

bvkJ.

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

Heft 5/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Berufsfragen:

Kooperation mit geburtshilflicher Abteilung als niedergelassene Neonatologen

Fortbildung:

Asthma: Eine Aufgabe für alle Kinder- und Jugendärzte

Forum:

Wieviele Leitlinien braucht die Pädiatrie?

Magazin:

Mädchenbeschneidung:
Neuer Versuch mit
zweifelhafter Ethik

www.kinder-undjugendarzt.de

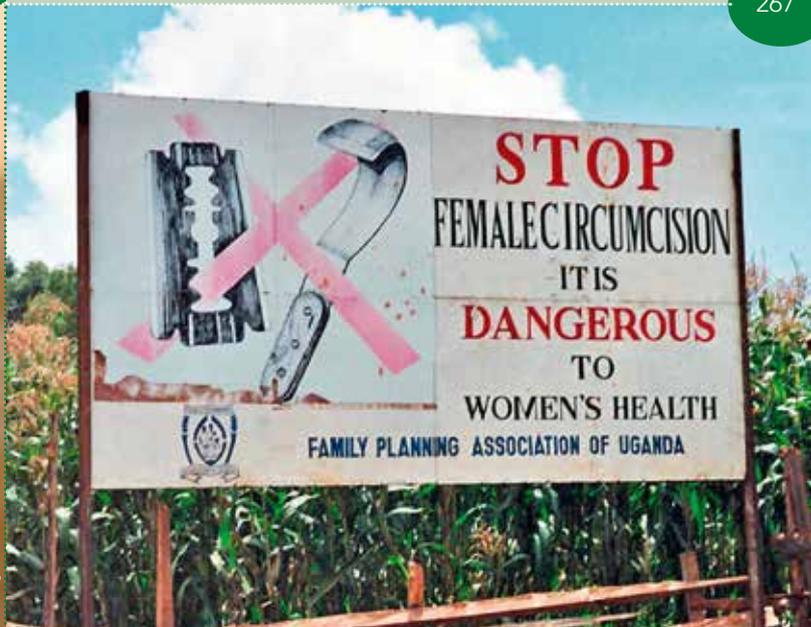


HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Foto: © Iatayana Tomistkova - istockphoto.com



Zum Jahresthema des BVKJ 2016: Kinderschutz S. 334

Mädchenbeschneidung

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 05 | 16

Berufsfragen

- 269 **Kooperation mit geburts-
hilflicher Abteilung**
*Andreas Baumann,
Robert Wagner*
- 272 **Statistik der vertrags-
ärztlichen Versorgung**
Wolfram Hartmann
- 276 **Pädiatrische
Rheumatologie**
Georg Leipold
- 277 Impressum
- 278 **Wir sind die Neuen:
Roland Achtzehn**
Regine Hauch
- 279 **Die ersten 200 Tage**
Regine Hauch
- 281 **Die Neue GOÄ –
Ein Ende mit Schrecken?**
Marcus Heidemann
- 285 **Pro Einzelpraxis**
Eckhard Jentsch
- 286 **Der Kinder- und Jugend-
arzt als Arbeitgeber, Teil 3**
Christian Krapohl
- 290 Wahlergebnis

Fortbildung

- 292 **Das Anstrengungsasthma**
*Melanie Drefler,
Stefan Zielen,
Johannes Schulze*
- 297 **Krankheitsentstehung
und Primärprevention
von Asthma bronchiale**
*Linus B. Grabenhenrich,
Jana Grabenhenrich*
- 305 **Welche Diagnose
wird gestellt?**
Dörte Petersen
- 308 **consilium:
Superinfiziertes
Atopische Ekzem**
Henning Hamm
- 310 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**

Forum

- 314 **Wie viele Leitlinien
braucht die Pädiatrie?**
Sigrid Peter
- 318 **Varianten der Ge-
schlechtsentwicklung**
*Anike Krämer, Katja Sabisch,
Jörg Woweries*
- 322 Zecken fast ganzjährig aktiv
- 323 **15 Jahre**
www.kinderaerzte-im-netz.de
Thomas Fischbach
- 325 „...und wie geht's den
Jungs?“
Bernhard Stier
- 326 **Kinderkrankenpflege
lehnt generalistische
Pflegeausbildung ab**
Jochen Scheel
- 328 **Gegen Steuer auf zucker-
haltige Getränke**
Regine Hauch

Magazin

- 334 **Mädchenbeschneidung**
Christoph Kupferschmid
- 336 Fortbildungstermine BVKJ
- 337 Programm Workshop
- 339 Personalien
- 342 **Nachrichten der Industrie**
- 351 Wichtige Adressen
des BVKJ

Kooperation mit geburtshilflicher Abteilung als niedergelassene Neonatologen

Einleitung

Als wir 2004 in Öhringen (Baden-Württemberg / Hohenlohekreis) unsere jetzige Praxis übernahmen, kam seitens der örtlichen Klinik schon im Vorfeld der Wunsch auf, mit uns als Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neonatologie eine enge Kooperation zu vereinbaren, vorwiegend im Bereich der Geburtshilfe und Neonatologie. Bis zu diesem Zeitpunkt wechselten sich eine Kollegin und zwei Kollegen ab, zwei- bis dreimal pro Woche die U2 bei den Neugeborenen durchzuführen. Eine weitergehende Kooperation fand zu diesem Zeitpunkt nicht statt.

Klinik

Die Öhringer Klinik liegt in Laufweite zu unserer Praxis. Es gibt Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe sowie einen Belegarzt für Augenheilkunde. Die Geburtenzahl liegt seit unserem Einstieg konstant zwischen 920 und 1040 Geburten pro Jahr. Die geburtshilfliche Abteilung verfügt über drei Kreißsäle incl. Gebärfwanne und genießt bei den Familien des Kreises sowie darüber hinaus einen sehr guten Ruf. Anästhesiebereitschaft ist im Hause und die AnästhesistInnen sind in der Neugeborenen-Reanimation versiert. In der Abteilung sind ausschließlich 4-5 Fachärzte bzw. -ärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe tätig, keine WeiterbildungsassistentInnen. Die Hebammen sind im Team freiberuflich tätig. Es werden keine Risikoschwangerschaften betreut bzw. entbunden. Nur Schwangere jenseits der 36. Schwangerschaftswoche werden - unaufschiebbare Notfälle ausgenommen - entbunden. Die dementsprechenden Leitlinien zur Verlegung „in utero“ sind Bestandteil unseres Vertrags. Die Geburtshilfe bzw. der Kreißsaal ist für Notfall-Narkosen der Mütter und auch mit einer Reanimationseinheit für Neugeborene inkl. Monitoring und Beatmungsgerät ausgestattet. Wir halten in den Räumen zusätzlich einen von uns selbst ausgestatteten Notfallkoffer vor, der von uns auch regelmäßig kontrolliert wird. Als Einsatzzeit wurde für Zeiten außerhalb des Praxisbetriebs ein Zeitraum von 30 Minuten vereinbart.

Praxis

Wir sind 2004 zu zweit als Jobsharer auf einem Sitz gestartet und sind mittlerweile 3 TeilhaberInnen auf 3 Kassenarzt-Sitzen. Wir beschäftigen einen Weiterbildungsassistenten sowie eine berentete Kinder- und Jugendärztin (teilzeitig) und haben derzeit 9 Medizinische Fachangestellte und 4 Auszubildende. Wir besitzen

den Schwerpunkt Neonatologie und die Zusatzbezeichnung Pädiatrische Pneumologie. Ansonsten sind wir relativ breit im gesamten Gebiet aufgestellt.

Die Kooperation mit der Geburtshilfe beinhaltet z. B. auch, dass wir Neugeborene mit auffälligem OAE zeitnah mittels unseres BERA-Gerätes nachuntersuchen oder auch bei entlassenen Neonaten mit Ikterus das Gesamt-Bilirubin in unserer Praxis blutig messen.

Vereinbarung

Bestandteil des Vertrags mit dem Krankenhaus ist eine werktägliche Visite und eine Visite an einem Wochenendtag mit Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen und eventuell anstehender Konsile sowie eine Rufbereitschaft rund um die Uhr für neonatologische Notfälle von Montag- bis Samstagmorgen. Die Abteilung darf auch am Wochenende auf dem eingerichteten Handy anrufen. Diese Wochenendeinsätze sind aber „goodwill“ und dürfen auch abgelehnt werden (was praktisch nie vorkommt). Vertraglich ist hier sichergestellt, dass eines der benachbarten neonatologischen Teams der entsprechenden Kinderkliniken zuständig ist. Auch ist sichergestellt, dass wir den Einsatz der Kinderkliniken zu keinem Zeitpunkt ersetzen. Es werden im lebensbedrohlichen Notfall immer Klinik UND wir verständigt. Wir sind aber schon aus geografischen Gründen immer zuerst da. Ebenfalls vertraglich fixiert ist, dass die vertragsärztliche Versorgung von Notfällen in der Praxis im Zweifel Vorrang vor dem Klinikeinsatz hat. Also Praxisnotfall vor Kliniknotfall. Vor dieser Wahl standen wir aber in mehr als 12 Jahren nie.

Wir haben selten Konsilanfragen der Inneren Medizin oder Chirurgie. Zweimal wurden wir zu Reanimationen von Kindern in der Notaufnahme hinzugerufen (ein Kleinkind mit unbekannter Kardiomyopathie und ein Kleinkind mit einem mediastinalen Lymphom und kardialer Einflusstörung - beide Kinder waren nicht zu retten).

Die Vergütung der Vorsorgen und Konsile erfolgt nach GOÄ 1,0-facher Satz. Für die Rufbereitschaft erfolgt eine jährliche Pauschalvergütung, die zu jeweils einem Viertel am Quartalsbeginn ausbezahlt wird.

Der Versorgungs-Alltag

Wir beiden Neonatologen wechseln uns bei der täglichen Visite mit Durchführung der U2s und Konsile ab. Bis auf die UVA-Behandlung der unkomplizierten Hyperbilirubinämie und gelegentlicher Frenulotomie eines relevanten Zungenbändchens oder Abbinden eines gestielten Anhängsels führen wir keine weiteren Therapien durch. Wir haben uns für Routine und Not-



Dr. Andreas Baumann



Dr. Robert Wagner

fälle die medizinische Weisungsbefugnis zusichern lassen, welche auch von allen anstandslos akzeptiert wird. Gelegentlich nehmen wir Blut bei Infektionsverdacht des Neugeborenen ab. Leider ließ sich hierfür die Bestimmung von Interleukinen bislang nicht organisieren. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Geburtshelfer auch mit uns nie ein höheres Risiko eingingen als vor unserer Zeit.

Was kam schon alles vor?

Echte lebensbedrohliche Notfälle sind natürlich selten (1-2 / Jahr). Trotzdem standen wir immer wieder mal vor unvorhergesehenen Problemen wie:

- „Unbekannte Schwangerschaft“ mit vorzeitiger Geburt,
- Sturzgeburt,
- Notsectiones bei Nabelschnurkomplikationen oder hochpathologischem CTG,
- Mütter deutlich vor Entbindungstermin, die nicht mehr verlegt werden konnten,
- unvorhersehbare Asphyxie,
- unbekannter Herzfehler,
- unbekannte Zwerchfellhernie
- Zwillings-Schwangerschaft deutlich vor Termin und ohne jegliche Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Frauenarzt. Beide Kinder hatten ein Geburtsgewicht von rund 1000g, natürlich keine Lungenreife, da die Mutter praktisch unter der Geburt eintraf.
- nicht vorbekannte Blasenektrophie
- nicht vorbekannte Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- nicht vorbekannte Spina bifida
- nicht vorbekannte Gastroschisis
- Atemnotsyndrom beim Reifgeborenen
- neonataler Typ-1-Diabetes

Zusammenfassung

Wir haben die Kooperation mit der Öhringer Klinik und insbesondere mit der Geburtshilfe nie bereut. Es ist eine Bereicherung unserer Arbeit und dient außerdem der Kontaktpflege mit Gynäkologen und Hebammen. Wir können unsere neonatologische Expertise einbringen und ein Zusatzeinkommen jenseits von EBM, Selektivverträgen und Praxis-Privatpatienten generieren. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass man mit zunehmendem Alter auf echte neonatologische Notfälle immer besser verzichten kann... Zwar ist die Haftpflichtversicherung vollumfänglich informiert und deckt diese Einsätze auch ab, aber Intubation, Anlage eines Larynx-tubus und weitere Maßnahmen sowie das Ausrechnen von Notfallmedikamenten-Dosierungen werden natürlich besser beherrscht, wenn sie öfter abgefragt werden. Aus diesem Grund machen wir einmal im Jahr ein intensives Notfalltraining. Es steht aber ebenfalls außer Frage, dass die Notfalleinsätze an der Klinik auch für die Praxis eine gewisse „Fitness“ hervorbringen. Kollegen, die nach langen Jahren mit den üblichen Erkrankungen der Praxis konfrontiert, sich plötzlich einem dramatischen Notfall gegenüber sehen, berichteten uns mit Grausen von diesem Stress.

Und zuletzt waren auch die gelegentlich aus den Kinderkliniken anrauschenden „jungen Hüpfen“ (WeiterbildungsassistentINNen) dankbar über unsere Erstversorgung, Anwesenheit und Erfahrung.

Dr. med. Andreas Baumann

Dr. med. Robert Wagner

74523 Schwäbisch Hall

E-Mail: dr.baumann@kinderaerzte-oehringen.de

Red.: WH

Statistik der vertragsärztlichen Versorgung zum 31.12.2015 – Kinder- und Jugendärzte

Im Jahr 2015 gab es **296 Zugänge** von Kinder- und Jugendärzten, die in der Bedarfsplanung zählen, und **307 Abgänge**. Damit setzt sich der Negativtrend der letzten Jahre fort, im Bereich der stationären Versorgung gibt es hingegen weiterhin Zuwächse.

22 Kinder- und Jugendärzte waren zur belegärztlichen Tätigkeit zugelassen.

Erläuterung

Partnerärzte gemäß §101 SGB V

Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten,

die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,

Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen

MVZ, SPZ, Eigeneinrichtungen von KVen und Kassen (siehe Tabelle 4).

Diese Statistik zeigt deutlich, dass die **Subspezialitäten** der Kinder- und Jugendmedizin in den **Praxen und Einrichtungen** mit insgesamt **1.146 Kolleginnen und Kollegen** erheblich stärker vertreten sind als in den **Klinikambulanzen mit Ermächtigungen (635)**.

Die in den Klinikambulanzen ermächtigten Kinder- und Jugendärzte mit Subspezialitäten der Pädiatrie werden in der Bedarfsplanung grundsätzlich bislang nicht berücksichtigt. Die in Einrichtungen (MVZ, SPZ, u.a.) und Praxen angestellten Kolleginnen und

	Alle	Freie Praxis	Partnerärzte	angest. in Praxis	angest. in Einricht.	Ermächtigte
Jahre	52,6	53,9	47,2	46,9	48,9	52,1

Tab. 1: Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

Gesamtzahl Ärzte (Anzahl Ärztinnen)	Vertragsärzte	Partnerärzte	angestellte Ärzte in Einrichtungen	angest. Ärzte in Praxen	davon ohne Leistungsbeschr.	mit LB	ermächt. Ärzte
7.415 (3.822)	5.301 (2.567)	78 (56)	437 (295)	761 (636)	430 (340)	331 (296)	838 (268)

Tab. 2: Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2015

Gesamtzahl Ärzte (Anzahl Ärztinnen)	Vertragsärzte	Partnerärzte	angest. Ärzte in Praxen	ermächt. Ärzte
5.676 (2.864)	5.124 (2.460)	78 (56)	269 (209)	0

Tab. 3: In der Bedarfsplanung zählende vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2015

	Gesamtzahl Ärzte (Anzahl Ärztinnen)	Vertragsärzte	Partnerärzte	angest. Ärzte in Einrichtungen	angest. Ärzte in Praxen	davon ohne Leistungsbeschr.	mit LB	ermächt. Ärzte
Endokrin.	21 (12)	8 (7)	0	3 (1)	0	0	0	10 (4)
Gastroent.	13 (3)	2 (0)	0	2 (1)	0	0	0	9 (2)
Häm./Onk.	96 (33)	27 (10)	0	5 (1)	8 (7)	5 (4)	3 (3)	56 (15)
Kardiolog.	355 (85)	225 (48)	2 (1)	20 (10)	14 (11)	11 (9)	3 (2)	94 (15)
Nephrol.	20 (13)	12 (8)	0	1 (0)	0	0	0	7 (5)
Neuropäd.	384 (125)	181 (59)	1 (1)	20 (5)	15 (5)	12 (4)	3 (1)	167 (55)
Pneum./All.	91 (36)	49 (18)	0	11 (7)	5 (4)	5 (4)	0	26 (7)
Rheumat.	5(1)	0	0	1 (1)	0	0	0	4 (0)
Neonatal.	758 (222)	420 (128)	4 (2)	39 (21)	33 (25)	25 (19)	8 (6)	262 (46)

Tab. 4: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte mit Berechtigung zum Führen einer Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung am 31.12.2015

	Gesamtzahl Ärzte (Anzahl Ärztinnen)	Vertragsärzte	angest. Ärzte in Einrichtungen	angest. Ärzte in Praxen
Endokrinologie	10 (7)	8 (7)	2 (1)	0
Gastroenterologie	2 (0)	1 (0)	1 (0)	0
Hämat/Onkologie	31 (12)	26 (10)	3 (1)	2 (2)
Kardiologie	226 (54)	211 (45)	8 (4)	7 (6)
Nephrologie	10 (6)	10 (6)	1 (0)	0
Neuropädiatrie	184 (59)	168 (53)	10 (3)	7 (3)
Pneum./Allergologie	54 (25)	43 (17)	7 (6)	4 (3)
Rheumatologie	0	0	0	0
Neonatologie	426 (142)	390 (119)	18 (10)	17 (13)

Tab. 5: In der Bedarfsplanung zählende vertragsärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte mit Berechtigung zum Führen einer Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung am 31.12.2015

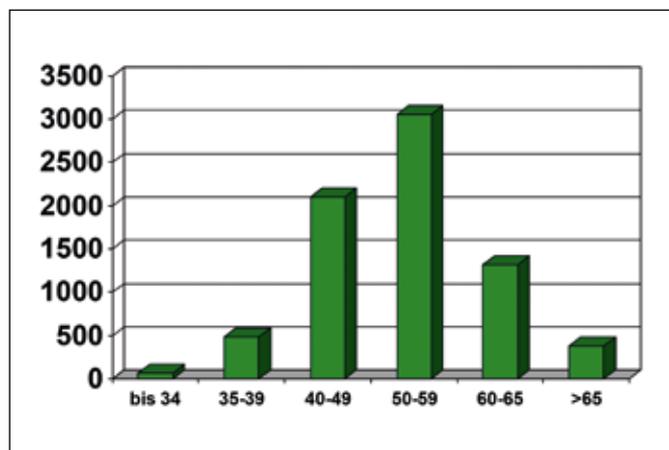


Abb. 1: Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2015

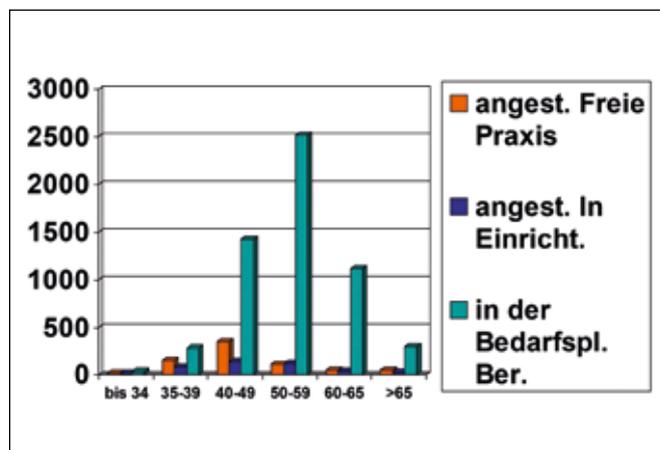


Abb. 2: Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte in freier Praxis angestellt, in Einrichtungen und in der Bedarfsplanung berücksichtigt am 31.12.2015

in Berufsausübungsgemeinschaften tätige Vertragsärzte	in Berufsausübungsgemeinschaften angestellte Ärzte
2.066	103

Tab. 6: in der Bedarfsplanung zählende Kinder- und Jugendärzte in kooperativen Strukturen (Berufsausübungsgemeinschaften) am 31.12.2015

in Einrichtungen tätige Vertragsärzte	in Einrichtungen angestellte Ärzte
15	283

Tab. 7: in der Bedarfsplanung zählende Kinder- und Jugendärzte in kooperativen Strukturen (Einrichtungen) am 31.12.2015

Vertragsärzte in Einzelpraxen mit angestellten Ärzten	Vertragsärzte in Einzelpraxen ohne angestellte Ärzte	angestellte Ärzte in Einzelpraxen
390	2.654	166

Tab. 8: in der Bedarfsplanung zählende Kinder- und Jugendärzte in kooperativen Strukturen (Einzelpraxen) am 31.12.2015

Kollegen werden berücksichtigt, spielen aber, wie die Tab. 4 zeigt, im Rahmen der Bedarfsplanung nur eine sehr untergeordnete Rolle (87 gegenüber 857). Die Zahlen zeigen aber auch, dass wir bei einigen pädiatrischen Subdisziplinen einen nicht unerheblichen Nachholbedarf haben, wenn wir langfristig die Versorgung der Kinder und Jugendlichen sicherstellen wollen. Insbesondere in der **Endokrinologie, der Gastroenterologie, der Nephrologie, der Neuropädiatrie, der Pneumologie/Allergologie und der Rheumatologie** müssen wir die Weiterbildungskapazitäten in Kliniken und Praxen ganz erheblich ausweiten.

79 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten haben einen vollen Versorgungsauftrag, 21 % sind nur eingeschränkt in der vertragsärztlichen Versorgung tätig.

Die Daten aller Fachgruppen finden Sie unter folgendem Link: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php> und in PädInform im Forum Pädiskurs unter dem Datum 18.03.2016.

Anmerkung der Redaktion: Die Angaben der KBV zu den Subdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin können von uns nicht nachvollzogen und müssen mit einem großen Fragezeichen versehen werden. Sie stimmen weder mit unseren eigenen Erkenntnissen (Mitgliederstatistik des BVKJ) noch mit der Ärztestatistik der BÄK (s. demnächst in Heft 6/2016 dieser Zeitschrift) überein.

Zusammenstellung (Quelle KBV):
Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de



Sammeln Sie CME-Punkte online!

Die Fortbildungseinheit „Pathogenese und Therapie der Acne vulgaris“ ist zertifiziert von der Landesärztekammer Schleswig-Holstein (<http://www.aeksh.de>). Die Beantwortung der Fragen erfolgt ausschließlich online. Beantworten Sie mindestens 70% der Fragen richtig, erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung über zwei Fortbildungspunkte.

So einfach ist die Teilnahme!

Die Teilnahme ist kostenfrei für alle Ärzte mit einer EFN. Die Anmeldung und Registrierung erfolgt unter <http://www.kinder-undjugendarzt.de/kuja-cme.html>

Das Ergebnis wird nach Beenden des Fragebogens automatisch per E-Mail mitgeteilt. Außerdem werden alle Ergebnisse in der Datenbank der Bundesärztekammer gespeichert. So können die über das Jahr gesammelten Punkte jederzeit abgerufen werden.

Viel Erfolg wünscht Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck

Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin



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

Pädiatrische Rheumatologie



Dr. Georg Leipold

Einleitung / Gebietsdefinition

Das Aufgabengebiet der pädiatrischen Rheumatologie umfasst die Diagnose, die konservative Behandlung und die Rehabilitation der rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Dazu zählen die juvenile idiopathische Arthritis und ihre Unterformen, die entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, Vaskulitiden und die entzündlichen Muskelerkrankungen sowie die infektiell bedingten und reaktiven Arthritiden und die entzündlichen Knochenerkrankungen. In den letzten Jahren sind mit steigender Tendenz die chronischen Schmerzverstärkungssyndrome und das Spektrum erweiternd noch die periodischen Fiebersyndrome hinzugekommen.

Erfahrungen aus der Praxis

Aufgrund der zunehmend verbesserten und früher im Behandlungszeitraum eingesetzten antiinflammatorischen Therapie mit Basistherapeutika und Biologicals können zeitaufwendige krankengymnastische Behandlungen reduziert und oftmals schmerzhaftes Quengelschienen vermieden werden.

Somit hat sich die pädiatrische Rheumatologie von einem klinischen mehr und mehr zu einem ambulanten Fach entwickelt. Erfreulicherweise nimmt auch bei den Kollegen das Bewusstsein zu, ein Kind mit anhaltenden Gelenkproblemen als erstes zum Kinder- und Jugendrheumatologen und nicht zum Orthopäden zu überweisen.

So konnte der Behandlungsbeginn bei den juvenilen idiopathischen Arthritiden von im Mittel früher drei Monaten auf zwischenzeitlich sechs Wochen reduziert werden. Durch die zunehmende Zahl an niedergelassenen Kinder- und Jugendrheumatologen ist die wohnortnahe ambulante Versorgung in greifbarer Nähe gerückt und erspart vielfach weite Wege bis zur Spezialklinik.

Diagnostik und Therapie der idiopathischen juvenilen Arthritis

Die Diagnosestellung der **idiopathischen juvenilen Arthritis** und auch ihrer Komplikationen umfasst neben

den ausführlichen **Anamnese** und der **Erhebung des Gelenkstatus** auch die **sonographische Beurteilung der betroffenen Gelenke**. Die mit der Diagnosestellung einhergehende Aufklärung über eine lebenslange chronische Erkrankung bedeutet für die betroffenen Eltern häufig eine psychisch schwer belastende Situation, ebenso das umfassende Therapiesgespräch über die medikamentöse Behandlung mit nichtsteroidalen Antiphlogistika, Basistherapeutika und ggf. auch intraartikulären Injektionen. Letztere können aufgrund des nahezu verschwindend geringen Komplikationsrisikos problemlos ambulant durchgeführt werden, sofern den Eltern die Möglichkeit eingeräumt wird, bei Unsicherheiten oder Problemen auch nachts telefonisch erneut Kontakt aufzunehmen. Bei größeren und vertrauensvollen Kindern lassen sich intraartikuläre Injektionen in Lokalanästhesie durchführen, bei Kleinkindern empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit einer anesthesiologischen Praxis.

Während bei den meisten Kindern und Jugendlichen die Basismedikation mit Methotrexat häufig ausreichend ist, um die Erkrankungsaktivität zu kontrollieren, muss bei therapieresistenten Fällen auf Biologicals zurückgegriffen werden. Derzeit sind in dem Biologikaregister der GKJR gut 2000 Patienten gelistet. Erfreulicherweise sind schwerwiegende Nebenwirkungen unter diesen Therapien bislang kaum aufgetreten.

Kollagenosen und Vaskulitiden

Zahlenmäßig geringer aber deutlich anspruchsvoller ist die Behandlung der **Kollagenosen** und **Vaskulitiden**. Hier werden sicherlich nur wenige Patienten/pro KJR Praxis behandelt. Gerade durch die Einführung der Biologica ist die Therapie deutlich intensiver, für den Patienten aber sicherer und durch den steroidsparenden Effekt erheblich nebenwirkungsärmer geworden. Viele der hier bereits verwendeten und in Zukunft sicherlich noch weiter ansteigenden Biologikatherapien werden als Kurzinfusion verabreicht und bedürfen der intensiven Überwachung der Vitalparameter während der Infusionsdauer. Dieser erhöhte Aufwand hat auch im EBM Niederschlag gefunden und lässt sich über die **GOP 01510-01512** zeitgetaktet abrechnen.

Periodische Fiebersyndrome und Autoinflammation

Durch die erweiterten molekulargenetischen Möglichkeiten konnte in den letzten Jahren die Gruppe der **periodischen Fiebersyndrome** weiter differenziert und dadurch auch individueller therapiert werden. Dies hat zu einer berechtigten Renaissance der Colchizinterapie häufig in Kombination mit Interleukin-1-Antagonisten geführt. Neben den Inflammationssomopathien sind nun auch Interferon-Erkrankungen definiert worden.

Chronische Schmerzsyndrome

Bisweilen aufwändig in der Abgrenzung zu den polyartikulären Krankheitsformen ist die Diagnostik der **Schmerzverstärkungssyndrome**. Diese somatogenen Störungen benötigen einen multidisziplinären Ansatz und die frühzeitige Einbeziehung von Psychologen, Ergotherapeuten und Krankengymnasten, um eine hartnäckige Chronifizierung und damit einen jahrelangen Leidensweg für die Betroffenen zu verhindern.

Differenzialdiagnostik beachten

Da ca. 30-35 % der **Immundefekte** über Autoimmunphänomene auffallen, werden auch Patienten mit diesen Erkrankungen durch die Kinder- und Jugendrheumatologen betreut. Differenzialdiagnostisch ist aber auch an onkologische Erkrankungen zu denken. Während die septischen Osteomyelitiden doch sehr selten geworden sind, sind die chronisch **rekurrente**

Chronisch Kranke benötigen eine kontinuierliche ärztliche Betreuung

Die meist lebenslangen Erkrankungen stellen unbehandelt eine wesentliche Einschränkung der Lebensmöglichkeiten und der Lebensqualität für die Betroffenen dar. Die kontinuierliche, erfolgreiche Betreuung in einer beständigen, vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung ermöglicht dem Patienten heutzutage ein nahezu schmerzfreies Leben, lässt in an allen sportlichen Aktivitäten teilhaben und nimmt ihm einen Großteil der psychosomatischen Krankheitslast. Insofern ist die Kinder- und Jugendrheumatologie für die sie betreibenden Ärzte eine sehr zufriedenstellende und erfüllende Tätigkeit. Allerdings ist wie in anderen Fächern der Schwerpunktpädiatrie auch die Betreuung von schwerkranken komplexen Patienten oder auch die Erstvorstellung mit Aufklärungsgespräch und Erläuterung der Therapieoptionen zeitlich sehr aufwändig und nicht kostendeckend.

multifokale Osteomyelitis und die **Osteochondrosis dissecans** sowie die **degenerativen Knochenerkrankungen** doch relevante Entitäten im Spektrum einer kinder- und Jugendrheumatologischen Praxis.

Dr.med. Georg Leipold
93059 Regensburg
E-mail: doc@leipold-kardio.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden,

Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

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

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

Druckauflage 14.900
lt. IVW I/2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547

Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 49 vom 1. Oktober 2015

Bezugspreis: Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab. Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2016. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Wir sind die Neuen ● ● ●



Roland Achtzehn

Dr. Roland Achtzehn aus Wanzleben ist neuer Landesvorsitzender des BVKJ in Sachsen-Anhalt. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht der 55-Jährige über die besondere Mentalität der sachsen-anhaltinischen Kollegen, über finanzielle Zwänge und das Glück als Jäger.

Thomas Fischbach kündigte neulich an, dass der BVKJ sich im Osten besser aufstellen müsse. Fühlen Sie sich als Landesvorsitzender aus Sachsen-Anhalt als eine Art „weißer Rabe“ unter den anderen Landesvorsitzenden?

Sicherlich muss sich der BVKJ im Osten besser aufstellen, deshalb hab ich mich ja bereit erklärt das Amt zu übernehmen. Das lief so, dass mich der vorherige Vorsitzende gefragt hat ob ich es übernehmen möchte. Ich habe mich dann zur Wahl aufstellen lassen und schon hatte ich die Funktion.

Wie kommt es, dass sich eher wenig Kinder- und Jugendärzte im Osten im BVKJ engagieren?

Ich fühle mich schon ein wenig als weißer Rabe. Wir sind nicht großgeworden mit soviel Demokratie und haben nicht gelernt, soviel „Gedöns“ um manche Sache zu machen.

Hier liegt sicherlich eine der wichtigen Aufgaben für die Zukunft, die Arbeit auf mehreren Schultern zu verteilen.

Sie haben im Vorgespräch gesagt, dass sie etwas bewegen wollen und sich daher zur Wahl gestellt haben. Welche Pläne und Ideen werden Sie in Ihre Arbeit für den BVKJ einbringen?

Sicherlich ist es schon wichtig, wenn man hier etwas erreichen will, muss es in alle Köpfe.

Die Bereitschaft zur Mitarbeit ist kaum gegeben, nur mit persönlicher Anfrage geht vielleicht etwas.

Es ist also wichtig, dass ich versuche, möglichst viele Kinder- und Jugendärzte hier im persönlichen Kontakt von meinen Ideen und Plänen zu überzeugen und sie vielleicht auch zu bewegen mitzumachen.

Eins meiner Ziele ist es, die Ausbildung der Kinder- und Jugendärzte mehr in die Praxis zu ziehen. Ich selbst mache es vor: seit gut drei Jahren arbeitet immer jemand mit. Erst waren es Ärzte in Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, bis Februar 2016 habe ich nach über einem Jahr eine Kinder- und Jugendärztin fertig zur Fachärztin ausgebildet. Diese bleibt jetzt noch zwei Jahre bei mir und lässt sich zur Kinderpneumologin ausbilden. In diesem Jahr kommen noch zwei Allgemein-

medizinerinnen für sechs Monate. Es macht Spaß und ist auch eine Herausforderung, aber auch eine win-win-Situation für beide Seiten. Wir haben mehr Patienten als früher und ich würde es allein gar nicht mehr schaffen. Dies ist sicherlich eins meiner Ziele, die Ausbildung der Kinder- und Jugendärzte mehr in die Praxis zu ziehen.

Andererseits habe ich dadurch auch die Möglichkeit und mehr Zeit, mich der berufspolitischen Arbeit zu widmen.

Hier könnte ich mir auch einen Schwerpunkt der berufspolitischen Arbeit vorstellen, die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Pädiatrie zu verbessern. Die Ausbildung ist immer noch rein auf den stationären Sektor begrenzt.

Kollegen, die sich niederlassen, haben oft auch falsche Vorstellungen. Viele scheuen die angeblich viele Arbeit, die man hat, aber ich denke mit ausreichender Praxisorganisation kann man sich genügend Freiräume schaffen.

Es gilt sicherlich, dem Trend zu immer mehr Patienten pro Arzt, der sicherlich gewünscht ist aus finanziellen Gründen, entgegenzuwirken. Die Zeit für längere Patientengespräche ist oft nicht da.

Wie beziehen Sie die Basis in Ihre Arbeit, d. h. in den BVKJ ein?

Immerhin hatten wir im letzten Jahr das erste eigene Landestreffen des BVKJ in Sachsen-Anhalt. Da ich meine Arbeit für den BVKJ neben meiner Praxistätigkeit organisieren muss, ist es sinnvoll, sie auf mehrere Schultern zu verteilen. Das versuche ich in der Zukunft.

Welche besonderen Probleme haben die Kinder- und Jugendärzte in ihrem Bundesland?

Wir bekommen seit vielen Jahren weniger Honorar für die gleiche Arbeit. Die Unterschiede haben sich aber etwas gebessert.

Das ärgert mich überhaupt sehr, dass die „Monetik“ im Endeffekt alles entscheidet. Uns als Medizinern wird gesagt, wir sollten nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien entscheiden. Aber speziell bei der Versorgung mit Grippeimpfstoffen in unserem Bundesland, da wird nicht nach wissenschaftlichen, sondern nach finanziellen Kriterien entschieden.

Was tun Sie, wenn Sie nicht in der Praxis arbeiten und gerade mal keine BVKJ-Sitzung stattfindet, wenn Sie also Freizeit haben?

Ich bin leidenschaftlicher Jäger seit über zehn Jahren. Im Wald finde ich Ruhe und Ausgleich zur anstrengenden und oft auch lauten Tätigkeit als Kinder- und Jugendarzt.

Dr. Roland Achtzehn, 55 Jahre, ist seit 20 Jahren in Wanzleben, am Rande Magdeburgs niedergelassen. Er arbeitet sowohl hausärztlich als auch fachärztlich als Kinderpneumologe und Allergologe.

ReH

Die ersten 200 Tage

Im September 2014 wurde Sigrid Peter zur Vizepräsidentin des BVKJ gewählt. Seit dem 1. Oktober 2015 ist sie im Amt.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht Sigrid Peter über ihre berufspolitischen Pläne, über die Wichtigkeit sich berufspolitisch zu engagieren, warum Umwege nützlich sind und wie man mit zehn Fingern blind schreibt und damit Kinder beeindruckt.



Sie sind die erste Frau in dieser Position im BVKJ. Seitdem hört man immer wieder, wie wichtig es sei, dass man endlich eine Frau für diese Spitzenposition gefunden habe. Fühlen Sie sich als Quotenfrau?

Nein, überhaupt nicht. Ich war immer politisch interessiert und aktiv, während der Facharztausbildung als Vertreterin der Assistenten, im BVKJ-Landesverband Berlin bin ich in der zweiten Legislaturperiode tätig.

Als sich die Frage nach der Kandidatur für den BVKJ stellte, hat mich das zunächst sehr beschäftigt und nach längerem Abwägen – sehr unterstützt durch meinen Mann – habe ich diesen Weg genommen.

Ich halte es dennoch für ein gutes Signal, dass in der Spitze des Verbandes, dessen Mitglieder überwiegend weiblich sind, jetzt eine Frau vertreten ist. Das wird mir auch immer wieder bestätigt.

Das erste halbe Jahr im Amt ist geschafft. Ihr Eindruck?

Die Zahl an Terminen hat mich doch überrascht. Es bedeutet stets einen hohen Aufwand, die Tätigkeit in der Praxis mit den angefragten Terminen, die manchmal sehr kurzfristig gestellt werden, zu koordinieren. Bisher gelang es aber, alles gut zu organisieren.

Der BVKJ hat nun gleich drei Vizepräsidenten. Wie laufen die interne Zusammenarbeit und die Kooperation mit dem Präsidenten?

Sehr gut. Der Austausch über wichtige Themen und Entscheidungen erfolgt über unser Intranet PädInform, einmal monatlich führen wir eine Videokonferenz durch. Nach anfänglich kurzen Startmühen gelingt uns das jetzt sehr gut, und wir sind damit sehr effektiv sowie auch kostensparend für den Verband. Persönlich findet der Austausch in den Vorstandssit-

zungen statt, die im Rahmen eines Kongresses oder von Tagungen terminiert sind. Die Aufgabenverteilung innerhalb des Präsidiums wurde bereits vor Amtsantritt besprochen, und es gelingt uns gut, dass jeder seinen Bereich repräsentiert. Dies war ja auch das Ziel der Präsidiumserweiterung von zwei auf vier Personen. Die Aufgaben sollten verteilt werden, so dass jeder noch in seiner Praxis tätig sein kann.

Welche Projekte liegen Ihnen am Herzen, welche haben Sie angeschoben?

Ich sehe mich derzeit im diplomatischen Dienst. Bereits nach der Wahl 2014 habe ich mit unserem damaligen Präsidenten Wolfram Hartmann Termine bei Politikern (z. B. bei Familienministerin Manuela Schwesig und Gesundheitsminister Hermann Gröhe), Verbänden und Institutionen wahrnehmen können. Die Anzahl der Termine hat sich seit der Amtsübernahme im November 2015 deutlich erhöht. Beispielhaft möchte ich hier die Teilnahme an der Veranstaltung Deutscher Lesepreis der Stiftung Lesen erwähnen, in der Preisträger geehrt wurden, die durch ihr Engagement kulturelle Projekte für Kinder und Eltern ins Leben gerufen haben. Bildung fängt mit Lesen an und Leseförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In Kooperationen auch mit Partnern außerhalb des Gesundheitssystems wird es uns gelingen, Kinder aus benachteiligten Familien Zugang zu Bildung zu ermöglichen.

Und wie weit sind Sie damit?

Ich halte es mit Angela Merkel, für ein Resümee scheint mir die Zeit noch zu kurz zu sein. Ich selbst habe mir einen Zeitraum von zwölf Monaten gesetzt, um Bilanz zu ziehen und ggf. Korrekturen vorzunehmen.

Was kommt noch in diesem Jahr dazu?

Neu ist meine Teilnahme in der Impfkommision der DAKJ. Durch das Ausscheiden von Michael Kinet war die Neubesetzung in diesem Amt notwendig. Die Kommission tagt im Frühjahr in Berlin und im Herbst bei dem DGKJ Kongress.

Werden Sie speziell Frauen ermutigen, sich mehr im BVKJ zu engagieren?

Ja, das ist mir ein Anliegen und das habe ich auch in meiner Wahlrede deutlich gemacht. Nicht nur die Frauen, auch die Männer im Verband sind scheinbar sehr zufrieden mit der Arbeit ihrer Funktionsträger und haben wenig Bedürfnis sich zu engagieren. Es ist ein ständiges Bemühen, für diese Tätigkeit zu werben und die Mitglieder politisch zu motivieren. Das beginnt auf Landesebene und führt durch sämtliche Gremien und Ausschüsse bis auf Bundesebene. Ich glaube, dass wir die „Schmuckstücke“ erkennen können, die durch ihre Fähigkeiten und Gaben für den Verband aktiv werden, aber sie auch schützen müssen vor zu großer Inanspruchnahme. Und wir müssen manchen ihre Berührungspunkte nehmen. Wie in einem bunten Blumenstrauß kann jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten dazu beitragen, dass wir wahrgenommen werden und die Interessen der Kinder und Jugendlichen in der Öffentlichkeit vertreten.

Anders als die meisten Ihrer Kolleginnen und Kollegen haben Sie nicht den direkten Weg vom Abitur zum Medizinstudium und in die Praxis hinter sich, sondern Sie sind nach einer Berufsausbildung Ärztin geworden. Hat Ihnen dieser Umweg geholfen? Hilft er Ihnen nun auch in Ihrem Amt?

Ich habe mich öfters als Spätstarter oder Umweggeher bezeichnet. Nach etlichen Jahren Lebenserfahrung sehe ich das nun nicht mehr so kritisch. Es war mein Weg und ich habe sehr viel gelernt durch diese Um- oder Nebenwege. Immer wieder kamen mir meine Berufs- und Lebenserfahrungen zu gute: in der Klinik, wo ich vielleicht ein bisschen besser als meine Kollegen verstanden habe, unter welchen Belastungen das Pflegepersonal arbeitet oder auch im Umgang mit jungen Eltern und ihren Sorgen und Ängsten, die oft gar keine medizinische Intervention sondern Lebensweisheit als Lösung erfordern.

Für das Amt helfen mir mein Spätstart oder meine Nebenwege, da ich inzwischen viel gelassener bin und gelernt habe, etwas über den Dingen zu stehen. Und ich kann – aus der Zeit als Sekretärin – immer noch mit zehn Fingern blind schreiben, was die Kinder in der Praxis oft staunend fragen lässt.

Was soll man später einmal über Ihre Amtszeit sagen?

Ich denke, dass es wenig Menschen gibt, deren Leben deutliche und nachhaltige Spuren hinterlässt. Es sind immer außergewöhnliche Menschen mit einer besonderen Begabung oder Vision.

Ich zähle mich nicht dazu. I am the dust in the wind – frei nach dem gleichnamigen Song der Band Kansas. Aber das ist ja eigentlich auch nicht schlecht, eher tröstlich: alles verweht irgendwann und Neues entsteht. Bis dahin versuche ich, meine Arbeit so gut wie möglich zu machen. Ich finde, das ist nicht wenig.

ReH

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Die Neue GOÄ – Ein Ende mit Schrecken?

„Der Staat sollte zukünftig an die laufende Fortentwicklung der amtlichen Gebührenordnung denken, denn das jahrelange „Nichtstun“ seit 1965 hat sich in keiner Weise bewährt. Möge die neue GOÄ sich besser auswirken, als es der Ruf, der ihr von mancher Seite vorausgeht, erwarten lässt.“

Deutsches Ärzteblatt 79. Jahrgang, Heft 49 vom 10. Dezember 1982



Dr. Marcus
Heidemann

Dieser Satz zur Einführung der heute in weiten Teilen immer noch gültigen GOÄ aus dem Jahre 1982 beschreibt deutlich die dauerhafte Problematik der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ). Derzeit sieht es so aus, als habe sich die Hoffnung auf eine medizinisch inhaltlich, wie auch honorarpolitisch aktualisierte GOÄ bis auf weiteres wieder einmal zerlagert.

Geschichte ohne befriedigendes Ende

Technischer Fortschritt, neue Leistungen und Inhalte, vor allem auch veränderte Kostenstrukturen der Praxen, machten eine aktualisierte GOÄ mehr als notwendig. Das Problem ist allerdings, dass diese Gebührenordnung nicht in eigener Regie angepasst werden kann, sondern die Politik in Form eines Erlasses eine neue Version verabschieden muss. Seit der letzten Legislatur kam allmählich die Bereitschaft auf, eine neue GOÄ zu unterstützen, so diese denn einvernehmlich von Ärzten, PKV und Beihilfe entstehen würde. Entsprechende Verhandlungen wurden in den letzten Jahren von der BÄK, allerdings ohne echte Einbindung und inhaltliche Information der Berufsverbände, geführt.

Die Verbände wurden zu Beginn der Verhandlungen (ca. 2008) aufgefordert, entsprechende Leistungen, Leistungsbeschreibungen, technische Anforderungen und Abrechnungswünsche einzureichen. Auch BVKJ und DGKJ (Konvent) haben in enger Absprache solche Vorschläge erarbeitet und eingereicht. Weitere Rückmeldungen, Nachfragen oder gar eine aktive Unterstützung wurden dann seitens der BÄK im Grunde verweigert.

In den letzten Monaten wurden dann immer mehr Details zur neuen GOÄ, sowie zusätzlich auch zu Änderungen der Bundesärzteordnung, bekannt. Nichts der bekanntgewordenen Inhalte fand wirkliche Zustimmung der Verbände und nichts davon enthielt tatsächlich belastbare Zahlen und Berechnungen zu den

wirtschaftlichen Auswirkungen einer neuen GOÄ. Eine Bewertung und Kommentierung war nicht wirklich möglich. Würde die GOÄ die so dringend benötigten Verbesserungen gerade der arbeitsintensiven Ziffern, z.B. Gespräch und Untersuchungsleistungen, bringen und damit aus pädiatrischer Sicht begrüßenswert sein, oder würden die Neuerungen mehr Verschlechterungen in der ärztlichen Freiberuflichkeit, in den Ziffernlegenden und Bewertungen bringen?

Was hat die BÄK geliefert?

Was zuletzt zur geplanten GOÄ-Struktur aus den Reihen der BÄK bekannt wurde lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Abrechnung auf Grundlage eines „robusten“ nicht unterschreitbaren 1-fach-Satzes“ (etwa bisheriger 2,4-fachen Faktor).
- Änderungen und Anpassungen in der GOÄ würden von einer sogenannten GeKo (Gemeinsamen Kommission) erarbeitet und der Politik einvernehmlich vorgeschlagen. In der Kommission wären BÄK und PKV/Beihilfe gleichberechtigt, so dass jederzeit eine Seite alles blockieren könnte.
- Steigerung des 1-fachen Satzes nur in definierten Fällen und auch nur auf den dann 2-fachen Satz. Steigerung nach ärztlichem Ermessen und individuelle Anpassung an die Schwierigkeit des Falles wäre nicht mehr möglich.
- Überwachung der Entwicklung des Abrechnungsverhaltens durch die GeKo.
- Honoraränderung von + 5,8% +/- 0,6% wurde als angemessen vereinbart. Eine höhere Zunahme hätte ggf. zur Reduktion von Bewertungen führen müssen. Kritiker sahen hier eine nicht akzeptable Ähnlichkeit zu den Budgets im EBM.

Dies hatte erhebliche Kritik zahlreicher Verbände zur Folge, da eine massive Einschränkung der Abrechnungsmöglichkeiten erwartet wurde. Trotzdem hielt der Vorstand der BÄK jedoch stets zur Verhandlungskommission und nahm diese gegen zahlreiche Vorwürfe (Nähe zur PKV, unzureichende Personalstärke des Verhandlungsteams und fehlende Kompetenz) stets in Schutz. Ein von drei Landesärztekammern beantragter Sonderärztetag führte zu einer erneuten Bestätigung des Verhandlungsmandates, wobei zuvor alle Anträge von kritischen Delegierten pauschal und ohne eigentliche Diskussion zur weiteren Bearbeitung an den Vorstand überwiesen wurden.

Scheitern im Vorstand der BÄK

Mitte März erfolgte die Entscheidung über die „GOÄ-Neu“ im BÄK-Vorstand. Allerdings hatte auch der Vorstand der BÄK wohl erst kurz vor der Sitzung den vollständigen Ziffern- und Legendentext erhalten. Dieser wies offenbar so starke Unzulänglichkeiten auf, dass die Vorlage abgelehnt wurde. Ob dies erneut eine Verzögerung oder ein endgültiges Ende des Projektes bedeutet, ist dabei völlig unklar. Jedoch ist anzunehmen, dass die Verzögerung definitiv eine Verschiebung hinter die nächste Bundestagswahl bedeuten wird.

Auswirkungen für die aktuelle Arbeit in Klinik und Praxis

Für unsere Fachgruppe bedeutet dies zum einen, dass die dringend erforderliche Anpassung von völlig überalterten Honorarpositionen, die keine angemessene Bewertung beinhalten, wie z.B. die Gesprächsziffern, weiter ausbleiben wird. Andererseits hätte eine unzulängliche Gestaltung einer neuen, ohne die Einbindung und Kompetenz der Berufsverbände gestalteten, GOÄ auch Risiken bedeutet, die wir nun nicht fürchten müssen. Ob es im Rahmen der alten GOÄ zu einem Inflationsausgleich kommen wird, ist aufgrund der politischen Situation ebenfalls sehr fraglich.

Der Honorarausschuss des BVKJ wird die Situation aktiv begleiten und versuchen, sich in die weiteren Prozesse so aktiv wie möglich einzubringen. Weiterhin ist es unsere Absicht, in den folgenden Ausgaben des Kinder- und Jugendarztes konkrete Abrechnungsfragen und Hinweise aufzugreifen, so dass eine optimierte Abrechnung ggf. eine fehlende Anpassung der GOÄ zumindest zum Teil kompensieren kann.

Dr. Marcus Heidemann

33605 Bielefeld

E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH

Sehr geehrter Herr Kollege Montgomery,

nach wie vor sorgt das Dauerthema „GOÄ-Reform“ für Verärgerung und Missbehagen in der deutschen Ärzteschaft. Daran hat auch ein Sonderärztetag im Januar 2016 nichts geändert. Die Berufsverbände sind von der kollektiven Unzufriedenheit besonders betroffen und viele Kolleginnen und Kollegen wenden sich wütend und mit großem Unverständnis ob der fehlenden Informationen hinsichtlich des Verhandlungsinhalts und -standes an uns.

Wir werden teilweise für die bisherige Erfolglosigkeit der Verhandlungen mitverantwortlich gemacht, ohne jemals eine klare Kenntnis über den Verhandlungsgegenstand und den Verlauf der Gespräche erhalten zu haben. Sie hatten endlich für März eine Informationsoffensive gegenüber den Berufsverbänden mit konkreten Details zugesagt. Auf diese Informationen zum konkreten Verhandlungsstand und den bis dato verhandelten Inhalten der neuen GOÄ warten wir immer noch. Stattdessen erklärt der Vorstand der Bundesärztekammer inzwischen die Verhandlungen für gestoppt und mahnt gegenüber PKV und Beihilfe weitere Änderungen des Entwurfes an (wovon eigentlich genau??).

Herr Windhorst, langjähriger GOÄ-Verhandlungsführer der BÄK, hat inzwischen das Handtuch geworfen und wir stehen – zumindest aus der Sicht der Kollegenschaft – wieder am Anfang einer Reform. Hinzu kommt eine Gesundheitspolitik seitens der SPD, die jedwede GOÄ-Reform verhindern will.

Wir drängen bei einem Neubeginn des GOÄ-Umbaus neben der stark verbesserungswürdigen Transparenz auch auf eine stärkere Einbindung der Berufsverbände, die einzig über eine umfangreiche fachliche Kompetenz zur Beurteilung der Legendierungen der Ziffern verfügen, die in der täglichen Praxis von den Ärzten umgesetzt werden müssen. Bitte nutzen Sie diese Kompetenz als Bereicherung der Verhandlungen und grenzen Sie die Fachverbände nicht unter dem Vorwurf des Misstrauens und der Behinderung der Verhandlungen aus. Wir sind jederzeit zur vertrauensvollen Mitarbeit auf Gegenseitigkeit bereit. Ich bitte Sie daher um Antwort auf die aufgeworfenen Fragen zu Inhalten, Stand und Perspektive der GOÄ-Reform.

*Dr. Thomas Fischbach,
Präsident BVKJ
51069 Köln*

Optionen pädiatrischer Tätigkeit ● ● ●

Teil 1 – Pro Einzelpraxis

Rückblick auf 25 Jahre Einzelpraxis

Als ich vor 25 Jahren vor meiner Niederlassung stand war die Vielfalt an Praxisformen sehr begrenzt. Über 95 Prozent der Niedergelassenen betrieben eine Einzelpraxis. Es gab ein paar wenige Gemeinschaftspraxen. So stellte sich für mich damals kaum die Frage, in welcher Form ich mich niederlassen sollte. Es war klar, dass es (auch) eine Einzelpraxis werden würde.

Vorteile aus meiner Sicht

Jetzt, nach 25 Jahren kann ich im Rückblick sagen, dass es die richtige Entscheidung war. Hab ich doch beobachten müssen, wie in dieser Zeit nahezu alle Berufsausübungsgemeinschaften in meiner Umgebung nach mehr oder weniger langer Zeit zerbrochen sind und sich die Teilnehmer im tiefsten Streit getrennt haben.

Diesen ganzen Ärger der mir bekannten Berufsausübungsgemeinschaften habe ich mir mit meiner Einzelpraxis erspart. Ich konnte mir meine Praxis nach meinem Geschmack einrichten, die Praxisöffnungszeiten so legen, dass sie für meine Familie optimal gepasst haben (jeden Tag gemeinsames Mittag- und Abendessen mit der ganzen Familie; wer hat das schon?). Personalentscheidungen kann ich als einziger Chef alleine treffen. Gleiches gilt für die technische Ausstattung der Praxis, die Urlaubszeiten und die Einteilung des Personals.

Ich bekomme von keinem Kollegen/Kollegin morgens um acht einen Anruf: „Mein Kind ist krank; ich muss zuhause bleiben“ wo ich dann sehen muss, wie ich – plötzlich alleine – die doppelte Patientenzahl durch den Tag geschleust bekomme. Und wenn dann gleich eine ganze Woche draus wird...

Es gab immer wieder mal Situationen, in denen ich mir gewünscht hätte, dass ein Kollege/Kollegin mit auf ein Kind schaut. Fünf Tage hohes Fieber > hab ich wirklich nichts übersehen? Kann man weiter abwarten? Oder ein Hautausschlag, den ich nicht zuordnen kann. Aber mit zunehmender Erfahrung wurde es immer weniger.

Mit meiner überschaubaren Zahl von vier Mitarbeitern komme ich auch bestens zurecht. In Berufsausübungsgemeinschaften steigt mit zunehmender Zahl an Ärzten auch das Personal. Und je mehr MFA, desto schwieriger wird es, diese zu führen. Wir sind

ein eingespieltes Team mit sehr persönlichem Verhältnis. Ich kenne sehr viele Details aus dem Leben der MFA, kenne ihre Sorgen und Nöte. Leide mit ihnen in Beziehungskrisen und freue mich mit ihnen über das neue Auto oder die neue Wohnung. Dieses innige Verhältnis zahlt sich aus. Alle MFA identifizieren sich sehr mit der Praxis. Maximal zwei bis drei Krankheitstage pro Jahr insgesamt bei allen Mitarbeitern zusammen. Die Hemmschwelle, krank zu feiern, ist in einer Einzelpraxis viel höher als in einer großen Praxis mit vielen MFA.

Wir müssen keine Dienstpläne schreiben und keine Urlaubspläne. Wenn ich Urlaub mache -und das steht 1 Jahr im Voraus fest- ist die Praxis zu und auch alle MFA haben Urlaub. Damit bin ich als Arbeitgeber sehr großzügig, weil die MFA damit doppelt so viel Urlaub haben wie ihnen tariflich zustünde. Aber das gute Arbeitsklima ist mir das wert.

Wenn ich da an meine Kollegen in Doppel- und Dreierpraxen denke, wo nicht nur für die MFA, sondern auch für die Kollegen untereinander Dienstpläne erstellt und Arbeitszeitkonten geführt, Überstunden und Wochenendzuschläge genau erfasst werden müssen und sich die zehn MFA um die Brückentage streiten und um lukrative Urlaubszeiten. All diesen bürokratischen Aufwand habe ich in meiner Einzelpraxis nicht.

Ich will nicht abstreiten, dass es Kolleginnen und Kollegen gibt, die das gar nicht so wollen. Die die Verantwortung einer Einzelpraxis scheuen und diese lieber auf mehreren Schultern verteilt wissen wollen. Die lieber als angestellter Arzt mit festen Arbeitszeiten arbeiten wollen. Für die die Familienplanung ansteht und dafür ein zeitweises Aussetzen möglich sein muss. Die nur Teilzeit arbeiten und deshalb mit dem allgemeinen Teil einer Praxis nichts zu tun haben wollen.

Für diese Kolleginnen und Kollegen würden andere Berufsausübungsformen passender sein, kein Zweifel.

Für den Vollblut-Pädiater, der in die Niederlassung will, ist die Einzelpraxis aber weiterhin die beste Variante seine Träume dieses wunderschönen Berufes zu verwirklichen.

*Dr. Eckhard Jentsch
91781 Weißenburg
E-Mail: praxis.jentsch@t-online.de*

Red.: WH

Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ● ● ●

Teil 3: Abschluss des Arbeitsvertrages



Christian Krapohl

Teil 3 der Serie „Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber“ knüpft an den Inhalt des vorherigen Artikels (Form des Arbeitsvertrages, Vertragsparteien, Beginn, Befristung, Arbeitsort, Tätigkeit, Vergütung und Arbeitszeit) an (s. Heft 3 und 4 - 2016 dieser Zeitschrift). Nachfolgend werden die letzten Punkte (h – j) der durch § 2 Nachweisgesetz geforderten Vertragsbedingungen abgehandelt:

Einleitung

Hierbei handelt es sich um:

- die Dauer des jährlichen Erholungsurlaubs,
- die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses,
- ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf das Arbeitsverhältnis anzuwenden sind.

Es geht daher nun um das Thema Urlaub, Kündigung(sfristen) und Anwendbarkeit von Tarifverträgen. Im Einzelnen:

Urlaub

In der Praxis wird häufig über das Thema Urlaub gestritten, insbesondere, wenn der vom Arbeitnehmer beantragte Urlaub nicht antragsgemäß zu dem gewünschten Zeitpunkt gewährt wird. Tatsächlich aber gehen die regelmäßig vereinbarten 28 bis 30 Urlaubstage im Jahr weit darüber hinaus, was das Gesetz als Mindesturlaub vorsieht.

Mindesturlaub

Das Bundesurlaubsgesetz (BUrlG) räumt allen Arbeitnehmern einen **Mindesturlaub** von lediglich **24 Werktagen** ein. Werktage sind alle Tage von Montag bis einschließlich Samstag. Dies führt dazu, dass einem Arbeitnehmer bei der „klassischen“ 5-Tage-Woche nur 20 Urlaubstage im Jahr zustehen:

Berechnung

$24 \text{ Werktage} / 6 \text{ Tage je Woche} = 4 \text{ Wochen}$
 $4 \text{ Wochen} \times 5 \text{ Arbeitstage je Woche} = 20 \text{ Urlaubstage}$

Der **Mindesturlaubsanspruch besteht auch** – häufig von Arbeitgebern verkannt – für **Teilzeitbeschäftigte**, wie z. B. bei Mini-Jobbern (Praxisbote, Reinigungskräfte, etc.). Die Berechnung des konkreten Urlaubsanspruchs erfolgt über die Anzahl der Wochentage, an denen der Mitarbeiter regelmäßig in der Praxis tätig ist. Arbeitet der Bote zum Beispiel an 2 Tagen in der Woche, ergibt sich folgende Berechnung:

Berechnung

$24 \text{ Werktage} / 6 \text{ Tage je Woche} = 4 \text{ Wochen}$
 $4 \text{ Wochen} \times 2 \text{ Arbeitstage je Woche} = 8 \text{ Urlaubstage}$

Vertraglicher Urlaubsanspruch

Ein über den Mindesturlaub hinausgehender Urlaub muss vertraglich vereinbart werden. Dies geschieht in der Regel durch eine entsprechende Klausel im Arbeitsvertrag oder durch die Anwendbarkeit eines Tarifvertrages. Eine aktuelle Musterklausel für den Urlaubsanspruch ist auf der nächsten Seite vorgesehen.

Entstehen des vollständigen Urlaubsanspruchs, Teilurlaub

Anspruch auf den vollständigen Urlaub hat ein Arbeitnehmer erst, wenn er die in § 4 BUrlG vorgesehene Wartezeit absolviert hat. Die Wartezeit beträgt sechs Monate ab Beginn des Arbeitsverhältnisses. Endet das Arbeitsverhältnis, bevor die Wartezeit abgelaufen ist, so hat der Arbeitnehmer Anspruch auf 1/12 des vorgesehenen Jahresurlaubs pro Monat. Ein Arbeitnehmer, dessen Arbeitsverhältnis seit mehr als sechs Monaten besteht und der in der zweiten Jahreshälfte ausscheidet, hat Anspruch auf den vollen Jahresurlaub.

Um die Verpflichtung des Arbeitgebers auf Gewährung von Urlaub zu reduzieren, sollte in jedem Fall im Arbeitsvertrag der vorgesehene Urlaubsanspruch auf den gesetzlichen Mindesturlaub und den Zusatzurlaub aufgeteilt werden. Die vorstehenden Regelungen zum Erwerb des vollen Urlaubsanspruchs gelten nämlich nur für den gesetzlichen Mindesturlaub. Der darüber hinausgehende Zusatzurlaub ist disponibel. Dies wird bei der Musterklausel berücksichtigt.

Gewährung von Urlaub, Praxisferien

Der Arbeitgeber bestimmt im Wege seines Direktionsrechtes grundsätzlich die zeitliche Lage des Urlaubes. Aber: Der Arbeitgeber hat die Urlaubswünsche des

Arbeitnehmers zur berücksichtigen, wenn nicht sog. dringende betriebliche Belange oder die Urlaubswünsche anderer Arbeitnehmer dem entgegenstehen. Ein solch dringender betrieblicher Grund für die Vorgabe des Urlaubs auch ohne Berücksichtigung der Wünsche der Mitarbeiter sind sog. Praxisferien. Die Anordnung von Praxisferien im Wege des Direktionsrechtes ist zulässig, wenn die Anwesenheit des Arbeitgebers für die Tätigkeit der Mitarbeiter maßgebend ist. In der Praxis hat es sich bewährt, die Wünsche der Beschäftigten mit den Erfordernissen der Praxis zu Beginn eines Kalenderjahres durch eine Urlaubsliste einvernehmlich abzustimmen, um den Praxisfrieden zu wahren. Gleichwohl sollte sich der Arbeitgeber wie folgt absichern:

*„Liebe(r) Mitarbeiter(in),
ich weise darauf hin, dass die Eintragung in diese Urlaubsliste keine Urlaubsbewilligung darstellt, auch wenn ich ihr nicht widersprochen habe. Sie hat allein den Zweck, die Urlaubswünsche der Mitarbeiter für das laufende Urlaubsjahr festzustellen und notfalls zu koordinieren. Für die Gewährung des Erholungsurlaubs ist in jedem Fall ein ordnungsgemäßer Urlaubsantrag und eine Bewilligung des beantragten Urlaubs durch mich erforderlich.“*

Dieses Vorgehen findet auch bei der beigefügten Musterurlaubs Klausel Berücksichtigung.

Übertragung des Urlaubsanspruchs auf das Folgejahr

Der Urlaub ist nach dem BUrlG grundsätzlich im jeweiligen Kalenderjahr zu nehmen. Ausnahmsweise darf der Urlaub jedoch bis spätestens zum 31. März des Folgejahres genommen werden. Dies gilt z. B. dann, wenn der Arbeitnehmer aus betrieblichen Gründen den Urlaub nicht nehmen konnte, weil der ordnungsgemäße Ablauf des Praxisbetriebes ohne ihn nicht mehr gewährleistet werden konnte. Hierüber sollte zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer im Einzelfall eine schriftliche Einigung erzielt werden. Aber auch Gründe auf Seiten des Mitarbeiters können zu einer Übertragung des Urlaubsanspruchs auf das Folgejahr führen. Der Hauptanwendungsfall ist die Erkrankung eines Arbeitnehmers, durch die der Urlaub nicht mehr rechtzeitig genommen werden konnte. Bei der Übertragung auf das nächste Kalenderjahr muss der Arbeitnehmer den Urlaub jedoch so rechtzeitig geltend machen, dass er bis zum 31. März beantragt und genommen werden kann. Anderenfalls verfällt der Urlaub mit Ablauf des 31. März ersatzlos. Dies gilt allerdings dann nicht, wenn aufgrund fortdauernder Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmer an der Ausübung seines Rechtes gehindert ist. In diesem Falle werden die nicht genommenen Urlaubstage dem neuen Urlaubsanspruch für das Folgejahr hinzugerechnet. Um ein ungewolltes Aufstauen von Urlaubsansprüchen zu begrenzen, sollte – wie oben – zwischen dem gesetzlichen Mindesturlaubsan-

spruch und einem darüber hinaus gehenden Zusatzurlaub im Arbeitsvertrag unterschieden werden; der Zusatzurlaub darf nämlich auf das jeweilige Urlaubsjahr mit der Folge befristet werden, dass eine Übertragung nicht stattfindet.

Muster einer Urlaubsklausel

„§ ...Urlaub

1. Die/der Arbeitnehmer(in) hat einen Anspruch von insgesamt 30 Arbeitstagen bezahlten Urlaub im Kalenderjahr (bezogen auf eine 5-Tage-Arbeitswoche). 20 Arbeitstage werden aufgrund und nach Maßgabe des Bundesurlaubsgesetzes gewährt. 10 Arbeitstage gewährt der Arbeitgeber als „Zusatzurlaub“.
2. Bei unterjährigem Ein- oder Austritt wird der Zusatzurlaub für jeden vollen Monat anteilig (1/12) gewährt. Der Zusatzurlaub muss im laufenden Kalenderjahr genommen werden, sonst verfällt er mit Ablauf des Kalenderjahres. Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgt keine Abgeltung nicht genommenen Zusatzurlaubs.
3. Der Urlaub wird in Abstimmung mit dem Arbeitgeber festgelegt. Der Arbeitgeber ist berechtigt, Betriebsferien anzuordnen. Während der Betriebsferien wird Urlaub gewährt, der auf den Urlaubsanspruch angerechnet wird. Genommener Urlaub wird zuerst auf den Urlaubsanspruch nach dem Bundesurlaubsgesetz angerechnet.
4. Die/der Arbeitnehmer(in) hat ihren/seinen Urlaubswunsch bis zum 28. Februar des laufenden Jahres in die vom Arbeitgeber geführte Urlaubsliste einzutragen, damit Überschneidungen möglichst vermieden werden. Der Urlaub ist schriftlich zu beantragen. Der Urlaub darf erst dann angetreten werden, wenn der Arbeitgeber ihn schriftlich genehmigt hat.“

Kündigungsfristen

Soweit nichts Abweichendes im Arbeitsvertrag geregelt ist, gelten die Fristen des § 622 BGB. Danach ist das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Kalendermonats beidseitig kündbar. Dauert das Arbeitsverhältnis länger an, beträgt die Kündigungsfrist für den Arbeitgeber wenn das Arbeitsverhältnis in der Praxis

- zwei Jahre bestanden hat, einen Monat zum Ende eines Kalendermonats,
- fünf Jahre bestanden hat, zwei Monate zum Ende eines Kalendermonats,
- acht Jahre bestanden hat, drei Monate zum Ende eines Kalendermonats,
- zehn Jahre bestanden hat, vier Monate zum Ende eines Kalendermonats,
- zwölf Jahre bestanden hat, fünf Monate zum Ende eines Kalendermonats,

- 15 Jahre bestanden hat, sechs Monate zum Ende eines Kalendermonats,
- 20 Jahre bestanden hat, sieben Monate zum Ende eines Kalendermonats.

In einem Arbeitsvertrag kann jedoch geregelt werden, dass die verlängerten Fristen auch für den Arbeitnehmer gelten:

„Jede Verlängerung der Kündigungsfristen gilt auch für den Arbeitnehmer.“

Die Möglichkeit zur außerordentlichen („fristlosen“) Kündigung bleibt hiervon unberührt.

Anwendbarkeit von Tarifverträgen

Spezielle Tarifverträge für die Beschäftigung von ärztlichem Personal außerhalb des Krankenhauses bestehen nicht. Eine Einbeziehung von Tarifvertragswerken aus dem Krankenhaus macht daher wegen der fehlenden Vergleichbarkeit im ambulanten Bereich keinen Sinn. In Gehaltsverhandlungen wird seitens des Arbeitnehmers häufig auf das sogenannte Oberarzt-Gehalt bei Ärztinnen und Ärzten mit Gebietsanerkennung verwiesen. Aus Sicht des Arbeitgebers sollte jedoch eine Bezugnahme im Arbeitsvertrag auf ein Tarifvertragsgehalt vermieden werden. Stattdessen kann daran gedacht werden, variable Vergütungsbestandteile aufzunehmen. Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gelten andere Konditionen.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, sich an der Vergütungshöhe im klinischen Bereich zu orientieren.

Im Bereich der Medizinischen Fachangestellten besteht der Manteltarifvertrag, der jedoch für den Arbeitgeber nicht verbindlich ist, an dem man sich hinsichtlich der Vergütungshöhe aber orientieren sollte. In Ballungsgebieten ist ohnehin eine übertarifliche Vergütung üblich, da qualifizierte MFA sonst kaum zu bekommen sind. Wenn der Arbeitgeber dreimal vorbehaltlos eine Anpassung der Vergütung gemäß Gehaltstarifvertrag für medizinische Fachangestellte vorgenommen hat, hat man allerdings den geltenden Tarifvertrag zum Gegenstand des Arbeitsvertrages gemacht.

Ausblick

Teil 4 wird sich in der nächsten Ausgabe mit dem laufenden Arbeitsverhältnis und seiner Beendigung beschäftigen (Schwangerschaft, Elternzeit, Kündigung).

Christian Krapohl
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Dr. Möller und Partner
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de

Red.: WH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLERGEBNIS 2016

für die Wahlen im Landesverband Bayern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. Wahlperiode 2016-2020

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**

Dr. med. Martin Lang, Augsburg

**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 2. Delegierte:**

Dr. med. Brigitte Dietz, Taufkirchen

**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 3. Delegierter:**

Dr. med. Karl-Heinz Leppik, Erlangen

**3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 4. Delegierter:**

Otto Laub, Rosenheim

Vorstandsmitglied und 5. Delegierter:

Prof. Dr. med. Stefan Eber, München

Vorstandsmitglied und 6. Delegierter:

Dr. med. Martin Götz, Elisabethszell

Vorstandsmitglied und 7. Delegierter:

Dr. med. Georg Leipold, Regensburg

8. Delegierter:

Dr. med. Wolfgang Landendörfer, Nürnberg

9. Delegierter:

Dr. med. Stefan Zeller, Kempten

Ersatzdelegierte:

Walter Breiner, Marktoberdorf
Guido Judex, Regensburg
Dr. med. Johanna Harris, München
Dr. med. Gabi Haus, München
Philipp Schoof, München
Dr. med. Anke Steuerer, Augsburg
Dr. med. Klaus Schnell, Coburg
Dr. med. Norbert Knieß, Ingolstadt
Dr. med. Peter Seidl, Waldkirchen
Dr. med. Patrick Muzzolini, Kulmbach
Jürgen Marseille, Röttingen

Schatzmeister:

Dr. med. Stefan Zeller, Kempten

Das Anstrengungsasthma bei Kindern und Jugendlichen – Ein aktueller Überblick

Dr. Melanie Dreßler¹

Das Asthma bronchiale ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch bronchiale Hyperreagibilität (BHR) und Episoden variabler Atemwegsobstruktion charakterisiert ist. Speziell das Anstrengungsasthma (exercise-induced Asthma, EIA) wird gemäß der Kriterien der American thoracic society als akute, vorübergehende Bronchokonstriktion nach körperlicher Anstrengung definiert (1). Insbesondere für Kinder und Jugendliche ist sportliche Aktivität in Rahmen von Spiel, Sport oder Wettkampf ein wichtiger Bestandteil des täglichen Lebens und bedeutsam für die weitere Entwicklung. Dementsprechend kann das Anstrengungsasthma die Lebensqualität erheblich reduzieren.

Das Anstrengungsasthma – Zahlen und Fakten

Durch die bronchiale Obstruktion nach der sportlichen Aktivität werden die typischen Symptome des Anstrengungsasthmas wie Husten, erschwerte Atmung, vermehrte Sekretbildung und ein pfeifendes Atemgeräusch ausgelöst. Diese Symptome treten typischerweise etwa 5 bis 30 Minuten nach der auslösenden Anstrengung auf und sind meist selbstlimitierend; nach etwa 30 bis 90 Minuten bilden sie sich in der Regel auch ohne therapeutische Maßnahmen zurück, bei Kindern tendenziell sogar früher (1,2). Aber zumindest in der amerikanischen Literatur wurden mehrere tödliche Verläufe im Rahmen des Anstrengungsasthma beschrieben (3,4). Das Anstrengungsasthma wird als eigener Asthmaphänotyp definiert, vor allem bei Spitzensportlern wie Hochleistungsschwimmern und Wintersportathleten. In der täglichen Praxis kommt es bei Kindern und Jugendlichen in allen Asthma-Schweregraden vor. In der Regel ist dies ein Zeichen für eine reduzierte und unzureichende Asthmakontrolle.

Die Angaben zur Prävalenz von Anstrengungsasthma schwanken in der Literatur, je nach genauer Definition und verwendeter diagnostischer Methode. In der normalen Bevölkerung wird von einer Prävalenz von 5 bis 10 %, unter Elitesportlern, insbesondere im Wintersportbereich zwischen 30-70 % und bis zu 90 % bei Patienten mit schwerem Asthma bronchiale ausgegangen (5). In einer norwegischen Studie unter 10-jährigen Kindern zeigte sich bei 8,6 % aller Kinder sowie bei 36,7 % der 10-jährigen mit bekanntem Asthma bronchiale ein Anstrengungsasthma(6).

Für die Entstehung des Anstrengungsasthmas gibt es verschiedene Theorien. Einerseits kommt es durch das erhöhte Atemminutenvolumen beim Sport zur Auskühlung der Bronchialschleimhaut und dadurch ausgelöst zur Vasokonstriktion. Nach Beendigung der Belastung kommt es zur raschen Wiedererwärmung und somit Vasodilatation der bronchialen Gefäße mit Hyperämie

und Ödembildung der Bronchialschleimhaut, die zur Obstruktion beiträgt (2). Andererseits kommt es durch das erhöhte Atemminutenvolumen zur Austrocknung der Bronchialschleimhaut mit der Folge einer ansteigenden Osmolarität. Diese führt bei Patienten mit hyperreagibler Bronchialmuskulatur zur Aktivierung von Mast- und Epithelzellen und somit zur Freisetzung proinflammatorischer Mediatoren beispielsweise Histamin, Leukotriene und Prostaglandine. Eine Kontraktion der glatten Bronchialmuskulatur wird ausgelöst (2,7). Dieser Mechanismus ist abhängig vom Ausmaß der Anstrengung und somit der Höhe des Atemminutenvolumens und wird durch kalte und trockene Luft verstärkt (8) (Abb. 1). Aber auch weitere Umweltfaktoren können das Anstrengungsasthma beeinflussen (Tab. 1). Ebenso hat eine bestehende bronchiale Entzündung, die auch bei asymptomatischen Patienten in den Atemwegen persistiert, einen verstärkenden Effekt auf das Anstrengungsasthma. Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Eosinophilenanzahl in induziertem Sputum und der Stärke des Anstrengungsasthmas nachgewiesen werden(9).

Anstrengungsasthma – diagnostische Schritte

Insbesondere Kinder mit Anstrengungsasthma zeigen in Ruhe eine normale Lungenfunktion. Zudem haben sich die typischen Symptome (Pfeifen, Dyspnoe, Husten) bei der Diagnosestellung als schlechte Prädiktoren des Anstrengungsasthmas erwiesen. In einer Studie unter Collegestudenten konnte nur bei 35 % der Studenten, die beim Sport Symptome angegeben haben, ein Anstrengungsasthma diagnostiziert werden (10). Aus diesem Grund sind standardisierte bronchiale Provokationsmethoden zu Diagnosestellung essentiell.

Generell werden direkte von indirekten bronchialen Provokationsmethoden unterschieden. Bei den direkten Methoden, binden z. B. Methacholin oder

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Allergologie, Pneumologie und Mukoviszidose, Goethe-Universität Frankfurt

Histamin direkt an die Muskarinrezeptoren der glatten Muskulatur und lösen die Bronchokonstriktion aus. Indirekte Methoden beispielsweise Laufbandbelastungen, Inhalation hypertoner Kochsalzlösung oder Mannitolinhalation führen über Wasserverlust zum Anstieg der Osmolarität, und folglich zu Mastzellstimulation und Bronchokonstriktion.

Für die Durchführung einer Methacholinprovokation gibt es grundsätzlich zwei verschiedene Methoden. Bei der in den aktuellen Leitlinien der American thoracic society (ATS) empfohlenen Methode wird Methacholin in fünf ansteigenden Konzentrationsstufen mit jeweils fünf tiefen Atemzügen inhaliert (11). Bei einem Abfall des forcierten expiratorischen Volumens in 1 Sekunde (FEV_1) um $\geq 20\%$ wird die Provokation beendet. Die Konzentration, die einen 20%igen Abfall ausgelöst hat wird als $PC_{20}FEV_1$ bezeichnet. Da die Herstellung der Konzentrationslösungen zeitaufwendig und fehleranfällig ist, hat sich eine weitere Methode etabliert, bei der ansteigende Mengen an Methacholin einer einzigen Konzentration inhaliert werden, bis ein 20%iger Abfall der FEV_1 erreicht ist (12). Die Dosis, die den 20%igen Abfall der FEV_1 ausgelöst hat wird als $PD_{20}FEV_1$ bezeichnet. Beide Testmethoden zeigen eine sehr gute Übereinstimmung (13).

Für die Methacholinprovokation konnte in Studien gezeigt werden, dass sie durch die Messung der bronchialen Reizempfindlichkeit bei einem großen Anteil der Patienten zur Diagnose eines Anstrengungsasthmas beiträgt (14).

Insgesamt scheinen die indirekten Testmethoden geeigneter bei der Diagnostik eines Anstrengungsasthmas. Aus diesem Grund wird in vielen Textbüchern die Laufbelastung als Methode der Wahl empfohlen. In der täglichen Praxis aber hat sich die Laufbelastung auf dem Laufband als wenig geeignet erwiesen. Dies liegt zum Teil an der unzureichenden Belastung auf dem Laufband und/oder an der warmen Umgebungstemperatur. Ein Belastungstest in normaler Umgebungsluft (freier Lauf) kann die Sensitivität der Methode etwas steigern. In der Literatur findet sich auch beim freien Lauf nur eine Sensitivität von 65% (15).

Es ist schon seit längerem bekannt, dass die Sensitivität des Belastungstests und die Stärke der bronchialen Reaktion erhöht werden können, indem eine Provokationsmethode mit einer Kombination aus zwei indirekten Stimuli durchgeführt wird, beispielsweise eine Belastungsprovokation in kalter oder trockener Luft (16). Dementsprechend empfehlen die aktuellen ATS-Leitlinien einen standardisierten Belastungstest in trockener Luft ($<10\text{mg H}_2\text{O/l}$) zur Diagnosestellung. Die Geschwindigkeit des Laufbandes wird innerhalb von zwei Minuten gesteigert, bis die Patienten/Probanden 80-90% des maximalen Pulses erreicht haben (Schätzwert: $220 - \text{Alter in Jahren}$). Für Kinder bis zu 12 Jahren beträgt die gesamte Laufzeit sechs Minuten, für ältere Kinder und Erwachsene acht Minuten. Während des Laufens wird fortlaufend der Puls gemessen. Nach dem Laufen wird die FEV_1 nach 5, 10, 15 und 30 Minuten gemessen. Als positive

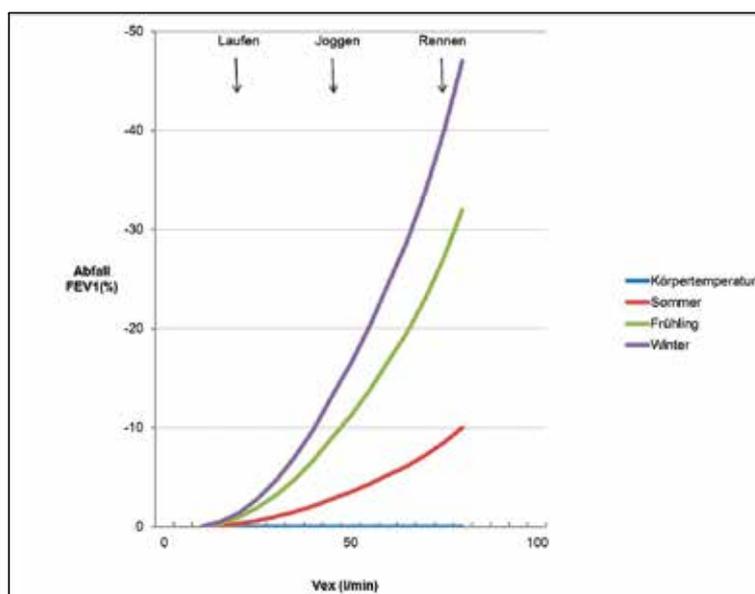


Abb. 1: Temperatureffekt auf das Anstrengungsasthma (EIA) (modifiziert nach 8) Vex = Geschwindigkeit der Ausatemluft

- Kalte, trockene Luft
- Luftverschmutzung
- Hohe Trichloraminbelastung in Schwimmbädern
- Starke Pollenbelastung
- Hohe Ozonwerte

Tab. 1: Umweltfaktoren mit Einfluss auf das Anstrengungsasthma nach ATS Guidelines (10)

Reaktion gilt ein Abfall der FEV_1 von $\geq 10\%$ im Vergleich zum Ausgangswert. Ein solcher Belastungstest zeigt eine Wiederholbarkeit von 76% (17). Falls der Belastungstest zweimal negativ ausfällt, die Symptome jedoch stark auf ein Anstrengungsasthma hindeuten kann im Anschluss ggf. eine sportspezifische Belastung durchgeführt werden (1) (Abb. 2).

In der Frankfurter Ambulanz haben wir ein anderes Verfahren etabliert. Wir führen eine Laufbandbelastung in der Kühlkammer durch (Abb. 3). Die Kühlkammer kann auf eine Temperatur von zwei Grad Celsius gekühlt werden und somit hat diese Luft unter normalen Luftdruckbedingungen einen Wassergehalt von nur 5 - 6 $\text{mg H}_2\text{O/l}$. Bei Durchführung der Laufbelastung entsprechend den dargestellten ATS-Kriterien haben wir in einer aktuell laufenden Studie vergleichbare Ergebnisse bezüglich Sensitivität und Reproduzierbarkeit erzielt.

Entsprechend der Stärke des Abfalles im Belastungstest kann das Anstrengungsasthma in die Schweregrade leicht (FEV_1 Abfall $\geq 10\% < 25\%$), mittel (FEV_1 Abfall $\geq 25\% < 50\%$) und schwer (FEV_1 Abfall $\geq 50\%$) eingeteilt werden (Abb. 4).

Anstrengungsasthma - Therapieoptionen

Für das Anstrengungsasthma gibt es nach den Leitlinien der ATS sowohl pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Behandlungsmethoden (1). Eine Aufwärmphase mit moderater Anstrengung von 10-15 Minuten vor der sportlichen Betätigung kann das Auftreten eines Anstrengungsasthmas in den nächsten zwei Stunden deutlich reduzieren, da eine Refraktärperiode ausgelöst wird. Ebenso kann bei kalter Luft ein Schal vor dem Mund und der Nase zu einem Auf-

wärmen der Luft und somit reduzierter Bronchokonstriktion führen. Ein weiterer nichtpharmakologischer interessanter Ansatz ist die Reduktion des Anstrengungsasthmas durch mehrfach ungesättigte Fettsäuren. In einer Studie mit Fischölen konnte nach einer 3-wöchigen täglichen Einnahme eine signifikante Reduktion der FEV₁ Abfalles nach vergleichbarer Belastung gezeigt werden (18).

Medikamentös stehen die bedarfsorientierten kurzwirksamen Beta-2-Sympatomimetika (SABA) wie beispielsweise Salbutamol an erster Stelle der therapeutischen Maßnahmen. Diese können sowohl beim Auftreten von Symptomen während des Sportes, als auch bereits präventiv 5-20 Minuten vor dem Sport inhaliert werden. Wenn ein regelmäßiger bis täglicher Bedarf an SABA besteht sollte eine Dauertherapie eingeleitet werden.

Die Akuttherapie mit SABA ist für Kinder und Jugendliche häufig nicht ideal, da die sportliche Belastung bei Kindern oft ungeplant auftritt. Für diese Patienten ist die Behandlung mit Montelukast eine ideale Option. Montelukast ist als Monotherapie bei leichtgradigem Asthma und gleichzeitigem Anstrengungsasthma bei Patienten jünger als 15 Jahre zugelassen. Unter Therapie mit Montelukast zeigt sich eine deutliche Reduktion des maximalen FEV₁ Abfalles nach sportlicher Belastung, dieser bronchoprotektive Effekt zeigt innerhalb von 4 Wochen keine Toleranzentwicklung (19). Alternativ können insbesondere bei Patienten mit bekanntem Asthma bronchiale oder eingeschränkter Lungenfunktion auch inhalative Kortikosteroide (ICS) als Dauertherapie häufig in Kombination mit langwirksamen Beta-2-Sympatomimetika (LABA) verwendet wer-

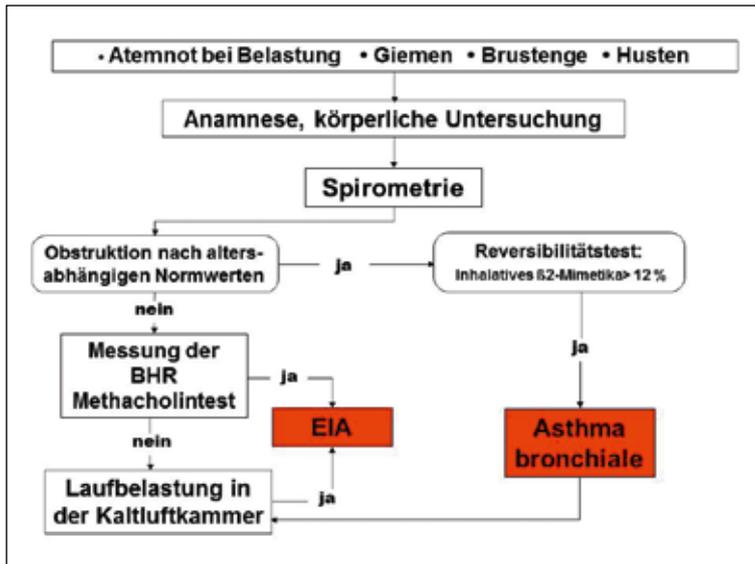


Abb. 2: Diagnostischer Flowchart Anstrengungsasthma (EIA = Anstrengungsasthma [Exercise induced asthma]; BHR = Bronchiale Hyperreaktivität)



Abb. 3: Kältekammer mit Laufband in der Frankfurter Ambulanz

den (1). Da bei Patienten mit bekanntem Asthma und Anstrengungssymptomatik häufig ein schlecht kontrolliertes Asthma vorliegt, ist bei diesen Patienten eine gute Asthmakontrolle mit ausreichender Therapie gemäß den Empfehlungen der Asthmaleitlinie anzustreben.

Differenzialdiagnosen – nicht jeder der beim Sport pfeift hat ein Anstrengungsasthma

Luftnot beim Sport ist nicht in allen Fällen durch ein Anstrengungsasthma bedingt. Differenzialdiagnostisch sollte u.a. auch an cardiale Ursachen, Übergewicht, einen gastroösophagealen Reflux, belastungsinduzierte Anaphylaxie, belastungsinduzierte Hyperventilation und die belastungsinduzierte laryngeale Obstruktion (exercise-induced laryngeal obstruction, EILO) gedacht werden. In der eigenen Ambulanz ist die Obstruktion der oberen Atemwege im Sinne einer EILO die häufigste neue und schwierige Differenzialdiagnose.

EILO setzt sich aus einer heterogenen Gruppe funktioneller Atemstörungen des Larynx zusammen deren Pathologie die Stimmbänder und den Larynx betreffen; beispielsweise die belastungsinduzierte vocal cord dysfunction (VCD) und der belastungsinduzierte laryngeale Prolaps bzw. die belastungsinduzierte Laryngomalazie(5). EILO tritt mit einer Prävalenz von 5,7 - 7,6 % in der Bevölkerung auf (20,21) und führt zu ähnlichen Symptomen wie das Anstrengungsasthma. Bei sportlicher Betätigung kommt es zu Luftnot, Engegefühl im Halsbereich, Husten und einem oft auch von umstehenden Personen hörbaren inspiratorischen Stridor. Klinisch kann nicht sicher zwischen EIA und EILO unterschieden werden. Der Goldstandard zur Diagnose eines EILO ist aktuell die Videolaryngoskopie vor und nach einem standardisierten Belastungstest, alternativ kann auch eine Kombination mit einem Methacholintest verwendet werden (22). In der Lungenfunktion zeigen sich häufig Hinweise auf eine EILO, wie eine wellige Inspirationskurve oder ein starker Abfall der FEV₁ und FVC nach Provokation. Diese Veränderungen sind ein wichtiger Baustein in der Diagnostik, eignen sich jedoch nicht zur sicheren Diagnosestellung (22,23). Typische Asthmamedikamente bringen bei diesen Patienten keine Linderung der beschriebenen Symptome. Es kommt jedoch bei einer großen Zahl der Patienten zur Fehldiagnose Asthma, sodass sie vielfach über Jahre hinweg entsprechend der Asthma bronchiale Stufentherapie, bei fehlendem Ansprechen häufig sogar mit hohen Dosen inhalierbaren Steroiden, behandelt werden.

Bei der vocal cord dysfunction zeigt sich in der Laryngoskopie der pathologische Verschluss der Stimmbänder bei der Inspiration (Abb. 5). Die VCD zeigt sich häufiger bei Mädchen ab dem Pubertätsalter und jungen Frauen als bei Männern. Die genaue Ursache ist nicht vollständig geklärt. Psychologische Faktoren oder Leistungsdruck scheinen eine Rolle zu spielen. Gelegentlich kommt es auch zum Nachweis einer In-

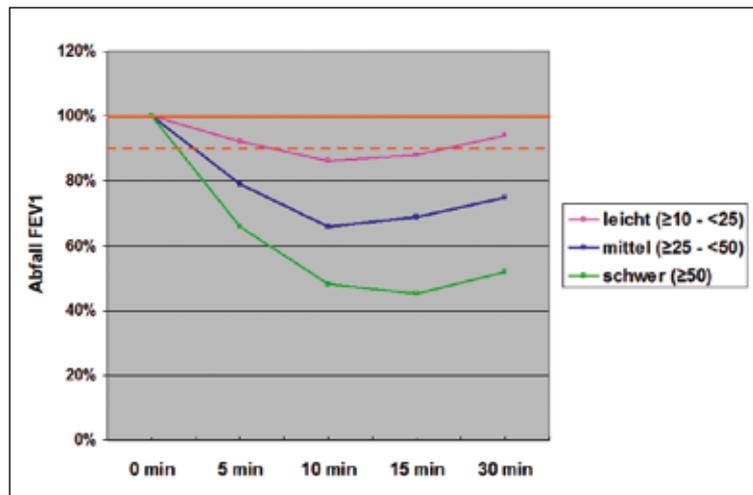


Abb. 4: Übersicht der Schweregrade Anstrengungsasthma, FEV₁-Abfall über die Zeit aufgetragen

fektion der oberen Luftwege oder eines GÖR als Ursache der VCD, die leitliniengerecht therapiert werden sollten. Meist hilft therapeutisch einerseits bereits eine Aufklärung über das Krankheitsbild (siehe auch www.vcd-selbsthilfe.de), besonders wünschenswert ist, dass der Patient selbst die VCD während der laryngoskopischen Untersuchung sehen kann. Günstig wirkt eine logopädische Behandlung mit Atem- und Entspannungsübungen. Falls diese therapeutischen Maßnahmen nicht ausreichen, sollte eine psychosomatische Abklärung erfolgen sowie Familientherapie oder Elterncoaching angeboten werden (24).

Bei der belastungsinduzierten Laryngomalazie zeigt sich nach Belastung, bei einigen Patienten sogar geringer ausgeprägt auch schon vor Belastung, in der Videolaryngoskopie ein Prolaps der Aryknorpel in den Larynx bei Inspiration (Abb. 6). Je nach Schweregrad der Symptomatik kann bei diesem Krankheitsbild der natürliche Verlauf abgewartet werden. Es empfiehlt sich aber Sportarten mit plötzlichen Belastungsspitzen eher zu vermeiden und eine Atemschulung zu veranlassen. Es zeigte sich in Studien ein Rückgang der Symptome

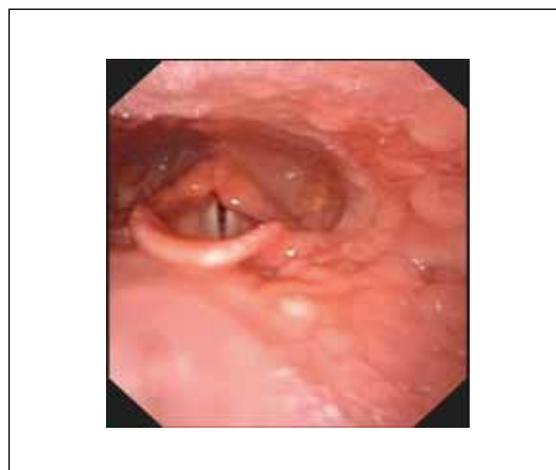


Abb. 5: Videolaryngoskopie bei vocal cord dysfunction (VCD), pathologische Stimmbandstellung bei Inspiration



Abb. 6: Videolaryngoskopie bei belastungsinduzierter Laryngomalazie, Expirations- (links) und Inspirationsaufnahme (rechts)

innerhalb von zwei bis fünf Jahren (25). Alternativ kann bei starken Beschwerden eine Lasersupraglottoplastik, eine Durchtrennung der zu kurzen aryepiglottischen Falten und im Einzelfall die Fixation der Epiglottis an den Zungengrund, die sogenannte Epiglottopexie, erwogen werden (25).

Danksagung: Wir danken der „Kinderhilfestiftung Frankfurt am Main e.V.“ und Frau J. Zivanovic-Riedel für ihre finanzielle Unterstützung bei der Erbauung der Kaltluftkammer für die Laufbandbelastung in unserer Ambulanz für Allergologie, Pneumologie und Mukoviszidose.

Literatur bei den Verfassern

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift

Dr. med. Melanie Dressler

Klinik für Kinder und Jugendmedizin

Allergologie Pneumologie und Mukoviszidose

Goethe-Universität Frankfurt

Theodor Stern Kai 7, 60596 Frankfurt

Tel.: 069/63015732

E-Mail: melanie.dressler@kgu.de

Red.: Huppertz

Krankheitsentstehung und Primärprävention von Asthma bronchiale

Der Primärprävention von Asthma bronchiale kommt eine besondere Bedeutung zu, da es eine chronische, therapeutisch nicht heilbare Erkrankung ist. Eine Präventionsstrategie müsste in der Lage sein, die Entstehung der chronischen Veränderungen des Immunsystems und der Lungenfunktion zu verzögern oder zu verhindern. Unzählige Verhaltensweisen und Expositionen der Lebensumwelt sind in Beobachtungsstudien in den letzten Jahrzehnten mit der Entwicklung von Asthma assoziiert worden. Trotz der inzwischen rund 50 Interventionsstudien zur Primärprävention konnte keiner dieser Faktoren als wirksames Ziel einer anwendbaren Präventionsstrategie bestätigt werden. Die gültigen allgemeinen Empfehlungen zur Vermeidung von Tabak-Exposition, zum Stillen, Impfen und zum regulären Kindergartenbesuch können also ohne spezifischen Bezug zur Asthma-Entstehung gegeben werden. Eine bestimmte Ernährung der Mutter oder des Kindes sowie eine spezifische Allergen-Vermeidung (Nahrungsmittel, Haustiere, Milben) können zur Asthma-Prävention nicht empfohlen werden.

Diese Arbeit erläutert wichtige methodische Hintergründe der Präventionsforschung mit dem Ziel, aus einem besseren Verständnis für die Herausforderungen dieses Forschungsbereichs und der Kenntnis aktueller Studienergebnisse dem/der Kinder- und Jugendarzt/-ärztin eine informierte Strategie für die Beratung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern zu bieten.



Dr. Linus B. Grabenhenrich, MPH¹



Dr. Jana Grabenhenrich²

Einleitung

Asthma bronchiale ist in den meisten Fällen gut symptomatisch behandelbar, es gibt aktuell jedoch keine kausale Therapie zur dauerhaften Heilung [1]. Daher sind Strategien zur primären Prävention von besonderem Interesse und stehen im Fokus dieses Artikels. Für eine ausgewogene Diskussion des aktuellen Forschungsstands zur Asthma-Prävention ist die Einführung eines theoretischen Konzepts hilfreich.

Krankheitskonzept Asthma

Zwei Aspekte der Erkrankung sollten grundsätzlich voneinander unterschieden werden. Zum einen sind dies die Veränderungen der Lunge und des Immunsystems, welche sich über einen langen Zeitraum entwickeln: auch wenn diese langfristigen Veränderungen klinisch-symptomatisch noch nicht in Erscheinung treten, können sie oft bereits durch apparative Diagnostik oder im Labor nachgewiesen werden. Sie sind die Grundlage für das Potenzial, auf bestimmte Reize symptomatisch zu reagieren. Zum anderen sollten von diesen Veränderungen die tatsächlich in Erscheinung tretenden klinischen Reaktionen in Form akuter Asthma-Anfälle oder andauernder Beschwerden abgegrenzt werden.

Diese Unterteilung hilft bei der Diskussion von Krankheitsursachen: Faktoren, welche die Entwicklung der chronischen Veränderungen beeinflussen, werden üblicherweise als Risiko- oder protektive Faktoren be-

zeichnet, während Faktoren, welche klinisch-symptomatische Reaktionen provozieren, Auslöser oder Trigger genannt werden (Abbildung 1). Als langfristige Einflussfaktoren werden z. B. Vererbung, Umweltbedingungen und Verhaltensweisen wie Rauchen während der Schwangerschaft oder Impfen diskutiert [2], während z. B. körperliche Anstrengung als kurzfristig wirksamer Auslöser angesehen wird. Einige Auslöser wie Rauchen oder Allergenexposition werden gleichzeitig auch als langfristig wirksame Einflussfaktoren verdächtigt.

Die Forschung zur Verhinderung der Krankheitsentstehung (Primärprävention) beschäftigt sich entsprechend dieser Unterteilung ausschließlich mit den Risiko- und protektiven Faktoren (Abbildung 1, obere Hälfte).

Forschungsansätze

Naheliegenderes Ziel dieser Präventionsforschung ist es, die tatsächlich wirksamen Mechanismen der Krankheitsentstehung zu verstehen, um auf sie aktiv Einfluss nehmen zu können. Für Asthma bronchiale konnte die Grundlagenforschung bereits wichtige Schritte der chronischen Lungen- und Immunsystemveränderungen auf zellulärer und molekularer Ebene erfolgreich aufklären [3]. Eine anwendbare Präventionsstrategie kann aus Ergebnissen der Grundlagenforschung jedoch nicht unmittelbar abgeleitet werden. Dazu ist es notwendig, den Einfluss bestimmter Umweltfaktoren und Verhaltensweisen auf die Krankheitsentstehung

¹ Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

² Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Mitte, Berlin, Deutschland

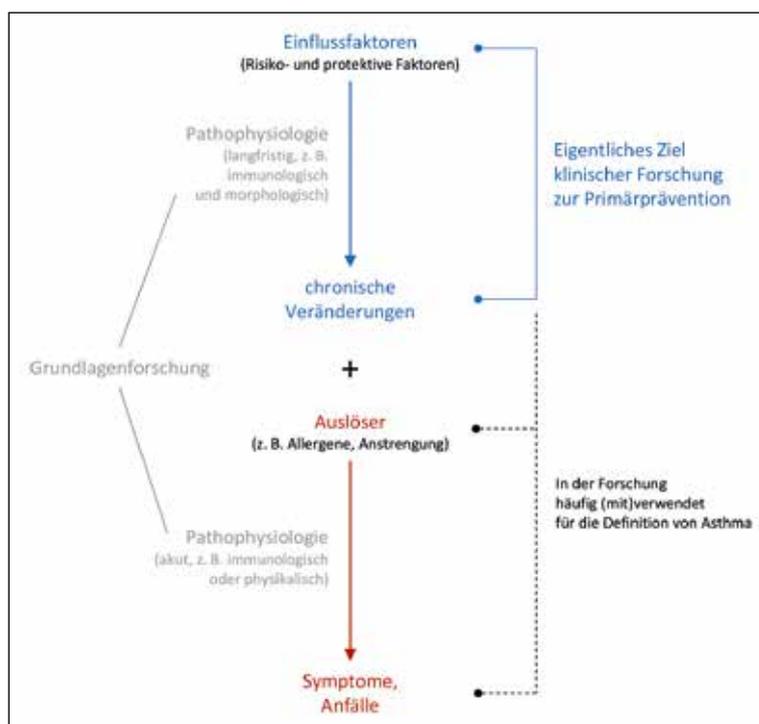


Abb. 1: Konzept der Krankheitsentstehung von Asthma bronchiale. Entstehung chronischer Veränderungen (blau) vs. Auslösen von Symptomen (rot).

direkt am Menschen zu beobachten. Diese klinische Forschung kann zwar, durch die Grundlagenforschung inspiriert, bestimmte Bereiche gezielt untersuchen, ist aber nicht auf die Kenntnis kausaler Zwischenglieder angewiesen. Zeigt sich eine präventive Intervention als wirksam oder unwirksam, so kann daraus unabhängig von Kenntnissen über die zugrunde liegenden kausalen Zwischenschritte eine Präventions-Strategie entwickelt werden (Abbildung 1, blaue Klammer).

Ziel und Methodik

Entsprechend ist es Ziel dieser Arbeit, den aktuellen Forschungsstand aus klinischen Untersuchungen zur Krankheitsentstehung und Primärprävention von Asthma bronchiale zusammenzufassen, um daraus anwendbare Strategien für die ambulante pädiatrische Versorgung zu formulieren. Dabei wird auf die Darstellung von Ergebnissen der Grundlagenforschung verzichtet: die Krankheitsentstehung kann am besten in Längsschnittstudien untersucht werden, während die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen nur durch vergleichende Interventionen nachgewiesen werden kann. Die Diskussion methodischer Besonderheiten ist ein besonderer Schwerpunkt dieser Arbeit, welche Grundlagen für eine informierte Anwendung genannter und zukünftiger Forschungsergebnisse liefern soll.

Eine aktuelle Schätzung geht von mehr als 50.000 Forschungsarbeiten zur Asthma-Prävention allein in den letzten 10 Jahren aus [4]. Der folgenden Darstellung liegen daher nur gezielt ausgewählte Primär- und Übersichtsarbeiten, sowie die aktuellsten nationalen und internationalen Empfehlungen zugrunde.

Krankheitsentstehung

Um Faktoren zu identifizieren, welche die Krankheitsentstehung beeinflussen, werden Kinder von der Geburt an über viele Jahre wiederkehrend beobachtet und das Auftreten von Asthma dokumentiert. Der Vergleich der Asthma-Häufigkeit von z. B. gestillten und nicht gestillten Kindern kann dabei als Hinweis auf den Einfluss von Stillen auf die Asthma-Entstehung gewertet werden. Diese Form der Beobachtungsstudie wird als Geburts-Kohorten-Studie bezeichnet [5]. Problematisch ist dabei, dass sich stillende von nicht stillenden Müttern noch in weiteren Faktoren unterscheiden, z. B. der Bildung: diese Faktoren könnten also ebenfalls der Grund für unterschiedliche Asthma-Häufigkeiten zwischen gestillten und nicht gestillten Kindern sein. Zwar können bekannte und relativ gut erfassbare Faktoren bei der Analyse berücksichtigt werden, nicht erfasste Aspekte können aber nach wie vor zu einer grundlegenden Unterschiedlichkeit der Studiengruppen führen.

Für unzählige Faktoren wurde in Beobachtungsstudien eine Assoziation mit dem Auftreten von Asthma beschrieben. Dies können Indikatoren der präklinischen Krankheitsentstehung wie frühkindliche Atemgeräusche, gestörte Lungenfunktion oder spezifische Sensibilisierung und mit Asthma häufig gemeinsam auftretende Erkrankungen wie Heuschnupfen sein. Diese Faktoren sind zwar mit Asthma assoziiert, spielen jedoch keine ursächliche Rolle in der Krankheitsentstehung. Sie können sinnvoll zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit, später Asthma zu bekommen, eingesetzt werden [6, 7], oder als Auswahlkriterium für sekundärpräventive Maßnahmen dienen (Abbildung 2, links unten). Auf der anderen Seite können assoziierte Faktoren tatsächlich eine kausale Rolle für die Krankheitsentstehung spielen. Diese Faktoren können vererbt und damit festgelegt (Abbildung 2, links oben) oder veränderlich sein (rechte Seite).

Vererbung

Der Einfluss erblicher Faktoren kann durch zwei unterschiedliche Methoden erfasst werden: die direkte Analyse des genetischen Profils oder die Befragung beteiligter Personen, deren Familien oder Ärzten/-innen zur medizinischen Vorgeschichte, zu Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit.

Seit 2002 das erste mit Asthma assoziierte Gen beschrieben wurde (ADAM33 [8]) konnten mehr als 100 weitere Gene identifiziert werden, oft jedoch nur mit schwacher Assoziation [3]. Das bisher größte Projekt zur genomweiten Suche (GABRIEL) schätzte, dass mehr als ein Drittel der in der Kindheit aufgetretenen Asthma-Fälle durch spezifische Veränderungen von Proteinen des Immunsystems, der Schleimhaut-Barriere und der Lungenfunktion erklärt werden können [9]. Bis zu drei von vier eineiigen Zwillingspaaren haben entweder beide Asthma oder beide kein Asthma, ebenfalls ein deutlicher Hinweis auf die Bedeutung der Vererbung für die Krankheitsentstehung [10]. Offenbar spielen eine ganze

Reihe genetischer Faktoren eine Rolle, vermutlich in Interaktion mit Umwelt und Verhaltensweisen [11].

Auch wenn elterliches Asthma (und Heuschnupfen) ein in allen bisherigen Untersuchungen bestätigter zentraler Indikator für die Asthma-Entstehung war [2], so ist die Interpretation dieser subjektiven Angaben zur medizinischen Vorgeschichte ebenso wie Selbstangaben zu anderen Indikatoren erblicher Faktoren (Geschlecht, Ethnizität) anspruchsvoll. Der Bericht elterlicher Erkrankungen wird so z. B. neben den biologisch überprüfbaren Tatsachen auch von sozialen und kulturellen Aspekten wie Bildung, Symptom- und Körperwahrnehmung und Gesundheitsverhalten beeinflusst, welche wiederum selbst eine Rolle für die Asthma-Entstehung bei ihren Kindern spielen können. Ebenso kann für eine regional-unterschiedliche Asthma-Häufigkeit [12] nicht unmittelbar der Einfluss biologischer Vererbung vom Einfluss kultureller oder potenziell veränderlicher Faktoren abgegrenzt werden. Sämtliche Kenntnisse zum erblichen Einfluss helfen jedoch ohnehin nicht bei der Identifikation möglicher Ziele für primärpräventive Strategien.

Familie und Geburt

Insbesondere wird für Kinder gebildeter Familien ein erhöhtes Risiko für Asthma diskutiert, ohne dass es dafür eine nachvollziehbare Erklärung gäbe. Ebenso werden Familieneinkommen und die berufliche Stellung der Eltern als Indikatoren des sozioökonomischen Status mit der Asthma-Entstehung assoziiert. Auch für die Anzahl älterer Geschwister sowie Informationen zu Schwangerschaft und Geburt (Geburtsgewicht, Gestationsalter, Jahreszeit) wird eine kausale Rolle bei der Asthma-Entstehung vermutet. Auch wenn diese Faktoren nicht erblich festgelegt sind, können sie ebenfalls nicht direkt verändert werden und sind damit kein Ziel der Primärprävention (Abbildung 2, rechts oben).

Potenziell veränderliche Faktoren

Viele potenziell veränderliche Faktoren der Umwelt und des Verhaltens wurden in Beobachtungsstudien mit dem Auftreten von Asthma assoziiert [2, 13]. Auch wenn häufig keine Erklärung für den Wirkmechanismus bekannt ist, so können diese Faktoren doch nach dem für sie vermuteten Einfluss eingeteilt werden. Expositionen während der Schwangerschaft (z. B. mütterliches Rauchen) können theoretisch auf die Lungenreifung und die Entwicklung des Immunsystems des ungeborenen Kindes einwirken [14]. Sämtliche Aspekte der frühkindlichen Ernährung (Stillen, Beikost) können unspezifisch die Entwicklung des Immunsystems beeinflussen, während die Qualität der Luft im häuslichen Umfeld sowie der Außenluft eine unmittelbare Rolle für chronische Lungenveränderungen spielen kann. Für besonders vielversprechend wurde die Vermeidung des Kontakts zu spezifischen Allergenen wie Hunden, Katzen und Milben gehalten. Die am kontroversesten diskutierten Expositionen zielen jedoch auf eine unspezifische, d. h. einer nicht mit den Asthma-auslösenden Allergenen direkt in Bezug stehenden Modulation des Immunsystems.

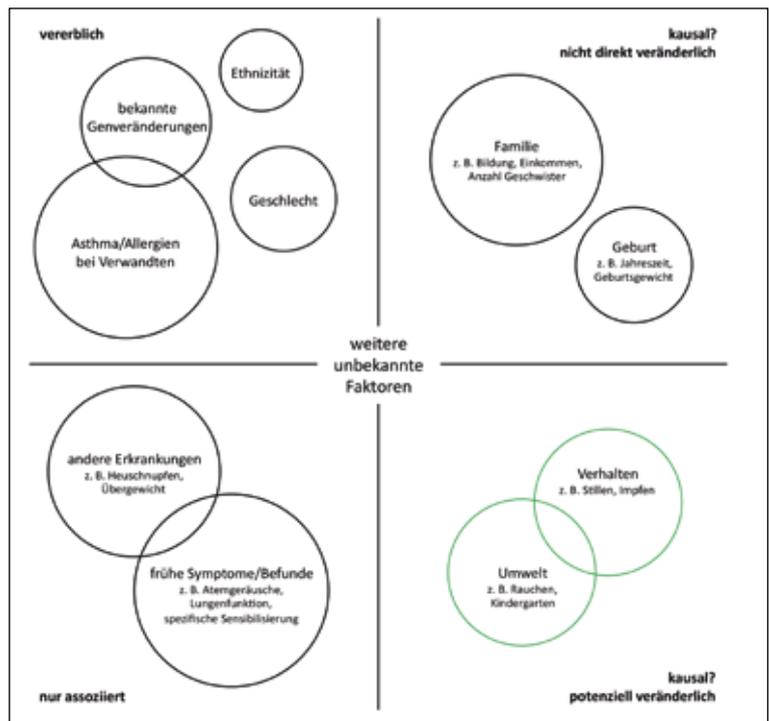


Abb. 2: Faktoren, die mit der Entwicklung chronischer Veränderungen bei Asthma bronchiale assoziiert sind.

Potenziell veränderliche Faktoren als Ziel primärpräventiver Strategien (grün). Die Größe der Kreise repräsentiert die Stärke der Assoziation (Schätzung). Überlappende Kreise zeigen nicht klar abzugrenzende Faktoren.

Primärprävention

Aus den in Beobachtungsstudien identifizierten potenziell veränderlichen Einflussfaktoren oder Impulsen aus der Grundlagenforschung können keine Handlungsempfehlungen für die Primärprävention direkt abgeleitet werden: die Wirksamkeit dieser Strategien sollte zuvor in Interventionsstudien untersucht werden. Etwa 50 randomisierte Interventionsstudien mit dem Ziel der Asthma-Prävention werden aktuell durchgeführt oder sind bereits abgeschlossen [15]. Darin wurden insbesondere Aspekte der mütterlichen und kindlichen Ernährung, Vermeidung spezifischer Allergenexposition und Rauchen untersucht, für viele der vermuteten Einflussfaktoren gibt es also bisher keine Studien mit solide vergleichbaren, also randomisierten, Gruppen (Tabelle 1).

Mütterliches Verhalten

Der wichtigste Risikofaktor mütterlichen Verhaltens für die Asthmaentstehung des Kindes ist das Rauchen während der Schwangerschaft. Eine aktuelle Metaanalyse identifizierte 79 prospektive Beobachtungsstudien mit ähnlichen Ergebnissen [16]. Auch eine gemeinsame Analyse von acht Europäischen Geburtskohorten kam zu einem sehr ähnlichen Ergebnis [17]. Da sich die Durchführung einer randomisierten Interventionsstudie zu dieser Fragestellung aufgrund der bekannten Gesundheitsrisiken des Rauchens verbietet, haben trotz der großen Anzahl von Studien die genannten Ergebnisse nur hinweisenden Charakter. Die Empfehlung,

Veränderungen...	Empfehlung	Datenlage	Statement in der NVL [#]
...des mütterlichen Verhaltens			
Rauchen während der Schwangerschaft	vermeiden, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	viele Beobachtungsstudien Meta-Analyse 2012 (Burke [16])	10-3
Ernährung während Schwangerschaft und Stillzeit (z. B. hypoallergene Diät, Vitamine, Probiotika)	allgemeine Ernährungsempfehlungen, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	einige Interventionsstudien Cochrane-Review 2014 (Kramer [19])	10-5
...der Ernährung des Kindes			
Stillen	fördern, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	eine Interventionsstudie (PROBIT) Meta-Analyse 2014 (Dogaru [20])	10-5
Hypoallergene Säuglingsnahrung	keine, ggf. zur Vorbeugung von Neurodermitis bei familiärer Belastung	eine Interventionsstudie (GINI) Cochrane-Review 2006 (Osborne [23])	10-6
Einführung der Beikost	ab 5. Monat möglich, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	einige Beobachtungsstudien	10-6
Vitamine (C/E, D), Fettsäuren (Omega-3), Fischöl	keine	einige Interventionsstudien Meta-Analyse 2011 (Nurmatov [25])	10-7
Übergewicht vermeiden/reduzieren	fördern, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	nur Beobachtungsstudien (unklare kausale Beziehung Übergewicht/Asthma)	–
...der Luftqualität			
Tabakexposition im häuslichen Umfeld	vermeiden, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	viele Beobachtungsstudien Meta-Analyse 2012 (Burke [16])	10-4
Luftbelastung durch Abgase und Industrie	vermeiden, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	einige Beobachtungsstudien Meta-Analyse 2012 (Gasana [27])	–
...der spezifischen Allergenexposition			
Haustiere (Hunde, Katzen, Nager)	keine	einige Beobachtungsstudien Meta-Analyse 2012 (Lødrup [28])	10-8
Milben (Matratzen, Reinigung), Schimmelsporen	keine zur spezifischen Asthma-Prävention	einige Interventionsstudien Meta-Analysen 2007 (MacDonald [30]) und 2011 (Tischer [31])	10-9
...der Entwicklung des Immunsystems			
Impfen	fördern, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	nur Beobachtungsstudien	10-10
Medikamente (z. B. Antibiotika, Paracetamol)	keine	nur Beobachtungsstudien	–
Kindergarten-Besuch	fördern, aber nicht spezifisch zur Asthma-Prävention	nur Beobachtungsstudien	–
Kontakt zu Farmtieren (Mikroorganismen?)	keine zur spezifischen Asthma-Prävention	nur Beobachtungsstudien	–
Probiotika (lebensfähige Mikroorganismen)	keine	einige Interventionsstudien Cochrane-Review 2007 (Osborn [35]) Meta-Analyse 2015 (Zuccotti)	10-7
Präbiotika (z. B. Saccharide zur Förderung spezifischer Darmbakterien)	keine	wenige Interventionsstudien Cochrane-Review 2013 (Osborn [37])	10-7
...mehrerer Faktoren gleichzeitig			
z. B. Allergenexposition, Rauchen, Ernährung	keine, bisher kein schlüssiges Konzept	wenige Interventionsstudien Cochrane-Review 2009 (Maas [42])	10-1

Tab. 1: Strategien zur Primärprävention von Asthma bronchiale im Kindesalter.

[#]NVL: *Nationale Versorgungsleitlinie Asthma* (2. Auflage, Version 5, [29]), nach Tabelle *Empfehlungen zur Primärprävention*.

während der Schwangerschaft nicht zu rauchen, kann also nicht spezifisch zur Asthma-Reduktion ausgesprochen werden, sondern wegen der ohnehin bekannten gesundheitlichen Vorteile.

Die Ernährung während der Schwangerschaft steht schon lange im Verdacht, Einfluss auf die Entwicklung des kindlichen Immunsystems zu haben. Entsprechend der bisher durchgeführten Interventionsstudien spielen Probiotika [18], Vitamine, Fischöl und insbesondere die Allergenvermeidung (z. B. Hühnerei, Kuhmilch [19]) keine Rolle. Diese Einschätzung wird auch durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. unterstützt.

Ernährung des Kindes

In Beobachtungsstudien wurde häufig ein protektiver Effekt des Stillens für die Asthma-Entstehung beschrieben [20], jedoch bisher nur einmal in einer großen cluster-randomisierten Studie in Weißrussland untersucht. Dabei konnte kein für die Asthma-Entwicklung spezifischer protektiver Effekt nachgewiesen werden [21]. Die allgemeine Stillempfehlung basiert daher nicht auf der Primärprävention von Asthma sondern nur auf anderen gesundheitlichen Vorteilen.

Einzig eine große deutsche Interventionsstudie konnte für bestimmte hypoallergene Säuglingsnahrung einen gering ausgeprägten protektiven Effekt für Asthma feststellen [22]. Mit der bisherigen Datenlage kann jedoch keine Empfehlung für den Einsatz spezifischer Allergenkarrenz in der frühkindlichen Ernährung ausgesprochen werden [23].

Auch die Einführung von Beikost wurde in einigen Beobachtungsstudien mit Asthma assoziiert (z. B. [24]), aus den oft widersprüchlichen Ergebnissen und dem Fehlen von Interventionsstudien lässt sich keine Empfehlung ableiten.

Die bisherigen Interventionsstudien zur Ernährungsergänzung (z. B. Vitamine, Omega-3-Fettsäuren, Fischöl) konnten teilweise leichte protektive Effekte zeigen, welche bisher jedoch nicht repliziert werden konnten. Auch hier kann aus der aktuellen Studienlage keine Empfehlung für eine bestimmte Ernährung (z. B. mediterran) oder die Ergänzung der Ernährung im frühen Kindesalter zur Asthma-Prophylaxe gegeben werden [25].

Die kausale Beziehung zwischen Übergewicht und Asthma ist bisher nicht gut verstanden, es wäre aber eine Gewichtsreduktion (Ernährung, Bewegung) als primärpräventive Maßnahme gegen Asthma denkbar [26]. Es wurden jedoch lediglich Untersuchungen zur Gewichtsreduktion mit dem Ziel der Krankheitskontrolle bei bereits bestehendem Asthma durchgeführt, die eine Besserung zeigten. Entsprechend kann eine Empfehlung zur Kontrolle des Körpergewichts nur aufgrund anderer Vorteile für die Gesundheit gegeben werden.

Luftqualität

Die Exposition durch Passivrauchen insbesondere im Vorschulalter wurde in zahlreichen Beobachtungsstudien mit einem vermehrten Auftreten von Asthma assoziiert, eine aktuelle Übersichtsarbeit schätzte aus den veröffentlichten Daten ein um mehr als 20% erhöh-

tes Risiko [16]. Offensichtlich sprechen ethische Gründe gegen die weitere Untersuchung dieses Zusammenhangs in Interventionsstudien, entsprechend kann eine kausale Verknüpfung nicht solide bestätigt werden. Die Empfehlung zur Vermeidung von Passivrauchen kann nur aufgrund der zahlreichen anderen Gesundheitsvorteile ausgesprochen werden. Auch für Schadstoffbelastungen der Außenluft durch Verkehr oder Industrie gibt es gute Hinweise zu einer Assoziation mit Asthma, jedoch ebenfalls nur aus Beobachtungsstudien [27].

Allergenexposition

Als naheliegende Interventionsstrategie zur Vermeidung der Asthmaentstehung wurde vorgeschlagen, die Exposition mit den später auch die Symptome auslösenden Allergenen wie Pollen, Tierhaaren oder Milben zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Keiner der bisher untersuchten Ansätze konnte als erfolgreich für die Primärprävention identifiziert werden. Die zusammenfassende Beurteilung von elf europäischen Geburtskohorten konnte den oft vermuteten Zusammenhang zwischen Haustieren (insbesondere Katzen und Hunde) und Asthma nicht bestätigen [28], auch wenn in der *Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma* bei familiärer Allergiebelastung noch von einer Katzen-Haltung abgeraten wird [29]. Durch Reduktion der Milbenexposition (Matratzenhüllen, Reinigung) konnte in einer Reihe von Interventionsstudien die Asthmahäufigkeit nicht reproduzierbar vermindert werden [30]. Auch Schimmel und Feuchtigkeit in der Wohnung sind zwar mit Asthma assoziiert, jedoch wurde aus dieser Beobachtung bisher noch keine Interventionsstrategie abgeleitet [31]. Theoretisch könnte die Immunantwort auf spezifische Allergenexposition medikamentös beeinflusst werden, dieser Ansatz ist für die Primärprävention jedoch bisher nicht erprobt.

Entwicklung des Immunsystems

Über die spezifische Allergenexposition und Sensibilisierung hinaus wird für unspezifische Einflüsse auf das sich entwickelnde Immunsystem eine Rolle in der Asthma-Entwicklung vermutet. Grundlage sind Beobachtungen, dass Kinder unter bestimmten Umgebungsbedingungen seltener Asthma bekommen, so z. B. wenn sie auf einem Bauernhof aufwachsen, ältere Geschwister haben oder ab einem bestimmten Alter, z. B. ab 18 Monaten, einen Kindergarten besuchen. Daraus hat sich die sogenannte Hygiene-Hypothese entwickelt, welche förderliche Einflüsse gegen die Asthma- und Allergientstehung durch rechtzeitige Reize des Immunsystems vermutet [32]. Unklar ist aber nach wie vor, wie stark biologische oder z. B. kulturelle und soziale Faktoren des ländlichen Lebensumfelds die Assoziation zwischen Nutztierkontakt und Asthma beeinflussen [33].

Der potenziell immunmodulierende Einfluss von Impfungen oder anderen Medikamenten (Antibiotika, Paracetamol im Säuglingsalter) hat keinen schädlichen Einfluss auf die Asthmaentstehung, die Empfehlungen der STIKO werden durch die bisherigen Beobachtungsstudien zu Impfen und Asthma nicht beeinflusst. Ein

regulärer Kindergartenbesuch erwies sich als protektiver Faktor [2]. Auch wenn das Aufwachsen auf einem Bauernhof mit einer niedrigeren Asthma-Häufigkeit einhergeht, konnte daraus bisher noch keine direkte Interventionsstrategie abgeleitet werden [34].

Diese Umgebungsbedingungen können jedoch nicht unmittelbar in Interventionsstudien untersucht werden, nur für indirekte Modulatoren des Immunsystems wie Prä- und Probiotika wurden bisher Interventionsstudien durchgeführt. Dabei konnte jedoch noch keine Wirksamkeit wiederholbar nachgewiesen werden [35-37].

Mehrere Interventionen gleichzeitig

Die untersuchten Strategien zur Veränderung eines einzelnen Faktors waren bisher nicht erfolgreich oder konnten nicht repliziert werden. Da für die Asthma-Entstehung von einer komplexen Interaktion zwischen vererblichen Faktoren, Umwelt und Verhalten ausgegangen wird, gibt es ebenfalls Interventionsstudien, die eine gleichzeitige Veränderung mehrerer Aspekte untersucht haben. Typischerweise beinhalten diese Strategien Komponenten der Ernährung, der Allergenvermeidung und Tabak-Reduktion, in der Regel jedoch ohne Randomisierung [38-41]. Auch wenn in diesen Studien vielversprechende präventive Effekte gesehen wurden bleibt unklar, welche Komponenten dabei eine Rolle gespielt haben und wie daraus eine anwendbare Empfehlung formuliert werden kann [42].

Praktische Anwendung

Um aus der Vielzahl von Studienergebnissen in der Praxis anwendbare Strategien zur Primärprävention informiert ableiten zu können, ist ein grundlegendes Verständnis methodischer Besonderheiten und Einschränkungen dieser Forschung notwendig.

Herausforderungen der Präventionsforschung

Viele der in Beobachtungsstudien identifizierten, potenziell veränderlichen Risiko- und protektiven Faktoren wurden in anderen Settings durch widersprüchliche Ergebnisse in Frage gestellt, so z. B. die Hygiene des Lebensumfelds [43]. Überdies konnte bisher keiner dieser Faktoren in Interventionsstudien überzeugend bestätigt werden. Die reale Durchführung wirklich solider Interventionsstudien ist ohnehin nur für einen kleinen Teil der vermuteten Einflussfaktoren möglich.

Wesentliche Aspekte der Ernährung, Rauchen, Impfen oder der Kontakt zu Bauernhoftieren z. B. lassen sich nicht gezielt in einer Studiengruppe verändern: das kulturelle Umfeld, Erfahrungswissen oder bekannte Effekte auf andere Erkrankungen verhindern eine Randomisierung. Darüber hinaus ist eine saubere Verblindung der untersuchten Kinder (und Familien) bisher nur für Interventionen im Bereich der Nahrungsergänzung (Prä- und Probiotika, Vitamine) gelungen. Gerade diese methodisch besonders stringent durchgeführten Studien konnten jedoch keine der zuvor vermuteten Einflussfaktoren bestätigen.

Auch wenn die gesamte Präventionsforschung zu Asthma bronchiale für die reale Anwendung bisher nur ernüchternde Ergebnisse lieferte [44], mag es laufenden oder zukünftigen Forschungsprojekten gelingen, für bestimmte Teilbereiche wirksame Strategien zu identifizieren. Vielleicht kann die Asthma-Entstehung nur verhindert werden für einzelne klinisch abgrenzbare Asthma-Phänotypen, für Kinder mit erhöhtem genetischem/familiären Risiko, mit stärkeren Interventionen z. B. vollständiger Allergenvermeidung [45], kombinierten Interventionen oder früheren Interventionszeitpunkten?

Pädiatrischer Alltag

Die Entstehung von Asthma bronchiale ist zu wesentlichen Teilen durch nicht-veränderliche Faktoren wie Vererbung und nicht individuell beeinflussbare Umgebungsbedingungen bestimmt. Bisher konnte noch kein veränderlicher Faktor identifiziert werden, welcher die Krankheitsentstehung von Asthma bronchiale verhindert oder verzögert. Daher gibt es keine Handlungsempfehlungen für eine spezifische Modulation des Erkrankungsrisikos: es gibt aktuell keine primärpräventive Strategie gegen Asthma.

Für viele der untersuchten Bereiche lassen sich dennoch Empfehlungen formulieren, diese lassen sich jedoch nur über von der Asthma-Entstehung unabhängige Gesundheitsrisiken oder -vorteile begründen. Dazu zählen das Vermeiden der Tabak-Exposition während der Schwangerschaft und im direkten Umfeld des Kindes, gute Luftqualität und ein gesundes Körpergewicht, Impfungen nach den aktuellen STIKO-Empfehlungen sowie das Stillen und regelmäßiger Umgang mit anderen Kindern z. B. im Kindergarten oder mit Geschwistern, am ehesten zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung und einer gesunden sozial-emotionalen Entwicklung.

Für die Ernährung der Mutter und des Kindes gibt es keine spezifischen Einschränkungen, es gelten die allgemeinen Empfehlungen wie z. B. die Einführung von Beikost ab dem 5. Monat. Auch eine spezifische Allergenvermeidung (z. B. Milbenreduktion) kann zur Asthma-Prophylaxe nicht empfohlen werden. Die *Nationale Versorgungsleitlinie Asthma* (NVL, [29]), die *S3-Leitlinie zur Allergie-Prävention* [46] und die *Global Initiative for Asthma* (GINA, [1]) formulieren entsprechende Empfehlungen unabhängig von ihrer Wirksamkeit auf die Verhinderung von Asthma.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Linus B. Grabenhenrich, MPH
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Luisenstrasse 57, 10117 Berlin
Tel.: 030/450 529 005, E-Mail: linus.grabenhenrich@charite.de, www.grabenhenrich.de

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen

Anamnese

Ein einjähriges Mädchen wird von ihren Eltern wegen eines seit der Geburt bestehenden kleinen „Grübchens“ auf dem Nasenrücken vorgestellt. Während in den ersten Lebensmonaten keine Veränderung beobachtet wurde, sei in letzter Zeit eine leichte Schwellung des Areals eingetreten. Schmerzen werden verneint. Die Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

Einjähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, altersgerecht entwickelt. Im Bereich des mittleren Nasenrückens ist ein kleiner Porus erkennbar, aus dem einzelne feine Haare wachsen. Proximal und in der Umgebung lässt sich eine 0,5 cm x 0,5 cm große weiche, schmerzlose subkutane Schwellung tasten (Abb. 1). Die darüber liegende Epidermis ist, wie das übrige Integument, unauffällig.

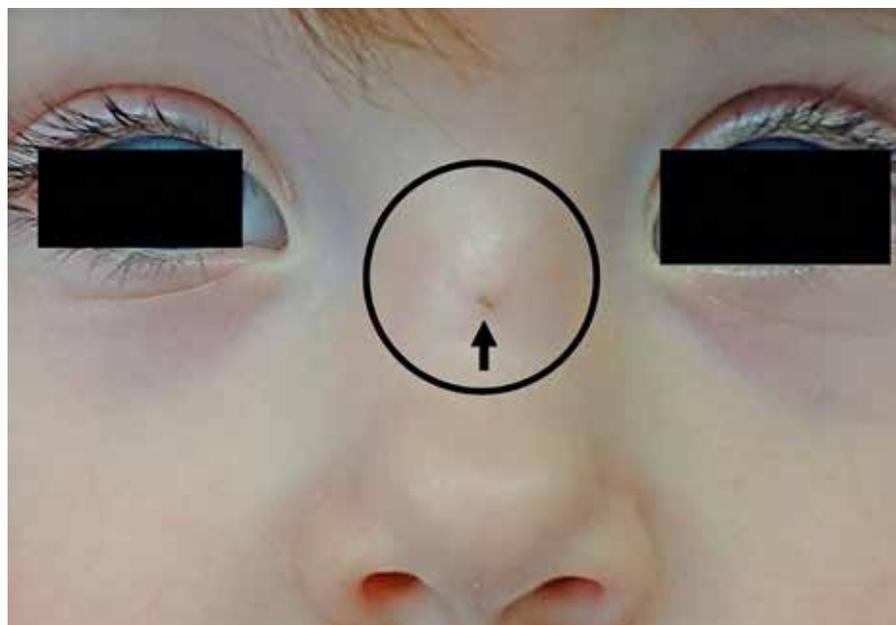


Abb. 1: Kleiner Porus auf dem Nasenrücken, proximal davon leichte Schwellung.

Welche Diagnose wird gestellt ?

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung unter der Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.



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.



Diagnose:

Nasaler Dermalsinus

Bei dem Porus auf dem Nasenrücken handelt es sich um den Ausgang eines Fistelganges. Eine MRT-Aufnahme (Abb. 2) des Schädels offenbart ein schmales Gangsystem, das sich subkutan von der Nase bis zu den Hirnhäuten der vorderen Schädelgrube zieht.

Der nasale Dermalsinus ist die häufigste kongenitale Fehlbildung der frontonasalen medianen Region, die durch eine unvollständige Trennung des Oberflächenektoderms vom Neuroektoderm im Verlauf der Embryogenese verursacht wird (1). Mit einer Inzidenz von 1:40.000 Geburten handelt es sich um eine sehr seltene Fehlbildung. Familiäre Häufungen und assoziierte Malformationen von Gesichts- und Hirnstrukturen sind vereinzelt beschrieben worden (2).

Der Dermalsinus besteht aus einem mit verhorntem Plattenepithel ausgekleideten Fistelgang, der sich von der Glabella bzw. vom Nasenrücken durch die frontonasale Naht bis zur Christa galli oder darunter ausdehnt (3). Der in der Knorpelrinne des Nasenrückens verlaufende Gang, der zystische Ausmaße annehmen kann, endet in 80% der Fälle blind (1). In einigen Fällen kann er sich jedoch bis nach intrakranial und bis an die Meningen erstrecken, woraus Meningitiden oder Abszesse des Frontallappens resultieren können.

Häufigste klinische Präsentation ist eine zystische, schmerzlose Vergrößerung einer umschriebenen Nasenregion, die an der Hautoberfläche einen Porus mit einer oder (selten) mehreren winzigen Fistelöffnungen



Abb. 2: Das MRT zeigt den Fistelgang

besitzen kann. Neben Haaren, die vom Plattenepithel ausgehend aus der Einbuchtung wachsen, kann es auch zum Austritt von Talg oder Flüssigkeit kommen; sekundäre Infektionen sind häufig. Das klinische Bild kann dem einer Follikulitis ähneln. Die Diagnosestellung erfolgt zumeist um das 3. Lebensjahr (1). Asymptomatische Fisteln können jedoch unter Umständen jahrelang unentdeckt bleiben.

Diagnostik

Die Diagnose eines Dermalsinus wird klinisch gestellt. Verdächtig ist die streng mediane Lokalisation auf dem Nasenrücken. Um eine intrakranielle Ausdehnung auszuschließen, sollte ein MRT durchgeführt werden. Zur Beurteilung der ossären Strukturen ist ein CT besser geeignet (2, 3, 4).

Differenzialdiagnosen

Bei kindlichen Tumoren der nasalen Mittellinie muss neben dem Dermalsinus an eine Meningozele gedacht werden. Differenzialdiagnostisch kommen auch ein nasales Gliom oder – bei älteren Patienten – eine Talgdrüsenzyste infrage (4).

Therapie und Prognose

Eine Exzision des Sinus ist die einzige therapeutische Option. Nur so kann Infektionen und malignen Entartungen vorgebeugt und der kosmetischen Beeinträchtigung entgegengewirkt werden. Die chirurgische Sanierung einer komplexen Fistel erfolgt idealerweise interdisziplinär: Die extrakraniellen Anteile des Sinus werden durch einen Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen oder einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt entfernt, die intrakraniellen Anteile neurochirurgisch reseziert (1,4).

Literatur

1. Rahbar R. The Presentation and Management of Nasal Dermoid – A 30 year experience. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 129: 464-471
2. Brattan C., Suskind DL et al. Autosomal dominant familial frontonasal dermoid cyst: a mother and her identical twin daughters. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2001; 57: 249-53
3. Kösling S., Bootz F. Bildgebung HNO-Heilkunde. Springer Berlin Heidelberg 2015, S. 176
4. Herrington H. et al. Update on current evaluation and management of pediatric nasal dermoid. The Laryngoscope 2015; 1-10

Dr. Dörte Petersen

Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstr. 130

22149 Hamburg

Red.: Höger

Superinfiziertes Atopisches Ekzem

consilium

Prof. Dr.
Henning Hamm

Frage

Ich betreue ein 14 Monate altes Mädchen mit ausgeprägtem nummulärem Ekzem. Der Befall beider Wangen persistiert schon seit mehreren Monaten, jetzt ist auch ein zunehmender Befall der Hände und der Streckseiten der Arme zu verzeichnen.

Die bisherige Behandlung mit Pflegesalben, Harnstoff, Triclosan und intermittierend Hydrocortison 0,5–1 % verlief nur mit mäßigem Erfolg. Da sich das Ekzem vor allem auch im Gesicht befindet und das Mädchen zudem erst 14 Monate alt ist, sind die sonst üblichen Therapiemaßnahmen (Steroide Klasse II und z. B. Calcineurin-Inhibitor) nur begrenzt oder gar nicht anwendbar.

- Wie könnte eine Therapie in diesem Falle aussehen?

Antwort

Die Bilder zeigen ein atopisches Ekzem des Gesichts und der Streckseiten der Arme mit scharfer Begrenzung und ausgeprägt exsudativem Charakter der Ekzemherde. Die Staphylokokken, die die Haut massiv besiedeln und das Ekzem triggern, sind fast schon klinisch erkennbar.

Nach Anfertigung eines bakteriellen Abstrichs, dessen Ergebnis nicht abgewartet werden sollte, sondern nur der späteren Überprüfung der Resistenzsituation dient, ist im vorliegenden Fall der systemische Einsatz eines Antibiotikums indiziert. Mittel der Wahl zur Behandlung bakterieller Superinfektionen bei atopischem Ekzem sind Cephalosporine der ersten Generation und penicillinasefeste Penicilline. Die Antibiose sollte nicht zu früh abgesetzt, sondern über etwa 10 Tage fortgesetzt werden. Bei einem 14 Monate alten Kind kann durchaus auch ein orales Antihistaminikum, z. B. Clemastinhydrogenfumarat, Dimetindenmaleat oder Ketotifen in Sirupform zum Einsatz kommen, wenn dies zur Linderung des Juckreizes hilfreich erscheint.

Lokaltherapeutisch muss zunächst der starken Exsudation durch feuchte Umschläge entgegengewirkt werden. Hierzu bietet sich unparfümierter schwarzer Tee an, der 20 Minuten lang gezogen haben sollte, um seine Gerbstoffe freizusetzen. Wenn auf ein systemisches Antibiotikum verzichtet wird, können alternativ auch

0,02 %ige Polihexanid-Umschläge zur Antiseptik verwendet werden. Die Kompressen sollten an den Armen durch einen Trikotschlauchverband oder Mullbinden, im Gesicht mit einem Netzverband, fixiert werden und müssen häufig angefeuchtet bzw. erneuert werden, um ein Ankleben zu verhindern. Nach Sistieren der starken Exsudation ist es sinnvoll, die Feuchtverbände mit einer wasserreichen Salbe, z. B. Unguentum emulsificans aquosum oder Unguentum Cordes cum 30 % aqua, der ein Antiseptikum (Chlorhexidin 0,5 %) zur Keimreduktion beigemischt werden kann, zu unterfetten (Prinzip der fettfeuchten Behandlung). Gerade in den ersten Tagen sollte aber durchaus auch ein Klasse-II-Steroid, präferentiell Prednicarbat oder Methylprednisolonacetat, in Cremeform eingesetzt werden, um eine rasche Besserung zu bewirken. Entgegen häufiger Annahme dient auch dies zur Reduktion der Keimbesiedlung. Im Gesicht muss das Steroid schneller als an den Armen ausgeschlichen werden, was durch 1:1-Mischung mit der entsprechenden Basiscreme oder die Anwendung an alternierenden Tagen erreicht wird. Nach deutlicher Besserung kann wieder auf die mehrfach tägliche Anwendung fettreicherer Basistherapeutika mit Glycerin-, aber ohne Harnstoffzusatz („Stinging-Effekt!“) übergegangen werden, wobei auf den Ekzemstellen für einige Wochen noch ein Externum mit antiseptischem Zusatz zweimal täglich verwendet werden sollte. Bei einem derart schweren Ekzem ist ferner eine zweimal wöchentliche proaktive Therapie mit einem Klasse-I-Steroid oder einem 1:1 „verdünnten“ Klasse-II-Steroid an den (ehemaligen) Ekzemstellen über einige Wochen bis wenige Monate zu empfehlen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Therapie des Ekzems seiner Akuität entsprechend erfolgen muss. Es hat sich bewährt, einen Säugling bzw. ein Kleinkind mit schwerem atopischen Ekzem für einige Tage stationär aufzunehmen oder tagesstationär zu betreuen, nicht nur zur Therapie des akuten Schubs, sondern vor allem auch zur Anleitung der Mutter in die schwierige, stadiengerechte Lokaltherapie.

Prof. Dr. Henning Hamm
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie
Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg

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

Trends der Pertussis-Diagnostik in den USA von 1990- 2012

Trends in Pertussis Diagnostic Testing in the United States, 1990-2012

Faulkner AE, Skoff TH, Tondella ML et al., *Pediatric Infectious Disease Journal*; 35,1: 39-44, Januar 2016

Die Autoren vom CDC in Atlanta haben alle Pertussis-Fälle analysiert, die dem Nationalen Erfassungssystem meldepflichtiger Erkrankungen der USA von 1990-2012 gemeldet wurden. Die Labor-Ergebnisse wurden differenziert nach Nachweis-Methode, klinischer Klassifizierung, Altersgruppe und Bundesstaat, in dem der Patient lebt.

Erfasst wurden 291.290 Erkrankungs-Fälle, für 186.766 (= 64 %) lag wenigstens ein positives Pertussis Laborergebnis vor. Während der frühen 1990iger Jahre waren Kultur und Direkter Fluoreszenz-Antikörper Test (DFA) die primären Pertussis-Nachweis-Methoden, während der späten 1990iger Jahre und der 2000er Jahre übertrafen die PCR-Ergebnisse alle anderen Test-Ergebnisse.

Die Meldeergebnisse aus den einzelnen Bundesstaaten zeigen erhebliche Unterschiede. Für den Zeitraum von 2007-2012 werden nur noch vereinzelte Kultur-Ergebnisse und überwiegend PCR-Bestätigungen gemeldet. Für 2012 lagen für 91 % aller Fälle mit positiver Labor-Diagnose PCR-Ergebnisse entweder allein oder in Kombination mit anderen Tests vor. Art und Differenzierung der Labor-Diagnosen zeigen für die einzelnen Bundesstaaten grosse Unterschiede. Aus Massachusetts wurden schon vor 2005 für Pertussis Erkrankungen 71 % positive Serologie-Ergebnisse gemeldet. Für 2005-2012 berichteten zunehmend mehr Bundesstaaten PCR-Serologie-Ergebnisse differenziert nach Altersgruppe. 2012 wird die kulturelle Bestätigung für alle Alters-Gruppen zunehmend seltener verwendet, während die PCR-Bestätigungen mit dem Alter zunehmen und bei Erwachsenen im Alter von ≥ 20 Jahren überwiegend vorliegen.

Kommentar

Die umfangreiche Analyse der Methoden des Pertussis-Diagnostik gibt den auch international nachweisbaren Trend von den

1990er-Jahren zum Zeitraum 2005-2012 von der B. pertussis-Kultur zum PCR-Test wieder. Während für den erfahrenen Kinderarzt die Pertussis-Diagnose beim ungeimpften Säugling auf dem Boden der klinischen Symptomatik in der Regel leicht zu vermuten ist, bewährt sich die Labordiagnose insbesondere bei geimpften Jugendlichen und Erwachsenen. Die Daten sind daher auch für Deutschland brauchbar und von Interesse.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Tumorthherapie bei Kindern: Auch die Medizin wächst mit ihren Aufgaben - Risikoreduktion der Langzeitsterblichkeit bei Kindern mit einer Krebserkrankung

Reduction in Late Mortality Among 5-Year Survivors of Childhood Cancer: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study (CCSS)

Armstrong GT et al., *J ClinOncol* 33 (15): (suppl;abstr LBA2), Mai 2015

Vor nunmehr über 40 Jahren erschien es uns kaum vorstellbar, wohin sich die Medizin im Hinblick auf die Tumorthherapie bei Kindern entwickeln würde. Heute sind wir in der Lage bis zu 80% unserer kleinen Patientin zu heilen. Unser Ziele haben sich dementsprechend verändert: Es gilt nicht nur den Primärtumor zu beseitigen, sondern auch eine Verbesserung des Langzeitüberlebens zu erreichen und bestenfalls Spätfolgen zu vermeiden.

Auch aufgrund der verbesserten Überlebensrate rückt das Problem des Langzeitüberlebens zunehmend in den Vordergrund. Selbstverständlich wollen wir das Outcome unserer Patienten weiter verbessern und deshalb ist eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Faktoren, die die Sterblichkeit nach Krebs und Tumorthherapie reduzieren, von großer Bedeutung.

In der von Gregory T. Armstrong und Kollegen durchgeführten retrospektiven Studie konnte eindeutig gezeigt werden, dass sich die 15-Jahres Mortalität in dem von ihm beobachteten Zeitraum (1970-1990) von 12,4% auf 6% ($p < 0.001$) halbiert hat- und das unabhängig von der Todesursache.

In dieser Untersuchung wurden Langzeitdaten von insgesamt 34.000 Patienten analysiert, die vor ihrem 21. Lebensjahr diagnostiziert worden sind und im Mittel über 21 Jahre nachbeobachtet werden konnten. Betrachtet wurden vorrangig Patienten mit Wilmstumor, ALL oder Hodgkin Lymphom. Insgesamt starben in diesem Zeitraum 3958 (12%) Patienten. 41% (1618) der Todesfälle waren auf eine nicht durch den Primärtumor bedingte Ursache zurückzuführen. Hiervon waren 751 durch eine Neoplasie (Zweitumor), 243 durch eine kardiales und 136 durch ein pulmonales Geschehen bedingt. Über die zwei Dekaden hinweg sank die Gesamt-Inzidenz der nicht primär auf den Tumor zurückzuführenden Todesfällen von 3,5% auf 2,1% ($p < 0,001$).

Die Studie illustriert den Fortschritt der multimodalen Tumorthherapie und die Anpassung der Strategien im Hinblick auf die Spätfolgen. Laut Armstrong spielt besonders die zunehmende Erfahrung der Onkologen im Hinblick auf die Dosierung

der Chemotherapeutika und die Modernisierung der Therapie eine entscheidende Rolle für das Langzeitüberleben der Kinder. So konnte die Rate der Nutzung einer kranialen Strahlentherapie bei ALL innerhalb der zwei Dekaden von 84% auf 22% gesenkt werden, die Rate der Strahlentherapie bei Wilmstumor von 77% auf 49% und bei Hodgkin Lymphom von 96% auf 77% gesenkt werden. Besonders interessant ist auch, dass das Jahr, in welchem die Kinder diagnostiziert wurden, mit der Mortalität zusammen zu hängen schien. Je später, das heißt Ende der 80er oder Beginn der 90er Jahre, die Kinder diagnostiziert wurden, desto niedriger war die Mortalität unabhängig von der Ursache. Dies zeigt, dass die Medizin innerhalb dieser zwei Dekaden deutliche Fortschritte gemacht hat.

Für alle drei Tumorerkrankungen konnte die kumulative Inzidenz der Todesfälle, die durch Spätfolgen beziehungsweise sonstige nicht externe Einflüsse verursacht wurden, signifikant reduziert werden (ALL $p < 0.001$, Wilmstumor $p < 0.005$ und Hodgkin Lymphom $p < 0.005$).

Kommentar

Die Tumorthherapie bei Kindern ist und bleibt eine Herausforderung, die sich allerdings in den letzten Jahrzehnten deutlich

gewandelt hat. Wir sind an einem Punkt angelangt, den wir uns vor 40 Jahren nie erträumt hätten und unsere neue Aufgabe ist es jetzt, unsere Perspektive an die neuen Gegebenheiten anzupassen. Das heißt, wir betreuenden Kinderärzte und pädiatrischen Onkologen sind gefordert, mit den uns gegebenen Möglichkeiten das Langzeitüberleben zu verbessern.

Trotz regelmäßiger onkologischer Nachsorge in der Spezialambulanz oder nach Abschluss der regelmäßigen Nachsorge ist der primär behandelnde Allgemeinpädiater bei Problemen oft die erste Anlaufstelle. Es ist wichtig, dass der Allgemeinpädiater neben den Verdachtsmomenten eines Tumorrezidivs oder eines Zweittumors auf mögliche schwerwiegende Organschäden an Herz und Niere oder anderen Organen achtet. Auch die psychomotorische Entwicklung sollte wachsam verfolgt werden. Bei Verdacht auf eine Spätfolge der Jugendlichen sollten sie zu einem Spezialisten überwiesen werden.

An der Erstellung des Reviews war Frau cand. med. Annamaria Florian maßgeblich beteiligt.

(Stefan Eber, München)

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Weimar 2016

Wie viele Leitlinien braucht die Pädiatrie?



Dr. Sigrid Peter

Leitlinien bestimmen unseren medizinischen Alltag. Wie werden sie erstellt? Wie bindend, wie sinnvoll und wie unabhängig sind sie? Werden sie aktualisiert? Verbessern sie die Sicherheit in der praktischen Arbeit? Darum ging es bei dem diesjährigen Kinder- und Jugendmedizinkongress in Weimar.

Standards in der Behandlung von Erkrankungen von Jugendlichen

Die klassischen Themen der Jugendmediziner wie Adipositas, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen und Akne wurden gleich zu Anfang des Kongresses, am Freitag behandelt.

Am Beispiel der Autoimmunthyreoiditis Hashimoto erklärte Klaus-Peter Liesenkötter (Berlin) die aktuellen Leitlinien der Diagnostik und

Behandlung. Schilddrüsenultraschall, Bestimmung von TSH, T3/T4 und Schilddrüsenantikörper gelten weiterhin als Standard.

Nur bei manifester Hypothyreose mit niedrigem T4-Werten ist die Gabe von L-Thyroxin evidenzbasiert. Bei isolierter TSH-Erhöhung oder Struma gibt es keine evidenzbasierten Daten für die Substitution mit L-Thyroxin.

Wie entsteht eine Leitlinie?

Die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) wurde 1962 gegründet. In diesem Gremium werden Leitlinien aufgrund wissenschaftlicher Evidenz erstellt und aktualisiert, um Ärzten eine Art Geländer an die Hand zu geben, anhand dessen nach wissenschaftlicher Evidenz behandeln können. Leitlinien – so der fromme Wunsch – dürfen nicht von kommerziellen Interessen beeinflusst werden.

Bis aus einer S1 (Handlungsempfehlung von Experten) über S2e (evidenzbasiert) und S2k (konsensbasiert) eine S3-Leitlinie entwickelt wird, sind viele Sitzungen und Arbeitsstunden nötig.

Was bringen Leitlinien?

Die S3-Leitlinien sind evidenzbasiert und konsentiert. Eine Einhaltung von Leitlinien ist nicht gesetzlich vorgegeben, jedoch werden Leitlinien insbesondere bei Verfahren, in denen es um ärztliche Behandlungsfehler geht von Gutachtern herangezogen. Stellt sich dann durch

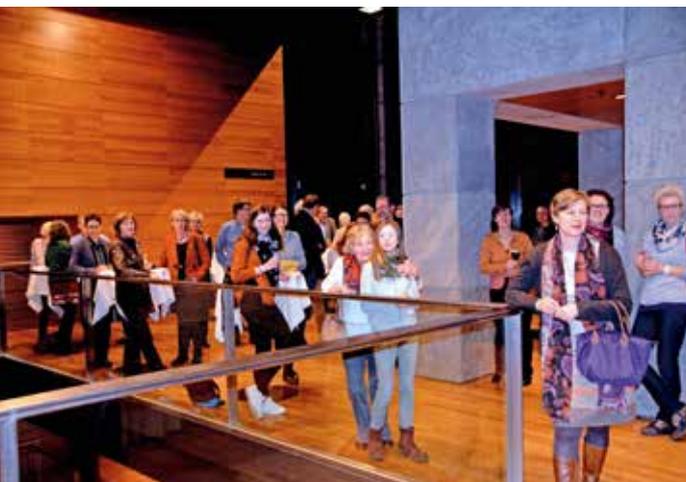
ein Gutachten heraus, dass der Arzt abseits der Leitlinien behandelt hat, kann dies zu einem Schuldspruch führen. Leitlinien sind hilfreich und fördern ein standardisiertes Vorgehen, letztlich ermöglichen sie auch, Behandlungsergebnisse zu erheben und zu vergleichen.

Der Ärger mit den Leitlinien

Leider sind Kinder- und Jugendärzte nicht immer bei den Entwicklungen neuer Leitlinien beteiligt. Burkhard Lawrenz (Arnsberg) kritisierte, dass die Leitlinie zu Sprachentwicklungsstörungen völlig ohne Mitarbeit der Kinder- und Jugendärzte erstellt wurde. S3-Leitlinien sollen alle fünf Jahre überprüft und überarbeitet werden. Burkhard Lawrenz kritisierte, dass dies nicht konsequent durchgeführt wird. Als positives Beispiel wird die Überarbeitung der Leitlinie Adipositas erwähnt, die bereits vor Ablauf der Fünfjahresfrist überarbeitet, d. h. durch operative Maßnahmen ergänzt wurde.

Die Industrie redet mit

Um Fehler und Versäumnisse bei der Erstellung von Leitlinien ging es in dem Vortrag von Dr. Gisela Schott von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Beeinflusst wird die Erstellung von Leitlinien durch Gutachter, die auf den Inhaltslisten der Pharmaunternehmen stehen, so Schott. Nur positive Ergebnisse werden in Studien vorgestellt oder negatives wird als positiv dargestellt. Die Leitfrage lautet dann: „How make we look it



better than it is in the graphs?“ Hinter diesen Vorgehensweisen stehen massive wirtschaftliche Interessen. Vorsicht sei geboten bei allen Leitlinien, bei denen Autoren, Koordinatoren und Vorsitzende nicht unabhängig sind oder die Transparenz ihrer Empfehlung nicht vorliegt.

Über das Transparenzportal Leitlinienwatch.de können Leitlinien auf ihre Unabhängigkeit und Transparenz überprüft werden.

Neue Wege gehen auf bewährtem Kongressparkett

Mit einem neuen Konzept stellen drei junge Wissenschaftler in einem Science Slam ihre Forschungsarbeiten vor. Witzig, frisch und cool wurde das Publikum über die laufenden Projekte der drei jungen Doktoranden informiert und stimmte per Akklamation über den besten Vortrag ab.

Die soziale Neurowissenschaftlerin Franca Parianen wurde mit ihrem Thema „Wir brauchen mehr Hirn“ als Siegerin gekürt. Ihr stand mit beeindruckender Darbietung Janina Isabell Otto mit dem Vortrag über Körpergeruch, Bedeutung von apokrinem und ekkrinem Schweiß in nichts nach. Der Neurobiologe Dong-Seon Chang rundete die Vortragsreihe mit einem gelungenen Vortrag über „Mein Hirn hat seinen eigenen Kopf“ ab.

Die Flüchtlingsdebatte ist auf dem Kongress angekommen

Stefan Heinrich Nolte (Marburg) berichtete von der schwierigen medizinischen Versorgung



von Flüchtlingen. Unbegleitete minderjährige Asylanten sind dem Spielball der deutschen Politik ausgesetzt und werden in verschiedenen Institutionen versorgt, ohne dass Informationen über Blutergüsse, Impfpässe etc. an die nachbehandelnden Ärzte weitergegeben werden. Als problematisch sieht Nolte an, dass es zu ständigen Betreuerwechseln kommt, was für entwurzelte und heimatlose Jugendliche eine zusätzliche Erschwernis bedeutet in Deutschland anzukommen.

In bewährter Form, jedoch mit personellem Wechsel, referierte Reinhard Bartzky (Berlin) als neuer Vorsitzender des Honorarausschusses von den aktuellen EBM-Daten und den Neuheiten in den vom GBA beschlossenen Kinderrichtlinien. Sie werden wahrscheinlich ab dem

1.7.16 umgesetzt. Die Untersuchung der Augen durch Brückner-Test sowie standardisierte Sehtestverfahren sind gefordert. Die Hörfähigkeit muss mittels 5-Kanal-Audiometer durchgeführt werden. Hinzu kommt die vorausschauende Beratung. Themen wie Kariesprophylaxe, Unfallvermeidung, Interaktion etc. sind bereits seit langem Themen in unseren Früherkennungsmaßnahmen und werden nun gesetzlich als Standardinhalte der Vorsorgeuntersuchungen festgelegt. Über eine entsprechende Honorierung der Leistungen wird noch verhandelt.

Dr.med. Sigrid Peter
Vizepräsidentin BVKJ e. V.
10961 Berlin
E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Red.: ReH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

Varianten der Geschlechtsentwicklung – die Vielfalt der Natur

Unsere Welt ist vielfältig. Dies gilt auch für Geschlechtlichkeit, denn entgegen unserem Alltagsverständnis existieren nicht nur Männer und Frauen. Bis heute werden jedoch von der weiblichen und männlichen Norm abweichende Körper pathologisiert. Unter dem in der Medizin verwendeten Begriff „Disorder/Difference of Sex Development (DSD)“ werden diese Varianten der ‚körperlichen‘ Geschlechtsentwicklung zusammengefasst.



Foto: © Denis Junker – Fotolia.com

Definition

Bei der Zwischengeschlechtlichkeit handelt es sich um **Variationen der genetischen, gonadalen, hormonalen oder genitalen Beschaffenheit eines Menschen**, die dazu führen, dass er nicht eindeutig den biologischen Kategorien weiblich oder männlich zugeordnet werden kann. Die Nomenklatur dieser Varianz ist strittig. DSD verweist vor allem auf eine angenommene medizinisch definierte ‚körperliche‘ Störung. Diese Zuschreibung blendet allerdings die Komplexität der Natur aus. Wie die Biologie zeigt, kann die Aufteilung in zwei Geschlechter der Realität nicht standhalten. Aktuelle Debatten darum, dass Geschlecht eher polar (1) anstatt binär anzusehen ist, gewinnen an Beachtung (2).

Politische Brisanz

Dass die Variation der Geschlechtsentwicklung nicht nur ein

medizinisches Thema ist, zeigen neuere politische Initiativen. Seit 2010 beschäftigt sich die Bundesregierung mit der Problematik ‚Intersexualität‘. Sie beauftragte den Deutschen Ethikrat mit einer Stellungnahme, welche 2012 veröffentlicht wurde (3). 2013 folgte dann eine Änderung im Personenstandsgesetz (PStG), welche die Offenlassung des Geschlechtseintrags für neugeborene Kinder ermöglicht, und zwar nur dann, wenn das Kind nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann. Für die betroffenen Kinder ist es ein Zwangsouting. Die freie Wahl des Geschlechts, also männlich oder weiblich, ist nicht zugelassen. Die gesetzliche Regelung „nicht eingetragen“ gilt allerdings nicht für ältere intersexuelle Kinder und Erwachsene.

Keine Krankheit oder Fehlbildung

Auch die Bundesärztekammer (BÄK) befasst sich mit dem Phänomen und gab im Januar 2015 eine Stellungnahme zur „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“ (4) heraus, welche im Folgenden kurz vorgestellt wird. Die BÄK macht hier deutlich, dass „die Gleichsetzung von DSD mit Fehlbildung oder Krankheit nicht angemessen [ist]“. Von der BÄK wird insbesondere kritisiert: „[D]ie Überschätzung der ‚normalisierenden‘ Wirkung eines äußerlich unauffällig wirkenden Genitales; [...] die Unterschätzung des traumatisierenden Potenzials dieser

Eingriffe; [...] in deren Folge noch heute für viele Verfahren [...] keine ausreichende Evidenz vorhanden ist“. Eine ähnliche Tendenz ist bei der neu überarbeiteten Version der Leitlinien der DGKJ zu erwarten.

Eine geschlechtliche Varianz kann zwar mit Funktionsstörungen (Nebennierenrindeninsuffizienz, Verschluss der Vagina o. ä.) einhergehen, doch oft beeinflusst eine stereotype Vorstellung von Geschlecht und Geschlechterrollen die Beurteilung des Gesundheitszustandes und führt zur Pathologisierung eines gesunden Menschen.

Die in der Vergangenheit praktizierte ‚optimal gender policy‘ führte zu (zum Teil starken) Traumatisierungen (5) und wurde vor allem von Betroffenen stark kritisiert. Heute fordert man: „dazu gehört auch und besonders die Akzeptanz seiner anatomischen Besonderheit im Genitalbereich, die unangetastet bleiben sollte“ (6).

Die bei verschiedenen UN-Kommissionen eingereichten Klagen führten zu deutlichen Mahnungen an die Bundesregierung. Diese stimmt mittlerweile mit dem Deutschen Ethikrat überein, dass es sich **bei einer Operation, die die Fortpflanzungsfähigkeit oder die sexuelle Empfindungsfähigkeit eines Menschen dauerhaft beeinträchtigen könnte, um einen gravierenden Eingriff in dessen Rechte handelt**. Auch Juan Ernesto Méndez, Sonderberichterstatter des Human Rights Council, verurteilte die genitalen Operationen. Er unterstreicht in seinem Bericht, dass es auf die Auswirkungen ankomme, auch wenn vielleicht eine gute Absicht zu Grunde lag (7).

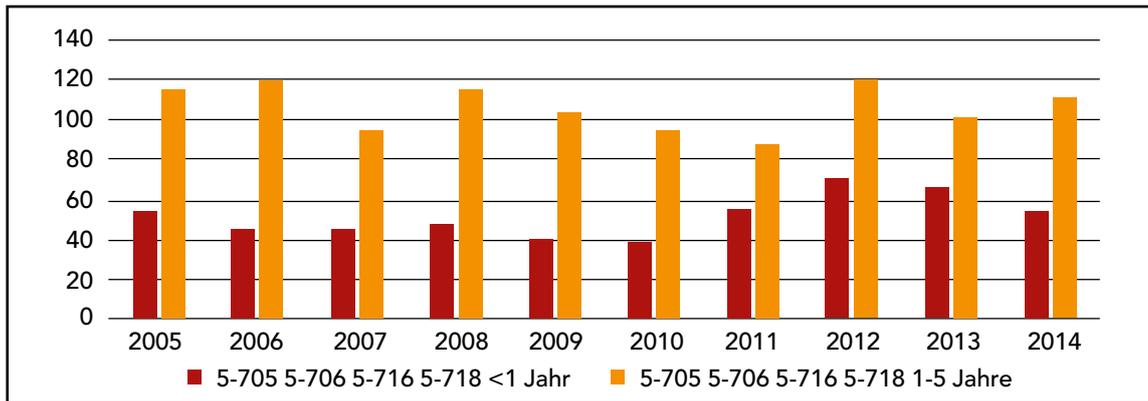


Abb. 1: DRG 5-705 Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina, DRG 5-706 andere plastische Rekonstruktion der Vagina, DRG 5-716 Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva, DRG 5-718 andere plastische Rekonstruktion der Vulva

Frühe Operationen negativ für das Wohlbefinden

Es bleibt festzuhalten, dass eine geschlechtliche Varianz keine Störung oder Krankheit ist. Medizinisch nicht notwendige Operationen finden dennoch statt, obwohl keine Studie zeigt, dass Operationen die Lebensqualität intersexueller Menschen verbessern. Grundsätzlich besteht, auch in der internationalen Literatur, ein eklatanter Mangel an Evidenz. „Insbesondere Untersuchungen zur langfristigen Prognose sind unzureichend“, schreibt die BÄK. Demgegenüber stehen neben unterschiedlichen wissenschaftlichen Studien (8) auch viele Berichte erwachsener Intersexueller (9) und Eltern (10) welche zeigen, dass sich frühe genitale Operationen negativ auf das Wohlbefinden auswirken können. Neben dem möglichen Sensibilitätsverlust der Klitoris, Schmerzen beim Sexualverkehr o.ä. kann es auch zu erheblichen psychischen Problemen kommen.

Der Verlust der körperlichen Unversehrtheit und das Gefühl, in wichtigen Entscheidungen übergangen worden zu sein, können das Selbstbewusstsein und das Verhältnis zu Eltern extrem verschlechtern. Zudem sollte nicht vergessen werden, dass es sich um irreversible, kosmetische Eingriffe handelt – wobei die Entscheidung für eine solche Operation auf einer stereotypen Vorstellung von Geschlecht beruht. Ethische Grundsätze müssen im Umgang mit Betroffenen beachtet werden.

Zudem mehren sich Berichte von Eltern, dass Kinder, die intersexuell aufwachsen, auch ohne Festlegung eines eindeutigen Geschlechts von ihrer Umgebung akzeptiert werden (11).

Die Proteste von Organisationen der intersexuellen Menschen und erfolgreiche Anklagen bei vier UN-Kommissionen sowie die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates und Diskussionen im Deutschen Parlament konnten bisher keine wesentlichen Änderungen der Zahlen von Genitaloperationen von 2005 bis 2014 an Vagina und Vulva (DRG-Statistik 5-705, 5-706 bzw. 5-716, 5-718) der unter Einjährigen bis Ein- bis Fünfjährigen Kindern bewirken; bei den Klitorisoperationen (5-713) fällt die Zahl an den unter Einjährigen Kindern etwas ab, allerdings ist eine deutliche Reduktion bei den Klitorisoperationen an Ein- bis Fünfjährigen Kindern festzustellen. Das zeigen die DRG-Statistiken des Bundesinstituts für Statistik: in dieser Zeit wurden an weiblich eingestuften Kindern im Alter von unter 1 Jahr bis 5 Jahre im Jahresdurchschnitt 167 (allein im Jahr 2014 an 177 Kindern) Operationen (s. DRG) an den Genitalien ausgeführt.

Ethisch begründete Therapie

Hinsichtlich der „Therapie“ befürwortet die Bundesärztekammer die Ausrichtung an ethischen Grundsätzen wie dem Recht auf Selbstbestimmung, auf körperliche Unversehrtheit und auf angemessene

Berücksichtigung der Meinung des Kindes. Konkret bedeutet dies, dass ein chirurgischer Eingriff nur dann gerechtfertigt ist, wenn Symptome mit Krankheitswert vorliegen. Auch Gonadektomien sollten nicht nur auf Grund eines Verdachts auf ein erhöhtes Tumorrisko (in den meisten Fällen besteht eben nur ein geringes Risiko) durchgeführt werden, sondern bedürfen einer besonderen Begründung. Es ist eben nur ein „Risiko“, keine medizinisch begründete „Tatsache“. Bei angeborenen Variationen der körpergeschlechtlichen Entwicklung muss von einer elektiven Indikation ausgegangen werden, d.h. **nicht die Eltern können entscheiden, ob ein weibliches oder ein männliches Geschlecht zugewiesen wird, oder ob das Geschlecht „nicht eingetragen“ wird, sondern nur das Kind selbst kann über seine eigene Geschlechtsidentität entscheiden. Das gesetzliche Recht auf Freiheit zur Selbstverortung, zur Findung der eigenen Geschlechtsidentität, muss allen Kindern zugestanden werden, unabhängig von einer nicht medizinisch indizierten Diagnose oder dem Willen der Eltern. Zur Personensorge der Eltern gehört auch das Recht, unter Einhaltung bestimmter Anforderungen in die Genitaloperationen ihres einsehens- und urteilsfähigen intersexuellen Kindes einzuwilligen, doch sollte dies erst möglich sein, sofern das Kind das 14. Lebensjahr (unter besonderen Umständen das 12 Lebensjahr) vollendet hat und es - nach umfassender Aufklärung**

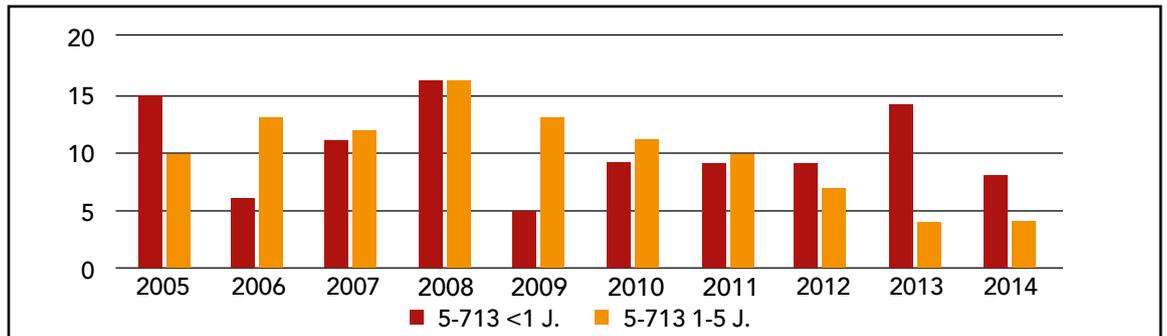


Abb. 2: DRG 5-713 Operation an der Klitoris

und reiflicher Überlegung – selbstbestimmt entscheiden kann, ob es sich einer Operation unterziehen möchte – oder eben nicht.

Auf Grund derzeitiger Erkenntnisse ist zweierlei erforderlich: zum einen müssen Eltern eine angemessene medizinische Betreuung erhalten; zum anderen ist eine kompetente lebensweltliche Beratung unabdingbar. Um eine optimale Betreuung zu gewährleisten, möchten wir Folgendes anregen:

Bei dem Verdacht einer Varianz der Geschlechtsentwicklung sind die Eltern umfassend aufzuklären und zu beraten. Nach der Geburt sollte der erstbetreuende Kinder- und Jugendarzt Ruhe verbreiten und den initialen Schrecken und eine mögliche aufkommenden Angst der Eltern dämpfen. Zudem brauchen Eltern unbedingt eine unabhängige Beratung durch fachkundige Psychologen und Selbsthilfegruppen, wie sie mit der Besonderheit des Kindes, vor allem im sozialen Umfeld, umgehen können. Die medizinische Diagnostik kann im Anschluss erfolgen; sie hat Zeit (ein hormonal bedingter Salzverlust und eine Urinverhaltung müssen allerdings sofort ausgeschlossen sein). Weitere Gespräche sollten nach einer genauen medizinischen Diagnose geführt werden.

Das Kind ist im weiteren Verlauf der Betreuung wiederholt und entwicklungsangemessen aufzuklären. Die Eltern werden ermutigt, offen mit ihrem Kind über körperliche Besonderheiten und die Besuche beim Arzt zu sprechen. **Besonders wichtig ist es, die seelische und körperliche Integrität des Kindes zu wahren.**

Bei der wiederkehrenden Betreuung ist es wichtig, dass alle Be-

teiligten eine gemeinsame Sprache entwickeln. Auf keinen Fall sollte eine Geheimhaltung stattfinden. In den Jahren der Präadoleszenz sollte besonders auf Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht geachtet werden. Dabei sind selbstbewusste, offene Kommunikationsstrategien genauso denkbar wie der Wunsch nach Privatheit. Mit zunehmendem Alter ist es wichtig, dass das Kind einen autonomen Raum für Gespräche mit dem Arzt und/oder einem Psychologen und Peer-Gruppen erhält. Eine begleitende kompetente lebensweltliche Beratung ist unabdingbar, sie muss das soziale Umfeld der Familie einbeziehen. Dies kann nicht in einem einmaligen Gespräch erfolgen und muss der altersentsprechenden Aufnahmefähigkeit des Kindes angemessen sein.

Die Aufklärung sollte so diskriminierungsfrei wie möglich geschehen. Es kann zum Beispiel darauf verwiesen werden, dass zwar die meisten Frauen einen XX-Chromosomensatz haben, aber eben nicht alle. Gespräche über Identität, Geschlechtsidentität und Sexualität können daran anschließen.

Wenn eine geschlechtliche Varianz erst im Rahmen der Pubertätsentwicklung festgestellt wird, bedürfen Eltern und Kinder besonders intensiver und sensibler Betreuung. Zusätzliche Hilfe können sie bei Selbsthilfeverbänden beziehen, diese bieten unter anderem Peer Beratung für Angehörige und Betroffene an. Außerdem sollte das Kind unbedingt an sachkundige Psychologen/Psychiater vermittelt bzw. überwiesen werden. Auch die Eltern selbst brauchen psychologische Unterstützung für eine zuwendungsorientierte, liebevolle Aufklä-

rung des Kindes, nicht nur in der ersten Zeit nach der Geburt, sondern auch immer wieder im Verlauf von vielen Jahren, besonders in der Zeit der Pubertät des Kindes.

Schutz der körperlichen Unversehrtheit

Eine Genitaloperation ohne Einverständnis des Kindes ist eine schwerwiegende Entscheidung mit unabsehbaren Folgen. Die Kinderrechtskonvention der UN definiert in den Artikeln 3 und 12 das Recht des Kindes auf Gehör und die Pflicht zur Beteiligung von Kindern an allen sie betreffenden Angelegenheiten; das Kind muss angemessen und entsprechend seiner Reife angehört werden (informed consent). **Daher sollten solche Operationen bei Neugeborenen und kleinen Kindern nicht vorgenommen werden.** Die elterliche Sorge und die damit einhergehende Verantwortung für die Zukunft des Kindes muss die körperliche Unversehrtheit einer unmündigen und nicht einwilligungsfähigen Person schützen. Es ist eine Tatsache, dass die Entwicklung der Geschlechtsidentität nur prognostiziert und im Kleinkindalter nicht definiert werden kann.

Literatur bei den Verfassern

*Anike Krämer (M.A.),
Prof. Dr. Katja Sabisch,
Dr. med. Jörg Woweries*

*Korrespondierender Autor:
Dr. med. Jörg Woweries
E-Mail:
woweries.berlin@t-online.de*

Red.: WH

Studie der Universität Hohenheim:

Zecken fast ganzjährig aktiv – auch in waldfernen Gärten

Der Lebensraum der Zecken beginnt vor der Haustür – so lautet das wichtigste Ergebnis einer aktuellen Studie der Universität Hohenheim in rund 100 Gärten im Großraum Stuttgart. Dank Klimawandel sind die Spinnentiere auch nicht mehr nur im Sommer, sondern fast ganzjährig aktiv, so Prof. Dr. Ute Mackenstedt.

Circa 221 Menschen erkrankten in Deutschland im vergangenen Jahr an der Hirnhautentzündung FSME, die durch Zecken übertragen wird, eine verhältnismäßig geringe Zahl. Auch 2014 war die Zahl mit 265 gemeldeten Fällen unterdurchschnittlich. 2013 waren es noch 420.

Prof. Dr. Mackenstedt von der Universität Hohenheim vermutet: „Grund für die rückläufigen Zahlen sind zwei besonders heiße und trockene Sommer.“ Weder der Mensch noch *Ixodes ricinus*, der Gemeine Holzbock, seien dann sonderlich aktiv, beide kommen somit nicht zusammen.

Neue Erkenntnis 1: Zecke wird zum fast ganzjährig aktiven Tier

Gleichzeitig bewirke das veränderte Wetter jedoch, dass Zecken bereits ab Februar und bis in den Dezember hinein aktiv seien. Die Gefahr: „Wir sind es nicht gewohnt, in den ehemals kalten Monaten mit Zeckenstichen zu rechnen und schützen uns nicht entsprechend.“

Auch Ärzte seien noch nicht unbedingt gewohnt bei FSME-Symptomen außerhalb des Sommers gleich an Hirnhautentzündung zu denken.“

Neue Erkenntnis 2: Gärten werden als Lebensraum von Zecken unterschätzt

„Wer aus der Haustür tritt, steht im Lebensraum der Zecken“, so Prof. Dr. Mackenstedt.

Seit 2014 kontrolliert die Parasitologin rund 100 Gärten im Großraum Stuttgart regelmäßig auf Zecken. Ergebnis: „Inzwischen können wir in 60 Prozent aller Gärten Zecken nachweisen – in Einzelfällen fanden wir in einer halben Stunde bis zu 800 Tiere.“

Bislang beschränken sich die Untersuchungen auf den Raum Stuttgart. „Wir können jedoch davon ausgehen, dass sich die Ergebnisse auf andere Städte übertragen lassen.“

Eingeschleppt durch Vögel, Haus- und Wildtiere

Zur Überraschung der Studienleiterin scheinen sich die Blutsauger in ganz unterschiedlichen Umgebungen wohlfühlen: vom verwilderten Garten am Waldrand bis zum akkurat gepflegten Stadtgarten. Faktoren wie ein naher Wald, Unterholz und hohes Gras begünstigen zwar große Zeckenpopulationen, sind aber keinesfalls Voraussetzung.

Ein Grund für die große Verbreitung sind Haus-, Wild- und Nagetiere: „Wir haben insgesamt drei verschiedene Arten von Zecken gefunden. Eine davon wird vor allem durch Vögel verbreitet.“ Andere seien typisch für Wild- und Haustiere. „Man kann einen Garten nicht zeckenfrei halten“, so Prof. Mackenstedt. „Einmal eingeschleppt, bilden sie stabile Populationen.“

Ein weiterer Befund der Studie: Die Tiere breiten sich nicht gleichmäßig in den Gärten aus, sondern

beschränken sich mitunter auf extrem kleine Stellen. „In einem Garten fanden wir Zecken nur in einem kleinen Rosmarinstrauch.“

Laut der Zecken-Expertin zeigten die Ergebnisse, dass der Mensch lernen müsse, mit Zecken zu leben: „Umso wichtiger ist es, sich entsprechend zu schützen.“

Verbreitungsgebiete in Deutschland weiten sich aus

Nicht nur im Jahresverlauf, auch geografisch dehne sich die Aktivität der Zecken aus, berichtet PD Dr. Gerhard Dobler auf der Pressekonferenz, bei der die Studie vorgestellt wurde. Der Mediziner leitet das Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr und ist Leiter des Deutschen Konsiliarlabors für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

Die Gebiete mit FSME-Vorkommen lägen überwiegend in Baden-Württemberg und Bayern und in kleineren Teilen von Thüringen, Hessen, Sachsen und Rheinland-Pfalz. In den letzten Jahren mehrten sich allerdings auch Berichte von FSME-Fällen außerhalb dieser bekannten Verbreitungsgebiete, u.a. in Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen-Anhalt.

In Baden-Württemberg gelten 44 Landkreise als endemisch für die FSME. Davon haben im Jahr 2015 insgesamt 28 Landkreise Erkrankungsfälle gemeldet. Darunter lag der Landkreis Ravensburg mit elf gemeldeten Erkrankungsfällen an der Spitze in Baden-Württemberg.

Red.:ReH

15 Jahre www.kinderaerzte-im-netz.de

Die erfolgreichste Internetseite zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland feiert Geburtstag

Im Jahr 2001 startete der Internetdienst www.kinderaerzte-im-netz.de. Die Idee war es, ein Informationsportal für Eltern ins Netz zu stellen, das seriöse und medizinische hochwertige Informationen zur Kinder- und Jugendgesundheit anbietet. Neben aktuellen Nachrichten und tiefergehenden Informationen zu pädiatrischen Erkrankungen und Therapien haben Mütter, Väter und Erziehungsberechtigte sowie Betreuer von Kindern auch die Möglichkeit, pädiatrische Praxen in Wohnortnähe zu finden. Herausgegeben wird der Internetdienst vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Bilanz

Die Bilanz nach fünfzehn Jahren ist hoch erfreulich. Jeden Monat nutzen inzwischen etwa eine Million Besucher das Portal, um sich über Präventionsangebote, pädiatrische Erkrankungen, aber auch über Praxisangebote zu informieren – Tendenz stark steigend. Damit ist die BVKJ-Patientenseite das **reichweitenstärkste Internetangebot zur Kinder- und Jugendgesundheit im deutschsprachigen Raum**. Inzwischen umfasst das Portal mehrere tausend Unterseiten und ist zur Referenzseite für viele andere Medien geworden, die über Themen zur Kinder- und Jugendgesundheit berichten. Da alle Meldungen vom BVKJ freigegeben werden und die Website völlig werbefrei ist, greifen die Deutsche Presseagentur, sehr viele Tageszeitungen und Journale, wie beispielsweise die Öko-Test, Fokus, die Bild-Zeitung oder auch Krankenkassenmagazine Veröffentlichungen von www.kinderaerzte-im-netz.de auf.

Homepage bei Kinderaerzte-im-Netz und PraxisApp

Immer mehr Patienten, Eltern und Angehörige informieren sich heutzutage im Internet auch über Ärzte, Praxen und Kliniken. Und



auch dabei ist die Seite www.kinderaerzte-im-netz.de häufig die erste Anlaufstelle. Rund 86.000 Suchanfragen bei rund 1.000.000 Seitenaufrufen für Praxen gibt es – jeden Monat! Leider sind noch nicht alle niedergelassenen BVKJ-Mitglieder mit ihrer Praxis auf der Seite registriert. Um den Praxen, die noch nicht registriert sind, den Einstieg zu erleichtern, **entfällt die Erstellungsgebühr im Rahmen einer Sonderaktion bei Anmeldungen bis zum 30.6.2016**. Das entsprechende Anmeldeformular finden Sie auf der nächsten Seite.

Für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte ist es nach der Registrierung auch möglich, **die Praxis-App „Mein Kinder- und Jugend-**

arzt“ zur direkten Kommunikation mit den Eltern oder jugendlichen Patienten gegen eine geringe Gebühr frei schalten zu lassen. Informationen dazu, wie auch zur Homepageerstellung oder Registrierung erhalten Sie von unserem Dienstleister, der Monks Ärzte-im-Netz GmbH, aus München.

Nutzen Sie die Chance, um Ihre Praxis auf der erfolgreichsten Kindergesundheitsseite in Deutschland zu präsentieren.

Ihr
Thomas Fischbach
Präsident BVKJ

„...und wie geht's den Jungs?“

Auf der letzten Delegiertenversammlung des BVKJ im Oktober 2015 wurde ich mit großer Mehrheit zum ersten Jungenbeauftragten des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte gewählt. Ich danke für das Vertrauen und das große Interesse, welches diesem „neuen“ Gebiet entgegengebracht wird. Das wir hier eine Vorreiterrolle innerhalb der pädiatrischen Verbände einnehmen beweist einmal mehr – wie weiland bei der Jugendmedizin – dass der BVKJ die Zeichen der Zeit und die gesundheitlichen Versorgungsbedürfnisse frühzeitig erkennt.



Dr. Bernhard Stier

Warum Jungenmedizin?

„Adolescent health: boys matter too“ so lautete die Überschrift des Editorials der renommierten Fachzeitschrift „The Lancet“ im Dezember 2015. Für mich bedeutet Jungenmedizin/Jungengesundheit, Jungen von Geburt an bis ins Erwachsenenalter gesundheitlich zu begleiten und damit auch den Grundstock zu legen für eine gelebte Männergesundheit.

Statistisch stellt sich die gegenwärtige gesundheitliche Lage von Jungen in einigen Bereichen als bedenklich dar, so z. B. in der Unfallstatistik, bei der psychischen Gesundheit und sogar in der allgemeinen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik. Deutliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen finden sich auch bei den Ernährungsstörungen – Adipositas / Anorexie – bis hin zu Suiziden, die wesentlich häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu beklagen sind. Jungen sind auch viel häufiger Opfer von Gewalt. Auch dieses Thema ist bisher nur wenig untersucht. Die genderspezifische Einstellung der Jungen zur Sexualität prägt das Verhütungsverhalten und die Familienplanung von Jungen und Männern. Dies beides hat erheblichen Einfluss auf das Verhütungsverhalten von Mädchen und Frauen. Auch im Medienkonsum, dem Experimentier- und Risikoverhalten liegen die Jungen vor den Mädchen.

Jungen haben spätestens mit dem Pubertätseintritt keine richtige Anlaufstelle mehr. Der Kontakt zum Arzt bricht deutlich ein. Kranksein wird dann häufig als

Schwäche empfunden („ein Indianer kennt keinen Schmerz“), ein geringer sozialer Status und Migrationshintergrund können die Situation noch verschärfen und verringern nochmals die ohnehin schwierigen Zugänge in gesundheitliche Versorgung und Beratung. Dahinter steckt aber nicht selten auch die Frage „Wohin sich wenden?“ Es herrscht nach wie vor ein großes Defizit an Betreuungsstrukturen im Medizin- und paramedizinischem Bereich. Ebenso fehlt es aber immer noch an medizinischer Kompetenz in Jungenmedizin und Jungengesundheit.

Warum Kinder- und Jugendärzte kompetente Partner sein können?

Der Kinder- und Jugendarzt könnte von Anfang an ein kompetenter Wegbegleiter sein. Auf dem medizinischen Sektor hat schon vor Jahren der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) erkannt, dass Jungenmedizin und Jungengesundheit ein viele Aspekte umfassender, aber noch zu wenig bekannter Bereich der Pädiatrie sind. Folgerichtig kam 2013 das erste Hand- und Lehrbuch zur Jungenmedizin und Jungengesundheit in den Handel (Stier/Winter – Jungen und Gesundheit, Kohlhammer Verlag). In rascher Folge erschienen der Flyer zur Hoden-Selbstuntersuchung, eine Broschüre für Jungen und Eltern rund um die Hygiene, sowie ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte mit dem Fokus auf jungemedizinische Fragestellungen bei den Vorsorgeuntersuchungen.

Das alles wird flankiert durch Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte und Ärztinnen zum Thema auf den verschiedenen pädiatrischen Kongressen und Tagungen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sowie anderen im gesundheits- und sozialen Bereich für und mit Jungen tätigen Organisationen. Es kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es noch viel zu wenig jungemedizinisch Aktive gibt.

Mitmachen

Darum habe ich ein jungemedizinisches Curriculum ausgearbeitet, welches eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema und mehr Expertise möglich macht (Interessenten bitte ich um Kontaktaufnahme). Ich freue mich auf die Aufgabe, dabei zu helfen, dass Kinder- und Jugendärzte zu kompetenten Jungenmedizinern werden. Schon jetzt möchte ich Sie auf ein interdisziplinäres Symposium zur Jungensprechstunde (DGKCH und BVKJ) beim diesjährigen DGKJ-Kongress in Hamburg vom 14.-17. September hinweisen.

Gerne stehe ich jederzeit für Fragen und Anregungen, Vorschläge und Wünsche zur Verfügung. Ein zukünftiger Ausschuss oder eine Arbeitsgemeinschaft wäre eine Idee, die Verbesserung jungemedizinischer Kenntnisse zum Wohle der Jungengesundheit das über allem stehende Ziel.

Dr.med. Bernhard Stier
35510 Butzbach
E-Mail: bstier@t-online.de

Red.: WH

Ergebnis der bundesweiten Umfrage:

Die Kinderkrankenpflege lehnt die generalistische Pflegeausbildung ab

Anfang April stellte Monika Otte, Kinderkrankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe aus Marburg, in Berlin die Ergebnisse ihrer repräsentativen Umfrage zur Pflegeausbildungsreform vor: 99 Prozent der Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger lehnen die derzeitigen Pläne der Bundesregierung für eine generalistische Pflegeausbildung ab. Sowohl die Gesellschaft der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) als auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) appellierten an die Bundesregierung, die Kinderkrankenpflege im Rahmen der generalistischen Ausbildung zu erhalten.



Was bisher geschah: Die Bundesregierung plant bekanntlich, die drei Ausbildungsberufe Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege in einer generalistischen Ausbildung zusammenzuführen zur sogenannten „Pflegefachfrau“ bzw. zum „Pflegefachmann“. Die Zusammenführung bisher getrennter Ausbildungen und Berufe soll die demografiebedingten Nachwuchsprobleme in der Pflege lösen.

Was Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen von der Reform halten

Monika Otte startete im Dezember 2015 eine Online-Petition für den Erhalt der Kinderkrankenpflege. Diese Petition ist mit inzwischen rund 160.000 Mitzeichnern enorm erfolgreich.

Zusätzlich führte sie eine Umfrage unter den Kinderkrankenschwestern und -pflegern durch, weil sie ihre Forderungen gerne mit

belastbaren Daten unterlegen wollte. Das Ergebnis war eindeutiger als erwartet:

Mit rund 4.000 Rückmeldungen haben sich mehr als zehn Prozent der in der Kinderkrankenpflege Tätigen beteiligt und die Ergebnisse sind eindeutig. Die Frage „Würden Sie sich in Zukunft für eine Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann nach dem neuen Pflegeberufegesetz bewerben?“ beantworteten 96 Prozent mit „nein“. 99 Prozent der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

und -pfleger möchten an der Eigenständigkeit der Kinderkrankenpflege-Ausbildung festhalten.

Mit dem Gesetzentwurf will die Bundesregierung eigentlich die Attraktivität des Pflegeberufes steigern. Die von Monika Otte vorgestellten Zahlen zeigen für die Kinderkrankenpflege aber eine ganz andere Situation. Mit dem Wegfall des Berufsbildes Kinderkrankenpflege wird der Beruf für die Bewerber vollkommen unattraktiv, 96 Prozent würden sich nicht mehr bewerben. Ein Alarmsignal für alle Kinderkliniken!

Eine Kernforderung der Verbände lautet daher: „Wir brauchen weiterhin einen Zusatz „Kinder“ in der Berufsbezeichnung, damit sich junge Erwachsene, wie bisher, gezielt für dieses Berufsbild bewerben können und nicht in andere kinder-spezifische Berufe abwandern.“

Kritik der Betroffenen wird nicht gehört

Die Entscheidung der Bundesregierung für eine generalistische Ausbildung basiert auf dem Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von acht Modellprojekten aus dem Jahr 2010. Die Kinderkrankenpflege war an lediglich drei dieser acht Modellprojekte mit insgesamt **nur 18 (!) Auszubildenden** beteiligt. Die einzigen kritischen Stimmen kamen von genau diesen 18 Auszubildenden:

- „Kinderkrankenpflege fällt unter den Tisch.“
- „Schüler erlangen einen Einblick in alle Kernbereiche, die Möglichkeit zur Erlangung von berufsspezifischen Kenntnissen fehlt.“
- „Einschränkungen, was den Erfolg angeht, müssen gemacht werden bzgl. der Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.“

Die Auszubildenden haben recht mit ihrer Kritik: Eine breite generalistische Ausbildung geht zu Lasten der Qualität in der Kinderkrankenpflege, letztlich zu Lasten der Patienten. Die Träger von Kinderkliniken und -abteilungen und ihre Patienten sind auf gut qualifizierte Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeiter in der Pflege angewiesen. Und gut qualifiziert bedeutet in der Kinderkrankenpflege möglichst weitgehend spezialisiert zu sein auf die Versorgung von Kindern in allen Entwicklungsphasen vom Frühgeborenen über das Säuglings-, Klein- und Schulkindalter bis zum jungen Erwachsenen – mit vertieftem Fachwissen auf dem aktuellen Stand.

Um genau diesen Qualitätsanspruch, der ein vertieftes Fachwissen, mithin eine spezialisierte Ausbildung erfordert, sorgen sich die Verbände.

Die Reform wird teuer!

Die erforderliche Spezialisierung will die Bundesregierung zukünftig den Betroffenen selbst überlassen. Lebenslanges Lernen sei gefragt. Konkret bedeutet das, es gibt keine Pläne für eine weitere Spezialisierung. Es gibt auch keine Finanzierung. Die zukünftigen Pflegefachfrauen und -männer sollen ihr Spezialwissen „learningbydoing“ und theoretisches Wissen in ihrer Freizeit erwerben. Eltern wollen wohl kaum ihr Kind Generalisten anvertrauen, denen es am erforderlichen Fachwissen fehlt. Das können die Kinderkliniken und -abteilungen auch nicht verantworten. Sie werden ihre Mitarbeiter/innen mindestens ein Jahr nachqualifizieren müssen. Die Kosten dafür werden mit rund 120 Mio. € pro Jahr dauerhaft kalkuliert!

Deshalb fordern die Verbände – verpflichtend im Gesetz verankert – überwiegend kind-spezifische Inhalte sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung, wenn sich jemand für den Vertiefungseinsatz in der Kinderkrankenpflege entschieden hat.

Info: Weitergehende und jeweils aktuelle Informationen zum Thema finden Sie u. a. hier: www.GKinD.de

GKind

Jochen Scheel, Geschäftsführer

E-Mail: Jochen.Scheel@GKinD.de

Tel.: 030/60984280

Red.: ReH

Minister Schmidt gegen Steuer auf zuckerhaltige Getränke



Foto: © urbans78 - Fotolia.com

Bundesernährungsminister Christian Schmidt (CSU) lehnt eine Steuer auf zuckerhaltige Getränke nach dem Vorbild von Plänen in Großbritannien ab. Eine solche Steuer sei nicht zielführend, das haben Erfahrungen in anderen EU-Ländern gezeigt, sagte ein Ministeriumssprecher der Deutschen Presse-Agentur.

Die britische Regierung hatte Mitte März eine Steuer für Unternehmen angekündigt, die zuckerhaltige Softdrinks herstellen oder importieren. Damit soll dem grassierenden Übergewicht der Inselbevölkerung Einhalt geboten werden. Die Abgabe soll rund 660 Millionen Euro in staatliche Kassen spülen, die in die Förderung des Grundschulsports fließen sollen. Auch in Deutschland wurde in den vergangenen Jahren immer wieder über ähnliche Steuern diskutiert.

Nach Ansicht der Getränkeindustrie ist die Zuckersteuer Symbolpolitik, Übergewicht sei ein komplexes Phänomen, dem nicht mit einer einseitig diskriminierenden Steuer auf eine einzelne Produktkategorie zu begegnen sei.

Schmidt setzt sich unter anderem bei den zuständigen Ländern für ein eigenes Schulfach „Ernährung“ ein.

Die Bundesregierung will in diesem Jahr auch ein Konzept entwickeln, wie Zucker, Salz und Fette in Fertigprodukten reduziert werden können. Als Forschungsförderung sind zwei Millionen Euro vorgesehen.

Orientieren will sich das Ernährungsministerium zudem an Empfehlungen auf EU-Ebene. Demnach solle der Zuckeranteil auf Ebene des einzelnen Produkts innerhalb von fünf Jahren um mindestens zehn Prozent gesenkt werden. Derzeit würden in Deutschland bis zu 25 Prozent des täglichen Energiebedarfs durch Zucker gedeckt.

ReH

Was empfiehlt die WHO?

Nach jahrelangen Auseinandersetzungen mit den in der „World Sugar Research Association“ (WSRO) zusammengeschlossenen Vertretern der weltweiten Zuckerindustrie hat die Weltgesundheitsorganisation

(WHO) im Frühjahr 2015 neue Empfehlungen zum Zuckerkonsum herausgegeben. Möglichst nur noch fünf Prozent soll der Zuckeranteil in der Ernährung betragen – bisher galt die Zehn-Prozent-Regel.

Andere Länder machen es vor

In Mexiko, wo weltweit mit 163 Litern pro Person und Jahr die meisten Softdrinks konsumiert werden und wo nach den USA die dicksten Menschen leben, hat das Parlament eine Sondersteuer auf Softdrinks und auf Fastfood beschlossen. Auch in Frankreich werden Softdrinks mit fünf Prozent Steuer belegt, eine Erhöhung auf 20 Prozent ist geplant. Finnland besteuert Süßgetränke mit 0,22 Euro pro Liter. Auch Ungarn er-

hebt bei zuckerhaltigen Getränken erhöhte Steuern.

Die Erfahrung in diesen Ländern hat gezeigt: durch die Steuern und damit höheren Preise vergeht den Verbrauchern die Lust auf die süße Plörre, die Absatzzahlen an Süßgetränken gehen deutlich zurück. In Mexiko wurden Ende letzten Jahres zwölf Prozent weniger zuckergesüßte Getränke konsumiert als vor Einführung der Steuer.

Nein zur Lebensmittel-Ampel

Bundeslandwirtschaftsminister Christian Schmidt hat sich strikt gegen eine Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln ausgesprochen. „Sie ist eine unzulässige Vereinfachung und klärt nur scheinbar über den gesundheitlichen Wert des Lebensmittels auf“, sagte der CSU-Politiker zum Weltverbrauchertag am 15. März 2016.

Wenn es um die individuellen Ernährungsgewohnheiten gehe, dürfe der Staat „nicht in die Kochtöpfe der Verbraucher hineinregieren“, fügte er hinzu. Schmidt sagte: „Ich kann nicht per Verordnung dafür sorgen, dass die Menschen mehr Spinat und weniger Chips essen.“ Transparenz und Information seien kein Selbstzweck. Ein Zuviel an Information überfordere die Konsumenten.

Der BVKJ fordert seit Jahren eine auch für Analphabeten, bildungsferne Familien und Kinder eindeutige Kennzeichnung von Lebensmitteln (z. B. Ampelkennzeichnung wie in England). Dies lehnt die Bundesregierung bislang auch auf Druck der Lebensmittelindustrie ab, eine entsprechende Initiative auf europäischer Ebene ist durch die Lobbyarbeit der Industrie

vor einigen Jahren gescheitert. Die Bundesregierung hat bislang kein überzeugendes Konzept vorgelegt, mit dem der Konsum entsprechender Lebensmittel reduziert werden kann.

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



Foto: © Mardre - Fotolia.com

Neue 9-valente HPV-Impfung Gardasil 9®

Seit einigen Wochen ist Gardasil 9® zugelassen und in Deutschland verfügbar, und zwar im 2-Dosis-Schema für 9- bis 14-jährige und im 3-Dosis-Schema für 15- bis 26-jährige. Der Impfstoff schützt wie bisher Gardasil® vor den HPV- High-Risk-Typen 16 und 18, den Low-Risk-Typen 6 und 11 und zusätzlich vor den High-Risk-Typen 31, 33, 45, 52 und 58. Damit ist ein Schutz vor 15 bis 20 Prozent weiterer Zervix-Karzinom-Ursachen zu erwarten.

Die STIKO-Empfehlungen und die G-BA-Schutzimpfungsrichtlinie zur HPV-Impfung werden nicht verändert, das dort formulierte Impfziel kann mit allen drei HPV-Impfstoffen erreicht werden. Die Impfvereinbarungen und die Impfstoff-Beschaffungsvereinbarungen in den einzelnen KV-Bereichen werden aller Voraussicht nach nicht geändert werden. Ein Widerstand

der GKV wegen des leicht höheren Preises von Gardasil 9® gegenüber Cervarix® und Gardasil® ist wegen der erhöhten Effektivität nach bisherigen Auskünften nicht zu erwarten.

Für eine begrenzte Zeit wird es drei HPV-Impfstoffe auf dem deutschen Markt geben, bis das 4-valente „alte“ Gardasil® voraussichtlich Anfang 2017 vom Markt genommen wird. In dieser Übergangszeit gilt es, die Zulassungsbedingungen der Impfstoffe genau zu berücksichtigen.

Wichtig für die Praxis:

- Bereits mit Cervarix® oder Gardasil® angeimpfte Mädchen sollen die Impfserie mit dem selben Impfstoff abschließen.
- Eine Fortsetzung einer mit Cervarix® oder Gardasil® begonnenen Impfserie mit dem neuen Impfstoff Gardasil 9® ist nicht zugelassen, da die Effektivität bisher nicht geprüft wurde

- Neue Impfserien sollten nicht mehr mit dem „alten“ Gardasil® begonnen werden, da bei der zweiten oder dritten Impfung der Impfstoff eventuell nicht mehr zur Verfügung steht.
- Gardasil 9® kann auch nach bereits abgeschlossener HPV-Impfserie geimpft werden, allerdings nur in kompletter Impfserie (je nach Alter zwei oder drei Dosen) und nicht auf Kosten der GKV.
- Auch HPV-geimpfte Mädchen oder Frauen sollen in Zukunft weiterhin am Krebsfrüherkennungsprogramm des Zervix-Karzinoms teilnehmen.

Dr. Martin Terhardt
12049 Berlin
E-Mail: martin.terhardt@t-online.de

Red.: ReH

Suchtmittelreport der BzGA: Mehr Jugendliche Nie-Raucher

Der Trend ist deutlich: In Deutschland nimmt die Zahl der rauchenden und Alkohol trinkenden Jugendlichen stetig ab. Das zeigt eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Rauchen wird bei Jugendlichen in Deutschland immer unbeliebter. Der Anteil der rauchenden 12- bis 17-Jährigen sank nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) im vergangenen Jahr auf den historischen Tiefstand von 7,8 Prozent. Zur Jahrtausendwende lag die Quote noch bei 27 bis 28 Prozent und sank danach beinahe kontinuierlich immer weiter. Im Jahr 2014 betrug sie 9,7 Prozent. Gleichzeitig stieg die Zahl der Jugendlichen, die in ihrem Leben noch nie geraucht haben, weiter an

und liegt nun mit 79,1 Prozent auf dem höchsten Stand.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler zeigte sich erfreut: „Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie zeigen, dass wir in der Drogen- und Suchtprävention auf dem richtigen Weg sind. Das Rauchen gehört in Deutschland längst nicht mehr zum Lebensgefühl junger Menschen. Die auf Prävention ausgerichtete Tabakpolitik der Bundesregierung zeigt Wirkung. Aber wir dürfen in unseren Anstrengungen nicht nachlassen: Zum 1. April dieses Jahres haben wir verpflichtende Bildwarnhinweise auf Zigarettenpackungen eingeführt. Außerdem brauchen wir ein Verbot der Tabakaußenwerbung. Die Wissenschaft zeigt, dass Tabakwerbepлакate gerade junge Menschen ansprechen.“

Auch beim Alkohol ist die langfristige Entwicklung erfreulich: Jugendliche und junge Erwachsene trinken weniger Alkohol. Von den 12- bis 17-Jährigen geben aktuell 10,0 Prozent an, dass sie regelmäßig Alkohol trinken (2005: 12- bis 17-Jährige 18,6 Prozent). Etwa jeder Dritte im Alter von 12 bis 17 Jahren sagt, dass er oder sie im Leben noch nie Alkohol getrunken hat. Sorgen bereiten aber den Experten immer noch das Rauschtrinken.

Obwohl die Verbreitung des Rauschtrinkens teilweise zurückgeht, ist sie insgesamt immer noch zu hoch: 15,9 Prozent der männlichen und 12,5 Prozent der weiblichen Jugendlichen geben an, dass sie sich mindestens einmal im Monat in einen Rausch trinken.

Bei den illegalen Drogen ist Cannabis nach wie vor die mit Abstand am meisten konsumierte Substanz. 9,7 Prozent der 12- bis 17-Jährigen erklären, schon einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Bei den 18- bis 25-Jährigen sind es bereits 34,5 Prozent. In dieser Altersgruppe ist allerdings die Zahl derjenigen, die in ihrem Leben schon einmal andere illegale Suchtmittel konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz) weit aus niedriger: sie liegt bei Ecstasy bei 4,0 Prozent, für Amphetamine ebenfalls bei 4,0 Prozent, für Kokain bei 2,9 Prozent sowie bei den neuen psychoaktiven Substanzen, den sogenannte „Legal Highs“ bei 2,2 Prozent. Im Rahmen der Befragung wurde erstmals auch die Lebenszeitprävalenz von Crystal Meth erfragt. Hier geben 0,6 Prozent der 18- bis 25-Jährigen an, die Substanz schon einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben.

Red.: ReH

Info: Die Studie ist abrufbar unter: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/

Ein Faktenblatt mit ausgewählten Ergebnissen der BzGA-Studie „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015“ findet man unter: <http://www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention>

Informationen zu den Suchtpräventionskampagnen der BzGA:

www.rauchfrei-info.de (Jugendliche)

www.null-alkohol-voll-power.de (Jugendliche unter 16 Jahren)

www.kenn-dein-limit.info (Jugendliche ab 16 Jahren)

www.kenn-dein-limit.de

www.drugcom.de

Service-Nummer der Assekuranz AG für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG, können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:

(02 21) 6 89 09 21.



Einigung auf neue Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte

In der zweiten Tarifverhandlungsrunde am 15. 04. in Berlin einigten sich die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten auf drei neue Tarifverträge. Die Gehälter erhöhen sich gemäß neuem Gehaltstarifvertrag ab dem 01.04.2016 um linear 2,5 Prozent auf Basis der Tätigkeitsgruppe I.

Die Ausbildungsvergütung steigt in allen drei Ausbildungsjahren um 30,00 Euro monatlich, und zwar auf 730,00 Euro im ersten Ausbildungsjahr, auf 770,00 Euro im zweiten Ausbildungsjahr und 820,00 Euro im dritten Ausbildungsjahr. Der Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Altersversorgung erhöht sich für Vollzeitkräfte und Teilzeitkräfte mit 18 Wochenstunden und mehr um zehn Euro pro Monat auf 76,00 Euro, für Auszubildende und Teilzeitkräfte mit weniger als 18 Wochenstunden um fünf Euro pro Monat auf 53,00 Euro bzw. 43,00 Euro. Der Manteltarifvertrag wurde redaktionell angepasst.

Die Laufzeit des Gehalts- und des Manteltarifvertrages beträgt zwölf Monate bis zum 31.03.2017, die des Tarifvertrages zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung bis zum 31.12.2019.

Die Verhandlungsführerin der Arbeitgeberseite, Dr. Cornelia Goesmann, wertete den Tarifabschluss als eine angemessene Umsetzung der erwarteten Zuwächse beim ärztlichen Honorarvolumen für 2016. Die Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags werde zur Sicherung der Alterseinkünfte der Medizinischen Fachangestellten beitragen. „Eine Anpassung der Ausbildungsvergütungen ist notwendig, um den Beruf der Medizinischen Fachangestellten in Zeiten des Fachkräftemangels weiterhin attraktiv zu gestalten“, erklärte die Verhandlungsführerin und Vizepräsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., Carmen Gandila.

Red.: ReH

Aktuelles aus dem Bundestag ● ● ●

Experten: Unterhaltsvorschuss ausbauen Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berlin: (hib/AW) In einer Anhörung des Familienausschusses haben sich die geladenen Sachverständigen am 14. März übereinstimmend für eine Reform des Unterhaltsvorschussgesetzes ausgesprochen, um die **Situation von Alleinerziehenden zu verbessern**. Konkret forderten sie, die Befristung des Unterhaltsvorschusses von 72 Monaten pro Kind zu streichen, die Bezugsgrenze vom zwölften auf das achtzehnte Lebensjahr des Kindes zu heben und das Kindergeld zukünftig nur noch zu 50 Prozent auf den Unterhaltsvorschuss anzurechnen. Die Sachverständigen unterstützen damit die Anträge der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen.

Red.: WH



So muss es sein: Kampagne gegen FGM, Straßenschild bei Kapchorwa, Uganda.

Foto: © Photo Ammon Shavit CC BY-SA 3.0, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stop_FGM_Uganda.jpg?cc=0&url=https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stop_FGM_Uganda.jpg?cc=0

Zum Jahresthema des BVKJ 2016: Kinderschutz

Mädchenbeschneidung: Neuer Versuch mit zweifelhafter Ethik



Dr. Christoph
Kupferschmid

Bereits 2010 hat das Committee on Bioethics der American Academy of Pediatrics (AAP) den Versuch unternommen, eine kleine Form der Mädchenbeschneidung hoffähig zu machen. Der „ritual little nick“ sollte die Mädchen vor größeren Genitalverstümmelungen bewahren. Nach einem Sturm der Entrüstung wurde die entsprechende Stellungnahme umgehend zurückgenommen. Die AAP versicherte, dass sie keinerlei Formen der Genitalbeschneidung von Mädchen unterstütze und dies auch keinem Mitglied empfehlen würde. Mädchenbeschneidungen sind international geächtet und in den USA, wie in fast allen westlichen Ländern, unter Strafe gestellt.

Nur ein bisschen verstümmeln

Nun haben Kavita Shah Arora und Allan J. Jacobs im Journal of

Medical Ethics einen neuen Anlauf unternommen, diese Tür aufzustoßen. Große Eingriffe an den Genitalien der Frauen seien nicht wünschenswert, sagen sie und empfehlen als „Kompromiss“ einen kleinen und wenig verletzenden Eingriff, beispielsweise an der Klitorisvorhaut. Dieser könne die Mädchen vor Schlimmerem schützen. Sie sehen es als Pflicht eines liberalen Staates an, die religiösen Gefühle von Minderheiten, speziell der muslimischen afrikanischen Bevölkerung, zu schützen und das Recht der Eltern auf eine freie religiöse Erziehung ihrer Kinder zu respektieren. Wenn die Beschneidung der Vorhaut von Jungen erlaubt sei, müsse ein Eingriff bei Mädchen ebenso legalisiert werden, sofern dieser keine negativen gesundheitlichen Folgen habe. Semantisch wird aus Genitalverstümmelung (female genital mutilation – FGM) eine „female genital alteration“. Ei-

ne kleine Veränderung, die auch der Verschönerung des Genitale dienen könne, wie die immer wieder von erwachsenen Frauen für sich selbst gewünschte Labienkorrektur.

Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass trotz zahlreicher Kampagnen die Genitalverstümmelung von Mädchen in vielen Ländern nicht zurückgegangen sei. In Somalia seien nur drei Prozent der Frauen in keiner Weise beschnitten. Dass in Kenia die Beschneidungen der Mädchen von ca. 50 Prozent auf 15 Prozent abgenommen hat und in Liberia von 85 Prozent auf 44 Prozent wird zwar erwähnt, die Gründe hierfür werden jedoch weder benannt noch hinterfragt. Diese Länder sind gute Beispiele dafür, dass Verbote in Verbindung mit Aufklärung und einer starken Bewegung unter den Frauen sehr hilfreich sein können.

Die zentrale Hypothese, dass der als „nick“ verharmloste Ein-

griff Mädchen wirklich schützt, ist nirgendwo belegt. Bislang gibt es auch keine Hinweise darauf, dass eine Mehrheit der gläubigen Juden oder Muslims solch eine Minimalbeschneidung bei Jungen akzeptieren würde. Arora und Jacobs weisen darauf, dass 1996 Ärzte in Seattle den dort lebenden Somaliern eine saubere kleine Beschneidung von jugendlichen Mädchen angeboten hätten. Damit wollten sie vermeiden, dass die kleinen Mädchen zur illegalen Beschneidung ins Ausland gebracht werden. Kritiker fürchteten allerdings, dass diese Aktion dazu führe, dass somalische Mädchen vor der Einwanderung in jedem Falle im Heimatland beschnitten würden. Die Aktion in Seattle wurde aufgrund der amerikanischen Strafgesetze wieder eingestellt, Ergebnisse sind nicht publiziert. Arianne Shahvisi, Bioethikerin der Universität Sussex, bezweifelt, dass minimale Eingriffe, die später nicht mehr sichtbar sind, bei der Hochzeit von den Familien und vom zukünftigen Ehemann akzeptiert werden.

Die Frage, welche Auswirkungen es auf ein Mädchen oder eine Frau hat, dass sie überhaupt beschnitten werden muss oder wurde, stellen sich die Mediziner Arora und Jacobs nicht. Auf ihrer ethischen Waage liegen ausschließlich Argumente der Organpathologie.

Zweifelhafte Anwälte antikolonialer Kulturpolitik

Die Mädchenbeschneidung sei in manchen Kulturen ein Akt elterlicher Liebe. Unbeschnittene Mädchen hätten dort weniger Chancen zu heiraten. Ein Verbot von FGM jeglicher Art enthalte das Risiko,

„wichtige kulturelle Praktiken zu dämonisieren“. Arora und Jacobs sehen sich als Advokaten von Kulturgütern, die sie durch koloniale und imperialistische Kräfte bedroht sehen. Menschenrechte und Kinderrechte halten sie durch einen minimalen Eingriff nicht für verletzt, weil dieser keine pathologischen Folgen für die Fortpflanzung und auch nicht auf das sexuelle Erleben der betroffenen Frauen habe. Ausdruck männlicher Gewalt über Frauen und Mädchen sei die Beschneidung deswegen nicht, weil sie überwiegend von Frauen durchgeführt würde. Als frauenfeindlich könne man FGM deswegen nicht bezeichnen, weil man die Beschneidung von Jungen auch nicht als männerfeindlich bezeichnet. Eine Kriminalisierung von FGM schade schließlich am Ende den Kindern selbst, weil sie in Gefahr kämen ohne ihre lieben Eltern aufzuwachsen, wenn diese am Ende ins Gefängnis müssen.

Denken wir einmal in diesem Schema weiter: Rituelle Prügel sind nach biblischen Texten ein Akt der Liebe. Sie hinterlassen vielleicht kleine Narben, haben aber später keine größeren organischen Folgen. Demnach müsste man Körperstrafen erlauben, wenn sie nicht so häufig und vielleicht auch nicht mit dem Stock durchgeführt werden, um die üblen täglichen Misshandlungen in manchen Gruppen zu beenden. Sexueller Missbrauch hinterlässt meist keine lebenslangen körperlichen Schäden. Keiner kann leugnen, dass Pädophilie ein Teil der abendländischen Kultur ist. Auch der Missbrauch bis hin zum legalen *ius primae noctis* ist in unserer Kultur verwurzelt. Also vielleicht ein bisschen missbrauchen, damit dem Kind Schlimmeres erspart wird?

Die Bioethikerin Ruth Macklin vom Albert Einstein College of Medicine in New York ist sicher, dass nicht alle kulturellen Traditionen Respekt verdienen. Ihre Empfehlung ist, eine kulturelle Tradition, die das Ziel hat Frauen zu kontrollieren, am besten ganz zu verlassen.

Eigene Unkultur

Arora und Jacobs nennen ihren Vorschlag einen Kompromiss. Das bedeutet, dass sie beide Forderungen für möglicherweise gerechtfertigt halten: die Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen ebenso wie ihr völliges Verbot. Da scheint es vordergründig und wenig hilfreich, dass sie schwere Genitalverstümmelungen ablehnen. Ihre Argumentation ist im Wortsinne furchtbar. Wenn uns nichts mehr anderes einfällt, um die Gewalt an Kindern einzudämmen, als sie in Häppchen zu legalisieren, hat die abendländische Kultur nach der Aufklärung versagt. Sie ist es dann nicht mehr wert, Kultur genannt zu werden. Hiervor müssen wir uns wirklich fürchten und auch bewahren. Der Vorstoß und die Argumentation von Arora und Jacobs muss uns aber drastisch vor Augen führen, dass wir selbst daran beteiligt sind, die Grundfesten der Menschen- und der Kinderrechte einzureißen, wenn wir religiösen Minderheiten aus Gründen der Staatsraison die Vorhautbeschneidung der Jungen erlauben.

Dr. Christoph Kupferschmid
89075 Ulm
E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.: ReH

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

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Mai 2016

20.-21. Mai 2016

26. Pädiatrie zum Anfassen

des BVKJ, LV Thüringen, in Erfurt

Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt

Auskunft: ①

Juni 2016

17.-19. Juni 2016

46. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des BVKJ in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,

Wiesbaden

Auskunft: ⑤

17.-19. Juni 2016

11. PRAXISfieber-live Kongress für MFA

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel,

Lauffen, Auskunft: ⑤

Juli 2016

6. Juli 2016

Immer etwas Neues FRANKFURT

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

9. Juli 2016

Pädiatrie am Neckar

des LV Baden-Württemberg

in Heilbronn

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel,

Lauffen

Auskunft: ③

13. Juli 2016

Immer etwas Neues FÜRTH

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

August 2016

24. August 2016

Immer etwas Neues VERDEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

27. August 2016

Jahrestagung des LV Sachsen

des BVKJ in Dresden,

Sächsische LÄK

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens,

Radebeul, Auskunft: ①

31. August 2016

Immer etwas Neues JENA

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

September 2016

7. September 2015

Immer etwas Neues LEVERKUSEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

10.-11. September 2016

20. Pädiatrie zum Anfassen

des BVKJ, LV Hamburg,

Bremen, S-H und Niedersachsen

in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp,

Dr. Stefan Renz,

Dr. Dehtleff Banthien,

Dr. Volker Dittmar,

Auskunft: ②

28. September 2016

Immer etwas Neues HAMBURG

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

Oktober 2016

8.-11. Oktober 2016

44. Herbst-Seminar-Kongress

des BVKJ in Bad Orb

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,

Wiesbaden,

Auskunft: ⑤

November 2016

5. November 2016

bvkj Landesverbandstagung

Niedersachsen

im Hotel Niedersachsenhof,

Verden/Aller

Leitung:

Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn

Auskunft: ③

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg

Leitung: Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach

Auskunft: ③

Dezember 2016

3. Dezember 2016

7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

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

Dr. B. Ruppert, 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. 0451-7031-202,

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

③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,

info@interface-congress.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78, Email: bvkj.kongress@uminfo.de

Programm



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Workshop des BVKJ für leitende Ärztinnen und Ärzte in Abteilungen und Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin

Vom 23.06.2016 13.00 Uhr bis 24.06.2016 17.00 Uhr
Hotel Stadtpalais in Köln

Donnerstag 23.06.2016:

- 13.00 – 14.00 **Wie viele Kinderkliniken braucht Deutschland?**
Zusammenfassung der Daten und vorliegenden Literatur aus den letzten Jahren, unter anderem aus dem Chefarzt-Workshop 2015
Prof. Dr. R. Schmid
- 14.00 – 16.00 **Kinder- und Jugendkrankenpflege**
- 14.00 – 14.20 **Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Wegrationalisierung?**
B. Pätzmann-Sietas
- 14.20 – 14.40 **Kinder- und Jugendkrankenpflege in der Wegrationalisierung?**
J. Scheel
- 14.40 – 16.00 **Was ist spezifisch an der Gesundheits- und Kinder- und Jugendkrankenpflege? Welche Argumente sprechen für welche Form der Kinder- und Jugendkrankenpflege? – Statement – Plenum –**
- 16.00 – 16.30 – Pause –
- 16.30 – 17.00 **Sozialpädiatrie**
Welche Bedeutung hat die Sozialpädiatrie im stationären Bereich und für die stationären Strukturen?
Dr. Ch. Fricke
- 17.00 – 18.30 **Psychosomatik**
Dr. K.J. Esser
Situation der Psychosomatik in der pädiatrischen Versorgung
G. Bürk
Die Versorgungslandschaft in der BRD
– Plenum –
- 18.30 – 19.00 **Zusammenarbeit Klinik-Praxis- aus der Sicht des BVKJ**
Dr. T. Fischbach

Freitag 24.06.2016:

- 08.30 – 10.00 **Erfolgreiches Selbstmanagement**
Von der Glücksliste über das Innere Team bis zur Delphin-Strategie und Eisenhower Methode
Prof. Dr. W. Kölfen
- 10.00 – 10.30 **Die Früherkennungsuntersuchungen**
U1-U9 unter dem besonderen Aspekt der U1/ U2 ab 01.07.2016.
Was kommt auf die Kliniken durch den neuen GBA-Beschluss zu?
Prof. Dr. R. Schmid
- 10.30 – 11.00 **Die Probleme unserer Kliniken aus Sicht des VLKGD**
Prof. Dr. A. Trotter
- 11.00 – 12.30 **Pause und Erfahrungsaustausch im Workshop**
Welche Probleme brennen uns auf den Nägeln?
Gibt es an anderer Stelle dafür Lösungsvorschläge?
Alle
- 12.30 – 13.30 – Pause –
- 13.30 – 15.00 **Erfolgreiche Verhandlungen mit Geschäftsführern**
Königsklasse der chefarztlichen Kommunikation – Lernen Sie Ihren Sprachstil kennen – Nutzen Sie gezielter Ihr Sprachpotential
Prof. Dr. W. Kölfen

- 15.00 – 15.15 – Pause –
- 15.15 – 17.00 **Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie**
Die Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit ihren Schnittstellen zur Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. R. Schepker
- 15.15 – 15.45
- 15.45 – 17.00 **Bericht über regionale Gegebenheiten – Gruppendiskussion**
Wie könnte ein gemeinsames Konzept zur optimalen Versorgung der Kinder und Jugendlichen aussehen?
Alle

Teilnahmebedingungen:

Ort:

Köln, Hotel Stadtpalais, Deutz-Kalker-Str. 52, 50679 Köln
(Übernachtung mit Frühstück 120 €)

Teilnehmergebühr:

Für Mitglieder des BVKJ 425 €, für Nicht-Mitglieder des BVKJ 700 €
(Programm, Catering vor Ort, Abendessen 23.6. im Brauhaus)

Teilnehmerzahl:

22 und 9 Referenten bzw. Vertreter der Pädiatrischen Gesellschaften

Moderation:

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

Anmeldung:

BVKJ Geschäftsstelle, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221-6890915, Fax: 0221-6290978,

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Referenten:

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid:

Vizepräsident BVKJ, Vinzenz-von-Paul-Str. 14, 84503 Altötting

Herr Guido Bürk:

AG Päd. Psychosomatik, Pädicum-Ruhrkidz,
Bahnhofstrasse 104, 44629 Herne

Dr. med. Karl-Josef Esser:

Generalsekretär der DGKJ, Chaussee-Str. 128, 10115 Berlin

Dr. med. Thomas Fischbach:

Präsident des BVKJ, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Dr. med. Christian Fricke:

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V., Bodelschwinghstr. 23, 22337 Hamburg

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen:

Vizepräsident des VLKGD, Hubertusstraße 100, 41239 Mönchengladbach

Frau Birgit Pätzmann-Sietas:

Stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege,
Präsidium Deutscher Pflegerat, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover

Prof. Dr. Andreas Trotter:

Präsident des Verbandes der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen (VLKGD) Virchowstrasse 10, 78224 Singen

Herr Jochen Scheel:

Geschäftsführer GKInD, Tannenstr. 15, 57290 Neunkirchen

Prof. Dr. med. Renate Schepker:

2. Vorsitzende der BAG der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

Anmeldung

BVKJ e.V. / Kongressabteilung
 Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
 E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Fax: 0221-689 09 78

Zum Workshop des BVKJ für leitende Ärztinnen und Ärzte kinder- und jugendmedizinischer Abteilungen in Kliniken

vom 23. bis 24. Juni 2016 in Köln, Hotel Stadtpalais

Hiermit melde ich mich verbindlich für die o.g. Fortbildung an.

Ich bin Mitglied im BVKJ kein Mitglied im BVKJ

Kostenbeitrag (inkl. Vollverpflegung und Seminarunterlagen)	700,- €
für Mitglieder im BVKJ	425,- €

Stornierungen bis zum 22. April 2016 sind kostenfrei. Bei einer Stornierung bis zum 25. Mai 2016 erheben wir eine Gebühr von 20 % des Rechnungspreises, spätere Stornierungen werden mit einer Gebühr von 60 % berechnet.

Bitte senden Sie die Seminarbestätigung sowie die Unterlagen an folgende Adresse:

Titel, Vor- und Nachname:

Funktion:

Geschäftsanschrift: (bitte unbedingt komplett angeben):

Klinik:

Abteilung:

Straße und Nr.:

PLZ und Ort:

Telefon/Telefax:

Hinweis an Hotel:

Übernachtung im Hotel Stadtpalais
 Deutz-Kalker-Straße 52 · 50679 Köln

Vom 23.06.16 bis 24.06.16 benötige ich ein
 Einzelzimmer 120,- € / Nacht inkl. Frühstück
 Doppelzimmer 140,- € / Nacht inkl. Frühstück

Am gemeinsamen Abendessen, Donnerstag, 23. Juni 2016

nehme ich teil
 nehme ich nicht teil

.....
 Datum, Unterschrift



Geburtstage im Juni 2016

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Wolfram Rohland,
Erding, am 03.06.
Herr Hans Peter Grätz,
Wuppertal, am 09.06.
Frau Dr. med. Hannelore Grunewald,
Wernigerode, am 10.06.
Frau Dr. med. Sabine Wallis,
Kiel, am 11.06.
Herr Dr. med. Hans-Ullrich Henschel,
Hamm, am 13.06.
Herr Dr. med. Ulrich Pott,
Rheine, am 17.06.
Frau Dr. med. Angelika Burgert,
Kehl, am 17.06.
Herr Dr. med. Oswald Bolm,
Hamburg, am 17.06.
Herr Dr. med. Rainer Scheibling,
Düsseldorf, am 22.06.
Herr Achim Meister, Berlin, am 27.06.
Frau Dr. med. Beate de Fries,
Xanten, am 27.06.
Frau Dipl.-Med. Ursula Werner,
Gera, am 29.06.
Frau Dr. med. Hildegunde Waldecker-
Krebs, Bonn, am 29.06.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Armin von der Linden,
Heddesheim, am 02.06.
Herr Dr. med. Jürgen Strebel,
Fürth, am 04.06.
Frau Dipl.-med. Margot Schädlich,
Reichenbach, am 04.06.
Herr Dr. med. Dieter Kahn,
Berlin, am 06.06.
Herr Dr. med. Walter Müller,
Berlin, am 07.06.
Herr Dr. med. Stephan Veit,
Worms, am 11.06.
Herr Dr. med. Bernd Viehmann,
Oberursel, am 14.06.
Herr Dr. med. Hellmut Ullmann,
Landau, am 18.06.
Herr Dr. med. Klaus Helm,
Detmold, am 19.06.
Herr Dr. med. Bruno Stober,
Rastatt, am 22.06.
Frau Gudrun Klingbeil,
Berlin, am 23.06.

Frau Danuta Bartz,
Gummersbach, am 24.06.
Herr Dr. med. Joachim Mößler,
Saarlouis, am 30.06.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Manfred Keuerleber,
Weinsberg, am 05.06.
Herr Dr. med. Jürgen Fleischer,
Berlin, am 07.06.
Frau Brigitte Krüger,
Quedlinburg, am 09.06.
Frau Dr. med. Helga Thomas,
Bad Frankenhausen, am 16.06.
Frau Dr. med. Marianne Laurig,
Heidelberg, am 18.06.
Frau Dr. med. Ursula Gropp-Merl,
Bad Honnef, am 19.06.
Frau Dr. med. Ingrid Haring,
Wernigerode, am 22.06.
Herr Prof. Dr. med. Dieter Kiosz,
Kiel, am 26.06.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela Wagner,
Weiden, am 05.06.
Herr Dr. med. Werner Behmann,
Idar-Oberstein, am 06.06.
Frau Dr. med. Ingrid Schröder,
Eberswalde, am 07.06.
Herr Dr. med. Alois Klemens Putze,
Limburg, am 21.06.
Herr Dr. med. Hans-Joachim Hiller,
Köln, am 25.06.

81. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Manfred Kessel,
Seehausen, am 01.06.
Frau Dr. med. Klara Fietzek,
Dahme, am 04.06.
Herr Dr. med. Klaus Roggenkamp,
Dortmund, am 06.06.
Frau Dr. med. Renate Koeberich,
Glashütten, am 20.06.
Herr Dr. med. Hermann-J. Schumacher,
Stegen, am 23.06.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter Wolfgang Fretwurst,
Hamburg, am 03.06.
Herr Dr. med. Ulrich Iseke,
Wittlich, am 11.06.
Herr Dr. med.
Wolfhart-Dietrich Schmidt,
Reutlingen, am 12.06.
Herr Dr. med. Karl Heinz Siegert,
Wolfen, am 18.06.

Frau Dr. med. Gisela Krohn,
Dortmund, am 25.06.

Frau MR Christine Leuschner,
Rostock, am 26.06.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Gerhard Stephan,
Darmstadt, am 09.06.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Klaus Kevenhörster,
Mülheim, am 01.06.
Frau Med.-Dir. Dr. med. Gertrud Mey,
Fernwald, am 05.06.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Marie-Luise Lorenzmeier,
Bad Salzuflen, am 04.06.
Herr Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer,
Heilbronn, am 18.06.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Hannelore Brück,
Neumünster, am 18.06.
Herr Dr. med. Georg Jäkle,
Landshut, am 23.06.

88. Geburtstag

Herr Dr. med. Anton Schäffner,
Grafring, am 27.06.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta Weidner,
München, am 03.06.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela Viersbach,
Köln, am 01.06.

93. Geburtstag

Herr Dr. med. Ernst Bickel,
Bremerhaven, am 29.06.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela Lottermoser,
Oldenburg, am 18.06.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitta Englisch,
Hohenwesdt, am 09.06.
Herr Dr. med. Hans-Ulrich Sauerbrei,
Essen, am 25.06.

Wir trauern um:

Frau Dr. Christa-Maria Augsten, Jena
Herrn Dr. Jan Hummel, Darmstadt
Herrn Dr. Wolfgang Müller, Augsburg
Herrn Prof. Dr. Hans Werner
Rotthauwe, Alfter

Im Monat März durften wir 70 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Petra *Böttler*
Herrn Dr. med. Matthias *Pfeiffer*
Frau Dr. med. Fabienne *Seeger*



Bayern

Frau Dr. med.
Monika *Corbacioglu*
Frau Dr. med. Maria Laura *Dagna*
Herrn Fabian *Falkenstein*
Herrn Dr. med.
Heiko *von Goessel*
Frau Dr. med.
Marianne *von Harbou*
Herrn Dr. med.
Peter *Henselmann*
Frau Dr. med. Regina *Schwindler*
Frau Dr. med. Carolina *Toepfer*



Berlin

Frau Milena *Prodan*



Brandenburg

Frau Dr. med. Silke *Klavehn*



Hamburg

Frau Dr. med. Wiebke *Nitsch*



Hessen

Frau Teresa *Giller*
Frau Kathrin *Zimmer*



Niedersachsen

Frau Dr. med. Franziska *Wert*



Nordrhein

Frau Katharina *Thilke*



Rheinland-Pfalz

Frau Annika *Schmaus*



Sachsen

Frau Zinita *Hilbert*



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med.
Antje *Christiansen*
Herrn Dr. med. Timo *Deba*
Herrn Dr. med. Heiko *Held*
Frau Dilek *Saglam*
Frau Dr. med. Elisabeth *Vallo*

Moderne Behandlung der bakteriellen Konjunktivitis bei Neugeborenen und Kindern

Die Konjunktivitis ist in der Kindheit die mit Abstand am häufigsten auftretende Augenerkrankung.^{1,2} Dabei ist ihre Ursache bei Kindern in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle bakterieller Natur. Daher sollte eine umgehende und effiziente antibiotische Behandlung erfolgen, um die kleinen Patienten rasch von den quälenden Symptomen zu befreien, eine weitere Ausbreitung der meist sehr ansteckenden Erkrankung zu vermeiden und die Entstehung resistenter Keime zu unterbinden. Hier stellt das zur Behandlung von Kindern und Neugeborenen zugelassene,³ unkonservierte Vigamox® (Moxifloxacin) aufgrund seines breiten Wirkspektrums und seiner hohen Eradikationsrate eine sehr effiziente und gut verträgliche Therapiemöglichkeit dar.

Bei Neugeborenen und Kindern stellen die bakteriellen Infektionen mit bis zu 78% der Fälle die Hauptursache infektiöser Konjunktividen dar.^{4,5} Da die Bindehaut zahlreiche Nerven enthält, ist die Erkrankung immer mit Schmerzen und Fremdkörpergefühl verbunden. Gerade für Kinder ist es daher eine ausgesprochen unangenehme Erkrankung, die sich unbehandelt bis zu zwei Wochen hinziehen kann und ohnehin nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle spontan abheilt.⁵

Therapieziele: Schnell Symptome lindern und Ausbreitung eindämmen

Insbesondere unter Kindern besteht daher während dieser Zeit eine hohe Ausbreitungsgefahr, da Bakterien als Tröpfchen- oder als Schmierinfektion schnell über kontaminierte Hände oder Gegenstände übertragen werden und Kinder die erforderlichen Hygienemaßnahmen wie häufiges Händewaschen bzw. nicht in die Augen fassen in der Regel nicht konsequent einhalten. Der Berufsverband der Augenärzte und die deutsche Ophthalmologische Gesellschaft empfehlen in der Regel die Anwendung topischer Antibiotika zur Behandlung bakterieller Bindehautentzündungen.⁶ Ziel der Therapie ist es, die pathogenen Erreger möglichst schnell und vollständig abzutöten. So kann für die kleinen Patienten die Dauer der unangenehmen und schmerzhaften Symptome verkürzt und ein Auftreten weiterer Komplikationen vermindert werden. Vor allem aber wird durch ein schnelles und vollständiges Abtöten der Keime sowohl eine weitere Ausbreitung der Erkrankung

als auch ein Auftreten von Resistenzen vermieden.^{7,8}

Moderne Therapie mit Moxifloxacin: Keime rasch und effizient abtöten

Wesentlich für den Erfolg der Konjunktivistherapie ist neben einer äußerst schnellen Wirksamkeit vor allem auch ein sehr breites Wirkspektrum des Antibiotikums auf Gram-positive und Gram-negative Bakterien. Die häufigsten Bakterien, die bei Kindern eine Konjunktivitis auslösen, sind *Haemophilus influenzae* und *Streptococcus pneumoniae*, während die Neugeborenen Konjunktivitis in westlichen Ländern meistens durch Chlamydien-Infektionen hervorgerufen wird – Tendenz steigend.^{1,9,10}

Moxifloxacin, ein Fluorchinolon der vierten Generation, stellt für diese Keime eine äußerst effiziente Therapieoption dar (Abb. 1): Sowohl im Vergleich zu zahlreichen Antibiotika anderer Wirkstoffklassen als auch im Vergleich zu Fluorchinolonen früherer Generationen wurde für Moxifloxacin eine rasche und bessere Wirksamkeit nachgewiesen.¹¹⁻¹⁴ Zudem ergab eine in vitro Vergleichsstudie zur Ermittlung der Minimalen Hemmkonzentration (MHK), dass Moxifloxacin selbst bei geringster Wirkstoffkonzentration 87,5% der Staphylokokken wirkungsvoll abtötet, die Resistenzen gegen Fluorchinolone älterer Generationen wie z.B. Ofloxacin oder Ciprofloxacin entwickelt hatten. Hinsichtlich Gram-positiver Keime weist Moxifloxacin eine bessere Wirksamkeit auf als Fluorchinolone älterer Generati-

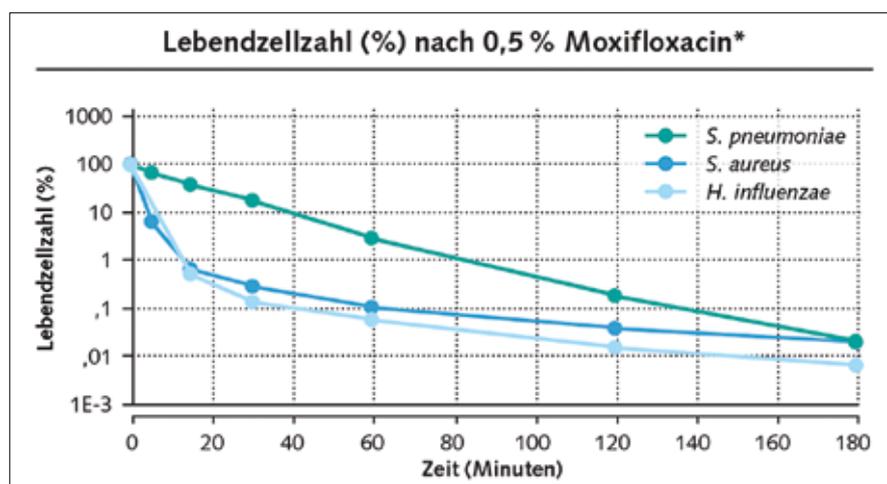


Abb. 1: Lebendzellzahl nach Anwendung von 0,5 % Moxifloxacin auf relevante Keime einer bakteriellen Konjunktivitis. *0,5 % Moxifloxacin wurde in einer 1:1 000 Verdünnung eingesetzt, um seine Konzentration im Tränenfilm etwa 30 Min. nach Applikation nachzuahmen. Schon nach kurzer Zeit (≤ 2 h) ist unter Moxifloxacin eine nahezu vollständige Bakterien-Eradikation feststellbar.¹²

onen. Gleichzeitig zeigten alle getesteten Antibiotika hinsichtlich Gram-negativer Keime die gleiche Wirksamkeit.¹⁵ Auch in einer multizentrischen Vergleichsstudie mit 84 Augen von 56 Patienten im Alter von durchschnittlich 4,5 Jahren (Verteilung: 2 Monate – 16,2 Jahre) waren 81% der mit Moxifloxacin behandelten Kinder und Jugendlichen bereits nach 48 h symptomfrei, wohingegen dies mit dem eingesetzten Vergleichspräparat nur bei weniger als der Hälfte der Patienten erreicht wurde.¹¹ Auch gegen Chlamydien wurde eine hohe Wirksamkeit von Moxifloxacin belegt. Im Rahmen einer multizentrischen Phase III Studie mit 544 Kindern (älter als 1 Jahr) und Erwachsenen lag bei 27 Patienten eine Chlamydien-Infektion vor. Die Eradikationsrate lag bei 96%. Entsprechend waren nach einer viertägigen Therapie mit dreimal täglich 0,5% Moxifloxacin 93% der Patienten symptomfrei und geheilt.¹⁶

Patientenfreundlich mit Moxifloxacin: Geringes Resistenzpotential und gut verträglich

Insbesondere diese sehr rasche Wirksamkeit und die hohe Eradikationsrate von Moxifloxacin tragen ganz entscheidend dazu bei, das Auftreten resistenter Bakterienstämme zu minimieren, da in erfolgreich abgetöteten Keimen keine Mutationen auftreten und sich manifestieren können. Zudem greifen Fluorchinolone der vierten Generation an zwei Enzymen der Bakterien-Replikation an, der Topoisomerase IV und der Gyrase. Um eine Resistenz zu entwickeln, müssten daher im selben Keim gleichzeitig zwei unabhängige Mutationen auftreten. Diese Wahrscheinlichkeit liegt bei etwa 1:1 Billion (10^{12}) und ist dementsprechend äußerst gering.¹⁴ Darüber hinaus verbleibt Moxifloxacin strukturbedingt durch Inhibierung der bakteriellen Efflux-Pumpe länger in der Bakterienzelle, was ebenfalls zu seiner besseren Wirksamkeit und dementsprechend geringeren Resistenzentwicklung beiträgt.¹³ Dabei ist zur Vermeidung einer Resistenzentwicklung selbstverständlich auch unbedingt darauf zu achten, dass ein „Ausschleichen“ des Antibiotikums vermieden und das Antibiotikum zuverlässig in einer ausreichend hohen Dosierung angewendet wird. Gerade bei Kindern gestaltet sich allerdings eine konsequente Gabe von Augentropfen häufig als schwierig – insbesondere dann, wenn die Augentropfen ein Konservierungsmittel enthalten und daher im Auge brennen. Vi-

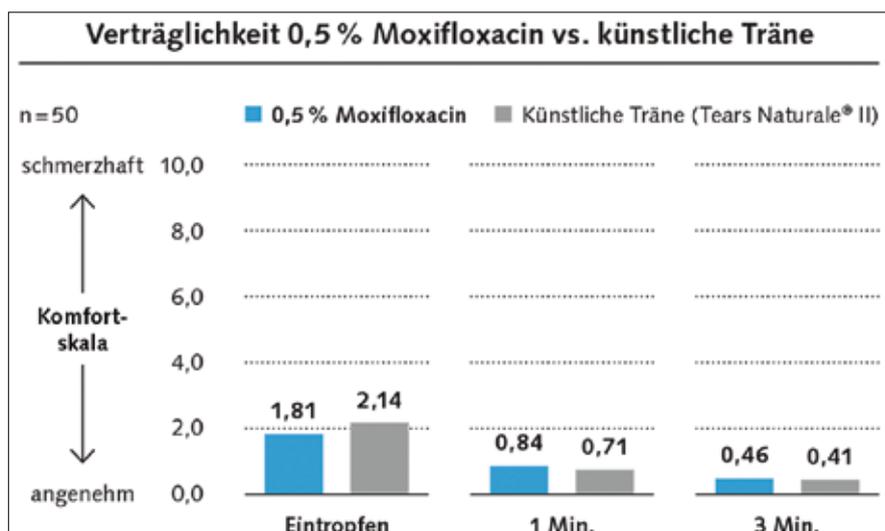


Abb. 2: Im Rahmen einer Vergleichsstudie erhielten 50 gesunde Menschen im Alter von 7-17 Jahren je einen Tropfen künstliche Träne in ein Auge und einen Tropfen 0,5% Moxifloxacin in das Partnerauge. Zu verschiedenen Zeitpunkten wurde die Verträglichkeit der Augentropfen bewertet (0 = sehr angenehm; 10 = schmerzhaft). Patienten empfanden Moxifloxacin so angenehm wie eine künstliche Träne.¹⁷

gamox® enthält keinerlei Konservierungsmittel und seine Anwendung wird als genauso angenehm wie eine künstliche Träne empfunden (Abb. 2).¹⁷ Das erleichtert für die Eltern die regelmäßige Verabreichung der Augentropfen erheblich, trägt zu einer guten Compliance bei und beugt dementsprechend auch einer Unterdosierung mit der Gefahr einer Resistenzbildung vor.

Fazit: Moderne Therapie der bakteriellen Konjunktivitis bei Neugeborenen und Kindern

- Therapieziele: schnelle Symptomfreiheit und weitere Ausbreitung der Erkrankung vermeiden
- Therapie mit Moxifloxacin:
 - auch zur Behandlung von Kindern und Neugeborenen zugelassen
 - relevante Keime werden schnell und effizient abgetötet
 - rasche Symptomfreiheit
 - ist unkonserviert und gut verträglich
- Moxifloxacin erfüllt alle Aspekte der modernen bakteriellen Konjunktivitis-Therapie

VIGAMOX 5 mg/ml Augentropfen, Wirkstoff: Moxifloxacinhydrochlorid; verschreibungspflichtig Zusammensetzung: 1 ml enthält 5,45 mg Moxifloxacinhydrochlorid. Sonst. Bestandt.: Natriumchlorid, Borsäure, Salzsäure und/oder Natriumhydroxid (zur pH Wert-Einstellung), ger. Wasser. Indikation: Zur topischen Behandlung bakterieller Infektionen des vorderen Augenabschnittes, die durch Moxifloxacin

empfindliche Keime verursacht sind. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Moxifloxacin, anderen Chinolonen oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Nebenwirkungen: Augenschmerzen, Augenreizungen, Keratitis punctata, Trockenes Auge, Bindehautblutung, okuläre Hyperämie, Augenjucken, Augenlidödem, Augenbeschwerden, Defekt des Hornhautepithels, Erkrankung der Kornea, Konjunktivitis, Blepharitis, Schwellung des Auges, Bindehautödem, Sehen verschwommen, Sehschärfe vermindert, Asthenopie, Erythem des Augenlids, Hämoglobin vermindert, Kopfschmerz, Parästhesie, Nasenbeschwerden, Pharyngolaryngealschmerzen, Fremdkörpergefühl (Kehle), Dysgeusie, Erbrechen, Alaninaminotransferase erhöht, Gammaglutamyltransferase erhöht, Überempfindlichkeit, Schwindelgefühl, ulzerative Keratitis, Keratitis, verstärkte Tränensekretion, Photophobie, Augenausfluss, Palpitationen, Dyspnoe, Übelkeit, Erythem, Ausschlag, Pruritus, Urtikaria. Packungsgrößen: 5 ml (PZN 04336056), Alcon Pharma GmbH, 79108 Freiburg i. Br. Stand: August 2015.

Referenzen:

- 1 Wald E. *Pediatr Infect Dis J.* 1997; 16 (2 Suppl): S17-20
- 2 BVA und DOG. www.augeninfo.de/patinfo/konjunkt.pdf. Zugriff 15.02.2016.
- 3 Fachinformation Vigamox®
- 4 Patel PB et al. *Acad Emerg Med.* 2007; 14: 1-5.
- 5 Wirths S et al. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2015; 42: 48-51.
- 6 BVA und DOG. Leitlinie Nr. 12 Bakterielle Konjunktivitis. Stand 2011.
- 7 Mah FS. *Ophthalmol Clin North Am.* 2003; 16: 11-27.
- 8 Hwang DG. *Surv Ophthalmol.* 2004; 49 (suppl 2): S79-S83.
- 9 Block SL et al. *Antimicrob Agents Chemother.* 2000 Jun; 44:1650-4.
- 10 Schaller U et al. *Ophthalmologe.* 1997; 94: 317-20.
- 11 Granet DB et al. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2008; 45: 340-349.
- 12 Lichtenstein SJ et al. *Adv Ther.* 2007; 24: 1098-111.
- 13 Stroman DW et al. *Surv Ophthalmol.* 2005; 50 Suppl 1: S16-31.
- 14 Lichtenstein SJ et al. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2006; 43: 19-26.
- 15 Mather R et al. *Am J Ophthalmol.* 2002; 133: 463-6.
- 16 Alcon Data on file.
- 17 Wagner RS et al. *e Invest Ophthalmol Vis Sci* 2004; 45: E-Abstract 4936.

Nach Informationen der Alcon Pharma GmbH, 79108 Freiburg i. Br.

Nonvalenter HPV-Impfstoff:

Breiterer Impfschutz vor HPV-assoziierten Erkrankungen

Ab sofort ist mit Gardasil®9 ein Impfstoff erhältlich, der gegen die Folgeerkrankungen von 9 – statt bisher 4 – HPV-Typen schützen kann. Darunter fallen neben den Vorstufen maligner Läsionen auch Karzinome an Zervix, Vulva, Vagina und Anus sowie Genitalwarzen. Da es sich um eine präventive Maßnahme handelt, ist eine möglichst frühe Impfung sinnvoll. So können Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis einschließlich 14 Jahren mit 2 Dosen, Jugendliche ab 15 Jahren mit 3 Dosen geimpft werden.^{1,2}

Infektionen mit Humanen Papillomviren (HPV) sind so häufig, dass nahezu alle sexuell aktiven Menschen irgendwann damit in Kontakt kommen. Allerdings bleibt die Infektion oft unbemerkt, da die Viren über einen längeren Zeitraum inaktiv persistieren können. Man unterscheidet Niedrigrisiko-HPV-Typen, welche zum Beispiel Genitalwarzen verursachen, von Hochrisiko-HPV-Typen, die eine hohe Assoziation mit verschiedenen Krebsarten aufweisen.³ Allein die beiden Hochrisiko-HPV-Typen 16 und 18 verursachen jedes Jahr schätzungsweise rund 28.000 Fälle von Anal- und Zervixkarzinomen in Europa.⁴ Insgesamt sind HPV-Infektionen mit nahezu 100 % der Zervixkarzinome und einem großen Anteil der Karzinome an Vagina, Vulva, Anus, Penis sowie Mund- und Rachenkarzinome assoziiert.⁴

Mehr Prävention erreichbar

Der neue, nonvalente HPV-Impfstoff kann vor den bisherigen 4 HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 sowie zusätzlich vor den 5 Hochrisiko-HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58 schützen.¹ Letztere sind mit etwa 20 % aller Zervixkarzinomfälle in Europa assoziiert.⁴ „Mit einem Impfstoff gegen die HPV-Typen 16 und 18 lassen sich etwa 70 % aller Zervixkarzinome potentiell vermeiden. Etwa 90 % – und damit deutlich mehr – können wir nun durch die Impfung gegen insgesamt 7 Hochrisiko-HPV-Typen verhindern“,^{1,5} erklärte Prof. Dr. Peter Hillemanns, Hannover.

Die 5 zusätzlichen, mit dem Impfstoff abgedeckten Hochrisiko-HPV-Typen sind zudem für etwa 53 % bzw. 44 % der CIN2- bzw. CIN3-Vorstufen des Zervixkarzinoms verantwortlich (CIN2: mäßiggradige Dys-

plasie, CIN3: hochgradige Dysplasie oder Carcinoma in situ).⁶ Mit dem neuen Impfstoff können zukünftig etwa 75 bis 85 % der CIN2/3-Vorstufen verhindert werden, im Vergleich zu knapp 45 bis 70 % mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff.^{1,5}

Gute Immunogenität und Wirksamkeit

An dem breit angelegten Studienprogramm beteiligten sich ca. 14.000 Frauen im Alter von 16 bis 26 Jahren. Um die Nichtunterlegenheit des neuen Impfstoffs zu ermitteln, wurde die Immunantwort analysiert.⁷ Anhand der Antikörperkonzentration einen Monat nach der dritten und letzten Impfdosis konnte gezeigt werden, dass die Immunogenität von Gardasil®9 gegen die 4 HPV-Typen 6, 11, 16, 18 im Vergleich zu Gardasil® nicht

Wirksamkeit von Gardasil®9 gegen die HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58 in der PPE*-Gruppe der 16- bis 26-jährigen Frauen

Krankheitsendpunkt	Gardasil®9 Fälle**/n	Gardasil® Fälle/n	Wirksamkeit*** (95 %-KI)
HPV 31, 33, 45, 52, 58 assoziierte CIN 2/3, AIS, Zervixkarzinom, VIN 2/3, VaIN 2/3, Vulvakarzinom und Vaginalkarzinom	1 / 6.016	38 / 6.017	97,4 % (85,0; 99,9)
HPV 31, 33, 45, 52, 58 assoziierte persistierende**** Infektion ≥ 6 Monate	41 / 5.941	946 / 5.955	96,0 % (94,6; 97,1)

CIN = cervical intraepithelial neoplasia (aller Schweregrade) / AIS = Adenocarcinoma in situ / VIN = vulvare intraepitheliale Neoplasie / VaIN = vaginale intraepitheliale Neoplasie
n = Anzahl der Probanden, die in die Analyse eingeschlossen wurden

*Die PPI-Gruppe setzte sich aus Probanden zusammen, die alle 3 Impfungen innerhalb eines Jahres nach Einschluss in die Studie erhalten hatten, keine größeren Prüfplanverletzungen hatten, vor der 1. Dosis negativ (PCR-negativ und seronegativ) für den/die relevanten HPV-Typ(en) waren (Typ 31, 33, 45, 52 und 58) und bis 1 Monat nach Verabreichung der 3. Dosis (Monat 7) PCR-negativ für den/die relevanten HPV-Typ(en) waren

** Anzahl Probanden mit mindestens einer Folgeuntersuchung nach Monat 7

*** Der Nachbeobachtungszeitraum betrug bei den Probanden bis zu 54 Monate nach Verabreichung der 1. Dosis (der Median betrug 4 Jahre)

**** Persistierende Infektion nachgewiesen in Proben von 2 oder mehr aufeinanderfolgenden Besuchen im Abstand von 6 Monaten (Zeitfenster ± 1 Monat)

unterlegen war. „Der neue Impfstoff ruft also eine genauso effektive Immunantwort hervor wie der tetravalente HPV-Impfstoff“, verdeutlichte Hillemanns.

Die Wirksamkeit von Gardasil[®]9 gegenüber hochgradigen zervikalen, vaginalen und vulvären Krebsvorstufen, AIS, Zervix-, Vulva- sowie Vaginalkarzinomen, die mit den HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58 assoziiert sind, betrug in der Per-Protokoll-Gruppe 97,4 % (95 %-KI: 85,0; 99,9).^{1,7} Unter den 6.016 mit dem nonavalenten HPV-Impfstoff geimpften Frauen und Mädchen trat nur ein Fall mit einer Krebsvorstufe auf, der auf eine der 5 HPV-Typen zurückzuführen war.⁷ [siehe Tabelle] „Basierend auf diesen Daten ist der Impfstoff in der Lage, eine Infektion weitestgehend zu unterbinden“, erläuterte Hillemanns. Das Nebenwirkungsprofil des nonavalenten HPV-Impfstoffs entsprach dem des tetravalenten Impfstoffs.⁷ Lediglich an der Injektionsstelle wurden etwas häufiger lokale Reaktionen (Schmerz, Erythem, Schwellung) beobachtet.

Wie eine Immunobridging-Studie zeigte, ruft der neue HPV-Impfstoff bei 9- bis 15-jährigen Mädchen und Jungen

eine mindestens ebenso gute (in der Regel sogar bessere) Immunantwort gegen die Impfstoff-HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 hervor wie bei 16- bis 26-jährigen Frauen.⁸ Dies lässt den Schluss auf eine vergleichbare Wirksamkeit in beiden Altersgruppen zu. „Damit ist die Nichtunterlegenheit für die HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 belegt und wir sehen bei den jüngeren Personen sogar einen Vorteil in Form einer besseren Immunantwort“, erklärte Hillemanns.

Frühzeitig vollständigen Impfschutz aufbauen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt, alle Mädchen im Alter von 9 bis einschließlich 14 Jahren gegen die HPV-Typen 16 und 18 zu impfen und versäumte Impfungen bis zum 18. Geburtstag nachzuholen.⁹ Auf Grundlage dieser Empfehlung und der Schutzimpfungsrichtlinien des G-BA¹⁰ wird die Impfung mit dem nonavalenten HPV-Impfstoff von den Krankenkassen erstattet.

Der niedergelassene Pädiater Dr. Christoph Bornhöft aus Bensheim-Auerbach

klärt die Eltern seiner Patienten bereits bei der Vorsorgeuntersuchung U10 über die Möglichkeit der HPV-Impfung auf. Bei der U11 spricht er sie dann nochmals darauf an. „Dadurch lässt sich eine bessere Wahrnehmung der anstehenden Impfung erreichen“, betonte Bornhöft.

Wie der tetravalente HPV-Impfstoff dient auch Gardasil[®]9 zur Prophylaxe und hat keinen Effekt auf aktive HPV-Infektionen oder bereits bestehende klinische Erkrankungen.¹ Daher ist es wichtig, frühzeitig einen vollständigen Impfschutz aufzubauen, bevor ein möglicher Kontakt mit den Viren stattfindet. Dass insbesondere bei den jüngeren Mädchen ein dringender Aufholbedarf besteht, zeigen die HPV-Impfraten. So waren nur etwa 40 % der 17-jährigen Mädchen Ende 2013 vollständig geimpft. Bei den unter 12-jährigen Mädchen hatten zu diesem Zeitpunkt erst knapp 7 % die HPV-Impfserie begonnen.^{11,12}

Pressekonferenz „Prävention von 9 HPV-Typen mit Gardasil[®]9“
Frankfurt am Main, 16. März 2016,
Veranstalter: Sanofi Pasteur MSD GmbH

Interview mit Prof. Dr. Peter Hillemanns, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Medizinischen Hochschule Hannover zur Neueinführung des nonavalenten HPV-Impfstoffs

Weshalb ist die Erweiterung des Impfstoffs auf 9 HPV-Typen sinnvoll?

Diese Erweiterung ist sinnvoll, weil der neue Impfstoff 5 zusätzliche Hochrisiko-HPV-Typen beinhaltet, die für etwa 20 % der Zervixkarzinomfälle verantwortlich sind. Damit können wir nicht mehr nur rund 70 % der HPV-assoziierten Zervixkarzinomfälle vermeiden, sondern etwa 90 %. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich, denn somit verbleibt lediglich ein geringes Restrisiko von etwa 10 %.

Wie beurteilen Sie die Studiendaten zum neuen HPV-Impfstoff?

Die Studienlage ist sehr gut, eindeutig und logisch nachvollziehbar. Die Ergebnisse, die theoretisch erwartet wurden, haben sich in der Praxis bewährt: Wie die Sicherheitsdaten zeigen, wird der nonavalente HPV-Impfstoff insgesamt gut vertragen. Die systemischen Nebenwirkungen entsprechen dem tetravalenten

Impfstoff, es tritt lediglich eine etwas stärkere lokale Reaktion auf.

Was erhoffen Sie sich vom nonavalenten HPV-Impfstoff?

Wenn es mit Hilfe der Impfung nicht zu einer Entwicklung von Vorstufen des Zervixkarzinoms kommt, vermeiden wir zahlreiche Operationen am Muttermund. Immerhin werden in Deutschland jedes Jahr rund 90.000 Konisationen, also Gewebeentnahmen aufgrund eines auffälligen Befunds im Pap-Test, durchgeführt. Gleichzeitig sinkt damit indirekt das Risiko für Frühgeburten, welches durch die Operationen erhöht wird. Ich halte es für ein geniales Konzept, mit nur zwei Spritzen die Entwicklung von Zervixkarzinomen zu verhindern. Von der STIKO erhoffe ich mir die Empfehlung, auch Jungs frühzeitig zu impfen. Dadurch würden der Herdeneffekt vergrößert und zudem weitere Krebsarten wie Analkarzinome verhindert werden.

Referenzen

- 1 SPMSD. Fachinformation Gardasil[®]9. Stand: April 2016.
- 2 http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20160404134583/anx_134583_de.pdf (letzter Aufruf 08.04.2016).
- 3 Keating GM, McCormack PL. *Drugs Ther Perspect* 2015;31:1-8.
- 4 Hartwig et al. *Papillomavirus Research* 2015;1:90-100.
- 5 SPMSD. Fachinformation Gardasil[®]. Stand: Juni 2015.
- 6 Serrano B et al. *Infect Agent Cancer* 2012 Dec;7:38.
- 7 Joura EA et al. *N Engl J Med* 2015;372:711-723.
- 8 Van Damme et al. *Paediatrics* 2015;136:e28-e39.
- 9 *Epid Bull* 2015;34:327-362.
- 10 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL). Stand: Februar 2016. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/> (letzter Aufruf: 07.04.16).
- 11 Versorgungsatlas, Weniger als die Hälfte der Mädchen in Deutschland gegen krebserregende humane Papillomviren geimpft. Stand: Januar 2016. Letzter Aufruf 01.04.2016.
- 12 Versorgungsatlas, Sekundärdatenanalyse (Datenstand 2013). Stand: Januar 2016. Letzter Aufruf 01.04.2016.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Mit freundlicher Unterstützung der Sanofi Pasteur MSD GmbH

ADHS: Methylphenidat ist und bleibt auch in den neuen Leitlinien Therapie der ersten Wahl

Leitlinien sind zwar für den niedergelassenen Arzt wichtig und hilfreich, jedoch nicht bindend, stellte Dr. med. Kirsten Stollhoff, Hamburg, anlässlich des Lunchsymposiums zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG auf dem 22. Kongress für Jugendmedizin in Weimar klar. Bestehen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie eines Krankheitsbildes, muss der Arzt im Einzelfall dokumentieren, warum er von den vorgegebenen Handlungs- und Entscheidungskorridoren abweicht. Dabei sind Stimulanzien bei ADHS Therapie der Wahl und erreichen ebenso erfolgversprechend Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV). Letztere ist auch noch eine häufige Komorbidität von ADHS.

Bisher gab es zur Therapie von ADHS nur S1-Leitlinien. Nun soll noch 2016 für die S3-Leitlinie ein Konsens erarbeitet werden, berichtete der Kinder- und Jugendarzt Dr. med. Klaus Skrodzki, Forchheim. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) besteht darauf, dass jeweils nur eine Leitlinie zu einem Thema existiert, obwohl ADHS Kinder- und Jugendärzte, aber auch Kinder- und Jugendpsychiater und ebenso Erwachsenenpsychiater und Erwachsenenpsychologen beschäftigt. Darüber hinaus bestehen nationale und internationale Leitlinien, die sich inhaltlich nur wenig unterscheiden. Als S3-Hauptquell-Leitlinie wird die NICE-Guideline dienen, so Skrodzki.

Methylphenidat in allen Ländern akzeptiert zur Erstlinientherapie

Unzweifelhaft, fuhr Skrodzki fort, ist in allen Ländern Methylphenidat (unretardiert/retardiert) zur Erstlinientherapie akzeptiert, bei den anderen Substanzen bestehen Unterschiede zwischen den Ländern. In Deutschland gelten derzeit Amphetamine (unretardiert/retardiert) sowie Nicht-Stimulanzien wie Atomoxetin und Guanfacin als Zweitlinientherapie. Die multimodale Behandlung besteht aus Psychotherapie und individuell eingestellter Pharmakotherapie. In der medikamentösen Behandlung der ADHS haben sich Psychostimulanzien seit Jahrzehnten bewährt. Methylphenidat (MPH) ist zur Behandlung der ADHS Mittel der ersten Wahl bei Kindern ab sechs Jahren. Es hat sich gezeigt, dass eine Umstellung von

kurzwirksamem MPH auf retardiertes Methylphenidat (z. B. Medikinet® retard) bereits ab dem siebten Lebensjahr zu gleichen oder besseren Behandlungsergebnissen führt. Für Kinder und Jugendliche mit ADHS steht beispielsweise mit dem Dexamfetamin-haltigen Fertigarzneimittel *Attentin®* eine effektive und gut verträgliche Alternative zur Verfügung, wenn die Erstlinientherapie mit Methylphenidat nicht ausreichend anschlägt oder nicht optimal vertragen wird.

Skrodzki erinnerte daran, dass ADHS die häufigste Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter ist. Betroffen sind etwa eine halbe Million Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren. ADHS liegt vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit und ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt. Um die diagnostischen Kriterien einer ADHS zu erfüllen, müssen diese Auffälligkeiten länger als 6 Monate bestehen und beeinträchtigende Symptome von Hyperaktivität-Impulsivität und Unaufmerksamkeit bereits vor dem Alter von 12 Jahren vorhanden gewesen sein. Neu beschrieben wurde im DSM-V („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association), dass sich ADHS und eine autistische Störung nicht ausschließen.

Häufige Komorbidität zu ADHS: Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Prof. Dr. med. Oliver P. Fricke, Lehrstuhlinhaber für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Witten-Herdecke, beschrieb die nicht altersgemäßen Leitsymptome der Störung des Sozialverhaltens (SSV): Ungehorsam, Streiten, Tyrannisieren, Wutausbrüche, Grausamkeit gegenüber Lebewesen, Destruktivität gegenüber Eigentum, Zündeln, Stehlen, Lügen, Schule schwänzen, Weglaufen. „Schul-Absentismus ist ein enormes Problem“, sagte Fricke.

Unterschiedliche Nomenklaturen erschweren die Harmonisierung der Leitlinien, welche ebenfalls in 2016 publiziert werden sollen und deshalb divergieren auch die Prävalenzen: In den USA sind bis zu 16 % der Jungen und bis zu 9 % Mädchen betroffen; laut Kindergesundheits-survey (KIGGS) sind es in Deutschland etwa 7,6 %, in Großbritannien bis zu 7 % der Jungen und bis zu 3 % der Mädchen. Die Ätiologie ist multifaktoriell und reicht vom „inkonsistenten Erziehungsstil mit harschen Strafen und/oder gewährender Haltung“ bis „Broken-home“ bei niedrigem sozioökonomischen Status. Neurobiologische Gründe im Monoamin-Haushalt liegen vor, welche die Bildgebung bereits durch Messung des lokalen Energieverbrauchs im Gehirn sichtbar machen konnte. „Kindern mit SSV fehlt die Verbindung zwischen Kognition und Emotion, die normalerweise bei Kindern im gleichen Alter zu sehen sind“, erläuterte Fricke. Betrachten Kinder mit SSV ein trauriges Gesicht am Bildschirm, zeigen sie keine starke Amygdala-Aktivierung wie gesunde Kinder, sondern eine Aktivierung der Insula und im ventromedialen Kortex.¹ Die Diagnostik läuft über

standardisierte Fragebögen (DISYPS oder Connor) ab.

Früh behandeln, Stimulantien sind erfolversprechend

Je früher man behandelt, desto erfolgreicher ist die Therapie. Dabei stehen Sozio- und Psychotherapie in der langfristigen Wirksamkeit vor der Pharmakotherapie. Für letztere sind zwar Stimmungstabilisierer (Carbamazepin, Lamotrigin, Topiramal, Valproat), Antidepressiva (kei-

ne positiven Effekte), Antipsychotika, v.a. atypische Neuroleptika (z. B. Risperidon), Lithium und alpha-adrenerge Substanzen wie Clonidin Optionen, aber nach Fricke haben „Stimulantien hier einen klaren Benefit und es lassen sich damit auch Verhaltensbesserungen erreichen.“ Stimulantien erzielen hier Evidenzgrad II, Evidenzgrad I ist nicht vergeben. Bei Störungen der Impulskontrolle und niedrigem IQ kann man Risperidon geben < 3 mg/d. Für SSV in Verbindung mit Aggressivität kann Valproat aus persönlicher Erfahrung sehr

gute Effekte haben, erklärte Fricke, und bezog sich auf eine Meta-Analyse aus dem vergangenen Jahr.²

Quelle:

Lunchsymposium „ADHS“ anlässlich des 22. Kongresses für Jugendmedizin veranstaltet von der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG am 12. März 2016 in Weimar

- 1 Blair RJ, Leibenluft E, Pine DS. N Engl. J Med 2014; 371(23):2207-2216
- 2 Pringsheim T et al. Can J Psychiatry 2015; 60(2): 42-61

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

Einzigster Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze ab sofort wieder bestellbar

Hexyon® ist ab sofort wieder verfügbar

Hexyon® ist ab sofort wieder lieferbar. Der Sechsfach-Impfstoff in der praktischen Fertigspritze bietet Impfschutz vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B und vor durch Haemophilus influenzae Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen und zeichnet sich durch hohe Immunogenität sowie gute Verträglichkeit aus.¹

Ab sofort kann Hexyon® in den 10er und 50er Packungsgrößen wieder bestellt werden. Bisher war die Verfügbarkeit von DTaP-IPV-HB-Hib-Impfstoffen aufgrund stetig steigender, globaler Nachfrage beeinträchtigt. Sanofi Pasteur MSD (SPMSD) hat mit Hochdruck daran gearbeitet und Maßnahmen in Kraft gesetzt, die zukünftig die Lieferfähigkeit des Sechsfach-Impfstoffs sicherstellen sollen.

Hohe Immunogenität, Verträglichkeit und Anwendungssicherheit

Der Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze ist bereits seit fast 3 Jahren auf dem Markt. Von Hexyon® wurden weltweit über 10 Millionen Dosen ausgeliefert, davon 1,2 Millionen allein in Deutschland.^{2,3} Eingesetzt werden kann der Sechsfach-Impfstoff bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 6 Wochen bis 24 Monaten sowohl zur Grundimmunisierung als auch zur Auffrischimpfung. Studiendaten belegen die hohe Immunogenität aller sechs enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) sowie ein gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil.¹



Der Sechsfach-Impfstoff kann zeitgleich mit einem Mumps-Masern-Röteln-, Rotaviren-, Meningokokken-C-Impfstoff oder Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff gegeben werden.¹

Pro Impfvorgang sind nur wenige Arbeitsschritte notwendig: Da die Hib-Komponente bereits gelöst ist, entfällt das Anmischen und der Impfstoff ist sofort gebrauchsfertig – vor der Impfung muss lediglich die Nadel auf die Spritze gesetzt werden. Mögliche Fehlerquellen wie das Vergessen der Hib-Komponente werden so vermieden und die Gefahr von Nadel-

stichverletzungen verringert. Ein verbesserter Kolben erleichtert die Handhabung zusätzlich. Bestellen Sie Hexyon® jetzt, damit das Praxispersonal ab sofort wieder von einer kürzeren Vorbereitungszeit profitieren kann.

Referenzen

- 1 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Hexyon®. Stand: November 2015.
- 2 Interne Daten, Sanofi Pasteur MSD, Stand: März 2016.
- 3 IMS Pharmascope Januar 2016.

**Nach Informationen von
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin**

Meningitis-B-Impfung zeigt epidemiologische Effekte und wird für Risikopatienten empfohlen

- Eine Impfkampagne gegen Meningokokken der Serogruppe B in Québec konnte Neuerkrankungen im Impfgebiet reduzieren.
- Die Impfung mit 4CMenB wurde in Großbritannien als Bestandteil des Routineimpfplans für Säuglinge eingeführt.
- Bexsero® wurde in die Impfempfehlungen für Asplenie-Patienten aufgenommen, analog zur STIKO-Empfehlung für ... die Impfung bei Risikopatienten.

Meningokokken der Serogruppe B wurden in den letzten Jahren immer häufiger als Erreger von Meningokokken-Erkrankungen nachgewiesen. In Deutschland gehen ca. 70 % aller Infektionen mit *Neisseria meningitidis* auf diese Serogruppe zurück.¹ Bei Säuglingen – mit dem höchsten Erkrankungsrisiko – sind es sogar 85 %.²

Meningokokken-Infektionen treten vor allem in den ersten Lebensjahren sowie in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen auf, wobei Säuglinge die höchsten Inzidenzen aufweisen. Zwei Drittel der Erkrankungen verlaufen als Meningitis, in ca. einem Drittel der Fälle ist der Verlauf durch eine Sepsis gekennzeichnet, die bei 10 bis 15 % der Erkrankungen als eine besonders schwere Form des septischen Schocks, als Waterhouse-Friderichsen-Syndrom, auftreten kann. Bei 10 bis 20 % der Erkrankten treten Komplikationen auf, darunter psychische Erkrankungen, Amputation von Gliedmaßen, Krampfanfälle und Taubheit. Die Letalität einer isolierten Meningokokken-Meningitis liegt in Deutschland bei ca. 1 %, die einer Sepsis bei ca. 13 % und die eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms bei ca. 33 %.¹

Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B

Seit 2013 ist mit Bexsero® (4CMenB) der erste Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B verfügbar, der mit seiner Zusammensetzung aus 4 Antigenen zur präventiven Routineimpfung ab dem frühen Säuglingsalter geeignet ist.³

Die Immunogenität von 4CMenB wurde in einem breiten Studienprogramm mit etwa 8.000 Probanden belegt, wobei verschiedene Impfschemata bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen untersucht wurden. Auf Basis der erhobenen Immunogenitäts- und Verträglichkeitsdaten ist Bexsero® als erster Impfstoff gegen Meningokokken B ab einem Alter von 2 Monaten zugelassen.³

Epidemiologische Effekte in der Praxis

Impfkampagnen mit einem breiten Einsatz des Impfstoffes 4CMenB zeigen inzwischen auch epidemiologische Effekte bei Infektionen mit Meningokokken B unter realen Bedingungen: Nach dem Auftreten von Meningokokken-B-Fällen bei Studenten wurden rund um die Universität Princeton (New Jersey, USA) mehr als 17.000 Jugendliche mit 4CMenB geimpft. Unter den geimpften Studenten traten keine Neuerkrankungen mehr auf – die Impfung konnte in der Umgebung des Campus wirksam vor weiteren Erkrankungen schützen.^{4,5}

Auch die Ergebnisse der weltweit ersten populationsbezogenen Impfkampagne mit 4CMenB in der Region Saguenay-Lac-Saint-Jean (Québec, Kanada) zeigen, dass die Impfung einen deutlichen Effekt auf die Meningokokken-B-Fallzahlen hat: Nachdem seit 2003 vermehrt Meningitis-Fälle mit Erregern der Serogruppe B aufgetreten waren,⁶ wurden bald nach der Zulassung von 4CMenB in Kanada in einer Impfkampagne mehr als 45.000 Kinder

und Jugendliche in der besonders betroffenen Region der Provinz Québec geimpft.⁵

Als Anhaltspunkt zur Wirksamkeit des Impfprojekts dient ein Vergleich der epidemiologischen Daten vor und nach der Impfperiode im Jahr 2014: Von 2006 bis 2012 wurden im Mittel jährlich 9 Erkrankungsfälle mit B-Meningokokken dokumentiert. Im ersten Quartal 2014 wurden vor Beginn der Kampagne noch vier Fälle gemeldet, in den folgenden drei Quartalen 2014 traten im Impfgebiet jedoch keine weiteren Fälle auf. Auch in der Nachbarregion ging die Inzidenz zurück, im Rest von Québec wurden sporadische Erkrankungen verzeichnet. Der Rückgang der Erkrankungen in der Impfregion korrelierte zeitlich mit der Impfung.⁷

Impfung für Asplenie-Patienten empfohlen

Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt seit August 2015 für Personen mit spezifischen Grundkrankheiten eine Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B.¹¹

In den aktualisierten Impfempfehlungen für Asplenie-Patienten wird für die Men-B-Impfung explizit Bexsero® aufgeführt. Diese Empfehlungen zur Impfung für Risikopatienten sind ab sofort auf der Webseite der Aspleniegesellschaft hinterlegt. Im aktuellen Impfplan für Asplenie-Patienten werden zur Prävention auch Impfungen mit Men-C, Men-ACWY, sowie Impfungen gegen Pneumokokken, Haemophilus influenza Typ B und Influenza empfohlen.¹²

Koadministration im Routineimpfplan von Säuglingen

Die Meningokokken-Impfung mit 4CMenB (Bexsero®) kann laut der STIKO in den Impfkalender der Routineimpfungen bei Säuglingen implementiert werden.¹¹ Durch die prophylaktische Gabe von Paracetamol kann die Fieberreaktion gesenkt werden, ohne die Immunogenität des Men-B-Impfstoffes oder des Sechsfach- und Pneumokokken-Impfstoffes zu beeinträchtigen.³ Verimpft werden kann 4CMenB im Schema 3+1 zeitgleich mit

Routineimpfungen¹ im 2., 3., 4. und im 11. bis 14. Lebensmonat.¹¹ Mecklenburg-Vorpommern und der Freistaat Sachsen haben bereits die öffentliche Empfehlung für die Meningokokken-B-Impfung ausgesprochen.^{13,14} Auch seitens der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) wird die Impfung für Säuglinge ab 2 Monaten im Sinne eines individuel-

¹ 4CMenB kann im Schema 3+1 zeitgleich mit folgenden Routineimpfungen verimpft werden: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Haemophilus influenzae TypB, Poliomyelitis (inaktivierter Impfstoff), Hepatitis B, Heptavalentes Pneumokokken-Konjugat, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken.

len Impfschutzes gegen Meningokokken B empfohlen.¹⁵ Die Erstattung ist eine freiwillige Leistung der Krankenkasse. Derzeit beteiligen sich bereits etwa 70 Krankenkassen freiwillig an der Kostenübernahme der Meningokokken-B-Impfung. Eine aktuelle Liste kann unter www.kinderaerzte-im-netz.de abgerufen werden.¹⁶

Referenzen liegen beim Verfasser.

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

10 Jahre gemeinsam Großes erreicht

Im April 2016 erreicht Hexal einen neuen Meilenstein: 10 Jahre Omnitrope®. Hexal blickt zurück auf ein besonderes Engagement in der Wachstumshormontherapie, bei dem die Patienten im Fokus stehen.

In den zurückliegenden 10 Jahren hat Hexal viel in Bezug auf das Biosimilar Omnitrope® erreicht:

- ein durch Studien bestätigtes Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil;^{1,2}
- ein patientenfreundliches Injektionsgerät mit einfacher und sicherer Handhabung;
- ein beständiges wissenschaftliches Engagement von Hexal in der Endokrinologie.

Omnitrope® wurde vor 10 Jahren, am 12. April 2006, von der EMA zugelassen. Es ging so als das erste jemals zugelassene Biosimilar in die Geschichte ein und verbesserte seitdem für viele den Zugang zur Behandlung mit Wachstumshormonen. Seit der Zulassung hat Omnitrope® über 40.000 Patienten auf der ganzen Welt geholfen. Mit der PATRO®-Studie wird die Langzeit-Wirksamkeit und -Sicherheit nachverfolgt.

Neben der eigentlichen Therapie hat das Unternehmen umfangreiche Ressourcen für die Entwicklung eines neuen und eigenen Injektionsgeräts aufgewandt, das die Bedürfnisse der Patienten – viele von ihnen sind Kinder – in den Mittelpunkt stellt und eine einfache und sichere



Handhabung in sich vereint. Der SurePal™ erhielt gleichermaßen viel positive Resonanz von Patienten und Ärzten. Eine aktuelle Studie³ zeigt, dass 86 % der Patienten fanden, dass der Umgang mit dem SurePal™ einfach zu Erlernen sei. 81 % der Patienten bevorzugten nach einem Wechsel von einem anderen Injektionsgerät den SurePal™.

Und das ist noch nicht alles: Mit seinem wissenschaftlichen Engagement ist Hexal seit 10 Jahren Partner der globalen Endokrinologie-Gemeinschaft. Dazu zählen die wissenschaftliche Förderung von Projekten und aktuelle medizinische

Weiterbildungen, die auch digital abrufbar sind.

Mit maßgeschneiderten Therapien und Serviceangeboten, die sich gezielt an den Bedürfnissen von Patienten und Ärzten orientieren, schafft Hexal einen Mehrwert, der mit dazu beiträgt, das Leben von Patienten zu verbessern.

Dr. Ines Bohn, Geschäftsbereichsleitung Endokrinologie, sagt: „Wir haben in dieser Zeit für die Endokrinologie einen wirklich wichtigen Beitrag geleistet und wir konnten so das Leben vieler junger Patienten ver-

bessern. Wir werden diesen Ansatz weiter verfolgen, sodass Omnitrope® einen Unterschied für Patienten und Ärzte macht.“

Quellen

- 1 Pfülle R. et al. Results up to 3 years from PATRO® Children, a multi-centre, non-interventional study of the long-term safety and efficacy of Omnitrope® in children requiring growth hormone treatment. Poster zur ESPE 1.-3. Oktober 2015; Barcelona, Spanien.
- 2 Beck-Peccoz P. et al. Latest results from the PATRO® Adults study of Omnitrope® for the treatment of adult patients with growth hormone deficiency: latest results. Poster zum ENDO 1.-4. März 2016; Boston, MA, USA.
- 3 Partsch et al., Medical Devices: Evidence and Research 2015; 8: 1-5.

**Nach Informationen von
Hexal AG, Holzkirchen**

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 Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.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