

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 03/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Entwurf Koalitionsvertrag
aus pädiatrischer Sicht

Fortbildung

CMV: Fortschritte bei
einem häufigen Problem

Forum

Wehrt Euch! –
Gewalt in der Praxis

Magazin

Kinder in der
digitalen Welt

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

INHALT 03 | 2018

Berufsfragen

Entwurf eines Koalitionsvertrages aus Sicht des BVKJ // Thomas Fischbach, Kathrin Jackel-Neusser	81
Verschärfung des Datenschutzrechts // Michael Stehr	89
Einsatz für bessere kinder- und jugendärztliche Versorgung // Stefan Renz, Sarah Strohkamp	95
Wahlaufruf	98
UV-GOÄ, Teil 2 // Reinhard Bartecky	101
Ergebnisse der BVKJ-Mitgliederumfrage 2017 // Dehtleff Banthien	105

Fortbildung

Management der kongenitalen Zytomegalievirus- Infektion bei Neugeborenen // Susanne Modrow	107
Kinder mit Entwicklungsstörungen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis // Hans Michael Straßburg	118
Welche Diagnose wird gestellt? // Maren Fließner	123
consilium: Vorgehen bei Kuhmilchernährung im ersten Lebensjahr // Rainer Ganschow	126
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	128

Forum

Was tun, wenn Patienteneltern ausrasten? // Regine Hauch	132
Das Leser-Forum	136
Angebot an Online-Glücksspielen wächst	138
Staatsrechtler für Kinderrechte im Grundgesetz	141
Im Osten viel Neues // Uwe Büsching	142



Der Lotse ist von Bord gegangen

S. 143

Magazin

Der Lotse ist von Bord gegangen // Thomas Fischbach	143
Kinder in einer digitalen Welt // Uwe Büsching	144
Impressum	147
Die Welt der Kinder im Blick der Maler // Peter Scharfe	148
Buchtipps	151
Personalien	152
Fortbildungstermine des BVKJ	154
Pädindex	155
Nachrichten der Industrie	156
Wichtige Adressen des BVKJ	159

Titelbild: © nata_zhekova - Fotolia.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind eine Beilagen der Leo Pharma GmbH (CME-Fortbildung), der Shire Deutschland GmbH sowie das Programmheft zum 48. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Politische Informationen aus Berlin

Was der Entwurf eines Koalitionsvertrages der GroKo aus Sicht des BVKJ bedeutet

Derzeit traut man sich kaum über eine mögliche Regierungsbildung zu schreiben, so viel kann sich innerhalb weniger Wochen hier wieder ändern. Beim Verfassen dieser Zeilen (12.2.18) wurde zwar der Entwurf des Koalitionsvertrags von CDU/CSU und SPD veröffentlicht. Ob dieser Koalitionsvertrag in einer Neuauflage der Großen Koalition umgesetzt wird, ist aber angesichts des ausstehenden SPD-Mitgliedervotums noch nicht entschieden. Dennoch möchten wir Ihnen hier einige Auszüge aus dem Koalitionsvertrag erläutern. Dabei konzentrieren wir uns auf die Aspekte, die für unseren Kontext (Aufwuchsbedingungen von Kindern und Jugendlichen/Arbeitsbedingungen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte/Gesundheitssystem) besonders relevant sind. Es zeigt sich: Auch wenn noch zahlreiche Wünsche offen bleiben, so konnten wir zahlreiche der BVKJ-Forderungen (teils fast wortgetreu) wiederfinden. Dies ist das Ergebnis intensiver Lobbyarbeit des BVKJ.



Dr. Thomas Fischbach

Gesundheit

Was der BVKJ gefordert hat

„Ambulante Strukturen, Kliniken zur stationären Versorgung und Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in zumutbarer Entfernung sowie der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind wichtige Bestandteile der staatlichen Daseinsvorsorge. Ihre ausreichende Vorhaltung ist Voraussetzung dafür, dass das Recht eines jeden Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen (Artikel 24, Kinderrechtskonvention) erfüllt wird (...)“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Wir werden eine **Bund-Länder-Arbeitsgruppe** unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die **Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems** im Hinblick auf **Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation** der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis

2020 vorlegen. Dabei sollen **Spielräume für regionale Ausgestaltungen** ermöglicht werden.“

Kommentierung: Gerade dieses Mehr an Flexibilität haben wir intensiv gefordert.

Was der BVKJ gefordert hat

„Hausärztliche Kinder und Jugendärzte müssen in der Bedarfsplanung regional angepasst bedarfsgerecht behandelt werden können (Änderung §101, (5) SGBV), bzw. es muss die Option geschaffen werden, bei Notwendigkeit auch flexibel und vorausschauend durch eine auf die regionale Kinderbevölkerungsdichte bezogene Planung reagieren zu können.“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Den Ländern werden künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern eingeräumt.“

Weiter heißt es: „Wir werden in einem Sofortprogramm **die Leistungen und den Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessern**. Dazu werden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter einer bundesweit einheitlichen, einprägsamen Telefonnum-



Kathrin Jackel-Neusser

mer von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein und auch haus- und **kinderärztliche Termine** vermitteln. Das **Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte** für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten wird **von 20 auf 25 Stunden erhöht**.“

Kommentierung: Gegen diesen Eingriff in die freie Gestaltung der ärztlichen Arbeitszeit hatten wir uns vorab vehement gewehrt – leider waren wir (zusammen mit der KBV) hier einsame Mahner.

Was der BVKJ gefordert hat

„Keine Deckelung bei Anstellung von Ärzten bzw. großzügige Anhebung des Deckels bei entsprechendem Bedarf mit entsprechender Finanzierung/Vergütung der Mehrarbeit (mehr Vorsorgen und Impfungen; neue Aufgaben aufgrund neuer Morbidität und frühem Kita-Besuch; mehr Dokumentation und Kodierung sowie Beachtung von Richtlinien nötig) durch entsprechende Anpassung des Vergütungsanteils der Kinder- und Jugendärzte.“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Ärztinnen und Ärzte, die **in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen** praktizieren, werden über **regionale Zuschläge** besonders unterstützt. Dazu werden **die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ besser vergütet**. Dies beinhaltet auch die koordinierenden Leistungen, inklusive der Terminvermittlung zum Facharzt.

„Sowohl die **ambulante Honorarordnung** in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) **müssen reformiert werden**. Deshalb wollen wir ein **modernes Vergütungssystem** schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Dies bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine **wissenschaftliche Kommission** einsetzen, die **bis Ende 2019** unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“

Kommentierung: Dass hausärztliche Versorger bzw. sprechende Medizin besser honoriert werden sollen, ist für uns ja

sehr erfreulich. Hier ist unser Honorar-ausschuss (allen voran Dr. Bartezky) ja konstant am Ball. Mit der wissenschaftlichen Kommission werden wir selbstverständlich Kontakt aufnehmen und unsere Forderungen stellen.

Weiter heißt es im Koalitionsvertrag:

„Die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung durch eigene Einrichtungen zu gewährleisten, wird erweitert. Wir werden weiterhin darauf drängen, dass die **Bedarfsplanung** zur Verteilung der Arztsitze **kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler** gestaltet wird. **In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten.** (...) Wir werden **die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen erhöhen**, verbindlicher ausgestalten und im Verwendungszweck flexibilisieren. **Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen.**“

Kommentierung: Dies bietet neue Möglichkeiten, die wir kreativ nutzen werden!

Positiv zu bewerten im Koalitionsvertrag ist auch folgender Passus:

„Zu einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung gehören für uns **neben einer gut erreichbaren ärztlichen Versorgung** auch eine wohnortnahe Geburtshilfe, Hebammen und Apotheken vor Ort. (...) Wir werden die **Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken**, insbesondere durch Kostenübernahme für die Koordination von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken sowie durch **Verbesserungen bei der Versorgung von Kindern** (...). Wir werden zeitnah überprüfen, ob die zuschussfähigen Leistungen bei den Hospizen angemessen erfasst sind. (...)

Damit medizinische Innovationen schneller in die Regelversorgung gelangen, werden wir die **Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses beschleunigen**, indem der Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen gestrafft werden. Über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden soll zukünftig schneller entschieden werden. (...)

Auch im Bereich der Krankenhausversorgung soll es zu Veränderungen kommen:

„Die **Qualitätsoffensive für Krankenhäuser** soll fortgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere eine qualitätsorientierte Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen einer **gut erreichbaren Grund- und Regelversorgung, Zentren für schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen** sowie damit verbundenen Anbietern des Gesundheits- und Pflegewesens. Die Zentren bieten interdisziplinäre Behandlungsteams mit hoher medizinischer Kompetenz und **sollen auch mit ambulanten Schwerpunktpraxen zusammenarbeiten**, um so spezialmedizinische Kompetenz auch in der Fläche verfügbar zu machen. Die für die Ausweisung der Zentren notwendigen Instrumente der Qualitätssicherung sind weiterzuentwickeln. Wir werden die **rechtlichen Anpassungen für die entsprechende Weiterentwicklung der Krankenhausplanung** vornehmen.

Als **zusätzliche Aufgabe der stationären Grundversorgung** sollen die **Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum im Verbund mit den Schwerpunktkrankenhäusern und örtlichen Pflegeanbietern ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote z. B. in der Nachsorge vorhalten**. Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. **Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt**. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausespezifischen Pflegepersonalbedarf. **Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt**. Wir werden die bereits eingeleiteten **Verbesserungen der Versorgung psychisch Kranker** mit Nachdruck umsetzen, insbesondere die Schaffung einheitlicher und hinreichender Personalstandards sowie die Einführung stationärsersetzender Leistungen. Eine **qualitativ hochwertige Geburtshilfe auch durch Belegärztinnen und -ärzte** ist uns ein Anliegen. Wir werden die Finanzierungsgrundlagen dazu überprüfen. (...) Zur **Verbesserung der Notfallversorgung** wird eine **gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen** in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind **Notfallleit-**

stellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.“

Weiter heißt es:

„Die **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung** sowie die Finanzierungsverordnung des Pflegeberufgesetzes werden zeitnah vorgelegt. Wir werden die **Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu ordnen und stärken**. Wir wollen das Schulgeld für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen abschaffen, so wie es in den Pflegeberufen bereits beschlossen wurde. Wir werden die **Hebammenausbildung nach den EU-Vorgaben als akademischen Beruf** umsetzen.

Die **Novellierungen der Ausbildung der bisherigen psychologischen Psychotherapeuten** in Form einer Direktausbildung und der Approbationsordnung für Zahnärzte werden wir zügig abschließen.

Für die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens ist die **Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu zu justieren** und den **Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung zu übertragen**. (...) Im Sinne einer verstärkten Patientensicherheit wollen wir das **Spektrum der heilpraktischen Behandlung überprüfen**.“

(Punktuelle) Verbesserungen soll es im Bereich Pflege geben:

Durch ein Sofortprogramm Pflege mit 8000 neuen Fachkraftstellen und besserer Bezahlung, eine „Konzertierte Aktion Pflege“ mit besserem Personalschlüssel und Ausbildungsoffensive für Pflegerinnen und Pfleger, einer Unterstützung von Kindern pflegebedürftiger Eltern (Kein Rückgriff auf Einkommen bis 100.000 Euro im Jahr) und einer Stärkung der ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum.

Was der BVKJ gefordert hat

„In der täglichen Arbeit spüren wir schmerzhaft die schleichende Auszehrung des kinder- und jugendmedizinischen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Der ÖGD wird zunehmend in Anspruch genommen (Reihenuntersuchungen, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, gesundheitliche Beratung und Betreuung von Kindertageseinrichtungen und Schulen), gleichzeitig aber ist ein personeller Abbau bzw. eine Unterfinanzierung des ÖGD zu konstatieren. Wie verhindert Ihre Partei diese fatale Entwicklung innerhalb

dieser besonders für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche unverzichtbaren Säule des Gesundheitssystems?“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Der **Öffentliche Gesundheitsdienst** ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine **Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes** ein.“

Bezüglich der Aus- und Weiterbildung gilt es für uns noch nachzuhaken:

Was der BVKJ gefordert hat

„Die **Förderung der Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin (mit einem verpflichtenden Teil in der pädiatrischen Grundversorgung) analog der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sollte gesetzlich verankert werden**.“

„Die **Förderung der Ausbildung in grundversorgender Kinder- und Jugendmedizin (Studierendenausbildung primary care): Dazu braucht es Institutionen in unseren Hochschulen und Universitäten, die Lehre & Forschung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie koordinieren**.“

„**Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze und Setzen entsprechender Anreize mit dem Ziel, dass Kinder- und Jugendärzte in der ambulanten Patientenversorgung arbeiten**.“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Wir wollen die **Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ zur Neustrukturierung und Verbesserung der Mediziner Ausbildung, zur Stärkung der Allgemeinmedizin, zur Anpassung des Zulassungsverfahrens und zur besseren flächendeckenden hausärztlichen Versorgung** gerade in ländlichen Regionen eng begleiten. Der Bund wird die Länder bei der Novellierung der Hochschulzulassung zum Medizinstudium begleiten, die im Zuge des Bundesverfassungsgerichtsurteils notwendig geworden ist.“

Und: „Um die **ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum** zu fördern, werden zudem an medizinischen Fakultäten modellhaft neue Unterrichtskonzepte als Schwerpunkt- bzw. Vertiefungsprogramme gefördert und evaluiert. Lücken in der Weiterbildung der Allgemeinmedizin werden ebenso evaluiert und geschlossen. Darüber hinaus werden wir **zusätzliche**

Anreize zur Qualifizierung von Weiterbildungern durch die regionalen Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin setzen.“

Kommentierung: Es ist unbefriedigend, dass trotz zahlreicher Bemühungen hier immer noch von Allgemeinmedizin statt „hausärztlichen Grundversorgern“ gesprochen wird. Mitglieder der Koalitionsverhandlungen haben aber versichert, dass hierunter auch die Kinder- und Jugendmediziner gemeint sind. Wir werden in den Gesprächen mit der Politik darauf drängen, dass dies richtiggestellt wird. Immerhin: Zur „flächendeckenden hausärztlichen Versorgung“ gehören die Kinder- und Jugendärzte ohne Zweifel dazu, und die geplante Erhöhung der Studienplatzkapazitäten ist wichtig!

Ein weiterer **Erfolg unserer Lobbyarbeit** ist diese Passage. So hatten wir gedrängt (auch durch konstante Presse- und Öffentlichkeitsarbeit) auf die „**Einführung einer Impfpflicht für Kinder und Jugendliche bei Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen, um andere Kinder, die (noch) nicht geimpft werden können (Säuglinge, immungeschwächte Kinder) zu schützen**“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Wir werden **weitere Maßnahmen ergreifen, um die notwendigen Impfquoten zum Schutz der Bevölkerung zu erreichen**.“

Sehr erfreulich auch diese beiden Passagen:

Der BVKJ hatte gefordert: „**Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien“ und darauf gedrängt, hier auch die Kinder psychischer erkrankter Menschen im Blick zu haben.**

Und wir hatten betont: „**Die Finanzierung der Versorgungsstrukturen und Sicherungssysteme für Kinder und Jugendliche muss sektorenübergreifend und unbürokratischer erfolgen. SGB V und SGB VIII sind den Erfordernissen einer besseren Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen (ganzheitlicher Ansatz) anzupassen, wobei auch Translation und Transition optimiert werden müssen**.“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. **Die Belange und Bedürfnisse von**

Kindern und Jugendlichen bedürfen der besonderen Berücksichtigung im Gesundheitssystem, in Medizin und Forschung.“ Und: „Wir wollen die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern verbessern. Die Schnittstellenprobleme bei ihrer Unterstützung werden wir mit dem Ziel einer besseren Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Hilfesysteme beseitigen.“

Kommentierung: Selbstverständlich werden wir uns diese Zielvorstellung der Koalitionäre gut merken und die Gesundheitspolitiker an diesem Anspruch messen!

Erfreulich auch, dass Kinderernährung und Adipositasprävention verbessert werden sollen:

Was der BVKJ gefordert hat:

„Adipositas ist ein großes Problem insbesondere bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen Sozialgradienten. Was kann aus Ihrer Sicht hiergegen unternommen werden? Was muss konkret unternommen werden, um die Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Gemeinschaftseinrichtungen (Kitas, Schulen etc.) zu verbessern?“

und

„Um der staatlichen Verantwortung für eine ausgewogene und gesunde Ernährung in Betreuungseinrichtungen gerecht zu werden, müssen verbindliche Richtlinien für eine qualitativ hochwertige Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen eingeführt werden. Die Bundesländer sollten für eine bundeseinheitliche Lösung eng zusammenarbeiten. Der Bund sollte hierzu Anreize setzen.“

Was im Koalitionsvertrag steht:

- „Weitere Schwerpunkte werden in der **Prävention chronischer Erkrankungen**, insbesondere in der Entwicklung einer nationalen Strategie zur **Reduzierung von Übergewicht vor allem bei Kindern und Jugendlichen** liegen.“
- „Der **Ernährungsbildung** messen wir großen Wert bei.“
- Der bewährte Aktionsplan „In FORM“ soll auf Grundlage der laufenden Evaluierung mit dem **Fokus auf die ersten 1.000 Tage im Leben und die besonderen Bedürfnisse von Kindern** (...) weiterentwickelt werden.“

- „Wir werden das **Nährwertkennzeichnungssystem** für verarbeitete und verpackte Lebensmittel **weiterentwickeln**, indem das Verhältnis zur Referenzzahl gegebenenfalls vereinfacht visualisiert wird.“
- „**Der Bund unterstützt die Länder, damit die Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) als Mindeststandards flächendeckend in Schulen, Kitas und in der Gemeinschaftsverpflegung eingeführt werden.** Dies erfolgt über die stärkere Unterstützung der Schulnetzstellen und den Ausbau des „Nationalen Qualitätszentrums für Ernährung in Kita und Schule“ (NQZ).“

Gut auch, dass wie von uns gefordert, beschlossen wurde: „An Kinder gerichtete Werbung bedarf der kritischen Beobachtung.“

Was der BVKJ im Bereich Prävention gefordert hat:

„Gesundheitsförderung und Prävention müssen im Leistungskatalog der Krankenversicherung gestärkt werden, wobei die Akteure des Gesundheitswesens bei der Versorgung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien eng einbezogen werden müssen. Vorgeburtlich, in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren sollten neue Schwerpunkte gesetzt werden mit Kommunikationsbrücken, case management, Schulpflegefachkräften und Ernährungsrichtlinien.“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich stärken. Auf Grundlage des Berichtes der Nationalen Präventionskonferenz und der anschließenden Beratungen im Deutschen Bundestag werden wir ein **Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes** vorlegen. (...) **Wir werden Drogenmissbrauch weiterhin bekämpfen und dabei auch unsere Maßnahmen zur Tabak- und Alkoholprävention gezielt ergänzen.** Dabei ist uns das Wohl der Kinder von Suchtkranken besonders wichtig. **Wir werden die Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin fördern.**“

Auch hier gilt: Erfreulich, dass das (gesundheitliche) Wohl der Kinder und

Jugendlichen hier – ganz anders als noch 2013 – so explizit betont wird!

Kinderrechte ins Grundgesetz!

Ein weiterer Lobbyerfolg, den wir ebenfalls im bewährten Schulterchluss mit den anderen pädiatrischen Verbänden erzielt haben – im **Koalitionsvertrag steht:**

„Wir werden Kinderrechte im Grundgesetz ausdrücklich verankern. **Kinder sind Grundrechtsträger, ihre Rechte haben für uns Verfassungsrang.** Wir werden ein **Kindergrundrecht** schaffen. Über die genaue Ausgestaltung sollen Bund und Länder in einer neuen gemeinsamen Arbeitsgruppe beraten und bis spätestens Ende 2019 einen Vorschlag vorlegen. **Die Kinderkommission des Deutschen Bundestages werden wir in ihrer Arbeit stärken.**“

Kommentierung: Beides hat der BVKJ schon lange intensiv gefordert – beides kommt nun. (Der Kinderbeauftragte fand hingegen leider noch keine Unterstützung im Bundestag.) BVKJ-Präsident Dr. Fischbach hierzu: „Dies ist auch ein Verdienst meines Vorgängers **Dr. Wolfram Hartmann**, der hier über lange Zeit ein steter Streiter für diese Verbesserungen war – und dafür verdient das Bundesverdienstkreuz verliehen bekam!“

Kinderschutz

Hier hatte der BVKJ gefordert:

„Im Bereich des Kinderschutzes sind in den letzten Jahren mit der Etablierung des Kinderschutzgesetzes einige richtungsweisende Entscheidungen getroffen worden. **Dennoch bestehen immer noch Baustellen, z.B. in der Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens (SGB V) und der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII).** Bisher ist nur die Meldung an das Jugendamt gesetzlich verankert, nicht jedoch der bidirektionale Austausch (mit einer verbindlichen Rückmeldung an den Kinder- und Jugendarzt).“

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Wir werden die Kinder- und Jugendhilfe weiterentwickeln, den Kinderschutz verbessern und die Familien unterstützen. (...) Wir wollen das **Kinder- und Jugendhilferecht auf Basis des in der letzten Legislaturperiode beschlossenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes**

weiterentwickeln.“ (**Anmerkung:** Dieses enthielt die von uns geforderte verbindliche Rückmeldung, wurde aber noch nicht final vom Bundesrat verabschiedet!) (...)

„Die enge Kooperation aller relevanten Akteure muss einen stärkeren Stellenwert einnehmen. Dazu gehört auch, dass im **Interesse von fremduntergebrachten Kindern die Elternarbeit und die Qualifizierung und Unterstützung von Pflegeeltern gestärkt** und gefördert werden. Ausgehend von den unterschiedlichen Bedarfen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sollen **die präventiven sozialräumlichen Angebote gestärkt** werden. Die Verantwortung bleibt bei den Kommunen und Ländern. (...)

Gewalt jeglicher Art (auch seelische Gewalt), sexuellen Missbrauch und sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche werden wir konsequent bekämpfen. (...)

Neben den wichtigen präventiven Maßnahmen auf allen Ebenen ist es für einen **wirksamen Opferschutz** unerlässlich, die konsequente Verfolgung pädokrimineller Täter, die im Netz aktiv sind, zu intensivieren. Sexualisierte Gewalt gegen Kinder im Netz soll härtere Konsequenzen nach sich ziehen, Schutzlücken müssen geschlossen werden. In familiengerichtlichen Verfahren muss bei Hinweisen auf (sexualisierte) Gewalt zur Einschätzung der Gefährdungslage eine Stellungnahme von Fachleuten für Gewaltschutz und – soweit relevant – der Rechtsmedizin eingeholt werden. **Das Umgangsrecht darf dem Gewaltschutz nicht zuwiderlaufen.** Wir wollen die **Stelle des/der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)** einschließlich der wertvollen Arbeit des

Betroffenenrats **verstetigen.** (...) Wir werden weitere **Maßnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung** ergreifen.“

Kommentierung: Erfreulich auch, dass auf unsere folgende Forderung nach *„Maßnahmen gegen das stärker werdende Problem Cybergrooming und -mobbing“* eingegangen wurde bzw. auf unsere Forderung: *„Beim Cybergrooming sollte schon der Versuch strafbar sein.“*

Was im Koalitionsvertrag steht:

„Zeitgemäßer Jugendmedienschutz muss den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor gefährdenden Inhalten sicherstellen, den Schutz ihrer Persönlichkeitsrechte und ihrer Daten gewährleisten und die Instrumente zur Stärkung der Medienkompetenz weiterentwickeln. **Daher werden wir einen zukunftsfähigen und kohärenten Rechtsrahmen – unter Berücksichtigung der kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten der Länder – für den Kinder- und Jugendmedienschutz im Jugendmedienschutzstaatsvertrag und Jugendschutzgesetz schaffen.** (...) Wir werden alles Notwendige tun, um Kindesmissbrauch und Kinderpornografie möglichst zu verhindern und entschieden zu bekämpfen. Präventionsprogramme wie „Kein Täter werden“ sind dabei ein wichtiges Element. **Wir führen eine Strafbarkeit für den Versuch des Cybergroomings ein, um Kinder im Internet besser zu schützen und die Effektivität der Strafverfolgung pädophiler Täter, die im Netz Jagd auf Kinder machen, zu erhöhen.**“

Kommentierung: Darüber hinaus finden sich auf den 177 Seiten natürlich noch viele weitere sehr interessante Aspekte aus den Bereichen „Stärkung freier Berufe/

Digitalisierung/Bürokratieabbau“ sowie aus dem Bereich Familien- und Sozialpolitik. Bei tieferem Interesse empfehlen wir Ihnen einen Blick in die Ordner von **PädInform** (u.a. im Ordner „Politische Informationen“), wo Sie eine vom BVKJ-Präsidenten kommentierte Fassung des Vertrages finden.

Quellen:

Unsere Wahlprüfsteine, vgl. https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/startseite/Wahlpruefsteine_BVKJ_2017_final.pdf

Unsere verbändeübergreifenden Wahlforderungen, vgl. https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/startseite/Politische_Forderungen_BVKJ-DAKJ-DGKJ-DGSPJ.pdf

Unser Paper „Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Wo wir die Unterstützung der Politik brauchen“, vgl. https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/280917_Position_BVKJ_Bedarfsplanung_Kinder_und_Jugendaerzte.pdf

Verfasser: Dr. Thomas Fischbach, Präsident des BVKJ mit Kathrin Jackel-Neusser, politische Referentin

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser
Politische Referentin des BVKJ
10115 Berlin
E-Mail: Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
Red.: WH

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



Verschärfung des Datenschutzrechts in 2018 – dringender Handlungsbedarf für niedergelassene Ärzte

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

Alle Arztpraxen müssen sich 2018 eingehend mit dem Thema Datenschutz auseinandersetzen und klären, ob und welche neuen Verpflichtungen auf sie zukommen. Hintergrund ist der Ersatz der seit 1995 geltenden EU-Datenschutz-Richtlinie und des „alten“ noch bis 24. Mai 2018 geltenden Bundesdatenschutzgesetzes durch neue Vorschriften. Ziel ist die weitere Vereinheitlichung des Datenschutzrechts in den Mitgliedstaaten.



Dr. Michael Stehr

Die rechtlichen Grundlagen

In Deutschland gelten ab 25. Mai 2018 die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) in direkter Anwendung und das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu). Das BDSG-neu setzt einerseits die Vorgaben der EU-Richtlinie 2016-680 (RL(EU)2016/680) um, andererseits wird die EU-DSGVO in einigen Punkten konkretisiert. An anderen Stellen wurden vom Bundesgesetzgeber Öffnungsklauseln genutzt – hiervon sind auch die §§ 22 und 38 BDSG-neu betroffen, die zentrale Bedeutung haben für die nachfolgenden Ausführungen. Dies führt zu Unübersichtlichkeit und erwartbar nicht ganz leichter Handhabung der rechtlichen Grundlagen. Auf die Gerichte kommt sicher Arbeit zu.

Das BDSG-neu gilt ergänzend zur EU-DSGVO, es hat gegenüber dem bis 24. Mai 2018 geltenden BDSG-alt deshalb eine vollkommen neu geordnete Struktur.

Ab 25.05.2018 sind alle Unternehmer (auch Arztpraxen) gesetzlich verpflichtet, die EU-DSGVO und das BDSG-neu (Teile 1 und 2) umzusetzen.

Was sind Daten und wen betreffen die neuen Regeln?

Die EU-DSGVO und das BDSG enthalten Vorschriften zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Verkehr solcher Daten. Sie schützen die Grundrechte natürlicher Personen und insbesondere deren Recht auf Schutz personenbezogener Daten. Sie schützen damit den Anspruch auf Privatsphäre, die Autonomie gegenüber Staat und anderen Personen sowie die Handlungsfreiheit der Person – und damit unverzichtbare Voraussetzungen jedes freiheitlich-demokratischen Gemeinwesens.

Die EU-DSGVO ist die vorrangige Rechtsquelle. Sie findet Anwendung auf die Verarbeitung personenbezogener Daten, soweit diese im Rahmen der Tätigkeiten einer Niederlassung eines Verantwortlichen oder eines Auftragsverarbeiters innerhalb der EU erfolgt, unabhängig davon, ob die Datenverarbeitung selbst in der Union stattfindet.

Zur Einführung einige **zentrale Begriffsbestimmungen** des Artikels 4 EU-DSGVO, die verdeutlichen, weshalb stationäre Einrichtungen und niedergelassene Ärzte prüfen müssen, ob und wie sie sich zum Thema Datenschutz verhalten sollen:

- **„Personenbezogene Daten“** sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann. **Hierzu gehören Patientendaten, also Name, Adresse, Geburtsdatum, Versichertenstatus usw.;**
- **„Gesundheitsdaten“** sind personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen. Dies sind **Anamnesedaten,**

Diagnosen, Indikationsstellungen, Ergebnisse aus Labor, bildgebenden Verfahren pp. und Behandlungsentscheidungen, Verordnungen usw.. Man kann also ohne weiteres feststellen, dass Ärzte mit den persönlichsten und sensibelsten Arten von Informationen über Personen umgehen.

- **„Verarbeitung von Daten“**
meint jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung. **Die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis beginnt schon beim Anlegen der Stammdaten des Patienten. Sie setzt sich fort über das Einpflegen aktueller Diagnosen, Behandlungsentscheidungen, Verordnungen usw.**
- **„Dateisystem“**
bezeichnet jede **strukturierte Sammlung personenbezogener Daten**, die nach bestimmten Kriterien zugänglich sind, unabhängig davon, ob diese Sammlung zentral, dezentral oder nach funktionalen oder geografischen Gesichtspunkten geordnet geführt wird. In jeder Praxis-EDV werden Daten systematisch erfasst und gegliedert. Auch eine systematisch geführte Karteikartensammlung kann schon als System in diesem Sinne betrachtet werden.
- **„Unternehmen“**
ist eine natürliche und juristische Person, die eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübt, unabhängig von ihrer Rechtsform, einschließlich Personengesellschaften oder Vereinigungen, die regelmäßig einer wirtschaftlichen Tätigkeit nachgehen. **Auch der freiberuflich in eigener Praxis tätige Arzt ist Unternehmen in diesem Sinne!**
- **„Verantwortlicher“**
ist die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder

andere Stelle, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet. In der Regel ist das „Unternehmen“ selbst – **also auch der in eigener Praxis tätige Arzt** – verantwortlich, weil er über die Datenverarbeitung in der Praxis entscheidet.

- **„Auftragsverarbeiter“**
ist eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet. Hierzu gehören z.B. die **privatärztlichen Verrechnungsstellen**, die vom Arzt abrechnungsrelevante Daten erhalten.
- **„Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten“**
ist eine Verletzung der Sicherheit, die, ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig, zur Vernichtung, zum Verlust, zur Veränderung, oder zur unbefugten Offenlegung von beziehungsweise zum unbefugten Zugang zu personenbezogenen Daten führt, die übermittelt, gespeichert oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden.
Daten dürfen nur von berechtigten Stellen oder Personen im Unternehmen eingesehen werden. Es gibt viele Möglichkeiten der Verletzung des Anspruchs der Betroffenen auf Schutz ihrer Daten. Schutzverletzungen können sowohl durch Mitarbeiter des Verantwortlichen, des Auftragsverarbeiters als auch durch unbefugte Dritte geschehen. Verletzungen können durch Bußgelder oder im Wege der Strafverfolgung geahndet werden.

Wie sieht Datenschutz aus? Welche Vorkehrungen müssen getroffen werden?

Was muss also getan werden zum Datenschutz? Maßnahmen sind in kurzem abstraktem Überblick u.a.:

- Definition und Umsetzung von **unternehmensinternen Datenschutzrichtlinien**, von Datenschutzkonzept und Datenschutzmanagementsystem,
- Gestaltung der **technischen und organisatorischen Maßnahmen** zur Einhaltung der Datenschutzvorschriften,

- **Datenschutzkonforme Gestaltung von Datenflüssen** im Unternehmen und zu externen Partnern,
- **Erstellen und Aktualisieren eines Verzeichnisses** über die Datenverarbeitungstätigkeiten,
- **Überwachung der Einhaltung der rechtlichen Vorgaben** durch Mitarbeiter und EDV,
- **Überwachung der externen Partner**, sofern diese Daten aus dem Unternehmen erhalten.

Diese Maßnahmen erfordern **Fachkenntnisse hinsichtlich der EDV und des Datenschutzrechts**. Diese Fachkenntnisse müssen aufgrund der Rechtsentwicklung und des technischen Fortschritt stetig aktualisiert werden.

Wer „macht“ Datenschutz? – Brauchen Ärzte einen Datenschutzbeauftragten?

Daten werden im Unternehmen durch interne Verfahrensvorgaben und Dienstvorschriften geschützt. Diese Vorkehrungen sind **schriftlich** festzuhalten. Die **Landesdatenschutzbeauftragten als Aufsichtsbehörde** können jederzeit Einblick in die Schutzvorkehrungen verlangen.

.....
Aus den vorhergehenden Ausführungen folgt, dass der Unternehmer den Datenschutz verantwortet. Folglich ist der Inhaber eines Unternehmens verpflichtet, den Datenschutz selbst und in eigener Person zu organisieren. Radio Eriwan kennt dazu den passenden Kommentar: Im Prinzip ja, aber ...
.....

Denn die Vorschriften verlangen für viele Fallkonstellationen die **Benennung eines „vom Chef unabhängigen“ Datenschutzbeauftragten**. Dieser muss **spezifische Qualifikationen** nachweisen und soll die Maßnahmen des Datenschutzes im Unternehmen überwachen. Er ist dann auch erster Ansprechpartner der Aufsichtsbehörde, wenn es um Aspekte des Datenschutzes im Unternehmen geht. Eine Pflicht zur Benennung eines DSB kann erwachsen aus der Anzahl der Mitarbeiter des Unternehmens, die mit den Daten ständig arbeiten (5.1.) oder aus Art und Umfang der im Unternehmen verarbeiteten Daten (5.2.).

Ab zehn Mitarbeiter: Datenschutzbeauftragter (DSB) ist Pflicht

Nach § 38 Abs. 1 BDSG führt die Handhabung von Daten zur Pflicht der Benennung eines Datenschutzbeauftragten, **wenn mindestens zehn Mitarbeiter** ständig mit der automatisierten Verarbeitung von Daten zu tun haben, also etwa Patientendaten in der Praxis-EDV lesen oder verändern – dies dürfte regelmäßig alle angestellten Ärzte und alle MFAs betreffen. Praxisinhaber werden nicht mitgerechnet und es kommt nur auf die Mitarbeiterzahl an, nicht auf Vollzeitäquivalente wie im Arbeitsrecht.

Kleinere Praxen – was tun?

EU-Recht: für Arztpraxen ist DSB fast immer Pflicht

Nach Art. 37 Abs. 1 EU-DSGVO ist durch den Verantwortlichen oder den Auftragsverarbeiter ein Datenschutzbeauftragter zu benennen,

- wenn ... die Kerntätigkeit des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters in der Durchführung von Verarbeitungsvorgängen besteht, ... welche aufgrund ihrer Art, ihres Umfangs und/oder ihrer Zwecke eine umfangreiche regelmäßige und systematische Überwachung von betroffenen Personen erforderlich machen, ... oder ...
- in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten gemäß Artikel 9 besteht.

Zwei Kriterien müssen erfüllt sein:

- Datenverarbeitung gehört zu den Kerntätigkeiten und
- Art und Umfang der Daten machen eine Überwachung der tätigen Personen notwendig.

Zunächst wird sicher jeder Arzt bestätigen, dass seine Kerntätigkeit in der Behandlung von Patienten besteht und die Datenverarbeitung lediglich ein notwendiges Beiwerk darstellt. Im Sinne des Rechts ist die Sache jedoch anders zu beurteilen.

Die Ende 2016 veröffentlichte Stellungnahme der Artikel 29 Gruppe enthält erste Klarstellungen zur „**Kerntätigkeit**“ i.S.d. Art. 37 Abs. 1 b DSGVO. Im Zusammenhang mit Erwägungsgrund 97, ist hierunter **jede Tätigkeit** zu verstehen, **die essentiell für die Erreichung der Ziele des Unternehmens ist**. Als Beispiel wird ausdrücklich die Verarbeitung von

Gesundheitsdaten genannt, deren Handhabung zur Erreichung des Zwecks einer Klinik unverzichtbar ist.

Dieser Gedankengang ist auch auf die niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung anzuwenden.

Zweitens sind nach Art. 37 Abs. 1 c iVm. Art. 9 Abs. 1, Abs. 2 lit. h EU-DSGVO **Gesundheitsdaten besondere Arten von Daten**, die die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten dann zur Pflicht machen, wenn eine „umfangreiche Verarbeitung“ dieser Daten erfolgt (vgl. auch Erwägungsgrund Nr. 53 zu Art. 9 EU-DSGVO). Das ist leicht nachvollziehbar, denn Gesundheitsdaten stellen schon aufgrund ihrer aus Sicht der betroffenen Patienten gegebenen Sensibilität eine besondere Art von Daten dar, die dann eine Überwachung von mit den Daten befassten Personen rechtfertigt, wenn viele Patienten betroffen sind.

Aber was ist in diesem Sinne „umfangreich“? Hierzu äußert sich die EU-DSGVO nicht selbst, im Erwägungsgrund Nr. 91 heißt es aber: „Die Verarbeitung personenbezogener Daten sollte nicht als umfangreich gelten, wenn die Verarbeitung personenbezogener Daten von Patienten ... betrifft und durch einen einzelnen Arzt, sonstigen Angehörigen eines Gesundheitsberufes ... erfolgt.“ Die Erwägungsgründe sind Auslegungshilfen.

Eine Praxis, die von einem Arzt mit einer MFA betrieben wird, ist als klein in diesem Sinne anzusehen. Die schwache Formulierung „sollte“ lässt den Behörden die Option, auch kleinen Praxen die Benennung eines DSB aufzuerlegen. Was gilt für einen Arzt, der fünf MFA beschäftigt? Hier muss man aufgrund der besonderen Sensibilität von Gesundheitsdaten wohl von einer Pflicht zur Benennung eines DSB ausgehen.

Diese nur bedingt übersichtliche Rechtsanordnung wird vom deutschen Recht in ihrer Unklarheit noch übertroffen. Die Bundesrepublik macht Gebrauch von den Gestaltungsmöglichkeiten, die die EU-DSGVO den Nationalstaaten lässt. Das deutsche Recht findet solange Anwendung, wie es den von der EU gelassenen Gestaltungsspielräumen entspricht, das ist für die nachfolgenden Ausführungen gegeben.

Deutsches Recht: für Arztpraxen ist DSB Option

§ 22 Abs. 1 BDSG erlaubt die Verarbeitung besonderer Kategorien personen-

bezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 durch nichtöffentliche Stellen (= Unternehmen),

- wenn sie zum Zweck der **Gesundheitsvorsorge**,
- für die **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit** des Beschäftigten,
- für die **medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich**,
- für die **Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich**,
- oder aufgrund eines Vertrags der betroffenen Person mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist,

und diese Daten von **ärztlichem Personal** oder durch **sonstige Personen**, die einer **entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen**, oder unter deren Verantwortung verarbeitet werden.

§ 22 Abs. 2 BDSG schreibt sodann vor, dass „angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person vorzusehen“ sind. Weiter heißt es:

„Unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen können dazu insbesondere gehören:

- technisch organisatorische Maßnahmen um sicherzustellen, dass die Verarbeitung gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 erfolgt,
- Maßnahmen, die gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten eingegeben, verändert oder entfernt worden sind,
- Sensibilisierung der an Verarbeitungsvorgängen Beteiligten,
- Benennung einer oder eines Datenschutzbeauftragten,
- Beschränkung des Zugangs zu den personenbezogenen Daten innerhalb der verantwortlichen Stelle und von Auftragsverarbeitern,
- Pseudonymisierung personenbezogener Daten,
- Verschlüsselung personenbezogener Daten,

- Sicherstellung der Fähigkeit, Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich der Fähigkeit, die Verfügbarkeit und den Zugang bei einem physischen oder technischen Zwischenfall rasch wiederherzustellen,
- zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung die Einrichtung eines Verfahrens zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen ...“

Dass zum Datenschutz Maßnahmen ergriffen werden müssen, ist also Pflicht. In der Auflistung von Maßnahmen ist jedoch die Benennung eines DSB nur eine unter verschiedenen Optionen, die in Erwägung gezogen werden müssen. Leider bringt auch die Begründung zum Gesetzentwurf BDSG-neu (BT-Drs 18/11325) kein Licht ins Dunkel, unter welchen Umständen ein Datenschutzbeauftragter gebraucht wird, die Auslegung wird den Datenschutzbehörden und der Gerichtsbarkeit überlassen:

„Absatz 2 Satz 1 und 2 setzt das Erfordernis aus Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe b, g und i der Verordnung (EU) 2016/679 um, „geeignete Garantien für die Grundrechte und die Interessen der betroffenen Person“ bzw. „angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person“ vorzusehen. Die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Maßnahmen treffen jeden Verantwortlichen und damit auch jeden, der besondere Kategorien personenbezogener Daten verarbeitet.“

Kurz zusammengefasst: Die Benennung eines Datenschutzbeauftragten ist für Unternehmen mit weniger als

10 Mitarbeitern, die Gesundheitsdaten verarbeiten, in Deutschland nur eine „Wahlpflicht“ auf Basis einer Pflicht zur Ergreifung von Maßnahmen aus einem Optionen-katalog. Man kann auch andere Maßnahmen ergreifen. Die Auswahl der Maßnahmen darf jedoch nicht willkürlich gehandhabt werden. Das Unternehmen muss vielmehr abwägen, welche Optionen angesichts der Qualität und der Mengen der Daten unter Berücksichtigung von Risiken, Aufwand und Kosten ergriffen werden müssen. Die zur Verfügung stehenden Optionen sind im § 22 lediglich beispielhaft und nicht abschließend abgebildet. Erst die Rechtsprechung wird hier zu einer Konkretisierung kommen und damit die für alle Anwender notwendige Rechtssicherheit erzeugen.

Ein praktischer Hinweis: Angesichts der Komplexität des Themas, der Notwendigkeit spezifischer Fachkenntnisse zur richtigen Anwendung des Datenschutzes und der Risiken hinsichtlich Bußgeld und Strafverfolgung **ist zu empfehlen, dass Arztpraxen einen Datenschutzbeauftragten benennen.**

Wo bekommt man den Datenschutzbeauftragten her?

Die Vorschriften erlauben die Benennung eines angestellten Mitarbeiters oder eines externen Sachkundigen. Zur **internen Besetzung des DSB** kann man **in kleinen und mittleren Unternehmen nicht raten**, denn der interne DSB investiert Arbeitsstunden, die ihm anderswo fehlen, und er muss regelmäßig auf Kosten des Praxisinhabers Schulungen absolvieren. Zudem genießt er **besonderen Kündigungsschutz** noch ein Jahr über seine Amtszeit hinaus. Außerdem

wird sein Verhältnis zum Chef nach neuem Recht spannungsreicher: nach altem Recht hatte der DSB auf Einhaltung des Datenschutzes hinzuwirken, ab dem 25. Mai 2018 muss der DSB den Datenschutz überwachen.

Besser ist es also, einen DSB extern zu beauftragen, auch wenn dies Kosten verursacht. Ein externer DSB kann auch Nebennutzen erzeugen, z.B. durch Überarbeitung der Datenmanagement-Verfahren, hier seien vor allem die Stichworte Datensparsamkeit und Einbindung möglichst weniger Personen in einen Prozess angeführt.

Zusammenfassung

Müssen Arztpraxen einen DSB benennen? **Ab 10 Mitarbeitern in jedem Falle.** Bei weniger Mitarbeitern nur dann, wenn andere von den Vorschriften vorgesehene Maßnahmen nicht hinreichend sind. Zu empfehlen ist die Benennung eines DSB auch kleineren Praxen, denn die Organisation des Datenschutzes in der Praxis erfordert nicht unerhebliche EDV- und Rechtskenntnisse.

Am Markt agieren viele mittlere und größere Dienstleister, aber auch Rechtsanwaltskanzleien als Anbieter von Leistungen im Datenschutz. Die BVKJ-Service GmbH sondiert derzeit am Markt, ob bundesweit tätige Anbieter gefunden werden können, die in der Lage sind, einer Vielzahl von Praxen standardisierte Lösungen im Rahmen einer Benennung als Datenschutzbeauftragte anzubieten.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

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.



Einsatz für eine bessere kinder- und jugendärztliche Versorgung

Durch sorgfältige und schlüssige Analyse der pädiatrischen Versorgung in Hamburg zum Erfolg // Viele Kinder- und Jugendarztpraxen in Hamburg (und nicht nur dort) sind an der Grenze ihrer Kapazitäten. Die Arbeitsbelastung hat vor allem durch steigende Geburtenraten und Zuzug extrem zugenommen. Die KV Hamburg hat zusammen mit dem BVKJ Landesverband Hamburg nachweisen können, dass der pädiatrische Tätigkeitsumfang für die steigende Anzahl Neugeborener nicht mehr ausreichend ist. Die Sicherstellung der umfassenden Grundversorgung gerät damit in Gefahr.

Versorgungsengpässe

Es ist für Eltern zunehmend schwierig, einen Kinder- und Jugendarzt für ihr Neugeborenes zu finden. Die Praxen sind mit steigenden Geburtenraten, zugezogenen Flüchtlingskindern, neuen Morbiditäten sowie der Zunahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen konfrontiert. Hinzu kommen vermehrt Wünsche nach (zum großen Teil unsinnigen) Attesten für Schulen und Kindergärten. Die Kapazitäten sind daher vielerorts erschöpft, Ärztinnen, Ärzte und MFA oft überlastet. Dies führt in einigen Praxen zu einem Aufnahmestopp.

Der BVKJ in Hamburg forderte deshalb zusätzliche Kapazitäten, diese natürlich nicht zu Lasten der Kolleginnen und Kollegen.

Die zentralen Fragen:

Wie hat sich die pädiatrische Versorgungssituation in den letzten Jahren in Hamburg entwickelt?

Wie viele U3 Leistungen (als Indikator für die Aufnahme von Neugeborenen) werden je Vollzeitäquivalent (=voller Arzt-sitz) bzw. je Honorareinheit (Praxis aus mehreren, z. T. geteilten Sitzen) erbracht?

In welchen Hamburger Bezirken sind die Kapazitäten bereits erschöpft, so dass eine suffiziente Grundversorgung nicht mehr gewährleistet ist?

Datengrundlage & Auswertungsinhalte

Es wurden die **Abrechnungsdaten**, mit Fokus auf Anzahl der abgerechneten U3-Untersuchungen (GOP 01713), des jeweils ersten Quartals von 2011 bis 2017 aller Kinder- und Jugendärzte in Hamburg (nur GKV-zugehörig) ausgewertet.

Diese Daten wurden mit der Anzahl der von Hamburgerinnen geborenen Kinder (2011 bis 2015) sowie mit der Anzahl der Kinder unter 6 Jahren, die von 2014 bis 2016 in Hamburg wohnhaft waren (Quelle: **Statistikamt Nord**, Stand jeweils 31.12.), in Bezug gesetzt. Ferner wurden aus den Daten des **Arztregisters** der Jahre 2015 bis 2017 (Stand jeweils 31.3.) die pädiatrischen Tätigkeitsumfänge (Zulassung und Angestellte) ermittelt und auf volle Stellen umgerechnet (KV Deutsch: Vollzeitäquivalente, VZÄ)

Das **Leistungsvolumen** wurde über die drei Parameter (i) Anzahl der Kinder unter 6 Jahre pro VZÄ, (ii) Anzahl der Neugeborenen pro VZÄ pro Quartal und (iii) Anzahl der abgerechneten U3 pro VZÄ pro Quartal definiert.

Die **Grundversorgung** wurde zum einen als Anteil der VZÄ mit abgerech-

neten U3 relativ zu den pädiatrischen Gesamt-VZÄ definiert (als Beispiel: eine Gemeinschaftspraxis mit je einem hausärztlichen Pädiater und einem fachärztlichen, z. B. Vollzeit-Kinder-Kardiologe. Letzterer macht keine U3, dadurch errechnete sich ein relativer Anteil der Praxis von 50 %).

Zudem wurde über das erbrachte Leistungsvolumen *Anzahl abgerechneter U3 pro VZÄ pro Quartal* (der Jahre 2015 bis 2017) für Hamburg ein durchschnittlicher Soll-Wert (30 U3 je VZÄ pro Quartal) der pädiatrischen Grundversorgung berechnet und definiert (Abb. 5). Darauf basierend wurde der relative Anteil der abgerechneten U3 zum Gesamt-Soll ermittelt. Eine Praxis (Honorareinheit) galt dann als Grundversorger, wenn sie die geforderte Anzahl von 30 U3 je VZÄ pro Quartal erreichte oder überschritt.

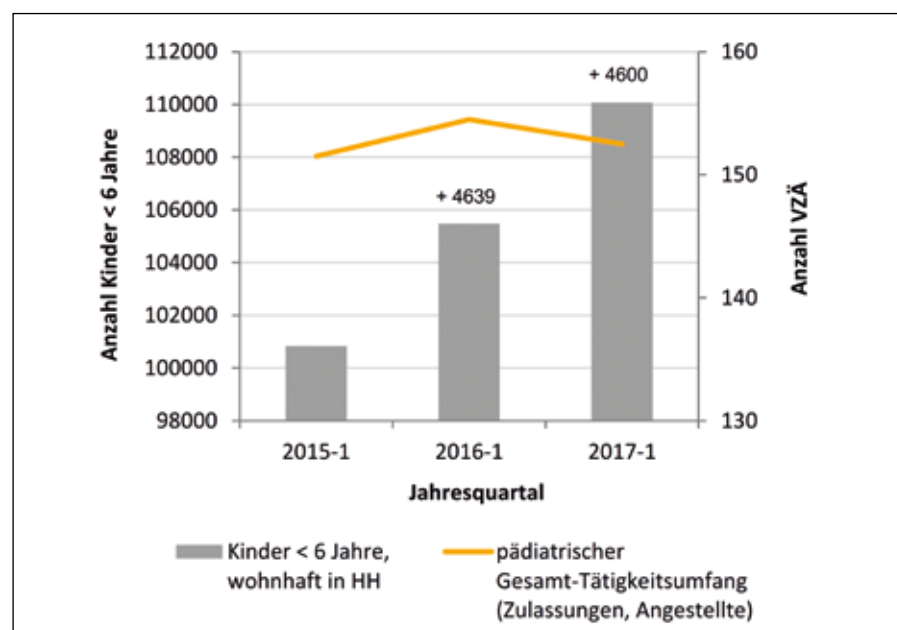


Abb. 1: Änderung des pädiatrischen Gesamt-tätigkeitsumfangs und steigende Anzahl Kinder < 6 Jahre in Hamburg (2015 bis 2017)

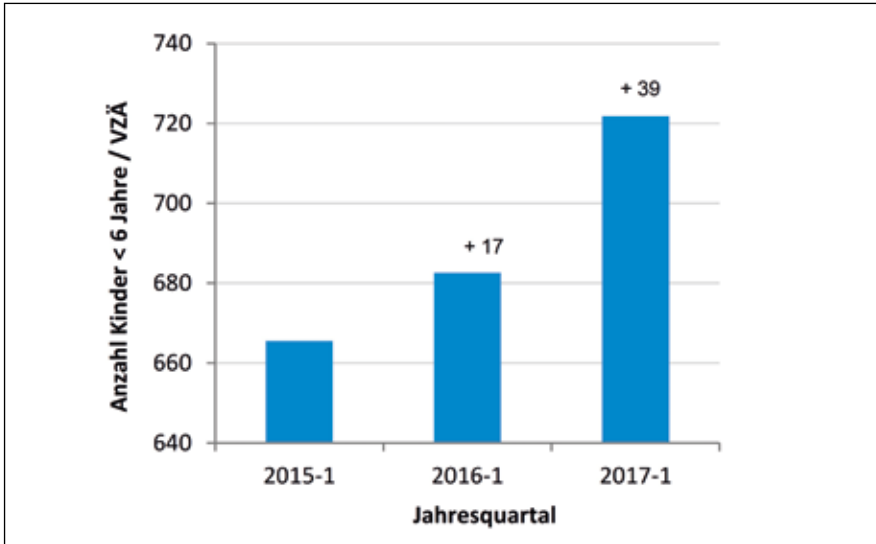


Abb. 2: Zunahme der von einem VZÄ zu versorgenden Anzahl Kinder unter 6 Jahren (Vergleich Quartale 1-2015, 1-2016, 1-2017) in Hamburg

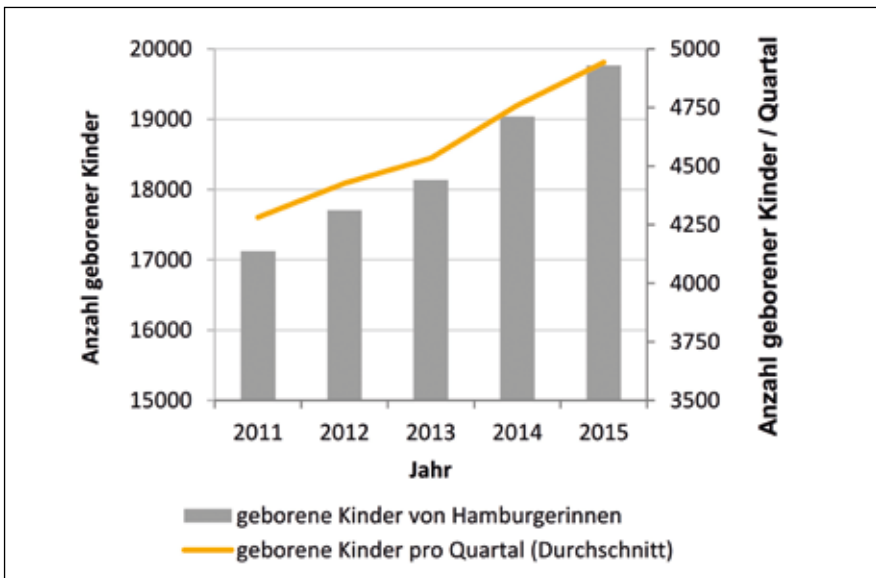


Abb. 3: Steigende Anzahl neugeborener Kinder in Hamburg (2011 bis 2015)

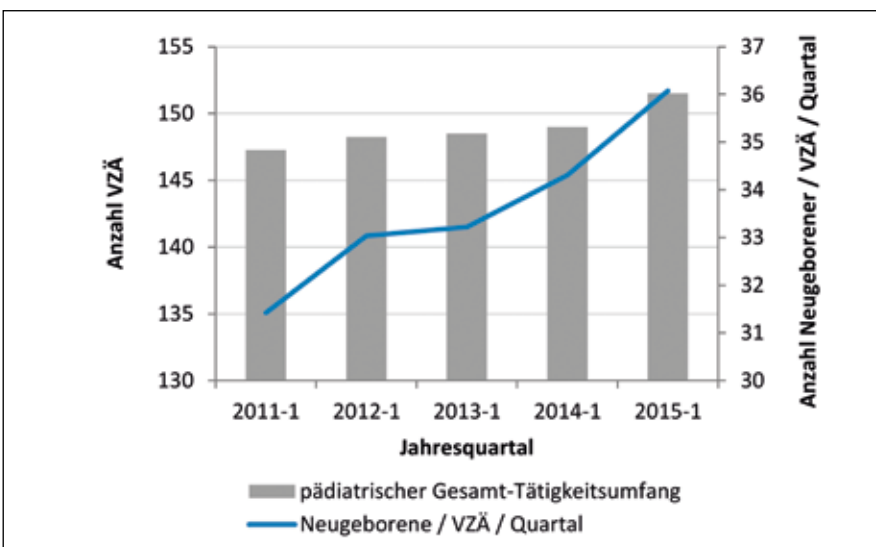


Abb. 4: Tätigkeitsumfang in pädiatrischen Praxen in den Quartalen 1-2011, 1-2012, 1-2013, 1-2014 und 1-2015 im Verhältnis zur Steigerung der Geburtenrate

Im Zeitraum 2015 bis 2017 ist sowohl die Gesamtzahl der in Hamburg wohnhaften Kinder unter 6 Jahren konstant gestiegen (Abb. 1), als auch die von einem VZÄ zu versorgende Zahl der Kleinkinder, alleine von 2016 zu 2017 um 40 Kinder pro Arzt (Abb. 2).

Während die Zahl der Neugeborenen stetig zunimmt (Abb. 3), ist der pädiatrische Tätigkeitsumfang relativ konstant geblieben und damit nicht ausreichend, um die steigende Anzahl Neugeborener adäquat versorgen zu können (Abb. 4).

Der relative Anteil abgerechneter U3 je VZÄ ist alleine in den Jahren 2015 bis 2017 in Hamburg durchschnittlich um ca. 6 % gestiegen (Abb. 6). Auch in den einzelnen Bezirken haben sich die Werte der Leistungsvolumina- und Grundversorgungsparameter verändert. Im Folgenden ein exemplarisches Beispiel am HH-Bezirk Mitte:

Hamburg-Mitte

Sowohl die Gesamtzahl der Kinder unter 6 Jahren als auch die Zahl der U3 liegt weit über dem Hamburg-Durchschnitt, so macht eine Praxis im Bezirk Mitte (Abb. 7) über 30 % U3 mehr als im Hamburger Schnitt (Abb. 8). Ähnliche Ergebnisse lassen sich für die Bezirke Bergedorf, Nord und Harburg berechnen. Die Bezirke Elmsbüttel, Altona und Wandsbek nähern sich der Überlastung.

Fazit:

Der derzeit festgelegte pädiatrische Tätigkeitsumfang in Hamburg ist für eine

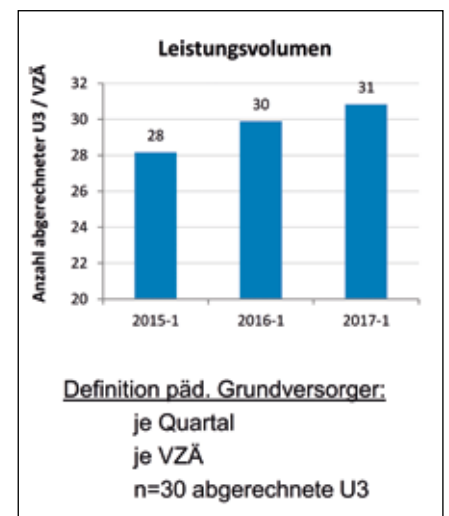


Abb. 5: Steigende Anzahl abgerechneter U3-Leistungen je VZÄ in Hamburg (Vergleich 1-2015, 1-2016, 1-2017)

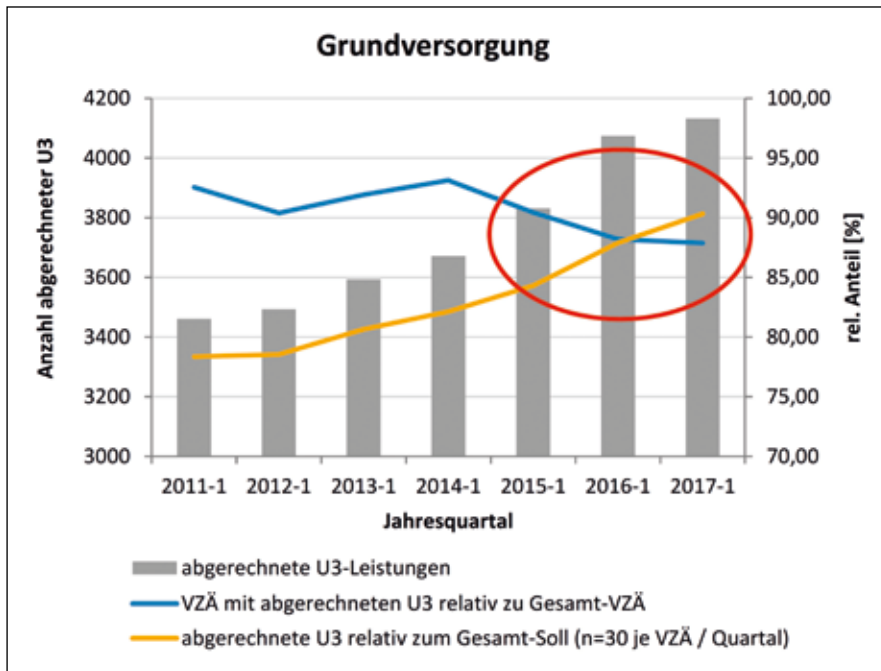


Abb. 6: Steigerung der abgerechneten U3-Untersuchungen (Quartale 1-2011, 1-2012, 1-2013, 1-2014, 1-2015, 1-2016, 1-2017) in Hamburg

suffiziente Versorgung der konstant steigenden Anzahl Neugeborener und Kinder unter 6 Jahren nicht ausreichend. Das pädiatrische Leistungsvolumen stößt an seine kapazitären Grenzen und ist teilweise schon erschöpft. Damit sinkt die Zahl der Honorareinheiten, die eine Grundversorgung (gemessen an der Zahl der U3-Untersuchungen) und damit die Aufnahme von Neu-Patienten gewährleisten. Kritische Bezirke mit dem größten Bedarf sind Hamburg-Mitte, Hamburg-Nord, Harburg und Bergedorf.

Die Autoren können zeigen, dass eine sorgfältige Analyse die Grundlage für eine realistische Einschätzung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs in einer bestimmten Region ist und damit der Schlüssel zum Erfolg sein kann. Vielleicht kann dieser Artikel eine Anregung sein, in anderen Gebieten mit vergleichbaren Problemen in ähnlicher Weise vorzugehen.

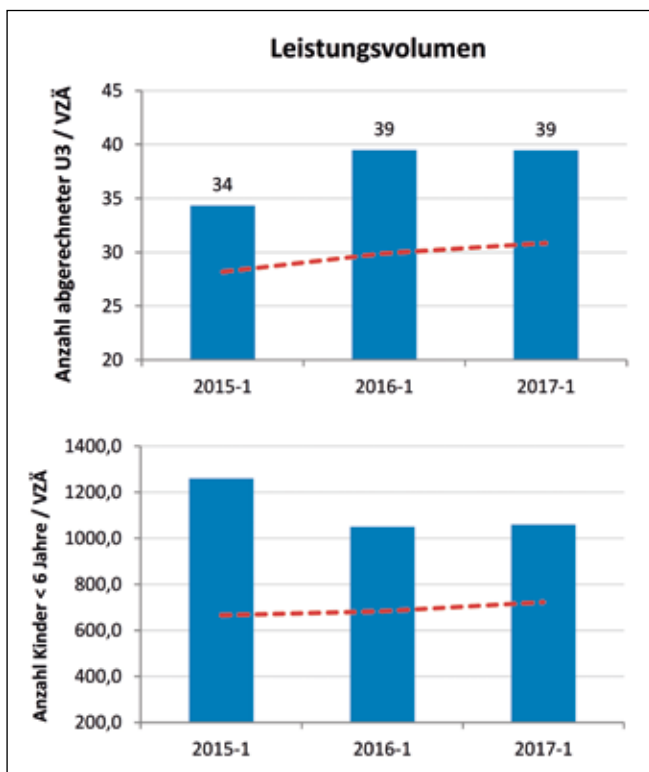


Abb. 7: Parameter des pädiatrischen Leistungsvolumen in Hamburg-Mitte

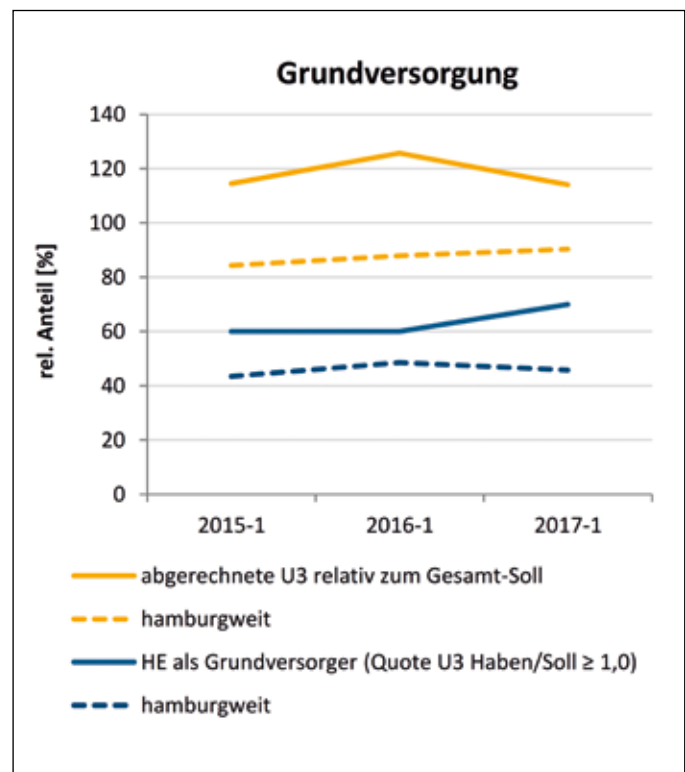


Abb. 8: Abgerechnete U3-Untersuchungen (Quartale 1-2015, 1-2016, 1-2017) in Hamburg Mitte in Relation zum Gesamt-Soll

Korrespondenzadressen:

Dr. Sarah Strohkamp, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Stabsstelle Vorstand Analyse und Strategie
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, E-Mail: Sarah.Strohkamp@kvvh.de

Dr. med. Stefan Renz, BVKJ Landesverbandsvorsitzender Hamburg
20357 Hamburg, E-Mail: s.renz@hamburg.de

Red.: WH

Auch in Berlin neue pädiatrische Sitze

Auf eine bessere Steuerung der kinder- und jugendärztlichen Grundversorgung haben sich die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin und die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände im Land Berlin im Rahmen ihrer Honorarverhandlungen für 2017 und 2018 geeinigt. Die Krankenkassen werden der KV Berlin für das Jahr 2018 Gelder für bis zu zehn zusätzliche Zulassungen für Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugend-

psychiater zur Verfügung stellen. „Das ist ein gutes Ergebnis für die Kinder und Jugendlichen in Berlin. Wir tragen damit der demografischen Entwicklung und der steigenden Zahl von Kindern und Jugendlichen in unserer Stadt Rechnung und können die Versorgung dahin steuern, wo sie benötigt wird. Damit können wir Engpässen in bestimmten Berliner Bezirken entgegenwirken“, sind sich die KV Berlin und die Landeskrankenkassenverbände einig. In welchen Bezirken

sich ein aktueller Handlungsbedarf ergibt, werden die Beteiligten zeitnah festlegen. Eine kurzfristige Ausschreibung der bis zu zehn zusätzlichen Zulassungen wird angestrebt.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Mitteilungen aus dem Verband

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND THÜRINGEN

Termingerecht findet vom 07.05. – 28.05.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 28.05.2018 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Andreas Lemmer, Erfurt
Landesverbandsvorsitzender

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Der Honorarausschuss informiert

UV-GOÄ

Abrechnung von Unfällen in der Kinder- und Jugendarztpraxis – Teil 2

Im Teil 1 (letzte Ausgabe) ging es um die Allgemeinen Vorschriften bei der Bearbeitung von BG-Fällen in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Teil 2 im hier vorliegenden Heft wird sich mit der Abrechnung von BG-Fällen beschäftigen.



Dr. Reinhard Bartzky

Feste Preise für alle Leistungen

Das Prinzip der Liquidation von Unfallleistungen lässt sich wie folgt beschreiben: „Die Unfall-GOÄ ist eine erheblich abgespeckte GOÄ“. Die Abrechnung erfolgt **NIE** über die KV und **NIE** über den Patienten. Adressat unserer Rechnungen (auch wenn wir sie über eine privatärztliche Verrechnungsstelle versenden) ist immer direkt bzw. indirekt der zuständige Unfallversicherungsträger (Beispiel: Kita oder Schulfall im Land Berlin: Rechnung geht an Unfallkasse Berlin). Bei Abrechnung über einen Dienstleister wird (bislang) keine Unterschrift von den Eltern benötigt. Wie bei der Rechnungsstellung von Privatpatienten handelt es sich um ein Einzelleistungsverzeichnis ohne Mengenbegrenzung (dafür mit anderen Schikanen, s.u.).

Für die Abrechnung von Arbeitsunfällen gibt es ein eigenes Gebührenverzeichnis, die UV-GOÄ. Dieses Gebührenverzeichnis wird gelegentlich aktualisiert, es lohnt sich also ab und zu mal wieder rein zu schauen. Während die GOÄ von

der Politik als Verordnungsgeber in Zusammenarbeit mit der BÄK und dem Verband der privaten Versicherer und der EBM von der KBV erstellt werden, ist die UV-GOÄ die Niederschrift eines Vertrages zwischen der KBV und der DGUV (konkret: *Anlage zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger*).

Die UV-GOÄ ist inhaltlich stark an die geltende GOÄ angelehnt. Die Unfall-Kernleistungen wurden seinerzeit definiert und stehen am Anfang dieses Verzeichnisses; bei den meisten selteneren Leistungen bedient man sich der GOÄ. Mit dem möglichen In-Kraft-Treten einer Neuen GOÄ für den Geltungsbereich Privatpatienten (Bundesregierung?) würde die Synchronität aufgehoben sein. Die Vertragspartner planen zwar eine UV-GOÄ analog der dann neuen GOÄ-Neu zu schaffen, dies würde aber noch Jahre dauern und wäre dann Anlass für einen neuen Artikel in der Verbandszeitschrift.

In der UV-GOÄ gibt es grundsätzlich zwei Vergütungssätze: Zum einen die **Allgemeine Heilbehandlung (= niedrig vergütet)** (für das Gros der Pädiater, also für Vertragsärzte ohne Unfallchirurgische

Expertise) und zum anderen die **Spezielle Heilbehandlung (= höher vergütet)** (für D-Ärzte oder AIP-ler in den Rettungsstellen der Kliniken, deren Fälle dann über den D-Arzt der Klinik abgerechnet werden).

Die häufigsten Ziffern der UV-GOÄ

In vielen Fällen ist leider die gesamte Behandlung mit der **Ziffer 1** abgedeckt. Im Gegensatz zur GOÄ ist dies nicht nur die Kontaktpauschale, sondern die 1 bei der UV-GOÄ inkludiert auch die symptomzentrierte Untersuchung. Dies ist magerer vergütet als im EBM!

Die **Ziffern 2-5** haben den gleichen Leistungsinhalt wie die 1, jedoch zu Unzeiten.

.....
Interessant wird es also erst mit der Ziffer 6.

Die **6** in der UV-GOÄ ist eine 1 mit etwas **erweitertem Leistungsinhalt: Umfassende Untersuchung mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe [...]**.
.....

- | | | |
|---|---|-------|
| 1 | Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung. | 6,71 |
| 2 | Leistung nach Nummer 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde
<i>Die Leistung nach Nummer 2 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.</i> | 7,75 |
| 3 | Leistung nach Nummer 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) | 20,73 |
| 4 | Leistung nach Nummer 1, jedoch an Sonn- und Feiertagen | 9,84 |
| 5 | Leistung nach Nummer 1, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr | 9,84 |

Ziffern 1-5

Aus der Legende wird deutlich, dass die 6 bei leichten oder oberflächlichen Verletzungen nicht angesetzt werden kann. Bereits heute kann und muss die 6 aber Anwendung finden, sobald ein besonderer differentialdiagnostischer Aufwand vorliegt oder mehrere Organsysteme betroffen sind. Die Problematik liegt hier aber oft in der fehlenden Akzeptanz durch die regionalen Versicherungsträger. Hier kommt Ihrer Dokumentation eine erhebliche Bedeutung zu!

Die **Unfallkassen haben Listen mit Einzelfällen**, bei denen die Ziffer 6 akzeptiert werden muss: Neben den **Untersuchungen in Narkose** sind dies nur wenige Fälle, die für die Kinder- und Jugendarztpraxis von Relevanz sind:

- **Lokalbetäubungen** (hier sind Vitalparameter anzugeben),
- **Knieverletzungen** (Befunde Knieuntersuchung),
- **Schädelprellungen oder leichte Gehirnerschütterungen** (*Neurologischer Befund und Dia. Schädelprellung nicht vergessen!*),
- **Schnittverletzungen mit Beteiligung von Gelenkkapsel oder Sehnscheide.**

Aber nochmal: Ein Ansetzen der 6 ist auch außerhalb dieser gelisteten Indikationen möglich, nur muss Ihre Dokumentation die Sachbearbeiter/in überzeugen. Beispiel: Das Kind wird bei der Inspektion der Wunde kreislaufinstabil: Vasovagale Synkope als Diagnose kodieren, auf dem Formblatt beschreiben und die 6 abrechnen!

Der Erschwernisumstand „Kind“ wird momentan per se leider nicht von den Versicherungsträgern anerkannt. Dies ist ärgerlich und nicht verständlich, da die

Versorgung von Kindern einen erhöhten personellen, räumlichen und zeitlichen Aufwand beinhaltet und in der UV-GOÄ eine Ziffer wie die K1 in der GOÄ fehlt. Der BVKJ steht gegenwärtig in Verhandlungen mit der KBV und der DGUV um eine generelle Anwendung der Ziffer 6 für Kinder zu bewirken; ich hoffe, dass wir Ihnen in dieser Angelegenheit in Kürze eine positive Meldung geben können.

Ärztliche Unfallmeldung und UV-Überweisung – Ziffern 125 und 145

Für die ärztliche Unfallmeldung müssen Sie einen Zettel ausfüllen: das Formblatt der DGUV mit der Nummer F1050. Dieses Formblatt muss nicht mehr altmodisch mit Blaupapier ausgefüllt werden, eine Dokumentation über die Praxissoftware und ein Ausdruck an den Versicherer tun der Dokumentationspflicht genüge. **Für das Ausfüllen des F1050 kommt die Ziffer 125 zum Ansatz.**

War der Patient zuvor beim D-Arzt, so hat dieser die Unfallmeldung erstellt. Wird das Kind zum Beispiel zu Ihnen zum Fädenziehen überwiesen, so ist nur noch die Entfernung des Nahtmaterials, ggf. die Untersuchung, nicht aber mehr die Unfallmeldung (also die 125) anzusetzen. In solchen Fällen ist auch nur eine Rechnung an die BG zu schicken. Wird nur eine Rechnung versendet, wird auch die Portoziffer nicht akzeptiert.

Kommt der Patient zu Ihnen in die Praxis und sie dürfen den Patienten gar nicht behandeln (weil keine Allgemeine Heilbehandlung vorliegt, siehe Artikel Teil 1), so hat eine **Überweisung** (zum D-

Arzt oder z.B. zum Augenarzt) zu erfolgen, es ist dann **nur noch die Ziffer 145** abzurechnen. Mit diesem mageren Honorar wird das Ausfüllen des **Überweisungsformulars F2900** abgegolten. Der Vordruck F2900 (also der Unfall-Überweisungsschein) wird im Laufe des Jahres 2018 ersatzlos entfallen. Die Gebühr für die Überweisung (Gebührennummer 145) wird aber weiterhin gezahlt werden. Andere Ziffern können neben der 145 nicht zum Ansatz kommen. [Zur Erinnerung, das Kind gehört zum D-Arzt, wenn es besonders krank ist oder der Patient ist über den Tag des Arbeitsunfalls hinaus arbeitsunfähig, die voraussichtliche Behandlungsbedürftigkeit ist länger als 1 Woche, der Patient benötigt Heil- oder Hilfsmittel und alle Wiedererkrankungsfälle.]

Folgende Konstellation kommt vor:

- Sie versorgen den Patienten (kleben eine Platzwunde am Kopf) im Rahmen der Erstversorgung ausreichend am Vormittag (Bsp.: 1 – 125 - Porto 0,70 - 2001) und am Nachmittag kommt das Kind erneut mit aufgeplatzter frisch blutender Wunde zu Ihnen.
- Sie schicken nun zum D-Arzt. Dies ist eine der wenigen Konstellationen, in denen die **125 neben der 145** (zweite Vorstellung) zum Ansatz kommen kann.

Problematisch und ärgerlich ist folgende Konstellation:

- Die MFA an der Anmeldung erkennt nicht, dass es sich primär um einen D-Arzt-Fall (Spezielle Heilbehandlung) handelt und setzt Ihnen den Patienten ins Sprechzimmer – auch Ihnen wird dies (z.B. neurologische Auffälligkeit) erst NACH der Untersuchung klar: sie überweisen in die Klinik zum D-Arzt. Da kein Fall der Allgemeinen Heilbehandlung vorliegt, sind Sie in letzter Konsequenz nur der Überweiser und können nur die Ziffer 145 abrechnen. Wir halten dieses gelebte Verfahren für ungerecht und sachlich nicht richtig. Der BVKJ protestiert hier gegenüber der DGUV, stößt aber bislang in dieser Angelegenheit auf wenig Gehör.

Porto

Kurz gesagt: nicht vergessen. Portogeld (derzeit i.d.R.: 0,70€) gibt es nur für das

6	Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit sowie der notwendigen Beratung <i>Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.</i>	15,66
6a	Leistung nach Nr. 6, zusätzlich neben den Leistungen nach Nrn. 50 bis 50e <i>Die Notwendigkeit der Leistung nach Nr. 6a ist auf der Rechnung zu begründen (z.B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen)</i>	8,95
7	Leistung nach Nummer 6, jedoch außerhalb der Sprechstunde	16,70
8	Leistung nach Nummer 6, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	27,47
9	Leistung nach Nummer 6, jedoch an Sonn- und Feiertagen	18,78
10	Leistung nach Nummer 6, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr	18,78

Ziffern 6-10

Versenden der ärztlichen Unfallmeldung (F1050); dabei ist es unerheblich, ob die Rechnung mit im selben Umschlag liegt, oder ob die Rechnungsstellung über eine Privatärztliche Verrechnungsstelle erfolgt.

Verbände und Besondere Kosten

Die Optionen entnehmen Sie der UV-GOÄ (es lohnt sich mal ins Original zu schauen) oder den Auszügen in angefügter Tabelle. Auch das Abrechnen von Verbänden hat eine arztfeindliche Falle: Natürlich sind Sie berechtigt, „Sachkosten“ (also die Kosten für die Verbandmittel) abzurechnen; dies wird in Unkenntnis leider oft unterlassen. Sachkosten in der UV heißen **Besondere Kosten**, sie sind in einer extra Spalte aufgezeichnet und werden weder von Ihrer Praxissoftware noch von den Versicherungsträgern automatisch zugesetzt, auch wenn es sich um Pauschalbeträge handelt. Im Prinzip sind Sie berechtigt Ihre praxisindividuellen Kosten anzusetzen, dann müssen Sie Ihrer Abrechnung aber alle dafür notwendigen Belege beifügen.

Einfacher ist es da schon, sich der verhandelten Pauschalsätze zu bedienen. Zu vielen Verbänden und Prozeduren sind Besondere Kosten hinterlegt, z.B. auch zum Verband Ziffer 200. Wenn zwei differente Beträge hinterlegt sind (siehe Ziffer 200), so gilt für uns Niedergelassene der höhere Satz, der niedrigere ist für die günstiger einkaufenden Kliniken.

Natürlich müssen Sie das Verbandsmaterial, das Sie der Unfallversicherung in Rechnung stellen, so wie bei Privatpatienten vorher auf eigene Kosten eingekauft haben, Sie dürfen sich hier nicht aus dem GKV-Sprechstundenbedarf bedienen (Tab.).

Bei der Definition der Größe einer Wunde lehnt sich die UV-GOÄ an den EBM an: Als „klein“ gelten: <3cm, <4cm² und <1cm³; Ausdehnungen oberhalb dieser drei Masse gelten als „groß“ bzw. „ausgedehnt“. Aber **NICHT anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen an Kopf und Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag.**

Diverses

Wegegelder finden Sie ab Ziffer 71. Die **Ziffer 143** ist für das **Ausstellen einer AU-Bescheinigung**. Hier war ursprünglich nur die Erwachsenen-AU gemeint. Beim Ausstellen der sog. Kinder-AU

Prozedur	GO-Nr	Besondere Kosten*
Verband	200	1,28 €
Redressierender Klebeverband des Brustkorbs	201A	11,87 €
Tape Verbände	201B	21,87 €
Schanz'scher Halskrawattenverband	202	6,20 €
Kompressionsverband	203A	3,88 €
Zirkulärer Verband Kopf, Schulter, Hüfte o. Rumpf	204	7,46 €
Rucksack- oder Désault-Verband	205	7,88 €
Tape-Verband an Fingern oder Zehen	208	3,45 €
Tape-Verband an großen Gelenken oder Gliedmaßen	209	14,94 €
Kleiner Schienenverband	210	5,43 €
Schienenverband zwei große Gelenke	212	10,11 €
Erstversorgung einer kleinen Wunde	2000	0,00 €
kleinen Wunde einschließlich Naht	2001	5,41 €
kleinen Wunde einschließlich Gewebekleber	2001	8,50 €
Erstversorgung große oder stark verunreinigten Wunde	2003	0,00 €
großen Wunde einschließlich Naht	2004	9,40 €
Wunde, sekundär heilend	2006	0,00 €
Entfernung von Fäden oder Klammern	2007	0,00 €
Wund- oder Fistelspaltung	2008	0,00 €
Entfernung Fremdkörper Haut	2009	0,00 €
Wundreinigungsbad – mit und ohne Zusatz –	2016	0,00 €

*Verbände und Wundversorgung in der UV-GOÄ/ auszugsweise / ohne Gewähr
Besondere Kosten müssen von Ihnen aktiv der Rechnung zugesetzt werden

sollte diese Position ebenfalls in Ansatz gebracht werden. Strittig mit einigen Landesverbänden ist das Ansetzen für Schulbescheinigungen. Ich vertrete die Auffassung, dass die 143 dann angesetzt werden soll, wenn die Schule auf einer Bescheinigung besteht.

Die Liquidation eventueller sonografischer Leistungen finden Sie wie in der GOÄ ab Ziffer 401.

Rechnungsstellung

In der Abrechnung an den Unfallversicherer müssen folgende Angaben enthalten sein:

- Personaldaten des Verletzten,
- Unfalltag,
- Unfallbetrieb,
- Datum der Leistungserbringung,
- Gebührennummer und Betrag der Leistung nach UV-GOÄ,
- Benennung des Materials/Medikaments bei Abrechnung neben den besonderen Kosten.

Honorarerhöhung

Die UV-GOÄ galt für uns über Jahre als eine Gebührenordnung ohne Honoraranpassung. 2017 ist der KBV nun endlich ein Vertragsabschluss mit Dynamik gelungen, auch wenn dies den Stillstand vergangener Jahre im Vergleich mit der Kostenentwicklung im niedergelassenen Bereich nicht ausgleicht: **Folgende Erhöhungen wurden erzielt: ab dem 1.10.17: 8% und ab dem 1.10.18, 1.10.19 und 1.10.20 nochmals jeweils +3%.**

Die gültige UV-GOÄ im Netz: http://www.kbv.de/media/sp/UV_GOAE_01.01.2017.pdf

Im folgenden letzten und 3. Teil werden Abrechnungsbeispiele gegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartezky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartezky.de

Red.: WH

Ergebnisse der BVKJ-Mitgliederumfrage 2017

Die Mitgliederumfrage des BVKJ wurde 2017, nach 2013 und 2015, zum dritten Mal durchgeführt. Die Fragen werden von Präsidium, Vorstand und Gremien des BVKJ sowie der Service GmbH entwickelt. Dank an den QM-Ausschuss (Dres. Bornhoeft, Moebus, Ewald) und Herrn Dr. Otto von der Kinder-Umwelt GmbH für Entwicklung der Fragen, Konzeption der Umfrage und technische Umsetzung. Die Ergebnisse der Befragung geben Präsident, Präsidium und Gremien des BVKJ Impulse zu Organisation, Struktur, Strategie und Angeboten des BVKJ. Zur Teilnahme an der Befragung musste der Geschäftsstelle des BVKJ eine aktuelle E-Mail-Adresse des Mitgliedes und die Zustimmung über diese Adresse, Nachrichten vom BVKJ zu bekommen, vorliegen.



Dehtleff Bantlien

Die Ergebnisse:

Ausrichtung des BVKJ und Motivation für eine Mitgliedschaft

- **Advocacy/Lobby** für Kinder (94.68 %)
- **berufspolitische Vertretung** der Kinder- und Jugendmedizin (94.47 %) werden als stärkste Motivation angegeben
- **82.63 %** ist die **fachliche Weiterbildung** mit **70.68 %** folgt der **fachliche Austausch**
- **60.24 %** interessiert das **Service-Angebot** des BVKJ
- **51.61 %** die **Selektivverträge**.

Mehrfachauswahl-Frage, wo sich der BVKJ engagieren soll, sagen

- **61.64 %** der Antwortenden für die **Niedergelassenen**,
- **52.57 %** in der **Selbstverwaltung**,
- **48.09 %** für die **Praxis**,
- **37.95 %** in der **Aus- und Weiterbildung** und
- **36.55 %** den Einsatz für alle Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Klinik, Praxis und ÖGD.

Auf die Frage, wo mehr Aktivität gewünscht wird wünschen sich

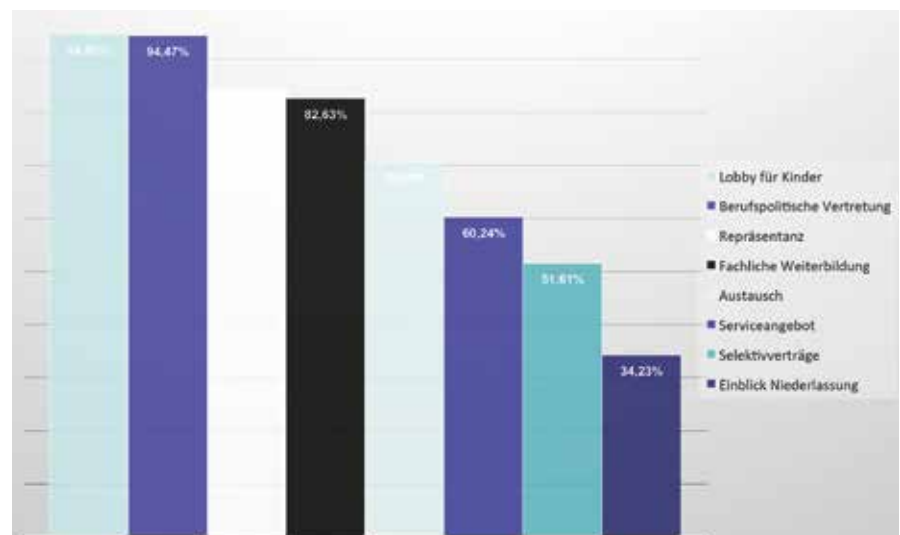
- **42.99 %** im **ambulanten Bereich**,
- **25,24 %** wünschen hier **keine Veränderung**.
- **25.68 %** wünschen sich **mehr Einsatz für die gesamte Pädiatrie**,
- **39.81 %** sind hier zufrieden.
- Für die **Kolleginnen und Kollegen in der Klinik** sehen **16.81 %** mehr Bedarf,
- für den **ÖGD 14.57 %**.

Die überwiegende Zahl der auf die Befragung antwortenden Mitglieder sieht den Schwerpunkt des BVKJ in der Vertretung der Interessen der ambulanten, niedergelassenen Pädiatrie. Fast 50 % der Antwortenden wünschen sich hier mehr Aktivität. Nur ein Viertel sieht hier ein „weiter wie bisher“ als richtig an! Die Interessenvertretung der Klinikärztinnen und -ärzte und der Kolleginnen und Kollegen im ÖGD wird aber ebenso als wichtig angesehen. Die Funktionsträger auf Landesebene be-

kommen den Auftrag, das Engagement im Bereich der Selbstverwaltung und der Aus- und Weiterbildung zu intensivieren.

Themen, die die Mitglieder als wichtig ansehen

- Spitzenplatz die **Erarbeitung von praxisnahen Leitlinien** „sehr wichtig“ und „wichtig“ mit **60.25 %**,
- dicht gefolgt von der **Verzahnung zwischen ambulant und stationär** (**60.24 %**).
- **Kooperation mit Studierenden und Assistenten** (**58.84 %**),
- **gemeinsame Projekte** mit den Fachgesellschaften (**53.99 %**)
- Entwicklung von **Arbeits- und Kooperationsmodellen** mit familienfreundlichen Arbeitszeiten (**51.7 %**)
- **Weiterentwicklung der Selektivverträge** werden von **46 %** als wichtig und sehr wichtig angesehen. Weniger wichtig finden dies **35 %**.



BERUFSFRAGEN

- Die **Kooperation mit Elternverbänden** (46.97 %) und
- die **ambulante Versorgungsforschung** (43.88)

Wichtigkeit der BVKJ – Verbandsbereiche bei den Einstufungen „sehr wichtig“ und „wichtig“

- Die **Geschäftsstelle** des Verbandes **80 %**
- der **Präsident** folgt mit **74 %**
- **Obleute** (72 %)
- **Ausschüsse** (70 %)
- **Delegierte** (66 %)
- **Vorstände** (65 %)
- **Service – GmbH** (61 %)
- **Präsidium** (60 %)
- **Länderrat** (55 %)

Die Geschäftsstelle ist das Herzstück eines funktionierenden Verbandes. Investitionen in das gute Funktionieren der Geschäftsstelle sind sinnvoll und wichtig für die Zufriedenheit und Identifikation der Mitglieder. Der als gut empfundene Service der Geschäftsstelle trägt wesentlich zu dem Gefühl der Mitglieder bei, etwas für die gezahlten Mitgliedsbeiträge zu bekommen. Davon hängt auch die Identifikation mit dem Verband ab. Nach dem Präsidenten werden die Bereiche als wichtigste genannt, in denen die Partizipation der Mitglieder an der Verbandsarbeit am direktesten empfunden wird. Die Arbeit dieser Verbandsbereiche ist eine weitere entscheidende Quelle der Identifikation mit dem Verband und dem Gefühl der Mitglieder gut vertreten zu sein. Sie muss klar sichtbar und nachvollziehbar dargestellt werden.

Kooperation mit Kliniken

Die Kooperation mit Kliniken wird in der Regelversorgung von 95 %, beim Bereitschaftsdienst von 94 %, bei der Versor-

gung chronisch Kranker von 97 %, bei den Spezialsprechstunden von 95 % und bei der Weiterbildung von 95 % als sehr wichtig oder wichtig angesehen. Dies sind extrem hohe Werte. Fast kein Antwortender wählt hier die Optionen „nicht wichtig“ oder „weiß nicht“. Auch für die Entwicklung von Leitlinien und die ambulante Forschung wird die Zusammenarbeit mit den Kliniken als wichtig angesehen.

Zufriedenheit mit BVKJ – Service Angeboten

Die Geschäftsstelle erreicht höchste Zufriedenheitswerte vor der BVKJ-Service GmbH und der Helmsauer GmbH. 29 % sind sehr zufrieden, 40 % zufrieden mit der Geschäftsstelle.

Bei der **Service-GmbH** sind es jeweils 17 % und 32 %, bei **Helmsauer** 8 % und 35 %. Bei der Helmsauer GmbH geht es um Abrechnung, um Einkommen. Deshalb wird hier von den Mitgliedern besonders kritisch bewertet. Viele Antwortende enthalten sich bei Service-GmbH (46 %) und Helmsauer-GmbH (39 %) einer Bewertung (sie werden auch von zahlreichen Mitgliedern nicht genutzt).

Nutzung der BVKJ – Angebote

- Die Zeitschrift „**Kinder- und Jugendarzt**“ ist mit einer regelmäßigen Nutzung von 55.5 % das mit weitem Abstand wichtigste, unverzichtbare Kommunikationsmedium und (Informations)angebot des BVKJ. Die Verbandszeitschrift bedarf deshalb einer aufmerksamen und regelmäßigen Pflege.
- Der **E-Mail-Newsletter** wird von **fast 30 %** regelmäßig gelesen.
- Die **Stellungnahmen** und **online-Angebote** des BVKJ (BVKJ.de, KIN), die

Praxis-App und der Shop werden wenig genutzt. Diese Angebote haben jedoch auch eine Außenwirkung und tragen zur Identifikation der Mitglieder mit dem Verband bei. Deshalb sind Investitionen in die Zugänglichkeit (mobile Darstellung) und Nutzbarkeit (Navigation) wichtig.

Fortbildungsangebote

- Die **regionalen Kongresse** des BVKJ werden von **fast 17 %** der Antwortenden regelmäßig besucht.
- **bundesweite Kongresse** 12.21 %.
- Die Veranstaltungen **Pädiatrie zum Anfass des eigenen Landesverbandes** wird von **60 %** als der **bevorzugte Kongress** angegeben.
- Jeweils **24 %** besuchen bevorzugt „**Immer etwas Neues**“ oder den **Herbst-Seminar-Kongress Bad Orb**.
- Den **Kinder- und Jugendärztetag** in Berlin besuchen **23 %** gern.
- **19 %** entscheiden sich für den **Jugendmedizin-Kongress in Weimar** oder für die Pädiatrie zum Anfass eines anderen Landesverbandes.
- **21 %** besuchen überhaupt keine Fortbildungen des BVKJ.

Regionale Fortbildungsangebote werden deutlich bevorzugt. Die „Regionalisierung“ auch der bundesweiten Kongressformate des BVKJ könnte sich positiv auf die Besucherzahlen auswirken. Andere Veranstalter sind mit dieser Regionalisierung erfolgreich.

Angebote für MFA

Die Zeitschrift für MFA „**Praxisfieber**“ ist nur **23 %** der Antwortenden **unbekannt** und wird von **56 %** als „**sehr gut**“ oder „**gut**“ bewertet. Den **Kongress „Praxisfieber“** kennen **28 %** nicht. Er wird von **42 %** als **gut** oder **sehr gut** empfunden. Die **Paediatric** wird von **52 %** als **sehr gut** oder **gut** bezeichnet. Nur **26 %** kennen dieses Angebot nicht. Insgesamt könnten die Fortbildungsangebote des BVKJ bekannter sein, werden aber von denen, die sie kennen, als gut empfunden.

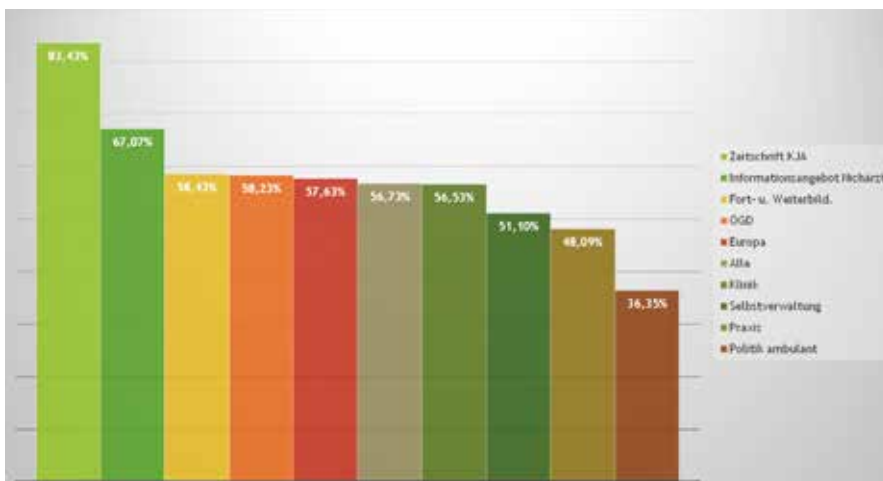
Die komplette Auswertung mit allen Grafiken finden Sie in **PädInform** im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“.

Für die AG Mitgliederbefragung

Dehtleff Banthien

23843 Bad Oldesloe

E-Mail: dbanthien@uminfo.de Red.: WH



Management der kongenitalen Zytomegalievirus-Infektion bei Neugeborenen



Professor Dr. Susanne Modrow

Dr. Horst Buxmann,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neonatologie, Universitäts-
klinikum Frankfurt, Goethe-Universität,
Frankfurt/Main

PD Dr. Martin Enders,
Labor Enders und Partner, Stuttgart

Prof. Dr. Ulrich Gembruch,
Abteilung für Geburtshilfe und Pränatal-
medizin, Universitätsfrauenklinik Bonn,
Bonn

Aktueller Diskussionsstand zu Diagnostik, Prävention und Therapie

Das humane Zytomegalievirus (CMV) verursacht heute weltweit die häufigste angeborene Infektion. Während der Schwangerschaft können sowohl primäre Infektionen wie auch Reaktivierungen oder Reinfektionen die Gesundheit des Feten gefährden. Symptome, die auf eine kongenitale CMV-Infektion (cCMV-Infektion) hinweisen, sind häufig diskret oder unspezifisch, die Mehrheit der cCMV-infizierten Neugeborenen ist klinisch gesund und gilt als „asymptomatisch“. Auffällig wird ein Teil dieser Kinder im Neugeborenenhörscreening, andere entwickeln Hörstörungen, die als

Dr. Rangmar Goelz,
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendmedizin/Neonatologie Tübingen,
Tübingen

Prof. Dr. Klaus Hamprecht,
Institut für Medizinische Virologie
und Epidemiologie der Viruskrankheiten,
Universitätsklinikum Tübingen,
Tübingen

Dr. Daniela Huzly,
Institut für Virologie, Universitäts-
klinikum Freiburg, Freiburg

Prof. Dr. Peter Kummer,
Phoniatrie und Pädaudiologie,
Hals-Nasen-Ohren-Klinik,
Klinikum der Universität Regensburg,
Regensburg

Prof. Dr. Karl-Oliver Kagan,
Universitätsfrauenklinik Tübingen,
Tübingen

Prof. Dr. Markus Knuf,
Klinik für Kinder und Jugendliche,
HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken,
Wiesbaden

late-onset Symptomatik erst während der ersten Lebensmonate und -jahre auftreten. Damit diese Kinder möglichst früh behandelt beziehungsweise gefördert werden, ist die frühe und zweifelsfreie Diagnose der cCMV-Infektion sehr wichtig. Aktuelle Studien zeigen, dass man durch eine rechtzeitige antivirale Therapie die CMV-assoziierten Erkrankungen der kongenital infizierten Neugeborenen positiv beeinflussen kann. Trotz der noch unvollständigen Datenlage zu Nutzen und Risiken der antiviralen Therapie soll der vorliegende Artikel auf diese Möglichkeit hinweisen, die Vorgehensweise detailliert beschreiben, erklären und nicht zuletzt auch zur Diskussion der Einführung eines CMV-Screenings bei Schwangeren und Neugeborenen beitragen.

Prof. Dr. Thomas Mertens,
Institut für Virologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm

Dr. Uta Nennstiel-Ratzel,
Screeningzentrum Bayern, Bayerisches
Landesamt für Gesundheit und Lebens-
mittelsicherheit, Oberschleißheim

Prof. Dr. Claudia Roll,
Abteilung Neonatologie, Pädiatrische In-
tensivmedizin, Schlafmedizin, Vestische
Kinder- und Jugendklinik Datteln, Uni-
versität Witten/Herdecke, Datteln

Dr. Michael Wojcinski,
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Garmisch-Partenkirchen

Die Autoren sind delegierte oder beratende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Fachgesellschaften, die an der Erarbeitung von Empfehlungen der AWMF-Leitlinie „Diagnostisches und therapeutisches Management der Zytomegalievirus-Infektion bei Schwangeren, Neugeborenen und Kindern“ beteiligt sind. Die Reihung erfolgte in alphabetischer Folge.

1. Hintergrund

1.1 Epidemiologie der cCMV-Infektion bei Neugeborenen

Das humane Zytomegalievirus (CMV, humanes Herpesvirus 5) kann von infizierten Individuen in Urin, Speichel und Genitalsekret ausgeschieden und durch Schmier- oder Tröpfcheninfektion übertragen werden. Postnatal erworbene, primäre CMV-Infektionen verlaufen bei Immungesunden und auch bei Schwangeren meist asymptomatisch; nur etwa 20 Prozent der schwangeren Patientinnen berichten von Grippe- oder Mononukleose-ähnlichen Erkrankungszeichen, schwere Verläufe mit CMV-Pneumonie sind selten (1). In Deutschland besteht



Abb. 1: ZNS-Befund in der 28.SSW bei einer fetalen CMV-Infektion. Es sind eine Mikroenzephalie (weite äußere Liquorräume), eine Ventrikulomegalie, multiple Verkalkungen und ein auffälliges Gyrierungsmuster dargestellt.

keine Meldepflicht für cCMV-Infektionen, die CMV-Diagnostik ist auch nicht Bestandteil der in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Untersuchungen in der Schwangerschaft. Daher kann man ihre Häufigkeit bei Schwangeren nur schätzen: Etwa 0,5-1,5 Prozent der Schwangeren zeigen während der Schwangerschaft eine CMV-IgG-Serokonversion, demnach könnten in Deutschland jährlich etwa 2.000 bis 6.000 Kinder von Frauen geboren werden, die während der Schwangerschaft primär mit CMV infiziert wurden.

Nach der Primärinfektion etabliert sich das Stadium der lebenslangen Latenz mit Reaktivierungsepisoden, die bei Immungesunden ohne Symptome verlaufen und nicht von ebenfalls symptomfreien Reinfektionen unterschieden werden können. Wodurch die transienten Reaktivierungen ausgelöst werden und wie häufig sie während der Schwangerschaft stattfinden, ist derzeit nicht bekannt; auch dabei erfolgt die Virusausscheidung in Speichel, Urin und Genitalsekret. Es gibt nur wenige Studien, die zeigen, wie häufig endogene Reaktivierungen und exogene Reinfektionen (in der Gesamtheit als Nicht-Primärinfektionen bezeichnet) bei seropositiven Frauen stattfinden. In den USA konnte man bei etwa 50 Prozent gesunder junger seropositiver Frau-

en transiente Virämiephasen nachweisen (2). Gut untersucht ist die Reaktivierung von CMV während der Stillphase: Bis über 95 Prozent der stillenden seropositiven Frauen weisen CMV-Reaktivierung und Ausscheidung in der Milch auf, verbunden mit einer möglichen postnatalen Übertragung der Infektion durch Stillen, die bei immunkompetenten, gesunden Reifgeborenen in der Regel symptomfrei verläuft und keinen Grund für ein Stillverbot darstellt (3-6). Diese postnatalen CMV-Übertragungen über die Muttermilch tragen zu der in Deutschland beschriebenen Rate von gut 20 Prozent Seropositivität bei Kindern im Alter von ein bis zwei Jahren bei. Die infizierten Kleinkinder scheiden, insbesondere in den ersten Monaten nach der Infektion, größere Mengen der Viren in Speichel und Urin aus und übertragen sie in Krippen, Kindergärten und Schulen auf andere Kinder (7). Die Durchseuchung steigt auf 32 Prozent bei den 14- bis 17-Jährigen an (8). Insbesondere sind die in Krippen und Kindergärten infizierten Kleinkinder auch eine Infektionsquelle für deren Eltern und in erheblichem Ausmaß für CMV-Primärinfektionen von seronegativen Müttern verantwortlich (9). Dabei spielen Eltern-Kinder-Kontakte in windelfreien Interaktionsgruppen (beispielsweise PEKiP-Gruppen, Baby-massage,

Babyschwimmen) vermutlich eine große Rolle (10).

In Deutschland sind unter Berücksichtigung von regionalen, sozialen und anderen epidemiologischen Faktoren etwa 40 bis 50 Prozent der Schwangeren CMV-seropositiv. Damit gilt Deutschland als Niedrigprävalenzland (11). Man schätzt, dass in Deutschland 0,2 bis 0,6 Prozent aller Neugeborenen mit einer kongenital erworbenen CMV-Infektion geboren werden (Hamprecht, Tübingen; Neumann, Bochum; Huzly, Freiburg; unveröffentlichte Daten). Bei einer jährlichen Geburtskohorte von etwa 750.000 Kindern kann man folglich von 1.500 bis 4.500 cCMV-infizierten Neugeborenen ausgehen. Die transplazentare Übertragung findet vor allem bei Primärinfektionen statt, die Übertragungswahrscheinlichkeit steigt dabei mit der Dauer der Schwangerschaft (11-13). Wie häufig Primär- oder Nicht-Primärinfektionen zur Zahl der cCMV-Infektionen beitragen, wird nicht zuletzt auch von dem Ausmaß bestimmt, in dem die Schwangeren persistierend infiziert sind, sie die CMV-Infektion also bereits präkonzeptionell erworben haben. In Hochprävalenzländern, beispielsweise Brasilien, sind überwiegend Nicht-Primärinfektionen der Schwangeren für die relativ große Zahl cCMV-infizierter Neugeborener verantwortlich (14). Die wenigen Studien aus westlichen Industrieländern zeigen eine große Bandbreite zur Häufigkeit der cCMV-Infektion durch Nicht-Primärinfektionen (15-17). Das bedeutet, dass die Datenlage zu dieser Frage ungenügend ist und eine große Unsicherheit besteht; auch publizierte Daten müssen neu hinterfragt werden (18).

1.2 Klinik der cCMV-Infektion

Das klinische Spektrum der cCMV-Infektion reicht von asymptomatischen Verläufen (ca. 85-90%) bis hin zu lebensbedrohlichen Erkrankungen (8,16). Vor allem CMV-Infektionen vor der 20. Schwangerschaftswoche können zu Aborten oder schweren Fetopathien mit Mikroenzephalie, zerebralen Fehlbildungen, schweren Organschädigungen, Hepatosplenomegalie, Wachstums- und Entwicklungsretardierung, Augen- und Hörschädigung führen (Abbildung 1, Tabellen 1, 2) (13, 19). Diese schweren Erkrankungen fallen häufig bei den Ul-

Zerebrale Auffälligkeiten		Extrazerebrale Auffälligkeiten
Schwerwe Auffälligkeiten	Milde Auffälligkeiten	
Ventrikulomegalie, ≥ 15 mm	Milde Ventrikulomegalie, 10-15 mm	Hyperechogener Darm
Periventrikuläre Echogenitätserhöhung	Intraventrikuläre Synechien	Hepatomegalie (linker Leberlappen > 40 mm)
Hydrocephalus	Intrazerebrale Verkalkungen	Intrauterine Wachstumsretardierung
Mikrozephalie, $< 3.$ Perzentile	Subependymale Zysten	Oligo-, Polyhydramnion
Vergößerte Cisterna magna, ≥ 8 mm	Plexus choroideus Zysten	Aszites, Pleuraerguss, subkutanes Ödem, Hydrops fetalis
Vermishypoplasie	Vaskulopathie (verstärkte Echogenität im Ultraschall) der Aa lenticulostriatae in den Basalganglien	Plazentamegalie
Por-, Lissenzephalie		Intrahepatische Verkalkungen
Periventrikuläre zystische Läsionen		
Corpus callosum Agenesie		

HCMV = Humanes Zytomegalievirus

Tab. 1: Sonographische Auffälligkeiten beim Feten, die mit einer kongenitalen HCMV-Infektion einhergehen können und eine labordiagnostische Abklärung notwendig machen (nach 13).

Klinische Zeichen	
Allgemeine Auffälligkeiten	Frühgeburtlichkeit intrauterine Wachstumsretardierung (erniedrigtes Geburtsgewicht entsprechend des Gestationsalters $< 3.$ Perzentile)
Auffälligkeiten der Haut	disseminierte Petechien Verdinikterus (direkte Hyperbilirubinämie) Purpura „Blueberry-muffin-baby“
Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems (inkl. Hör- und Sehfunktion)	Mikrozephalie ($< 3.$ Perzentile) Schallempfindungsschwerhörigkeiten bis Taubheit (Neugeborenen-Hörscreening) Chorioretinitis inkl. retinale Narben Optikusatrophy Ventrikulomegalie lenticulostriatale Vaskulopathie Periventrikuläre Hyperechogenität Migrationsstörungen des ZNS
Klinisch-neurologische Störungen	Motorische Entwicklungsstörung Zerebrale Krampfanfälle
Pathologien des Gastro-Intestinaltraktes	Hepatosplenomegalie Enteritis (bis Nekrotisierende Enterokolitis)
Pathologien des Respirationstraktes	Pneumonie
Auffällige Laborwerte	
Klinische Chemie	Aspartataminotransferase (ASAT (=GOT) > 80 U/L; Konjugierte Hyperbilirubinämie
Blutbildveränderungen	Thrombozytopenie ($< 100.000/mm^3$) Anämie, Neutropenie
Liquor cerebrospinalis	Liquorwerte, z.B. Liquoreiweißerhöhung

Tab. 2: Symptome sowie auffällige Laborwerte, die bei Neugeborenen von CMV-seropositiven Müttern als Hinweis auf eine cCMV-Infektion gewertet werden können (fett gedruckt: Häufige Symptome und Auffälligkeiten). Bei Vorliegen einer der angegebenen Erkrankungszeichen soll eine labordiagnostische Abklärung der cCMV-Infektion durch quantitativen Nachweis von CMV-DNA in einer Speichelprobe (Abstrich der Mundschleimhaut/Wangeninnenseite) möglichst zeitnah nach Geburt erfolgen; der positive Befund ist durch Nachweis der quantitativen CMV-PCR aus Urin zu bestätigen (32).

traschalluntersuchungen während der Schwangerschaft, spätestens aber nach der Geburt der Kinder auf (20). CMV-Infektionen nach der 20. Schwangerschaftswoche sind zwar häufiger mit transplazentaren Übertragungen auf die Feten verbunden als frühe Infektionen, verursachen aber in aller Regel keine schweren Schädigungen (17). Dies gilt vermutlich auch für CMV-Übertragungen im Rahmen von Nicht-Primärinfektionen, die ähnliche neuronale Entwicklungs- und Hörstörungen verursachen wie man sie nach Primärinfektionen findet; jedoch können auch von Nicht-Primärinfektionen schwere, letale Verläufe ausgehen (21-22).

Die Symptome einer cCMV-Infektion können bei den Neugeborenen sehr diskret sein, sie sind daher nicht immer rein klinisch zu erkennen (Tabelle 2). Während disseminierte Petechien, Hepatosplenomegalie und eine Hyperbilirubinämie mit einem hohen Anteil direkten Bilirubins charakteristisch für eine cCMV sind, sind Wachstumsretardierung, Mikrozephalie und Frühgeburtlichkeit unspezifische Symptome.

Besonders zu beachten sind Auffälligkeiten beim Neugeborenen-Hörscreening, denn die cCMV-Infektion verursacht bis zu 25 Prozent der frühkindlichen Schwerhörigkeiten (23). Permanente Hörstörungen in Form von Schallempfindungsschwerhörigkeiten findet man bei zehn bis 15 Prozent der cCMV-infizierten Kinder (24-25). In Industrieländern sind 33 bis 36 Prozent der Kinder mit symptomatischer cCMV-Infektion schwerhörig, jedoch nur zehn bis zwölf Prozent der Kinder mit zunächst asymptomatischer cCMV-Infektion. Charakteristisch ist die Instabilität der Hörstörung mit Fluktuation, verzögertem Auftreten und Progression, bis hin zur Ertaubung. Auch wenn die große Mehrheit (85 bis 90 Prozent) der cCMV-infizierten Kinder asymptomatisch geboren wird und infizierte Kinder, die in einer Beobachtungsstudie bis zum Alter von zwei Jahren keine Einschränkungen der Hörfähigkeit aufwiesen, eine normale kognitive Entwicklung hatten (26), können im Verlauf progrediente Hörstörungen bis hin zur Ertaubung auftreten. Die Häufigkeit, mit der die verzögerte *late-onset* Symptomatik bei zunächst asymptomatisch cCMV-infizierten Neugeborenen bis zum Erwachsenen-

alter auftritt, liegt bei bis zu 25 Prozent (24, 27-28). Die Hörstörungen beginnen dabei häufig einseitig, entwickeln sich aber progredient und 50 Prozent der Betroffenen sind im Alter von 18 Jahren beidseitig schwerhörig und werden nach deutschen Leitlinien zu Kandidaten für Cochlea Implantate (29). Eine Früherkennung und -versorgung ist daher mit Blick auf die langfristige Perspektive des Erwachsenen auch bei einseitiger Schwerhörigkeit geboten.

Widersprüchlich ist die Einschätzung der prognostischen Bedeutung der lenticulostrialen Vaskulopathien für die neurologische Entwicklung oder das Hörvermögen cCMV-infizierter Neugeborener, die in Ultraschalluntersuchungen des Gehirns auffallen: Während eine israelische Studie eine Assoziation dieser ZNS-Auffälligkeiten mit einem hohen Risiko für die Entwicklung von Hörstörungen beschreibt, konnten neue Arbeiten aus Italien das nicht bestätigen (30-31).

2. Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der cCMV-Infektion in Deutschland

Von den virologischen, gynäkologischen und pädiatrischen Fachgesellschaften wurden im Frühjahr 2014 Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen veröffentlicht (32). Sie erstrecken sich nicht nur auf den Zeitraum der Schwangerschaft, sondern decken auch Fragestellungen aus der Neugeborenenphase ab. Aufgrund neuer Daten zur Diagnostik und Therapie der cCMV-Infektion bei Neugeborenen (33-34) ist geplant, diese Empfehlungen in einer separaten Leitlinie neu zu formulieren.

Um das Ausmaß der Problematik in Deutschland zahlenmäßig zu beschreiben, wurde auf der Basis der von Buxmann und Kollegen beschriebenen Zahlen eine Übersicht erstellt (19) (Abbildung 2). Aufgrund vorläufiger Daten besteht Einigkeit, dass die Zahlen für cCMV-Infektionen in Deutschland im unteren Bereich der angegebenen Spanne bei etwa 1.500-2.000 Fällen pro Jahr liegen dürften; insbesondere bei cCMV-Infektionen verursacht durch Nicht-Primärinfektionen in der Schwangerschaft besteht eine große Unsicherheit.

2.1 Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik der cCMV-Infektion bei Neugeborenen

2.1.1 Vorgehensweise bei der Labor-diagnostik der cCMV-Infektion

Wegen der möglichen Übertragung der CMV-Infektion auf Säuglinge durch die Milch seropositiver stillender Mütter muss die Diagnostik der cCMV-Infektion zeitnah nach der Geburt, möglichst innerhalb der ersten, spätestens aber bis zum Ende der dritten Lebenswoche erfolgen, um eine kongenitale von einer früh erfolgten postnatalen Infektion unterscheiden zu können. Der labor-diagnostische Nachweis der cCMV-Infektion erfolgt mittels quantitativer PCR oder 18-Stunden-Kurzzeitkultur einer Urin- oder Speichelprobe (Abstrich der Mundschleimhaut, gewonnen mit einem sterilen, rauen Tupfer). Bei einer Speichelprobe sollte zwischen dem letzten Stillen und der Abnahme der Probe ein Zeitraum von mindestens zwei Stunden liegen, weil andernfalls bei CMV-seropositiven Müttern durch die CMV-Ausscheidung in der Muttermilch falsch-positive Befunde möglich sind (35). Falls die Untersuchung initial in einer Speichelprobe erfolgt und diese CMV-DNA-positiv ist, soll dieser Befund durch CMV-DNA-Nachweis in einer Urinprobe des Neugeborenen bestätigt werden. Ist diese ebenfalls positiv, sollte zeitnah auch eine quantitative CMV-PCR aus EDTA-Gesamtblut erfolgen. Die Bestimmung des CMV-Serostatus (CMV-IgG, CMV-IgM) ist beim Neugeborenen nicht notwendig.

Der in der ersten Lebenswoche ermittelte Wert für die CMV-Genomkopien in Urin und Blut kann einen Hinweis auf das potentielle Risiko des Neugeborenen für die Entwicklung von Hörstörungen geben: Während man bei Kindern mit niedriger Viruslast (unter 3.500 Genomkopien pro Milliliter Blut) nur selten die Entwicklung von Hörstörungen fand, traten diese bei hoher Viruslast deutlich häufiger auf (7,36). Wird eine antivirale Therapie erwogen und begonnen, so dient dieser Wert für das anschließende Monitoring als Ausgangsbefund zur Kontrolle des Behandlungserfolgs.

Soll die cCMV-Infektion retrospektiv diagnostiziert werden, beispielsweise bei Auftreten von Erkrankungsanzeichen im Alter von einigen Lebenswochen oder -monaten, so kann dies durch Nachweis von CMV-DNA aus der Trockenblutprobe

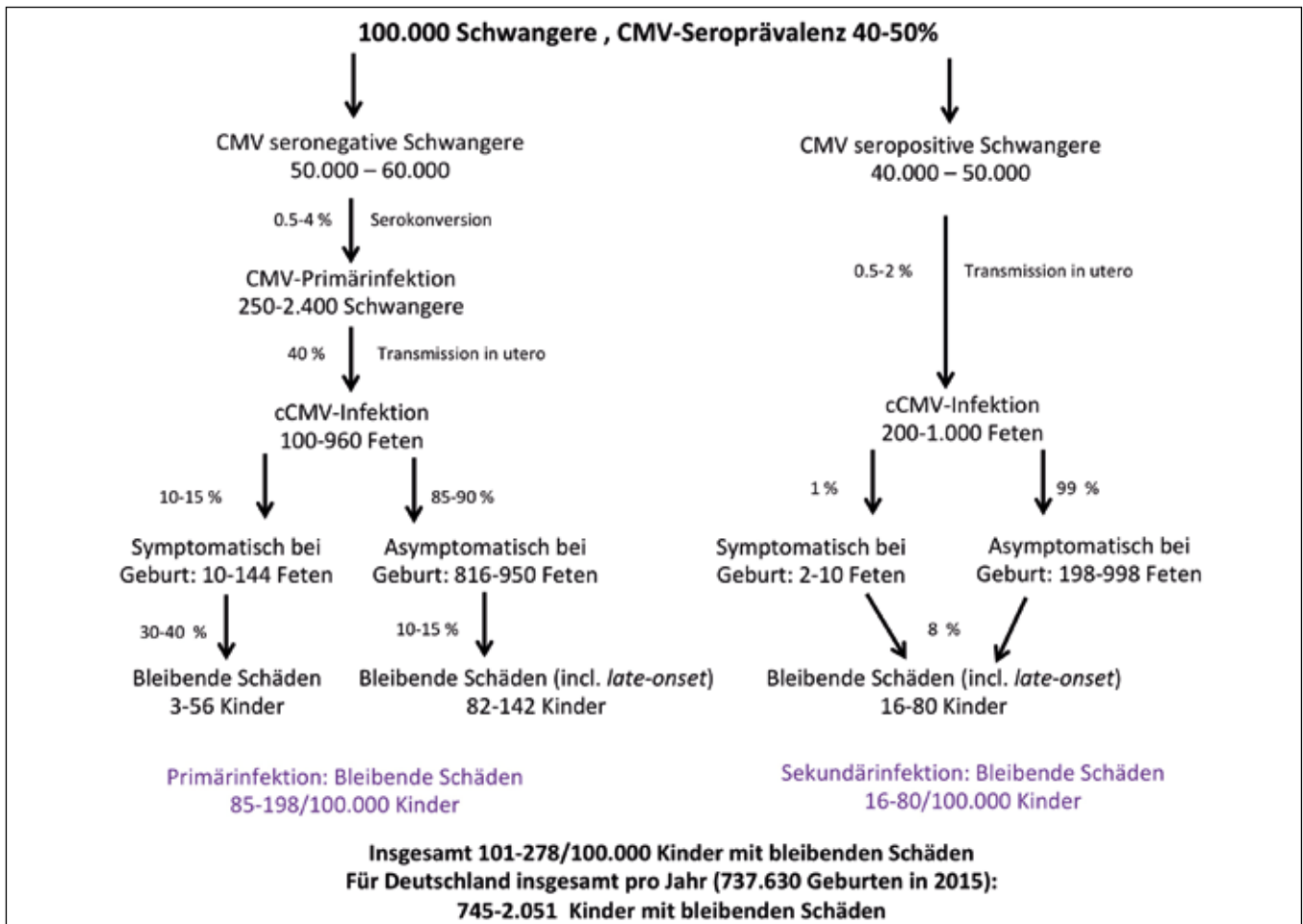


Abb. 2: Hochrechnungen zur Epidemiologie der cCMV-Infektion in Populationen mit niedriger Prävalenz (19, Modifikation von Grafik 1).

be des Neugeborenen-screensings, gewonnen in den ersten drei Lebenstagen, erfolgen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sensitivität des CMV-DNA-Nachweises deutlich unterschiedlich sein kann (37-38). Leider sollen in Deutschland die Trockenblutproben des Neugeborenen-screensings seit 2005 entsprechend eines G-BA Beschlusses aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach drei Monaten vernichtet werden. Dies macht nach diesem Zeitpunkt jede fundierte Diskussion von potentiellen Therapieoptionen oder *Follow-up*-Untersuchungen für CMV-infizierte Kinder viel schwieriger, bei denen unklar ist, ob sie kongenital oder postnatal infiziert wurden. In anderen Ländern der EU wie auch in den USA gibt es solche Limitierungen der Aufbewahrung nicht.

2.2 Konstellationen, bei denen die labordiagnostische Abklärung der cCMV-Infektion bei Neugeborenen notwendig ist

2.2.1 Konstellationen aus dem Zeitraum der Schwangerschaft

Die Notwendigkeit zur labordiagnostischen Untersuchung des Neugeborenen ergibt sich grundsätzlich bei nachgewiesener oder vermuteter CMV-Primärfektion der Schwangeren. Derzeit empfiehlt die Leitlinie die Bestimmung des CMV-IgG zu Beginn der Schwangerschaft für alle Schwangeren und für Schwangere mit beruflichen und/oder familiären Kontakten zu Kleinkindern die Bestimmung von CMV-IgG und -IgM-Antikörpern. Wird CMV-IgM nachgewiesen, so muss zur Abklärung der akuten Infektion eine Aviditätsbestimmung des CMV-IgG erfolgen (32). Bei fraglicher CMV-Exposition kann dann bei seronegativen Schwangeren gegebenenfalls durch Nachweis einer Serokonversion die CMV-Primärfektion eindeutig gesichert werden. Wird der Serostatus zu Schwangerschaftsbeginn nicht erhoben, so soll zumindest eine Serum-Rückstellprobe als Referenzma-

terial archiviert werden, um retrospektiv den Ausgangs-Serostatus erheben zu können.

Zeigen sich während der Schwangerschaft im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen Ultraschallauffälligkeiten beim Feten (Tabelle 1), die auf eine mögliche cCMV-Infektion hinweisen, soll der CMV-Serostatus der Schwangeren festgestellt werden (CMV IgG, IgM und IgG Avidität) und, später, beim Neugeborenen die cCMV-Infektion labordiagnostisch abgeklärt werden.

2.2.2 Symptome und Konfirmationsdiagnostik beim Neugeborenen

Eine cCMV-Infektion kann grundsätzlich nur bei Kindern seropositiver Mütter vorliegen. Mit ihr verbunden ist eine sehr breite und unterschiedliche Symptomatologie, so dass hier nur die häufigsten Krankheitsanzeichen genannt werden können und sicher keine Vollständigkeit erreicht wird. In Tabelle 2

Klinische Untersuchungen	
	Somatogramm (Länge, Gewicht, Kopfumfang) mit Perzentilen
	Eingehende Untersuchung mit neurologischem Status
Labordiagnostik	
Blut (EDTA-Gesamtblut)	Großes Blutbild, Retikulozyten Bilirubin (gesamt und direkt) Leber-/Nierenwerte (GOT, GTP, gGT, Kreatinin) Quantitative CMV-PCR
Urin	Quantitative CMV-PCR und/oder CMV-Kurzzeitkultur (18 Stunden)
Liquor*	Quantitative CMV-(♂ PCR) Gesamteiweiß Zellzahl und Zelldifferenzierung
Apparative Diagnostik	
Ultraschall	<ul style="list-style-type: none"> • ZNS Zerebrale Fehlbildungen Ventrikulomegalie Periventriculäre und subependymale Hyperechogenität Thalamostriatale Vaskulopathie (unspezifisch) Andere Pathologien • Abdomen Hepatosplenomegalie
Hörtest	Tympanometrie, otoakustische Emissionen (TEOAE, DPOAE), Diagnostische BERA mit Schwellenbestimmung (Brainstem Evoked Response Audiometry) AABR (automatisierte BERA)
Augenuntersuchung	Retinitis Optikusatrophie
Magnetresonanztomographie	ZNS: Bei Neugeborenen mit Auffälligkeiten im Ultraschall

*Aufgrund von nicht eindeutigen Aussagen in der aktuellen Literatur sollte die Frage einer Liquorpunktion beim Neugeborenen, vorgenommen zur labordiagnostischen Abklärung einer CMV-Enzephalitis mittels Nachweis von CMV-DNA durch qPCR, individuell abgewogen werden.

Tab. 3: Bestätigungs- und Abklärungsuntersuchungen, die bei Neugeborenen mit labordiagnostisch nachgewiesener cCMV-Infektion notwendig sind.

sind eine Reihe von Konstellationen und Symptomen gelistet, die beim Neugeborenen den Verdacht auf eine cCMV-Infektion nahelegen. In jedem Fall soll bei disseminierten Petechien, Hepatosplenomegalie, Verdinikterus, einem für das Gestationsalter zu geringen Kopfumfang und Gewicht (< 3. Perzentile) sowie bei Frühgeburtlichkeit eine CMV-Labordiagnostik veranlasst werden. Dies gilt auch bei auffälligen Laborwerten (Thrombozytopenie, direkter Hyperbilirubinämie, Transaminasenerhöhung) oder bei apparativen Untersuchungen (Neugeborenenhörscreening, Ultraschall des ZNS sowie Abdomens). Wird bei einem Neugeborenen in den ersten 14, spätestens 21 Lebenstagen durch positiven Nachweis der CMV-DNA in Urin, Speichel oder Blut

(Neugeborenencreening) durch PCR eine cCMV-Infektion nachgewiesen, dann sind zusätzliche Untersuchungen erforderlich, um die Diagnose zu sichern und das Ausmaß der Organbeteiligung zu erfassen (Tabelle 3).

2.2.3 Therapie beim Neugeborenen

Ergeben die in Tabelle 3 gelisteten Untersuchungen außer dem CMV-DNA-Nachweis oder der Kurzzeitkultur aus Speichel oder Urin keine klinischen Auffälligkeiten, liegt eine asymptomatische cCMV-Infektion des Neugeborenen vor. Nach aktueller Literaturlage ist dies in rund 90 Prozent der Fälle zu erwarten. Es wird derzeit nicht empfohlen, asymptomatisch cCMV-infizierte Neugeborene antiviral zu therapieren (32,34-35), da das

Risiko von potentiellen Nebenwirkungen der verwendeten, aber für Neugeborene nicht zugelassenen Medikamente (Ganciclovir und Valganciclovir) höher eingeschätzt wird, als das Risiko von Gesundheitsschäden durch die cCMV-Infektion in den Folgejahren. Ebenfalls wird nach aktueller Datenlage keine antivirale Therapie bei milder, transients und isolierter Symptomatik wie beispielsweise Hepatomegalie oder Thrombozytopenie oder Transaminasenerhöhung angeboten. Die Einschätzung, ob Kinder mit isolierter Schallempfindungsschwerhörigkeit, aber fehlender weiterer Symptomatik, von einer antiviralen Therapie profitieren, ist uneinheitlich: Während in israelischen Studien eine deutliche Verbesserung des Hörvermögens beobachtet wurde, konnte dies in anderen Untersuchungen nicht beschrieben werden (34, 39-42).

Bei etwa zehn Prozent der asymptomatisch cCMV-infizierten Kinder können Auffälligkeiten, insbesondere Hörstörungen, verzögert und somit erst nach den einigen Monaten oder Jahren auftreten. Um die *late-onset*-Entwicklung der Schwerhörigkeit zu erkennen, sollten diese Kinder im ersten Lebensjahr alle drei bis sechs Monate, bis zum 3. Lebensjahr in halb- und anschließend in jährlichen Abständen bis zur Einschulung pädaudiologisch untersucht werden (43). Desweiteren wird empfohlen, bei den Vorsorgeuntersuchungen auf entwicklungsneurologische Auffälligkeiten zu achten. Im Alter von zwei Jahren sollte eine entwicklungsneurologische Untersuchung erfolgen. Bei Auftreten der *late-onset*-Symptome sollten die Kinder möglichst zeitnah in entsprechende Förderprogramme integriert werden. Zur apparativen Versorgung jeder permanenten Hörstörung sollten in erster Linie Hörgeräte angepasst werden, bei höhergradigen Einschränkungen der Hörfähigkeit sollten Cochlea-Implantate in Erwägung gezogen werden.

2.2.3.1 Indikationen für eine antivirale Therapie

Zeigen sich bei den Untersuchungen zusätzlich zum CMV-Nachweis weitere Auffälligkeiten, dann liegt eine symptomatische cCMV-Infektion des Neugeborenen vor; es soll jedoch in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass der Übergang zwischen „asymptomatischer“ und „symptomatischer“ cCMV-Infektion fließend und eine klare Abgren-

zung schwer möglich ist. In Abhängigkeit vom Schweregrad und der Kombination der Auffälligkeiten kann beziehungsweise sollte nach derzeitiger Datenlage eine antivirale Therapie außerhalb der Zulassung bei den folgend genannten Konstellationen angeboten werden (33-34,39-42).

- (I) bei cCMV-Infektion mit eindeutiger ZNS-Symptomatik: Mikrozephalie, Ventrikulomegalie, periventrikuläre thalamostriatale Vaskulopathie (nicht isoliert), subependymale, periventrikuläre Hyperechogenität, intrazerebrale Verkalkungen, zerebrale Malformationen, Nachweis von CMV im Liquor cerebrospinalis, Liquoreiweißerhöhung mit Pleozytose, Chorio-retinitis, sensorineurale Hörstörung sowie
- (II) bei cCMV-Infektion mit multiplen Organmanifestationen und Symptomen: Thrombozytopenie, Petechien, Hepatomegalie, Splenomegalie, Pneumonie, intrauterine Wachstumsretardierung, Hepatitis/Transaminasenerhöhung, Cholestase.

Die Therapie außerhalb der Zulassung ist eine Einzelfallentscheidung und die Gründe für oder gegen die Therapieempfehlung soll den Sorgeberechtigten bestmöglich erläutert werden: Im Falle einer antiviralen Therapie außerhalb der Zulassung bedarf es der schriftlichen Zustimmung der Sorgeberechtigten. Auch wenn die Therapie meist gut vertragen wird, sind die Sorgeberechtigten schriftlich mindestens über mögliche Nebenwirkungen von Ganciclovir und Valganciclovir aufzuklären: Blutbildveränderungen wie Neutropenie (sehr häufig, bei Valganciclovir ca. 20 Prozent, bei Ganciclovir ca. 60 Prozent der Kinder, dadurch erhöhtes Risiko für sekundäre bakterielle Infektionen), Anämie, Thrombozytopenie (Risiko für sekundäre Blutungen), Leber- und Nierenwerterhöhung sowie Gonadenschädigung, Teratogenität und Kanzerogenität im Tierversuch. Für eine Ganciclovirtherapie, die meist über einen zentralen Zugang erfolgt, sind mögliche katheterassoziierte Komplikationen (Infektion, Blutung, Dysfunktion, Probleme durch Fehllage oder bei Entfernung durch Haften an der Gefäßwand) einzubeziehen. Bei einer Entscheidung gegen ein antivirales Therapieangebot sind die Gründe hierfür ebenfalls gut nachvollziehbar in der Krankenakte zu dokumentieren.

2.2.3.2 Durchführung, Dauer, Kontrolle und Monitoring der antiviralen Therapie

Eine antivirale Therapie bei symptomatischer cCMV-Infektion sollte so zeitnah wie möglich nach Geburt, idealerweise aber innerhalb der ersten vier Lebenswochen beginnen (34, 39-42). Der Nutzen einer zu einem späteren Zeitpunkt eingeleiteten antiviralen Therapie ist nicht belegt und wird nicht empfohlen, weil Verbesserungen des Erkrankungsverlaufs unter diesen Bedingungen nur in kleinen Fallbeschreibungen und Beobachtungsstudien beschrieben wurden (44-46). Bisherige Studien zu Ganciclovir und Valganciclovir schlossen Neugeborene ≥ 32 SSW mit einem Gewicht ≥ 1200 g (Geburtsgewicht bei Ganciclovir) oder ≥ 1800 g (Gewicht zu Therapiebeginn bei Valganciclovir) (41-42) ein. Etwaige Therapien unterhalb dieser Grenzen bedürfen aufgrund der fehlenden Datenlage in

jedem Einzelfall einer intensiven, gut dokumentierten Risiko-/Nutzenabwägung.

Die große Mehrzahl der Neugeborenen mit symptomatischer cCMV-Infektion wird eine orale antivirale Therapie mit Valganciclovir-Saft (2x16 mg/kg KG/d per os) erhalten. In Anlehnung an die prospektive randomisierte Doppelblindstudie kann die antivirale Valganciclovir-Therapie über sechs Monate erfolgen (47-48). Auch hier ist eine sorgfältige Risikoabwägung durchzuführen. Eine parenterale Therapie mit Ganciclovir (2x6 mg/kg KG/d i.v.) ist risikoreicher und deswegen derzeit nur noch bei akut und schwer erkrankten Neugeborenen angezeigt, bei denen bis zum Therapiebeginn kein vollständiger Nahrungsaufbau erreicht werden konnte (42, 47).

Unter unkomplizierter antiviraler Therapie werden die in Tabelle 4 angegebenen Kontrolluntersuchungen empfohlen (39-41). Um Daten zum Erfolg beziehungsweise Nichterfolg der The-

Labordiagnostik		Zeitpunkt
Blut (EDTA-Gesamtblut)	Großes Blutbild, Retikulozyten Bilirubin (gesamt und direkt) Leber-/Nierenwerte (GOT, GTP, gGT, Kreatinin,)	Tag 0, 7, 14, danach monatlich
	Quantitative CMV-PCR Ganciclovir-Talspiegel	Zwei- bis drei monatlich
Urin	Quantitative CMV-PCR oder CMV-Kurzzeitkultur (18 Stunden)	Tag 0, 14, danach monatlich
Apparative und klinische Untersuchungen		
Päaudiologische Kontrollen	Früherkennung der <i>late-onset</i> Schwerhörigkeit	Monat 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60, 72
Klinische Kontrollen	Eingehende klinische und klinisch-neurologische Untersuchung	Monat 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60, 72
Augenärztliche Kontrollen	Abklärung von Retinitis Abklärung von Optikusatrophie	Monat 12, 36, 72 einmal postnatal
Entwicklungsneurologische Kontrollen	bei jeder klinischen Untersuchung mit der Frage nach Auffälligkeiten und etwaigen symptomatischen Therapien (z.B. Physiotherapie)	Monat 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60, 72
	Standardisierte Entwicklungstestung (z.B. Bayley-III-Test)	Monat 24 (korrigiert)
	Standardisierte Entwicklungstestung (z.B. mittels Kaufman-ABC)	Monat 60

Tab. 4: CMV-Monitoring und Kontrolluntersuchungen, die unter antiviraler Therapie empfohlen werden (Therapiebeginn = Tag 0).

rapieansätze zu erhalten, ist zu fordern, dass die Werte und Ergebnisse einem Register zugeführt werden. Nur so wird es künftig möglich sein, evidenzbasierte Empfehlungen zu Therapiemöglichkeiten zu geben.

2.3. Aktuelle Empfehlungen zu Prävention und Therapie der cCMV-Infektion

2.3.1 Prävention und Therapie der fetalen CMV-Infektion

Zum heutigen Zeitpunkt gibt es keine aktive Impfung zur Prävention der CMV-Infektion. Eine einfache, effektive und evidenzbasierte Maßnahme, welche die Zahl cCMV-infizierter Kinder signifikant senken kann, ist die Beratung der seronegativen Schwangeren zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen wie die Vermeidung von Kontakten zu Urin (Windelwechseln) und Speichel von Kleinkindern (Benutzung desselben Essbestecks und Geschirrs, Aufessen von Speisen der Kinder, Ablecken der Schnuller etc.) sowie häufiges Händewaschen mit Wasser und Seife. Es wurde in mehreren Studien gezeigt, dass diese einfachen Maßnahmen die Zahl der CMV-Primärinfektionen signifikant senken können (50-54). Diese Daten sind die Basis für die aktuelle Empfehlung zur Bestimmung des CMV-Serostatus bei Feststellung der Schwangerschaft. Darüber hinaus erscheint die Hygieneberatung auch bei seropositiven Müttern als durchaus sinnvoll, um eine potentielle Reinfektion zu verhindern. Daten hierzu gibt es derzeit noch nicht, jedoch könnten künftige Studien in CMV-Hochprävalenzländern dazu beitragen.

In verschiedenen Studien wurde versucht, die transplazentare CMV-Übertragung primär infizierter Schwangerer durch Applikation von Hyperimmunglobulinen zu verhindern, beziehungsweise den Verlauf der fetalen Infektion zu beeinflussen (55-60). Die Ergebnisse dieser Ansätze sind widersprüchlich. In der einzig bislang verfügbaren randomisierten Placebo-kontrollierten Studie zeigte die Hyperimmunglobulingabe (HIG) keine Vorteile (58). Als mögliche Ursache für den fehlenden Effekt wurde die unzureichend berücksichtigte Pharmakokinetik von HIG in der Schwangerschaft diskutiert (61). Auf der Basis der ebenfalls unzureichenden Datenlage zur Beeinflussung des intrauterinen CMV-Krankheitsverlaufes nach der fetalen Infektion durch

eine antivirale Therapie mit Valaciclovir oder Valganciclovir konnten bisher keine Empfehlungen zur Behandlung der Schwangeren ausgesprochen werden (62-63). Sollten jedoch in Einzelfällen Therapievorsuche erfolgen, so sollten diese nur im Rahmen klinischer Studien durchgeführt und die dabei erhaltenen Ergebnisse in einem Register gesammelt werden.

2.3.2 Derzeit diskutierte Empfehlungen

2.3.2.1 Zur Virusdiagnostik

Aufgrund der anhaltend hohen klinischen Relevanz und der zunehmenden Aufmerksamkeit, welche die cCMV-Infektion derzeit aufgrund aktueller Publikationen international erfährt, sah sich die Leitlinien-Kommission gefordert, die derzeit gültigen Empfehlungen zu ergänzen; diese Diskussion ist zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen und in Details kontrovers. Aktuell werden im Folgenden aufgeführte Optionen zur Diagnostik diskutiert, die zu einem verbesserten Management der CMV-Infektion während der Schwangerschaft und beim Neugeborenen beitragen könnten.

Option 1: Ein generelles Screening aller Neugeborenen auf eine cCMV-Infektion durch Nachweis der viralen Genome mittels quantitativer PCR. Vorteil dieser Vorgehensweise wäre die frühzeitige Erkennung aller kongenital infizierten Kinder (64). Damit wäre es möglich, alle Neugeborenen zu identifizieren, die das Risiko tragen, eine CMV-induzierte Hörstörung zu entwickeln, diese Kinder zeitnah und gezielt nach cCMV-assoziierten Symptomen zu untersuchen und gegebenenfalls frühzeitig medikamentös oder symptomatisch zu therapieren. Dies wäre insbesondere für Hörstörungen wichtig, die sich als *late-onset* Symptomatik entwickeln und dem initialen Neugeborenen-Hörscreening entgehen. Nachteile eines generellen CMV-Screenings sind eine mögliche Verunsicherung der Eltern von Kindern mit asymptomatischer cCMV-Infektion, insbesondere bei derzeit fehlendem Angebot einer Prophylaxe und eingeschränkter Therapieoption bei später Manifestation der cCMV-Infektion. Neben dem großen Kostenaufwand, der sich zusätzlich durch die notwendigen Folgeuntersuchungen der infizierten Kinder ergibt, ist ungeklärt, ob die aktuelle Infrastruktur ein solches Vorgehen ermöglichen würde.

Option 2: Die Abklärung der cCMV-Infektion durch Nachweis der viralen Genome mittels PCR bei allen Neugeborenen, die bei Geburt beziehungsweise in den ersten drei Lebenswochen Symptome aufweisen, die mit einer cCMV-Infektion vereinbar sind (Tabellen 2, 3). Diese Empfehlung ist in der aktuell gültigen S2k-Leitlinie enthalten. Diese Vorgehensweise ist als „targeted CMV-Screening“ in etlichen Ländern eingeführt, erfolgt in der Regel aber nur in Anbindung an das Neugeborenen-Hörscreening (65). Vorteil ist ein weniger aufwändiges Prozedere; der Nachteil besteht darin, dass alle diejenigen asymptomatisch cCMV-infizierten Neugeborenen nicht identifiziert werden, die in zehn bis fünfzehn Prozent der Fälle Symptome (beispielsweise Hörstörungen) entwickeln, welche aufgrund der fehlenden Folgeuntersuchungen mitunter erst sehr spät diagnostiziert werden (66).

Option 3: Die Kombination der diagnostischen Abklärung der CMV-Infektion bei Schwangeren mit derjenigen von Neugeborenen. Bei dieser Vorgehensweise wird vorgeschlagen, den Serostatus bei Feststellung der Schwangerschaft und – bei Seronegativität – erneut in der Spätschwangerschaft zu bestimmen, beispielsweise kombiniert mit der in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Bestimmung von HBsAg. Nur Neugeborene von CMV-seropositiven, das heißt latent infizierten oder von serokonvertierten Müttern, also solchen mit CMV-Primärinfektion, werden auf eine cCMV-Infektion untersucht. Diese Vorgehensweise ist geeignet, durch entsprechend gezielte Hygieneberatung das Risiko von CMV-Primärinfektionen bei Seronegativen zu reduzieren und die Untersuchung der Neugeborenen auf diejenigen zu beschränken, bei welchen eine cCMV-Infektion theoretisch möglich ist. Die Kombination beider Untersuchungsäste würde der nach aktueller Literaturlage effektivsten, kostengünstigsten und nebenwirkungsärmsten Maßnahme, nämlich der gezielten, situationsangepassten Hygieneberatung von Schwangeren, die größte Bedeutung beimessen. Obwohl organisatorisch eine Herausforderung, würde das Screening nach der Geburt auf die Hälfte aller Neugeborener reduziert und bei Folgeschwangerschaften müssten CMV-seropositive Schwangere nicht erneut untersucht werden.

2.3.2.2 Zur antiviralen Therapie

Die Therapieoption, die derzeit für symptomatisch cCMV-infizierte Kinder diskutiert und in einer künftigen Leitlinie voraussichtlich empfohlen werden, sind im Abschnitt 2.2.4 ausführlich beschrieben und entsprechen den internationalen Empfehlungen.

Wird während der Schwangerschaft eine CMV-Primärinfektion diagnostiziert, so wünscht die betroffene Schwangere erfahrungsgemäß, über möglichst alle Therapieoptionen informiert zu werden – einem Wunsch, dem auch entsprochen werden soll. Im ersten Trimenon kann nach individueller Risikoabwägung in Einzelfällen eine derzeit nicht evidenzbasierte Therapie mit CMV-Hyperimmunglobulinen oder Virostatika außerhalb der Zulassung, jedoch innerhalb laufender Studien angeboten werden. Auch in diesen Fällen ist zu fordern, Daten zur Art der Therapie, zum Verlauf, den möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen und zum Erfolg

beziehungsweise Nichterfolg in einem Register zu dokumentieren.

In diesem Kontext hat die Studienevaluierung von neuen CMV-spezifischen Hemmprinzipien, beispielsweise Letemovir – ein Hemmstoff der viralen Terminase – größte Bedeutung (67-68). Ebenso darf bei der Diskussion über die Anwendung einer Valganciclovir-Langzeittherapie der symptomatischen cCMV-Infektion die mögliche Resistenzentwicklung nicht außer Acht gelassen werden (69).

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Professor Dr. Susanne Modrow
 Institut für Medizinische Mikrobiologie
 und Hygiene, Universität Regensburg
 Franz-Josef-Strauß-Allee 11
 93053 Regensburg
 Tel: 0941-044-6454
 E-Mail: susanne.modrow@
 klinik.uni-regensburg.de

Interessenkonflikt:

Dr. Buxmann erklärt, Vortragshonorar und Reisekostenerstattung der Firmen Abbott, AbbVie, Biotest, Gilead, Medela und Roche erhalten zu haben.

Dr. Enders erhielt Honorare für Vortragstätigkeiten im Auftrag von Mikrogen, Biotest und Roche.

Prof. Hamprecht hat für Weiterbildungsvorträge von Abbott, Siemens und Roche Honorare erhalten, ebenso wie für beratende Tätigkeit im ICON-web-Portal (Initiative congenitale CMV-Infektion), das von Biotest unterstützt wird. Alle Honorare wurden auf ein Drittmittelkonto des UKT weitergeleitet, das die Kongenitale CMV-Studie Tübingen mitfinanziert.

Die anderen Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Kinder mit Entwicklungsstörungen in der kinderärztlichen Praxis

Vorschläge für die primäre Ursachen-Suche und die Therapie-Einleitung // Die Betreuung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten stellt in Anbetracht der zunehmend differenzierten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie der häufigen Verunsicherungen bei den Eltern eine Herausforderung für den betreuenden Kinder- und Jugendarzt dar. Seine Aufgabe sollte nicht unbedingt die Erstellung einer definitiven Diagnose sein, sondern die fachliche Begleitung der Entwicklung, eine solide Prävention und Basisversorgung nach den offiziellen Empfehlungen der pädiatrischen Fachgesellschaften sowie eine Interpretation und Vermittlung der zunehmend komplexen Befunde durch Hinzuziehen von Spezialisten. Sowohl bei dem Einsatz neuer diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten als auch bei schwierig zu vermittelnden Diagnosen, z. B. intellektuelle Minderbegabung, perinatale Hirnschädigung, FASD, Autismus-Spektrum-Störung oder Kindeswohlgefährdung ist eine multi- und interdisziplinäre Kooperation notwendig. Deshalb empfiehlt sich, bei klinisch relevanten Auffälligkeiten und bei starker Verunsicherung der Eltern möglichst frühzeitige mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. einer multidisziplinären neuropädiatrischen Spezialambulanz für Entwicklungsstörungen und Entwicklungsneurologie Kontakt aufzunehmen.



Prof. i.R. Dr.
Hans Michael Straßburg

Einleitung

Aktuell gibt es angeblich ca. 5000 verschiedene Ursachen für Entwicklungsstörungen bei Kindern mit sehr unterschiedlicher Prognose. Von daher ist es nicht erstaunlich, dass sich sowohl Eltern als auch Kinder- und Jugendärzte und Therapeuten in der Praxis fragen, wann ist welche Diagnostik indiziert und wie ist das weitere Vorgehen bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer Entwicklungsauffälligkeit? Obwohl der Gesundheits-

zustand unserer Kinder in der Menschheitsgeschichte nach den gängigen Kriterien noch nie so gut war wie heute, ist die Verunsicherung von Eltern über die Entwicklung ihres Kindes größer denn je u. a. wegen

- der vielen Unsicherheiten bereits vor und während der Schwangerschaft, nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren ohne die generationenübergreifende Lebenserfahrung großer Familien
- Medienberichten über Fehldiagnosen und Kunstfehler bei Ärzten
- den verwirrend vielfältigen Einflüssen von nichtärztliche Berufsgruppen, z. B. Hebammen, Heilmittelerbringern, Heilpädagogen/innen, Osteopathen usw.
- einer Epidemie „neuer Krankheiten“ wie ADHS, Autismus, aber auch medizinisch nicht fundierte Diagnosen wie „Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörung“ (KISS-Syndrom) oder die medizinisch oft diffusen „Wahrnehmungsstörungen“
- und nicht zuletzt durch die vielfältigen und oft nicht nachprüfbaren Informationen in den neuen Medien (3,10)

Ziel dieses Beitrags ist es, auf der Basis der aktuellen Empfehlungen **Vorschläge für die Vorgehensweise in der Praxis** zu machen.

Neue Konzepte bei den Früherkennungsuntersuchungen

Die bekannten Ursachen für Entwicklungsstörungen haben sich durch die neuen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und der modernen Perinatalmedizin deutlich gewandelt. So gibt es heute Leitlinien für Vorgehensweise und Beurteilungskriterien in der Schwangerschaft, während der Geburt und für die Früherkennungsuntersuchungen in der Kinder- und Jugendmedizin. Darüber hinaus gibt es spezielle Empfehlungen, z. B. für die

- genetische Beratung vor einer geplanten Schwangerschaft
 - Gendiagnostik in der Schwangerschaft
 - Definition von Geburtskomplikationen
 - Anerkennung von Impfkomplicationen
 - Diagnostik von schweren Entwicklungsstörungen, z. B. der Autismus-Spektrum- oder der Fetalen Alkohol-Spektrum-Störung (FASD) u.v.m. (5)
- Neben den Möglichkeiten der frühen Erkennung gibt es aber auch neue Behandlungsoptionen, z. B.
- den Enzymersatz bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, z. B. Mukopolysaccharidosen, Glykogenosen u.a.
 - neue diätetisch oder mit Nahrungsergänzungsmitteln behandelbare Stoff-

wechselerkrankungen (z. B. ketogene Diät, Zusatz von Biotin, Vit. B6, Folsäure, Vit. B12 etc.)

- frühe Stammzell-Transplantation, z. B. bei einer Adrenoleukodystrophie
- eine auf RNA-Ebene eingreifende Therapie der Muskeldystrophie Duchenne und der frühkindlichen spinalen Muskelatrophie (SMA)
- standardisierte Epilepsie-Behandlungen u.v.m. (6, 10)

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) haben ein Stufenkonzept der Diagnostik und Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten in der „Interdisziplinären Verbände-übergreifenden Arbeitsgruppe Entwicklungsdiagnostik (IVAN)“ vorgelegt (1).

Darin werden die Aufgaben des/r Kinder- und Jugendarztes/ärztin vor allem im Rahmen der Früherkennungs-Untersuchungen beschrieben

- die Vermittlung von sachlichen Informationen
- die frühzeitige Diagnose behandelbarer Erkrankungen (Herzfehler, Stoffwechseldefekte, Hüftdysplasie, Seh- und Hörstörung, Zöliakie etc.)
- die Beobachtung und Dokumentation der Entwicklung des Kindes
- die Einschätzung der psychosozialen Situation der Familie
- die Vermittlung „evidenzbasierter Empfehlungen“ (Ernährung, Pflege, Impfungen) im Gespräch mit den Eltern
- die Beruhigung der Familien

Die Bedeutung der Anamnese

Bei der Entwicklungsbeurteilung ist immer die große, biologisch normale Variabilität der Entwicklung zu berücksichtigen, wie sie in vielen Längsschnittstudien nachgewiesen werden konnte (4). Aber es sollen auch spezielle Risikofaktoren berücksichtigt werden. Hierzu gehören

- Frühgeborene vor der 32. SSW bzw. unter 1.500 g, besonders vor der 28. SSW bzw. unter 1.000g
- Small for date Kinder (Geburtsgewicht < P3)
- pränatale Komplikationen: Diabetes, Gestose oder Infektionen bei der Mutter
- pathologische APGAR-Werte (nach > 5 min < 7) und NSA-pH (< 7,1)

- Icterus gravis (>20 mg%)
- neonatale Sepsis (z. B. durch Streptokokken B)
- postnatale Trinkschwäche
- verminderter KU bei Geburt
- Asymmetrien von Kopf, Hals oder Rumpf
- vermehrte Unruhe und Hyperexzitabilität in den ersten Lebensmonaten u.a.m.

Auch die Familienanamnese und die psychosoziale Situation der Familie sollten erfasst und berücksichtigt werden:

- erbliche Erkrankungen, vor allem bei Eltern und Geschwistern
- Schulbildung der Eltern
- ausgeübte Berufe der Eltern
- spezielle Komplikationen und Belastungen (psychische Erkrankung bei einem Elternteil, Alkohol und Nikotin, berufliche Belastung der Eltern, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit, z. B. von Großeltern etc.)
- psychische Belastungen in der Schwangerschaft oder den ersten Lebensmonaten des Kindes. (10)

Bei weitem nicht jedes „Risiko-Kind“ wird eine bleibende Entwicklungsstörung haben und die Ursache einer Entwicklungsstörung muss nicht das primär erkennbare Risiko sein. Beispiele hierfür sind niedrige APGAR-Werte bei einem Kind mit einer genetischen Erkrankung oder pränatalen Hirnschädigung.

Klinische Basis-Untersuchung in der Praxis

Eine ausführliche Darstellung der klinischen Untersuchungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen ist an dieser Stelle nicht möglich. Auf folgende Befunde sollte aber besonders geachtet werden (10, 14):

- **Körpermaße**
 - Größe und Gewicht in Perzentilen
 - fronto-okzipitaler KU (Verlaufskurve)
- **äußerliche Inspektion**
 - Reifezeichen (Fingernägel, Genitale, Behaarung, Mamillen)
 - Haut (Hautfarbe, Pigmentanomalien, Blasenbildung, Behaarung, Hämatome etc.)
 - „kleine“ Dysplasien (Kopfform, Stirn, Ohren, Augen, Nase, Mund, Mamillen, Finger, Handinnenfläche, Genitale, Fuß, Zehen)
 - Skelettsystem (Schädel-KU, Asymmetrien; Hüftgelenk mit Sono, Extremitäten)

- innere Organe (Herz, Atmung, Abdomen, Anogenitalregion)
- neurologische Untersuchung (general movements, Aktivmotorik auf dem Rücken und beim Drehen, auf dem Bauch, Handmotorik, visuelle Kontaktaufnahme, Handlungsplanung, Muskeltonus, Eigenreflexe, wenige „Säuglingsreflexe“) (6, 10, 14)

Einige Instrumente zur Erfassung des Entwicklungsstandes in der Kinder- und Jugendarzt-Praxis sind u.a.:

- Beobachtungsbogen für Eltern, z. B. www.entwicklungsbeobachtung.de (8, 11)
- Entwicklungsteste, z. B. Denver-Screening, MFE 1. und 2.-3. LJ, ET 6 - 6R
- Sprachentwicklungsteste: FRAKIS, SBE-KT, SETK
- nur in Ausnahmen Intelligenz-Test, z. B. Kaufman-ABC
- orientierende Tests zur Feststellung von Teilleistungsstörungen, z. B. BUEVA etc. (10).

Evtl. Zusatzuntersuchungen beim Kinder- und Jugendarzt

Einige Zusatz-Untersuchungen kann der Kinder- und Jugendarzt bei einem jungen Säugling mit Verdacht auf eine Entwicklungsstörung bereits einleiten:

- **Zerebraler Ultraschall**
 - Ventrikelgröße
 - Zerebrale Fehlbildungen
 - Blutungen
 - auffallende Binnenstrukturen des Hirnparenchyms (z. B. periventriculäre Leukomalazie!)
 - Subduralerguss, Hirnatrophie
 - Kontrollen nach Verlauf
- **Labor**
 - Urinstatus
 - großes Blutbild
 - Untersuchung auf Kreatinin, Harnsäure, alk. Phosphatase, Kreatinkinase, (evtl. Transferrin, Ferritin, Ceruloplasmin u. a.) im Serum) (10).

Nur in Ausnahmen, z. B. bei hochgradigem V. a. Trisomie 21, und nach ausführlicher Elternberatung kann bereits beim Kinder- und Jugendarzt eine Chromosomenanalyse veranlasst werden.

Weitergehende Untersuchungen

Bei gravierenden Entwicklungsstörungen, insbesondere dem Verdacht auf eine Cerebralparese, bei ausgeprägter Muskel-

hypotonie oder Hinweisen für eine globale Entwicklungsstörung empfiehlt sich möglichst frühzeitig die Kontaktaufnahme mit dem nächstgelegenen SPZ bzw. einer neuropädiatrischen Spezialambulanz für entwicklungsauffällige Kinder (2, 6, 10).

Dort, bzw. im assoziierten Kinderkrankenhaus sollten dann je nach Alter weitergehende medizinische Untersuchungen und standardisierte Entwicklungsteste durch Physiotherapie, Ergotherapie und/oder Logopädie sowie klinische Psychologie erfolgen,

- ggf. eine qualitätsgesicherte EEG-Registrierung, möglichst mit Schlafableitung etc.,
- ggf. die Indikation zur zerebralen MRT-Untersuchung mit Befundung durch einen erfahrenen Neuropädiater zusammen mit einem Neuroradiologen (bei V.a. eine perinatale hypoxische Hirnschädigung ist der Zeitpunkt für eine MRT-Untersuchung differenziert zu planen und meist zwischen dem zweiten und achten Lebensmonat nicht aussagekräftig),
- ggf. eine gemeinsame Untersuchung von einem Kinder- und Jugendarzt mit einem klinisch versierten Humangenetiker und die Festlegung weiterer humangenetischer Untersuchungen nach ausführlicher Elternberatung, z. B. einer gezielten Diagnostik auf das Vorliegen eines fragilen X-Syndroms oder ein Screening auf Mikrodeletionen oder -duplikationen im Mikroarray. Whole-exome/Whole-Genome-Sequenzierung Untersuchungen sind z.Zt. nur im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen sinnvoll.
- ggf. weitere Spezialuntersuchungen (organische Säuren im Urin, Liquoranalysen oder zunehmend selten Biopsien etc.) (6, 10)

Besondere Probleme

Besondere Probleme können bei einer Reihe von weiterführenden Untersuchungen entstehen, die nur durch ausführliche Information der Eltern, in Ausnahmen aber auch durch Einschaltung des Jugendamtes, zu lösen sind z. B.

- Umgang mit den Eltern bei V.a. FASD als möglicher Hinweis für einen Alkoholkonsum der leiblichen Mutter bzw. bei einer Adoptivsituation (5),
- Altersuntypische Hämatome, Hautauffälligkeiten oder zufällig festgestellte

Knochenveränderungen als möglichen Hinweis für ein Schütteltrauma oder andere nicht akzidentelle Verletzungen,

- Überinterpretation von EEG-Auffälligkeiten (physiologische Schlafveränderungen, sharp waves okzipital, frontal oder temporo-parietal ohne Anfälle, Verlangsamungs-Herdbefund),
- hirnmorphologische Anomalien ohne klinische Relevanz (Virchow-Robin'sche Räume, Signalveränderungen im Hirnparenchym, Varianten von Corpus callosum oder Kleinhirn),
- klinisch irrelevante Befunde mit evt. prospektiver Bedeutung bei genetischen Untersuchungen
- Befunde, die nur mit Einverständnis eines Elternteils erhoben wurden.

Auch bei klinisch „leichteren“ Auffälligkeiten, z. B. Teilleistungsstörungen bei grenzwertiger Gesamtentwicklung im Vorschulalter können gezielte Zusatzuntersuchungen sinnvoll sein, z. B. Diagnostik einer Monosomie 22q, eines heterozygoten FRA-X-Syndroms bei einem Mädchen oder andere metabolische, genetische und hirnmorphologische Erkrankungen. Dies kann den Eltern, Therapeuten und Pädagogen eine bessere Einschätzung des Entwicklungspotentials und eine realistische Planung ermöglichen, vermeidet falsche Schuldzuweisungen und erleichtert sozialrechtliche Antragsstellungen. Auch bei klinisch eindeutig erkennbaren Symptomen, z. B. mehr als fünf großen Café-au-lait-Flecken oder white spots im UV-Licht und positiver Familienanamnese als Hinweis für eine Neurofibromatose 1 oder eine Tuberoöse Sklerose (TSC) sollte heute eine genetische Bestätigung erfolgen (6, 10).

Förder- und Therapieempfehlungen

Zusätzliche Untersuchungen und die Einleitung therapeutischer Maßnahmen hängen in erster Linie von der Ausprägung der Entwicklungsstörung ab. Aber auch bei wahrscheinlich passageren Auffälligkeiten werden von den Eltern Erklärungen und die Einleitung von Therapiemaßnahmen verlangt (z. B. bei Rumpf- und Schädelasymmetrien, Hyperexzitabilität, muskulärer Hypotonie).

Leider gibt es nur in Ausnahmen kausal wirksame Therapiemaßnahmen bei entwicklungsauffälligen Kindern, z. B. neurochirurgische Operationen, Anti-

epileptika oder Spezialdiäten. Um so größer ist das Spektrum meist nicht kausal wirksamer Fördermaßnahmen bei entwicklungsauffälligen Säuglingen und Kleinkindern, das von Eltern, den Therapievertretern und den Medien in sehr unterschiedlicher Weise bewertet wird.

Wesentlich sind:

- Beobachtung und Unterstützung selbstständiger Aktivitäten des Kindes,
- Verordnung von Heilmitteltherapien, insbesondere Physiotherapie im ersten Lebensjahr und Ergotherapie bzw. Logopädie nach dem zweiten Lebensjahr,
- heilpädagogische Förderung, am besten als Komplexleistung zusammen mit einer Heilmitteltherapie in einer interdisziplinären Frühförderstelle,
- Stabilisierung der Familiensituation, z. B. bei einem „Schreibaby“ in einer psychologischen Beratungsstelle für Eltern,
- verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen, z. B. Triple P oder Stepping Stones (10).

Bei relevanten, biologisch bedingten Entwicklungsstörungen ist die Evidenz für eindeutige Therapieerfolge auf Grund einer alleinigen ambulanten Behandlung durch Heilmittelerbringer (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) gering. Wichtiger sind:

- ein vertrauensvoller Dialog zwischen dem/r Kinder- und Jugendarzt/ärztin und den Eltern zur gemeinsamen realistischen Einschätzung
- eine Schulung der Eltern und
- eine konsequente Förderung von alltagsrelevanten Aktivitäten.

Unverändert gilt der Grundsatz: „Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht“ (9, 10).

Allein aus ethischen Gründen ist es heute aber nicht gerechtfertigt Eltern, die in Sorge über die Entwicklung ihres Kindes sind, eine qualifizierte Heilmittel-Therapie vorzuenthalten. Diese dient dann vor allem

- zur Dokumentation des Entwicklungsverlaufs,
- zur Förderung eigener Aktivitäten,
- zur Anleitung und Orientierung der Eltern.
- und ggf. zur Hilfsmittelversorgung,

Die Vorstellung, dass die frühest mögliche Einleitung einer intensiven Heilmittelbehandlung, z. B. einer Physiotherapie nach Vojta oder einer Therapie nach Doman-Delacato eine bleibende Entwicklungs-

störung verhindern kann, muss heute als medizinisch unzutreffend und obsolet bezeichnet werden (9)!

Multi- und interdisziplinäre Konzepte, z. B. im Sinne der **Komplexleistung in einer interdisziplinären Frühförderstelle** mit einer Kombination von Heilpädagogik und sinnvoller Heilmittel-Therapie sind zusammen mit sozialpädagogischer Beratung die nachweislich beste Betreuungsform bei deutlichen Entwicklungsstörungen.

Nicht evidenz-basierte, international nicht anerkannte Behandlungsmethoden (z. B. Osteopathie beim Säugling, KISS-Syndrom-Behandlung, craniosakrale Behandlung, Homöopathie etc.) sind aus neuropädiatrischer Sicht entbehrlich (7, 12, 13). Da sie von verschiedenen Berufsgruppen z. T. vehement eingefordert werden, müssen die Argumente der Befürworter und der Eltern aber ernst genommen werden. Es ist besser, Eltern in verständnisvollen Gesprächen aufzuklären als diese Maßnahmen rigoros und von vorn herein abzulehnen. Da sie häufig bei passageren Entwicklungsproblemen zum Einsatz kommen (Asymmetrien, vermehrtes Schreien, Schlafstörungen etc.) ist es mitunter schwierig, den Anbietern dieser Maßnahmen und den Eltern

zu vermitteln, dass der positive Verlauf der natürlichen Entwicklung des Kindes entspricht und zum großen Teil durch Suggestivwirkung und eben nicht durch „spezifische Wirksamkeit“ zu erklären ist. In jedem Fall sollte sich der/die behandelnde Kinder- und Jugendarzt/ärztin nicht das Heft des Handelns aus der Hand nehmen lassen.

Leider werden trotz eindeutiger Evidenz Maßnahmen zur Stärkung der psychosozialen Situation in Familien mit einem deutlich entwicklungsaffälligen Kind bei der Verordnung und Finanzierung noch immer nicht ausreichend berücksichtigt. Die psychologischen Beratungsstellen für Eltern können hier ohne die Zustimmung des Jugendamtes nicht niederschwellig tätig werden, nur wenige von ihnen haben die Möglichkeit, ein qualifiziertes Beratungsangebot zu geben. Gerade für diese Familien wäre eine Zusammenlegung von Sozial- und Jugendhilfe im Sinne einer „großen Lösung“ ein enormer Fortschritt, um Frustrationen für unnötige Beantragungen und Ablehnungen von Kostenübernahmen zu vermeiden (2, 10).

Die in Deutschland mühsam errungenen, gesetzlich vorgesehenen Vorsorge-Untersuchungen für Kinder bis zum

sechsten Lebensjahr sind ein gesundheitspolitisch einmaliges und wertvolles Mittel zur Entwicklungsbegleitung, das auch in Zukunft ehrlich und verantwortungsbewusst eingesetzt werden sollte (14).

Danksagung:

Herrn Dr. rer.nat. Wolfram Kress, Facharzt für Humangenetik, danke ich für vielfältige Verbesserungsvorschläge.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Prof. i.R. Dr. Hans Michael Straßburg
ehemals Universitäts-Kinderklinik
Würzburg
Emil von Behringweg 8
97218 Gerbrunn
Tel.: 0931/707765
E-Mail: strassburg_hm@icloud.com

Interessenkonflikt:

Der Autor ist Verfasser eines Buches über Entwicklungsstörungen bei Kindern, das 2018 in 6. Auflage im Elsevier-Verlag erscheinen wird. Andere kommerzielle Interessenkonflikte bestehen nicht.

Red.: Heinen

Welche Diagnose wird gestellt?

Maren Fließner

Anamnese

Das fünf Jahre alte Mädchen wird mit einem braun-roten, scharf begrenzten Fleck vorgestellt. Dieser sei im Rahmen eines Infektes der oberen Luftwege vor sechs Monaten aufgetreten und persistiere seitdem. Die Hautveränderung verursache weder Juckreiz noch Schmerzen. Eigen- und Familienanamnese sind leer.

Untersuchungsbefund

Am linken Unterbauch findet sich ein ca. 2 x 3 cm durchmessender, ovalärer, scharf begrenzter rostbrauner Fleck (Abb. 1). Das übrige Integument ist unauffällig.



Abb. 1: Rostbrauner Patch

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:

Lichen aureus

Bei dem Lichen aureus handelt es sich um eine klinische Variante der Purpura pigmentosa progressiva. Das Krankheitsbild ist durch die Entstehung nicht palpabler Petechien bei normaler Thrombozytenzahl gekennzeichnet. Auch die Thrombozytenfunktion ist unauffällig. Die Petechien entstehen durch eine Entzündung der Kapillaren. Bei Erwachsenen treten die Hautveränderungen in erster Linie im Zusammenhang mit der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika auf. Bei Kindern ist eine post- oder parainfektiose Genese die häufigste Ursache.

Während es bei der Purpura pigmentosa progressiva zum Auftreten von multiplen, zu rostbraunen Patches konfluierenden Petechien bevorzugt an der unteren Extremität kommt, besteht bei dem Lichen aureus typischerweise ein solitärer nummulärer Herd, der über ein bis zwei Jahre persistieren kann. Charakteristisch für das Krankheitsbild sind die nach Abblassen der roten Petechien persistieren-

den „pigmentierten“ Hämosiderin-Ablagerungen in der Haut (1, 2).

Diagnostik

Histologisch finden sich ein perivaskuläres lymphozytäres Infiltrat und eine Extravasation von Erythrozyten. In der Regel kann die Diagnose aber anhand der Anamnese und des klinischen Bildes gestellt werden.

Differenzialdiagnosen

Bei dem Lichen aureus muss differenzialdiagnostisch an Residuen einer Urtikaria-Vaskulitis und einer Kokardenpurpura gedacht werden. Auch eine Dermatitis artefacta und eine Arzneimittelreaktion sind in Betracht zu ziehen. Es existieren Einzelfallberichte zur Differenzierung eines Lichen aureus von einem nummulären Ekzem (3).

Therapie und Prognose

Eine Therapie mit topischen Steroiden kann zu einer Besserung führen. Auch eine Therapie mittels gepulstem

Farbstofflaser kann den rostroten Fleck aufhellen (4). Allerdings kommt es oft innerhalb von ein bis zwei Jahren zu einer Spontanheilung. Rezidive können nicht verhindert werden.

Literaturangaben

1. Price ML et al. Lichen aureus: a localized persistent form of pigmented purpuric dermatitis. Br J Dermatol 1985; 112: 307-14.
2. Roy SF, Ghazawi FM, Provost N. Rust-colored patches on the lower extremities: lichen aureus. Int J Dermatol 2018; 57: 77-8.
3. Suh KS et al. Diagnostic usefulness of dermatoscopy in differentiating lichen aureus from nummular eczema. J Dermatol 2017; 44: 533-7.
4. Dong-kyun Hong et al. Treatment of segmental lichen aureus with a pulsed-dye laser: new treatment options for lichen aureus. Eur J Dermatol 2013; 23: 891-2.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maren Fließner
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrische Dermatologie /
Allergologie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

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.paediatrieboerse.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.paediatrieboerse.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

Vorgehen bei Kuhmilchernährung im ersten Lebensjahr

Frage

Einem fünf Monate alten Mädchen wird seit dem dritten Lebensmonat trotz ausführlicher Aufklärung statt Formelmilch, 1:1 verdünnte Kuhmilch mit Schmelzflocken gegeben. Seit einem Monat wird nun eine Mahlzeit durch Brei (Gemüse, Kartoffel) ersetzt. Das Kind gedeiht und entwickelt sich glücklicherweise klinisch unauffällig. Ich habe die Mutter mehrfach über Risiken der gravierenden Fehlernährung hingewiesen und ihr nun dringend eine Laboruntersuchung ans Herz gelegt.

- Was würden Sie an Laborparametern abnehmen?
- Was empfehlen Sie mir ansonsten – ist das schon Kindeswohlgefährdung?

Antwort

Kuhmilch ist für Säuglinge und Kleinkinder im ersten Lebensjahr nicht geeignet, da sie einen hohen Protein- und Mineralstoffgehalt hat sowie einen zu geringen Gehalt an mehrfach ungesättigten Fettsäuren, Eisen und Jod. Die Nachteile einer Ernährung mit Kuhmilch werden in den Ausführungen des Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) zusammengefasst (z. B. „Empfehlung für die Ernährung von Mutter und Kind“ 2003; Kersting et al. Fakten zur Kinderernährung, Hans Marseille Verlag GmbH München 2003). Neben dem FKE raten auch alle anderen relevanten Fachgesellschaften von einer Kuhmilch-Gabe in den ersten Lebensmonaten ab (DGKJ, DGE, BfR, WHO u. a.).

Die übermäßige Proteinzufuhr kann renale (hohe Harnstoffbelastung) und metabolische Folgen haben. Die zu gering konzentrierten Vitamine, Spurenele-

mente und Mineralien in der Kuhmilch können darüber hinaus in entsprechende Mangelzustände münden.

Nach den Empfehlungen des FKE können geringe Mengen Vollmilch, wie sie im Vollmilch-Getreide-Brei enthalten sind frühestens ab dem 6. Lebensmonat gefüttert werden.

Im vorliegenden Fall gehe ich davon aus, dass sich die Fehlernährung bislang nur auf einen Zeitraum von ein paar Wochen bezieht (4. und 5. Monat) und dass das Kind in den ersten 3 Lebensmonaten gestillt oder entsprechende Fertigmilch gefüttert wurde. Darüber hinaus ist das 1:1 Verdünnen der Kuhmilch (ich gehe von Wasser aus) günstiger als die Gabe von unverdünnter Kuhmilch.

Die Gabe von Brei (Gemüse, Kartoffel etc) kann die negativen Effekte der Kuhmilchernährung vermutlich mildern.

Bei einem schweren Mangel an essentiellen Fettsäuren zeigen betroffene Kinder eine ausgeprägte Gedeihstörung. Eine zu niedrige Eisenzufuhr führt bekanntermaßen zu einer Eisenmangelanämie, die ich aber im vorliegenden Fall noch nicht erwarten würde. Auch eine zu geringe Jodzufuhr kann über einen gewissen Zeitraum noch gut toleriert werden.

Es ist auf jeden Fall ein gutes Zeichen, dass das Kind gut gedeiht und klinisch unauffällig ist!

Zu 1.:

Wenn Sie sich für eine Blutentnahme, auch zur Dokumentation der Fehlernährung, entscheiden, dann könnten folgende Parameter hilfreich sein: Großes Blutbild, Serum-Elektrolyte, Calcium, Kreatinin, Harnstoff und ggf. TSH. Die Bestimmung von ungesättigten Fettsäuren ist aufwen-

dig und kostenintensiv und wird vermutlich keinen signifikanten Befund ergeben.

Zu 2.:

Ich würde das Kind in regelmäßigen Abständen einzubestellen, um Entwicklung und Gedeihen engmaschig prüfen zu können und um die aktuelle Ernährung abzufragen. Grundsätzlich sind selbsthergestellte Breie inhaltlich „wertvoller“ als „Gläschen“. Aus zwei Gründen ist eine Kindeswohlgefährdung noch nicht gegeben: Der Zeitraum der Fehlernährung ist noch recht kurz und das Kind zeigt keine Gedeihstörung oder sonstige klinische Auffälligkeiten.

Anders ist dies z. B. bei Kindern von vegan ernährten Müttern, welche einen schweren Vitamin-B12-Mangel mit schweren klinischen Symptomen vorweisen können, wenn die Mutter in der Schwangerschaft nicht auf eine entsprechende Substitution geachtet hat. Von diesen Kinderschutzfällen gibt es inzwischen in Deutschland nicht wenige. Unsere eigene Kinderschutzgruppe wird immer dann aktiv bzw. sensibilisiert, wenn Säuglinge eine Gedeihstörung aufweisen, nach Ausschluss anderer organischer Ursachen, die eindeutig auf einen Ernährungsfehler der Mutter zurück zu führen ist.

Zusammenfassend würde ich empfehlen, Kind und Ernährungsgewohnheiten engmaschig zu kontrollieren und die hartnäckige Ernährungsberatung mit Nachdruck fortzuführen.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. med. Rainer Ganschow
Universitätsklinikum Bonn
Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
Adenauerallee 119, 53113 Bonn

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

Wie sollten sich Kinder, Jugendliche nach einem Schädel-Hirn-Trauma verhalten?

Association Between Early Participation in Physical Activity Following Acute Concussion and Persistent Postconcussive Symptoms in Children and Adolescents

Grool AM et al., JAMA 316 (23): 2504-2514, Dezember 2016

Die Verordnung einer Periode kognitiver und körperlicher Ruhe nach einem Schädel-Hirn-Trauma im Kindesalter wird in den meisten aktuellen Leitlinien empfohlen. Zur kognitiven Ruhe gehören Empfehlungen zur Modifizierung des Schulbesuchs und mentaler Aktivitäten, zur körperlichen Ruhe zählen die Vermeidung körperlicher Aktivitäten bis zur Auflösung der mit der Gehirnerschütterung verbundenen Symptome. Diese Empfehlungen beruhen überwiegend auf einem Konsens.

Einige Untersuchungen lassen jetzt vermuten, dass eine zu lange Pause mentaler und körperlicher Aktivität der Erholung nach einer Gehirnerschütterung nicht zuträglich sein und die Phase persistierender posttraumatischer Symptome (PTS) verlängern könnte.

Die Autoren haben in einer aktuellen, prospektiven Multi-center-Studie (August 2013 bis Juni 2015; 3063 Kinder und Jugendliche, Alter 5 bis ≤18 Jahre aus neun kanadischen Pediatric Emergency Departments (EDs) bei Kindern und Jugendlichen mit einem Glasgow ComaScale Wert von 13 und mehr den Zusammenhang zwischen einer Wiederaufnahme körperlicher Aktivität nach einem akuten Schädel-Hirn-Trauma (SHT) innerhalb von 7 Tagen und der Persistenz der PTS untersucht. Die Schwere der PTS und die körperliche posttraumatische Aktivität (PTA) wurden in den EDs nach 7 und 28 Tagen mit standardisierten Skalen erfasst. Die Verbindung zwischen früher Teilnahme an körperlicher PTA und PTS wurde mit einer bivariablen Analyse und ergänzend mit

einem „Propensity Score Matching“ unter Berücksichtigung von über 20 Ko-Variablen ausgewertet.

Primäres Ergebnisziel war die Erfassung der körperlichen Aktivität in Verbindung mit PTS 7 und 28 Tage nach dem Ereignis.

Insgesamt nahmen 2413 von 3063 Patienten (mittleres Alter 11,77 Jahre, SD 3,35 Jahre; 39,3% weiblich) bis zur Erreichung des primären Ergebnisziels an der Studie teil. Von den Kindern und Jugendlichen beteiligten sich 69,9% innerhalb von 7 Tagen wieder an leichten sportlichen Aktivitäten, überwiegend an aerobischen Übungen. PTS traten nach 28 Tagen noch bei 733 Studienteilnehmern (30,4%) auf.

Beim Vergleich zwischen früher körperlicher Aktivität und keiner frühen körperlichen Aktivität zeigte sich sowohl in einer nicht bereinigten Analyse (24,6% versus 43,5%) als auch im „Propensity Score“ (28,7% versus 40,1%) ein geringeres PTS-Risiko in der Gruppe mit früher körperlicher Aktivität, bei einer absoluten Risikodifferenz von 18,9% (95% KI 14,7%-23,0%).

Kommentar

Sportliche Aktivität wird mit dem Erhalt und der Förderung geistiger und körperlicher Gesundheit verbunden. Schädelhirntraumen (SHT) gehören zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Diffusion-Tensor-Imaging-Studien (DTI) und testpsychologische Untersuchungen haben gezeigt, dass Gehirnerschütterungen mit einem Glasgow-Coma-Scale-Wert zwischen 13 und 15 zu strukturellen Veränderungen des Zentralnervensystems führen und auch mit einer transienten Einschränkung der Hirnleistungsfunktionen verbunden sein können. Während die kognitiven Veränderungen sich meist innerhalb weniger Wochen normalisieren, bilden sich die in DTI nachgewiesenen Veränderungen der weißen Substanz langsamer zurück und konnten teilweise noch nach 128 Tagen nachgewiesen werden. Diese Veränderungen werden auf einen gestörten transmembranösen Ionenflux und axonalen Scherwirkungen zurückgeführt. In einer aktuellen Studie konnten Mayer et al. 4 Monate nach einem SHT auch atrophische Veränderungen in der grauen Substanz der Hirnrinde nachweisen. Der Nachweis dieser Veränderungen wirft ein neues Licht auf die Bedeutung und die möglichen Langzeitfolgen von SHT. Vorsicht bei der Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten im Kindes- und Jugendalter mag daher angezeigt sein. Die Diagnostik des SHT mit CT oder MRI ist aufwendig und für die meisten SHT nicht praxistauglich. Die Diagnostik von SHT über Serum-Marker wie Glial Fibrillary Acidic Protein oder S100B zur Abschätzung des Ausmaßes einer Schädigung befinden sich in der Entwicklung und dürften erst in wenigen Jahren Marktreife erreicht haben. Die aktuelle Studie von Grool et al. zeigt, dass eine frühe vorsichtige Aufnahme sportlicher Aktivität zu deutlich besseren Ergebnissen bei den PTS führt. Die Ergebnisse lassen eine moderate und abgestufte Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten im Rahmen des individuellen Empfindens sinnvoll erscheinen, wobei Sportarten mit einem hohen Gefährdungsrisiko wie Fußball und Hockey in der Rekonvaleszenzphase sicher ausgeschlossen bleiben sollten. Ob leichte sportliche Aktivitäten einen positiven Einfluss auf eine nachweisbare Regeneration des geschädigten Gehirns haben, kann auf Grund der Studie von Grool nur vermutet werden und bedarf aber weiterer Bestätigung. Noch gibt es keinen gesicherten therapeutischen Standard für Kinder, Jugendliche. Die bisherigen Erkenntnisse lassen nur den

einzig gesicherten Schluss zu, dass SHT soweit wie möglich durch Prävention, vor allem bei gefährdenden Sportarten vermieden werden sollten.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Syndrome in der Kinderheilkunde mit assoziiertem Krebsrisiko – Forschung und Empfehlung nehmen zu

Childhood Cancer Predisposition Syndromes

Ripperger T, Bielack S, Brokhardt A et al., *American Journal of Medical Genetics Part A*, 173 (4), 1017-1037, April 2017

Krebserkrankungen im Kindesalter entstehen häufiger als bisher angenommen auf Grund genetischer Prädisposition. Arbeiten einer deutschen [1] und einer amerikanischen Forschergruppe [2] belegen, dass in einigen Fällen diese Prädisposition vor Auftreten einer onkologischen Erkrankung auf Grund bestimmter, phänotypischer Eigenschaften bekannt ist, manchmal aber erst durch genetische Analysen gefunden wird [1, 2]. Ein Beispiel ist das Down Syndrom, welches mit einer erhöhten Anzahl an malignen hämatologischen Erkrankungen (ALL, AML) in der betroffenen Patientenpopulation einhergeht. Mittlerweile ist es bei einigen Syndromen gelungen, sie als prädisponierende Faktoren für das Auftreten spezifischer Malignitäten zu definieren (sh. Tab. 1 in Ripperger et al., <https://doi.org/10.1007/s11825-017-0150-6> [3]).

Für Pädiater, Hämatologen und Onkologen ist das Wissen von einer Beziehung zwischen Grunderkrankung (TDS, Tumordispositionssyndrom) und assoziierten malignen Erkrankungen enorm bedeutend. Ein bekanntes Beispiel ist die Fanconi Anämie: Diese Grunderkrankung führt zu einer Depression des Knochenmarkes mit Panzytopenie. Betroffene Kinder entwickeln zudem häufig Leukämien, Lebertumoren oder solide Tumore der Hals- und Kopfregeion [4], maligne Erkrankungen, die, auf den ersten Blick, nichts mit einer Knochenmarksdepression gemein haben.

Das Wissen von einer Assoziation zwischen TDS und den malignen Erkrankungen könnte eine frühere Diagnosestellung ermöglichen, was wiederum Auswirkungen auf die Therapieform, Morbidität sowie Mortalität hat. Dementsprechend ist der erste

Schritt, dieses TDS ausfindig zu machen und die malignen Komorbiditäten zuzuordnen. Um auf Kinder mit TDS aufmerksam zu werden, hat schon Jongmans et al. 2016 einen Kriterienkatalog vorgeschlagen, welcher von Rippenberg et al. in ihrer Veröffentlichung 2017 nochmals angepasst wurde [1]. Folgende 6 Kriterien sind zu berücksichtigten:

1. Es finden sich gehäufte Krebserkrankungen in der Familienanamnese, v.a. bei einem oder mehreren Familienmitgliedern mit jungem Erkrankungsalter. Bei Blutsverwandschaft der Eltern kann das Risiko einer genetischen Disposition leicht erhöht sein.
2. Es treten Krebserkrankungen auf, die eine hohe Assoziationsrate mit TDS haben (z. B. Wilms-Tumor, Medulloblastom und Neuroblastom). Einem TDS sollte auch bei fehlenden anderen klinischen Symptomen nachgegangen werden.
3. Eine vorausgehende genetische Analyse des Tumors zeigt Mutationen der Keimbahn auf (z. B. PTPN11-Mutation beim Noonan-Syndrom).
4. Es treten mehr als zwei Krebserkrankungen in einem Patient auf.
5. Es bestehen offensichtliche phänotypische Merkmale, die eine genetische Veranlagung suggerieren (z. B. Down Syndrom, Beckwith-Wiedemann-Syndrom, WAGR-Syndrom oder Denys-Drash-Syndrom).
6. Das Kind entwickelt eine hohe Nebenwirkungsrate unter laufender Chemo- oder Radiotherapie in Standarddosis oder im späteren Verlauf (z.B. bei Gorlin-Goltz-Syndrom) [1, 5].

Der Kinderarzt sollte gemeinsam mit dem pädiatrischen Onkologen das Ziel vor Augen haben, bei Diagnosestellung eines TDS eine Diagnostik einzuleiten, um eine Malignität nachzuweisen oder auszuschließen. So kann der Kinderarzt zum Beispiel sekundäre Präventivmaßnahmen durchführen, die eine frühere Diagnosestellung ermöglichen, so zum Beispiel Blutbildkontrollen, radiologische Untersuchungen oder Darmspiegelungen bei Polyposis intestinalis. Eine Empfehlung hinsichtlich des Zeitpunkts einer Präventivuntersuchung orientiert sich an dem Risiko, in den ersten 20 Lebensjahren eine Krebserkrankung zu entwickeln. Vor allem den malignen Erkrankungen des blutbildenden Systems kommt eine außerordentliche Bedeutung zu.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Sara Harpertscheid, Stefan Eber, München

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

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

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

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Was tun, wenn Patienteneltern ausrasten?

Gewalt in der Praxis // „Wir erleben derzeit eine totale Verrohung bei einigen Patienten und ihren Angehörigen gegenüber medizinischem Personal.“ Als Ärztekammer-Präsident Montgomery im Interview mit der Rheinischen Post am 6. Januar Gewalt gegen Ärzte als „ein großes Thema“ bezeichnete, löste er damit eine Art Me-Too-Debatte aus. Plötzlich berichteten zahlreiche Ärztinnen, Ärzte und MFA in sozialen Netzwerken über übergriffige und pöbelnde Patienten. Sachbeschädigung, Eltern, die ihre Kinder schlagen, kleine Jungen, die auf ihre Mütter losgehen, erboste Väter, die MFA und Praxisinhaber beschimpfen oder sogar angreifen, wie geht man damit um? Darüber sprach unsere Zeitschrift mit Ulrich P. Krämer, der bundesweit Krankenhäuser und Notfallambulanzen trainiert im Umgang mit Konflikten und Gewalt.



In Neumünster wurde neulich ein Kinder- und Jugendarzt in seiner Praxis von mehreren Angehörigen, denen die Behandlung nicht schnell genug ging, brutal verprügelt. Offenbar nimmt die Gewalt gegen Menschen, deren Beruf das Helfen ist, zu. Warum?

Es ist in der Gesellschaft eine Veränderung zu beobachten. Respektlosigkeit und Grenzüberschreitungen, ob verbal oder körperlich, werden gesellschaftsfähiger. Das wird sowohl von Prominenten als auch von Politikern vorgelebt und durch vielfache Medienberichterstattung multipliziert und unterstützt.

Häufig wird der Kinder- und Jugendarzt, die -ärztin oder auch die MFA völlig unvorbereitet von Gewalt getroffen, denn die Praxis ist gewissermaßen ein öffentlicher Ort. Wie findet man einen Mittelweg zwischen eigener Sicherheit und der effektiven Behandlung von Patienten? Hilft es, permanent mit Gewalt zu rechnen?

Wenn ich mich gedanklich konkret mit der Thematik beschäftige, muss ich zwar nicht permanent mit Gewalt rechnen, aber wenn sie kommt, trifft es mich nicht unvorbereitet.

Wie erkennt man potentielle Gefahrensituationen früh genug?

In der Regel treten Gewalthandlungen nicht völlig unvorbereitet auf. Es gibt immer Anzeichen. Hier besteht die große Kunst darin, bereits kleinere Signale, Grenzüberschreitungen und Res-

pektlosigkeit zu erkennen und den Patienten zu begrenzen. Oft trifft es ja die MFA an der Rezeption als Erste, da hilft es oft schon, wenn der „Herr Doktor“ oder „Frau Doktor“ hinzukommen und eine deutliche Ansage machen. Grenzen zu zeigen auf eine klare, respektvolle und freundliche Art kann dazu führen, dass größere Grenzverletzungen gar nicht erst passieren. Ein Täter testet Schritt für Schritt, wie weit er gehen kann. Mit jeder erfolgreichen Handlung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass weitere und in der Regel größere Übergriffe folgen.

Und welches sind Alarmzeichen?

Erste Anzeichen von Grenzüberschreitungen zeigen sich bei einer dominanter werdenden Körpersprache, in einer respektlosen Sprache, etwa wenn vom Siezen zum Duzen übergegangen wird, wenn verbale Beleidigungen ausgesprochen werden, wenn der Patient räumlich übergriffig wird, indem er beispielsweise über den Tresen greift oder gar dahinter tritt oder aber bei Distanzunterschreitungen. Aber auch bei gesteigerter Lautstärke, Versuchen andere Patienten aufzuhetzen etc. sollte man wachsam sein.

Gibt es organisatorische und/oder räumliche Präventionsmaßnahmen?

Ich gehe einmal davon aus, dass Patienten im Kinder- und Jugendarztbereich oder in der Notfallpraxis, in einer emotionalen Sondersituation sind. Damit reagieren sie auch nicht immer vernünftig

oder rational. Starke Verunsicherungen und teilweise große existenzielle Ängste mischen sich zu einem möglicherweise explosiven Cocktail. Wenn ich mich nun in diese Patienten hineinversetze, fällt mir als erstes auf, dass diese Menschen oft sehr unsicher sind und daher vor allem Sicherheit benötigen. Sicherheit darin, dass sie gesehen werden, dass sie in ihren Sorgen ernst genommen werden und dass das Fachpersonal in der Praxis zeitnah alles erdenklich Notwendige tut, um dem Patienten bestmöglich zu helfen.

Ein Beispiel: Ein Vater bringt seinen am Kopf blutenden Sohn in die Praxis. Aus Sicht des Arztes handelt es sich vielleicht nur um eine kleine Platzwunde. Ein kurzer Blick verrät, dass hier keine Eile vonnöten ist und dass ein oder zwei andere Patienten durchaus vorgezogen werden können. Der Arzt weiß, dass diese kleine Wunde noch nicht mal genäht werden muss. Sie wird gereinigt und anschließend geklebt und alles ist wieder gut. Aus Sicht des Vaters ist es eine unkalkulierbare Schädelverletzung und er kann es nicht ertragen, das eigene Kind übers ganze Gesicht bluten zu sehen. In der Fantasie des Vaters stirbt das Kind gerade in seinen Armen. Hier setzt bei ihm das „Reptiliengehirn“ ein, welches ihm befiehlt, alles Erdenkliche zu tun, um das Leben seines Sohnes zu retten, egal was es kostet. Und seine Angst ist real.

Hier wäre die Investitionen in die Deeskalation der Situation vielleicht eine kurze erste Reinigung der Wunde und beruhigende Worte an den Vater, in dem

mit einfachen Worten beschrieben wird, was zu sehen ist, was die vermutete Diagnose ist und wie die Therapie aussehen wird und vor allem dass keine Eile droht. Vielleicht bekommt der Sohn als Trost ein Gummibärchen und der Vater ein Glas Wasser angeboten.

Wenn sich die zugesagte Wartezeit verlängert, ist Transparenz wichtig. Es ist leichter dem Patienten zu sagen, dass sich seine Behandlung um eine Viertelstunde verschiebt, als keine Informationen auszugeben. Nicht-Information erhöht die Wahrscheinlichkeit der „Mythenbildung“, also negative Gedanken, warum jetzt gerade ausgerechnet er nicht dran kommt und wie respektlos das



Grundsätzlich ist es natürlich auch sinnvoll, sich innerhalb einer Praxis mit einem „Worst Case Szenario“ einmal auseinanderzusetzen. Gibt es vielleicht eine Kurzwahl am Telefon, welche sofort Kollegen aktiviert oder aber eine Direktwahl zur Polizei? Gibt es ein Codewort, welches verabredet wurde, um die Ernsthaftigkeit einer Bedrohung für die Kolleginnen deutlich zu machen? Gibt

Grundsätzlich bin ich hier großer Freund von offener Kommunikation. Wenn ich mich bei einer aggressiven Verhaltensweisen einschüchtern lasse und mich zurückziehe, Blickkontakt vermeide und möglichst keine Widerworte gebe, falle ich ins Raster des Opfers und gebe dem aggressiven Patienten die Macht, zu entscheiden wie es weitergeht. Es gibt in der Kommunikation den Leitsatz: „Wer

es für den Extremfall die Möglichkeit, sich in einen sicheren Bereich der Praxis zurückzuziehen, ohne am aggressiven Patienten vorbeigehen zu müssen?

Ebenfalls sollte das Team überprüfen, welche Gegenstände in der Patientenaufnahme tatsächlich notwendig sind und welche vielleicht als Waffen missbraucht werden könnten. Eine schwere Vase, eine Schere, ein Blumentopf, der große Locher, schwere Dekofiguren sind in Sekundenbruchteilen als Wurf-, Hieb- oder Stichwaffen umgewandelt und können gegen die MFA eingesetzt werden. Daher macht es manchmal Sinn, hier ein bisschen zu entrümpeln.

Welche Kommunikationstechniken helfen, wenn Patienteneltern bereits kurz vor dem „Ausrasten“ sind?

fragt, der führt.“ Die Aufgabe ist es also hier zu führen. Wenn ich der Fragende bin, ist der Patient beschäftigt mit Antworten. Während der Patient antwortet, kann ich über die nächste Frage nachdenken. Dies soll bitte nicht als sinnloses Spiel betrachtet werden, sondern tatsächlich dazu dienen, den Patienten dahin zu lenken, wo er entspannter und sicherer werden kann oder aber wo wir Klärung finden können für seine Sorgen.

Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, aggressive Patienten/Eltern aus dem öffentlichen Bereich in einen Nebenbereich zu bitten. Vielleicht gibt es die Möglichkeit, zu einem Stehtisch zu gehen. Das hat zum einen den Vorteil, dass andere Patienten nicht gestört werden, es gibt kein Forum für den aggressiven Patienten/Eltern, welches seine oder ihre Aggressivität vielleicht noch potenzieren könnte, und wir haben dann die Möglichkeit, ihn oder sie langsam zu deeskalieren. Hinzu kommt, dass Meinungsverschiedenheiten im Stehen besser besprochen

ist etc. Damit fördert das Praxisteam die Eskalation.

Des Weiteren ist das Klima in einer Praxis in Bezug auf Eskalationsprozesse mit entscheidend. Das positive Klima, welches ein gutes und sicheres Gefühl beim Patienten auslöst, ist bestimmt durch eine freundliche und zeitgemäße Einrichtung, angenehme Farben, Tageslicht, hohe Präsenz und freundliches, offenes und klares Auftreten der MFA und Ärzte, Spiel-, oder Beschäftigungsangebote für Kinder, Zeitschriftenangebote etc.

Sollte das Praxisteam auch Präventionsmaßnahmen für den Notfall etablieren?

werden können als im Sitzen. Im Stehen kann ich ein bisschen nach rechts und ein bisschen nach links gehen. Das führt dazu, dass auch die Gedanken und Ansichten flexibler sein können, ein bisschen nach rechts bis nach links gehen können und ich damit mehr Offenheit schaffen kann für Lösungsangebote.

Bei allen Interventionen ist es wichtig, sich nicht selber in Gefahr zu bringen. D. h., wenn ich in einen Konflikt eintrete oder sogar die Führung im Konflikt übernehme, habe ich mich vorher vergewissert, dass ich einen Plan B habe. Wenn die Deeskalation aus welchem Grunde auch immer nicht funktioniert, sollte es für mich mindestens einen nicht verstellten Fluchtweg geben, etwa einen verschließbaren Personalraum. Oder im Hintergrund eine Person, welche mich unterstützen kann oder aber weitere Hilfe anfordern könnte. **Eigenschutz muss immer an erster Stelle stehen!** Danach erst kommt der Schutz der KollegInnen oder anderen Patienten und ggf., wenn nötig danach erst das Inventar. Denn: Wenn ich unten liege und langsam auslaufe, kann ich keinem mehr helfen.

Elterngewalt gegen Kinder

Wie spricht man Eltern am besten an, wenn sie zum Beispiel Dinge beschädigen, ihre Kinder anbrüllen oder schlagen?

Wenn ein Patient bereits gewalttätig gegen Gegenstände oder andere Menschen ist, ist er massiv mit Adrenalin durchflutet. Da eine Wirkungsweise von Adrenalin der Tunnelblick ist und die Außenwahrnehmung ausgeblendet wird, brauche ich hier eine laute und deutliche Ansprache. Ansonsten werde ich den Patienten sprachlich nicht erreichen können. Eine kurze verbale Intervention, vielleicht ein lautes „Halt“ oder „Stopp“ ermöglicht ein kurzes Schockmoment, den wir dann nutzen können, klar, freundlich und wertschätzend die Grenze deutlich zu definieren. Die Ansprache mit Namen, gesiezt selbstverständlich mit einer klaren Ich-Botschaft, was die Erwartung angeht. Das könnte folgendermaßen klingen: „Stopp, Herr Schneider! Ich erwarte von Ihnen, dass Sie sofort aufhören, meine Praxis zu beschädigen.“

Bevor ich in eine Deeskalation eintrete, gehe ich kurz den „Dreischnitt der Deeskalation: Sehen – Urteilen – Handeln“

durch, um für mich die Sicherheit zu bekommen, nicht ausschließlich impulsgeleitet zu agieren, sondern gut überlegt.

Wenn Kinder geschlagen werden, haben wir es mit einem Straftatbestand zu tun, da dies nach § 1631 Abs. 2 seit dem Jahr 2000 verboten ist. Dasselbe gilt, wenn eine andere Person körperlich angegriffen und/oder verletzt wird. Der erste Schritt wäre hier eine klare Positionierung mit der Forderung dass die Gewalthandlungen sofort aufhören müssen und der zweite Schritt der Anruf bei der Polizei. Je nach Brisanz der Situation und der personellen Besetzung sogar gleichzeitig.

Und was hilft bei Kindern, die ihre Mütter schlagen – manchmal auch unter den Augen der Väter?

Dieses Phänomen beobachten wir in der letzten Zeit immer häufiger. Hier werden erlernte respektlose und abwertende Verhaltensweisen gegenüber Mädchen oder Frauen weitergetragen und oft auch von den Vätern geduldet oder sogar unterstützt. Hier ist eine angemessene Zivilcourage angebracht, um die Frau in diesem Kontext zu schützen. Auch hier eine klare Ansprache mit Blickkontakt und einer deutlichen Formulierung der eigenen Erwartung. Wir wissen nicht, was unsere Intervention vielleicht später für die Frau bedeutet. Aber wir wissen, dass dies die Möglichkeit ist, die Frau in der Praxis zu schützen.

Prävention und Nachsorge

Wie hilfreich sind Selbstverteidigungskurse?

Ich bin ein großer Freund von Kampfsport. Nicht deshalb, weil wir im medizinischen Bereich kämpfen sollten, sondern weil meine Körpersprache sich verändert, wenn ich weiß, dass ich mich wehren könnte. Dadurch trete ich gelassener aus und nimmt mein Gegenüber wahr. Es wird in der Regel nicht zu einem körperlichen Angriff kommen. Ich bevorzuge ohnehin in Konflikten das Nicht-Kampf-Prinzip. Ein vermiedener Kampf ist ein gewonnener Kampf. Zudem können wir davon ausgehen, dass ein aggressiver Patient im Zweifelsfall ein besserer Kämpfer ist als der Arzt, die Ärztin oder die MFA. Aber es ist immer gut zu wissen, wie wir uns gegen körperliche Angriffe schützen können. Bitte vermeiden Sie Waffen aller Art (Pfefferspray, Gaspistole, Messer, etc.).

Jede Waffe, die nicht sofort nach dem Hervorholen unmittelbar und konsequent eingesetzt wird, ist eine Waffe in der Hand des Gegners. Und wir müssen damit rechnen, dass unser Gegenüber deutlich routinierter im Umgang damit ist. *Und wie wollen wir den Einsatz einer Waffe anschließend erklären?*

Wie sollte man sich nach einer Eskalation verhalten?

Hier ist eine gute Nachsorge und Aufarbeitung der Eskalation erforderlich. Das kann je nach Schwere der Eskalation im eigenen Team oder auch durch psychosoziale Beratung von externen Experten erfolgen. Teilweise bieten Krankenkassen und auf jeden Fall die Berufsgenossenschaften hier schnelle und unkomplizierte Unterstützung. Bei aller Dramatik einer Eskalation, hilft sie uns auch, Schwachstellen aufzudecken und uns in der Praxis für die Zukunft noch besser vorbereiten zu können.

Wie gelingt es nach einem Vorfall, wieder vertrauensvoll mit Patienten umzugehen?

Ich finde es wichtig mit einem positiven Menschenbild auch aggressiven Patienten zu begegnen. Es gibt keine schlechten Menschen. Es gibt negative Verhaltensweisen, die erlernt wurden oder die aufgrund von emotionalen Sondersituationen ihren Ausdruck finden. Ich versuche in meiner Arbeit auf der einen Seite den Menschen zu verstehen, was ihn bewegt, was ihn ausmacht, warum er sich auf die eine oder andere Weise verhält. Auf der anderen Seite bin ich mit respektlosem, grenzüberschreitendem und gewalttätigem Verhalten nicht einverstanden. Wenn mein Gegenüber diese wertschätzende Grundhaltung erkennt, ist er deutlich leichter zu begrenzen, als wenn er sich abgelehnt und unverstanden fühlt.

Mir hilft diese Sichtweise, immer wieder auch in gewaltbesetzten Situationen neu und vertrauensvoll starten zu können.

Lieber Leserin, lieber Leser, haben Sie Erfahrungen mit Patientengewalt? Schreiben Sie uns: regine.hauch@arcor.de

ReH

Das Leser-Forum

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

International einzigartiges Studienprogramm zur Früherkennung und Vorbeugung von Typ-1-Diabetes bei Kindern startet
KJA 12/2017-1/2018, S. 819



Zu dem oben genannten Artikel möchte ich einige kritische Anmerkungen machen:

Die Überschrift ist irreführend, da es sich um den Versuch (eine Studie) handelt, eine Früherkennung zukünftig zu ermöglichen. Ob es klappt, ist keineswegs gesagt.

Es ist keinesfalls eine Untersuchung, die unmittelbar zu einer Vorbeugung gegen Diabetes Typ 1 führt, da im Rahmen der Studie doppel-blind verschlüsselte Gruppen gebildet werden, deren eine keine Intervention erfährt.

Hierüber, wie auch über die Grundlagen des Screenings (was wird untersucht: HLA Typen? AK? Welche AK? wie hoch ist die Auffindungsrate von HLA DR3/DR4 Trägern? Wie hoch deren Risiko später Typ 1 Diabetes zu erwerben? etc.) nichts berichtet wird.

Es erfolgt keine kritische Betrachtung des Programms!

Warum wird das Kind und die Familie, bei welchem ein mögliches Risiko entdeckt wird, nicht an die nächstgelegene pädiatrisch diabetologische Praxis/ Ambulanz verwiesen?

Unterliegt die Untersuchung auf HLA Klassen dem Gendiagnostikgesetz, ist die Untersuchung diagnostisch (– meines Erachtens nicht, da dafür viel zu ungenau –) oder ist sie prädiktiv?

Letzteres soll sie sein, es ist aber zweifelhaft.

(Bezüglich der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung genetischer Untersuchungen zu medizinischen Zwecken unterscheidet das Gendiagnostikgesetz zwischen diagnostischen und prädiktiven genetischen Untersuchungen. Diagnostische genetische Untersuchungen können von jeder Ärztin und jedem Arzt nach Aufklärung und schriftlicher Einwilligung vorgenommen werden (§ 7 Abs. 1, 1. Alternative GenDG). Beim Neugeborenencreening handelt es sich um eine diagnostische genetische Untersuchung im Sinne des § 3 GenDG.

Wer klärt also die Eltern vor Entnahme des Blutropfens über die Studie auf?

Die angekündigten Ziele der Fr1da Studie sind noch nicht erreicht bzw. gesichert, ob sie erreicht werden. Die Studie läuft bis 2018.

Chancen und Möglichkeiten der Fr1da Studie

- **Frühe, sichere Diagnose** und vorbeugende **frühe Behandlung** des Typ 1 Diabetes im Kindesalter
- **Vermeidung** einer schweren akuten und lebensbedrohlichen Stoffwechsellage (Ketoazidose)
- **Senkung** der Hospitalisierungsrate von Kindern
- Erste **Präventivschulung** für Diabetes im Kindesalter

- **Flächendeckend** und übergreifend für alle sozialen Schichten
- **Einzigartig** mit Vorzeigecharakter für Deutschland und weltweit
- Pilotstudie (1 Jahr) mit wissenschaftlicher Bewertung, Evaluation und möglicher Translation in die Grundlagenforschung

Die hohe Spende einer US-amerikanischen Stiftung erklärt das Interesse von Forschergruppen, nicht aber den Wert der Studie noch die Qualität des selektiven Screenings.

Nach den bundesrepublikanischen Neugeborenen Screening Vorschriften erscheint die Information zu Feder1k-Studie nicht ausreichend, um Zweifel an der ethisch begründeten Rechtmäßigkeit des Procedere zu mindern.

Niedergelassene Pädiater, die nicht mit dem Thema vertraut sein können, werden mit einer solch unkritischen Berichterstattung in die Irre geführt, bestenfalls alleine gelassen. Besonders ist das der Fall, wenn Eltern über nichtärztliche „Kanäle“ auf diese Studie angesprochen und zur Teilnahme bewogen werden sollen.

Ich zweifle nicht an den guten Absichten der hervorragenden Forscherinnen und Forscher, die an dieser Studie teilnehmen. Ich zweifle auch nicht an dem Sinn, eine Prävention für Diabetes Typ 1 zu finden.

Das Procedere halte ich allerdings für diskussionswürdig, die Präsentation des Projektes gegenüber der interessierten (Fach)Leserschaft für sachlich nicht richtig.

Dr. Wolfgang Marg

Arzt für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrische Endokrino- und Diabetologie
Angeborene Stoffwechselerkrankungen
Hastedter osterderdeich 196d
28207 Bremen
E-Mail: pimowa@ebrieffach.de

Red.: ReH

Angebot an Online-Glücksspielen wächst – BZgA informiert über Risiken

Jeder fünfte Jugendliche spielsuchtgefährdet // Anlässlich des Safer Internet Day am 06. Februar 2018 informierte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über Suchtrisiken, die mit der weiten Verbreitung von Online-Glücks- und Computerspielen einhergehen.

Online-Glücksspiele erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Ob Poker, Casinospiele oder Sportwetten – online sind diese Glücksspiele am PC, Tablet oder Smartphone rund um die Uhr verfügbar. Immer mehr Menschen, aktuell rund 725.000, nutzen die Möglichkeit zum Online-Glücksspiel – das zeigen die Ergebnisse der bundesweiten Repräsentativbefragung der BZgA zum Thema.

BZgA-Studiendaten belegen zudem, dass eine problematische Nutzung von Internetangeboten und Computerspielen unter jungen Menschen in Deutschland verbreitet ist: 22,4 Prozent der Jugendlichen im Alter von zwölf bis 17 Jahren und 14,9 Prozent der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren nutzen die Angebote exzessiv und riskieren damit negative gesundheitliche Folgen oder den Verlust sozialer Kontakte.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, **Marlene Mortler**, erklärte: „Aufgrund der rasanten digitalen Entwicklung und des ständig wachsenden Angebotes im Netz müssen Kinder und Jugendliche umfassender geschützt werden! Um ein problematisches Spielverhalten frühzeitig zu verhindern, müssen sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt sein, als auch Aufklärung und Jugendschutz gestärkt werden. Außerdem ist es höchste Zeit, dass sich die zuständigen Länder endlich auf eine Novelle des Glücksspielstaatsvertrages einigen, mit der die Grenze zwischen legalem und illegalem Glücksspiel im Internet klar gezogen wird.“

Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA, betont: „Der Zugang zu Online-Computerspielen und Online-Glücksspielen ist insbesondere über mobile End-



Foto: © Heidi Mehl - Fotolia.com

geräte praktisch immer und überall verfügbar. Gleichzeitig zeichnet sich ab, dass die Grenze zwischen Online-Computerspielen und Online-Glücksspielen, bei denen der Zufall über Geldgewinne und -verluste entscheidet, verschwimmt. Vor allem junge Menschen, die gerne Online-Spiele nutzen, müssen daher die Risiken des Glücksspiels kennen, um nicht nach Verlusten erneut spielen zu wollen und so in die Abhängigkeit zu geraten.“

Die BZgA informiert auf der Internetseite www.check-dein-spiel.de über die Risiken von Online-Glücksspielen und sonstigen Glücksspielen. Mit einem Selbsttest kann jeder das eigene Glücksspielverhalten überprüfen und sich bei Bedarf mit einem Programm zur Verhaltensänderung unterstützen lassen. Wer bereits von einer Glücksspielsuchtproblematik betroffen ist, findet Informationen über wohnortnahe Beratungsstellen. Außerdem können sich Glücksspiel-Nutzende, deren Angehörige oder am Thema Interessierte bei der kostenfreien BZgA-Telefonberatung zur Glücksspiel-suchtprävention persönlich und anonym beraten lassen.

Übersicht der BZgA-Angebote zur Glücksspiel-suchtprävention: www.check-dein-spiel.de

Die BZgA bietet bundesweit telefonische Beratung zu Glücksspielsucht unter der kostenfreien und anonymen Rufnummer 0800-137 27 00.

Weiterhin bietet die BZgA in Kooperation mit der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern und der Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht Nordrhein-Westfalen ein ebenfalls kostenloses und anonymes türkischsprachiges Beratungstelefon zum Thema Glücksspielsucht unter der Rufnummer 0800-326 47 62 an.

Die BZgA-Broschüre und der Flyer „Wetten, du gibst alles?“ zum Thema Sportwetten ist in den Sprachen Arabisch, Englisch, Polnisch, Russisch und Türkisch verfügbar.

Auch weitere Broschüren und Flyer zum Thema Glücksspielsucht für Betroffene, Angehörige und Jugendliche sind neben Deutsch auch in Englisch, Französisch, Russisch, Arabisch und Türkisch zu erhalten.

Die Informationsmaterialien zum Download und zur kostenfreien Bestellung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln
Fax: 0221-8992257, E-Mail: order@bzga.de

Online-Bestellsystem: www.bzga.de/infomaterialien/gluecksspielsucht/
Die aktuelle BZgA-Repräsentativbefragung „Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2015“ steht zum Download unter:

www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel/

Red.: ReH

Staatsrechtler für Kinderrechte im Grundgesetz

Die Aufnahme von Kinderrechten ins Grundgesetz fordert der BVKJ schon seit Jahren. Nun kommt neue Bewegung in die Sache. Ein im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes erstelltes Rechtsgutachten spricht sich für die explizite Aufnahme von Kinderrechten im Grundgesetz aus. Die Gutachter kommen zu der Einschätzung, dass die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland durch die aktuelle Rechtslage nicht abgesichert ist. So besteht ein erhebliches Umsetzungsdefizit in Rechtsprechung und Verwaltung, da die Kinderrechte durch eine völkerrechtsfreundliche Auslegung des Grundgesetzes oder eine Kombination mit anderen Verfassungsnormen erst kompliziert hergeleitet werden müssen.

„Wir müssen endlich mit der Aufnahme von Kinderrechten im Grundgesetz die

Position der Kinder im deutschen Rechtssystem stärken und ein klares Signal für mehr Kinderfreundlichkeit in Deutschland setzen. Breite Mehrheiten dafür gibt es derzeit in Bundestag und Bundesrat. Diese müssen jetzt genutzt werden. Mehr als 25 Jahre nach Verabschiedung der UN-Kinderrechtskonvention durch die Vereinten Nationen muss sich das Prinzip dieser Konvention auch im Grundgesetz wiederfinden. Bislang fehlt dort der Gedanke, dass Kinder gleichberechtigte Mitglieder unserer Gemeinschaft, eigenständige Persönlichkeiten mit eigener Würde und dem Anspruch auf Anerkennung ihrer Individualität sind. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sie brauchen über die allgemeinen Grundrechte hinaus besondere Rechte. Deshalb sollten die Kinderrechte auf Förderung, Schutz und Beteiligung sowie der Vorrang des Kin-

deswohls bei allem staatlichen Handeln im Grundgesetz festgeschrieben werden. Dies würde sich bei der Planung und Gestaltung in allen Politikfeldern positiv auswirken“, betont Thomas Krüger, Präsident des Deutschen Kinderhilfswerkes.

Das Gutachten analysiert Gerichtsentscheidungen in verschiedenen Rechtsgebieten und kommt zu dem Schluss, dass eindeutige Formulierungen im Grundgesetz zum besseren Verständnis und zu mehr Rechtssicherheit beitragen würden, so dass eine angemessenere Berücksichtigung von Kinderrechten durch Gerichte, die Verwaltung und den Gesetzgeber zu erwarten sei. Es stellt fest, dass ausdrückliche Kindergrundrechte ein deutlicher und rechtsstaatlich hinreichend bestimmter Bestandteil der Wertordnung des Grundgesetzes wären und damit die Anwendung sämtlichen Rechts

prägen könnten. Dies würde sich vor allem auf die Auslegung der Kinderrechte durch Gerichte positiv auswirken. Es geht bei den Kinderrechten somit nicht nur um die symbolische Funktion einer Verfassungsänderung, sondern um eine mit tatsächlichen rechtlichen Auswirkungen. Die explizite Normierung von Kinderrechten im Grundgesetz würde also die Realisierung ihrer Rechte quer durch die Rechtsgebiete stärken. Das Gutachten bezieht sich auch auf die Feststellungen des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte des Kindes, dass die Gewährung von Rechten, die für alle Menschen gelten, nicht genügt, um

die Beachtung von Kinderrechten sicherzustellen.

Kinderrechte im Grundgesetz sollten laut Gutachten den Vorrang des Kindeswohls, Beteiligungsrechte für Kinder und Jugendliche sowie Entwicklungs- bzw. Entfaltungsrechte der kindlichen Persönlichkeit beinhalten. „Kinderrechte können in das Grundgesetz aufgenommen werden, ohne das grundsätzliche Verhältnis von Kindern, Eltern und Staat anzutasten. Eine Stärkung der Rechte von Kindern führt nicht automatisch zu einer Schwächung der Rechte von Eltern. Im Gegenteil erhalten Eltern dadurch bessere Möglichkeiten, die Rechte ihrer Kin-

der gegenüber staatlichen Einrichtungen durchzusetzen“, so Thomas Krüger.

Info: Das „Gutachten bezüglich der Aufnahme eines ausdrücklichen Kindergrundrechts in das Grundgesetz vor dem Hintergrund der Maßgaben der Kernprinzipien der UN-Kinderrechtskonvention“ wurde im Auftrag des Deutschen Kinderhilfswerkes von Prof. Dr. Dr. Rainer Hofmann und Dr. Philipp B. Donath von der Goethe-Universität in Frankfurt am Main erstellt. Es kann unter www.dkhw.de/kinderrechte-ins-grundgesetz heruntergeladen werden.

Red.: ReH

Im Osten viel Neues

Kongress Jugendmedizin in Weimar

Jugendliche in der pädiatrischen Praxis, das sind vor allem die ehemaligen Säuglinge und Kleinkinder, die man jahrelang medizinisch betreut hat und die dann einfach bleiben. Was soll daran schwierig sein? Aus Sicht vieler Kolleginnen und Kollegen ist die Jugendmedizin die logische Folge ihrer eigentlichen Aufgabe. Sie sähen es lieber, wenn es für Jugendmedizin eine Zusatzbezeichnung gäbe, für die es einiger, aber nicht allzu vieler Zusatzqualifikationen bedarf. Doch Jugendmedizin ist eine Kernkompetenz der Pädiatrie und soll es bleiben. Aber die Jugendmedizin ist nach mehr als zwanzig Jahren noch immer kein fester Bestandteil der klinischen Weiterbildung. Noch immer können sich Pädiater vertiefte Kenntnisse und Fähigkeiten der Jugendmedizin fast ausschließlich nur durch Fortbildung aneignen. Die Diskussionen im Rahmen der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) ziehen sich. Die leitenden Ärzte aus kinder- und jugendmedizinischen Kliniken beklagen zu Recht die ständig anwachsende Fülle von Fachwissen in der Pädiatrie. Junge Mediziner sollen Psychosomatik, Genetik und vieles mehr lernen, wie sollen sie sich da auch noch gründliche Kenntnisse der Jugendmedizin aneignen? Zumal es schlichtweg an Lernmöglichkeiten mangelt, denn die Kliniken setzen vor allem auf Neonatologie, um wirtschaftlich zu

überleben. Jugendliche sind zumindest in den Kliniken die ungeliebten Waisenkinder der Medizin. Man kann es häufig schon am Gebäudeingang schwarz auf weiß lesen. „Kinderklinik“ steht da. Jugendliche kommen gar nicht erst vor.

Wie weit Jugendmedizin nun in die Novellierung der geplanten aber auch mehrfach verschobenen MWBO Einzug hält, ist kaum vorhersehbar. Die Interessen anderer Fachgruppen an dieser Klientel sind offensichtlich, eine Zuteilung der Jugendlichen zur Pädiatrie ist berufspolitisch in den eigenen Fachgruppen nicht zu vertreten. Also bleibt die Jugendmedizin weiterhin ein Zankapfel und eben sowohl in den Kliniken als auch in der MWBO auf der Strecke. Die Hoffnung, nach Jahren des Einsatzes des BVKJ für die Jugendmedizin würde sich diese in der Pädiatrie etablieren, hat sich nicht erfüllt. Daran hat auch die Umbenennung unseres Fachbereiches nicht wirklich etwas geändert.

Weimar bringt: Jugendmedizin in den Mittelpunkt

Aber wir haben es zum Glück selbst in der Hand, die Dinge zum Besseren zu wenden, die Jugendmedizin aus der Rolle als Anhängsel zu befreien und gemeinsam mit der Kinderheilkunde glaubhaft in den Mittelpunkt der Pädiatrie zu stellen.

Die Glaubwürdigkeit hängt vor allem an der Qualifikation aller Pädiater, die Jugendmedizin auch ohne spezielle Curricu-

la und ohne spezielle EBM-Ziffern betreiben. Vertiefte Kenntnisse und Fähigkeiten der Jugendmedizin eignet sich der Kinder- und Jugendarzt bei den Fortbildungsveranstaltungen des BVKJ an. Deshalb kommen Sie auch 2018 bitte wieder oder erstmals in die Weimarahalle. Um mehr Sonne aber auch mehr Distanz zum Winteralltag in den Praxen zu haben, haben wir die Kongresszeit verschoben: 13.-15. April.

Wir bieten Programme für Ärzte, MFAs und Familien, weitere Details finden Sie im Programmheft.

Nur wenn wir Jahr für Jahr einen Kongress Jugendmedizin wirtschaftlich anbieten können, können wir in den ärztlichen Körperschaften fordern: Jugendmedizin ist eine Kernkompetenz der Pädiatrie. Vielleicht kommt die Zeit, dass wir analog zu Sozialpädiatrie, die ebenfalls eine Kernkompetenz ist, für die Jugendmedizin auch eine Zusatzziffer erhalten. Sicher ist: die Zusatzziffer kommt nicht von selbst. Wir müssen sie uns erarbeiten. Wer nach Weimar kommt, tut nicht nur viel für seine individuelle Qualifizierung als Jugendmediziner oder -medizinerin, er oder sie hilft auch mit, die Jugendmedizin zum Erfolgsmodell der Pädiatrie zu machen. In diesem Sinne: Auf Wiedersehen in Weimar!

Korrespondenzadresse:

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

Red.: ReH

Der Lotse ist von Bord gegangen

Mit 88 Jahren hat sich unser Verleger Norbert Beleke in den Ruhestand verabschiedet. Norbert Beleke hat viele Jahrzehnte lang voller Umsicht und Tatkraft seine Verlagsgruppe, zu denen neben dem Verlag Beleke u. a. der Schmidt-Römhild-Verlag, Deutschlands ältestes Verlags- und Druckhaus, sowie der Nobel-Verlag, das Hansische Verlagskontor, die Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, die ELVIKOM Film-Verlag GmbH, und der Verlag Wendler in Aachen gehörte, geleitet. Mit Norbert Beleke geht eine herausragende Verleger-Persönlichkeit, ein glaubwürdiger, geschätzter, großzügiger und wirkungsvoller Ansprechpartner vor allem für den BVKJ. Vier Jahrzehnte lang waren BVKJ und Norbert Beleke eng miteinander verbunden.

Mitte der 50er-Jahre erschienen im Lübecker Hansischen Verlagskontor zum ersten Mal die „Mitteilungen für Kinderärzte“ der Abteilung für Berufsfragen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Damals gab es den eigenständigen Berufsverband noch nicht und auch der Beleke-Verlag hatte mit dem Lübecker Verlagshaus noch nichts zu tun. 1970 wurde dann der BVKJ gegründet, im selben Jahr erschien zum ersten Mal „der kinderarzt“ als Nachfolger der bisherigen Mitteilungen, 1980 übernahm der Beleke-Verlag das Hansische Verlagskontor. Seitdem sind Verlag und Verband über die Zeitschrift verbunden. Mit seinem verlegerischen Wissen hat Norbert Beleke die Arbeit der Redaktion all die Jahre unterstützt und das Erscheinen der Zeitschrift mit großer Tatkraft gesichert.

Unaufhörlich hat er sich für den BVKJ und vor allem für die Zeitschrift eingesetzt, er hat den Redakteuren die bestmöglichen Arbeitsbedingungen geschaffen,

damit diese gemeinsam mit den Autoren Monat für Monat ein gut gemachtes Blatt herausbringen konnten. Anders als in großen Medienkonzernen ging es unter Norbert Belekes Verlagsmanagement bei aller Professionalität immer auch freundschaftlich und familiär zu. Norbert Beleke war nahbar. Kein langes Warten in der Leitung, kein „Haben Sie denn überhaupt einen Termin?“, der Weg zu Norbert Beleke war kurz. Und wer mit ihm über BVKJ-



Anliegen sprach, konnte sicher sein, dass er gerne zuhörte und versuchte, alles in seiner Macht Stehende zu tun. Oft hörten die Anrufer dann sein im westfälischen Dialekt hervorgebrachtes „Ja, dann gucken wir mal.“ Man konnte sich sicher sein, dass dann der Weg fast schon frei war. Norbert Beleke hat viele Projekte mit Herzblut gefördert. Vor allem ist ihm der Medienpreis des BVKJ zu verdanken. Mit seinem Fachverstand und seiner großen Neugier auf gut gemachte journalistische Arbeiten hat er von Anfang an die Jury bereichert, als

Sponsor hat er die großzügige Dotierung des Medienpreises möglich gemacht.

Norbert Beleke hat ähnlich wie die britische Queen ihre Ministerpräsidenten viele BVKJ-Präsidenten kommen und gehen gesehen. Zu allen hatte er enge persönliche Verbindungen über die Jahre aufgebaut. Ich selbst kenne Norbert Beleke ebenfalls schon seit vielen Jahren, an mir ist es nun, diese Zeilen zu seinem Abschied zu schreiben. In den letzten Wochen und Monaten habe ich erlebt, mit wieviel Verantwortungsgefühl und Elan Norbert Beleke seine Nachfolge geregelt hat. Wir alle können nur ahnen, wie sich bei ihm der Schmerz des Loslassens mit der Erleichterung gemischt haben, eine gute Lösung für seine Verlage, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für uns Kinder- und Jugendärzte gefunden zu haben. Neuer Eigner der Beleke-Unternehmensgruppe ist seit Beginn des Jahres der Verleger Dr. Dirk Ippen. Die Mannschaft, vor allem Geschäftsführer Dr. Michael Platzköster und die Redaktionsassistentin Christiane Daub-Gaskow, bleibt und sorgt für Kontinuität. Norbert Beleke ist nun von Bord gegangen, der Verlags-Dampfer ist auf guten Kurs gebracht, unsere Zeitschrift und auch der BVKJ-Medienpreis werden weiter mit Hilfe des Verlages existieren. Die Achtung vor dieser Leistung ist groß.

Was bleibt? Unsere Dankbarkeit für die lange und fruchtbare Zusammenarbeit und die Hoffnung, dass uns Norbert Beleke als Freund des BVKJ auch in Zukunft erhalten bleibt.

Dr. Thomas Fischbach
Präsident des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte

Red.: ReH



Stiftung Kind und Jugend

**Unterstützen Sie mit einer Spende
Ihre Stiftung des Berufsverbands**

Stiftung Kind und Jugend e. V.

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE 79 3702 0500 0001 4074 41

Jetzt

Spenden

Kinder in einer digitalen Welt

Chancen und Risiken // Ein Bericht von UNICEF: „Zur Situation der Kinder in der Welt 2017“ beschreibt, wie Smartphones, Laptops, Computer und Internet weltweit das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verändert haben – und es in Zukunft weiter verändern werden – im Guten und im Schlechten.



Dr. Uwe Büsching

Die möglichen Chancen der Digitalisierung für Kinder

Kinder und Jugendliche selbst sehen das Internet fast immer als positiven Teil ihres Lebens an. Zu Recht? Im World Development Report der Weltbank 2016 heißt es: „In den Entwicklungsländern gibt es heute mehr Haushalte mit Mobiltelefon als mit elektrischem Strom oder sauberem Wasser. Fast 70 Prozent der ärmsten Menschen in den Entwicklungs-

ländern besitzt ein Mobiltelefon.“ Die ärmsten Familien, die an dieser Entwicklung nicht teilhaben, fallen noch weiter zurück, so die Analyse der Weltbank. Es bestehe die akute Gefahr, dass die Digitalisierung hier, anstatt gleiche Chancen zu eröffnen, Ungleichheit verschärfe.

Die Autoren des UNICEF-Berichts gehen von der Hypothese aus: „Benachteiligten Kindern – in Entwicklungs- wie in Industrieländern – kann die Vernetzung helfen, ihre Fähigkeiten zu entfalten und Armut zu überwinden. Die Digitalisierung ermöglicht Lernen von hochwertigen Inhalten ohne existierende Schulsysteme, informiert unabhängig von staatlich kontrollierten Medien, vermittelt Kontakte beruflich und privat. Doch die Erfahrungen können sich stark unterscheiden – je nach Bildung und Ausbildung, technischer Ausstattung, Sprache und Einkommen (Tab. 1). Hunderte Millionen Kinder sind vom Moment ihrer Geburt an in einen permanenten Strom digitaler Kommunikation und Vernetzung eingebunden. Die Digitalisierung prägt ihre Erfahrungen und eröffnet unbegrenzte Möglichkeiten.

Die Informationsarmen

Der UNICEF-Bericht bedauert, dass von den Vorteilen und Chancen der Digitalisierung längst nicht alle Kinder und Jugendlichen profitieren – in den Entwicklungsländern genauso wenig wie in Schwellen- oder in Industrieländern. Um die Chancen für alle zu realisieren, müssten für die anderen Millionen von Kindern technisch hochwertige Netze bereitgestellt werden. Wenn Kinder fortgesetzt am Internet nicht teilhaben könnten, würden sich soziale und ökonomische Ungleichheiten im Verhältnis Entwicklungsländer zu Industrieländern und zwischen den Schichten der Gesellschaften durch „Informations-Armut“ weiter verschärfen. Der Bericht nennt die Gestaltung der digitalen Welt für Kinder eine zentrale Zukunftsaufgabe. Kindern würden mit dem Ausbau der Digitalisierung zukünftig noch mehr digitale Geräte, auch mit künstlicher Intelligenz, Online-Plattformen und Anwendungen zur Verfügung stehen.

Digitale Gefahren

Ohne Unterbrechung steht ein Strom von Videos, Nachrichten in sozialen Netzwerken und eindrucksvollen Spielen zur Verfügung, Kontrolle ist kaum möglich. Während Kinder online sind, werden gleichzeitig Informationen über sie gesammelt. Eine Untersuchung von 2010 ergab, dass in zehn Industrieländern 81 Prozent der Kinder vor ihrem zweiten Geburtstag bereits einen „digitalen Fußabdruck“ hinterlassen hatten. Die Risiken, die ein solcher kaum noch zu löschender Abdruck im Netz langfristig für das Leben von Kindern und Jugendlichen haben kann, sind nur zu erahnen. Was man heute bereits weiß: Das Internet verstärkt auch traditionelle Risiken im Kindes- und Jugendalter besonders für diejenigen, die bereits in der realen Welt benachteiligt sind. Und



Foto: © Ilike - Fotolia.com

Digitalisierung kann helfen, Armut zu überwinden

es schafft neue Risiken. Forscher unterscheiden heute drei Arten von Online-Risiken: Inhalts-Risiken, Kontakt-Risiken und Verhaltens-Risiken, die es auch ohne Internet gab und gibt, die aber durch die Digitalisierung noch verstärkt werden. Sie bestehen potenziell für alle Kinder und Jugendlichen. Die Internet Watch Foundation registrierte allein im Jahr 2016 weltweit 57.335 Internetseiten mit kinderpornographischen Inhalten. 92 Prozent aller einschlägigen URLs waren in fünf Ländern ansässig: in Frankreich, Kanada, den Niederlanden, der Russischen Föderation und in den USA. Immerhin haben die Autoren registriert: „viele Eltern und Fachleute in hoch digitalisierten Ländern fürchten zudem um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern.“ Die Stiftung selbst sieht die Sicherheit und den Schutz der Privatsphäre der Kinder bedroht, auch weil für die meisten Heranwachsenden diese Gefahr abstrakt und damit nicht akut zu befürchten sei. Mehr Forschung sei notwendig, um besser zu verstehen, warum

diese potenziellen Risiken bei den einen zu Ausbeutung und Leid führen und bei anderen nicht.

Auch der UNICEF-Bericht widmet sich den Gefahren der Digitalisierung. Er fordert auf, sich verstärkt um die tieferliegende Verletzlichkeit (Gewaltandrohung, -erfahrung, Konfrontation mit ungewollten sexuellen Inhalte, Bullying und Bedrohungen der Person, der Familie) der betroffenen Kinder zu kümmern, um sie besser fördern und schützen zu können – in der Online- und in der Offline-Welt. Die Gefahren der Digitalisierung für Kinder, auch in Industriestaaten, werden in dem Bericht ebenso ausführlich beschrieben wie die Ohnmacht der Staaten und der Strafverfolgungsbehörden beim Schutz von Kindern und Jugendlichen durch Gefahren durch die Digitalisierung.

Kinderschutz

Die Autoren des UNICEF-Berichtes diskutieren Maßnahmen, um Kinder vor den Gefahren der Digitalisierung zu

schützen. Eine Zeitbegrenzung erübrige sich, laut UNICEF gibt es keine klar definierte Grenze, ab wann die Beschäftigung mit digitalen Inhalten Kindern und Jugendlichen schadet. Vielmehr sei „zu viel“ höchst individuell und hänge vom Alter der Kinder, ihren persönlichen Eigenheiten und ihrem Lebenszusammenhang ab. Online-Zeiten durch Verbote zu begrenzen sei nicht zielführend, als Belohnung einzusetzen aber nach derzeitigem Forschungsstand auch nicht. Demgegenüber seien mehr Aufmerksamkeit und Begleitung der vielversprechendere Weg. „Was die Kinder im Netz tun und mit welchen Inhalten sie sich dort beschäftigen, ist wichtiger als ausschließlich darauf zu schauen, wie lange sie am Bildschirm sitzen.“ Eine wichtige Maßnahme zur Risikoreduktion: „grundsätzlich müssen bei der Entwicklung digitaler Produkte die besonderen Bedürfnisse von Kindern beachtet werden. Alle, mit oder ohne Handicap, brauchen besondere Begleitung und Unterstützung, um sich in der digitalen

Welt zurechtzufinden. Technologischer Fortschritt allein reicht nicht – ebenso wichtig sind eigene Motivation, gut ausgebildete Lehrer und gute Pädagogik. Die Digitalisierung kann schlecht funktionierende Verwaltungen oder Ungerechtigkeiten beim Zugang zu Bildung nicht ausgleichen.“

„Ich denke, dass das Internet uns näher zu denen gebracht hat, die weit weg sind – und weg von denen, die nahebei sind.“ (16-j. Mädchen aus der Dem. Rep. Kongo)

Schwächen des UNICEF-Berichtes: jede Menge warme Worte, wenig Konkretes und eine Falschbehauptung

Die Behauptung der Autoren, das Ausmaß der Zeit, die Kinder an digitalen Endgeräten verbringen, sei bedeutungslos, mithin seien Einschränkungen pädagogisch unsinnig, steht im deutlichen Widerspruch zu den Ergebnissen der

BLIKK-Studie. Übermäßiger Medienkonsum korreliert sehr wohl mit Entwicklungsauffälligkeiten! Die Zeitbegrenzung ist damit ein äußerst wirksames Mittel, um die Gesundheit von Kindern wirksam zu schützen. Sie ist viel wirksamer, weil leichter umzusetzen, als Appelle an die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen.

Die Wünsche und Forderungen der Autoren des UNICEF-Berichts an Staat und Familie zum Kinderschutz entsprechen ansonsten dem aktuellen Wissensstand. Sie bleiben jedoch seltsam unkonkret.

So lautet ein Vorschlag: Kinder gehören ins Zentrum einer Digital-Politik.

„Bei der Entwicklung einer zukünftigen Digital-Politik müssten Kinder und Jugendliche gehört werden.“

Doch eine solche Digital-Politik muss erst entwickelt werden. Es gibt keine Einwände gegen die Partizipation von Kindern und Jugendlichen, aber was soll die Forderung nach Beteiligung, solange Digital-Politik nicht existiert?

Den drei Vorschlägen „**Kinder müssen vor Online-Gefahren geschützt werden**“, „**Die Privatwirtschaft muss**

ethische Standards und Praktiken vorantreiben“ und „**Die Privatheit und die Identität von Kindern müssen geschützt werden**“ wird niemand widersprechen. Berechtigt aber ist doch zu fragen, warum dies nicht schon längst geschieht? Die von den Autoren vorgetragenen Vorschläge sind so alt wie das Internet. UNICEF hat viel Einfluss, viel Akzeptanz, UNICEF hätte die Chance zu fordern, auch strafrechtliche Konsequenzen, anstatt nur lauwarm zu mahnen.

Der Vorschlag, „**Kinder müssen digitale Kompetenzen genauso wie Lesen, Schreiben und Rechnen lernen**“, ist nichts weiter als die kritiklose Übernahme einer unwissenschaftlichen Phrase, die nicht dadurch wahr wird, wenn Daxvorstände sie in jeder Talkshow wiederholen. Es ist zurzeit sehr umstritten, ab welchem Lebensalter Kinder befähigt sind, zu ihrem Vorteil mit dem Internet zu lernen. Bevor Lehrpläne für digitale Kompetenz gefordert werden, braucht es ganz viel und wohl auch teure Forschung. Im Interesse der Kinder ist diese Investition bei jährlich 20.000 Neuerkrankungen an Internetsucht angebracht.

Der letzte Vorschlag, der von allen Befürwortern der Digitalisierung vorgebracht wird und der bei UNICEF ganz am Anfang platziert ist, „**Alle Kinder müssen bezahlbaren Zugang zu qualitativ guten Online-Angeboten bekommen**“, ist erst dann zu unterstützen, wenn alle vorherigen Forderungen endlich realisiert sind. Allein die Kosten für den Internetzugang zu senken und mehr öffentliche Hotspots einzurichten, ist kein Kinderschutz!

Fazit: Wirklich konkrete zielführende Konsequenzen für den Kinderschutz nennt der UNICEF-Bericht nicht. Den seltsamen Verbleib im Vagen erklären die Autoren damit, dass es bereits zahlreiche internationale Instrumente, Richtlinien, Vereinbarungen und Prinzipien zur Freiheit des Internets, zu Netz-Neutralität, Zugang und Menschenrechten im Netz gebe. Es fehle eine grundsätzliche Übereinkunft, wie Kinder vor den Risiken der digitalen Welt geschützt und wie dessen Versprechungen und Chancen allen Kindern zugänglich gemacht werden können.

Dem Leitgedanken von UNICEF („Jedes Kind auf der Welt hat das Recht auf eine Kindheit – wir sind dafür da, dass aus diesem Recht Wirklichkeit wird.“)

Persönlicher Gewinn durch Digitalisierung?

- Ausschließlich offline bedeutet ausgeschlossen sein
- Sprachbarrieren verhindern Benefit
- Werkzeug versus Unterhaltung
- Qualität der Online – Erfahrungen
- Inhalte mit Bezug zur persönlichen realen Welt
- Fähigkeiten in digitaler Technik erhöht Einkommen

Tab. 1

Digitale Gefahren – Schaden eines Online-Lebens

- Verwertung privater Informationen für kommerzielle Zwecke
- Versagen traditioneller Schutzmaßnahmen
- Inhalte sind unwiderruflich im Netz
- Mobbing bis nach Hause
- potenziell gefährliche Kontakte, auch sexueller Art
- Verbreitung von Bildern Missbrauchter (sexuell, pornografisch, gewalttätig, etc.)
- Rassismus/ Diskrimination/ Hass-Propaganda
- Gesundheitsschädigende bzw. gefährliche Verhaltensweisen (selbstverletzendes Verhalten, Essstörung, Selbstmord, etc.)
- Nötigung zu Glücksspiel und Kommerz

Tab. 2

wird der Bericht nicht gerecht. Es ist unverständlich, warum UNICEF die Chance nicht ergriffen hat, mit dem Bericht auch wirksame Kinderschutzgesetze zu formulieren, um Kinder vor den Gefahren der vernetzten Welt zu schützen – notfalls auch gegen die Interessen der US-Regierung, des Präsidenten und von Google & Co. In der vorliegenden Version verharret der Bericht weitgehend bei einer rosa-roten Utopie: Digitalisierung ist für alle gut, wenn nur Eltern, Lehrer und Ärzte ein bisschen aufpassen, mit was sich die Kinder da stundenlang beschäftigen. Begleitende Kinderschutzgesetze zu Di-

gitalisierung oder selbst schon mögliche Strafverfolgung werden im Interesse eines Big-Data-Hype vernachlässigt. So ist der UNICEF-Bericht nicht viel mehr als eine Orientierung mit vielen guten Ansätzen und dem sicherlich wichtigen Appell, mehr zu forschen.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: ReH



Foto: © karelnoppe - Fotolia.com

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woebeling@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. 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@kth-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

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

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).
Druckauflage 12.700
lt. IVW IV 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

Bezugspreis: Einzelheft € 11,40 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 114,90 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland), Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Lovis Corinth, *Wilhelmine mit Ball*

Die Darstellung der sechsjährigen Wilhelmine wirkt durch die aufmerksam beobachtete Individualität des Mädchens. Mit weit geöffneten Augen sieht sie den malenden Vater und so den Betrachter offenherzig und zugleich gedankenverloren an. Der Kopf des Kindes hebt sich eindrucksvoll von dem dunklen Fenster des Bootshauses im mecklenburgischen Waren ab. Der Ball weist auf das verhinderte Spiel im Freien hin. Anhaltender Regen hatte den Maler veranlasst, den Tag im Haus zu verbringen. Wilhelmine trägt ein blau-weiß getupftes Kleid unter einem schwarz-weiß kariertem Mantel und einen großen gelben Strohhut. Verblüffend ist die damenhafte Pose des Mädchens, die durch den modischen Hut und die weiße Schleife im offenen roten Haar unterstrichen wird. Gesicht und Kleidung lassen eher an ein junges Mädchen an der Schwelle zum Erwachsenenalter denken. Die Lehne des Korbsessels und die Krempe des Hutes hüllen das Kind allerdings ein, ein Hinweis auf die Besitzerinstinkte des Vaters.

Corinth verstand sich als Figurenmaler, er porträtierte sich selbst und die Familie wiederholt, besonders während der Ferientage. Wilhelmine äußerte sich dazu später: „Das Stillsitzen für ein Bild, eine Radierung oder eine Zeichnung gehörte zu meinem Kinderleben. Es reihte sich mit ähnlicher Selbstverständlichkeit in den Ablauf der Tage wie Schule oder Spiel.“

In der Folge eines Schlaganfalls 1911 löste sich Corinths Malstil vom impressi-



Lovis Corinth, *Wilhelmine mit Ball*, 1915, Landesmuseum für Kunst und Kulturgeschichte Oldenburg

onistischen Frühwerk und gewann an expressiver Dynamik und Tiefe. Dies zeigt sich auch in der gesteigerten Emotionalität des vorliegenden Bildes.

Die Eltern des Künstlers besaßen in Ostpreußen eine Gerberei und einen größeren landwirtschaftlichen Betrieb. Für den jungen Lovis stand nicht von vornherein fest, Maler zu werden. „Fast jeden Monat hatte ich eine andere Leidenschaft, mein Leben einzurichten. Soldat, Matrose, vor allem Landwirt wechselten in buntem Reigen und heute wollte es das Schicksal, dass ich Maler werden wollte. Bei diesem Berufe verharrte ich nun treu und niemals

wollte ich es bereuen.“ Bald nach dieser Äußerung verkaufte der Vater sein Anwesen und zog mit dem Sohn nach Königsberg. Dort besuchte Lovis die Kunstakademie. Auf Empfehlung seines Lehrers Günther wechselte er 1880 nach München und schloss sich dort der Strömung des Naturalismus an, der sich gegen die klassische Historienmalerei durchzusetzen begann. 1892 wurde er Mitglied der Münchner Sezession. 1901 gründete er in Berlin eine Malschule. Charlotte Behrend wurde seine Schülerin, dann sein Modell, schließlich seine Ehefrau. In dem Porträt „Mädchen mit Stier“ lässt sich der gezähmte Bulle von dem Mädchen über ein rosa Band an einem Nasenring herumführen.

Corinth betätigte sich auch literarisch, seit 1906 schrieb er an einer Autobiographie, wei-

tere Schriftwerke erschienen sowie ein Lehrbuch der Malerei. 1919 ließ er sich am Walchensee nieder, wo zahlreiche Landschaftsbilder, Porträts und Stillleben entstanden. In der Nazizeit wurden seine späteren expressionistischen Werke als entartet geächtet.

Dr. Peter Scharfe
Kinder- und Jugendarzt
Wilhelm-Weitling-Str. 3
01259 Dresden

Red.: ReH

Buchtipps

Gerd Lehmkuhl, Fritz Poustka, Martin Holtmann, Hans Steiner (Hrsg.)
Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Hogrefe Verlag 2015, 402 Seiten,
 € 39,95, ISBN 978-3-8017-2538-9



Einklares, kompaktes Praxishandbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben die bewährten Autoren des zweibändigen „Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (2013) herausgegeben. Es eignet sich ebenso als aktuelle Einführung in das Fachgebiet wie auch zur raschen Orientierung im Praxisalltag – auch oder

gerade für Pädiater, denen als Primärarzt für Kinder und Jugendliche eine Schlüssel-funktion zukommt und denen häufig mit unter Umständen weitreichenden Folgen die Weichenstellung obliegt. Denn die Prävalenz psychischer Störungen ist groß – jedes achte Kind weist Verhaltensstörungen auf –, aber weniger als die Hälfte der beteiligten Kinder und Jugendlichen werden befriedigend behandelt. Für Psychologen, Pädagogen, Erzieher, Mitarbeiter von Beratungsstellen ist dies eine Herausforderung, die ein entsprechendes Wissen voraussetzt. Sicher könnten manche der Kinderange-messen von entsprechend geschulten Pädiatern behandelt werden, indes stirbt die ärztliche Psychotherapie auch in diesem Fachgebiet aus.

Nach einer Einführung in die allge-meinen theoretischen, diagnostischen und therapeutischen sowie rechtlichen Grund-lagen werden die häufigsten Bilder von Af-fektiven Störungen bis Zwangsstörungen von jeweiligen Spezialisten – insgesamt 28 Autoren – des Störungsbildes kurz und knapp vorgestellt. Mit jeweils ein oder zwei vorangestellten typischen Fallvignetten werden die Diagnosen eingeleitet, mit Ver-laufs- und Prognoseaspekten kommentiert und propädeutisch klassifiziert. Wichtige Hinweise sind als Merk-Kästchenfarbig unterlegt. Die jeweilige störungsspezifische Behandlung – heute das schulübergrei-fende Bindeglied zwischen den einzelnen Therapieformen – wird erläutert. Hilfreich ist ein den Kapiteln angeschlossenes Litera-turverzeichnis, gegliedert nach Literatur für

Ärzte und für Eltern, Lehrer und Erzieher. Empfehlungen zu Büchern für Kinder und Jugendliche und zu Bilderbüchern zu den einzelnen Störungsbildern sowie Webseiten und Internetforen runden die umfangrei-che Literatur ab.

Wie viele medizinische Fächer leidet auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend an Nachwuchsproblemen. Es wird sich, genau wie in der Pädiatrie, die Frage stellen, inwieweit der hohe Anspruch an eine flächendeckende fachärztliche Be-treuung auffälliger Kinder und Jugendli-cher ausgebaut oder wenigstens aufrecht erhalten werden kann. Umso wichtiger ist der politische Wille, in die Zukunft junger Familien zu investieren und die Primärprä-vention zu fördern: durch familienunter-stützende Maßnahmen und konkrete Hilfs-angebote auch finanzieller Art, sowie die Qualifizierung der Erzieher in Betreuungseinrichtungen von der Krippe bis hin zum Ausbau schulischer Sozialarbeit. Sonst klaf-fen Anspruch und Wirklichkeit noch weiter auseinander, als es gegenwärtig schon der Fall ist. Das Praxishandbuch kann und soll daher auch anderen Berufsgruppen helfen, sich mit Fragen der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auseinan-derzusetzen, um sie angemessen und be-dürfnisgerecht zu unterstützen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Stephan Heinrich Nolte

E-Mail: shnol@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

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im April 2018

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Ludger Roschinsky**, Bergneustadt, am 02.04.1953
 Herr **Ulrich Föllmer**, Rendsburg, am 02.04.1953
 Herr **Peter Kerb**, Oberhausen, am 05.04.1953
 Herr **Paul Volkwein**, Gelnhausen, am 05.04.1953
 Herr Dr. med. **Elias Assaf**, Recklinghausen, am 08.04.1953
 Herr Dr. med. **Jürgen Busse**, Berlin, am 09.04.1953
 Frau Dr. med. **Petra Fabri-Richters**, Wiesbaden, am 13.04.1953
 Herr Dr. med. **Ulrich Mehnert**, Garbsen, am 15.04.1953
 Frau Dr. med. **Rosa Schmidkonz**, Erding, am 15.04.1953
 Herr Dr. med. **Martin Schnittert**, Berlin, am 16.04.1953
 Frau Dr. med. **Gabriele Gallus-Jetter**, Berlin, am 21.04.1953
 Frau Dr. med. **Dorothea Kelly**, Oberursel, am 23.04.1953
 Herr Dr. med. **Helmut Barth**, Marburg, am 23.04.1953
 Herr Dr. med. **Josef Kriesmair**, Oberhaching, am 23.04.1953
 Herr Dr. med. **Gerd Schüßler**, Großostheim, am 25.04.1953
 Frau Dr. med. **Sylvia Schuster**, Düsseldorf, am 25.04.1953
 Herr Dr. med. **Martin Terhardt**, Berlin, am 25.04.1953
 Herr MR Dr. med. **Bernd Seybold**, Waldsassen, am 26.04.1953
 Herr Dr. med. **Martin Tiedgen**, Rosengarten, am 29.04.1953

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Dietmar Brüll**, Aachen, am 04.04.1948
 Frau Dr. med. **Rosemarie Berthold**, Köln, am 04.04.1948
 Herr Dr. med. **Bodo Skilandat**, Bad Windsheim, am 09.04.1948
 Herr Dr. med. **Michael von Schütz**, Illertissen, am 10.04.1948
 Frau Dr. med. **Christa Wulff**, Berlin, am 11.04.1948
 Herr **Detlev Geiß**, Köln, am 11.04.1948
 Herr Dr. med. **Lutz Müller**, Offenbach, am 18.04.1948
 Herr Dr. med. **Lutz-Dietmar Berger**, Molfsee, am 20.04.1948
 Frau Dipl.-Med. **Renate Schreiber**, Berlin, am 21.04.1948
 Frau **Gerda Markwart**, Dortmund, am 21.04.1948
 Herr Dr. med. **Hermann Gloning**, München, am 24.04.1948
 Herr **Ulrich Gidion**, Kiel, am 24.04.1948
 Frau Dr. med. Dipl.-Psych. **Marion Scupin**, Kiel, am 29.04.1948
 Frau Dr. med. **Eva-M. Spormann**, Schwelm, am 30.04.1948

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Michael Hohlfeld**, Berchtesgaden, am 02.04.1943
 Frau Dr. med. **Isolde Friedrich**, Glauchau, am 04.04.1943
 Frau Dr. med. **Renate Kruse**, Fellbach, am 04.04.1943
 Frau Dr. med. **Rosemarie Dreßen-Lentzen**, Erkelenz, am 05.04.1943

Frau Dr. med. **Brigitte Helff**, Frankfurt, am 09.04.1943
 Frau Dr. med. **Birgit Walther**, Owschlag, am 10.04.1943
 Herr Dr. med. **Oskar Stierkorb**, Bexbach, am 11.04.1943
 Herr Dr. med. **Konrad Stumpf**, Ahrensburg, am 11.04.1943
 Herr Dr. med. **Klaus Vormbrock**, Dortmund, am 12.04.1943
 Frau Dr. med. **Annette Speidel**, Aalen, am 13.04.1943
 Frau Dr. med. **Mira Dorcsi-Ulrich**, München, am 18.04.1943
 Frau Dr. med. **Gunda Wersche**, Bad Homburg, am 19.04.1943
 Herr Dr. med. **Dieter Ernst**, Heidelberg, am 23.04.1943
 Frau Dr. med. **Karla Dieterich**, Berlin, am 25.04.1943
 Herr Dr. med. **Wolfgang Braun**, Wangen, am 26.04.1943
 Herr Dr. med. **Albrecht Klinghammer**, Chemnitz, am 26.04.1943
 Frau MU Dr. **Monika Amlung**, Chemnitz, am 27.04.1943
 Herr Dr. med. **Konrad Drews**, Tübingen, am 28.04.1943
 Frau Dr. med. **Marlene Voigtsberger**, Erfurt, am 30.04.1943

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Hans-Henning Koch**, Hamburg, am 01.04.1938
 Herr Dr. med. **Faruk Ömer Erdem**, Izmir, am 01.04.1930
 Herr Dr. med. **Otto Oertel**, Metzingen, am 01.04.1928
 Frau Dr. med. **Türkan Schnieders**, Geilenkirchen, am 01.04.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Kurt Baerlocher**, St. Gallen, am 02.04.1935
 Herr Dr. med. **Johann Uhl**, Gräfelfing, am 02.04.1938
 Herr SR Dr. med. **Roland Busch**, Rostock, am 02.04.1937
 Herr Dr. med. **Arnold Vahle**, Landshut, am 03.04.1933
 Herr Dr. med. **Udo Kalbe**, Neustadt, am 04.04.1937
 Frau Dr. med. **Renate Köhler**, Eisenach, am 04.04.1931
 Herr Dr. med. **Heinz Wilutzky**, Bad Kreuznach, am 05.04.1924
 Herr Dr. med. **Rudolf Schlanstedt**, Goslar, am 06.04.1927
 Herr Dr. med. **Theophil Schleihauf**, Ilvesheim, am 06.04.1934
 Herr MR Dr. med. **Horst Meyer**, Berlin, am 07.04.1935
 Herr Dr. med. **Edward Jung**, Mölln, am 07.04.1923
 Herr Priv.Do. Dr. **Heinz G. Terheggen**, Köln, am 10.04.1935
 Frau Dr. med. **Ursel Hergenhan**, Leipzig, am 13.04.1938
 Herr Dr. med. **Bernhard Bucke**, Erlangen, am 13.04.1932
 Herr Dr. med. **Rüdiger Lorentzen**, Hannover, am 16.04.1938
 Herr Dr. med. **Peter Stankowski**, Bergisch Gladbach, am 17.04.1938
 Frau Dr. med. **Susanne Fleischmann**, Köln, am 18.04.1936
 Frau Dr. med. **Ursula-Ruth Bauch**, Chemnitz, am 19.04.1935
 Frau Dr. med. **Gudrun Scharifi**, Mariental, am 19.04.1938
 Herr Dr. med. **Robert Hoyer**, Lauterbach, am 20.04.1938
 Frau Dr. med. **Gisela Feldheim**, Kronshagen, am 21.04.1930
 Herr Dr. med. **Karsten Schlez**, Neustadt, am 21.04.1938
 Herr Dr. med. **Edgar Gruber**, Berlin, am 22.04.1937
 Frau Dr. med. **Anke Althaus**, Schrecksbach, am 22.04.1935
 Herr Dr. med. **Khosrow Amirpour**, Wolfsburg, am 23.04.1936
 Herr Dr. med. **Volker Jährig**, Limbach-Oberfrohna, am 24.04.1936
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Landzettel**, Darmstadt, am 25.04.1934
 Herr Dr. med. **Jörg Woweries**, Berlin, am 28.04.1936
 Herr Dr. med. **Horst Lison**, Hemmingen, am 28.04.1934
 Frau Dr. med. **Rodica Draia**, Duisburg, am 29.04.1935
 Herr Dr. med. **Johann Schwenk**, Achern, am 29.04.1931
 Herr Dr. med. **Klaus Gritz**, Bleckede, am 29.04.1936
 Frau Dr. med. **Margrit Esklony**, Suderburg, am 30.04.1934
 Herr Dr. med. **Hans-Gernot Bohlmann**, Mönchengladbach, am 30.04.1935

5.-6. Mai 2018

7. Motivationsworkshop

„Sprung in die Praxis“, Berlin
 Info: Dr. Steffen Lüder, Berlin
 (www.sprung-in-die-praxis.de)

Im Monat Januar durften wir 102 neue Mitglieder begrüßen.

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



Bayern

Frau **Daniela Angelova**
Frau **Ann-Kathrin Schmidt**
Herrn **Gerald Staudacher**



Bremen

Herrn **André Meine**



Hamburg

Herrn Dr. med. **Thorsten Eichler**
Frau Dr. med. **Ann Meyer**
Frau Dr. med. **Claudia Rüde**



Niedersachsen

Frau **Maryam Sadat Hakamiha**



Nordrhein

Herrn **Sven Quilitzsch**
Frau **Debora Trautmann**



Rheinland-Pfalz

Frau **Nicole Bähr**



Sachsen

Frau Dr. med.
Susanne Hammermüller
Herrn Dr. med. **Frank Heinke**



Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. **Elke Böhme**



Thüringen

Frau **Julia Rönnefarth-Fröbel**



Westfalen-Lippe

Frau **Julia Trachternach**

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

13.-15. April 2018

24. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Auskunft: ⑤

5. Mai 2018

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

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms

Auskunft: ①

1.-2. Juni 2018

**28. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt
des BVKJ LV Thüringen**

Leitung: N.N.

Auskunft: ①

22.-24. Juni 2018

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

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

Auskunft: ⑤

und

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

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen

Auskunft: ⑤

13.-14. Juli 2018

**Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg
des BVKJ LV Baden-Württemberg**

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

Auskunft: ③

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen/Dr. Stefan Renz, Hamburg/
Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe/Dr. Volker Dittmar, Celle

Auskunft: ②

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald

Auskunft: ①

11.-14. Oktober 2018

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

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

Auskunft: ⑤

3. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

Auskunft: ①

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

Auskunft: ③

30. November-1. Dezember 2018

8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

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

Auskunft: ①

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

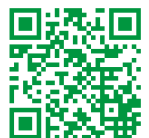
⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

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

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

GSKs tetravalente Influenza-Vakzine jetzt auch für Säuglinge ab 6 Monate zugelassen

- Wirksamkeitsstudien zeigen Effektivität vor allem bei schwerer Influenza
- Sicherheit und Verträglichkeit vergleichbar mit anderen Kinderimpfstoffen
- Tetravalente Grippe-Impfung von der STIKO empfohlen



Der tetravalente Grippe-Impfstoff von GSK (Influsplit Tetra) hat nun auch die Zulassung für die Grippe-Impfung von Säuglingen und Kleinkindern erhalten. Diese Indikationserweiterung ermöglicht es nun, bereits ab einem Alter von 6 Monaten gegen vier Virustypen der Grippe zu schützen. Kinder spielen eine entscheidende Rolle bei der Übertragung und Verbreitung der Influenza.

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit wurde in zwei kontrollierten, multinationalen, verblindeten, randomisierten Phase-3-Studien mit Säuglingen und Kleinkindern zwischen 6 und 35 Monaten (N=12.018)¹ bzw. mit Kindern in einem Alter von 3 bis 8 Jahren (N=5.168)² untersucht. Neben der ärztlichen Diagnose wurde der Nachweis einer Influenza-Infektion im Nasenabstrich laboridiagnostisch bestätigt. Es konnte gezeigt werden, dass die Influenza-Impfung mit Influsplit Tetra 49,8 % der Säuglinge und Klein-

kinder zwischen 6 und 35 Monaten und 59,3 % der Kinder im Alter von 3 bis 8 Jahren schützen kann. Besonders bemerkenswert war, dass 63,2 % aller Säuglinge und Kleinkinder zwischen 6 und 35 Monaten und 73,1 % der Kinder zwischen 3 und 8 Jahren vor einer moderaten bis schweren Grippe-Erkrankung geschützt werden konnten. Dabei war die Reaktogenität und Sicherheit der Grippe-Impfung bei Kindern vergleichbar mit anderen Kinderimpfungen, die in den entsprechenden Altersgruppen zum Einsatz kommen und die als Impfkontrolle dienten.

Vor allem bei jüngeren Kindern besteht ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe einer Influenza. Moderate bis schwere Influenza äußert sich durch mindestens eines der folgende Symptome: Fieber von über 39°C, akute Otitis media, Infektion/Manifestation in den unteren Atemwegen (einschließlich Kurzatmigkeit, Krupp, pfeifender Atem, Lungenstauung, Bron-

chiolitis, Bronchitis, Pneumonie) oder diagnostizierte Komplikationen der Influenza (Myositis, Myokarditis, Anfälle oder Enzephalitis).

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat Anfang Januar ihre Influenza-Impfempfehlungen konkretisiert und empfiehlt nun einen tetravalenten Grippe-Impfstoff mit aktueller, von der WHO empfohlener Antigenkombination anstelle der bisher verwendeten trivalenten Impfstoffe.³ Tetravalente Impfstoffe enthalten die Antigene beider ko-zirkulierender B-Linien, so dass eine breitere Abdeckung aller kursierenden Grippeviren möglich ist. In Deutschland zeigt sich derzeit eine B-Linien-Diskrepanz, das heißt, dass alle aktuell virologisch untersuchten Proben bei Influenza B der Linie angehörten, die nicht durch Dreifach-Impfstoffe abgedeckt wird: Influenza B-Yamagata. Influenza B-Viren (mit 98 % aus der Yamagata-Linie) sind seit der 40. KW 2017 mit 74 % die am häufigsten identifizierten Influenzaviren, gefolgt von Influenza A(H1N1)pdm09-Viren mit 22 % und Influenza A(H3N2)-Viren mit 4 %.⁴

Quellen

- 1 Schuind A et al., Abstract ESP17-0277; <https://www.gsk-med.de/produkte/influsplit-tetra/fachartikel.html>; <http://espid2017.kenes.com/Documents/ESPID17%20abstracts.pdf> (S. 230); Data on file
- 2 Jain V et al., N Engl. J Med 2013;369(26):2481-91
- 3 Robert Koch-Institut; Epidemiologisches Bulletin 2/2018 vom 11.1.2018; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/02_18.pdf?__blob=publicationFile
- 4 Robert Koch-Institut; Wochenbericht 05/18, Datenstand 6.2.2018

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Berufsorientierung mit ADHS – neue Plattform für Jugendliche

Website zur Unterstützung junger ADHS-Patienten // Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) benötigen Unterstützung, um ihren Alltag erfolgreich zu meistern. Das gilt insbesondere für den Übergang von der Schule ins Berufsleben. Neben Eltern, Lehrern und Berufsberatern können jetzt auch betreuende Ärzte und Therapeuten die Jugendlichen mit einem gezielten Informationsangebot dabei unterstützen, selbst aktiv zu werden: Seit Jahresbeginn ist der ADHS-Ausbildungskompass online, die erste Internet-Plattform zum Thema Berufswahl und Ausbildung, die speziell die Bedürfnisse von Jugendlichen mit ADHS berücksichtigt und so die Lücke zu allgemeinen Ratgeberseiten schließt.

Die Website unter www.adhs-ausbildungskompass.de richtet sich primär an junge Menschen mit ADHS ab einem Alter von ca. 14 Jahren. Die interaktive Plattform bildet die verschiedenen Phasen der Berufsorientierung ab – von der Auseinandersetzung mit persönlichen Interessen, Stärken und Schwächen über die Praktikumswahl bis hin zu unterschiedlichen Ausbildungs-

Themen-bereiche erhalten und direkt bei den für sie relevanten Inhalten einsteigen können. Unterstützendes Material zum Download wie Checklisten oder Mustervorlagen für die Bewerbung bieten den Jugendlichen zusätzlich einen praktischen Mehrwert.

Der ADHS-Ausbildungskompass ist ein Projekt im Rahmen der 2011 von Shire Deutschland GmbH gestarteten

ADHS und Zukunftsträume

Die Informationskampagne ADHS und Zukunftsträume unter der Schirmherrschaft von Bundesfamilienministerin a. D. Renate Schmidt schafft Aufmerksamkeit für die Situation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. ADHS und Zukunftsträume



möglichkeiten sowie dem Ausbildungsalltag selbst. „Der ADHS-Ausbildungskompass schließt die Lücke im bestehenden Informationsangebot und bietet den Betroffenen einen hohen praktischen Nutzwert“, betont die Präsidentin des Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverbands (BLLV), Simone Fleischmann. Denn zielgruppengerechtes Screendesign und Benutzerfreundlichkeit sorgen dafür, dass die Jugendlichen einen schnellen Überblick über die angebotenen

Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“, die sich u. a. für eine bessere Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS einsetzt. Zum Start der Website bietet Shire den behandelnden Ärzten ein Paket mit Servicematerialien an. Dazu zählen u. a. Info-Flyer für Jugendliche mit ADHS bzw. für ihre Eltern. Praxisposter, die auf die neue Internet-Plattform aufmerksam machen, runden das Angebot für die Fachkreise ab.

wurde initiiert von der Shire Deutschland GmbH in Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfeverband ADHS Deutschland, der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte und dem Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV). Mehr Informationen unter www.adhs-zukunftstraume.de.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Erster tetravalenter Grippeimpfstoff für Kinder ab 6 Monate zugelassen: Vaxigrip Tetra® von Sanofi Pasteur

Sanofi Pasteur, die Geschäftseinheit Impfstoffe von Sanofi, gibt heute bekannt, dass ihr neuer tetravalenter Grippeimpfstoff Vaxigrip Tetra® ab sofort in Deutschland auch für Kinder ab 6 Monate zugelassen und verfügbar ist. Damit können alle Menschen ab 6 Monate mit Vaxigrip Tetra geimpft werden.

Tetravalente Grippeimpfstoffe bieten momentan den breitesten Grippeimpfschutz, da neben den beiden Influenzavirus A-Stämmen auch beide zirkulierenden Influenzavirus Typ B-Linien enthalten sind. Damit sind alle Geimpften bestmöglich vor einer Grippeinfektion geschützt. Vaxigrip Tetra® ist als Fertigspritze in der 1er und 10er Packungen lieferbar.

Über tetravalente Grippeimpfstoffe

Tetravalente Grippeimpfstoffe schützen vor vier Subtypen des Influenzavirus: zwei A-Stämme und zwei B-Linien (B/Victoria und B/Yamagata). Sie stellen damit den derzeit bestmöglichen Schutz vor einer Influenzainfektion dar.

In Deutschland hat die STIKO am 14. November 2017 ihre Influenzaimpfempfehlung präzisiert und eine eindeutige Empfehlung für den Einsatz tetravalenter Influenzaschutzimpfstoffe ausgesprochen.¹ Diese Empfehlung gilt für alle Personen, denen von der STIKO zur saisonalen Influenzaschutzimpfung geraten wird. Eine ausführliche wissenschaftliche Begründung für diese Entscheidung wird im Januar 2018 im Epidemiologischen Bulletin publiziert. Mit dieser Publikation tritt die Empfehlung der STIKO offiziell in Kraft.¹ Damit wird ein neuer medizinischer Standard für die Influenzaschutzimpfung festgelegt. Sanofi Pasteur begrüßt diese Entscheidung, da tetravalente Influenzaimpfstoffe den aktuell bestmöglichen Impfschutz vor einer Influenza bieten.²

Die WHO schließt tetravalente Grippeimpfstoffe in ihre Empfehlungen ein, mit dem Kommentar „Tetravalente

Grippeimpfstoffe, die möglicherweise einen größeren Schutz gegen Influenza-B-Viren bieten können, werden verfügbar sein und Empfehlungen sollten sich nicht auf trivalente Grippeimpfstoffe beschränken.“ Aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens hätte die Verwendung von tetravalenten statt trivalenten Grippeimpfstoffen zu einer weiteren Reduzierung von bis zu 1,6 Millionen Grippeerkrankungen, 37.300 Krankenhausaufenthalten bedingt durch Grippe und 14.800 Todesfällen in Zusammenhang mit Grippe in der EU in einem Jahrzehnt führen können.³

Sanofi Pasteur unterstützt Grippeimpfschutzprogramme und engagiert sich für die Entwicklung von Impfstoff-Lösungen passend zur Epidemiologie der Grippe.

Über Vaxigrip Tetra®

Vaxigrip Tetra® ist ein Grippeimpfstoff mit vier Influenzavirus-Subtypen, der - wie von der WHO empfohlen - zwei A-Stämme (A/H1N1 und A/H3N2) und zwei B-Linien (B/Victoria und B/Yamagata) des Grippevirus⁴ enthält. Vaxigrip Tetra® ist die neueste Ergänzung im Portfolio der Grippeimpfstoffe, die in Val de Reuil, Frankreich, von Sanofi Pasteur hergestellt wird.

Über Grippe

Saisonale Influenza oder Grippe ist eine akute durch Influenzaviren hervorgerufene Virusinfektion, die leicht von Mensch zu Mensch übertragen werden und das ganze Jahr über weltweit zirkulieren. Eine unkomplizierte Grippeinfektion wird durch plötzlich auftretendes Fieber, Husten (meist trocken), Kopfschmerzen,

Muskel- und Gelenkschmerzen, schweres Unwohlsein, Halsschmerzen und eine laufende Nase begleitet. Die meisten Menschen erholen sich von Fieber und anderen Symptomen innerhalb einer Woche, aber der Husten kann zwei oder mehr Wochen bestehen bleiben.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden die jährlichen globalen Grippe-Infektionsraten auf 5-10 % bei Erwachsenen und 20-30 % bei Kindern geschätzt.⁴ Grippe ist ein ernstes Problem des öffentlichen Gesundheitswesens, das schwere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalt und Tod vor allem bei Hochrisikogruppen (sehr junge, ältere oder chronisch kranke Menschen) verursacht. Weltweit führen jährliche Grippeepidemien zu drei bis fünf Millionen schweren Erkrankungen und 290.000 – 650.000 Todesfällen.² In Deutschland infizieren sich pro Jahr etwa 5-20% der Bevölkerung.⁵

Quellen:

- https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Vorabinformation_Grippeimpfung.html
- WHO Influenza Factsheet: Influenza (Seasonal). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>
- Uhart M, et al. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Hum Vaccin Immunother.* 2016 11:1-10.
- WHO. Weekly epidemiological record – Vaccines against influenza WHO position paper, 87, No. 47 p461-476. November 23, 2012. Available at: <http://www.who.int/wer/2012/wer8747/en/>
- RKI. RKI-Ratgeber für Ärzte: Influenza (Teil 1): Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren. 2016.

Nach Informationen von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit- gliederservice/Organisation:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Gremien/Funktionsträger

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

Politische Referentin des BVKJ in Berlin:

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de