug einschließlich der immer wieder eingestreuten wichtigen Hinweise zur Gesprächsführung. Das Buch bildet das ganze Spektrum der derzeitigen ambulanten Pädiatrie ab – der Kauf lohnt sich.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Mühlshlegel
74348 Lauffen

E-Mail: michaelandreas@t-online.de

Red.: ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 12.700
lt. IVW IV 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – Anzeigen: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – Redaktionsassistent: Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-130, E-Mail: daubgaskowkja@beleke.de – Layout: Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: menschulz@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. 51 vom 1. Oktober 2017

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

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

Alltagsfrust von A bis Z (oder Attest bis Zäpfchen)

Beharrlich bleibt sie und sagt stur:
„Da gibt es für mich keinen Zweifel,
Nadine braucht dringend eine Kur,
lieber Nordsee noch als Eifel“.

Ich schau hinein in ihre Daten,
gehustet hat sie dreimal nur,
Nein, gute Frau sie müssen warten
zu wenig noch für eine Kur.“

„Die Kinder meiner Nachbarin“,
wird vehement sich jetzt beschwert,
„Fahr'n jährlich bis zur Ostsee hin,
mit AOK, bin ich's **nicht** wert?

Sie rauscht hinaus,
es bleibt ihr Duft,
die Luft ist raus,
ich bin ein Schuft.

Ein Tag der solchermaßen startet,
S'ist klar, dass dieser ganz entartet....

Ich betret' das nächste Zimmer,
angekratzt ist noch mein Ich,
und es wird noch sehr viel schlimmer,
Denn Schulproblem erwartet mich.

Zweite Klasse, unserm Paul
Fällt das Schreiben ja so schwer.
Fleißig ist er, gar nicht faul,
Und Rechnen will er auch nicht mehr.

Nicht die Schule kann das richten,
nicht das Elternhaus allein,
sind alles Kinderarztes Pflichten,
es muss 'ne Diagnose rein.

„Ich brauche schnell nur paar Zeilen,
fürs Jugendamt, geht bloß ums Geld,
ich warte, wenn sie sich beeilen,
Mein Essen hab ich warm gestellt.“

Droht „seelische Behinderung“,
dann braucht die Mutter nicht zu zahlen.
Was Ihr bedeutet Linderung,
bereitet mir nur neue Qualen.

Sie rauscht hinaus,
denn Zweifel hatt' ich.
die Luft ist raus,
und leicht ermatt' ich.

Ich schau mich in der Praxis um
und suche ein Antacidum.

Es naht Frau W., die Nervensäge:
„Herr Doktor, ist es wirklich wahr,
Sie wollen für drei Kuranträge
von mir noch 20 Euro in bar?“

„Mein Hausarzt hat's umsonst gemacht,
Versicherungskarte wollt er sehn,
das hätte ich mir nicht gedacht,
dass Sie so nach dem Gelde geh'n.

Sie rauscht hinaus,
mir wird ganz schlecht.
Wie halt ich's aus?
Bin ich im Recht?

Ich spür erneut ein Magenziehn,
lag da nicht noch Ranitidin?

Doch jeder Tag hat mal ein Ende.
Mitternacht, der Traum ist süß....
das Telefon bringt nun die Wende,
es holt mich aus dem Paradies.

„Fünf Tage hat mein Kind schon Fieber,
Nein, Zäpfchen nimmt es nicht so gern.
Herr Doktor, ach, es wär mir lieber
Sie schau'n mal nach dem Augensterne.“

Ich rausch hinaus,
Was soll ich tun?
Die Nacht ist aus,
Nichts mehr mit Ruh'n.

„Ist nicht schwer krank, jetzt Gute
Nacht“
„Herr Doktor, hab's mir schon ge-
dacht“.

Was woll'n uns diese Zeilen sagen?
So mancher Tag macht schon 'nen Kater,
doch würde man erneut mich fragen,
ich würde wieder gern Pädiater.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Hans-P. Loch 38302 Wolfenbüttel, E-Mail: hploch@t-online.de

Red.: WH



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit **ifak**

Machen Sie mit!

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

3. März 2018

„Immer etwas Neues“ in Frankfurt

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

10. März 2018

27. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern

Leitung: Dr. A. Michel Greifswald/St. Büchner, Güstrow

Auskunft: ①

10. März 2018

„Immer etwas Neues“ in Berlin

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

17. März 2018

16. Pädiatrie á la carte des LV Westfalen-Lippe

Leitung: Dr. Burkhard Lawrenz, Dr. Marcus Heidemann

Auskunft: ④

13.-15. April 2018

24. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Auskunft: ⑤

5. Mai 2018

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

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms

Auskunft: ①

1.-2. Juni 2018

28. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen

Leitung: N.N.

Auskunft: ①

22.-24. Juni 2018

48. Kinder- und Jugendärztetag Jahrestagung des BVKJ e.V. in Berlin

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

Auskunft: ⑤

und

13. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen

Auskunft: ⑤

13.-14. Juli 2018

Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg des BVKJ LV Baden-Württemberg

Leitung: Dr. Christof Wettach/Dr. Andreas Bruch/Dr. Markus Wössner

Auskunft: ③

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

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

Auskunft: ②

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald

Auskunft: ①

11.-14. Oktober 2018

46. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ in Bad Orb

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

Auskunft: ⑤

3. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

Auskunft: ①

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/

Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn

Auskunft: ③

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/Dr. Martin Lang, Augsburg

Auskunft: ③

30. November-1. Dezember 2018

8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

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

Auskunft: ①

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im März 2018

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Helke Weber**, Unterhaching, am 04.03.1953
 Frau Dr. med. **Eser Sauerborn**, Heidelberg, am 04.03.1953
 Herr Dr. med. **Stefan Heiland**, Friedrichshafen, am 05.03.1953
 Frau Medica Univ. Nac. de **Rosario Alcira Elina Villalobo de Leuschner**, Böblingen, am 06.03.1953
 Frau Dipl.-Med. **Barbara Wermke**, Rechenberg-Bienenmühle, am 08.03.1953
 Herr Dr. med. **Norbert Preden**, Magdeburg, am 10.03.1953
 Frau Dr. med. **Ursula Reinartz**, Freiburg, am 10.03.1953
 Frau Dipl.-Med. **Barbara Kirsten**, Chemnitz, am 13.03.1953
 Frau Dr. med. **Edeltraud Gerber**, Kolbermoor, am 14.03.1953
 Frau **Monika Reinhardt**, Stuhr, am 16.03.1953
 Herr Dr. med. **Caspar Gleiss**, Hamburg, am 16.03.1953
 Frau Dr. med. **Jutta Geisthardt**, Spreehagen, am 16.03.1953
 Herr Dr. med. **Wolfgang Pohl**, Bayreuth, am 17.03.1953
 Frau Dr. med. **Brigitte Rudolph**, Itzehoe, am 20.03.1953
 Frau Dr. med. **Katharina Uhlemann**, Bremen, am 20.03.1953
 Herr Dr. med. **Thomas Seidel**, Hückelhoven, am 23.03.1953
 Herr Dr. med. **Dietmar Hammes**, Andernach, am 23.03.1953
 Herr Dr. med. **Johann G. Blanke**, Meppen, am 28.03.1953
 Frau Dr. med. **Ines Lichtenberg**, Dortmund, am 28.03.1953
 Frau Dr. med. **Elke Rupprecht**, Worbis, am 29.03.1953

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Annette Voges-Kinateder**, Bayreuth, am 05.03.1948
 Frau Dipl.-Med. **Brigitte Decker**, Berlin, am 08.03.1948
 Herr Dr. med. **Klaus Skrodzki**, Forchheim, am 12.03.1948
 Herr Prof. Dr. med. **Theodor Zimmermann**, Erlangen, am 13.03.1948
 Herr Dr. med. **Hermann Kivelitz**, Ettlingen, am 13.03.1948
 Herr **Manfred Gölzhäuser**, Cölbe, am 22.03.1948
 Frau Dipl.-Med. **Ursula Geißler**, Bad Gottlauba, am 22.03.1948
 Frau Dr. med. **Ulrike Baur**, Meckenheim, am 22.03.1948
 Herr Dr. med. **Wolfgang Pritsch**, Bad Kötzting, am 26.03.1948
 Herr Dr. med. **Bernhard Dahm**, Arnsberg, am 28.03.1948

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Alrun Mende-Sturmberg**, Sulzbach-Rosenberg, am 01.03.1943
 Herr Dr. med. **Hubert Steinberg**, Sprockhövel, am 03.03.1943
 Herr Prof. Dr. med. **Martin Burdelski**, Osterode, am 07.03.1943
 Frau Dr. med. **Margarete Wendler**, Dachau, am 07.03.1943
 Frau Dr. med. **Angelika Lüdert**, Helmstadt-Bargen, am 11.03.1943
 Frau Dr. med. **Marion Kreuzer**, Eislingen, am 12.03.1943
 Herr Dr. med. **MR Günter Brosch**, Niestetal, am 15.03.1943
 Herr Dr. med. **Falk Franke**, Gronau, am 16.03.1943
 Herr Leit.Med.Dir.Dr. med. **Klaus-Michael Meyer**, Belm, am 17.03.1943
 Herr Dr. med. **Dirk Schulz**, Magdeburg, am 20.03.1943
 Herr Dr. med. **Hans Ludwig Eschenbacher**, Lauf, am 20.03.1943
 Herr Dr. med. **Frank Erhard Steiner**, Herne, am 20.03.1943
 Herr Dr. med. **Christian Löw**, Memmingen, am 20.03.1943
 Herr **Wolfram Bartels**, Holzminden, am 26.03.1943
 Frau Dr. med. **Gerda Riemer-Krüger**, Wedemark, am 30.03.1943
 Frau Dr. med. **Rosemarie Hentzschel**, Dresden, am 31.03.1943

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Erich Thesen**, Trier, am 01.03.1936
 Herr Dr. med. **Wolfgang Sabel**, Gummersbach, am 01.03.1938
 Herr PD Dr. med.habil. **Wolfgang Kotte**, Radeburg, am 03.03.1936
 Herr Dr. med. **Diya Hadid**, Pentling, am 03.03.1938
 Frau Dr. med. **Gertrud Merz**, Engelskirchen, am 03.03.1926
 Frau Dr. med. **Barbara Reinboth**, Berlin, am 04.03.1938
 Herr Dr. med. **Jürgen Bergan**, Bautzen, am 05.03.1938
 Herr Dr. med. **Malte Hey**, Nördlingen, am 05.03.1930
 Herr Dr. med. **Werner Hiedl**, Freising, am 05.03.1938
 Frau Dr. med. **Rosemarie Klingele**, Dittelbrunn, am 06.03.1937
 Herr Prof. Dr. med. **Klemens Stehr**, Spardorf, am 07.03.1930
 Frau Dr. med. **Paula Maria Hölscher**, Ludwigshafen, am 07.03.1920
 Herr Dr. med. **Paul Ritscher**, Uetersen, am 07.03.1936
 Herr Dr. med. **Olaf Ganssen**, Velbert, am 08.03.1935
 Herr Dr. med. **Helmut Gramer**, Bergheim, am 09.03.1936
 Herr Dr. med. **Horst Penner**, Staufen, am 09.03.1936
 Frau Dr. med. **Gertrud Nordwall**, Köln, am 09.03.1924
 Herr Dr. med. **B. Twan Ting**, Baesweiler, am 10.03.1937
 Herr Prof. Dr. med. **Dietrich Feist**, Ladenburg, am 12.03.1935
 Frau Dr. med. **Hella Specht**, Hamburg, am 12.03.1938
 Herr Dr. med. habil. **Medizinalrat Werner Friedrich**, Gera, am 12.03.1937
 Frau SR Dr. med. **Renate Appenfelder**, Dresden, am 13.03.1937
 Herr Dr. med. **Michael May**, Bamberg, am 13.03.1937
 Herr Dr. med. **Jamal Faridi**, Köln, am 14.03.1931
 Frau Dr. med. Med. Dir. A. D. **Vera Gräfin Finck von Finckenstein**, am 15.03.1926
 Frau Dr. med. **Irmgard Krause**, Löwenstein, am 15.03.1930
 Frau Dr. med. **Beate Schlichting**, Buchloe, am 15.03.1938
 Herr Dr. med. **Anatol Kurme**, Hamburg, am 18.03.1936
 Herr Dr. med. **Peter Altherr**, Landau, am 19.03.1938
 Frau Dr. med. **Edelgard Posern**, München, am 19.03.1934
 Frau Dr. med. **Elisabeth Gercke-Huntemann**, Essen, am 20.03.1929
 Frau Dr. med. **Helga Jaffe**, Krefeld, am 20.03.1934
 Frau Dr. med. **Eugenie Schmitz-Hauss**, Willich, am 22.03.1938
 Herr Prof. Dr. med. **Volker v. Loewenich**, Frankfurt, am 23.03.1937
 Frau Dr. med. **Margret Herten**, Köln, am 24.03.1922
 Frau Dr. med. **Renate Franzen**, Neuss, am 24.03.1935
 Frau Dr. med. **Hella Nagel**, Ulm, am 24.03.1938
 Herr Dr. med. **Gerhard Kleine-Westhoff**, Paderborn, am 25.03.1937
 Frau Dr. med. **Lisette Strnad**, Griesheim, am 26.03.1932
 Herr Dr. med. **Friedrich Kayser**, Oldenburg, am 27.03.1925
 Herr Dr. med. **Karl Bauer**, Böblingen, am 27.03.1935
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schlieter**, Sonthofen, am 29.03.1934
 Frau Dr. med. **Jutta Ehrengut**, Hamburg, am 29.03.1932
 Herr Dr. med. **Hans-Christof Schoenebeck**, Berlin, am 30.03.1936
 Frau Dr. med. **Irmtraut Käfer**, Delingsdorf, am 31.03.1936

Wir trauern um:

Frau Dr. **Helga Brützel-Schröder**, Lübeck
 Herrn Dr. **Thomas Uhlig**, Lindlar
 Herrn Dr. **Oskar Felkel**, München
 Herrn Dr. **Wilfried Konrad Huck**, Soest
 Herrn Dr. **Erhard Schmid**, Filderstadt

In den Monaten November und Dezember durften wir 80 neue Mitglieder begrüßen. Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Baden-Württemberg

Frau **Carmen Dompert**
 Frau Dr. med. **Eva Fritzsching**
 Herrn Dr. med. **Gunnar Froese**
 Frau Dr. med. **Verena Frongia**
 Frau **Sarah Winter**
 Frau Dr. med. univ. MSc.
Kathrin Zangerl



Bayern

Frau Dr. med.
Stefanie Augenschein
 Frau Dr. med.
Jennifer Bichler
 Frau Dr. med. univ.
Stefanie Blum
 Herrn **Marlon Kain**
 Frau Dr. med. **Ursula Keicher**
 Herrn Dr. Dr. med. **Klaus Rehe**
 Frau Dr. med. **Christine Rehe**



Berlin

Frau Dr. med. **Stephanie Thein**
 Herrn Dr. **Oliver Thomas**
 Frau Dr. med. **Ute Voß**
 Frau **Imke Friederike Witt**



Brandenburg

Frau **Sina Neubert**



Bremen

Frau **Karla Maria Hernández Sandoval**



Hamburg

Frau Dr. med. **Judith Hoge**



Hessen

Frau Dr. med. **Kathrin Klint**
 Frau Dr. med. **Carmen Leiser**
 Frau **Helga Neitsch**



Mecklenburg-Vorpommern

Frau **Peggy Hanff**



Niedersachsen

Herrn Dr. med. **Christian Lerch**
 Frau Dr. VAK Rus
Liudmila Vysotskaya



Nordrhein

Herrn **Abdul Rahman Allouch**
 Frau **Daniela Augst**
 Frau **Jasmin Mennenga**
 Frau **Johanna Schmidt**
 Frau **Lea Schmitz-Steinkrüger**

Frau Dr. med.
Antje Wasmuth-Pietzuch



Sachsen

Frau **Julia Gestrich**
 Herrn **Christoph Stark**



Schleswig-Holstein

Frau Dr. med.
Sigrid Bitzhenner
 Frau Dr. med.
Anne Oberdoerster
 Frau Dr. med.
Caroline von Wantoch



Thüringen

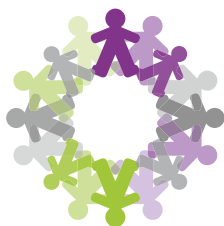
Herrn Dr. med.
Christoph Landefeld



Westfalen-Lippe

Herrn **Christoph Dedden**
 Frau Dr. med.
Juliane Greeske
 Frau Dr. med.
Sonja Kiffmeier
 Frau **Kristin Neuber**
 Herrn Dr. med.
Jan Scheidler
 Frau **Wiebke Maren Voitzsch**

Partner der Kinder- und Jugendärzte



GEMEINSAM
ADHS
 BEGEGNEN
 MEDICE – DIE ERSTE WAHL



Sterile Strips von Piratoplast

Seit Februar sind neue, kindgerechte, sterile Wundnahtstreifen von Piratoplast als Sprechstundenbedarf (SSB) verfügbar. Das hinter der Marke Piratoplast stehende Unternehmen Dr. Ausbüttel & Co. GmbH bietet damit inzwischen zwei Produkte für Kinderarztpraxen an, die von 100 Jahren Erfahrung in der Wundversorgung bei Erwachsenen profitieren.

Die besonders weichen Strips liegen angenehm auf der Haut. Der hypoallergene Kleber ermöglicht guten Halt und, ebenso wie die abgerundeten Ecken der Strips, sanftes Ablösen. Die praktische Größe von 3x75 mm kann weiter zugeschnitten werden. Jede Packung enthält 10 Sachets à 5 Strips. So können Platzwunden, zum Beispiel am Kopf, optimal versorgt werden.

Bereits seit November bietet Piratoplast kunterbunte Injektionspflaster für Impfungen und Injektionen an. Vier bunte Motive sorgen bei Kindern für Ablenkung, so dass der Einstich schnell vergessen ist. Ein kinderdermatologischer Test bestätigte hohen Tragekomfort durch atmungsaktives Oberflächenmaterial und im Bereich der Okklusionspflaster bewährten, hypoallergenen Kleber.

Beide Piratoplast-Produkte sind als SSB verordnungsfähig und können direkt beim Hersteller oder in der ortsansässigen Apotheke bezogen werden. Piratoplast kündigte an, in den kommenden Monaten weitere Produkte für Kinderarztpraxen auf den Markt zu bringen.

Wie auch viele andere Produkte, werden die Injektionspflaster in regional ansässigen Behindertenwerkstätten verpackt. Dr. Ausbüttel ist es wichtig Menschen mit Behinderungen einen geregelten Tagesablauf und sinnvolle Arbeit zu ermöglichen. Das Unternehmen selber hat dadurch Zugriff auf flexible Kapazitäten vor Ort.

Generell ist die Übernahme sozialer Verantwortung ein wichtiger Bestandteil der Firmenphilosophie. So unterstützt der Hersteller von Wundversorgungsprodukten unter anderem auch die German Doctors e.V. und ein 2010 gegründeter Kinderbeirat entscheidet über Spendengelder für benachteiligte Kinder im In- und Ausland. Die Mitarbeiter selber engagieren sich an drei Tagen im Jahr bei einer sozialen Einrichtung für benachteiligte Kinder im Stadtteil.



Für weitere Informationen zu Piratoplast Strip steril, Injektionspflastern sowie SSB-Bestellungen besuchen Sie www.piratoplast.de oder wählen Tel.-Nr. 02302/9 56 66 -10 unter Angabe der PZN 12537403 und 12537395.

Das Bestellfax finden Sie unter www.piratoplast.de/Bestellfax

**Nach Informationen von
Dr. Ausbüttel & Co. GmbH,
Witten-Annen**

Mikrobiom-Studie eröffnet neue Wege für die Therapie von Kuhmilchallergie

Das Mikrobiom beeinflusst bekanntermaßen das Immunsystem. Eine aktuell publizierte Studie¹ an Kindern mit Kuhmilchallergie zeigt nun, dass sich deren Darmflora durch die Zugabe von Prä- und Probiotika stabilisieren lässt. Demnach ähnelte die mikrobielle Zusammensetzung nach Studienende der Darmflora von gestillten Kindern. Dieser Befund könnte neue Therapieansätze ermöglichen.



An der randomisierten und doppelblinden Studie nahmen 71 Kinder teil, die allergisch auf die in der Kuhmilch enthaltenen Proteine reagieren. Über acht Wochen hinweg erhielten sie eine Spezialnahrung auf Aminosäurenbasis (AAF), welche mit *Bifidobacterium breve M-16V* sowie kurz- und langkettigen Fruktooligosacchariden angereichert war. Nach diesem Zeitraum zeigte sich, dass sich die Darmflora deutlich in eine Richtung entwickelt hatte, die der Zusammensetzung von gestillten Kindern ähnelte. Die Studie baut auf den Ergebnissen jahrelanger Forschung auf, die gezeigt hatte, dass Bakterien eine wichtige Rolle bei der Ausbildung des Immunsystems spielen. „Wir wissen, dass Kinder mit Nahrungsmittelallergien

wie gegen Kuhmilch oftmals unter einer Dysbiose leiden – also einem mikrobiellen Ungleichgewicht“, erklärt Lucian Harthoorn, PhD. Als Research Programm Leader am Nutricia Forschungszentrum im niederländischen Utrecht war er federführend an der Studie beteiligt. „Der Einsatz von Prä- und Probiotika ist heute einer der attraktivsten und vielversprechenden Ansätze des ‘aktiven Managements’ der Kuhmilchallergie bei Kindern. Wenn sich die mikrobielle Zusammensetzung durch den Einsatz von Prä- und Probiotika positiv beeinflussen lässt, lässt sich vielleicht auch das Allergiegesehen beeinflussen. Inwiefern das jedoch möglich ist und was das für die Therapie der Kuhmilchallergie heißt, müssen weitere Untersuchungen zeigen.“

Aminosäuren für eine sichere Diagnose und Therapie

Schätzungen zufolge sind jedes Jahr 2–3 Prozent der Neugeborenen von einer Kuhmilchallergie betroffen.² Erschwert wird die Diagnose durch eine vielfältige und unspezifische Symptomatik, welche von dermatologischen über respiratorische bis hin zu gastrointestinalen Beschwerden reicht. Für eine sichere Diagnose und Therapie einer Kuhmilchallergie empfehlen Leitlinien eine Eliminationsdiät mit einer non-allergenem Spezialnahrung², z. B. einer Aminosäureformula (AAF). Seit über 30 Jahren hat sich dabei die AAF-Nahrung Neocate® bewährt. Diese enthält keinerlei Kuhmilchproteine, sondern ersetzt diese durch individuell hergestellte Aminosäuren. Dadurch weist die Nahrung keine Restallergenität auf und ermöglicht betroffenen Kindern ein beschwerdefreies Leben.

Weitere Pressemeldungen der Nutricia GmbH finden Sie auch im Internet unter www.nutricia.de/presse/

Quellen

- 1 David C A Candy, Marleen T J Van Ampting, Manon M Oude Nijhuis, Harm Wopereis, Assad B Butt, Diego G peroni, Yvan Vanderplas, Adam T Fox, Neil Shah, Christina E West, Johann Garssen, Lucien F Harthoorn, Jan Knol, Louise J Michaelis, on behalf of the ASSIGN study group. A synbiotic-containing amino acid-based formula improves gut microbiota in non-IgE-mediated allergic infants. *Paediatric Research* accepted article preview 20 November 2017; doi: 10.1038/pr.2017.270
- 2 Koletzko S et al. Vorgehen bei Säuglingen mit Verdacht auf Kuhmilchallergie. *Konsensuspapier. Allergo J* 2010; 19; 529-534

Nach Informationen von Nutricia GmbH, Erlangen

ADHS – wenn Kinder älter werden

Effektives Therapiemanagement beim Übergang ins Erwachsenenalter // ADHS ist eine facettenreiche Erkrankung, die nicht nur auf das Kindesalter begrenzt ist. In der Transition in das Erwachsenenalter verändern sich die Anforderungen an die Jugendlichen und damit auch die Therapieziele. Wie es auch in dieser schwierigen Phase gelingen kann, mit Lisdexamfetamin (Elvanse®), eingebettet in ein multimodales Behandlungskonzept, die ADHS-Symptomatik im Griff zu halten und die Beeinträchtigungen in Schule, Ausbildung, Familie und Freizeit zu reduzieren, diskutierten namhafte Experten auf einem Symposium von Shire im Rahmen des BKJPP-Kongresses 2017 in Kassel.*

Im Übergang ins Erwachsenenalter wird das Leben nach der Schule wichtiger und die Herausforderungen im Alltag der Jugendlichen steigen, betonte Prof. Dr. Peter Greven, Berlin. Gleichzeitig nehmen die unterstützenden Ressourcen ab, was zugleich die Umsetzung einer multimodalen Behandlung erschwert.¹

„Selbstwahrnehmung und Selbstbeobachtung, aber auch die Rückmeldung durch die Peers spielen in diesem Alter eine zunehmende Rolle, während die Eltern als zuvor wichtige Bezugsgrößen in ihrer Bedeutung abnehmen. Entwicklungen, die wir bei der Therapiewahl mitberücksichtigen müssen“, mahnte der Experte. Die häufig von den betroffenen Jugendlichen erlebte Beeinträchtigung von Stimmung oder der Persönlichkeit, Stigmatisierung, steigendes Risikoverhalten, Substanzmissbrauch und Konflikte mit den Eltern sind zudem häufige Gründe für eine schlechte Therapie-Adhärenz. Vorteilhaft sei eine Therapieoption mit längerer Wirkdauer wie das Prodrug-Stimulans Lisdexamfetamin (Elvanse®), die den gesamten Tag vom Morgen bis zum Abend abdeckt, betonte Greven

Anhaltende Wirkung über den ganzen Tag – ein Fallbeispiel

In vielen Fällen kann eine Umstellung der Medikation die gewünschte Besserung herbeiführen, wie Greven an dem Fallbeispiel eines heute 18-jährigen Patienten mit ADHS verdeutlichte:

Der Junge hatte seit dem Grundschulalter Methylphenidat (MPH) erhalten. Mit 16 Jahren nahm er seine Medikation nur noch sporadisch ein, da er sich in seiner Stimmung beeinträchtigt fühlte. Heftige Rebound-Phänomene prägten das klinische Bild am Nachmittag, Leistungs-

probleme und massive soziale Konflikte führten zu einem Schulwechsel. Schließlich brach er die MPH-Therapie komplett ab, wodurch sich die schulische, soziale und familiäre Situation nochmals zuspitzte. Erst die Umstellung auf Elvanse® brachte den Durchbruch für den 16-jährigen. Das klinische Bild und die schulische Leistung des Jungen verbesserten sich deutlich. Die familiäre Situation entspannte sich ebenfalls. Der mittlerweile 18-Jährige fühlt sich „sozial kompetenter“ und hat sich entschieden, die Therapie weiter fortzuführen. „Lisdexamfetamin kann bei Bedarf und unter Beachtung der Vorgaben in der Fachinformation auch im Erwachsenenalter weiter verordnet werden“, erklärte Prof. Dr. Greven.

Die Rationale für die Umstellung bestand laut Greven in den besonderen Eigenschaften der Substanz: Lisdexamfetamin ist ein Prodrug-Stimulans. Nach morgendlicher Einnahme, als Kapsel oder gelöst, wird der aktive Wirkstoff, Dexamfetamin, in den Erythrozyten enzymatisch freigesetzt. Das sanfte An- und Abfluten² und die anhaltende Wirkung von 13 Stunden³ sind Vorteile, von denen insbesondere Patienten profitieren können, deren ADHS-Symptome nachmittags verstärkt zurückkehren oder bei denen unter MPH Restsymptome im Tagesverlauf auftreten. „Die Wirkung setzt bei dem Jungen sanft ein, er verspürt keinen Ein- und Ausschalteffekt“, hob Greven hervor. Zudem ermöglichten die sechs Dosierungsstärken eine individuelle Einstellung durch feine Titrationsschritte. Mit einer Effektstärke von 1,8 ist Lisdexamfetamin hochwirksam auf die Kernsymptome des ADHS.^{3,4} „Und es wirkt auch langfristig“, ergänzte Professor Dr. Benno Schimmelmann, Hamburg. Denn aktuelle Daten einer offenen Langzeitstudie zeigen, dass die Wirksamkeit und

Sicherheit der Substanz über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren konsistent erhalten bleiben.⁵

Indikationsgerechter Einsatz von Lisdexamfetamin in der Transition

Elvanse® ist im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren indiziert, wenn das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit MPH als klinisch unzureichend angesehen wird.³ Nach den Vorgaben der Fachinformation (Abschnitte 4.2 und 4.4)³ ist eine Weiterbehandlung von Elvanse® über das vollendete 18. Lebensjahr unter folgenden Voraussetzungen möglich:

1. Die ADHS-Symptome des Patienten müssen im Erwachsenenalter fortbestehen.
2. Der/die Jugendliche hat eindeutig von der Therapie mit Elvanse® profitiert.
3. Elvanse® konnte nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht erfolgreich abgesetzt werden.

* „Wenn Kinder älter werden: Individuelle Therapieziele für alle Lebensphasen.“ Symposium von Shire im Rahmen der Jahrestagung des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) in Deutschland e. V., 16.-18. November 2017, Kassel

Quellen

1. Turgay A et al. J Clin Psychiatry 2012; 73: 192-201
2. Boellner SW et al. Clin Ther 2010; 32(2): 252-264
3. Fachinformation Elvanse®, Mai 2017
4. Coghill D et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 3: 1208-1218
5. Coghill D et al. CNS Drugs 2017; 31: 625-638

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Neuer Patienten-Ratgeber Neurodermitis

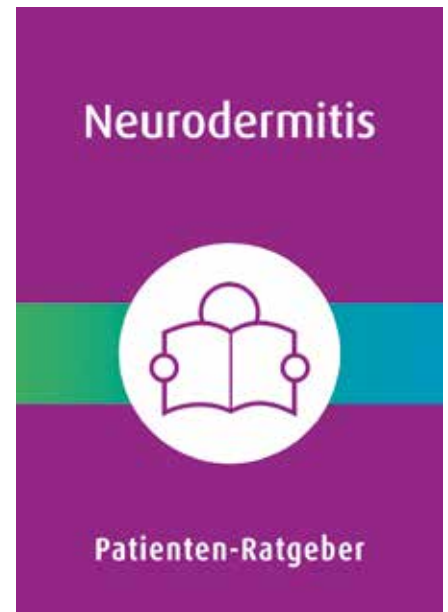
InfectoPharm und Pädia bieten jetzt neu den produktneutralen Patienten-Ratgeber zum Thema Neurodermitis an. Die bewährten Schulungsunterlagen *Facts 4 Parents* sowie *Gewusst wie*, die unter Mitarbeit von namhaften Experten aus zwei Neurodermitis-Ambulanzen erstellt worden sind, wurden in dem neuen Layout zusammengefasst.

Praktische Tipps und Tricks zum Thema Neurodermitis erhalten Patienten im ersten Teil des Ratgebers *Facts 4 Parents*, im zweiten Teil *Gewusst wie* werden wichtige Informationen zum richtigen

Creemen und Baden einfach und kompakt zusammengefasst. Weiterhin ist eine Anleitung für das Anlegen von fett-feuchten Verbänden sowie die Dosierempfehlung nach den Finger-Tip-Einheiten enthalten.

Der Patienten-Ratgeber steht auf www.neuroderm.eu sowie der Homepage von InfectoPharm zum Download bereit oder kann jederzeit kostenfrei angefordert werden.

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH



Säuglingskoliken ganzheitlich lindern



Kampfartige Koliken können die erste sensible Zeit mit dem Baby sehr belasten. Viele Eltern sind ratlos: Das Kind schreit und lässt sich nicht beruhigen. Diese häufigen Entwicklungsbeschwerden betreffen nicht nur den unreifen Darm aller Neugeborenen. Auch der mütterliche Stoffwechsel und ihre Ernährung sowie weitere soziale Umstände in der Familie spielen eine Rolle. Daher ist ein ganzheitlicher Therapieansatz bei Säuglingskoliken am meisten Erfolg versprechend: die Kombination eines Akutpräparats mit einem nachhaltig wirkenden Mittel.

Zur akuten Behandlung von Dreimonats-Koliken eignen sich entblähende Zäpfchen wie die neu eingeführten **Carum Carvi Baby-Kümmelzäpfchen**. Ihr Name impliziert es: **Carum Carvi Baby-Kümmelzäpfchen** verlassen sich ausschließlich auf die Kraft des Kümmels und kommen ohne weitere Zusatz- oder Hilfsstoffe (wie Belladonna und Honig) aus. Aufgrund ihrer Formulierung mit reinen Pflanzenausügen sind sie bereits für Neugeborene zugelassen. **Carum Carvi Baby-Kümmelzäpfchen** werden zu einem konkurrenzlos günstigen Preis angeboten – sind aber selbstverständlich

für Säuglinge und Kleinkinder erstattungsfähig.

Nachhaltiger helfen etablierte Präparate wie **BiGaia Tropfen** mit dem Milchsäurebakterium *Lactobacillus reuteri*. Regelmäßig über einen längeren Zeitraum gegeben, unterstützen BiGaia Tropfen nachweislich* die Entwicklung einer gesunden Darmflora. Ein ausgewogener Anteil an förderlichen Mikroorganismen stärkt den noch unreifen Darm des Säuglings und lindert Verdauungsbeschwerden mit Krämpfen.

In ihrer Kombination sind die Präparate das Traumpaar: Aufgrund ihrer sanften und natürlichen Wirkungsweise ohne bekannte Nebenwirkungen können beide ab Geburt gegeben werden.

Das Familienunternehmen Pädia ist spezialisiert auf Präparate für die Kindergesundheit, die rezeptfrei in der Apotheke erhältlich sind.

Literatur:

*Cabana et al. 2016; http://www.abstracts2view.com/pas/view.php?nu=PAS16L1_2710.4.
Schreck Brid et al. 2016; <http://doi:10.1177/0897190016634516>

Nach Informationen von Pädia GmbH, Heppenheim

Nur 1x PUSTEN ... kann ALLES verändern

*Covaxis® als Fertigspritze zurück am Markt! // Eltern, Familie und Angehörige mit engem Kontakt sind die häufigste Infektionsquelle für Pertussis-Erkrankungen bei Säuglingen.¹ Vermutlich weil Keuchhusten fälschlicherweise bis heute als „Kinderkrankheit“ angesehen wird und zudem mit seiner hohen Ansteckungsgefahr eine schnelle Verbreitung birgt, sind auch viele Erwachsene infiziert, ohne es zu wissen.² Bei genauerem Hinschauen zeigt sich: 92% der Erwachsenen in Deutschland sind gegen das Bakterium *Bordetella pertussis* nicht oder unzureichend geimpft.³*

Impfschutz ist Familiensache

Diese gewaltige Impflücke bzgl. Pertussis erklärt auch die steigenden Infektionsraten der letzten Jahre⁴ und die damit einhergehende Schwierigkeit der Umsetzung einer möglichen Kokonstrategie: Säuglinge, die für eine Grundimmunisierung noch zu jung sind, haben ein besonders hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, Hospitalisierung kann Folge einer Infektion sein.⁵ Somit wird ein Impfschutz für die den Säugling umgebende Umwelt umso wichtiger – sind es doch gerade die ungeimpften oder nicht ausreichend geimpften Eltern, Familie und Angehörige, die zur Verbreitung der Krankheit beitragen. So sollte bei Erwachsenen der Impfstatus regelmäßig vom Allgemeinmediziner überprüft werden und gem. offizieller STIKO-Empfehlung die nächste fällige Td-Auffrischimpfung einmalig als Tdap-Kombinationsimpfung erfolgen.⁶ Beson-

ders Frauen im gebärfähigen Alter sowie Menschen mit einer Tätigkeit im Gesundheitsdienst sollten ihren Impfstatus regelmäßig überprüfen.

Ein Kombinations-Impfstoff ist wieder zurück

Covaxis® von Sanofi Pasteur ist zurück in den Arztpraxen. Bewährt in seiner 16-jährigen Erfahrung als dreifach Kombinationsimpfstoff gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis (azellulär) und neu in seinem Gewand als Fertigspritze steht der Impfstoff seit dem 15. Oktober 2017 wieder zur Auffrischung laut STIKO-Impfkalender⁷ zur Verfügung. „Helfen Sie uns, das Ziel der STIKO zu verfolgen und Impflücken zu schließen“, so Judith Kramer von Sanofi Pasteur zum Launch des altbewährten Produktes – nun in einer Fertigspritze. Zugelassen für Personen ab einem Alter von 4 Jahren bietet Covaxis® ein gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil, weist eine hohe Immunogenität auf und kann intramuskulär (und in Ausnahme subkutan) verabreicht werden.⁸

Die Covaxis® Fertigspritze – flankiert vom Sechsfach-Impfstoff Hexyon® zur Grundimmunisierung von Säuglingen und Kindern sowie vom vierfach Kombinationsimpfstoff Repevax® zur Auffrischung inkl. der Polio-Komponente zur Vervollständigung der Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis – komplettiert somit die sogenannte „Impfstoff-Familie vom Säugling bis zum

Senior“ des Traditionsherstellers Sanofi Pasteur. Seine Kombinationsimpfstoffe greifen auf eine nennenswerte Historie mit 150 Millionen verabreichten Dosen in über 67 Ländern zurück. Covaxis® (wie auch Repevax®) ist dabei ein inaktivierter Impfstoff und darf in Übereinstimmung mit allgemein anerkannten Impfeempfehlungen zeitgleich mit anderen Impfstoffen (wie z. B. dem Grippeimpfstoff Vaxigrip Tetra®) oder Immunglobulinen an unterschiedlichen Injektionsstellen verabreicht werden.⁹ Die neue Vakzine ist als kühlkettenpflichtige Injektionssuspension in der Fertigspritze ab sofort in 1er- (PZN 12590099) und 10er-Packungen (PZN 12590107) lieferbar.

Quellen:

1. Wiley, E., et al. Source of pertussis infection in young infants: a review of key evidence
2. Robert Koch Institut, Keuchhusten (Pertussis). RKI-Ratgeber für Ärzte. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Merkblaetter/Ratgeber_Pertussis.html#doc2374534bodyText3
3. Bundesgesundheitsblatt, Februar 2015, Volume 58, „Impfquoten unter Erwachsenen in Deutschland für die Impfungen gegen saisonale Influenza, Tetanus und Pertussis“, Birte Bödeker, C. Renschmidt, S. Müters, O. Wichmann
4. Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin 6/2017
5. WHO SAGE pertussis working group Background paper SAGE April 2014. Zuletzt: 02.08.2017
6. RKI. Epidemiologisches Bulletin 34/2016
7. RKI. Epidemiologisches Bulletin 34/2017, https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile
8. Fachinformation Covaxis®, Stand Dez. 2016
9. Fachinformation Covaxis®, Stand Dez. 2016, Fachinformation Repevax®, Stand Dez. 2016

**Nach Informationen von Sanofi
Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt**



Krise am Familientisch?

Das Symposium mit Unterstützung der Milupa Nutricia GmbH im Rahmen der 113. DGKJ-Jahrestagung in Köln zeigt Lösungsansätze zur Verbesserung der Kleinkindernährung in Deutschland

Wenn Kleinkinder am Familientisch mitessen können, ist wieder ein großer Schritt für die Familie geschafft. Gute Unterhaltung ist garantiert – allerdings auch neue Herausforderungen, die nicht nur Eltern spüren, sondern auch Kinder- und Jugendärzte. Verunsicherung, Ablehnung unbeliebter Lebensmittel und Stress am Tisch sind ungünstige Erfahrungen, die die Ernährung von Familien oft beeinflussen.

Kinder im Alter von 12 bis 36 Monaten vollbringen große Leistungen im physiologischen Wachstum. Nährstoffdefizite schlagen in dieser Lebensphase schnell zu Buche, weshalb eine bedarfsgerechte Versorgung mit allen Nährstoffen wichtig ist. Welche Nährstoffe bzw. Lebensmittel werden jedoch in Deutschland nicht ausreichend aufgenommen, so dass sie in messbare, defizitäre Versorgungszustände bei Kleinkindern führen?

In dem wissenschaftlichen Symposium antworteten Prof. Berthold Koletzko, Leiter der Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung im Dr. von Haunerschen Kinderspital am Klinikum der LMU München und Dr. Wolfgang Landendörfer, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Nürnberg auf diese Fragen. Zirka 200 Teilnehmer hörten zunächst von Prof. Koletzko, welche Maßnahmen aktuell empfohlen und wie sie pädiatrisch begründet werden:

- Bei Kleinkindern in Deutschland treten häufig Defizite in der Versorgung mit Omega-3-Fettsäuren, Eisen, Vitamin D, Folat und auch mit Jod auf.^{1,2} Diese Nährstoffe sollten im Fokus von Verbesserungsmaßnahmen stehen.
- Mit einer bedarfsgerechten Proteinzufuhr im ersten Lebensjahr kann das Risiko für Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu einer hohen Eiweißzufuhr um das 2,6-fache gesenkt werden.^{3,4} Beobachtungsstudien legen nahe, dass es einen solchen „Proteineffekt“ auch noch im zweiten Lebensjahr geben könnte.
- Größere Deckungslücken einiger Nährstoffe sind bei Kindern aus vegetarischen Familien zu erwarten. Hier ist eine individuelle pädiatrische Bera-

tung und ggf. eine gezielte Zufuhrerhöhung ratsam.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) hat in einer 2017 publizierten Stellungnahme angeraten, bei jungen Familien eine nährstoffreiche Lebensmittelauswahl mit regelmäßiger Verwendung von Pflanzenölen, Fisch (einschließlich fettreicher Fischarten) und Fleisch sowie die Verwendung von jodiertem Speisesalz (bevorzugt mit Anreicherung von Fluorid und Folsäure) aktiv zu fördern. Sie hält die regelmäßige Einnahme von Nährstoffsupplementen in Tropfen- oder Tablettenform bei gesunden Kindern hinsichtlich der breitenwirksamen Umsetzbarkeit für wenig praktikabel und hinsichtlich der Gewöhnung gesunder Kinder an die regelmäßige Einnahme eines Medikamenten-ähnlichen Produkts auch für problematisch. Die Verwendung von Lebensmitteln, welche mit häufig ungenügend zugeführten Nährstoffen angereichert sind, kann aber laut DGKJ zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen.^{5*}

„Wir sollten Familien darin unterstützen, eine gute Nahrungsmittelauswahl im Alltag umzusetzen. Wenn das nicht ausreichend gelingt, können mit kritischen Nährstoffen wie Vitamin D und Eisen angereicherte Lebensmittel zusätzlich helfen“, sagt Prof. Koletzko. „Denn es sind die sensitiven ersten 1.000 Tage im Leben eines Kindes, die die Gesundheit lebenslang mit prägen.“

Angereicherte Kindermilch unterstützt effizient die Eisen- und Vitamin D-Versorgung, wie Dr. Landendörfer aufzeigte. Eine kürzlich publizierte Studie von Akkermanns et al (2017) zeigt, dass mit Eisen und Vitamin D angereicherte Kindermilch auf Kuhmilchbasis das Auftreten von Eisen- und Vitamin D-Defiziten statistisch signifikant reduzieren kann. Ein Teil der insgesamt 318 gesunden Kinder im Alter von 12–36 Monaten bekam in der Studie ein mit Eisen und Vitamin D angereichertes Kindermilchgetränk (Eisengehalt: 1,2 mg/100 ml; Vit. D-Gehalt: 1,7 µg/100ml). Der andere Teil der Kinder bekam nicht-angereicherte Kuhmilch. Die Unterschiede beim Pri-

märparameter Serum-Ferritin betragen nach 20 Wochen insgesamt 6,6 µg/L (95 % CI: 1,4, 11,7 µg/L, P=0,0013) und beim Sekundärparameter Vitamin D (gemessen am 25 (OH)D-Spiegel) 16,4 nmol/L (95 %, CI:9,5, 21,4 nmol/l; P <0.001). Der Anteil der Kinder, die den Zielwert im Serum von 50 nmol/L 25(OH)Vitamin D nicht erreichten (Vitamin D deficiency), konnte durch die angereicherte Kindermilch von 25,3 % am Studienbeginn auf 13,5 % gesenkt werden. Die Prävalenz von Vitamin D-Mangel war nach 20 Wochen halbiert. In der Kontrollgruppe hingegen stieg dieser Anteil im Studienzeitraum an, und zwar von 21,9 % auf 33,3 %. Unter der Voraussetzung des Einhaltens dieser Interventionszeit folgerte Landendörfer aus der Studie:

- Angereicherte Kindermilch kann die Erhaltung der Eisenspeicher unterstützen und die Reduktion der Prävalenz von Eisenmangel.
- Angereicherte Kindermilch kann die 25(OH)Vitamin D Werte im Serum erhöhen und reduziert die Prävalenz von Vitamin D-Mangel.

„Für Familien, die die Empfehlungen zur Aufnahme dieser defizitären Nährstoffe nicht erfüllen, können angereicherte Milchen demnach einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten“, fasst Dr. Landendörfer die Studie für die anwesenden Praktiker zusammen. Das gesamtgesellschaftliche Interesse der Ernährungsberatung in der Praxis läge zwar zu Recht bei der Vermeidung der Adipositas. Allerdings seien mengenmäßig die Fehlernährungsthemen – Umgang mit schlechten Essern und naschigen Kindern oder Essenszubereitung unter Zeitdruck – in der praktischen Beratung viel häufiger gefragt. Und die Krise am Familientisch? Wenn es um Eisen- und Vitamin D-Defizite geht, ist sie mit Bezug auf die neuen Fakten und Empfehlungen lösbar.

Literatur bei Verfasserin Dr. Karin Bergmann, Ernährungswissenschaftlerin, München

**Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH, Bad Homburg**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich
Gremien/Funktionsträger**

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de