

bvkJ.

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

Heft 6/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Berufsfragen:

Neue Kinderrichtlinien

Forum:

Wellcome-Umfrage:
Was Mütter sich wünschen

Fortbildung:

Kopfschmerzen:
Angemessen managen!

Magazin:

ADHS und Delinquenz:
Präventiv einsperren?

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Jugendliche mit ADHS

S. 416

Inhalt 6 | 16

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

Berufsfragen

- 353 **Editorial – Geänderte Kinderrichtlinien**
Ronald G. Schmid
- 358 **Ärztstatistik**
Wolfram Hartmann
- 360 **Pro ÖGD**
Gabriele Trost-Brinkhues
- 362 **Ungenutzte Spielräume in der pädiatrischen Privatabrechnung**
Marcus Heidemann
- 366 **Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber, Teil 4**
Christian Krapohl
- 372 **Mukoviszidose-Screening**
Olaf Sommerburg, Burkhard Lawrenz
- 374 **Kinderreha**
Alwin Baumann
- 376 **Wahlergebnis**
- 377 **Hebammen: Wie frei sind sie in ihrer Beratung?**
Juliane Netzer-Nawrocki
- 378 **Asthmatherapie**
Grit Heinicke-Peljak

Fortbildung

- 380 **Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Schlüsselaspekte guter Praxis**
Michaela Bonfert, Mirjam N. Landgraf, Iris Hannibal, Thyra Langhagen, Lucia Gerstl, Beate Kusser, Florian Heinen
- 390 **Highlights aus Bad Orb: Tuberkulose im Kindesalter**
Folke Brinkmann
- 396 **consilium: Bakterielle Komplikationen nach einer RSV-Infektion?**
Johannes Forster
- 398 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Sandra Pehle
- 401 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Forum

- 405 **Fakten-Check von wellcome**
- 406 **Vermischtes**
- 407 **PraxisApp**
- 408 **Weiterbildung**
Folkert Fehr
- 410 **Impfaufklärung, eine gemeinsame Aufgabe**
Martin Terhardt
- 411 **Kommentar zum Suchtmittelreport der BZgA**
Uwe Büsching
- 412 **Regionale Unterschiede bei der Kinder- und Jugendhilfe**
- 412 **Impressum**
- 414 **Kinder richtig operieren**
- 415 **Neue Leitlinie für Mandelentzündungen**

Magazin

- 416 **Jugendliche mit ADHS**
Kirsten Stollhoff
- 420 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 421 **Personalia**
- 422 **Pädindex**
- 424 **Nachrichten der Industrie**
- 429 **Wichtige Adressen des BVKJ**



s. S. 414 + 415

Den Beilagenhinweis finden Sie auf Seite 377.

Editorial ● ● ●

Geänderte Kinderrichtlinien

Das neue Früherkennungs-Untersuchungsheft für Kinder ab dem 3. Quartal 2016

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach Beschlüssen zu den geänderten Kinderrichtlinien 18.06.2015 und zum Mukoviszidose-Screening am 20.08.2015, am 19.05.2016 den Beschluss zur Dokumentation und Einführung des neuen Früherkennungsprogramms U1 bis U9 (Abb. 1) gefasst (www.g-ba.de).

Vorgeschichte und Historie

45 Jahre nach der Einführung des blauen Vorsorgeheftes am 01.01.1971 wurde somit erstmals eine grundlegende Überarbeitung des nicht mehr zeitgemäßen Früherkennungsprogramms für Kinder vorgenommen. Die Beratungen zur Neufassung dauerten über 10 Jahre. Bestandteil dieser Beratungen waren auch die zahlreichen Modifikationen des Früherkennungsprogrammes von 1971 bis 2010 (Tab. 1).

Mit über 5 Millionen Untersuchungen von der U1 bis U9 pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland und einer Beteiligungsrate von 97 Prozent (KiGGS-Studie) ist das Früherkennungsprogramm für Kinder ein im Vorsorgebereich einmaliges Erfolgsmodell. Nach der KiGGS-Studie nehmen 81 Prozent aller Kinder an allen Vorsorgeuntersuchungen U3 bis U9 teil. Es ist davon auszugehen, dass die Quote sowohl bei der U1 und U2, die fast ausschließlich in den Kliniken stattfinden, als auch bei den anderen Vorsorgen nach Einführung der verpflichtenden Teilnahme in fast allen Bundesländern eher noch höher liegt.

Der GBA als juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V hat unter Beteiligung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Patientenvertretung in damit elfjähriger Tätigkeit ein nicht in allen Punkten, aber weitgehend konsentiertes Konzept vorgelegt. Z.B. konnte die Einführung der Fragebögen zur Früherfassung psychosozialer, emotionaler und kognitiver Auffälligkeiten, trotz massiven Widerstandes der KBV und des Protestes aller pädiatrischen Verbände, auch der Kinder- und Jugendpsychiater, nicht durchgesetzt werden.

Das neue Kinderuntersuchungsheft ab 01.07.2016

Das neue Kinderuntersuchungsheft wird (vorbehaltlich Ministerunterschrift) zum 01.07.2016 eingeführt.

Folgende Rahmenbedingungen sind angeordnet:

- Die neuen Hefte werden ab Juni 2016 an die Praxen und Kliniken ausgeliefert.
- Die alten Hefte werden durch die Praxen und Kliniken entsorgt.
- Das Früherkennungsprogramm besteht weiter aus 10 Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9 incl. U7a). Der jetzige Beschluss umfasst noch nicht die Früherkennungsuntersuchungen oberhalb von 6 Jahren, insbesondere auch nicht die J1.
- Die Zeitpunkte und Zeiträume zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen bleiben unverändert.
- Auch bei Frühgeborenen sind die Untersuchungszeiträume einzuhalten. Die Frühgeburtlichkeit wird bei der Beurteilung der Zeiträume berücksichtigt (Beschluss vom 18.06.2015 B I § 2). Dies erfordert z. B. bezüglich der Entwicklung eine Alterskorrektur.
- Wesentliche Inhalte des Früherkennungsprogrammes bleiben gleich. Es besteht aber eine stärkere Ver-



Prof. Dr.
Ronald G. Schmid

01.01.1971	U1-U7 blaues Heft
01.01.1977	U 8 (4 Jahre)- seitdem gelbes Heft
01.01.1981	U 9 (5 Jahre)
01.01.1992	Vitamin K Prophylaxe
01.01.1996	Hüftsonographie- Screening
01.10.1998	J 1 (12-14 Jahre)
1999/ 2005	Erweitertes Stoffwechselscreening (BY-D)
01.07.2008	Einführung U 7a (3 Jahre)
01.01.2009	Hörscreening
18.06.2015	Neues Früherkennungsprogramm- GBA
20.08.2015	Mukoviszidose- Screening
20.10.2015	Änderung § 26 SGB V= Neue Untersuchungen?
19.05.2016	Beschluss des GBA zur Einführung der Inhalte des neuen Gelben Heftes

Tab. 1: Einführung der Modifikationen des Früherkennungsuntersuchungsprogrammes für Kinder in der Bundesrepublik Deutschland vom 01.01.1971 bis zum 19.05.2016.

bindlichkeit der vereinbarten Maßnahmen. Zahlreiche Untersuchungen sind stärker strukturiert und in den Durchführungsbestimmungen enger gefasst.

- Das Mukoviszidose-Screening wird mit der Einführung des neuen Kinderuntersuchungsheftes neu eingeführt.
- Bei der ersten anstehenden Früherkennungsuntersuchung bis zur U6, aber auch bei allen Neugeborenen wird ab 01.07.2016 das neue Heft ausgegeben. Dokumentationen in das alte Kinderuntersuchungsheft sind nach dem 01.07.2016 ungültig und dürfen nicht zur Abrechnung gebracht werden.
- Ab der U7 wird es selbstklebende Einlagehefter geben, die in das alte Früherkennungsheft eingeklebt werden müssen. Die Dokumentation aller Früherkennungsuntersuchungen nach dem 01.07.2016 hat in dem neuen Einlagehefter zu erfolgen.
- Eine besondere Neuerung ist die Einführung einer Teilnahmekarte. Die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung ist immer gleichzeitig in der Teilnahmekarte zu dokumentieren. Die Eltern sind aufgefordert das Untersuchungsheft zukünftig nicht mehr bei Einrichtungen (Schule, Krippe, etc.) vorzulegen. Die Teilnahmebestätigung (bundesweit verschiedene gesetzliche Regelungen) wird durch die Vorlage der Teilnahmekarte möglich. Die Teilnahmekarte ist prinzipiell Bestandteil des Früherkennungsheftes, kann aber herausgetrennt werden.

Mit einer herausnehmbaren Teilnahmekarte erhalten die Eltern eine neue Möglichkeit, beispielsweise gegenüber Kindergärten nachzuweisen, dass die Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen wurden, ohne dabei die vertraulichen Informationen zu Entwicklungsständen und ärztlichen Befunden des Kindes weiterzugeben.

Die Struktur der Früherkennungsuntersuchungen

Im neuen Kinderuntersuchungsheft wurden wegen der hohen Akzeptanz des Programms in der Bevölkerung möglichst wenige äußerliche Veränderungen durchgeführt, bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung und in einigen Punkten auch Anpassung an den Zeitgeist. Diesen Forderungen trägt der neue Aufbau der Früherkennungsuntersuchungen Rechnung. Die U1 weicht etwas von diesem Konzept ab, da Übereinstimmung bestand, dass bei der U1 nur die dringendsten medizinisch nötigen Untersuchungen durchgeführt werden sollen, um der besonderen Situation von Mutter und Kind um die Geburtsphase herum Rechnung zu tragen. Alle Vorsorgeuntersuchungen haben folgenden Aufbau:

- **Elterninformation** Die Elterninformation für das ganze Heft und dann zu jeder einzelnen Früherkennungsuntersuchung wurde nach umfangreichen Beratungen neu eingeführt, um den Eltern die spezifischen Anliegen zur anstehenden Untersuchung zu erklären.
- **Anamnese** Die Anamnese wurde gegenüber dem früheren Untersuchungsheft eher reduziert. Eine

Dokumentation zu den Punkten muss nur erfolgen, wenn Auffälligkeiten bestehen.

- **Orientierende Beurteilung der Entwicklung** In Anlehnung an das Grenzstein-Prinzip wurden in der Neufassung entwicklungsrelevante Items zwischen der 90. und 95. Perzentile auf der Basis einer internationalen Literatur-Studie ausgesucht und nach ausgiebiger Prüfung in das Konzept aufgenommen. Es ist verpflichtend, jedes dieser Items zu überprüfen. Bei Auffälligkeiten (es ist mit einer Quote von 15-20 Prozent über die gesamten Bereiche zu rechnen) ist der auffällige Befund durch eine erweiterte Diagnostik im kurativen Bereich abzuklären. Bestandteil der orientierenden Beurteilung der Entwicklung ist eine Beobachtung der Interaktion, wobei auch hier, je nach Untersuchungssituation, ergänzende Befragungen nötig werden können. Die Liste der Items wurde bereits im Kinder- und Jugendarzt März 2015 bei der Veröffentlichung des IVAN-Papiers publiziert. Bei Auffälligkeiten wird die Durchführung einer Basis-Diagnostik z.B. entsprechend dem IVAN-Papier empfohlen. Die orientierende Beurteilung der Entwicklung ist nur dann auffällig, wenn abgefragte Items nicht erfüllt werden. Nur dies ist zu dokumentieren.
- **Untersuchung** Anschließend erfolgt die klinische Untersuchung. Diese ist gegenüber der Vorfassung eher reduziert. Auch hier sind nur Auffälligkeiten zu dokumentieren. Es besteht eine Möglichkeit einzutragen, wenn Eltern unzufrieden mit der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes sind.
- **Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion** Dieses Kriterium wurde neu eingeführt. Dabei werden von der U3 bis zur U6 folgende Reaktionen während der Vorsorgeuntersuchung beobachtet und beurteilt:
 - Stimmung / Affekt
 - Kontakt / Kommunikation
 - Regulation / Stimulation
 - Ab der U7 wird im Rahmen der orientierenden Beurteilung der Entwicklung ein Item „Interaktion/Kommunikation“ eingefügt.
- **Beratung** Die Beratungsinhalte sind in den verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen unterschiedlich. Sie sind verbindlich vorgegeben und müssen vorgenommen werden. Nur wenn eine erweiterte Beratung erforderlich ist, ist eine Dokumentation vorzunehmen.
- **Ergebnisse** Der Ergebnisteil ist neu strukturiert. Er umfasst zunächst die Dokumentation von auffälligen anamnestischen Erkenntnissen und die Beurteilung der Entwicklungseinschätzung sowie die Dokumentation der Körpermaße. Das **Gesamtergebnis wird zusammengefasst**:
 - Keine Auffälligkeiten
 - Auffälligkeiten zur Beobachtung
 - Weitere Maßnahmen vereinbart
 Es folgt dann eine Check-Liste zu den bei der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung anstehenden ergänzenden Untersuchungen und die Möglichkeit

Bemerkungen einzutragen. Ebenso sind die nächsten Termine in (Impftermine und nächste Früherkennungsuntersuchung) einzutragen.

- **Nachtragungen** Das gesamte Früherkennungsheft ist so aufgebaut, dass nur Auffälligkeiten und besondere Befunde zu dokumentieren sind. Falls das Kind unauffällig ist, beschränkt sich die Dokumentation auf die orientierende Beurteilung der Entwicklung, die Körpermaße, das Gesamtergebnis, Terminvereinbarungen, das Ausfüllung der Teilnehmerkarte und den Stempel mit Unterschrift und Datum.

Achtung

Eine Besonderheit ist die Dokumentation zur zahnärztlichen Beratung bzw. zum Verweis an den Zahnarzt. Von der U5 bis zur U7 ist dies kein Pflichtfeld und muss nur bei Auffälligkeiten angekreuzt werden. Abweichend vom Gesamt-System des Früherkennungsprogrammes muss von der U7a bis zur U9 zur Erfüllung der Pflichtdokumentation angekreuzt werden, dass auf die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen beim Zahnarzt aufmerksam gemacht wurde.

An diesem Punkt liegt eine Unlogik der Dokumentation vor. Bei der U5 bis zur U7 ist nur bei Auffälligkeit anzukreuzen, ab der U7a bis zur U9 ist der „Verweis zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung“ obligat zur Erfüllung der Leistungsvorschrift zu dokumentieren.

Besondere Neuregelungen

Mukoviszidose-Screening

Mit dem neuen Kinderuntersuchungsheft wurde das Screening auf Mukoviszidose eingeführt welches zusammen mit dem Stoffwechselscreening in den ersten 4 Lebenswochen durchgeführt wird. Die Inzidenz der Mukoviszidose liegt bei 1 zu 3300, sodass mit knapp 200 Fällen pro Jahr zu rechnen ist. (s. Beitrag von Dr. Lawrenz in diesem Heft).

Die Hördiagnostik

Die Hördiagnostik wurde gegenüber dem alten U-Heft nach der erfolgreichen Einführung des Hörscreenings reduziert. Es wird lediglich für die Kinder, die in den ersten Lebensjahren eine Hörstörung entwickeln (vorwiegend genetische-, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten) bei der U8 ein Hörscreening mit dem Screening-Audiometer mit 5 Frequenzen von 0,5-6 kHz vorgeschrieben. Dabei müssen mindestens 4 Lautstärken von 20-50 dB geprüft werden. Wenn 2 Bereiche auffällig sind, ist eine erweiterte Diagnostik erforderlich.

Screening auf Sehstörungen

Neu und verbindlich geregelt wurde das Screening auf Sehstörungen. Bei der U2 und U3 ist eine Prüfung im durchfallenden focussierten Licht vorgeschrieben. Dabei wird aus 10-30 cm vom Auge entfernt mit dem

Ophthalmoskop die Transilluminationsfähigkeit zur Diagnostik einer Trübung der brechenden Medien geprüft. Sinn dieser Maßnahme ist die frühe Erkennung angeborener Katarakte.

Von der U4 bis zur U7 ist der Brückner-Test sowohl 10 – 30cm vor dem Auge als auch aus 3-4 Metern Entfernung mit dem Ophthalmoskop in einem abgedunkelten Raum durchzuführen. Die Pupillen müssen seitengleich aufleuchten. Auffällig ist jeder Seitenunterschied, jede Verschattung, der fehlende Rot-Reflex bzw. ein gelb-weißer Reflex. Ziel ist es Strabismus, Anisometropie und Transilluminationsauffälligkeiten zu entdecken. Auch eine Prüfung der Blickfolge ist vorgesehen. Ab der U7a ist neben der Untersuchung des Auges ein Stereotest (der schon länger in der Pädiatrie verwendete Langtest zum Beispiel) und ein Sehtest mit beidseitigem und rechts-/links Sehen mit Okklusion eines Auges durchzuführen z. B. (H-Test, Landoltringe). Falls ein auffälliger Befund vorliegt ist eine erweiterte ophthalmologische Untersuchung erforderlich. **Optotypen sind verpflichtender Bestandteil der Untersuchungen, die vielfach noch verwendeten Kinderbilder sind nicht zugelassen.**

Die Stuhlfarb-Tafel

Seit der Bekanntgabe im Jahr 2015 ist die Einführung einer Farbtafel zur Erkennung der Stuhlfarbe (Abb. 1) ein viel umstrittenes Thema in pädiatrischen Kreisen. Grundlage der Einführung ist allerdings die schlechte Evidenz einer spontanen Abfrage ohne vergleichbare Farbkarte oder Prüfung des Stuhls ohne Farbkarte zur Früherkennung einer Gallengangsatresie. Im Idealfall kann die Stuhlfarbkarte anhand vorhandenen Stuhles selbst vergleichend eingesetzt werden, es besteht aber auch die Möglichkeit die Eltern nach der Stuhlfarbe zu fragen. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Einführung der Farbkarte sich die bisher lückenhafte Diagnostik deutlich verbessert.

Die Impfberatung

Ab der U3 ist eine verpflichtende Impfberatung vorgesehen. Die Beratung hat sich an den Vorgaben der GBA- Impfpfählung zu orientieren. Falls Abweichungen zu den STIKO-Impfpfählungen bestehen, kann dies den Eltern dargelegt werden. Relevant sind nur die von den Krankenkassen finanzierten Impfpfählungen des G-BA.

Vergütungen

Die Anpassung der Vergütung der neuen Früherkennungs-Untersuchungen ist bei Redaktionsschluss noch nicht geregelt. Der BVKJ fordert eine zeitnahe Anpassung der Vergütung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) seit Herbst 2015 ein. Rein formal juristisch haben Kassen und KBV im Bewertungsausschuss (BWA) nach In-Kraft-Treten eines neuen GBA-Beschlusses 3 Monate Zeit, sich auf eine Höhe der Vergütung zu einigen. Sie werden von den kassenärztlichen Vereinigungen aber auch vom BVKJ unterrichtet werden, sobald ein entsprechender Beschluss gefasst ist.



Abb. 1: Die Verwendung einer Stuhlfarbkarte ist mit der Einführung des neuen Früherkennungsheftes verbindlich

Qualitätskontrolle und Evaluation

Die Qualität und die Zielerreichung der überarbeiteten Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 werden anhand einer repräsentativen Stichprobe evaluiert. Beispielsweise soll untersucht werden, inwieweit Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden können. Der G-BA wird spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie ein unabhängiges wissenschaftliches Institut mit der Evaluation beauftragen.

Zukunftsentwicklungen

Im Herbst 2015 hat der Gesetzgeber beschlossen, dass auch Vorsorgeuntersuchungen über das 6. Lebensjahr hinaus nach § 26 SGB V durchgeführt werden können. Dies ist eine Neuregelung. Es ist zu erwarten, dass im Rahmen der zukünftigen Beratungen des GBA eine Anpassung an die neue Gesetzeslage erfolgt. Ob dies wie in vielen Selektivverträgen des BVKJ zur Einführung einer U10, U11 und J2 führt ist derzeit nicht vorhersehbar.

In Bayern wird derzeit eine Erweiterung des Stoffwechsel-Screenings von 14 Krankheiten um 11 weitere Krankheiten als Modell-Versuch durchgeführt. Zur Hypertyrosinämie Typ 1 ist schon eine Stellungnahme auf der GBA-Homepage hinterlegt.

Weiterhin wird derzeit bundesweit intensiv die Einführung eines Pulsoxymetrie-Screenings zur Früherkennung von lebensbedrohlichen Herzfehlern diskutiert.

Umsetzung in der Praxis

Die neuen „Gelben Hefte“ werden den Geburtskliniken, Kinderarztpraxen und Hebammen rechtzeitig mit dem Inkrafttreten zur Verfügung gestellt.

Ab diesem Stichtag ist zu beachten:

- Für Neugeborene dürfen die bisher geltenden Hefte nicht mehr ausgegeben werden.
- Kinder erhalten bis zur U6 zusätzlich ein neues „Gelbes Heft“.
- Befunde aus dem bisher verwendeten Kinderuntersuchungsheft sind nicht zu übertragen.
- Ab der U7 wird die Ärztin oder der Arzt die Ergebnisse auf Einlegeblättern dokumentieren, die in das vorhandene Heft eingeklebt werden.
- Die Teilnahmekarten und die Einlegeblätter für die neuen U7 bis U9 werden zeitgleich mit den neuen Heften zur Verfügung gestellt.

Wir werden Ihnen in den nächsten Heften entsprechend der weiter verfügbaren Informationen über den Fortgang der Neu-Einführung berichten.

Mitarbeit

*Dr. Hermann-Josef Kahl,
Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
(beratende Vertreter des KBV im G-BA),
Dr. Reinhard Bartetzky (Sprecher Honorarausschuss),
Dr. Burkhard Lawrenz (Sprecher Ausschuss Prävention und Frühtherapie)*

*Für die Autoren:
Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Vizepräsident BVKJ
84503 Altötting
E-Mail: bvkj@schmid-altoetting.de*

Red.: WH

Ärztestatistik zum 31.12.2015

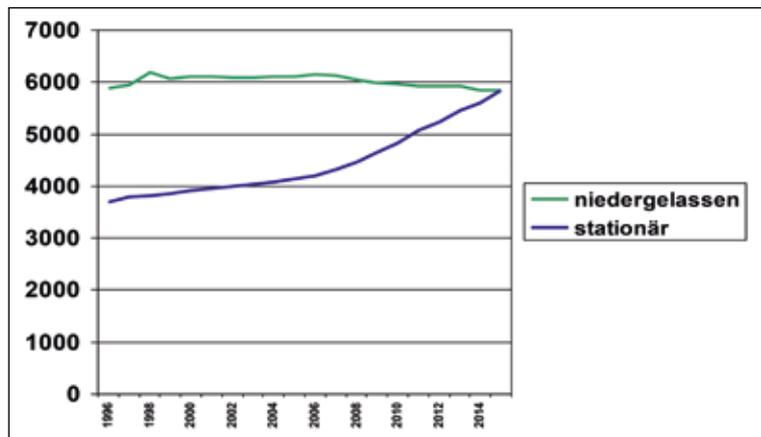


Abb. 1: Entwicklung der Zahl der berufstätigen Kinder- und Jugendärzte (niedergelassen und stationär) seit 1996

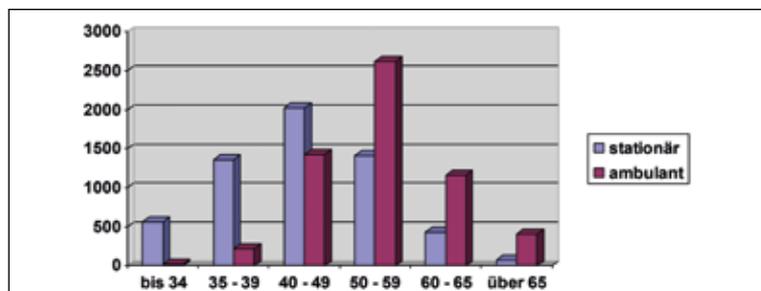


Abb. 2: Altersverteilung der berufstätigen Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2015 in Klinik und Praxis

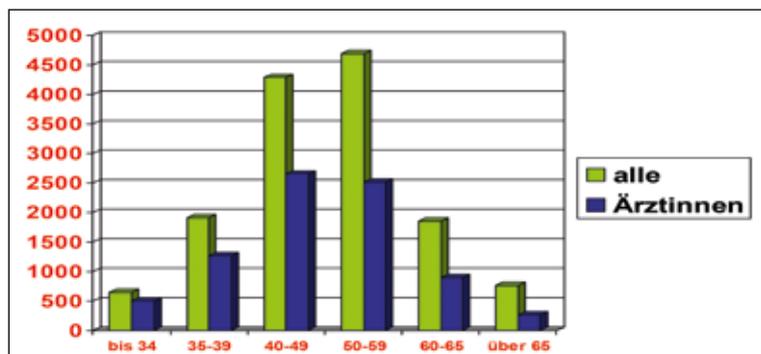


Abb. 3: Altersverteilung der Kinder- und Jugendärzte (alle und Ärztinnen) am 31.12.2015

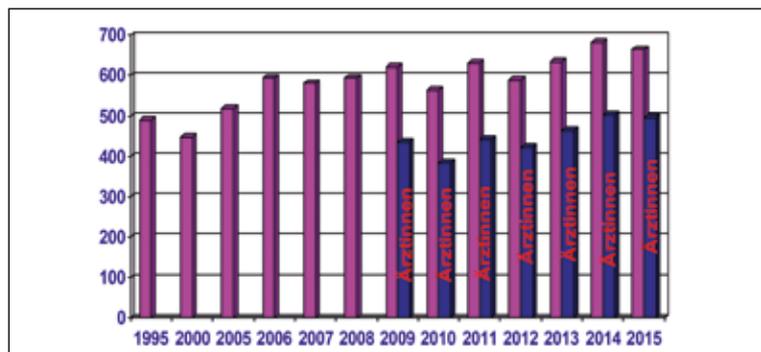


Abb. 4: Entwicklung der Facharztanerkennungen in der Kinder- und Jugendmedizin von 1995 bis 2015

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im April die aktuelle Ärztestatistik veröffentlicht. Insgesamt gab es zu diesem Zeitpunkt **371.102 berufstätige Ärztinnen und Ärzte**. Die **Kinder- und Jugendärzte** stehen mit **14.162** an 6. Stelle der Gesamtärztestatistik, in der Ärztinnenstatistik nach Allgemeinmedizin (20.143), Innerer Medizin (18.106), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (11.668) sowie Anästhesiologie (9.632) mit **8.115** an 5. Stelle.

Bei den Facharztanerkennungen sieht es folgendermaßen aus:

Gebiet	Gesamtzahl	Kolleginnen
Innere Medizin	1.701	1.010 (59 %)
Allgemeinmedizin	1.337	901 (67%)
Anästhesie	1.130	565 (50 %)
Orthopädie und Unfallchir.	911	219 (24 %)
Frauenheilk. und Geburtsh.	681	578 (85%)
Kinder- u. Jugendmedizin	664	497 (75%)
Psychiatrie u. Psychother.	509	295 (58%)
Neurologie	485	304 (63%)
Radiologie	408	169 (41%)
Augenheilkunde	276	170 (62%)

Tab. 1: Facharztanerkennungen der zehn am meisten gewählten Fachgruppen 2015

Die Kinder- und Jugendmedizin steht auch hier insgesamt an sechster Stelle, bei den Kolleginnen erneut an fünfter Stelle. Bei Umfragen unter Medizinstudenten wurde die Kinder- und Jugendmedizin nach der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin an dritter Stelle der gewünschten Fachrichtungen genannt.

Insgesamt berufstätig	14.162 (8.115 ♀, 6.047 ♂)
Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte	5.838 (- 0,2 % gegenüber 2014)
Stationär tätige Kinder- und Jugendärzte	5.853 (+ 4,6 % gegenüber 2014)

Tab. 2: Anzahl Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2015 (+ 3,14 % gegenüber 2014)

Abb. 1 zeigt die dramatische Veränderung der Tätigkeitsfelder der Kinder- und Jugendärzte seit 1996 an. Während 1996 noch 5.594 Kinder- und Jugendärzte als **niedergelassene** Vertragsärztinnen und Vertragsärzte tätig waren, hatte sich diese Zahl zum 31.12.2015 **um 56 auf 5.838** reduziert, wohingegen die Zahl der im

Klinikbereich tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht mitgerechnet) von ursprünglich 3.692 um 2.160 auf 5.853 Kolleginnen und Kollegen erhöht hat. Hier spielen natürlich geänderte Tarifverträge und Arbeitszeitregelungen eine entscheidende Rolle.

Allerdings darf nicht vergessen werden, dass sich immer mehr früher unter stationären Bedingungen erfolgte Behandlungen in den ambulanten Bereich verschoben haben und dass das Aufgabengebiet der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sich durch neue Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Selektivverträge und neue Morbiditäten ganz erheblich erweitert hat. Und auch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte haben einen Anspruch auf geregelte Arbeitszeiten und Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

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

Die Abb. 2 und 3 zeigen die Altersverteilung der Kinder- und Jugendärzte, die Abb. 4 noch einmal die Entwicklung der Facharztanerkennungen seit 1995 und die Abb. 5 die Tätigkeitsbereiche der Kinder- und Jugendärzte. Wichtig ist hier die Beobachtung, dass die Zahl der in der Praxis angestellten Kolleginnen und Kollegen seit

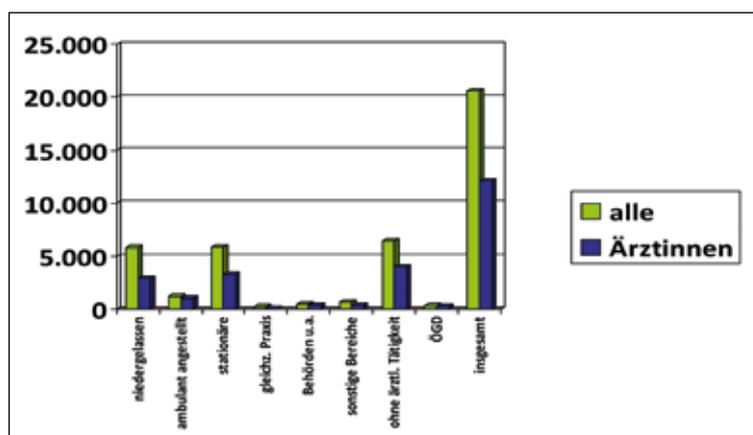


Abb. 5: Kinder- und Jugendärzte am 31.12.2015 nach Tätigkeitsbereichen

Jahren wächst, es sind inzwischen 1.266. Dieser Trend wird sich insbesondere bei den Kolleginnen fortsetzen, die bereits jetzt 82 % der in den Praxen angestellten Pädiater (ohne Weiterbildungsassistenten) ausmachen.

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Optionen pädiatrischer Tätigkeit ● ● ●

Teil 2 – Pro ÖGD



Dr. Gabriele
Trost-Brinkhues

- Interesse an Bevölkerungsmedizin, Public Health, Sozialpädiatrie, Kindern und Jugendlichen mit Handikap, psychosozialer Benachteiligung, Infektionsschutz? Interesse am Blick vom Individuum auf eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen?
- Sie überwinden bürokratische Hürden, nutzen Ihre Kenntnisse der Unterstützungsmöglichkeiten im System und begleiten z.B. Kinder mit Behinderungen und deren Eltern über die gesamte Kindheit und Jugend bis in das Erwachsenenalter.
- Dann lassen Sie sich begeistern von der Arbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im ÖGD!

Während des Studiums und auch in der Facharztausbildung ergibt sich selten die Gelegenheit, die breite Aufgabenpalette eines Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJGD)/des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) insgesamt kennenzulernen. Alle Kolleginnen und Kollegen, die aus unterschiedlichen Gründen zumindest einen Teil ihrer fachärztlichen Tätigkeit im KJGD gearbeitet haben, waren erstaunt über die Vielfältigkeit der Tätigkeit, die Möglichkeiten und die spannende Vernetzungsarbeit.

Bestürzung rufen die Mengen der psychosozial benachteiligten, auch der schlecht- oder unversorgten Kinder, hervor. Je nach Schwerpunkten in den einzelnen Diensten spannt sich der Bogen der Tätigkeiten von „Frühen Hilfen“, aufsuchende Arbeit, Sozialpädiatrie pur, Betreuung von Kindertagesstätten und Schulen, Entwicklungsscreening und –diagnostik, begutachtende Aufgaben nach Sozialgesetzbüchern bis hin zu einer unterschiedlich ausgebauten Prävention und Gesundheitsförderung im sogenannten „Setting“, also den Kindertagesstätten und Schulen.

Insbesondere die Beratung, Begleitung und Schulung der Pädagogen aus Familienzentren, Kindertagesstätten und Schulen, auch andere Multiplikatorenschulungen sind eine sehr befriedigende und spannende Aufgabe. Nicht wenige Kolleginnen mit einem in sich ruhenden Selbstbewusstsein und großer Empathie haben mit sehr viel Freude die Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst schätzen gelernt.

Die grundsätzlichen Aufgaben und Ziele der Arbeit im KJGD lassen sich wie folgt beschreiben:

- **Individualmedizinische Aufgaben**
Hierunter ist insbesondere die fachärztliche Untersuchung des einzelnen Kindes oder Jugendlichen hinsichtlich seiner körperlichen und psychischen

Entwicklung und evtl. Beeinträchtigung zu verstehen. Die derzeit aus vielen Ländern hinzukommenden Kinder und Jugendlichen sind eine besondere Herausforderung. In Kenntnis von Anamnese und Untersuchung beraten die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte die Kinder und Jugendlichen von Geburt bis zur Volljährigkeit und ihre Eltern in allen Fragen der Schulgesundheit, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Bei individuell erforderlicher/ besonderer Förderungsnotwendigkeit werden mit Einverständnis der Eltern die betreuenden Erzieherinnen und Lehrer in die Beratung mit einbezogen. Dies ist vor allem dann erforderlich, wenn es sich um Kinder mit besonderen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen und/oder chronischen Erkrankungen handelt. Ein Bereich, der dringend der guten Vernetzung von Grundversorgern und dem kinder- und jugendärztlichen Dienst/schulärztlichen Dienst bedarf.

- **Sozialkompensatorische Aufgaben**
Neben der eigentlichen Diagnostik erfüllen die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen zudem eine wichtige sozialkompensatorische Rolle: Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit leisten diese Untersuchungen vor und in Kindertagesstätten und Schulen einen unersetzbaren Beitrag zur Prävention durch die frühzeitige Identifikation von Kindern mit Präventions- und Förderbedarf unabhängig von ihrer sozialen Herkunft. Hier kommt der aufsuchenden Arbeit und der Vernetzung mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen eine besondere Bedeutung zu. Trotz aller Bemühungen fallen etwa ein Drittel dieser benachteiligten Kinder immer noch durch das Netz der Primärversorgung.
- **Bevölkerungsmedizinische (epidemiologische) Aufgaben**
Die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen des ÖGD liefern wichtige Daten für die Gesund-

heitsberichterstattung, um gesundheitsrelevante Sachverhalte und Trends aufzuzeigen. So lässt sich einerseits die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit sehr unterschiedlicher Beeinträchtigung beschreiben. Andererseits wird insbesondere die Notwendigkeit intensiver Betreuung von Kindern aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Bildungsferne, Armut) mehr als deutlich. Sozialraumbezogen lassen sich Präventions-, Versorgungs- und Handlungsbedarfe bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen beschreiben, spezifische kommunale Notwendigkeiten identifizieren und für die gezielte Arbeit vor Ort nutzen.

• „Betriebsmedizinische“ Aufgaben

Die Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und jugendärztlichen Gesundheitsdienstes beraten zudem die Eltern, aber auch die Träger von Einrichtungen/Schulen zur kindgemäßen „Arbeitsplatz“-Gestaltung in der Schule. Hierzu gehören Fragen des Infektionsschutzes, zur Unfallverhütung sowie zu baulichen und hygienischen Anforderungen und individuellen Förderanforderungen (durch besondere, z.B. visuelle Hilfen, pflegerische Hilfen...) vor allem bei der Inklusion förderbedürftiger bzw. behinderter Kinder. In den meisten Gesetzen sind die Tätigkeiten

des Schularztes im ÖGD verankert und diese Aufgaben detailliert beschrieben.

Im Folgenden möchte ich beispielhaft einen Teil möglicher Ergebnisse präsentieren, um zu verdeutlichen, welchen unschätzbaren Wert z.B. die Vollerhebung bei der Schuleingangsuntersuchung hat.

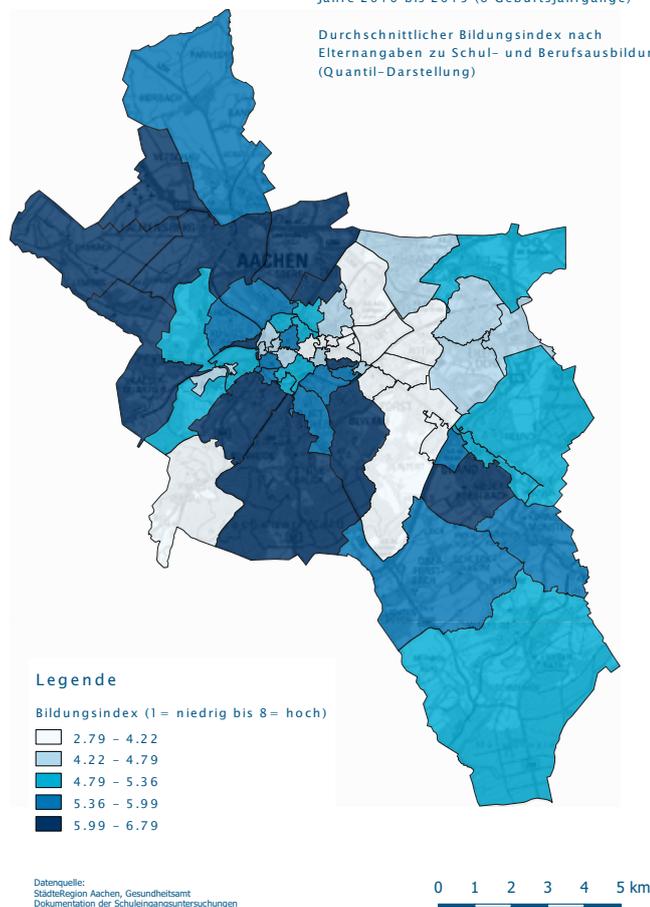
Besonders auffällig wird der Zusammenhang von Bildung und Kindesentwicklung (Abb. 1 und 2) bzw. der Gesundheit in allen Facetten. In den meisten Bundesländern wird wie in NRW ein sog. Bildungsindex als höchster Schul- und Ausbildungsabschluss in der Familie des Kindes ermittelt. Betrachtet man die Ergebnisse der standardisiert durchgeführten Schuleingangsuntersuchung mit insgesamt 27 Einzelparametern (von ca. 300 erfassten Items), insbesondere des sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings zum Schulbeginn, so werden neben den individuellen Ergebnissen auch die sozialräumlichen Zusammenhänge augenfällig.

Fazit:

Sie glauben, dies gibt es nur in wenigen Kommunen? Nein, Sie irren, lassen sie sich in Ihren Qualitätszirkeln

Auswertung der Schuleingangsuntersuchung der Jahre 2010 bis 2015 (6 Geburtsjahrgänge)

Durchschnittlicher Bildungsindex nach Elternangaben zu Schul- und Berufsausbildung (Quantil-Darstellung)



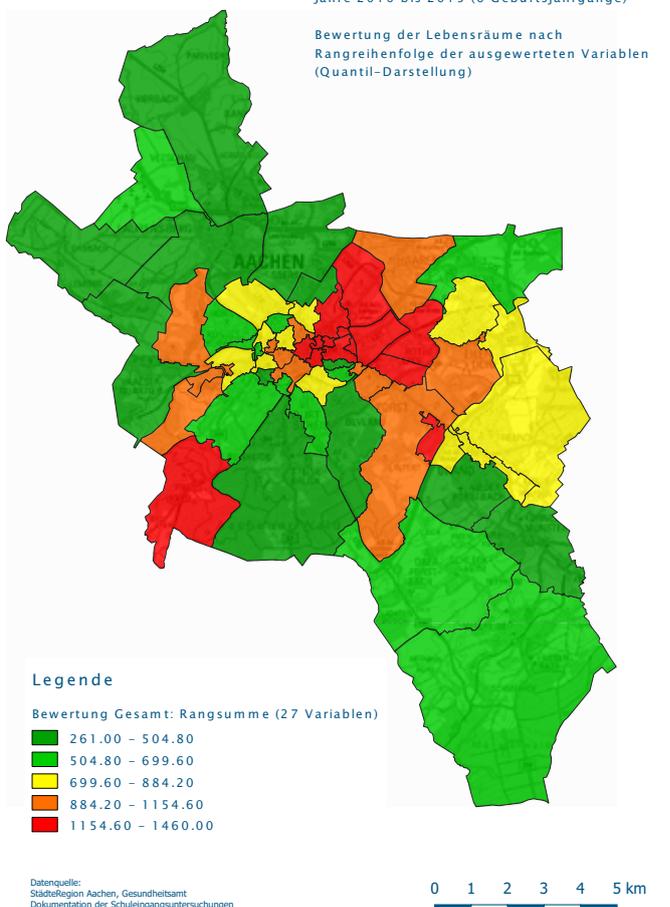
Datenquelle: Städteregion Aachen, Gesundheitsamt, Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen



Abb. 1: Bildungsscore der Eltern von Kindern zum Schulbeginn: niedrigste Schul- und Berufsausbildung in den hellen Bezirken

Auswertung der Schuleingangsuntersuchung der Jahre 2010 bis 2015 (6 Geburtsjahrgänge)

Bewertung der Lebensräume nach Rangreihenfolge der ausgewerteten Variablen (Quantil-Darstellung)



Datenquelle: Städteregion Aachen, Gesundheitsamt, Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen



Abb. 2: Ergebnisse des sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings zum Schulbeginn (SOPESS): schwächste Ergebnisse in den „roten“ Bezirken.

die Daten aus Ihrer Kommune zeigen, sie werden sich wundern.

Die Arbeit im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst einer Kommune ist eine befriedigende und sehr vielfältige Tätigkeit, eine Alternative zu Klinik und Praxis, die Sie kennen lernen sollten.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues

Gesundheitsamt Städte Region Aachen, 52078 Aachen

E-Mail: Dr.G.Trost-Brinkhues@t-online.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Ungenutzte Spielräume in der pädiatrischen Privatabrechnung



**Dr. Marcus
Heidemann**

Wie bereits bekannt, ist mit einer Novellierung und Anpassung der GOÄ an die Entwicklung der Medizin in dieser Legislaturperiode des Bundestages aus verschiedenen Gründen nicht mehr zu rechnen. Die Ärzteschaft wird noch über einen längeren Zeitraum mit der alten GOÄ arbeiten müssen. Daher lohnt es sich, neben der Beschäftigung mit den Ziffern selbst, auch den Paragrafenteil nicht aus den Augen zu verlieren.

Gab es in der Amtlichen Gebührenordnung von 1924 noch Abrechnungsspannen, die teilweise bis zum 20-fachen des Mindestsatzes gesteigert werden konnten, sah die folgende Gebührenordnung von 1965 noch eine Steigerung auf den 6-fachen Satz vor. In der jetzigen GOÄ gibt es noch die Möglichkeit, bis zum 3,5-fachen zu steigern. Allerdings wird hiervon nur noch sehr wenig Gebrauch gemacht, sondern meist pauschal in Höhe des Regelsatzes abgerechnet. Von vielen Praxen wird somit in zahlreichen Fällen mögliches und berechtigtes Honorar nicht abgerechnet und somit oft Geld verschenkt, denn gerade in der Pädiatrie gibt es oft Situationen, die eine Steigerung auch über den Regelsatz rechtfertigen.

Anwendung von Steigerungsfaktoren

Aufgrund dieser Bestimmungen steht es den Ärzten zu, den Abrechnungsfaktor einer Leistung gemäß den beschriebenen Anforderungen festzulegen. Dabei sind alle Faktoren, die bei der Erbringung einer Leistung relevant sind, gemeinsam zu beurteilen und dann in einem Faktor für jede einzelne Leistung festzulegen. Da dies in der Praxis sicherlich oft schwierig ist, ist in den meisten Rechnungen oft eben nur der Regelsatz zu finden, dass heißt in den meisten Fällen der 2,3-fache Satz, bei bestimmten Leistungen der 1,8-fache, bzw. bei Laborleistungen der 1,15-fache Satz.

Oberhalb des Regelsatzes wird zudem eine Begründung notwendig, damit der Patient erkennen kann, worin die besondere Schwierigkeit einer Leistung lag. Dies ist aber weder an einen besonderen Katalog von Begründungen gebunden, noch gibt es standardisierte Vorgaben, wann welche Leistung zu steigern ist. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der Ärzte z. B. einen bestimmten Faktor nicht als Steigerungsgrund anführt, bedeutet nicht, dass der einzelne Arzt dies eben nicht nach „billigem Ermessen“ doch zur Begründung heranziehen darf.

Die dem Arzt ggf. etwas fremde juristische Formulierung „nach billigem Ermessen“ bedeutet dabei nichts weiter, als dass der Arzt weitgehend frei in der Gestaltung und Auslegung der Steigerungsgründe ist. Der Patient oder die PKV, mit der der Arzt übrigens in keinem Vertragsverhältnis steht, können nicht einfach den Steigerungsgrund anzweifeln. Der Patient bzw. bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter müssen dann begründen, warum nach ihrer Ansicht der angewandte Steigerungsfaktor nicht gerechtfertigt ist. Die dem Naturwissen-

Rechtslage

In § 5 GOÄ heißt es in Absatz 1: „Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes...“

Weiterhin heißt es in Absatz 2: Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. **In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.**

schaftler ggf. suspekter Unbestimmtheit des Begriffes ist also eher ein Vertrauensbeweis in die Urteilungsfähigkeit und die Gerechtigkeit des Arztes.

Steigerungsfaktoren in der Pädiatrie

Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist Kennzeichen der Pädiatrie, wir haben dieses Gebiet bewusst gewählt, weil wir gern mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Manches mag gerade mit ihnen besonders leicht und spielerisch erscheinen, doch die Tatsache, dass wir aufgrund unserer oft großen Erfahrung und eines speziellen Geschickes im Umgang mit Kindern die besonderen Herausforderungen dieser Arbeit jeden Tag erneut bewältigen, ist noch kein Beweis, dass es deshalb immer leicht ist, Kinder und Jugendliche zu untersuchen und zu behandeln. Insofern ist jede medizinische Tätigkeit mit und für diese Altersgruppe oft auch komplexer und schwieriger als bei Erwachsenen.

Soweit dies der Fall ist, ist eine Steigerung über den 2,3-fachen Gebührenrahmen immer dann möglich, soweit der Faktor „Kind“ nicht bereits in der Leistungslegende angeführt wird. In der Regel ist bei der Legende der Ziffern von einem kooperativen und zur Mitarbeit gewillten Erwachsenen auszugehen. Das beste Beispiel einer besonderen Schwierigkeit sieht man bei der Bewertung der **venösen Blutabnahme**. Bei Erwachsenen erfolgt diese meistens nicht durch den Arzt, sondern durch eine MFA, in einer pädiatrischen Praxis meistens durch den Arzt selbst, sowie oft unter zusätzlicher Assistenz einer MFA mit ganz erheblichem Zeitaufwand. Das kann selbst durch maximale Steigerung der Ziffer 250 (maximal Faktor 2,5) nicht ausgeglichen werden.

Auch die **Auskultation beim Säugling** ist sicher eine schwierigere Leistung als dies beim Jugendlichen oder Erwachsenen der Fall ist. Dies umso mehr, wenn teilweise Abwehr, Schreien oder starke Unruhe hinzukommen. All dieses wird der Erwachsenenmediziner im Regelfall nicht bei seinen Patienten erleben, hingegen bei z. B. verwirrten Patienten sehr wohl als Steigerungsgrund anführen können.

Insofern ist die Voraussetzung zur Steigerung einer Leistungsposition oftmals gegeben, wird aber meist nicht angeführt. Gleiches gilt für die **Lungenfunktionsprüfung**, die manchmal mehrere Anläufe benötigt oder auch die **Sonografie**, bei der nicht nur der Internist den „adipösen Patienten“ als Erschwernis steigern darf, sondern auch der Pädiater das „unruhige Kleinkind“. Bei Ziffern, die sich speziell auf Kinder beziehen reicht die

Tatsache Kind als Steigerungsgrund naturgemäß nicht aus, jedoch sind auch hier individuelle Erschwernisse im Einzelfall vorhanden und können als Begründung herangezogen werden.

Nur weil wir es können, bedeutet es noch nicht, dass es leicht ist!

Zusammenfassend sollte also jeder Arzt überlegen, in welchen Fällen er Steigerungsgründe über den Regelsatz anwenden kann. Die Begründung muss hierfür individuell erfolgen, kann aber natürlich wiederholt in Form von Textbausteinen verwendet werden. Die Steigerung sollte dabei auf jede Ziffer einzeln erfolgen und die Bedingungen des Falles gut wiedergeben. Beispielhafte Begründungen sind im Textkasten zu diesem Beitrag aufgeführt.

Beispielbegründungen für Steigerungsfaktoren in der Pädiatrie

(nicht abschließend!)

Kindbezogen

(z. B. bei Untersuchung oder Sonografie):

- unruhiges Kind
- schreiender Säugling
- abwehrendes Kind
- Überredung zur Mitarbeit notwendig

Technisch bedingt:

- schlechte Venenverhältnisse / schwierigere anatomische Strukturen
- mehrfache Messung bei schlechter Mitarbeit notwendig
- erschwerte Untersuchungsbedingungen bei Hausbesuch
- erhöhter Zeitaufwand für Kind

Krankheitsbezogen:

- komplexes Krankheitsbild
- eingeschränktes Therapiespektrum aufgrund des Alters

Elternbezogen:

- Dauer der Beratung
- Beratung mehrerer Begleitpersonen (s. auch GOÄ Ziffer 4)

Dr. Marcus Heidemann, 33605 Bielefeld
E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH

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 Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ● ● ●

Teil 4: Das laufende Arbeitsverhältnis – Schwangerschaft und Elternzeit



Christian Krapohl

Teil 4 der Serie „Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber“ knüpft an den Inhalt der vorherigen Artikel (Einstellungsvorgang und Abschluss des Vertrages) an. Behandelt wird nun das laufende Arbeitsverhältnis mit den Themen Schwangerschaft und Elternzeit. Auch wenn die Geburt eines Kindes ein schönes Ereignis ist, stellt dies ein (eingespieltes) Team – insbesondere bei kleinen Praxen – häufig auf eine harte Probe. Zunächst gilt es, aus Sicht des Arbeitgebers adäquaten Ersatz zu finden. Steigt eine Mutter für die Dauer der Elternzeit aus, so hat sich das Kollegium meist neu aufgestellt. Es zeigt sich, dass – auch wenn es manchmal schwer zu begreifen ist – jeder Arbeitnehmer ersetzbar ist. Diese Erkenntnis führt natürlich zu Konflikten.

Schwangerschaft

Mit Kenntnis von einer Schwangerschaft treffen den Arbeitgeber zahlreiche Verpflichtungen.

• Meldeverpflichtung

Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ist nach § 5 Abs. 1 Satz 3 Mutterschutzgesetz (MuSchG) verpflichtet, die für ihn zuständige Aufsichtsbehörde über eine Schwangerschaft unter Angabe des Namens, des voraussichtlichen Entbindungstermins, der Arbeitszeit und der Art der Tätigkeit der Schwangeren zu informieren (sog. **Schwangerschaftsanzeige**).

• Gefährdungsbeurteilung

Darüber hinaus trifft den Arbeitgeber die Pflicht, den Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen einer werdenden oder stillenden Mutter so zu gestalten, dass Leben und Gesundheit von Mutter und Kind durch die berufliche Tätigkeit nicht gefährdet werden. Das bedeutet, dass er unmittelbar nach Bekanntgabe der Schwangerschaft eine sorgfältige Beurteilung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen durchführen muss (sog. **Gefährdungsbeurteilung**). Die Beurteilung erstreckt sich auf jede Tätigkeit, die die werdende oder stillende Mutter durchführt und beinhaltet Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung.

Sofern die Gefährdungsbeurteilung ergibt, dass die Sicherheit oder Gesundheit der werdenden oder stillenden Mutter oder aber des ungeborenen Kindes gefährdet sind, muss der Arbeitgeber geeignete Schutzmaßnahmen veranlassen. Diese können in der Umgestaltung des Arbeitsplatzes, im Arbeitsplatzwechsel oder aber in der Freistellung liegen. Beschäftigungsverbote

ergeben sich zum einen aus individuellen Gründen, wenn z. B. nach ärztlichem Zeugnis des Gynäkologen bei Fortdauer der Tätigkeit Leben oder Gesundheit von Mutter und/oder Kind gefährdet sind. Zudem bestehen **gesetzliche Beschäftigungsverbote**:

- » Verbot der Nachtarbeit (zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr),
- » Verbot der Mehrarbeit (Arbeitszeiten von mehr als 8,5 Stunden pro Tag beziehungsweise 90 Stunden in der Doppelwoche) und
- » Verbot der Sonn- und Feiertagsarbeit.

In der pädiatrischen Praxis besonders entscheidend ist das Verbot der Beschäftigung mit Gefahrstoffen. Hinweise zu Gefahrstoffen finden sich auf Produktverpackungen und den dazugehörigen Sicherheitsdatenblättern. Arbeitsplatzgrenzwerte für Gefahrstoffe sind den Technischen Regeln für Gefahrstoffe zu entnehmen. Als Gefahrstoffe kommen z. B. Desinfektions- und Reinigungsmittel, Lösemittel und Quecksilber in

Praxishinweis

Wichtig und entscheidend ist, dass die vorgenannten objektiven Beschäftigungsverbote bereits ab dem ersten Tag Geltung erlangen. Der Arbeitgeber hat die Vorgaben von sich aus zu beachten. Die Schwangere hat hierüber keine Atteste zu erbringen. Bei Nichtbeachtung drohen ihm hohe Schadensersatzforderungen, wenn sich die Angestellte mit Krankheitserregern infiziert und dies zu irreparablen Schäden am ungeborenen Kind führt. Zur Vermeidung dieser Haftungsrisiken sollte im Zweifel ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden. Die Gewerbeaufsicht unterstützt bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung.

Betracht. Den häufigsten Fall bildet jedoch der Anspruch eines Beschäftigungsverbotes, weil die Schwangere mit Stoffen, Zubereitungen und Erzeugnissen in Berührung gerät, die ihrer Art nach erfahrungsgemäß Krankheitserreger übertragen können. Problematisch ist daher insbesondere die Sprechzimmerassistentin, bei welcher die Medizinische Fachangestellte mit den Patienten unmittelbar in Berührung kommt. Schutzhandschuhe stellen keine wirksame Maßnahme zur Abwendung der Gefahren dar, sofern gleichzeitig mit stechenden, schneidenden oder rotierenden Instrumenten (z. B. Spritzen) umgegangen wird und somit eine Verletzungsgefahr besteht.

Liegen die Voraussetzungen für ein Beschäftigungsverbot vor, hat die schwangere Mitarbeiterin Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Maßgeblich für die Höhe ist der Durchschnittsverdienst der letzten 13 Wochen. Der Arbeitgeber erhält jedoch im Wege des Umlageverfahrens gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 2 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) 100 % seiner Aufwendungen erstattet.

Rechtsfolgen der Schwangerschaft

Die schwangere Angestellte genießt nach § 9 MuSchG einen besonderen **Kündigungsschutz**, denn die Kündigung ist nur mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ausnahmsweise zulässig; diese Zustimmung wird nur in schwerwiegenden Ausnahmefällen, wie z. B. der vollständigen Praxisschließung, erteilt. Das Kündigungsverbot erlangt bereits in der Probezeit Geltung, so dass – wie schon in den vorherigen Teilen dargestellt – an eine befristete Einstellung zu denken ist. Auch während des Beschäftigungsverbotes bei Schwangerschaft entstehen die vollen **Urlaubsansprüche**, da § 17 MuSchG sämtliche Ausfallzeiten aufgrund des Beschäftigungsverbotes als Beschäftigungszeiten qualifiziert.

Geltung auch für (angestellte) Kinder- und Jugendärztinnen

In der Praxis wird oft übersehen, dass vorausgegangene Ausführungen auch – und zwar ohne Ausnahme – für angestellte Ärztinnen gelten. Diesen wird praktisch immer ein Beschäftigungsverbot zu erteilen sein, da sie bei der Patientenbehandlung unvermeidlich mit Krankheitserregern in Berührung geraten. Die vorstehenden Ausführungen gelten nicht für selbstständige Kinder- und Jugendärztinnen, da sie nicht Adressaten der Arbeitnehmerschutzgesetze sind. Sie können daher grundsätzlich bis zur Geburt weiterarbeiten.

Elternzeit

• Grundsätzliches

Anspruch auf Elternzeit haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die mit einem bis zu drei Jahre alten Kind in einem Haushalt leben und dieses Kind selbst betreuen und erziehen. Die Rechtsgrundlage ist:

§ 15 Anspruch auf Elternzeit

(1) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben Anspruch auf Elternzeit, wenn sie

1. a) mit ihrem Kind,
 - b) mit einem Kind, für das sie die Anspruchsvoraussetzungen nach § 1 Absatz 3 oder 4 erfüllen, oder
 - c) mit einem Kind, das sie in Vollzeitpflege nach § 33 des Achten Buches Sozialgesetzbuch aufgenommen haben, in einem Haushalt leben und
2. dieses Kind selbst betreuen und erziehen.

Nicht sorgeberechtigte Elternteile und Personen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c Elternzeit nehmen können, bedürfen der Zustimmung des sorgeberechtigten Elternteils.

(1a) Anspruch auf Elternzeit haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch, wenn sie mit ihrem Enkelkind in einem Haushalt leben und dieses Kind selbst betreuen und erziehen und

1. ein Elternteil des Kindes minderjährig ist oder
2. ein Elternteil des Kindes sich in einer Ausbildung befindet, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde und die Arbeitskraft des Elternteils im Allgemeinen voll in Anspruch nimmt.

Der Anspruch besteht nur für Zeiten, in denen keiner der Elternteile des Kindes selbst Elternzeit beansprucht.

- (2) Der Anspruch auf Elternzeit besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes. Ein Anteil von bis zu 24 Monaten kann zwischen dem dritten Geburtstag und dem vollendeten achten Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden.“

Verlangt wird, dass man mit einem Kind in einem Haushalt lebt und dieses Kind „selbst betreut und erzieht“. Das betreute Kind kann entweder das eigene sein oder das des Ehegatten oder Lebenspartners. Der Anspruch auf Elternzeit steht also nicht nur der Mutter, sondern auch dem Vater oder auch einer anderen der in § 15 Abs. 1 Satz 1 BEEG genannten Personen zu. Die Elternzeit kann, auch anteilig, von jedem Elternteil allein oder von beiden Elternteilen gemeinsam genommen werden. Der Zweck der Elternzeit besteht darin, dass der erziehende Arbeitnehmer für die Dauer der Elternzeit ohne Verlust seines Arbeitsplatzes nicht oder nur zeitlich beschränkt arbeiten muss. Als Ergänzung zu dem Anspruch auf Elternzeit sichert der Anspruch auf Elterngeld für die ersten zwölf Monate die wirtschaftliche Existenz des Arbeitnehmers.

• Verlangen der Elternzeit

Das Gesetz sieht ein formelles Verfahren vor. Der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin muss die Elternzeit spätestens sieben Wochen vor Inanspruchnahme schriftlich beim Arbeitgeber verlangen. Gleichzeitig muss schriftlich erklärt werden, für welche Zeiten innerhalb von zwei (!) Jahren Elternzeit genommen werden soll. Mit dem Verlangen der Elternzeit besteht Kündigungsschutz. Die Angaben über die Zeiträume bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres sind zwingend, was den berechtigten Interessen des Arbeitgebers an der Planung Rechnung tragen soll. Mit der Erklärung ist die Elternzeit zunächst festgelegt, eine Änderung ist nur noch mit Zustimmung des Praxisinhabers möglich.

Das dritte Jahr der Elternzeit kann bis zum achten Lebensjahr des Kindes genommen werden.

• Tätigkeit während Elternzeit

Mit Inanspruchnahme der Elternzeit ruht das Arbeitsverhältnis. Dies bedeutet, dass die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer nicht zur Arbeitsleistung verpflichtet ist. Das Gesetz ermöglicht jedoch eine Teilzeittätigkeit während der Elternzeit von maximal 30 Wochenstunden.

„Der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin darf während der Elternzeit nicht mehr als 30 Wochenstunden erwerbstätig sein. ... Teilzeitarbeit bei einem anderen Arbeitgeber oder selbstständige Tätigkeit nach Satz 1 bedürfen der Zustimmung des Arbeitgebers. Dieser kann sie nur innerhalb von vier Wochen aus dringenden betrieblichen Gründen schriftlich ablehnen.“

Zum Angebot einer Teilzeitbeschäftigung in der Praxis wird der Kinder- und Jugendarzt in der Regel nicht verpflichtet sein. Dazu ist eine Mindestbeschäftigtenzahl von 15 Arbeitnehmern erforderlich. Gleichwohl kann die Beschäftigung während der Elternzeit in Teilzeit für beide Seiten einen Nutzen bringen, denn der Arbeitnehmer in Elternzeit erhält seine Fähigkeiten, der Arbeitgeber kann ggf. den Ausfall leichter kompensieren. Eine Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber wird er jedoch nur selten ablehnen können. Eine Ablehnung kommt in Betracht, wenn Wettbewerbs- oder Geheimhaltungsinteressen des Arbeitgebers tangiert werden, was praktisch nie der Fall sein wird.

• Rückkehr nach Elternzeit

Die Rückkehr aus der Elternzeit gestaltet sich oft schwierig, insbesondere, wenn der (früher wohlverdiente) Mitarbeiter lange Jahre – manchmal nach mehreren Elternzeiten für mehrere Kinder – nicht gearbeitet hat. Hatten Arbeitgeber und Arbeitnehmer früher noch gleichgerichtete Vorstellungen, muss dies nach dem Ende der Elternzeit nicht der Fall sein. Denn genoss der Job für den Mitarbeiter „vor dem Kind“ noch oberste Priorität, hat sich dies in vielen Fällen durch die familiä-

re Situation vollständig verändert; die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht nun für ihn im Vordergrund. Der Arbeitgeber hat dagegen gemerkt, dass er die Praxis während der Abwesenheit neu organisieren konnte. Vor diesem Hintergrund treffen unterschiedliche Interessen aufeinander, die in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden müssen.

Welche Rechte hat dabei der Mitarbeiter? Grundsätzlich lebt das Arbeitsverhältnis nach Rückkehr aus der Elternzeit wieder so auf, wie es vorher bestanden hat. Ein Anspruch auf den vorherigen Arbeitsplatz besteht nicht. Es kann lediglich eine vertragsgemäße Beschäftigung – z. B. als MFA – verlangt werden. Stunden und Vergütung bleiben gleich. Der Arbeitnehmer kann in der Regel auch keine Reduzierung der Stundenzahl verlangen. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz setzt hier eine Mindestbeschäftigtenzahl von 15 Arbeitnehmern voraus. Sofern keine Einschränkung durch den Arbeitsvertrag auf bestimmte Stunden vorliegt, kann der Arbeitgeber die Lage der Arbeitszeit frei bestimmen (sog. Direktionsrecht).

Mit der Rückkehr aus der Elternzeit endet auch der Kündigungsschutz, so dass ab diesem Zeitpunkt unter Beachtung der Kündigungsfrist eine Kündigung erklärt werden kann.

Aus Sicht aller Beteiligten ist es sinnvoll, frühzeitig Perspektivgespräche zu führen, um Streit über das Arbeitsverhältnis zu vermeiden. Im Einvernehmen sind Vertragsänderungen immer möglich.

Ausblick

Teil 5 wird sich in der nächsten Ausgabe mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses beschäftigen (Wie kündige ich? Was muss in einem Zeugnis stehen?).

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

Red.: WH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

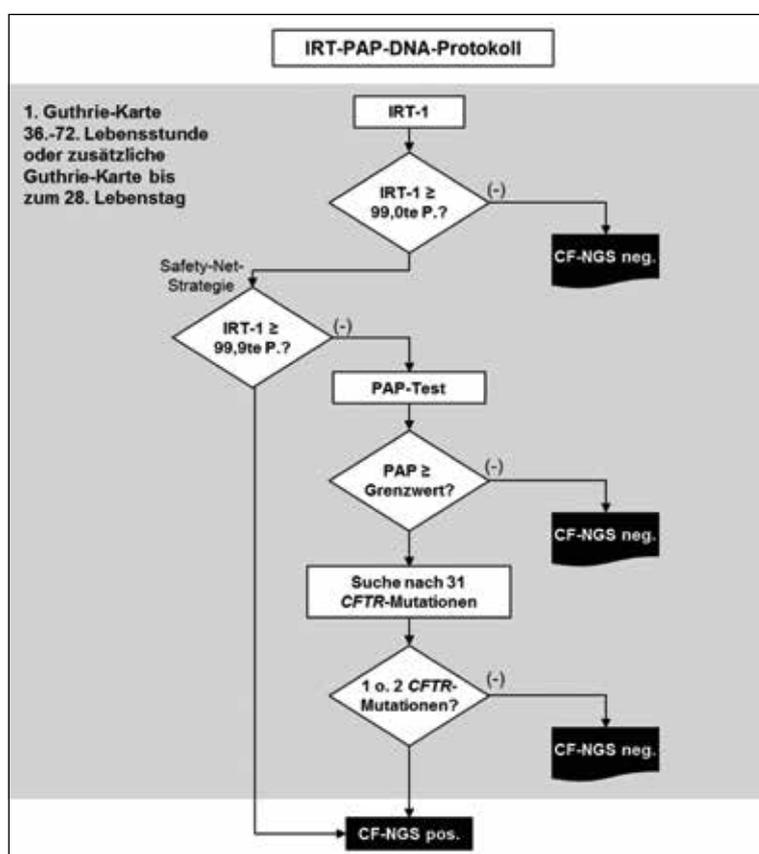
Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen
 EUR 20,50



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

Das Mukoviszidose-Screening wird in Deutschland eingeführt – was müssen wir für die tägliche Praxis wissen?

Im August 2015 hat der G-BA die Einführung des Neugeborenen-Screenings (NGS) auf Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF) beschlossen. Die Umsetzung des Beschlusses ist zum 01.07.2016 geplant. Neben der Aufklärung der Eltern ist nach dem Gendiagnostik-Gesetz jetzt auch eine separate Einverständniserklärung notwendig, die im neuen gelben „Kinder-Untersuchungsheft“ des G-BA dokumentiert werden soll. Dieses Heft soll ebenfalls zum 01.07.2016 eingeführt werden.



Die Verbesserung der Prognose von CF-Patienten durch frühzeitige Diagnose und Therapie wurde vielfach gezeigt; in den meisten entwickelten Ländern ist das CF-NGS daher seit vielen Jahren Standard. Dabei wird Trockenblut aus den Filterpapierkarten des regulären NGS verwendet. In vielen Ländern wird zunächst das Immunreaktive Trypsinogen (IRT) bestimmt; bei Normüberschreitung folgt die Suche nach CF-typischen Mutationen (IRT-DNA-Protokoll). Alternativ kann bei Normüberschreitung eine weitere Blutentnahme zur IRT-Bestimmung nach drei bis vier Wochen erfolgen (IRT-IRT-Protokoll). Zum Teil werden aber auch kombinierte IRT-DNA-IRT-Protokolle verwendet, bei denen nur dann ein zweites IRT bestimmt wird, wenn das erste IRT hochauffäl-

lig war, jedoch keine CF-typische Mutation gefunden wurde.

Jedoch werden durch alle Protokolle mit DNA-Analysen zum Teil auch Kinder mit mild verlaufenden CF-Varianten diagnostiziert, die eigentlich nicht Ziel des CF-NGS sind und deren Familien durch die frühe Diagnose unnötig belastet werden. Auch gesunde Heterozygote, die ein (inzwischen im Gendiagnostik-Gesetz verbietetes) Recht auf Nichtwissen haben, werden dadurch detektiert. Daher wurde in den letzten zehn Jahren ein Protokoll mit Bestimmung des IRT und des Pankreatitis-assoziierten Proteins (PAP) entwickelt, welches ohne DNA-Diagnostik auskommen sollte.

Leider erzielen rein biochemische IRT-PAP- im Vergleich zu IRT-DNA-Protokollen einen schlechteren positiven Vorhersagewert. Dieser Nachteil kann jedoch mit einer Kombination des IRT-PAP-Protokolls mit der Suche nach CF-Mutationen als drittem Schritt behoben werden (IRT-PAP-DNA). Der G-BA hat sich für eine Variante eines solchen dreistufigen Protokolls entschieden, welche das Risiko der Nichtdetektion von CF-Patienten mit Migrationshintergrund weitestgehend minimiert.

Vom G-BA beschlossenes Protokoll für das CF-Screening

Abkürzungen:

CFTR = Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator;
P. = Perzentile; neg. = negativ; pos. = positiv.

Aufklärung der Eltern

Im Jahr 2010 ist das Gendiagnostik-Gesetz in Kraft getreten. Für die Eltern-Aufklärung zum vor 2010 existierenden NGS besteht rechtlich ein „Bestandsschutz“. Das CF-Screening genießt diesen Bestandsschutz jedoch nicht. Daher müssen die Eltern für das CF-Screening nicht nur zusätzlich informiert werden, sondern auch eine separate Einverständniserklärung abgeben. Hebammen dürfen über das CF-Screening explizit nicht aufklären; die Aufklärung muss durch einen Arzt erfolgen. Der Aufklärende muss kein Pädiater sein und

benötigt keinen Fortbildungsnachweis zur fachbezogenen humangenetischen Beratung.

Würde bei der ersten Blutentnahme für das NGS nicht über das CF-Screening aufgeklärt, darf aus diesem Blut kein CF-Screening durchgeführt werden. Wird die Aufklärung nachgeholt und die Eltern wünschen ein CF-Screening, muss aufgrund der Vorschriften des Gendiagnostik-Gesetzes eine neue Blutentnahme erfolgen. Ein Nachholen des CF-Screenings ist bis zum 28. Lebensjahr möglich. Jedoch ist zu befürchten, dass vielen Eltern das CF-Screening gar nicht mehr angeboten wird oder dass die Eltern die vorgeschriebene zweite Blutentnahme ablehnen.

Noch negativer zu bewerten wäre aber eine Verschiebung des Erstscreensings, um eine Blutentnahme zu „sparen“. Kinder mit angeborenen Erkrankungen, die sich mit frühen und schweren Entgleisungen wie dem AGS, der Propionazidämie oder der Ahornsirup-Krankheit manifestieren, würden nicht rechtzeitig diagnostiziert, ebenso Kinder mit anfangs asymptomatischen Erkrankungen, die frühzeitig irreversible Hirnschäden verursachen, wie der PKU oder der konnatalen Hypothyreose. Sogar ein vollständiges Unterbleiben des NGS wäre denkbar – infolge von „Vergessen“ oder Eltern-Ablehnung.

Informationsweitergabe bei positivem Screening-Befund

Bei positivem Screening-Befund informiert das Screening-Labor den Einsender und dieser die Eltern. Einsender wird in den allermeisten Fällen die Geburtsklinik sein, seltener ein Pädiater. Die Eltern haben aber nach positivem Screening-Befund einen großen Informationsbedarf über die notwendige Konfirmationsdiagnostik, über die Wahrscheinlichkeit einer Bestätigung des Verdachts und über das zu erwartende Krankheitsbild. Zumindest bei den Geburtskliniken ohne Pädiater vor Ort muss befürchtet werden, dass sie diese Form der Beratung der Eltern im Moment der Befundübermittlung nicht umfassend leisten können. Die Eltern müssen dann an einen Pädiater verwiesen werden, der sich den Befund aus der Geburtsklinik erst besorgen muss. Eine Befundweitergabe aus dem Screening-Labor an den weiterbehandelnden Arzt ist nicht erlaubt, da keine Gefahr in Verzug ist. Der Befund wird keine Information darüber enthalten, ob eine Mutationsanalytik durchgeführt wurde.

Konfirmationsdiagnostik

Nach positivem CF-NGS muss eine Konfirmationsdiagnostik mit Chlorid-Messung im Schweiß (Schweißtest) erfolgen. Die Messung der Leitfähigkeit im Schweiß reicht nicht aus.

Die Durchführung des Schweißtests bei Neugeborenen bedarf einer erheblichen Expertise, die oft nur in Zentren vorhanden ist, in denen CF-Patienten behandelt werden. Bei einigen Kindern muss der Schweißtest wiederholt werden, weil ein grenzwerti-

ger Befund erhoben wird oder nicht genug Schweiß gewonnen werden kann. Dann ist die klinische Einschätzung des Kindes und eine sensible Führung der Eltern bis zum Ausschluss oder zur Bestätigung der Diagnose entscheidend. Nur bei etwa 30 Prozent der im Screening detektierten CF-Patienten wird innerhalb des Screening-Prozesses die DNA untersucht. Bei den übrigen 70 Prozent muss die Mutationsdiagnostik im Rahmen der Konfirmationsdiagnostik nachgeholt werden.

Tracking

Trotz der wiederholten Forderung der Screening-Kommission der DGKJ und anderer Gremien ist es nicht gelungen, mit Einführung des CF-Screenings ein verbindliches Tracking-System vorzuschreiben, das dafür sorgt, dass allen positiven Screening-Befunden so lange nachgegangen wird, bis die Konfirmationsdiagnostik abgeschlossen ist. Daher muss jeder Arzt in der Informationskette vom Labor bis zum CF-Zentrum informiert, jedoch mit ihrem Kind nicht zur Abklärung erschienenen Eltern nachgehen, bis die Diagnose CF bestätigt oder ausgeschlossen wurde.

Falsch negative Befunde

Die Sensitivität des für Deutschland vorgesehenen CF-Screening-Protokolls wird bei sehr guten 96 Prozent der Betroffenen liegen, trotzdem wird es einige wenige falsch-negativ getestete Neugeborene geben. Zudem werden voraussichtlich Lücken durch die zusätzliche Elterneinverständniserklärung, die Tatsache, dass diese nicht von Hebammen durchgeführt werden darf, und durch das fehlende Tracking zu erwarten sein. Bei der CF gilt also noch mehr als bei anderen Erkrankungen aus dem NGS-Programm, dass man sich nicht auf die vollständige Durchführung und das negative Ergebnis verlassen darf, sondern bei entsprechenden Symptomen die CF weiterhin in die Differentialdiagnose einbeziehen muss!

*Info: Die ausführliche Stellungnahme finden Sie in Päd-
Inform, im Ordner Kinder- und Jugendarzt.*

PD Dr. med. Olaf Sommerburg
Sektion für Pädiatrische Pneumologie & Allergologie
und Mukoviszidose-Zentrum
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Heidelberg
E-Mail: olaf.sommerburg@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Burkhard Lawrenz
Sprecher im Ausschuss Prävention
und Frühtherapie des BVKJ
Mitglied der Screening-Kommission der DGKJ
E-Mail: burkhard.lawrenz@uminfo.de

Red.: ReH

Künftig weniger abgelehnte Kinderreha-Anträge:

Rentenversicherung will Zusammenarbeit mit Ärzten verbessern

Die Deutsche Rentenversicherung sucht den Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten, die die Befundberichte zur Kinder- und Jugendreha ausfüllen. Ziel sind weniger Antragsablehnungen und damit auch weniger Frust bei den Ärzten. Durch den direkten Austausch soll erreicht werden, dass Anträge bei den Kindern gestellt werden, die rehabedürftig sind und dass die Rentenversicherung im ärztlichen Befundbericht die Informationen erhält, die sie zur Bewilligung benötigt.

Kommunikation bei abgelehntem Reha-Antrag

Dr. Markus Jaster, Abteilungsarzt Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), ermuntert seine Kolleginnen und Kollegen im Sozialmedizinischen Dienst wie auch die niedergelassenen Ärzte, stärker miteinander zu kommunizieren, wenn ein Kinder- oder Jugendreha-Antrag abgelehnt wird. **Im Bemerkungsfeld des ärztlichen Befundberichts kann eingetragen werden:** „Bei Ablehnung des Antrags bitte ich um einen Rückruf des Sozialmedizinischen Dienstes“. Dr. Jaster ist überzeugt davon, dass viele Probleme in der Antragstellung behoben werden können, wenn ein regelmäßiger Austausch stattfindet.

Aktuelle Antragsituation

2015 lehnte die Deutsche Rentenversicherung 10.000 von 60.000 Anträgen ab. Das verärgert natürlich viele Ärzte. Obwohl die Rentenversicherung in den letzten Jahren den Antrag vereinfacht hat und keine ausführlichen Antworten auf ihre Fragen erwartet, sind es doch zwei Seiten, die die Ärzte ausfüllen sollen. Auch ist die Rentenversicherung für die Ärzte eine Black Box, sie haben keinen ärztlichen Kollegen als Ansprechpartner und die Ablehnungsgründe sind im individuellen Fall oft nicht nachvollziehbar. Die Ablehnungsgründe seitens der Rentenversicherung sind vielfältig, mal war kein Rehabedarf erkennbar, mal wurden Mutter-Kind-Kuren beantragt, für die aber die Krankenkassen zuständig sind.

Das Hauptproblem ist, dass im Gegensatz zu einer Krankenhausverordnung bei der Rehabilitation neben einer Indikation die negativen Folgen der Erkrankung auf die Teilhabe im Alltag notiert werden müssen.

Optimierungsbedarf gibt es sicher auch bei der Rentenversicherung, bei der sehr großen Zahl der Anträge (mit den Anträgen bei den Erwachsenen sind es fast ei-

ne Million!) liegt das auf der Hand. Dr. Jaster: „Wenn wir mit den niedergelassenen Ärzten ins Gespräch kommen, werden wir voneinander lernen und die Kinder und Jugendlichen, die eine Reha brauchen, werden sie auch bekommen.“ Er ergänzt: „Vielleicht führt die bessere Zusammenarbeit auch dazu, dass wieder mehr Anträge gestellt werden, die sind nämlich in den letzten Jahre zurückgegangen.“

Kriterien für eine Reha-Empfehlung bzw. -initiiierung*

- häufige Praxisvorstellungen & Krankschreibungen
- häufige Schulausfälle des Kindes & Betriebsausfälle der Eltern
- Ausschöpfung bzw. Nichtexistenz ambulanter Maßnahmen
- psychische Belastungen durch die Erkrankung (sozialer Rückzug)
- Dekompensation der Familie/Viel-Kind-Familien
- mangelnde Bewältigungsstrategien & Compliance des Elternhauses
- nach Diagnosestellung als Einstieg
- Reha genereller Baustein bei chronischer Erkrankung (Kind hat ein „Recht“ auf Reha)
- hohe Motivation bzw. Eigeninitiative/positive Reha-Prognose

GKV: Keine Zusatzqualifikation für Reha-Antrag mehr notwendig

Zum 1. April 2016 hat auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) das Antragsverfahren erheblich erleichtert. Nun können alle Vertragsärzte eine medizinische Rehabilitation verordnen. Der früher notwendige Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Damit entfällt die bislang notwendige Abrechnungsgenehmigung (Formular 60).

Das Formular 61 für den eigentlichen Reha-Antrag wurde in diesem Zuge überarbeitet, vereinfacht und gekürzt. Das neue Formular 61 wird in die Praxisverwal-

tungssysteme integriert und steht den Praxen mit dem Software-Update zum zweiten Quartal 2016 zur Verfügung. Das alte Formular 61 ist ungültig!

Weitere Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Hier finden Sie auch die Anträge zur Verordnung, Informationen zu den Kliniken, Antworten auf die wichtigsten Fragen sowie Infomaterialien für Patienten und Eltern.

* Nach Schumann N et al. Die stationäre Kinder- und Jugendlichenrehabilitation aus Perspektive der ambulanten Allgemeinpädiatrie: Ergebnisse einer qualitativen Expertenbefragung, DRV-Schriften Band 109

Alwin Baumann
Bündnis Kinder- und Jugend-Reha
88239 Wangen/Allgäu
E-Mail: alwin.baumann@wz-kliniken.de

Red.: WH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



bvkj.
 Berufsverband der
 Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

**Landesverbandsvorsitzender
 und 1. Delegierter:**

Dr. med. Tilman Kaethner, Nordenham

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

Dr. med. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn

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

Matthias Feindt, Göttingen

Vorstandsmitglied

4. Delegierter:

Dominik Nolte, Burgdorf/ Hannover

5. Delegierte:

Dr. med. Tanja Brunnert, Göttingen

1. Ersatzdelegierter:

Dr. med. Volker Dittmar, Celle

2. Ersatzdelegierte:

Angela Schütze-Buchholz, Syke

3. Ersatzdelegierte:

Dr. med. Beate Poggemann, Cloppenburg

4. Ersatzdelegierte:

Dr. med. Sabine Hoppe, Soltau

Schatzmeister:

Dr. med. Volker Dittmar, Celle

Hebammen: Wie frei sind sie in ihrer Beratung?

In Ausgabe 3/2016, S. 121 ff. unserer Zeitschrift haben wir über die Rechte und Pflichten von Hebammen berichtet. Offen geblieben sind dabei folgende Fragen:

Dürfen Hebammen aus ihrer Position als medizinische Fachkräfte Eltern zum Thema Vitamin D-/Fluorid-Prophylaxe und zum Thema Impfen beraten? Wenn ja, dürfen sie von den Leitlinien abweichende Empfehlungen geben, zum Beispiel von Fluorid oder von bestimmten Impfungen abraten?

Die Aufgaben der Hebammen und Entbindungspfleger sind für die einzelnen Bundesländer in Landeshebammen-gesetzen und ergänzend hierzu in Berufsordnungen, die als Rechtsverordnungen durch die zuständigen Landesministerien erlassen werden, niedergelegt. Inhaltlich entsprechen sich die landesrechtlichen Regelungen überwiegend, so dass eine allgemeine Betrachtung möglich ist.

Exemplarisch für Nordrhein-Westfalen regelt § 2 Abs. 2 Nr. 7 Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger NRW (HebBO NRW), dass Untersuchung, Überwachung und Pflege des Neugeborenen regelmäßig in den ersten zehn Tagen nach der Geburt, erforderlichenfalls länger, einschließlich Prophylaxemaßnahmen sowie Blutentnahme für Screeninguntersuchungen, zu den Aufgaben der Hebamme gehören.

Der Begriff „Prophylaxemaßnahmen“ findet sich auch in anderen landesrechtlichen Regelungen, wird jedoch an keiner Stelle näher definiert oder eingegrenzt. Daraus muss abgeleitet werden, dass zunächst keine Einschränkung besteht und die Hebamme grundsätzlich zu allen relevanten Prophylaxemaßnahmen auch Beratungen vornehmen darf. Dies gehört sogar zu ihren originären beruflichen Aufgaben.

Zu der Frage, ob eine Hebamme zu Impffragen beraten darf, findet sich in verschiedenen landesrechtlichen Regelungen die Formulierung, dass „Hebammen und Entbindungspfleger auf Maßnahmen zur Infektionsverhütung hinzuwirken“ haben. Das Landeshebammen-gesetz Niedersachsen wird in § 1 Abs. 3 Nr. 13 sogar deutlicher und legt fest, dass es zu den Aufgaben der Hebamme gehöre, bei der „Geburtshilfe und der Wochen- und Neugeborenenpflege Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen zu treffen und auf die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut hinzuweisen“.

Nicht näher definiert wird aber, welchen Umfang dieses „Hinwirken“ bzw. diese „Hinweise“ haben sollen bzw. dürfen.

Jedenfalls gilt – sowohl für die Beratung zu Prophylaxemaßnahmen als auch für die Impfberatung –, dass Hebammen und Entbindungspfleger verpflichtet sind,

ihren Beruf entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen, psychologischen, soziologischen und geburtshilflichen Erkenntnisse gewissenhaft auszuüben, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.

Daher hat sich die Beratung über Prophylaxemaßnahmen und Impfungen – soweit die Hebamme diese durchführt – an den geltenden Richtlinien und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse zu orientieren. Weicht die Hebamme – etwa aus persönlicher Überzeugung – hiervon ab, muss sie dies ausdrücklich kenntlich machen und auf den ggf. abweichenden medizinischen Standard hinweisen.

Dürfen Hebammen zu homöopathischen oder naturheilkundlichen Mitteln zur Behandlung von Störungen/Krankheiten raten?

Das Behandeln pathologischer Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen ist Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Für Störungen/Krankheiten, die einen pathologischen Zustand darstellen, gilt also, dass die Hebamme die Behandlung an den Arzt abzugeben hat. Der Rat der Hebamme zur Behandlung mit homöopathischen oder naturheilkundlichen Mitteln ist in diesen Fällen nicht ausreichend.

Für die Fälle, in denen ein pathologischer Zustand nicht erreicht wird, ist der Hebamme im Rahmen ihrer Berufspflichten unter Beachtung des medizinischen, psychologischen, soziologischen und geburtshilflichen Standards der Rat zu homöopathischen Mitteln grundsätzlich nicht verwehrt. Sie muss hierbei über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufklären und darf den von ihr betreuten Patientinnen keine Maßnahmen aufdrängen.

Dr. Juliane Netzer-Nawrocki
Rechtsanwältin // Fachanwältin für Medizinrecht
Möller & Partner · Kanzlei für Medizinrecht
Die Kanzlei ist Justitiarin des BVKJ

Red.: ReH



Dr. Juliane
Netzer-Nawrocki

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in vollen Auflage Supplements der GlaxoSmithKline GmbH, der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH und ein Newsletter der Nestle Nutrition Institute Deutschland bei. Als Teilbeilagen finden Sie die Programmhäfte für die 20. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck und für die Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Der G-BA gefährdet die leitliniengerechte Asthmatherapie von Kindern!

Stellungnahme der Gruppe Pharmakotherapie der Bundesarbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie (BAPP) zu den Auswirkungen der Festbetragsregelungen des G-BA zu Salbutamol und fixen Kombinationen aus inhalativen Corticosteroiden mit langwirksamen Sympathomimetika.

Seit 1989 gibt es Festbeträge für Arzneimittel. Diese Festbeträge sollen die Preise für vergleichbare Medikamente regulieren und somit die Gemeinschaft der Versicherten vor hohen Ausgaben schützen. Der G – BA ist gesetzlich dazu bestimmt, Festbetragsgruppen zu bilden und die Preise hierfür festzulegen. Nun hat er mit Beschluss vom 18.02.2016 die Fixkombinationen von inhalativen Corticosteroiden und langwirksamen Betamimetika zusammengefasst und den Festbetrag hierfür angepasst.

Festbetragsgruppe „Kombinationen von Glukokortikoiden mit langwirksamen Beta-Sympathomimetika“ (ICS/LABA):

Der Festbetrag für die fixen Kombinationen von inhalativen Corticosteroiden (ICS) und langwirksamen Betamimetika (LABA) wird am Preis der Kombination aus Beclometason und Formoterol fixiert (aktuell 94,55 € für ein DA mit Beclometason/Formoterol 100/6 mit 120 Hub).

Kinder und Jugendliche müssen Zuzahlungen leisten

Der G-BA argumentiert, dass es genügend Verordnungsalternativen zu den fixen Kombinationspräparaten für Kinder und Jugendliche gäbe.

Wörtlich heißt es beim G-BA:

„Die Voraussetzung, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen, ist in dieser Festbetragsgruppe erfüllt.“

„Außerhalb der Festbetragsgruppe stehen zur Behandlung von Asthma für Kinder und Jugendliche diverse Verordnungsalternativen zur Verfügung, weshalb keine der von der Festbetragsgruppe umfassten Wirkstoffkombinationen für die Versorgung unverzichtbar ist.“

In dieser fixen Zusammensetzung gibt es für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aber kein zugelassenes Präparat!

Die für Kinder und Jugendliche zugelassenen fixen Kombinationen sind:

- Budesonid/Formoterol, je nach Dosis ab 6 oder 12 Jahren
- Fluticasonpropionat/Salmeterol, je nach Dosis ab 4 oder 12 Jahren
- Fluticasonpropionat/Formoterol ab 12 Jahren
- Fluticasonfuroat/Vilanterol ab 12 Jahren

Laut dem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung können diese, da unterschiedliche Wirkstoffe enthalten sind, nicht ausgetauscht werden. Die Differenz zum Festbetrag hat eventuell der Versicherte zu tragen.

Leitliniengerechte Therapie gefährdet

Die Verwendung fixer Medikamentenkombinationen von ICS und LABA gehört nach geltenden nationalen und internationalen Leitlinien zur Standardtherapie bei persistierendem Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen, bei denen eine Monotherapie mit ICS nicht ausreicht.

Aus kinderpneumologischer Sicht ist die Applikation eines Kombinationspräparates bevorzugt einzusetzen, um die Therapieadhärenz für beide Substanzen sicher zu stellen. Nur so kann das mit einer getrennten Medikamentenverabreichung auftretende Risiko der Monotherapie mit einem langwirksamen Beta-2-Sympatomimikum ausgeschlossen werden. Diese Sicht entspricht den Empfehlungen internationaler Regulierungsbehörden wie z.B. der amerikanischen FDA. Diese hat zur Verordnung von LABA und ICS im Kindes- und Jugendalter festgelegt, dass in der Regel eine fixe Kombination einzusetzen sei, um die Adhärenz mit beiden Substanzen zu gewährleisten.

Kämen fixe Kombinationen aus vermeintlichen Kostengründen in der Asthmatherapie von Kindern und Jugendlichen nicht mehr zum Einsatz, so wäre das Ergebnis eine **schlechtere Asthmakontrolle** bei den behandelten Kindern. Das führt letztlich zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem z.B. durch ungeplante und notfallmäßige ambulante und stationäre Behandlungen. Weitere Kosten durch Fehlzeiten im Kindergarten und in der Schule und daraus resultierenden Fehlzeiten der Eltern am Arbeitsplatz kämen hinzu.

In jedem Fall gilt für uns Kinder- und Jugendärzte, dass wir zwar wirtschaftlich, vor allem aber leit-

linienkonform bzw. medizinisch sinnvoll verordnen sollen! Es muss in eigenem Interesse eine gute Dokumentation erfolgen, warum die Therapieauswahl gerade auf das gewählte Präparat und das gewählte Inhalationssystem fiel.

Applikationssysteme

Festbetrag Salbutamol: Als Folge der seit langem bestehenden Festpreisregelung für Salbutamol, welche nur den Wirkstoff (chemische Substanz) und nicht das Inhalationssystem berücksichtigt, wird z.B. der **Salbulair® Autohaler** der Firma Teva aufgrund der eindeutig höheren Herstellungskosten für das Inhalationssystem künftig nicht mehr verfügbar sein.

Darüber hinaus gibt es derzeit noch von der Fa. Astellas Pharma GmbH den **Bronchospray® Autohaler**, der aber deutlich über dem Festpreis liegt (derzeit 21,54 € versus 15,26 €) und einer erheblichen Zuzahlung bedarf.

Gerade der **Autohaler** hat aber als inspirationsgetriggertes Dosieraerosol in der Bedarfs- und Notfalltherapie große Bedeutung erlangt, da auch ohne die bei der Anwendung nicht-inspirationsgetriggelter Dosieraerosole erforderliche Koordination eine effiziente Inhalation möglich war.

Die weiter verfügbaren inspirationsgetriggerten **Pulverinhalatoren** haben gegenüber inspirationsgetriggerten Dosieraerosolen die Nachteile des höheren Widerstandes, des höheren erforderlichen Inspirationsflusses sowie den Nachteil der höheren Empfindlichkeit gegenüber z.B. Feuchtigkeit. Letztere sind daher für bestimmte Patientengruppen (Kinder, Alte, Behinderte) weniger geeignet.

Nach mehreren Gesprächen mit dem Hersteller TEVA über den Stellenwert von atemzugsgetriggerten Dosieraerosolen für junge, alte und behinderte Patienten konnte die AG Pharmakotherapie der BAPP die Zusage erhalten, dass Salbutamol als inspirationsgetriggertes Dosieraerosol über den **EasiBreath®** in Deutschland weiter – hoffentlich zum Festbetrag ohne Zuzahlung – zur Verfügung stehen soll.

Die unterschiedlichen und für jeden Patienten individuell zu wählenden Applikationssysteme (Devices) sind zu beachten. Ohne ein suffizientes Applikationssystem kann ein inhalatives Pharmakon den Zielort nicht erreichen und somit nicht wirken.

Die Unterschiede alleine der Applikationssysteme sind so gravierend, dass sie nicht beliebig ausgetauscht werden können. Gerade bei Kindern und anderen Patienten, die hinsichtlich Koordination, feinmotorischen Fähigkeiten und ausreichender Inspirationskraft eingeschränkt sind, ist es für die Behandlung essentiell, dass geeignete Applikationssysteme individuell zur Behandlung zur Verfügung stehen.

*Die Gruppe Pharmakotherapie
(Dr. Marcus Dahlheim, Mannheim;
Dr. Jörn Gröbel, Paderborn;
Dr. Grit Heinicke-Peljack, Stuttgart;
Dr. Kirn Parasher, Berlin)*

*Dr. Grit Heinicke-Peljak
70376 Stuttgart
E-Mail: g.heinicke@fmz.eu*

Red.: WH

Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Schlüsselaspekte guter Praxis



Dr. med.
Michaela Bonfert¹

Dr. med. Dipl.-Psych.
Mirjam N. Landgraf¹

Dr. med.
Iris Hannibal¹

Thyra Langhagen²

Dr. med.
Lucia Gerstl¹

Dr. med.
Beate Kusser³

Prof. Dr. med.
Florian Heinen¹

Bei pädiatrischen Kopfschmerzen gilt es an Hand sorgfältiger Anamnese und klinischer Untersuchung zwischen primären und sekundären Kopfschmerzen zu differenzieren. Patienten mit primären Kopfschmerzen werden im Rahmen eines patientenzentrierten, oft multimodal erweiterten Therapiekonzeptes behandelt. Die Schlüsselaspekte sind: 1. adäquate akute Pharmakotherapie, 2. Psychoedukation (durch den Kinder- und Jugendarzt und gegebenenfalls durch den Psychologen), 3. funktionelle Therapien (mit dem Schwerpunkt der Triggerpunkt-assoziierten Physiotherapie der Nacken- und Schultermuskeln) sowie koordiniert (!) kognitive Verhaltenstherapie, prophylaktische Pharmakotherapie und ergänzende Komplementärmedizin.

Einleitung

In der pädiatrischen Praxis sind Kopfschmerzen eines der signifikanten Gesundheitsprobleme des Alltages [1]. Die Zahlen dazu: Ein Drittel der Vorschulkinder berichtet, regelmäßig an Kopfschmerzen zu leiden. Kontinuierlich nimmt – in den dann kommenden Lebensjahren der Kinder – die Häufigkeit von Kopfschmerzen bis zur Adoleszenz zu. Etwa 80 % der Jugendlichen klagen mindestens einmal pro Monat, 10-40 % der Jugendlichen einmal pro Woche über Kopfschmerzen. Diese Kopfschmerzen begleiten die Jugendlichen in der Regel über mehrere Jahre hinweg [2, 3]. Nicht jeder Kopfschmerz ist dabei eine „Katastrophe“, gelegentliche Kopfschmerzen gehören „zum Leben dazu“. Gleichzeitig gilt: es ist kinder- und jugendärztliche Aufgabe, kompetent „Katastrophe“ von „Nicht-Katastrophe“ zu trennen, „Behandlungsbedürftigkeit“ von „Nicht-Behandlungsbedürftigkeit“ zu unterscheiden und die grundsätzlich weitreichenden Möglichkeiten der Diagnostik patientenzentriert zu fokussieren.

Grundsätzlich kann jeder Kopfschmerz (auch) das Zeichen einer Katastrophe sein: des Hirntumors, der Blutung, des Schlaganfalls, der Komplikation des Schädel-Hirn-Traumas. Und immer gilt: Die ersten und wichtigsten ärztlichen Schritte sind Anamnese und Untersuchung.

Um welchen Kopfschmerz geht es – primär oder sekundär?

Es gilt, primäre von sekundären Kopfschmerzformen zu unterscheiden. Die Diagnose einer primären Kopfschmerzkrankung im Kindes- und Jugendalter wird an Hand der International Classification of Headache Disorders (ICHD) der International Headache Society (IHS) in der gültigen Version aus dem Jahre 2013 (ICHD-III beta) gestellt [4]. Den größten Anteil primärer Kopfschmerzen stellen in der Pädiatrie

die Spannungskopfschmerzen (tension type headache (TTH) (Tabelle 1), die Migräne (Tabelle 2), der (im Kindesalter häufige und typische) sogenannte Kopfschmerz vom Mischtyp (Mischform von Migräneepisoden und Spannungskopfschmerzen) sowie der primär stechende Kopfschmerz dar. Der „Mischtyp“ wird (aus Sicht des Pädiaters – leider!) nicht als eigene Kategorie in der IHS-Klassifikation aufgeführt. Für die Diagnoseordnung entscheidend ist die zum Zeitpunkt der Vorstellung dominierende Symptomatik, wobei gilt: Auch bei eindeutiger Zuordnung der Kopfschmerzsymptomatik zu Migräne oder Spannungskopfschmerz, erfolgt bei über 50 % der pädiatrischen Patienten ein Diagnosewechsel innerhalb von drei Jahren [2]. Diese beiden primären Kopfschmerzarten werden daher in der Pädiatrie weniger als getrennte Entitäten, sondern als zwei Ausdrucksformen innerhalb eines Spektrums aufgefasst [5]. Das nicht unerhebliche Chronifizierungsrisiko und die (das gilt für eine kleine, aber klinisch wichtige und „aufwendige“ Gruppe) Überlappung zu Somatisierungsstörungen (Somatisierungsstörung/somatoforme Schmerzstörung in der Sprache der ICD 10, Somatic Symptom Disorder, abgekürzt SSD in der Sprache des DSM 5), oft aggraviert durch Schulverweigerung, macht eine frühe, korrekte Diagnosestellung und das schrittweise Erarbeiten eines individuellen adäquaten Behandlungsplans unabdingbar [2, 6-8].

Sekundäre Kopfschmerzen werden als Symptom lokaler (Infekt der oberen Luftwege, Sinusitis, Otitis etc.) oder systemischer Erkrankungen (Cave: beginnende Leukämie) in der Pädiatrie häufig angegeben. Anamnestische Hinweise zur differenzialdiagnostischen Einordnung kann der sorgfältig erhobene zeitliche Verlauf der Symptomatik geben (Tabelle 3). Bei Verdacht auf sekundären Kopfschmerz gehört das „basale Labor“ immer dazu.

Rekurrierende Kopfschmerzen gleichen Typs sind deutlich häufiger Ausdruck einer primären als einer sekundären Erkrankung [2, 8, 9]. Das heißt in der Praxis nichts anderes, als dass die Kenntnis des individuellen

¹ Kinderneurologie, Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie, iSPZ München
Dr. von Hauner-sches Kinder-spital, Campus Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität, München

² Neurologische Klinik und Poliklinik, Campus Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München

³ Kinderarztpraxis am Arabellapark, München

A	Seltener TTH: ≥ 10 Episoden an < 1 Tag pro Monat im Durchschnitt (< 12 Tage pro Jahr) ... Häufiger TTH: ≥ 10 Episoden an ≥ 1 aber < 15 Tage pro Monat für ≥ 3 Monate (≥ 12 Tage und < 180 Tage pro Jahr) ... Chronische TTH ¹ : Kopfschmerzen an ≥ 15 Tagen pro Monat im Durchschnitt für > 3 Monate (≥ 180 Tage pro Jahr) welche die Kriterien B-D ² erfüllen
B	Kopfschmerzen, die 30 Minuten bis zu 7 Tage andauern
C	Der Kopfschmerz weist mindestens 2 der folgenden Charakteristika auf: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beidseitige Lokalisation 2. Drückende / ziehende (nicht pulsierende) Charakter 3. Milde bis moderate Intensität 4. Keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen)
D	Die folgenden beiden Punkte treffen zu: <ol style="list-style-type: none"> 5. Keine Übelkeit, kein Erbrechen (Appetitlosigkeit kann auftreten) 6. Entweder Photophobie oder Phonophobie oder keines von beiden
E	Der Kopfschmerz ist nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen

¹ Zur Differenzierung zwischen chronischer TTH, chronischer Migräne und Medikamentenübergebrauch wurden geringfügige Änderungen in den Kriterien der Gruppe D eingeführt. (siehe [4])

² Wird lediglich eines der Kriterien A-D nicht erfüllt, wird die Diagnose als „wahrscheinlicher TTH“ kodiert

Tab. 1: Diagnosekriterien der IHS – Spannungskopfschmerz im Kindes- und Jugendalter [nach [4]]

A	≥ 5 Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen ^{1,2}
B	Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 2 bis 72 Stunden anhalten
C	Der Kopfschmerz weist mindestens 2 der folgenden Charakteristika auf: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beidseitige oder einseitige (frontal/temporal) Lokalisation 2. Pulsierender (pochend oder sich mit dem Herzschlag verändernder) Charakter 3. Mittlere oder starke Schmerzintensität 4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen) oder führt zu deren Vermeidung
D	Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines: <ol style="list-style-type: none"> 1. Übelkeit und/oder Erbrechen 2. Photophobie und Phonophobie (ggf. vom Verhalten des Patienten zu erschließen)
E	Der Kopfschmerz ist nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen

¹ Werden < 5 typische Attacken berichtet, wird die Diagnose „wahrscheinliche Migräne ohne Aura“ kodiert.

² Bei einer Migränehäufigkeit von ≥ 15 Tage/Monat für > 3 Monate, wird „chronische Migräne ohne Aura“ kodiert.

Tab. 2: Diagnosekriterien der IHS – Migräne ohne Aura im Kindes- und Jugendalter [4, 13]

Erkrankungsverlaufs, eine der genuinen Stärken der Praxispädiatrie, für die diagnostische Einordnung besonders wertvoll ist.

Die Raumforderung oder spezifische intrakranielle Pathologie gilt als wesentliche, wenn auch sehr seltene Differenzialdiagnose. Die am Anfang solcher Erkrankungen subtilen und unspezifischen Zeichen (einschließlich Verhaltens- und „Wesensänderung“) die biologisch der beginnenden intrakraniellen Drucksteigerung entsprechen, gilt es klinisch zu erkennen, um das richtige diagnostische und therapeutische Vorgehen zu initiieren [10]. Zu den pädiatrisch relevanten sekundären Kopfschmerzerkrankungen zählen daneben insbesondere der idiopathische intrakranielle Hypertonus (Pseudotumor cerebri) und der (bei Kindern und Jugendlichen sehr seltene) Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch.

Von roten und relativ roten Flaggen – wann muss ich hellhörig werden?

Zur Wiederholung: Zur Beurteilung pädiatrischer Kopfschmerzerkrankungen stellen die sorgfältige Anamnese und internistische und neurologische Untersuchung und Verlaufsbeurteilung die wichtigsten ärztlichen Instrumente dar.

Die Diagnose einer primären Kopfschmerzerkrankung lässt sich klinisch stellen, wenn die Anamnese, Symptomatik und Untersuchungsbefunde mit den entsprechenden Kriterien der IHS-Klassifikation übereinstimmen. Das Vorliegen atypischer Verläufe oder anamnestischer und/oder klinischer Warnsymptome (sog. roter Flaggen) macht zum Ausschluss der Differenzialdiagnose „sekundäre, intrakranielle Ätiologie“ eine rasche weiterführende Abklärung notwendig (Tabelle 4,

KS Kopfschmerz			
Akut generalisiert	Akut rekurrend	Chronisch progredient	Chronisch nicht-progredient
Systemischer Infekt	Migräne ohne Aura	Hydrozephalus	Chronischer KS vom Spannungstyp
ZNS-Infektion	Migräne mit Aura	Chiari-Malformation	Chronische Migräne
Schädel-Hirn-Trauma	KS vom Spannungstyp	Hirntumor	Posttraumatischer KS
Arterieller Hypertonus	Clusterkopfschmerz	Hirnabszess	Dentogener KS
Sinusvenenthrombose	Neuralgien	(traumatische) Hirnblutung	Okulärer KS
(Subarachnoidal-) Blutung	Epileptischer Anfall	Subduralhämatom	Funktioneller/somatoformer KS
Ruptur einer intrakraniellen Zyste	MELAS-Syndrom (Mitochondriale Enzephalopathie, Laktatazidose und schlaganfallähnliche Ereignisse)	Sinusvenenthrombose	Depression
Substanzabusus		Endokrine Erkrankung	
Exazerbierter KS vom Spannungstyp		Metabolische Erkrankung	
Akut umschrieben		Medikamente	
Sinugener KS		Pseudotumor cerebri	
Otogener KS		Depression	
Dentogener KS		Funktionelle/Somatoforme Störung	
Okulärer KS			
Dissektion der A. carotis			

Tab. 3: Charakteristische Kopfschmerzformen und häufige Ursachen [25]

Rote Flaggen (Warnsymptome)	Relativ rote Flaggen (verdächtige Symptome)
Kopfschmerzcharakter	
<ul style="list-style-type: none"> - Plötzlicher, intensiver Kopfschmerz - Neuauftreten eines intensive Kopfschmerzes (< 4 – wenige Wochen) - Okzipitaler Kopfschmerz - Cluster-Kopfschmerz - Fröh morgendlicher Kopfschmerz - Schmerz, der das Kind aufweckt - Zunahme des Schmerzes im Liegen oder bei physiologischer intrakranieller Drucksteigerung (z. B. Husten, Pressen beim Stuhlgang) - Veränderung des Kopfschmerzcharakters bei Patienten mit bekannter primärer Kopfschmerz Erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> - Frequenz- oder Intensitätszunahme des Kopfschmerzes - Hohe Intensität des Kopfschmerzes - Kontinuierlicher Kopfschmerz - Diffuser Kopfschmerz - Unfähigkeit des Patienten, den Kopfschmerz genauer zu beschreiben (DD funktionell/somatoform/psychogen)
Spezifische anamnestische Befunde („Kopfschmerz +“)	
<ul style="list-style-type: none"> - (morgendliche / Nüchtern-) Übelkeit oder Erbrechen - Neurologische Symptome, die sich nicht als Aura einordnen lassen - Verwirrung, Desorientierung (DD konfusionelle Migräne) - Cerebrale Anfälle - Aktivitäts-, Verhaltens- oder Persönlichkeitsveränderung - Verschlechterung kognitiver Fähigkeiten - Polyurie, Polydipsie 	<ul style="list-style-type: none"> - Jede Auffälligkeit in der psychomotorischen Entwicklung - Systemische oder lokalisierte Infektion - Schädel-Hirn-Trauma - Medikamente und deren Nebenwirkungen (z. B. Kontrazeptiva) - Komorbidität (z. B. Malignom, Gerinnungsstörung, Phakomatose) - Negative Familienanamnese für primäre Kopfschmerz Erkrankung (v. a. Migräne) - Junges Alter des Patienten (Vorschulalter und jünger)

Tab. 4: Rote und relativ rote Flaggen in der Anamnese bei Kopfschmerzpatienten [10, 25]

Tabelle 5). Bei Erhebung „verdächtiger“ Befunde (relativ rote Flaggen) sind je nach individueller Situation entweder eine zeitnahe Diagnostik oder strukturierte klinische Verlaufskontrollen angezeigt [10].

Diagnose Migräne oder TTH – was rate ich dem Patienten?

Schlüsselemente der Therapie primärer Kopfschmerzen stellen die korrekte Aufklärung über die Störung i.S. des bio-psycho-sozialen Modells, die Identifikation persönlicher Triggerfaktoren und eine entsprechende Lebensstilmodifikation (in kleinen Schritten) dar. Die Dokumentation im Kopfschmerztagebuch ist in dieser Hinsicht relevant und zeitigt bereits eigene therapeutische Effekte. Die hohe Bedeutung der Compliance und Selbstverantwortlichkeit des Patienten für den Erfolg der Behandlung „seines Kopfschmerzes“ sollte betont werden. Eine Erprobung nicht-medikamentöser Allgemeinmaßnahmen (z. B. Rückzug, Reizabschirmung, Erlaubnis zum Schlaf, Kühlung der Stirn) sollte angeregt werden.

Eine gute Ergänzung zum ärztlichen Aufklärungsgespräch stellen integrierte Gruppenkonzepte zur Vertiefung von Grundlagen, Risiko- und Triggerfaktoren, Erlernen (verhaltenstherapeutische) Maßnahmen zur Stressbewältigung, Anleitung zu muskulären Dehnungsübungen und Entspannungsverfahren und zur medikamentösen Akuttherapie) dar [11, 12]. Selbstgesteuerte analoge oder internetbasierte Programme können den Kenntnisstand über Kopfschmerzen im Allgemeinen und das Bewusstsein für den ganz eigenen Kopfschmerz weiter steigern. Wichtig ist aber, dass nicht „irgendetwas“ gemacht wird, sondern der Kinder- und Jugendarzt die jeweilige Sinnhaftigkeit nach den Regeln evidenzbasierter Medizin beurteilt, auf den Patienten „zuschneidet“ und dem Patienten mit ausreichender Zeit mitteilt.

Welche Medikamente helfen akut?

Bei akuten Episoden von Spannungskopfschmerzen ist der Alltag in der Regel nicht (wesentlich) beeinträchtigt, sodass ein defensives Pharmakoregime angezeigt ist. Bereits nicht-medikamentöse Basismaßnahmen wie „Ablenkung/körperliche Aktivität“ können effektiv sein. Ist eine Akutmedikation notwendig, werden in erster Linie Analgetika (nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID)) eingesetzt (Tabelle 6) [13].

Migräneattacken erfordern den zeitnahen Einsatz eines zuverlässig wirksamen (richtig dosierten!), gut verträglichen und sicheren Medikaments. Maximale Effektivität setzt voraus, dass der Patient sorgfältig in die Anwendung und Grenzen „seines“ Medikaments eingewiesen wird und über „sein“ Medikament im Akutfall verfügen kann. Als ersten Schritt werden Analgetika (nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID)) in ihrer Wirksamkeit erprobt (Tabelle 6) [13]. Die Anwendung von Metamizol in dieser Indikation und Patientengruppe ist auf Grund des Nebenwirkungsprofils nicht zu empfehlen [14].

Bei starker Übelkeit, die eine spezifische Medikation erforderlich macht, können Antiemetika (z. B. Dimenhydrinat, Ondansetron) eingesetzt werden [15]. Bei „versteckten Neuroleptika“ mit der möglichen Nebenwirkung einer akuten dystonen Reaktion (z. B. Metoclopramid) sollte sehr sorgfältig Risiko und Nutzen abgewogen und mit dem Patienten besprochen werden [16].

30-60 % der pädiatrischen Patienten erfahren in der Migräneattacke mittels klassischer Analgetika/NSAID aber keine ausreichende Wirkung. In diesen Fällen ist der (zusätzliche) Einsatz der migräne-spezifischen Triptane indiziert. Orientiert man sich am europäischen Zulassungsstatus, so sind von der European Medicines Agency (EMA) zugelassen: Sumatriptan Nasenspray in einer Dosierung von 10 mg und Zolmitriptan Nasenspray 5 mg ab dem Alter von 12 Jahren.

- Reduzierter Allgemeinzustand
- Beeinträchtigung von Aktivität, Bewusstsein, Orientierung, Kognition oder Verhalten
- Kopfumfang abweichend von der Entwicklungsperzentile
- Strömungsgeräusche bei Auskultation im Kopfbereich (H. a. Gefäßmalformationen)
- Hirnnervenpathologie, insbesondere
 - Augenbewegungsstörung, pathologische Pupillenreflexe
 - Gesichtsfelddefekte
 - Stauungspapille
- (Auch geringfügiges) fokales neurologisches Defizit, z. B. Änderung des Schriftbildes
- Ataxie, Gangunsicherheit, Koordinationsstörung, Störung der Körper- oder Feinmotorik
- Wachstumsstörung
- Störung der Pubertätsentwicklung

Tab. 5: Rote Flaggen (Warnsymptome) in der klinischen Untersuchung von Kopfschmerzpatienten [10, 25]

Andere Triptane, abweichende (höhere) Dosierungen und Anwendung in jüngerem Lebensalter können aber in Einzelfällen zur Realisierung eines Therapieerfolges begründet sein (Tabelle 7).

Das Team des tertiären Kopfschmerzreferenzzentrums des iSPZ Hauner hat über die Jahre gute Erfahrung mit der kombinierten Gabe eines Triptans und eines langwirksamen NSAID (z. B. Rizatriptan & Naproxen) gemacht. Diese Kombination zeichnet sich durch eine gute Akut- und Langzeitwirkung aus, welche oft ein Wiederauftreten der Kopfschmerzen („re-

occurrence-headache“) und eine wiederholte Anwendung von NSAID und Triptanen vermeiden lässt [17].

Chronische Kopfschmerzen – welche Therapieansätze sind sinnvoll und evidenzbasiert?

Für Patienten mit chronischen Kopfschmerzen gilt ein multimodales Therapieregime, dessen Fokus individuell gesetzt und regelmäßig überprüft wird, als state of the art.

Wirkstoff	Stellenwert	Dosierung absolut (Jugendliche)	Dosierung gewichtsadaptiert (Kinder < 12 J.)	Dosisintervall	Anmerkung
Ibuprofen	Mittel der 1. Wahl bei Migräne & TTH	400 – 800 mg	10-15 mg/kg	6 h	Ggf. Schmelztabletten
Paracetamol	Mittel der nachgeordneten Wahl bei TTH	500 – 1000 mg	10-15 mg/kg	6 h	Bei Migräne in dieser Dosierung oft nicht effektiv; max. Tagesdosis 60 mg/kg; Cave Hepatotoxizität/Selbstmedikation (geringe therapeutische Breite!)
Acetylsalicylsäure	Optionen bei Migräne & TTH	500 – 1000 mg	10-15 mg/kg, max. 25 mg/kg/d	4-6 h	Cave < 12 Jahre, (Historische Diskussion: Reye-Syndrom, definitiver Zusammenhang bislang nicht gesichert)
Naproxen		250 – 500 mg	5-7,5 mg/kg, max. 15 mg/kg/d	8-12 h	Zugelassen > 12 Jahre; Kombination mit Triptan möglich

TTH Tension Type Headache (Spannungskopfschmerz)

¹ Einnahme möglichst rasch nach Einsetzen der Symptomatik in ausreichend hoher Dosierung; bei Symptompersistenz erneute Einnahme nach 3-4 Stunden möglich; Anwendung max. 2-3 Mal/Woche

² Grundsätzlich wichtige Nuance: individuell geeignete Darreichungsform wählen

Tab. 6: Pharmakotherapie primärer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Analgetika und nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID) [6, 13, 22, 24, 25]^{1,2}

Triptan	Applikation	Dosis	Dosisintervall	Zulassungsstatus
Sumatriptan	Nasal	10-20 mg	Einmalige Wiederholung frühestens 2 Stunden nach erster Anwendung, sofern diese einen Effekt gezeigt hatte	EMA; ab 12 Jahre
Zolmitriptan		2,5-5 mg		EMA; ab 12 Jahre
Almotriptan	Oral	6,25-12,5 mg		FDA; ab 12 Jahre
Rizatriptan		5-10 mg		FDA; ab 6 Jahre
Rizatriptan				FDA; ab 6 Jahre
Zolmitriptan	Schmelztablette	2,5-5 mg		Nicht zugelassen < 18 Jahre

EMA: European Medicines Agency; FDA: Food and Drug Administration (USA)

¹ Stratifiziertes Regime: bei Erreichen einer vorher festgelegten Schmerzintensität (Triptanschwelle), wird das Triptan möglichst rasch angewendet; bei guter Einstellung max. Anwendung 2 Mal/Woche

² Grundsätzlich wichtige Nuance: individuell geeignete Darreichungsform wählen

³ Kontraindikationen: Vasospasmus, frühere cerebrovaskuläre Probleme oder TIA; periphere vaskuläre Erkrankung, arterieller Hypertonus, Angina pectoris, schwere Herzerkrankung; gleichzeitige Einnahme von MAO-Hemmern (bis zum Zeitraum von 2 Wochen nach Absetzen) oder Ergotaminen; schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft.

Tab. 7: Triptantherapie der akuten Migräne im Kindes- und Jugendalter [6, 13, 22, 24, 25]^{1,2,3}

Fokus psychologische Intervention

Psychologische Interventionen zur Stressmodifikation, Verbesserung der Körper- und Selbstwahrnehmung, Stärkung der Autonomie und Erarbeiten von Coping-Strategien haben sich als effektiv erwiesen [18, 19].

Fokus physiotherapeutische Interventionen

Verspannungen im Nacken-Schulter-Bereich werden häufig von Kindern und Jugendlichen, die an Kopfschmerzen leiden, angegeben. In diesen Fällen können funktionelle Therapien, z. B. Physiotherapie in Kombination mit Wärmebehandlung oder Massage, wirksam sein. Bei Nachweis sogenannter aktiver myofaszialer Triggerpunkte (mTrPs) stellt die Triggerpunkt-spezifische Physiotherapie eine sinnvolle Option dar. Die Evaluation der Nacken-Schulter-Muskulatur ist daher ein essentieller Bestandteil der ärztlichen körperlichen Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit Kopfschmerzen (Abbildung 1) [2, 20, 21].

Fokus Pharmakoprophylaxe

Eine Pharmakoprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen mit primären Kopfschmerzen ist *nur* indiziert, wenn die psychologischen, nicht-medikamentösen Maßnahmen ohne zureichenden Erfolg ausgeschöpft

sind z. B. bei persistierender hoher Attackenfrequenz, relevanten Einschränkungen im Alltag/der Schulpräsenz, oder auch kontraindizierten Akuttherapeutika.

Pharmakotherapeutische Prophylaxe kann aber nur sinn- und wirkungsvoll sein, wenn ein Gesamtkonzept unter Einbeziehung psychologischer Faktoren erarbeitet und kommuniziert ist, d. h. sie ist in der Regel der Vorstellung in einem sekundären/tertiären Kopfschmerzzentrum vorbehalten [13].

Bislang ist kein Medikament spezifisch zur Prophylaxe primärer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter zugelassen. Entsprechend der Behandlung der Migräne erwachsener Patienten stellen Magnesium, Propranolol, Topiramat und Amitriptylin in Deutschland etablierte Optionen dar. In der Behandlung des Spannungskopfschmerzes wird (noch) seltener eine prophylaktische Medikation benötigt. Dabei wird neben Magnesium im Einzelfall Amitriptylin eingesetzt (Tabelle 8) [13, 22].

Fokus komplementäre Therapien

Die komplementärmedizinischen Maßnahmen Akupunktur, Osteopathie und Homöopathie werden zunehmend im Sinne einer Ergänzung des schulmedizinischen Therapieansatzes nachgefragt. Lediglich für die Akupunktur liegen aber evidenzbasierte Daten vor, die eine prophylaktische (nicht akute) Wirksamkeit belegen. Pestwurzextrakt ist grundsätzlich ein wirksames

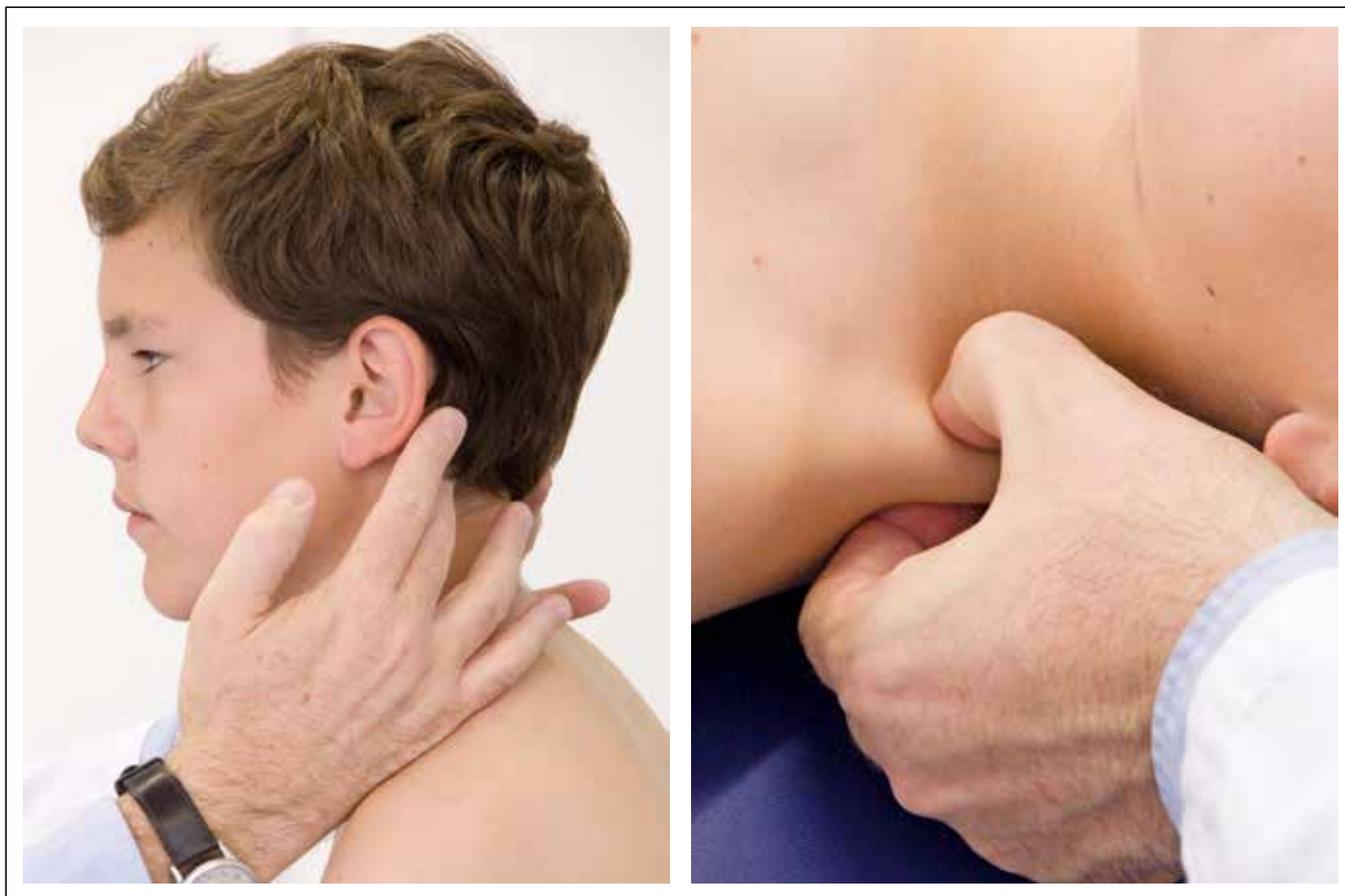


Abb. 1: Untersuchung der Nacken-Schultermuskulatur auf aktive myofasziale Triggerpunkte

Wirkstoff	Dosis	Anmerkung
Magnesiumcitrat Magnesiumaspartat	200-600 mg/d	Nebenwirkung: Diarrhoe/Flatulenz, bei Absetzen Obstipation, bei Kombinationspräparaten mit Zusätzen (Riboflavin) über „kräftig-gelben“ Urin aufklären.
Propranolol	0,5-2 mg/kg	(Relative) Kontraindikationen: Atopie, Asthma, Diabetes, Herzrhythmusstörungen, Leistungssport
Flunarizin	<40 kg: 5 mg >40 kg: 10 mg	Keine Zulassung in der Pädiatrie, abendliche Einnahme; Indikation: Hemiplegische Migräne; Nebenwirkung: extrapyramidalmotorische Störungen
Topiramate	0,5-1(-2) mg/kg, max. 100 mg	Cave Kognition/Psyche/Verhalten/Essverhalten (Gewichtsabnahme); besondere Indikation: Hemiplegische Migräne
Amitriptylin	0,2-1 (-2) mg/kg, max. 100 mg	Abendliche Einnahme; EKG-Kontrollen, psychologische/psychiatrische Nebenwirkungen

Tab. 8: Pharmakoprophylaxe primärer Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter [6, 13, 22, 24, 25]

Phytotherapeutikum, dabei nicht mehr in Deutschland verfügbar, kann aber über eine internationale Apotheke erhalten werden. Die Dosierung der Präparation Peta-dolex® (Pestwurzextrakt) beträgt 2x2 Kapseln pro Tag bei Jugendlichen. Bei der Anwendung muss auf pharmazeutische Präparate ohne Pyrrolizidinalkaloide (hepatotoxische und carcinogene Wirkung) und eine Leberwertkontrolle unter Therapie geachtet werden. Für den Einsatz von Mutterkraut, Riboflavin oder Coenzym Q10 bei Kindern und Jugendlichen existiert keine ausreichende Evidenz [23].

Abschluss

Kopfschmerzen führen sehr häufig Kinder und Jugendliche in die pädiatrische Sprechstunde. Spannungskopfschmerzen und Migräne sind dabei häufige Entitäten sogenannter primärer Kopfschmerzen. Es gilt, 1. eine spezifische Diagnose zu stellen (Orientierung über die Website der Deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft www.dmkg.de), 2. eine ebenso richtige wie einfühlsame Aufklärung der Patienten sicherzustellen, 3. ein konsequentes, patientenzentriertes Therapieregime für Akut- und Dauermaßnahmen aufzustellen und 4. die Diagnose klinisch regelmäßig im Verlauf zu überprüfen.

Kommt im Verlauf der Diagnostik oder Behandlung die Praxispädiatrie an ihre Grenzen, so führen viele Wege nach Rom: Hinzuziehen der Psychologie (Schulpsychologie), Überweisung in ein pädiatrisches Kopfschmerzzentrum, Zusammenarbeit mit einem SPZ, einem Kinderschmerzzentrum oder einem auf Kopfschmerzen spezialisierten Neurologen, Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – um nur einige Wege zu nennen.

Fazit für die Praxis

Die Aufgabencheckliste der Praxispädiatrie für jedes Kind und Jugendlichen mit Kopfschmerzen umfasst folgende Punkte [24]:

1. Stimmt die Diagnose?

2. Kann ich eine spezifische Diagnose aus der Gruppe der primären Kopfschmerzerkrankungen stellen (und heißt nicht einfach „Kopfschmerzen“ – so wie die Appendizitis nicht „Bauchschmerzen“ heißt)?
3. Sind sekundäre Ursachen wirklich ausgeschlossen?
4. Stimmt das ärztlich kommunizierte Konzept der jeweiligen Kopfschmerzerkrankung (z. B.: Migräne ist keine psychogene Erkrankung, sondern unterliegt in ihrem Verlauf psychischen Einflussfaktoren)?
5. Habe ich die Verhaltensregeln zum Kopfschmerz individualisiert (und nicht schablonenhaft) mitteilen können?
6. Ist der Patient selbst zur Schmerzbewältigung aktiv? oder lässt er „bedienen“?
7. Ist der Verlauf ärztlich kontrolliert (und damit die Diagnose bestätigt)?
8. Brauche ich als Praxispädiater für meinen Patienten weiteren Input von anderer Stelle? (z. B.: Steht die Schulverweigerung im Vordergrund?; Habe ich Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung?; Könnten Mobbing oder Missbrauch ursächlich sein?)
9. Stimmt meine akute Pharmakotherapie?; Wird sie „richtig“ genommen?; Mit wem arbeite ich für die Prophylaxe (selten!) zusammen?
10. Zurück auf (1) ... stimmt die Diagnose?

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondierende Autoren:

Dr. med. Michaela Bonfert

Prof. Dr. med. Florian Heinen

Kinderneurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, iSPZ München

Dr. von Haunersches Kinderspital, Campus Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität München, Lindwurmstr. 4, 80337 München

Tel.: 089/72016137

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

Red.: Heinen

Highlights aus Bad Orb ● ● ●

Tuberkulose im Kindesalter



Dr. Folke
Brinkmann

Die Zahl der Tuberkuloseinfektionen im Kindesalter ist in Deutschland weiterhin gering, die Frage nach Diagnostik und Therapie gewinnt bei wachsender Zuwanderung aus Ländern mit höherer Prävalenz jedoch an Bedeutung. Gerade in den ersten Lebensjahren stellt die Diagnose einer Tuberkuloseinfektion und -erkrankung weiterhin eine Herausforderung dar, da klinische Symptome oft atypisch oder wenig ausgeprägt sind. Gerade diese Kinder sind jedoch durch höhere Erkrankungszahlen und potentiell lebensbedrohliche Verläufe besonders gefährdet. Standardisierte Fragen sind zur Risikoabschätzung effektiv. Immunodiagnostische Tests wie der Tuberkulin-Hauttest (THT) und Interferon Gamma Release Assays (IGRA) haben v. a. bei jungen Kindern eine limitierte Sensitivität. Auch die radiologische Diagnostik ist ebenso wie die Erregerdiagnostik wenig sensitiv. Dennoch ist ein Screening von Flüchtlingskindern sinnvoll. Die Therapie der Tuberkuloseexposition, -infektion und -erkrankung ist bei konsequenter Umsetzung gut wirksam und nebenwirkungsarm.

Einleitung

Tuberkuloseerkrankungen im Kindesalter sind in Deutschland glücklicherweise selten geworden. In den letzten Jahren werden nach Angaben des Robert-Koch-Instituts zwischen 150 und 200 aktive Erkrankungsfälle pro Jahr bei Kindern gemeldet. Dennoch bleibt die Tuberkulose in spezifischen Bevölkerungsgruppen eine wichtige Differenzialdiagnose. So haben zum Beispiel Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit ein ca. 26-fach erhöhtes Risiko an einer Tuberkulose zu erkranken. Inwiefern sich steigende Zahlen von Flüchtlingen und Migranten aus Ländern mit höherer Tuberkuloseinzidenz auf die Erkrankungszahlen bei Kindern auswirken, ist noch unklar. Als Hochrisikoländer gelten Länder mit einer Inzidenz (=Zahl der Neuerkrankungen) von >40 /100.000. Dazu zählen aktuell z. B. Afghanistan und der Irak. Aktuelle Zahlen können unter: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/> eingesehen werden.

Klinisches Bild der Tuberkulose

1. Tuberkuloseinfektion (LTBI)

Bei einer Tuberkuloseinfektion (LTBI) ist der Patient klinisch gesund, es kann aber immunologisch eine Infektion mit *M. tuberculosis* nachgewiesen werden. Innerhalb der ersten ein (bis zwei) Jahre besteht das höchste Risiko für die Progression einer LTBI zu einer aktiven Tuberkulose. Dieses Risiko ist altersabhängig und in den ersten Lebensjahren ebenso wie das Risiko

einer schweren Erkrankungsform (tuberkulöse Meningitis, Miliartuberkulose) am höchsten.

Kinder infizieren sich zumeist durch Kontakt mit einem an infektiöser Tuberkulose erkrankten Erwachsenen. Südafrikanische Untersuchungen belegen, dass sich bei Haushaltskontakten eines Erwachsenen mit offener Tuberkulose 60-80% der im Haushalt lebenden exponierten Säuglinge und Kleinkinder infizieren.

2. Tuberkuloseerkrankung

Allgemeine Symptome

Bei persistierendem Husten über mehr als vier Wochen, prolongierter Müdigkeit, Gewichtsverlust und vermehrtem nächtlichen Schwitzen sollte vor allem bei Kindern aus Hochrisikoländern oder mit Immundefekten neben anderen Differenzialdiagnosen auch an eine Tuberkulose gedacht werden.

Bei mehr als der Hälfte der an Tuberkulose erkrankten Kleinkindern fehlt eine spezifische klinische Symptomatik. Darüber hinaus sind im Kindesalter extrapulmonale Erkrankungsformen häufiger als im Erwachsenenalter.

Unkomplizierte Primärtuberkulose

Dies ist die häufigste Manifestationsform der Tuberkulose im Kindesalter und manifestiert sich mit Befall eines lokalen Lymphknotens und einem kleinem pulmonalen Parenchymherd (Ghon Komplex). (siehe Abb. 1)

Komplizierte Primärtuberkulose

Lokale Komplikationen wie durch Lymphknoten-einbruch verursachte Belüftungsstörungen oder eine

Pleuritis definieren eine komplizierte Primärtuberkulose. Kavernöse Veränderungen sind bei Kindern unter 10 Jahren sehr selten.

Extrapulmonale Tuberkulose

Extrapulmonale Tuberkuloseerkrankungen entwickeln sich bei ca. 20-30% der Kinder durch lymphogene oder hämatogene Streuung. Am häufigsten ist die periphere Lymphknotentuberkulose. Die Lymphadenopathie zeigt sich klinisch meist als einseitige, langsam progrediente weiche und schmerzlose Schwellung. Andere extrapulmonale Manifestationsformen an Skelett, abdominellen Organen oder Haut sind selten.

Tuberkulöse Meningitis und Miliartuberkulose

Diese schweren Erkrankungsformen treten vor allem bei Säuglingen, Kleinkindern und Immunsupprimierten auf. Aufgrund einer Anergie sind immunologische Tests, z. B. der Tuberkulinhauttest (THT) in bis zu 40% negativ, auch eine radiologische Diagnostik erbringt bei ca. 50% der an Meningitis erkrankten Kindern keinen pathologischen Befund.

Die tuberkulöse Meningitis tritt bei 1 % aller unbehandelten Tuberkulosen bei Kindern auf. Nach schleichendem Beginn treten Zeichen einer akuten Meningitis z. T. auch schon mit fokaler Symptomatik und Krampfanfällen auf. Unbehandelt kommt es dann im finalen Stadium zu Bewusstseinsverlust, progressiven Paresen und Koma.

Eine Miliartuberkulose geht mit einem sepsisartigen generalisiertem Organbefall und disseminierter Bildung kleinster Granulome im gesamten Körper einher. Der Verlauf ist variabel, aber mit einer deutlich erhöhten Letalität von 20-40% behaftet.

Diagnostik der Tuberkuloseinfektion und -erkrankung

Anamnese

Aufgrund der oft unspezifischen Symptomatik ist eine Abgrenzung zwischen einer Tuberkulose und anderen Erkrankungen im Kindesalter schwierig. Ein einfaches Screening (Tabelle 1) hilft mit einer Sicherheit von über 95%, Kinder mit einem geringen Risiko zu identifizieren. Eine weitere Abklärung sollte erfolgen, wenn eine oder mehr Fragen positiv beantwortet werden.

Immunologische Testung

Zur immunologischen Diagnostik der Tuberkuloseinfektion im Kindesalter sind zwei Testverfahren in Verwendung, die jeweils 4-6 Wochen nach Kontakt mit *M. tuberculosis* eine erregerspezifische Immunantwort nachweisen.

1. Tuberkulinhauttest (THT)

Der THT wird vor allem bei Kindern unter fünf Jahren als primärer Test empfohlen. Der Test, z. B. der RT

23 (Statens Serum, Kopenhagen) wird mit 0,1ml (entsprechend 2 Tuberkulin Einheiten) streng intrakutan an der volaren Seite des Unterarms durchgeführt und nach 72 Stunden abgelesen. Dabei ist der Durchmesser der Induration, nicht der umgebenden Hautrötung ausschlaggebend (Abbildung 3a+b). Je nach Alter des Kindes, Impfstatus und Kontakt zu Risikopopulationen gelten folgende cut offs (Tabelle 2).



Abb. 1: Röntgenaufnahme des Thorax eines 6-jährigen asymptotischen Jungen türkischer Abstammung mit positivem Interferon-Gamma-Release-Assay, linksseitiger hilärer Lymphadenopathie, aufgefallen im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung (Indexperson Mutter). Dreifachtherapie (Isoniazid/Rifampicin/Pyrazinamid) über 2 Monate, dann INH/RMP 4 Monate



Abb. 2: Röntgenaufnahme des Thorax eines 1,5-jährigen rumänischen Mädchens mit sepsisartigem Krankheitsbild als Ausdruck eine Miliar Tb. THT negativ, IGRA nicht auswertbar. Neben der pulmonalen Beteiligung fanden sich auch abdominell multiple Granulome (Indexperson Großvater). Therapie: INH/RMP/PZA/EMB 2 Monate, dann INH/RMP 7 Monate

1. Hat Ihr Kind Kontakt zu Tuberkulose gehabt?
2. Ist jemand aus Ihrer Familie, Ihr Kind eingeschlossen, in einem Land mit hoher Tbc-Häufigkeit geboren oder hat sich (innerhalb der letzten 2 Jahre) für längere Zeit in einem solchen Land aufgehalten?
3. Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt mit Erwachsenen, die ein hohes Tbc-Risiko haben (z. B. Obdachlose, Drogenkonsumenten)?
4. Hat Ihr Kind einen Immundefekt/ eine HIV-Infektion?

Tab. 1: Fragen zur Infektionsanamnese (Nach CDC)



Falsch: Erythem



Richtig: Induration

Abb. 3a+b: Richtige Auswertung des Tuberkulintests

Anamnese	Induration
aktueller Kontakt zu infektiöser Tbc Immunsuppression oder Immundefekt	Induration > 5mm
Häufiger Kontakt zu Risikopopulationen dokumentierte Konversion <2 Jahren Kinder <4 Jahre ohne Kontakt zu Tbc Kinder im Flüchtlingscreening unabhängig vom Impfstatus	Induration > 10mm

Tab. 2: Diagnostik der Tuberkulose mittels Tuberkulinhauttest (THT)

Die intrakutane Injektionstechnik und das Able- sen der Induration können eine beträchtliche inter- individuelle Variabilität aufweisen. Außerdem ist zu beachten, dass der THT z. B. auch nach einer BCG- Impfung oder nach Kontakt mit atypischen Myko- bakterien falsch positiv werden kann (niedrige Spezi- fität). Bei einem cut off von >10mm werden jedoch nur ca. 2,5% falsch positive Ergebnisse nach BCG Impfung gemessen. Leider ist in den vergangenen Mo- naten der in Deutschland verwendete RT23 (Statens Serum, Copenhagen) nicht verfügbar und andere Tu- berkulinhautteste ebenfalls nicht ausreichend liefer- bar, sodass Interferon-Gamma-Release-Assays häufi- ger Anwendung finden.

3. Interferon-Gamma-Release-Assays (IGRAs)

Bei beiden derzeit verwendeten IGRAs (QuantiFE- RON-TB Gold In-Tube (plus) und T-SPOT.TB) wird im Blut nach Inkubation mit 2-3 mykobakteriellen Antigenen die resultierende IFN- γ Produktion der Gedächtnis T-Zellen gemessen. Diese Testergebnisse sind meist vergleichbar mit THT oder etwas weniger sensitiv. Insbesondere jüngere Kinder haben deutlich häufiger negative oder nicht verwertbare Tests, was auf eine Beeinflussung der IFN- γ -Ausschüttung durch das Alter des Kindes hinweist. Der Stellenwert der IGRAs bleibt bei Kindern <5 Jahren zurzeit unklar. Viele Experten halten es für sinnvoll, bei kleinen Kindern zeitgleich IGRA und THT durchzuführen. Bei diskre- panten Ergebnissen sollte man den positiven Test als richtig werten.

Sowohl die IGRAs als auch der THT können bei Kindern mit primären oder sekundären Immundefek- ten, unter immunsuppressiver Therapie, nach schweren oder akuten Virusinfekten und 4-6 Wochen nach Le- bendimpfungen falsch negativ ausfallen.

Bei klinischem Verdacht sollte ungeachtet der Test- ergebnisse eine weitere Diagnostik erfolgen.

Zum empfohlenen Ablauf der Diagnostik im Kin- desalter siehe Abbildung 4.

4. Radiologische Untersuchung

Bei gesicherter Tuberkuloseexposition (pos. THT/ IGRA) sollte bei Kindern unter fünf Jahren immer eine Röntgenaufnahme des Thorax durchgeführt wer- den. Eine seitliche Aufnahme kann in seltenen Fällen erforderlich sein. Die häufigsten Veränderungen sind hiläre Lymphadenopathien (siehe Abbildung 1) und Belüftungsstörungen. Diese sind jedoch unspezifisch und treten im Rahmen pulmonaler Infekte vor allem bei Kleinkindern häufig auf.

Allerdings werden bei 40-70% der Kleinkinder mit kulturell gesicherter Tuberkulose keine radiologischen Auffälligkeiten gesehen. In Einzelfällen kann eine CT der Lunge weiterhelfen.

Größere Infiltrate und nachfolgende Kavernenbil- dung v.a. in den Oberlappen spielen erst im Jugendalter einer Rolle. Hier steigt die Sensitivität der radiologi- schen Diagnostik auf ca. 80% .

5. Kulturelle Untersuchung

Der kulturelle Nachweis von *M.tuberculosis* ist nach wie vor der Goldstandard der Diagnostik und sollte auch im Kindesalter unbedingt angestrebt werden.

Bei Kleinkindern und Säuglingen wird zur Gewinnung des Magensaftes eine morgendliche Entnahme an drei Tagen durchgeführt. Bei größeren Kindern wird induziertes Sputum gewonnen. Im Ausnahmefall kommt eine bronchoalveoläre Lavage in Betracht.

Aufgrund der bei Kindern unter zehn Jahren häufigen paucibacillären Form der Tuberkulose ist ein Erregernachweis nur bei ca. 10-15 % der Kinder mit pulmonaler Tuberkulose im Direktpräparat, in der Kultur bei 10-60% der Fälle möglich. Nukleinsäure-amplifikationstechniken sind ggf. zum früheren Nachweis geeignet.

Screening von asylsuchenden Kindern < 15 Jahren

Aufgrund der vor und während der Flucht erhöhten Expositionsgefahr und der unzureichenden Sensitivität des symptom-basierten Screenings wird in Deutschland für alle Flüchtlingskindern unter 15 Jahren unabhängig von Inzidenz des Herkunftslandes ein immunologisches Screening mittels THT (cut off >10mm, s.o.) oder IGRA empfohlen (siehe Abbildung 5). Bei positivem Testergebnis sollten wie auch bei allen anderen Kindern eine weitere Abklärung einer aktiven Tuberkulose-erkrankung und danach ggf. eine chemopräventive Therapie begonnen werden. Diese ist am einfachsten als überwachte Therapie in den Aufnahmeeinrichtungen durchführbar.

Infektiosität und Isolierung

Eine Isolierung ist bei Kindern ohne offene Tuberkulose (d.h. ohne mikroskopischen Nachweis von *M. tuberculosis*) nicht notwendig. Wenn jedoch mikroskopisch säurefeste Stäbchen in Sputum oder Magensaft nachgewiesen werden können, sollte eine Isolierung bis ca. 3 Wochen nach Beginn einer antibiotikogerechten Therapie durchgeführt werden. Jugendliche, bei denen sich postprimäre Tuberkuloseformen z. B. mit pulmonaler Kavernenbildung entwickeln können, sind ggf. länger infektiös.

Expositionsprophylaxe (Chemoprophylaxe)

Aufgrund des erhöhten Infektions- und Erkrankungsrisikos sollten Kinder unter fünf Jahren bei gesicherter Tuberkulose-Exposition auch bei initial unauffälligem immunologischen Test eine Chemoprophylaxe (Expositionsprophylaxe) mit Isoniazid (INH) erhalten, um die Entwicklung einer LTBI zu verhindern. Auch bei Kindern zwischen fünf und 15 kann diese je nach Risikoprofil in Erwägung gezogen werden.

Nach drei Monaten sollten der THT/IGRA wiederholt werden, um eine LTBI auszuschließen (siehe Abbildung 3). Fallen diese negativ aus, so kann die INH-Gabe beendet werden. Sollten diese jedoch positiv sein (Konversion), ist nach Ausschluss einer aktiven TB eine Chemoprävention erforderlich.

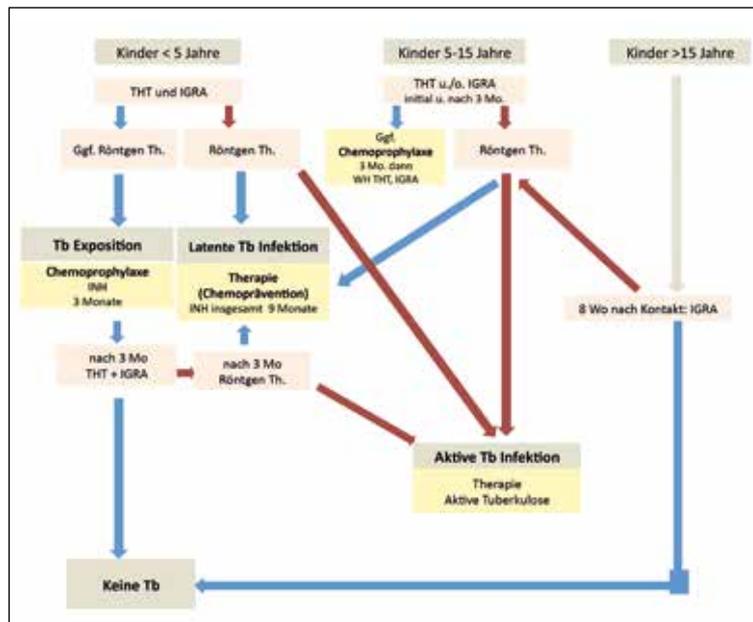


Abb. 4: Diagnostik der Tuberkulose im Kindesalter, rote Pfeile = pathologisches Testergebnis, blaue Pfeile: unauffälliges Testergebnis

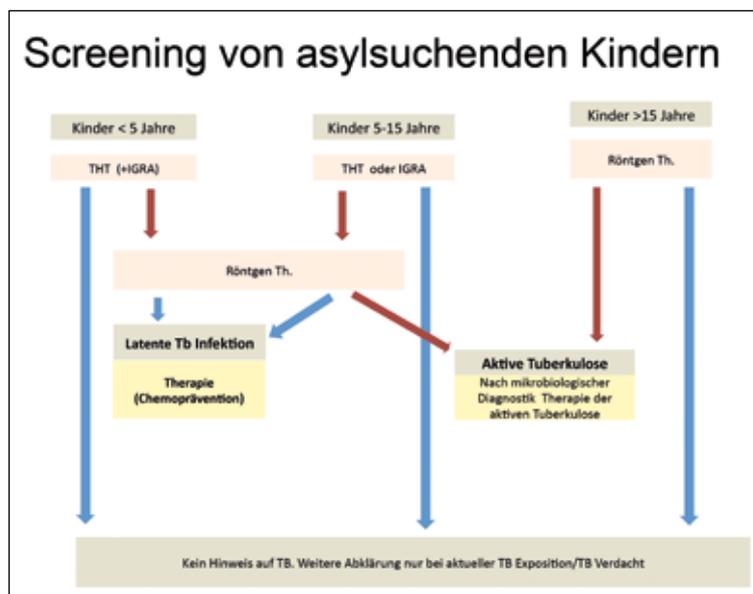


Abb. 5: Diagnostik der Tuberkulose bei asylsuchenden Kindern, rote Pfeile = pathologisches Testergebnis, blaue Pfeile: unauffälliges Testergebnis

Therapie der LTBI und der aktiven Tuberkulose

Ja nach Altersgruppe unterscheidet sich die Pharmakokinetik der Antituberkulotika. Eine gewichts- und altersbezogene Dosierung ist daher für eine effektive Therapie essentiell (siehe Tabelle 3). Ist dies nicht möglich, sollten für alle Altersgruppen bis zur max. Tagesdosis u.g. WHO Dosierungen verwendet werden.

Medikament	Altersgruppe	Dosis DGPI 2013	WHO 2010/13
Isoniazid (INH)		200 mg/m ² KOF, max. TD 300 mg	
	0-5 Jahre	8-10 mg/kgKG	10 mg/kgKG
	6-9 Jahre	7-8 mg/kgKG	10 mg/kgKG
	10-14 Jahre	6-7 mg/kgKG	10 mg/kgKG
	15-18 Jahre	5-6 mg/kgKG	10 mg/kgKG
Rifampicin (RMP)		350 mg/m ² KOF, max. TD 600 mg	
	0-5 Jahre	15 mg/kgKG	15 mg/kgKG
	6-9 Jahre	12 mg/kgKG	15 mg/kgKG
	10-14 Jahre	10 mg/kgKG	15 mg/kgKG
	15-18 Jahre	10 mg/kgKG	15 mg/kgKG
Pyrazinamid (PZA)	Alle Altergruppen	30 mg/kgKG/Tag max. TD 2,0 g (>70 kg)	30 mg/kgKG
Ethambutol (EMB)		850 mg/m ² KO, max. TD 1,75 g	
	0-5 Jahre	30 mg/kgKG	30 mg/kgKG
	>5 Jahre	25 mg/kgKG	30 mg/kgKG

Tab. 3: Dosierung der first-line Antituberkulotika im Kindesalter

1. Therapie der LTBI (Chemoprävention)

Die LTBI ist definiert als positiver immunodiagnostischer Test ohne nachweisbaren Organbefund. In dieser Situation wird bei allen Kindern eine chemopräventive Therapie empfohlen. Diese senkt das Risiko der Progression zur aktiven TB-Erkrankung um bis zu 90%. Die Behandlung wird entweder als Monotherapie mit INH für neun Monate oder aber mit INH plus Rifampicin (RMP) für 3-4 Monate durchgeführt. Beide Behandlungsstrategien sind gleich effektiv wobei die Compliance bei der kürzeren Therapiedauer besser ist. Möglicherweise ist die Rate v.a. gastrointestinaler Nebenwirkungen bei der Kombinationstherapie von INH plus RMP etwas erhöht.

2. Therapie der aktiven Tuberkuloseerkrankung (Chemotherapie)

Die Therapie der Tuberkuloseerkrankung muss zur Vermeidung einer Resistenzentwicklung immer als Kombinationstherapie durchgeführt werden. Meist wird bei Kindern eine Dreifachtherapie, bei komplizierter Tuberkulose ggf. eine Vierfachtherapie empfohlen. Die Standardtherapie einer pulmonalen TB oder einer Lymphknoten TB besteht aus einer Kombination aus INH, RMP und Pyrazinamid (PZA). Bei gutem Ansprechen wird PZA nach zwei Monaten abgesetzt. INH und RMP werden für eine Gesamttherapiedauer von sechs Monaten weitergegeben. Die Effektivität dieses Regi-

mes liegt in einer zweijährigen Nachbeobachtungszeit bei 95-99%. Bei einer Vierfachtherapie wird zusätzlich Ethambutol (EMB) gegeben.

Andere Formen der Tuberkuloseerkrankung, z. B. disseminierte Tuberkulosen benötigen eine längere Therapiedauer. Bei der Meningitis tuberculosa wird initial mit einer Vierfachkombination und Dexamethason behandelt. Wegen deutlich besserer Liquorgängigkeit eignet sich Protionamid als Alternative zu EMB.

Die Medikamente werden täglich oral als Einmalgabe verabreicht und bei Gewichtszunahme entsprechend in der Dosierung angepasst. In der Regel werden die Medikamente im Kindesalter mit nur 1-2% Nebenwirkungsrate gut vertragen. Ein regelmäßiges Monitoring der Leberfunktion sollte erfolgen.

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorhanden ist.

Dr. Folke Brinkmann
 Pädiatrische Pneumologie
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr –
 Universität Bochum
 Alexandrinenstraße 5, 44791 Bochum
 Telefon: 0 234/509 6611
 E-mail: f.brinkmann@klinikum-bochum.de

Red.: Keller

Bakterielle Komplikationen nach einer RSV-Infektion?

consilium

Prof. Dr.
Johannes Forster

Frage

Die Rate bakterieller Komplikationen und Sekundärinfektionen nach RSV-Bronchiolitiden ist nach übereinstimmender Literaturmeinung sehr gering. Dennoch wird im klinischen Alltag – zweifellos auch aufgrund des meist schweren klinischen Bildes – sehr häufig eine bakterielle Superinfektion antizipiert und deshalb prophylaktisch ein Antibiotikum, meist breit wirksam, verordnet. So nachvollziehbar das Sicherheitsbedürfnis ist, sind damit doch erhebliche Gefahren, insbesondere im Hinblick auf die epidemiologische Situation und die Resistenzlage, verbunden.

Welche Kriterien können also dem Pädiater an die Hand gegeben werden, damit einerseits die unnötige Antibiotikaverordnung unterbleibt und andererseits die bakterielle Komplikation mit der Gefahr schwerer Verläufe zuverlässig erkannt werden?

Taugt die zusätzlich Bestimmung von Procalcitonin neben CRP dazu?

Antwort

In der Tat haben nur wenige RSV-Erkrankungen bakterielle Folgeerkrankungen oder Komplikationen (1), neuere Arbeiten zeigen auch, dass bei Bronchiolitidenfällen mit und ohne RSV quantitativ und qualitativ die gleiche Bakterienflora in den Nasopharynxsekreten gefunden wird (2).

Das Risiko einer bakteriellen Folgeerkrankung lässt sich weder abschätzen aus der RS-Viruslast im NPS des Kindes (2), noch aus den Entzündungsparametern [CRP, Blutbild, Procalcitonin] (3, 6, 7).

Eine andere Gruppe von Patienten ist diejenige, die so schwer krank ist, dass sie auf einer Intensivstation behandelt werden muss. Hier ergeben die genannten Entzündungsparameter ebenfalls keine sichere Handhabung zum Ausschluss einer bakteriellen (Co-)Infektion,

ausschlaggebend ist das klinische Erscheinungsbild und der Befund des Trachealsekretes (4, 5). Erstaunlicherweise ist letzten Endes aber der Bakteriennachweis bei den Kindern mit Pneumonie und SIRS kein Risikofaktor für ein schlechteres Gesamt-Outcome (5).

Zusammenfassend ist zu sagen: Bei Bronchiolitiden-Kindern, die auf Normalstationen versorgt werden, ist das falsche Sicherheitsbedürfnis der Ärzte Ursache für die häufige Antibiotika-Gabe, nicht das epidemiologische Risiko. Ob überhaupt ein (kleiner) Erfolg zu erzielen wäre, müsste erst noch untersucht werden (3).

Bei den Kindern mit Intensivtherapie-Bedarf ist am ehesten das klinische Erscheinungsbild und die invasive Diagnostik (Trachealsekret) indikationsgebend.

Literatur

1. Purcell K, Fergie J. Concurrent serious bacterial infections in 2396 infants and children hospitalized with respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Apr; 156(4):322-4.
2. Franz A, Adams O, Willems R, Bonzel L, Neuhausen N, Schweizer-Krantz S, Rugeberg JU, Willers R, Henrich B, Schrotten H, Tenenbaum T. Correlation of viral load of respiratory pathogens and co-infections with disease severity in children hospitalized for lower respiratory tract infection. *J Clin Virol.* 2010 Aug;48(4):239-45.
3. Kneyber MC, Kimpen JL. Antibiotics in RSV bronchiolitis: still no evidence of effect. *Eur Respir J.* 2007 Jun;29(6): 1285.
4. Thorburn K, Harigopal S, Reddy V, Taylor N, van Saene HK. High incidence of pulmonary bacterial co-infection in children with severe respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis. *Thorax.* 2006 Jul;61(7):611-5. Epub 2006 Mar 14.
5. Duttweiler L, Nadal D, Frey B. Pulmonary and systemic bacterial co-infections in severe RSV bronchiolitis. *Arch Dis Child.* 2004 Dec;89(12):1155-7. PubMed PMID: 15557055;
6. Purcell K, Fergie J. Lack of usefulness of an abnormal white blood cell count for predicting a concurrent serious bacterial infection in infants and young children hospitalized with respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection. *Pediatr Infect Dis J.* 2007 Apr;26(4):311-5.
7. Resch B, Gusenleitner W, Müller W. Procalcitonin, interleukin-6, C-reactive protein and leukocyte counts in infants with bronchiolitis. *Pediatr Infect Dis J.* 2003 May;22(5):475-6.

Prof. Dr. Johannes Forster
St. Josefskrankenhaus
Kinderabteilung St. Hedwig
Sautierstraße 1
79104 Freiburg

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.

Welche Diagnose wird gestellt?

Sandra Pehle



Abb. 1: Furunkel rechter Nasenrücken und zervikale Lymphknotenschwellung

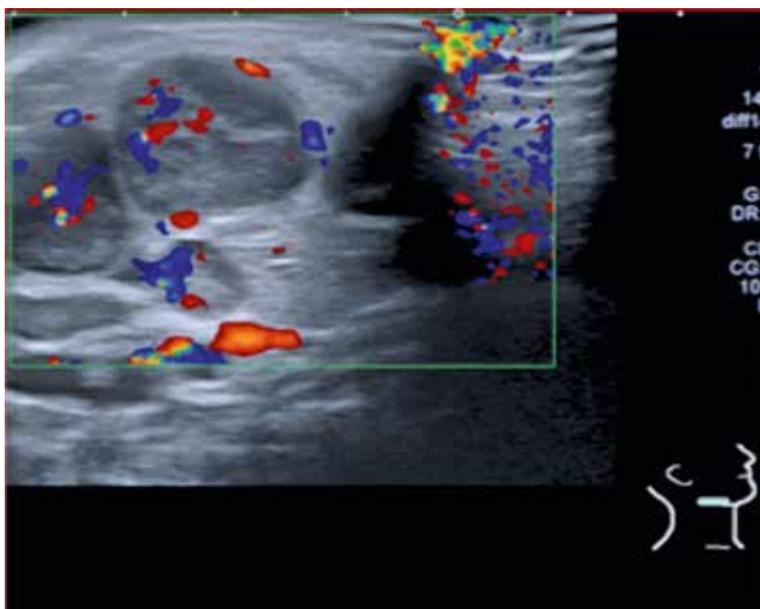


Abb. 2: Sonographie der rechten Halsseite

Anamnese

Ein 12-jähriger Junge ohne Vorerkrankungen stellte sich mit einem seit 3 Wochen bestehenden Furunkel am rechten Nasenrücken vor. Seit zwei Wochen sei eine Lymphknotenschwellung an der rechten Halsseite hinzugekommen.

Fieber, Nachtschweiß oder Gewichtsverlust sei nicht aufgetreten. Der Kinderarzt habe bereits über 6 Tage eine orale antibiotische Therapie mit Cefaclor eingeleitet, die jedoch keinerlei Besserung des Lokalbefundes erbrachte.

Der Impfstatus des Patienten war nach STIKO-Empfehlungen komplett. Die Familie des Jungen besitzt 2 Katzen.

Untersuchungsbefund

Stabiler Allgemeinzustand, schlanker Ernährungszustand, Furunkel rechter Nasenrücken, Lymphknotenschwellung rechts zervikal ca. 2x3cm durchmessend, keine Rötung, derb, gut verschieblich, keine Rötung. Ansonsten unauffälliger Befund, insbesondere auch keine Hepatosplenomegalie.

Diagnostik

Labor: Sämtliche Routinelaborwerte waren bis auf eine geringe CRP-Erhöhung von 9mg/l normwertig.

Sonographie Hals und Abdomen. Multiple rundlich konfigurierte, perfundierte Lymphknoten am Kieferwinkel ohne Abszedierung.

In der Milz solitäre echoarme Läsion relativ hilusnah, etwa 8 mm durchmessend. Lymphadenitis mesenterialis, auch am Leberhilus.

Verlauf

Wir begannen eine antibiotische Therapie mit Cefuroxim, die bei anhaltendem Fieber und CRP-Anstieg auf Ceftazidim und Vancomycin umgestellt wurde. Der Furunkel wurde lokal mit Polihexanid-Gel behandelt. Serologische Untersuchungen auf CMV und EBV ergaben wie auch der Mendel-Mantoux-Test (RT 23) keinen Befund. Im Blutaussstrich zeigte sich eine leichte Eosinophilie (0,47/nl Eosinophile bei 7,2/nl Leukozyten). Die Lymphknotenschwellung blieb jedoch im weiteren Verlauf unverändert. Eine Lymphknotenextirpation wurde diskutiert.

Welche Diagnose wird gestellt?

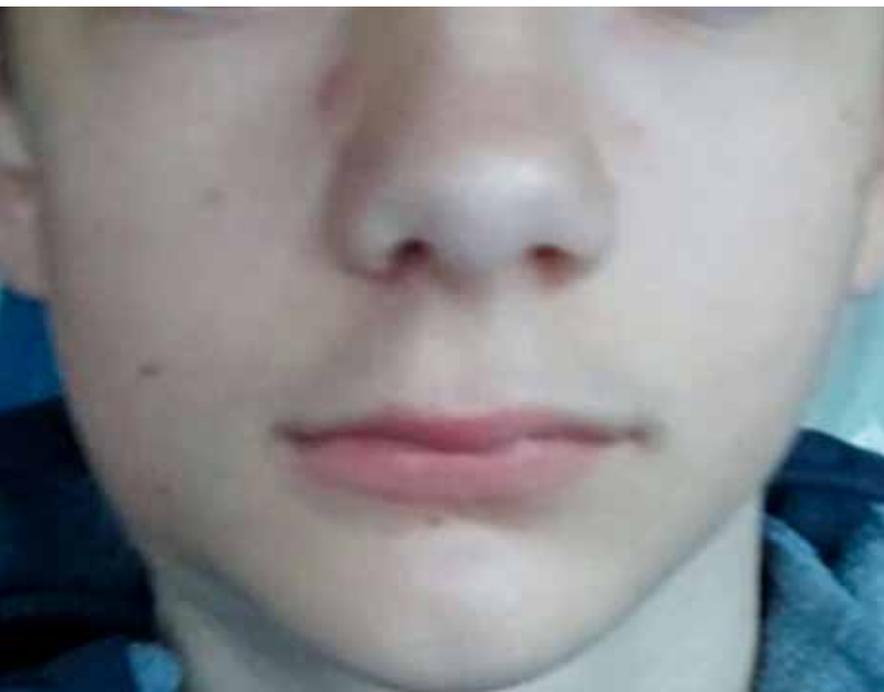


Abb. 3: Patient nach Behandlung mit Azithromycin

Diagnose: Katzenkratzkrankheit

Verlauf/Therapie

Die Bartonella-Serologie mittels IFT ergab einen erhöhten IgG-Titer von 1:1280 (Referenz < 1:320) bei negativem IgM. Dieser Befund sprach für eine bestehende oder kürzlich abgelaufene Katzenkratzkrankheit (3). Auch die sonographisch nachgewiesene Milzläsion passt zu einer Organbeteiligung der Katzenkratzkrankheit (1).

Die weitere Anamnese ergab, dass die Familie in den Sommerferien in Serbien eine junge herrenlose Katze zu sich genommen habe. Durch Kratzverletzungen sei vermutlich die Läsion am rechten Nasenrücken entstanden.

Wir stellten die antibiotische Therapie auf Azithromycin um. Nach fünftägiger Behandlung kam es zu einem Rückgang der Lymphknotenschwellung.

Die Bartonellose oder auch Katzenkratzkrankheit wird durch gramnegative, fakultativ intrazellulär lebende Stäbchen ausgelöst, hauptsächlich durch *Bartonella henselae*. Hauptmanifestation ist eine meist einseitige Lymphadenitis. Im Zuflussgebiet der Lymphknotenschwellung liegt häufig eine kleine Hautläsion. Die Übertragung erfolgt meist durch engen Kontakt mit jungen oder streunenden Katzen. 3-14 Tage nach einer Kratz- oder Bissverletzung kommt es zu einer Rötung an der Inokulationsstelle, danach bildet sich eine Papel oder Pustel. Bei 30-50% der Patienten tritt leichtes

Fieber auf. 1-6 Wochen später entwickelt sich eine subakute regionäre Lymphknotenschwellung. In 10-15% der Fälle findet eine eitrige Einschmelzung statt. Unbehandelt bilden sich die Allgemeinsymptome meist nach 2-3 Wochen und die Lymphknotenschwellung nach 2-4 Monaten zurück (1,2). Ein Zusammenhang der Bartonellose mit einer Eosinophilie ist in der Literatur nicht beschrieben.

Immunsupprimierte sind insbesondere durch die Komplikationen der Bartonellose gefährdet (Bazilläre Angiomatose, Peliosis) (1).

Diagnostik

Die Diagnose basiert auf Anamnese, typischem klinischem Bild und dem Nachweis spezifischer Antikörper. Antikörper lassen sich mittels des indirekten Immunfluoreszenztests (IFT) nachweisen. Der direkte Nachweis mittels PCR und der kulturelle Erregernachweis sind möglich, letzterer jedoch schwierig (2,4).

Differenzialdiagnosen

Andere Ursachen für Lymphknotenschwellungen sollten ausgeschlossen werden: Bakterielle Lymphadenitiden (*S. aureus*, *Str. pyogenes*, Toxoplasma, typische und atypische Mykobakterien), virale Ursachen (EBV, CMV, HIV), Malignität (z.B. Lymphom, Metastasen), Sarkoidose (6).

Therapie

Bei gutem Verlauf ist meist keine Therapie nötig. Bei disseminierter oder prolongierter Infektion, Organbefall oder bazillärer Angiomatose werden Azithromycin oder Doxycyclin (für 5 Tage bis Monate) empfohlen (1,5).

Literatur:

1. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. DGPI Handbuch. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 6. Auflage 2013, S. 166-168
2. Ulug M. Evaluation of cat scratch disease cases reported from Turkey between 1996 and 2013 and review of the literature. Cent Eur J Public Health 2015; 23: 170-5
3. Klotz SA, Ianas V, Elliott SP. Cat scratch disease. Am Fam Physician 2011; 83:152-5
4. Lamps LW, Scott MA. Cat scratch disease: historic, clinical and pathologic perspectives. Am J Clin Pathol. 2004; 121 Suppl:S71-80
5. Rolain JM. Recommendations for treatment of human infections caused by Bartonella species. Antimicrob Agents Chemother. 2004; 48:1921-33
6. Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. AWMF-Leitlinie 025-20: Lymphknotenvergrößerung. (Stand: 01.05.2012, gültig bis 01.05.2017)

Dr. Sandra Pehle
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abteilung Allgemeine Pädiatrie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
s.pehle@khh-wilhelmstift.de

Red.: Höger

Eine nationale, cluster-randomisierte Studie über flexible Bereitschaftsdienststunden in der Chirurgie

National Cluster-Randomized Trial of Duty-Hour Flexibility in Surgical Training

Bilimoria K Y, Chung J W, Hedges L V et. al. *NEJM*; 374:713-27, Februar 2016

Hintergrund

Es bestehen Bedenken hinsichtlich der Wirkung der aktuellen, restriktiveren Pflicht-Stunden-Politik für chirurgische Assistenzärzte in den USA auf die Behandlungsqualität und die Ausbildung sowie das Wohlbefinden chirurgischer Assistenzärzte.

Methoden

Die Autoren führten eine nationale, Cluster-randomisierte, pragmatische Nichtunterlegenheitsstudie mit 117 allgemein-chirurgischen Residency-Programmen in den Vereinigten Staaten durch (2014-2015). Residency-Programme wurden zufällig in eine Gruppe, die die aktuellen ACGME Pflicht-Stunden-Richtlinien beachtet (Standard-Gruppe) oder in eine Gruppe mit einer flexibleren Politik, die darauf verzichtet Vorschriften über die maximale Schichtlänge und Ruhezeit zwischen den Schichten zu machen (flexible Gruppe), randomisiert. Endpunkte waren die 30-Tage-Rate der postoperativen Todesfälle oder schwere Komplikationen (primärer Endpunkt), andere postoperative Komplikationen und Einschätzung der Assistenzärzte über ihre Zufriedenheit in Bezug auf ihr Wohlbefinden, Weiterbildung und Patientenversorgung.

Ergebnisse

In einer Analyse der Daten von 138.691 Patienten war die flexible Dienstgruppe im Vergleich zur Standard Dienstgruppe nicht mit einer erhöhten Rate an Tod oder schweren Komplikationen bei Patienten assoziiert (9,1 % in der flexiblen Gruppe und 9,0 % in der Standard-Gruppe, $P = 0,92$; nicht angepasstes Chancen-Verhältnis für die flexible Gruppe, 0,96; 92 % Konfidenzintervall: 0,87-1,06; $P = 0,44$; Nichtunterlegenheitskriterien erfüllt). Auch bezüglich sekundärer postoperativer Ergebnisse bestand eine nicht-Unterlegenheit. Bei 4300 chirurgischen Assistenzärzten zeigte sich keine größere Unzufriedenheit mit der Ausbildungsqualität (11,0 % in der flexiblen Gruppe und 10,7 % in der Standardgruppe, $P = 0,86$) oder dem Wohlbefinden (14,9 % vs. 12,0 %, $P = 0,10$). Assistenzärzte in der flexiblen Gruppe haben weniger wahrscheinlich von negativen Auswirkungen der Dienstpläne auf Patientensicherheit, Kontinuität der Betreuung und Weiterbildung berichtet, aber häufiger über Einschränkungen persönlicher Freizeitaktivitäten. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Wahrnehmung des Einflusses von Müdigkeit auf die Patientensicherheit und die eigene Sicherheit. Bei Ärzten in der flexiblen Gruppe war es weniger wahrscheinlich, dass diese während einer Operation des OP-Saal verlassen mussten (7,0 % vs. 13,2 %,



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

$p < 0,001$) oder dass diese die aktive Patientenbetreuung unterbrechen mussten (32,0 % vs. 46,3 %, $p < 0,001$).

Fazit

Im Vergleich zu Standard-Dienstgruppe führte eine flexiblere Dienstplangestaltung für chirurgische Assistenzärzte zu nicht-unterlegenen Patientenergebnissen und keinen signifikanten Unterschieden in der Zufriedenheit, dem allgemeinen Wohlbefinden und der Ausbildung der chirurgischen Assistenzärzte.

Kommentar

Diese, immerhin im New England Journal publizierte, Studie zeigt, dass eine flexiblere Dienstgestaltung bei chirurgischen Assistenzärzten mit überschreitbaren Dienstzeiten über 28h, keinen Pflichtpausen von 8-10h zwischen Schichten und der Möglichkeit, bis zu 80h pro Woche zu arbeiten sowie nur vier freien Pflichttagen in 4 Wochen nicht zu schlechteren Behandlungsergebnissen oder weniger Lebenszufriedenheit führt, als ein restriktiveres Dienstsystem, mit immerhin maximal 28h Dienstzeit, 8-10h Pause zwischen Schichten aber auch mit maximal 80 Wochenstunden. Bei den sekundären Endpunkten zeigt sich bei der flexibleren Gruppe eine bessere Kontinuität in der Patientenversorgung assoziiert mit weniger Freizeitaktivitäten der Assistenzärzte.

Für unsere deutschen und vor allem pädiatrischen Verhältnisse erscheinen die Arbeitsbedingungen für beide Gruppen sicher nicht sehr attraktiv. In den letzten Jahren hat sich bei Vielen die subjektiv empfundene richtige Life-Work-Balance immer mehr in Richtung Life verschoben und es entsteht zunehmend der Eindruck, dass „Work“ immer weniger als Teil von „Life“ verstanden wird. Die „Generation Y“ hat inzwischen mehr als sprichwörtlich Einzug in die Arbeitswelt gehalten. Die Publikation zeigt, dass zumindest unter chirurgischen Assistenzärzten in den USA, die es gewöhnt sind im Durchschnitt bis zu 80h pro Woche zu arbeiten, selbst eine sehr hohe Dienstbelastung nicht zu mehr Unzufriedenheit führt und dass diese auch keine Einschränkungen in der Patientensicherheit zur Folge hat. Der chirurgische Assistent in den USA ist offensichtlich bereit, auch eine hohe Arbeitsbelastung, die zu einer guten Ausbildung führt, zu akzeptieren. Allerdings muss auch festgehalten werden, dass in den USA nach der Residency und der Subspezialisierung als Fellow häufig sehr

attraktive Positionen als Staff Physician folgen, während der deutsche Arzt dann häufig als Assistenzarzt auf Facharztbene weiter Dienste wie vorher leisten muss. Das „Ende des Leids“ ist bei klarem Ziel also eher absehbar. Dennoch erscheint es schwierig vorstellbar, dass deutsche Krankenhäuser bei einer theoretisch entsprechenden Dienstplangestaltung (die ja schon tarifvertraglich nicht denkbar ist) genügend Bewerber für ihre Stellen finden würden. Der deutsche Assistenzarzt würde vermutlich bei einer entsprechenden Dienstbelastung wie in der flexiblen Gruppe der Studie eine schlechtere Lebensqualität äußern. Er macht sich vielleicht manchmal nicht bewusst, dass bestimmte Fertigkeiten nur im Dienst oder während einer Überstunde erlernt werden können.

Die Entscheidung wie Arbeit und Leben aufeinander abgestimmt werden und wie viele zusätzliche Bereitschaftsdienste ein Arzt leisten soll, ist also eher eine gesellschaftspolitische und teilweise individuelle Entscheidung und keine Entscheidung, die auf „harten“ Endpunkten wie Patientensicherheit und Behandlungsqualität basiert. Die Untersuchung zeigt, dass diese auch bei hoher Arbeitsbelastung der chirurgischen Assistenten – vielleicht auch durch die höhere Kontinuität in der Patientenbetreuung – nicht schlechter werden.

(Lars Pape, Hannover)

Klassifikationskriterien für das Makrophagen-Aktivierungssyndrom als Komplikation einer systemischen juvenilen idiopathischen Arthritis

Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation Collaborative Initiative

Ravelli A, et al., *Ann Rheum Dis*, 75: 3, 481-489, März 2016

In der vorliegenden Arbeit wurden Klassifikationskriterien für das die systemische juvenile Arthritis (sJIA) begleitende Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS) erarbeitet. Hierzu erfolgte anhand von 428 Patientenprofilen eine Expertenumfrage unter 28 Kinderrheumatologen. Von den 428 Patienten litten 161 tatsächlich an einem MAS, während die anderen Patienten lediglich ein das MAS imitierendes Krankheitsbild aufwiesen (systemische JIA ohne MAS oder eine Infektion). In einer finalen Konferenz konnte ein Konsens von 82 % erzielt werden.

Dabei wurde ein fiebernder Patient mit einer sJIA als MAS klassifiziert bei einem Ferritin von > 684 ng/ml und mindestens zwei der nachfolgenden vier Kriterien: Thrombozytenwerte $\leq 181.000/\mu\text{l}$, GOT > 48 U/l, Triglyceride > 156 mg/dl, Fibrinogen ≤ 360 mg/dl. In nachfolgenden Validierungsanalysen konnte hiermit eine Sensitivität von 0,73 und eine Spezifität von 0,99 ermittelt werden.

Kommentar

Diese neuarbeitete Klassifikation ist wichtig, da es sich um ein potentiell lebensbedrohliches Krankheitsbild handelt das frühzeitig erkannt und behandelt werden muss. Allerdings dürfen diese Kriterien nur angewandt werden, wenn das vermutete MAS im Rahmen einer sJIA auftritt.

Interessanterweise umfassen die Kriterien ausschließlich laborchemische Parameter und auf eine Knochenmarkpunktion wurde verzichtet. Letzteres ist der Tatsache geschuldet, dass der Nachweis von Hämophagozytose im Knochenmark häufig nicht gelingt.

Weiterhin fällt auf, dass die cut offs für die Thrombozyten und Fibrinogen im Normalbereich sind. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese Parameter im Rahmen der systemischen Inflammation bei sJIA normalerweise deutlich erhöht sind. Auch die GOT und die Triglyceride sind nicht extrem erhöht, auch diese Parameter sind i. R. der Grunderkrankung meist nicht erhöht.

Wenngleich die Spiegel für die löslichen CD25 und CD163 Rezeptoren sowie die verminderte Zahl der natürlichen Killerzellen aus methodischen Gründen nicht miterfasst wurde, ist deren Bestimmung -aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes- doch im Einzelfall zu empfehlen.

Zudem sollte der klinische Befund nicht außer Acht gelassen werden: Patienten mit einem sich entwickelnden MAS bei sJIA zeigen anstelle der initial circadianen Fiebrerrhythmik ein Kontinuum das oft frühzeitig an diese Komplikation denken lässt.

(Toni Hospach Stuttgart)

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.



Fakten-Check von wellcome: EMNID-Umfrage bei 1000 Müttern

Flexible Arbeitszeiten, harmonische Paarbeziehung und Unterstützung durch Großeltern, Freunde oder Nachbarn – das sind die TOP 3 der wirkungsvollsten Unterstützungsfaktoren, die Mütter derzeit wahrnehmen. Das belegt eine repräsentative TNS EMNID-Umfrage unter 1000 Müttern, die anlässlich des internationalen Tags der Familie im Auftrag der wellcome gGmbH durchgeführt wurde.

Zehn Jahre nach der letzten Umfrage wollte wellcome wieder wissen, wie es Müttern geht. Die Bedingungen von Elternschaft haben sich in dieser Dekade stark verändert. Stichworte sind Elterngeld, Elternzeit und Digitalisierung. Im Vergleich zu 2006 hat 2016 die eigene Mutter als Vorbild an Bedeutung gewonnen, ist die Zahl der ungeplanten Schwangerschaften zurückgegangen und die Geldsorgen sind weniger geworden.

Kinder gehören zum Leben dazu, aber...

Für mehr als 90 Prozent der befragten Mütter gehören Kinder ganz selbstverständlich zum Leben dazu. Alarmierend sind allerdings die Ergebnisse zur Situation von Müttern mit wenig Einkommen. Sie haben insgesamt weniger Vertrauen in sich und andere und nehmen deutlich weniger Unterstützung in Anspruch.

Hoher Bedarf an Netzwerken und Wissen

Die EMNID-Umfrage zeigt: Mütter brauchen mehr denn je Netzwerke und Wissen, auf die sie sich verlassen können. Gefragt nach einer besonders wirkungsvollen Unterstützung, gaben die befragten Mütter zu gleichen Teilen flexible Arbeitszeiten, eine harmonische Paarbeziehung und Unterstützung durch Großeltern, Freunde oder Nachbarn an. 49 Prozent der unter 30-jährigen bewerteten gute Informa-

tionen und Services im Internet als besonders wirkungsvolle Unterstützung. Orientierung für ihre Aufgabe als Mutter finden 80 Prozent der 30- bis 39-jährigen beim Austausch mit anderen Müttern. Aber nur noch 15 Prozent der unter 30-jährigen besuchen Kurse in Einrichtungen für junge Eltern, während mehr als 50 Prozent ihre Informationen lieber im Internet finden.

Es braucht jetzt auch Technik...

Für wellcome-Gründerin Rose Volz-Schmidt bestätigt die Umfrage eine sich schon länger anbahnende Entwicklung: „Früher hieß es: es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen. Durch Megatrends wie Digitalisierung, Mobilität und Rollenwandel wird es schwerer, sich dieses Dorf selbst zu schaffen. Heute heißt es deshalb: es braucht Menschen und Technik, damit das Dorf lebt und Kinder darin gesund aufwachsen können.“

Über das Angebot: wellcome – Praktische Hilfe nach der Geburt

- wird mit Ehrenamtlichen und Fachkräften umgesetzt
- ist ein Angebot für alle Familien
- derzeit gibt es rund 250 wellcome-Standorte in Deutschland, Österreich und der Schweiz
- Schirmherrschaft bundesweit: Bundeskanzlerin Angela Merkel
- ca. 4.500 wellcome-Ehrenamtliche bundesweit im Jahr 2015

- über 4.700 betreute Familien im Jahr 2015
- über 100.000 Betreuungs-Stunden im Jahr 2015

Neues Angebot: ElternLeben.de

Demnächst geht auch das neue wellcome-Projekt an den Start: ElternLeben.de, eine digitale werbefreie Plattform mit erprobtem, alltagsnahem Wissen und Vernetzung für Familien.

In der dazugehörigen Community können sich Eltern in geschütztem Rahmen untereinander und mit Experten zu Themen austauschen, die sie bewegen. Durch regionale Partner finden Nutzer Termine und praktische Hilfe vor Ort.

Red.: ReH

Über wellcome

Als gemeinnütziges Unternehmen entwickelt wellcome seit über einem Jahrzehnt Angebote für Familien und möchte Eltern damit ermutigen, sich auf das Abenteuer Familie einzulassen. Das Kern-Angebot ist die „Praktische Hilfe nach der Geburt“ – eine mehrfach ausgezeichnete soziale Innovation, die 2002 von Rose Volz-Schmidt in Hamburg gegründet wurde. Darin verbinden sich bürgerschaftliches Engagement und professionelle Hilfesysteme. wellcome versteht sich als aktiver Teil einer Gesellschaft, in der Träger der Jugendhilfe, Politik, Unternehmen, Medien und engagierte Bürger Verantwortung für Familien übernehmen. Die lokalen wellcome-Teams sind stets in das Angebot von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühen Hilfen, der Familienbildung oder von Beratungsstellen eingebunden.

Elternbroschüre der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

„Rauschmittelkonsum im Jugendalter – Tipps für Eltern“

Wenn es um möglichen Rauschmittelkonsum ihrer Kinder geht, sind viele Eltern verunsichert. Sie fragen sich: Was kann ich tun? Wie spreche ich das Thema an? Wo finde ich Hilfe?

Auch in Kinder- und Jugendarztpraxen ist dieses Thema Alltag und bedarf im Rahmen der Prävention insbesondere bei der J1, J2 und der Jugendarbeitsschutzuntersuchung besonderer Sensibilität der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte.

Jugendliche sind auf der Suche nach sich selbst. Dafür testen sie ihre körperlichen und psychischen

Grenzen aus – auch mit Rauschmitteln. Denn diese verschaffen neue Erlebnisse: Sie können entspannen, anregen, aufputschen oder beruhigen, die Sinne schärfen,

verändern oder dämpfen. Nach einem Bier oder Mixgetränk fällt es leichter, den Schwarm anzusprechen.

Eine Zigarette kann zur „Eintrittskarte“ in eine Gruppe Gleichaltriger werden. Jugendliche sind bereit, Risiken einzugehen. So können sie sich von Erwachsenen, auch Eltern, abgrenzen und zugleich sich und ihre Möglichkeiten kennenlernen. Risikobereitschaft ergibt für Jugendliche Sinn – auch wenn Erwachsene dies für Blödsinn halten.

Dennoch müssen Eltern mit ihrem Nachwuchs natürlich über die (zu hohen) Risiken sprechen. Der jugendliche Körper kann viele Rauschmittel nicht oder nur schwer abbauen. Solange Organe reifen, erleiden sie leichter Schaden. Zudem fehlt Jugendlichen auch die Erfah-

rung, was sie „vertragen“ und wann es zu viel wird.

Die meisten Jugendlichen lernen mit der Zeit, was ihnen gut tut und was nicht. Häufig genügt es, wenn Eltern Ruhe bewahren und ihrem Kind vertrauen: Es wird seinen Weg finden.

Hilfe bietet die von der DHS herausgegebene Broschüre „Rauschmittelkonsum im Jugendalter – Tipps für Eltern“, die kostenlos bei der DHS unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Rauschmittelkonsum_im_Jugendalter.pdf bestellt werden kann.

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Neue Kinderklinik am Universitätsklinikum Essen



Die neue Kinderklinik, vorläufig noch mit Phantompatienten

Am Uniklinik-Standort Essen wird das Land NRW bis 2020 rund 300 Millionen Euro investieren. Rund ein Drittel des Geldes fließt in die neue Kinderklinik: 78.460.400 Euro für den Bau, 15.500.000 Euro für die Ersteinrichtung. Die Maßnahmen gehören zum neuen Medizinischen Modernisierungsprogramm (MedMoP) des Landes.

Die neue Kinderklinik soll zukünftig sowohl die Wünsche und Anforderungen ihrer jungen Patienten berücksichtigen, als auch eine klinische Versorgung auf modernsten Niveau ermöglichen, da hier Forschung und Therapie nah beieinander liegen werden. Die geplante neue Kinderklinik wird nach ihrer Fertigstellung eine der modernsten Kinderkliniken in Europa sein.

Red.: ReH

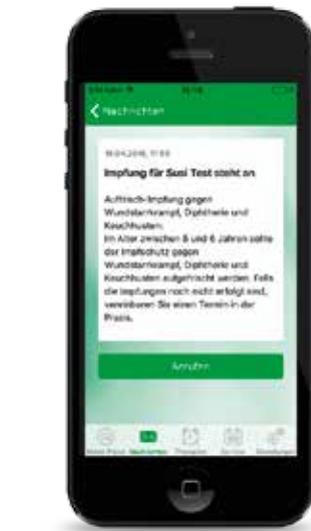
Zeitgerechte Impferinnerungen für Patienten mit der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“

Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ hat einen neuen automatischen Erinnerungsdienst für Patienten und deren Eltern oder deren Sorgeberechtigte.

Die Nutzer dieser App (Eltern oder Sorgeberechtigte), die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) herausgegeben wird, werden automatisch an bevorstehende Impfungen erinnert. Dabei synchronisiert die App das Geburtsdatum des Patienten (das bei der Registrierung angegeben wird) mit den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen.

Auf ihrem Smartphone erhalten so die Eltern oder Sorgeberechtigten rechtzeitig vor einem empfohlenen Impftermin eine automatische Erinnerung mit wichtigen Informationen zur bevorstehenden Impfung. So werden Eltern von Säuglingen im ersten Lebensjahr an die Rotavirus-Schluckimpfungen, die Sechsfachimpfungen, die Pneumokokken-Impfungen und an die Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken erinnert – und zwar jeweils ein bis zwei Wochen vor den empfohlenen Impfterminen.

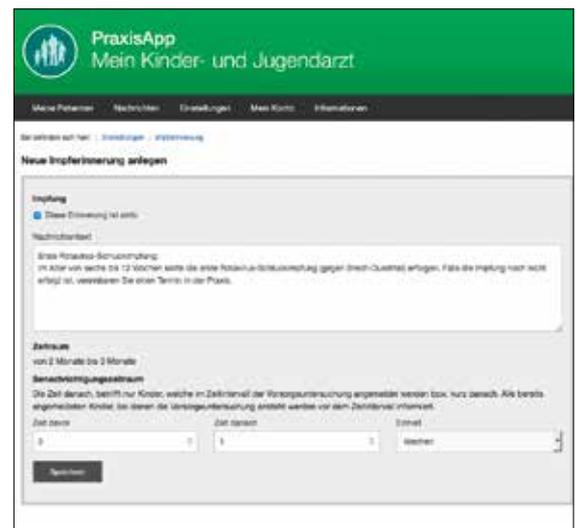
Im zweiten Lebensjahr erfolgen Impferinnerungen an die Impfung gegen Meningokokken C und die zweite Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken. „Viele Impfungen werden leider nicht zeitgerecht verabreicht. Häufig vergessen Eltern und Sorgeberechtigte die Termine, oder es kommen Krankheiten dazwischen, die oft keine echten Impfhindernisse sind. Insofern ist dieser neue Service sehr hilfreich – denn dann haben die El-



tern direkt vor Augen, welche Impfungen anstehen oder noch fehlen“, erläutert Dr. Martin Terhardt (Mitglied der STIKO) das neue Angebot.

Insbesondere bei den Auffrischimpfungen gegen Wundstarrkrampf, Diphtherie und Keuchhusten im Alter von 5-6 Jahren und der zusätzlichen Auffrischimpfung gegen Kinderlähmung im Alter von neun bis 17 Jahren bestehen große Impflücken. Gleiches gilt für die HPV-Impfung, die für Mädchen ab 9 Jahren empfohlen ist.

Selbstverständlich können Ärztinnen und Ärzte, die die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ für ihre Patienten freigeschaltet haben, die Erinnerungen individuell anpassen oder neue Daten für das Versenden der Erinnerungen setzen. Dies ist mit wenigen Mausclicks in der Ver-



waltung der PraxisApp sehr einfach einzustellen. Der neue Dienst wurde auf Wunsch von vielen Praxen implementiert, die diese PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ inzwischen erfolgreich zur direkten Kommunikation mit ihren Patienten nutzen.

Praxen können sich für die Nutzung der PraxisApp online anmelden unter:

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

Weitere Informationen:

Monks – Ärzte-im-Netz GmbH

Tegernseer Landstraße 138

81539 München

Tel: 089-642482-15

E-Mail: info@kinderaerzte-im-netz.de

Red.: WH

Weiterbildung ● ● ●

Wann treffen Weiterbilder die Entscheidung, Ärztinnen in Weiterbildung eigenverantwortlich Tätigkeiten anzuvertrauen?



Dr. med.
Folkert Fehr

Die Entscheidung, einem(r) Arzt/Ärztin in Weiterbildung zu vertrauen und die damit verbundene kritische Verantwortung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist die Grundlage der Weiterbildung. Wenn solche Entscheidungen sorgsam und wohlüberlegt getroffen werden, können sie als bedeutsame Anreize für das Lernen dienen und auch das Prüfungswesen für Ärztinnen in Weiterbildung bereichern. Anvertrauensentscheidungen zu lange zurückzuhalten, kann die Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung behindern. Wenn sie sorglos getroffen werden, können sie die Patientensicherheit gefährden. Der Prozess des Anvertrauens verlangt deshalb eine sorgfältige Analyse.

Vorgehen

International anerkannte Medizindidaktiker führten ab 2013 deshalb eine Inhaltsanalyse des Entscheidungsprozesses bei Gesundheitsberufen durch, um den theoretischen Hintergrund und die Terminologie von Vertrauen und Anvertrauen am Arbeitsplatz in Klinik und Praxis zu begründen. Die kompetenz-basierte Bewegung und die Einführung der Anzuvertrauen Professionellen Tätigkeiten (APT) veranlassen Weiterbilder dazu, die Grundlage von arbeitsplatz-basierten Prüfungen zu überdenken. Wir erwarten, dass eine Entscheidung für umschriebenes selbstverantwortliches Tätigsein auf einem bestimmten Niveau besser zur Praxis des Gesundheitssystems passt, als die meisten anderen Prüfungsformen.

Teilhabe

Niveau in der Weiterbildung meint dabei die Erlaubnis zur schrittweisen Teilhabe an der Arbeit am jeweiligen Lernort:

1. Anwesend sein und beobachten – das Privileg des Novizen, anwesend zu sein und zu beobach-

ten, was man später von ihr/ihm erwarten wird, es selbst zu tun

2. Handeln mit direkter Supervision – der/die Arzt/Ärztin in Weiterbildung führt die komplette Tätigkeit in Anwesenheit des Weiterbilders aus, der eingreifen oder übernehmen kann
3. Handeln mit indirekter Supervision – der Weiterbilder ist bei der Tätigkeit nicht anwesend, aber binnen Minuten erreichbar. Dabei entwickeln sich Prüfungen oft schrittweise: Erst prüft der Weiterbilder alle Befunde des/der Arztes/Ärztin in Weiterbildung, dann die Schlüsselbefunde, schließlich wird nicht mehr geprüft
4. Handeln ohne Supervision – der/die Arzt/Ärztin in Weiterbildung (ÄiW) führt die komplette Tätigkeit unabhängig vom Weiterbilder aus. Auch hier ist ein schrittweises Vorgehen sinnvoll: Der/die Weiterzubildende berichtet am gleichen oder einem nachfolgenden Tag, schließlich gar nicht mehr routinemäßig.

Kategorien der Vertrauensentscheidung

Dazu werden verschiedene Arten von Vertrauen und Anvertrau-

entscheidungen unterschieden und fünf Kategorien mit jeweils verknüpften Faktoren ausgearbeitet, die festlegen, wann Entscheidungen des Anvertrauens getroffen werden (siehe Tab. 1).

Ziel ist die theoretische Grundlage für einen neuen Ansatz der arbeitsplatz-basierten Weiterbildung und Prüfung. Dazu müssen die mit den Kategorien verknüpften Faktoren valide, reliabel, für die Weiterbildung wertvoll, allgemein akzeptiert und kostengünstig prüfbar sein.

Kriterien

In welchem Masse ist dies beispielsweise für den Faktor „Kompetenz“ der Fall? Denn kompetent sollen die Ärzte sein, darin sind sich alle empirischen Untersuchungen einig. Die ärztliche Kompetenz ist aus mehreren Kompetenzen zusammengesetzt, die in Grundstrukturen abgebildet werden können, beispielsweise im Scottish Trainer Framework oder im CanMEDS Framework, das die Kompetenzen thematisch in sieben Rollen gruppiert. Allgemein ausgedrückt schließen Kompetenzen spezifisches Wissen, Fähigkeiten

Faktor ÄiW	Informationsquellen
Kompetenz	Prüfungen von Wissen und Fertigkeiten
	Direkte Beobachtung anvertraubarer Tätigkeiten
	Rückmeldungen von Patienten und Kollegen
	Vorausgegangene Beurteilungen
Gewissenhaftigkeit und Verlässlichkeit	Beobachtungen durch multiple Beobachter
	Ruf laut vertrauenswürdigen Kollegen
Ehrlichkeit	Nachprüfbare Fallpräsentationen
Kenntnis eigener Grenzen	Nachbesprechung von Ereignissen im Dienst
Bereitschaft, um Hilfe zu fragen	Fallbasierte Diskussion
Empathie und Aufnahmebereitschaft gegenüber den Kindern	Direkte Beobachtung Rückmeldungen multipler Beobachter
Fähigkeit zu interkollegialer und interprofessioneller Zusammenarbeit	Diskussion von Übergaben Rückmeldungen multipler Beobachter
Selbstvertrauen/Handlungssicherheit	Gespräche mit der ÄiW
Angewohnheit der Selbstreflexion	Portfolio und Selbstreport
Reflexion und Entwicklung	Beobachtungen über die Zeit
Gefühl, verantwortlich zu sein	Beobachtung von Vorbereitung + Beharrlichkeit
Wissen, wie mit eigenen und Fehlern anderer umzugehen ist	Gespräche, fallbasierte Diskussionen, Auswertung Critical Incidents Reporting System

Tab. 1

und Haltungen ein. Diese Natur der Kompetenzen bedingt, aus welchen Quellen dem Weiterbilder Informationen als Grundlage der wohlbedachten Entscheidung bezüglich des Privileges unabhängiger Praxis der Weiterzubildenden zufließen können:

- Prüfung von Wissen und Fähigkeiten
- Direkte Beobachtung, bezogen auf spezifische anvertraubare professionelle Tätigkeiten
- Rückmeldungen von Patienten und Kollegen

- Revision von Patientenkontakten einschließlich medizinischer Dokumentation
- Beobachtung von Schulungen der Weiterzubildenden
- Vorausgegangene Beurteilungen

Von all diesen Optionen ist die direkte Beobachtung spezifischer anvertraubarer professioneller Tätigkeiten möglicherweise diejenige Prüfungsform, die am einfachsten zu etablieren ist. Sorgfältig gemäß den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien ausgewählt, bilden sie

in der Summe den Handlungsspielraum ab, den man von frischgebackenen Fachärzten und -ärztinnen erwartet, erwarten darf und den sie selbst von sich erwarten. Wer all das tut, was ein Pädiater tun können soll und weiß, dass er es kann und sagen kann, dass er es weiß: Ist ein Pädiater.

Literatur beim Verfasser

Dr. Folkert Fehr
74889 Sinsheim
E-Mail: folkert.fehr@t-online.de

Red.: WH

Impfaufklärung, eine gemeinsame Aufgabe



Im Rahmen der europäischen Impfwoche wurde Ende April 2016 für alle Interessierte ein für Deutschland konsentrierter Vortrag mit dem Thema „Infektionskrankheiten müssen nicht sein – Impfen schützt“ vorgestellt. Zur Stärkung des öffentlichen Bewusstseins für das Thema Impfen haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), das Paul-Ehrlich Institut (PEI) sowie das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeinsam über mehrere Jahre diesen Basisvortrag entwickelt. Die Vortragsfolien können in verschiedenen Settings (Schule, Kindergarten, Volkshochschule, Elternkurse etc.) gezeigt werden, um die Bevölkerung zum Thema Impfen zu in-

formieren und um über dieses uns allen so wichtige Thema verstärkt ins Gespräch zu kommen.

Sie können die Vortragsfolien als pdf-Datei oder zur Präsentation mit Powerpoint (ab Version 2007) als ppsx-Datei kostenlos für Ihre Aufklärungsarbeit von der Internetseite der BZgA herunterladen, nachdem Sie kurz ihre Berufszugehörigkeit und den Zweck des downloads angegeben haben. Die ppsx-Datei enthält auch ein eingebettetes Video mit Ton zum Herdenschutz auf Folie 28, das mit den normalen Bedienungsvorgängen gestartet wird. Bei der Präsentation sollte also auch eine Ton-Übertragung gewährleistet sein.

Unter folgendem Link des umfangreichen Internet-Angebots der BZgA zum Thema Impfen finden Sie die Dateien: <http://www.impfen-info.de/mediathek/impfvortrag/>

Das Projekt-Team wünscht sich, dass Sie nach Durchsicht der Folien oder nach Nutzung dieses Angebots Kommentare und Verbesserungsvorschläge zu diesem Vortrag auf der BZgA-Seite abgeben, damit er weiter verbessert werden kann.

Beim Download der hier angebotenen Folien gelten jedoch eingeschränkte Nutzungsrechte: Sie dürfen die einzelnen Vortragsfolien nur unverändert im Rahmen von Veranstaltungen zur gesundheitlichen Aufklärung nutzen. Eine anderweitige Nutzung ist ausgeschlossen. Das Werk darf ausschließlich zu nicht-kommerziellen und nicht-gewerblichen Zwecken genutzt werden. Das eingeräumte Nutzungsrecht enthält nicht das Recht zur Weitergabe an Dritte. Insbesondere ist es nicht gestattet, die Dateien in fremden Internetangeboten oder im Intranet zum Download anzubieten – weder kostenlos noch kostenpflichtig. Die BZgA muss als Quelle benannt werden. Das Urheberrecht sowie sämtliche weitergehenden Nutzungsrechte bleiben bei der BZgA. Der BVKJ als mitverantwortlicher Partner dieses Projekts bietet dieses Angebot per Link auch in seinem eigenen Internet-Auftritt an: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/startseite/>

Bitte nutzen Sie dieses Angebot für Ihre Aufklärungsarbeit neben der Praxis!

Dr. Martin Terhardt
10827 Berlin
E-Mail: martin.terhardt@t-online.de

Red.: ReH

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

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

(02 21) 6 89 09 21.



Kommentar zum Suchtmittelreport der BZgA

Der Trend ist deutlich: In Deutschland nimmt die Zahl der rauchenden und Alkohol trinkenden Jugendlichen stetig ab. Das muss zweifach freuen; zumindest in Bezug auf Alkohol und Nikotin leben Jugendliche gesünder, zum anderen: Gesundheitsförderung und Prävention wirken! Aber Mediensucht unter Jugendlichen nimmt zu.

Der historische Tiefstand ist Folge intensiver Maßnahmen, an denen die Suchtbeauftragten des BVKJ über viele Jahre maßgeblich beteiligt waren: „Just be smoke free“ und „Glasklar“, aber auch die vielen Gespräche mit Politik und Krankenkassen wurden, wie diesen Daten zu entnehmen ist, unter personellem Einsatz des BVKJ erfolgreich geführt.

Adoleszenz sind auf der Suche nach sich selbst, sie loten ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten aus, dabei kommt es vor, dass sie Grenzen überschreiten. Grenzüberschreitungen werden von der Umwelt als provozierendes Fehlverhalten interpretiert, dies kann zu gegenseitiger Aggression führen und Fehlverhalten festigen.

Die Interpretation der Suche nach der eigenen Identität („Ich weiß, wer ich bin“, Erickson) als Wurzel für Ängste, bei der Bewältigung neuer und widersprüchlicher Herausforderungen zu versagen, lässt Substanzmittelgebrauch anders verstehen. Mit dem Gefühl, die Welt sei nicht gut genug, man selbst sei

für die Welt nicht gut, hat der empfundene Identitätsverlust die Bedeutung von: „Ich verliere mein Selbst“. Wenn Jugendliche dann zu wenig resilient sind, reagieren sie oft mit Ignorieren der Probleme, sie agieren so, als ob alles in Ordnung wäre, stürzen sich in Drogen oder kompensieren mit Lärm (Musik) oder wilden, auch sportlichen Aktivitäten (Tanzen, Boxen), Typ Rückzug der Bewältigungsstrategien.

Nimmt nun die Zahl der rauchenden und Alkohol trinkenden Jugendlichen stetig ab, so könnte daraus gefolgert werden, dass die Bewältigungsanforderungen an Jugendliche geringer geworden sind. Dieser Rückschluss ist falsch! Ohne Zweifel: Prävention hat Auswirkungen. Jugendliche rauchen und trinken weniger. Dafür haben sie andere Möglichkeiten gefunden, sich bei Peers Bestätigung und Anerkennung zu verschaffen. Risikoverhalten, auch eine Möglichkeit, die eigene Attraktivität zu steigern wird heute nur anders besetzt. Ob deshalb Jugend heute gesünder aufwächst, muss bezweifelt werden. Weit mehr als 10000 Neu-

erkrankungen an Mediensucht pro Jahr sind ein Alarmsignal, dass gerne überhört wird.

Über Mediengebrauch, Medienmissbrauch, Mediensucht wird in Schulen nicht aufgeklärt, diese werden sogar noch gefördert. Schule und Ausbildung haben den Arbeits- und Erfolgsdruck erhöht, z. B. durch G8. Jugendliche scheinen heute eher Druck zu akzeptieren, alles wird heimlicher: Sie akzeptieren Grenzen, machen Kompromisse und richten sich auf das Schlimmste ein Internales Coping. Unter diesem Aspekt wird das Verhalten der Generation Y verständlicher.

Der Umgang mit Medien kann grenzüberschreitend sein. Medien gaukeln Teilhabe am realen Leben vor: viele virtuelle Freundschaften, Leistungsfähigkeit, aber vor allem Erfolg, der im realen Leben fehlt. Ob dies gesünder ist?

Dr. Uwe Büsching, 33611 Bielefeld

E-Mail: ubbbs@gmx.de

Der Autor ist Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin im BVKJ

Red.: ReH

Kinder- und Jugendhilfe

Drastische regionale Unterschiede

Die Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe sind von 2003 bis 2013 um über 70 Prozent gestiegen. Unklar ist, ob dadurch junge Menschen besser betreut und geschützt werden. Eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) zeigt zudem, dass es große, teils schwer erklärbarere Kostenunterschiede gibt.

Rund 35,5 Milliarden Euro gab Deutschland 2013 für Kitas und den Schutz gefährdeter Kinder und Jugendlicher aus. Auffällig sind die großen Ausgabenunterschiede zwischen den Bundesländern: Pro unter-18-Jährigem sind die Ausgaben für die Kinder- und Jugendhilfe insgesamt in Berlin mit 3.900 Euro fast doppelt so hoch wie in Schleswig-Holstein mit 2.200 Euro. Diese Streuung lässt sich teilweise mit der Bevölkerungsstruktur erklären: Dort, wo beispielsweise

viele Geschiedene und Arbeitslose leben, gibt es deutlich mehr „Gefährdungsfälle“ – eine Ursache für höhere Ausgaben in den Stadtstaaten. Der Migrationshintergrund sorgte 2013 hingegen nicht für höhere Ausgaben; unabhängig davon wird der Zuzug von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen aber für deutlich steigende Ausgaben sorgen.

Die Bevölkerungsstruktur kann aber nicht allein die großen Unterschiede erklären, da auch die Ausgaben pro Fall sowie nach Angebot und Bundesland stark variieren: Mecklenburg-Vorpommern lässt sich die Erziehungsberatung pro Fall 830 Euro kosten, Niedersachsen kommt mit 78 Euro aus; bei der Vollzeitpflege ist Berlin mit knapp 24.000 Euro Spitzenreiter, Sachsen-Anhalt reichen dagegen knapp 9.100 Euro.

Die IW-Ökonomen plädieren daher für eine systematische Leistungsevaluation, um die Qualität der Angebote messbar und vergleichbar zu machen. Zudem liegt laut IW ein Fehler im System: Die Leistungserbringer der Kinder- und Jugendhilfe sitzen mit in jenem Gremium, das entscheidet, welche Leistungen bereitgestellt werden. „Zwangsläufig kommt es zu Interessensverquickungen“, warnt IW-Expertin Marie Möller. So stimme es bedenklich, dass immer mehr Kinder in Heimen – also besonders kostenintensiv – untergebracht werden. Sinnvoll wäre es laut IW, wenn Kommunen Best Practice Beispiele austauschten. So könnte es kostenneutral bessere Hilfen geben.

Quelle: IW

Red.: ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND
JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 14.900

lt. IVW I/2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail:

ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColoriDruck Solutions GmbH, Leimen – **KINDER- UND JUGENDARZT** erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreislise: Nr. 49 vom 1. Oktober 2015

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

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

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

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

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

Kinder richtig operieren



Ein Großteil der Operationen bei Minderjährigen in Deutschland wird nicht von Kinder-, sondern Erwachsenenchirurgen durchgeführt – obwohl die Fachgesellschaften davor warnen. Das Universitätsklinikum Frankfurt kämpft daher gegen den Fachkräftemangel auf diesem Gebiet und engagiert sich umfangreich für die Ausbildung von Kinderchirurgen, und zwar als einziges hessisches Weiterbildungszentrum mit dem europaweiten, strengen UEMS-Zertifikat.

Kinder müssen anders operiert werden als Erwachsene. Ihre Erkrankungen unterscheiden sich, sie reagieren anders auf Behandlungen und sie verfügen über anatomische Besonderheiten. Doch in Deutschland werden heute laut statistischem Bundesamt rund ein Viertel der Säuglinge, ein Drittel der Kleinkinder (ein bis fünf Jahre), mehr als die Hälfte der Schulkinder (fünf bis zehn Jahre) und mehr als zwei Drittel der Jugendlichen (zehn bis 15 Jahre) von nicht speziell für diese Altersgruppen ausgebildeten Chirurgen, also nicht von Kinderchirurgen operiert. Dem will das Universitätsklinikum Frankfurt entgegenwirken: Die Klinik für Kinderchirurgie unter der Leitung von Prof. Udo Rolle erhielt im letzten Jahr das europäische UEMS-Zertifikat (European Union of Medical Spe-

cialists) und ist damit das einzige Weiterbildungszentrum in Deutschland, das aktuell mit diesem zentralen Qualitätssiegel ausgezeichnet wurde.

Strikte Prüfung eines hochanspruchsvollen Weiterbildungssystems

Für das Zertifikat der UEMS, das europaweit zur Ausbildung von Kinderchirurgen befähigt, müssen sehr strenge Kriterien erfüllt werden. Dazu gehören vorgegebene Mindestanzahlen an Indexoperationen und Assistenzärzten, eine erforderliche Ausstattung der Fachlabore und der wissenschaftlichen Bibliothek, regelmäßige Board-Sitzungen mit anderen Disziplinen sowie ein fester Weiterbildungspfad für Assistenzärzte, der in einem Logbuch festgehalten werden muss.

Breites Behandlungsspektrum, einzigartige Verfahren

Das Behandlungsspektrum der Frankfurter universitätsmedizinischen Kinderchirurgie reicht über die operative Versorgung angeborener Fehlbildungen, die Neugeborenenchirurgie, die Viszeralchirurgie des Kindesalters, die onkologische Chirurgie des Kindesalters und die Kinderurologie bis hin zur Chirurgie von Gefäßdeformationen und kindlicher Hämangiome. Insgesamt werden pro Jahr über tausend Operationen durchgeführt. Die Klinik behandelt mit Abstand die meisten angeborenen Fehlbildungen in der Region Hessen und nahezu alle kindlichen Tumoren. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Therapie von Kindern mit speziellen kinderurologischen Erkrankungen, zum Beispiel der angeborenen Harntransportstörung.

Red.: ReH



Sammeln Sie CME-Punkte online!

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

So einfach ist die Teilnahme!

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

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

Viel Erfolg wünscht
Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck

Mandelentzündungen:

Leitlinie soll Operation und Einsatz von Antibiotika vereinheitlichen



Nicht bei jeder Mandelentzündung muss sofort operiert werden. Auch eine Antibiotikabehandlung ist häufig nicht notwendig. Mehrere Fachgesellschaften von Kinder- und HNO-Ärzten haben sich jüngst auf neue Therapie-Empfehlungen verständigt, die für Klarheit beim gezielten Antibiotikaeinsatz und Operationsempfehlungen sorgt. Die neue Leitlinie wurde auf der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGhNO KHC) in Düsseldorf am 3. Mai vorgestellt.

Jedes Kind erkrankt im Verlauf der ersten Lebensjahre mehrfach an Entzündungen von Rachen und Mandeln. Ein Krankheitswert liegt erst vor, wenn sich Schluckschmerzen und Allgemeinsymptome wie Fieber entwickeln. „Die Tonsillitis ist eine der häufigsten Anlässe für den Arztbesuch und Mandeloperationen gehören zu den 20 häufigsten Anlässen für Krankenhausbehandlungen in Deutschland“, erläuterte Professor Dr. med. Jochen Windfuhr, Chefarzt am Krankenhaus Maria Hilf, Mönchengladbach. Er hat als Vertreter der DGhNO KHC die Leitlinie „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln“ maßgeblich mitentwickelt. Beteiligt waren dabei der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie.

Ein erklärtes Ziel der Leitlinie ist es, die Diagnose und Behandlung der Tonsillitis zu vereinheitlichen. Zuletzt hatte die Bertelsmann Stiftung auf eine regional ungleiche Verteilung der Häufigkeit von Mandeloperationen aber auch Antibiotika-Ver-

ordnungen in einem anderen Bericht hingewiesen und dadurch eine breite Diskussion ausgelöst. „Die akute Tonsillitis wird zu 70 bis 95 Prozent der Fälle durch Viren ausgelöst“, berichtet Prof. Windfuhr: „Antibiotika sind dann wirkungslos, sie können nur bei Entzündungen durch Bakterien helfen“. Wann dies der Fall ist, kann der Arzt allein durch einen Blick in den Rachen nicht entscheiden. Die Leitlinie stellt zwei altersabhängige Punktesysteme vor. Diese bewerten neben der Schwellung der Mandeln auch Fieber, Husten und Lymphknotenschwellung mit Punkten. „Erst ab einem bestimmten Punktwert wird ein Antibiotikum empfohlen“, so Professor Windfuhr: „Zusätzliche Untersuchungen wie Rachenabstriche sind nur noch für seltene Einzelfälle vorgesehen.“

Nicht jede schwere Mandelentzündung macht eine Operation erforderlich. Die Entscheidungsgrundlage ist die Zahl von Halsschmerz-Episoden in den letzten zwölf Monaten. Bei weniger als drei Episoden raten die Leitlinien von einer Operation ab. Bei drei bis fünf Episoden „kann“ die Tonsillektomie durchgeführt werden, bei sechs oder mehr Episoden

ist sie „eine therapeutische Option“. „Bei mehrfach wiederkehrenden Mandelentzündungen hat sich die Mandelentfernung bewährt“, sagt Professor Windfuhr. Sie sei aber keine Notoperation. „Nur in besonders schweren Fällen sollte die Operation zügig erfolgen“, sagt der Experte. „Bei moderaten und milden Formen raten wir dazu, zunächst ein halbes Jahr abzuwarten. Nur wenn sich in dieser Wartezeit weitere Entzündungen trotz wiederholter Antibiotikumtherapie ereignen, ist die Mandelentfernung der bessere Weg“.

Bei besonders großen Mandeln müssen bei der Operation nicht die ganzen Mandeln entfernt werden. Eine Teilentfernung, Tonsillotomie genannt, ist eine neue Option, die in den Leitlinien erstmals empfohlen wird. „Sie hat sich in schwedischen Studien bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewährt“, so Professor Windfuhr: „Die Tonsillotomie ist für die Patienten sehr viel weniger belastend. Anfängliche Bedenken, dass in den Mandelresten Entzündungskomplikationen programmiert sind, haben sich nicht bestätigt“.

Red.: ReH



Foto: © mizina - Fotolia.com

Jugendliche mit ADHS: am besten präventiv einsperren?



Dr. Kirsten Stollhoff

Jugendliche mit ADHS sind unter den Insassen von Jugendhaftanstalten überdurchschnittlich häufig vertreten. Von Versicherungen und Arbeitgebern werden sie diskriminiert. Zu Unrecht, findet unsere Autorin und setzt sich in ihrem Plädoyer gegen die häufige Diskriminierung von Menschen mit ADHS, für mehr und frühere Therapien und auch für mehr Unterstützung für die Behandler ein.

Max ist beim Ladendiebstahl erwischt worden. Morgen ist die Vorladung beim Jugendgericht. „Können Sie mir ein Attest schreiben?“ Die Mutter ist außer sich vor Sorge - der 16-jährige Max wirkt eher gelangweilt und genervt. Er weiß im Großen und Ganzen, was ihn erwartet. Der Ladendiebstahl ist nicht sein erstes Vergehen. Die Anzeige lautet auf wiederholten Ladendiebstahl und Drogenbesitz.

Mit 13 Jahren wurde bei Max die Diagnose ADHS kombiniert mit Störungen des Sozialverhaltens ge-

stellt. Bereits als Kleinkind zeigte er hyperaktives, impulsives und auch ausgeprägtes oppositionelles Verhalten. Schon früh erhielt die alleinerziehende Mutter Unterstützung vom Jugendamt in Form von Familienhilfe. Max ging zur Ergotherapie. In der Schule wurde ihm ein I-Status gewährt. Dennoch gelang es ihm nicht, sich in die Gruppe zu integrieren und sein kognitives Potential auszuschöpfen. Es persistierte sein impulsives, grenzenloses und oppositionelles Verhalten, gepaart mit erhöhter Ablenkbarkeit, Unfähigkeit sich die Aufgabenstellun-

gen zu merken und Vergessen von schon erworbenem Wissensstoff. Hausaufgaben dauerten Stunden und wurden meist „vergessen“. Es fehlte die Kontrolle von Seiten der Mutter aber auch eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Lehrer und Mutter. Schon ab der vierten Klasse fiel er durch Schulabsentismus auf, Freundschaften hielten in der Regel nur kurz, Max wurde zunehmend zum Außenseiter. Die im Alter von 13 Jahren begonnene medikamentöse Therapie mit Methylphenidat wurde nicht regelmäßig eingenommen und trotz einer an-

fänglichen Besserung seines Sozialverhaltens und einer Minderung der Ablenkbarkeit und Impulsivität von ihm nach vier Monaten verweigert, eine Verhaltenstherapie wurde von ihm abgelehnt. Die Mutter fühlte sich aus zeitlichen Gründen nicht imstande, am Elterstraining teilzunehmen.

Max stellt erfreulicherweise unter meinen Patienten eine Ausnahme dar. Nur wenige meiner Patienten entwickeln eine Delinquenz. Sie sind allerdings auch überwiegend unter medikamentöser Therapie, erleben eine zufriedenstellende soziale Integration, sie können weitgehend ihre Impulse kontrollieren und sich selbst steuern und werden von Freunden gemocht und respektiert.

45 Prozent aller jugendlichen JVA-Insassen haben ADHS

Delinquenz im Jugendlichen- und Erwachsenenalter ist studienbelegt erhöht bei Menschen mit ADHS. In deutschen Jugendstrafvollzugsanstalten beträgt die Prävalenz für ADHS 45 Prozent häufig in Assoziation mit einer Störung des Sozialverhaltens. Überwiegend handelte es sich um durch Impulsivität und unüberlegtes Handeln ausgelöste Straftaten.

....aber 73 Prozent aller jungen Menschen mit ADHS leben nicht im Gefängnis

In Langzeitstudien aus den USA erhalten 27 Prozent der jungen Erwachsenen mit ADHS eine Gefängnisstrafe im Vergleich zu elf Prozent aus der Kontrollgruppe. **Das heißt aber auch, dass 73 Prozent der jungen Erwachsenen mit ADHS keine Gefängnisstrafe erhalten.** Aus der Studie geht leider nicht klar hervor, ob und wie lange eine Therapie der ADHS stattgefunden hat und wie sorgfältig sie betreut wurden. Eine signifikante Assoziation zu einer Störung des Sozialverhaltens und Drogenabhängigkeit wird dabei beobachtet. Erwachsene mit

ADHS ohne diese Risikofaktoren haben nur ein leicht erhöhtes Risiko für Delinquenz im Vergleich zur Kontrollgruppe. Drogenabhängigkeit bei ADHS erhöht signifikant das Risiko für Störungen des Sozialverhaltens und asoziales Verhalten mit Delinquenz.

Inwieweit ADHS alleine oder gar nur in Kombination mit anderen assoziierten Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens und Drogenabhängigkeit ein negativer Faktor für delinquentes Verhalten darstellt, ist noch Gegenstand der aktuellen Forschung. ADHS tritt nur in 30 Prozent ohne assoziierte Störungen auf und hat in dieser Form die beste Prognose für eine gelungene spätere soziale Integration. In 40 bis 50 Prozent besteht zusätzlich oppositionelles Verhalten, in 30 bis 50 Prozent eine Störung des Sozialverhaltens. Oppositionelles Verhalten im frühkindlichen Alter begünstigt bei komorbidem ADHS die Entwicklung zu einer Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten. Die bisherigen Ergebnisse legen nahe, dass ausgeprägtes ADHS durch erhöhte

Impulsivität und beeinträchtigtes „Vorausdenken“ delinquentes Verhalten begünstigt, vor allem wenn zusätzliche Risikofaktoren wie eine Störung des Sozialverhaltens und Drogenabhängigkeit bestehen.

Kein privater Versicherungsschutz und keine Chance auf den Traumberuf

Kinder und Jugendliche mit ADHS werden diskriminiert

Aber auch wenn ADHS ein Risikofaktor für delinquentes Verhalten darstellt, so sind die überwiegende Mehrzahl (circa 70 Prozent) der Menschen mit ADHS nicht delinquent. Es gilt also zu vermeiden, diese im Sinne einer „Sippenhaft“ zu benachteiligen. Dies findet aber bereits statt: so gelingt es oft nicht mehr, für Kinder/Jugendliche mit der Diagnose ADHS eine Unfallversicherung, Berufsunfähigkeits- oder auch eine private Krankenversicherung abzuschließen, da studienbelegt eine erhöhte Unfallgefährdung



Foto: © STUDIO GRAND OUEST - Fotolia.com

besteht. Bestimmte Berufe bleiben Menschen mit ADHS vorenthalten, etwa Polizist, Soldat und Pilot: Kinder, die heute aufgrund einer ADHS-Diagnose in Therapie sind, werden morgen vielleicht keine Chance haben, etwa eine Ausbildung im Polizeidienst, bei der Bundeswehr oder in anderen sicherheitsrelevanten Berufsfeldern zu machen. „ADHS ist bei uns ein ganz klares Ausschlusskriterium für den Polizeidienst, da wir davon ausgehen, dass sich so eine Krankheit durch das ganze Leben zieht,“ sagt zum Beispiel **Wolfgang Beus**, Sprecher der nordrheinwestfälischen Polizei. Die Hälfte meiner männlichen ADHS-Patienten möchte aber genau diese Berufe ergreifen. Und nur ein kleiner Bruchteil meiner Patienten wäre auf Grund erhöhter Impulsivität, nicht Einhalten von Regeln und Grenzen oder extreme Waghalsigkeit oder Suchtgefährdung nicht in der Lage, diese Berufe verantwortlich auszuüben.

Da als ein wichtiger Risikofaktor für in der Adoleszenz auftretender Delinquenz oppositionelles Verhalten im Kleinkindalter und Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter in Assoziation mit ADHS beobachtet wurde, sollten Kinder, bei denen diese Kombination zutrifft (und das sind circa 50 Prozent) rechtzeitig diagnostiziert und effektiv therapiert werden. Schwedische Registerstudien legen nahe, dass

die medikamentöse Behandlung der ADHS (insbesondere mit Stimulantien) die Risiken für delinquentes Verhalten, Substanzmissbrauch, suizidales Verhalten und Unfälle signifikant und bedeutsam reduziert. In der Öffentlichkeit sollte endlich ein Umdenken stattfinden und die ideologisch gesteuerte Ablehnung einer medikamentösen Therapie revidiert werden. In Kombination mit einer Psychoedukation ermöglicht sie studienbelegt und aus langjähriger eigener klinischer Erfahrung den Kindern und Jugendlichen mit ADHS den Zugang zu ihrem kognitiven Potential. Die Impulskontrolle nimmt zu, über eine bessere Eigensteuerung gelingt ihnen die soziale Integration. Sie erleben Erfolge und eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls: die besten Voraussetzungen, um nicht delinquent, drogenabhängig oder dissozial zu werden.

Kinder und Jugendliche mit ADHS brauchen mehr Unterstützung – ihre Ärzte aber auch

Risikofaktoren bei ADHS stellen also nicht nur Delinquenz sondern auch Substanzmissbrauch, Arbeitslosigkeit, erhöhte Suizidrate und erhöhte Unfallgefährdung dar. Dennoch ist die Zahl der jungen Erwachsenen, die keine dieser Komplikationen im Verlauf der ADHS-Störung entwickelt, deutlich höher als die, die

delinquent, Drogen abhängig oder arbeitslos werden und Unfälle erleiden. Eine frühzeitig begonnene und wirksame Therapie kann das Risiko aber noch weiter reduzieren. Daher ist zu fordern, dass die Therapie der Kinder/Jugendlichen mit ADHS durch ausreichende Behandler so früh wie möglich beginnen kann. Es sollte nicht ein Pauschalurteil über die Menschen mit ADHS gestellt werden und diese damit vor allem durch Ausschlüsse aus dem Berufsleben noch mehr belastet werden.

Die Kinder- und Jugendärzte, die flächendeckend und niederschwellig den besten Zugang zu gerade den jüngeren Kindern mit ADHS haben und damit frühzeitig die Diagnose stellen könnten, sollten in die Lage versetzt werden, nicht nur fachlich kompetent sondern auch ohne Insolvenzgefahr, diese Kinder zu diagnostizieren und zu betreuen. Die Unterstützung durch den Berufsverband der Kinder/Jugendärzte ist dafür unerlässlich.

Literatur bei der Verfasserin

Kirsten Stollhoff, 1. Vorsitzende der AGADHS der Kinder/Jugendärzte Gemeinschaftspraxis für Neuropädiatrie Ancker/Maxton/Stollhoff Neue große Bergstr. 7 22767 Hamburg

Red.: ReH

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Juli 2016

6. Juli 2016

Immer etwas Neues FRANKFURT

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

9. Juli 2016

Pädiatrie am Neckar

des LV Baden-Württemberg
in Heilbronn

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel,
Lauffen

Auskunft: ③

13. Juli 2016

Immer etwas Neues FÜRTH

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

August 2016

24. August 2016

Immer etwas Neues VERDEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

27. August 2016

Jahrestagung des LV Sachsen

des BVKJ in Dresden,
Sächsische LÄK

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens,
Radebeul, Auskunft: ①

31. August 2016

Immer etwas Neues JENA

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

September 2016

7. September 2015

Immer etwas Neues LEVERKUSEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

10.-11. September 2016

20. Pädiatrie zum Anfassen

des BVKJ, LV Hamburg,
Bremen, S-H und Niedersachsen
in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp,
Dr. Stefan Renz,
Dr. Dehtleff Banthien,
Dr. Volker Dittmar,
Auskunft: ②

28. September 2016

Immer etwas Neues HAMBURG

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

Oktober 2016

8.-11. Oktober 2016

44. Herbst-Seminar-Kongress

des BVKJ in Bad Orb

Leitung:

Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,
Wiesbaden,
Auskunft: ⑤

26. Oktober 2016

Immer etwas Neues MÜNCHEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

November 2016

5. November 2016

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen

im Hotel Niedersachsenhof,
Verden/Aller

Leitung:

Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /
Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

9. November 2016

Immer etwas Neues NÜRTINGEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg

Leitung:

Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach

Auskunft: ③

30. November 2016

Immer etwas Neues BIELEFELD

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

Dezember 2016

3. Dezember 2016

7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

Leitung:

Prof. Dr. V. Stephan, Berlin /
Dr. B. Ruppert, Berlin

Auskunft: ①

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988,
ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel. 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202,
Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,
info@interface-congress.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78, Email: bvkj.kongress@uminfo.de



Geburtstage im Juli 2016

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Gabriele *Ehmcke-Matthies*, Bonn, am 02.07.
 Frau Dr. med. Felicitas *Bundschuh*, Darmstadt, am 02.07.
 Frau Dr. med. Paula *Menczel*, Monheim, am 06.07.
 Frau *Elke Staufenbiel*, Wandlitz, am 07.07.
 Herr Ralf *Greinert*, Hamburg, am 08.07.
 Herr Andreas *Krebs*, Deggingen, am 10.07.
 Herr Dr. med. Norbert *Herrmann*, Ansbach, am 11.07.
 Herr Dr. med. Georg *Frauendienst-Egger*, Reutlingen, am 11.07.
 Frau Dr. med. Raija-Leena *Riedmiller*, Margetshöchheim, am 12.07.
 Frau Dr. med. Sabine *Caspers-Hazay*, Hamburg, am 16.07.
 Herr Dr. med. Jürgen *Gromball*, Stein, am 16.07.
 Frau Dr. med. Christine *Fiedler*, Bad Schwartau, am 24.07.
 Frau Dr. med. Gundula *Hinz*, Warin, am 24.07.
 Frau Dr. med. Anita *Krahl-Mohr*, Leipzig, am 24.07.
 Herr Dr. med. Heinrich *Herbort*, Rietberg, am 24.07.
 Frau Inge *Geyer-Sodemann*, Neu-Isenburg, am 26.07.
 Herr Dr. med. Erich-Georg *Lycko*, Emmerich, am 26.07.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Pohl-Hilleke*, Olpe, am 29.07.
 Frau Dr. med. Rita *Zimmermann*, Ludwigsburg, am 30.07.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Ernst-Otto *Gley*, Nördlingen, am 01.07.
 Herr Dr. med. Heinz-Günter *Minkwitz*, Berlin, am 11.07.
 Herr Dr. med. Klaus-Dieter *Sparr*, Rauen, am 14.07.
 Frau Ursula *Kienzler-von Gordon*, Hamburg, am 14.07.

Herr Dr. med. Klaus *Muck*, Georgsmarienhütte, am 17.07.
 Herr Dr. med. Herbert *Holder*, Böblingen, am 20.07.
 Herr Dr. med. Ivo A. *Henrichs*, Neuburg, am 20.07.
 Frau Dr. med. Brigitta *Becker*, Gelsenkirchen, am 25.07.
 Herr Dr. med. Hermann *Kühne*, Neuötting, am 30.07.

75. Geburtstag

Frau Liisa *Hickel*, Leichlingen, am 04.07.
 Herr Dr. med. Rolf *Schütze*, Würzburg, am 08.07.
 Frau Dr. med. Ute *Haase*, Döbeln, am 08.07.
 Herr Dr. med. Heiner *Breuer*, Konz, am 09.07.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Meinrenken*, Bremen, am 11.07.
 Herr Dr. med. Eberhard *Pfau*, Mühlau, am 14.07.
 Frau Dr. med. Christel *Spaeth*, Deggendorf, am 27.07.
 Frau Dr. med. Karin *Messow-Zahn*, Denzlingen, am 29.07.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Bisping*, Essen, am 06.07.
 Frau Prof. Dr. med. Christa *Fiehring*, Erfurt, am 08.07.
 Frau Dr. med. Gabriele *Uhlemann*, Chemnitz, am 14.07.
 Herr Dr. med. Heiner *Kolfenbach*, Bad Honnef, am 14.07.
 Herr Dr. med. Franz H. *Dormann*, Neuhausen, am 21.07.
 Herr Dr. med. Rolf *Lück*, Crailsheim, am 26.07.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Eberhard *Bruder*, Uelzen, am 02.07.
 Frau SR Dr. med. Dorothea *Schumann*, Erfurt, am 03.07.
 Frau Dr. med. Gerda *Mittermaier*, Dossenheim, am 08.07.
 Frau Dr. med. Gertraud *Donders*, Ebersbach, am 24.07.
 Herr Dr. med. Lutz *Breuer*, Velbert, am 26.07.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Johann August *Ermert*, Mainz, am 08.07.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Lübeck*, Hannover, am 18.07.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Schmitz*, Düsseldorf, am 26.07.
 Herr Dr. med. Werner *Schultze*, Berlin, am 31.07.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Adolf *Apel*, Heilbad Heiligenstadt, am 03.07.
 Frau Ingeborg *Wessollek*, Bad Lippspringe, am 08.07.
 Herr Prof. Dr. med. Helmut *Helwig*, Freiburg, am 21.07.
 Herr Dr. med. Dirck *Heye*, Siegen, am 25.07.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitte *Geschöll-Bauer*, Freiburg, am 21.07.
 Frau Dr. med. Erika *Bernhardt*, Essen, am 25.07.
 Frau Dr. med. Annemarie *Brenner*, Herten, am 30.07.

87. Geburtstag

Herr OMR Dr. med. Friedrich-Ludwig *Schlesinger*, Berlin, am 21.07.

88. Geburtstag

Herr Dr. med. Albrecht *Neumann*, Leverkusen, am 08.07.
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Martin *Weinmann*, Straßlach-Dingharting, am 17.07.

90. Geburtstag

Herr Prof. Dr. Michael *Hertl*, Mönchengladbach, am 05.07.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter *Stöhr*, Aachen, am 19.07.

95. Geburtstag

Herr Doz. Dr. med. habil. Hans *Mannkopf*, Detmold, am 10.07.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Maneke*, Hannover, am 16.07.

Wir trauern um:

Frau Dr. Waltraud *Wahler-Brenk*, Troisdorf
 Herrn Dr. Rolf-Joachim *Candler*, Wildeshausen
 Herrn Dr. Ulfert *Janssen*, Höchberg
 Herrn Dr. Herbert *Marx*, Lüdinghausen

Im Monat April durften wir 38 neue Mitglieder begrüßen.

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



Bayern

Frau Dr. med. Jasmin *Ali*
Herrn Dr. med. Reinhard *Hopfner*
Frau Dr. med. Martina *Stein*
Herrn Dr. med. Christian *Stöhr*
Frau Dr. med. Johanna *Wiese*
Herrn Ludwig *Zeller*



Hessen

Frau Melek *Özer*



Niedersachsen

Herrn Dr. med. Tilmann *Sachsse*



Nordrhein

Frau Dr. med. Renate
Hüppelshäuser
Herrn Manuel *Külshammer*
Herrn Charalampos *Moysiadis*
Herrn Karsten *Thiel*
Frau Dr. med. Sabine *Weiß*



Sachsen-Anhalt

Frau Romy *Berg*



Thüringen

Frau dr. med. Emese *Mèry*



Westfalen-Lippe

Herrn Diogo Maria
Elens da Silva Passos

Hämoglobinopathien im Kindesalter nicht übersehen

Hämoglobinopathien treten häufiger auf als man denkt: Wenn pathophysiologische Veränderungen des Hämoglobins im Kindesalter früh erkannt werden, können Erkrankungen wie Thalassämie oder Sichelzellerkrankheit gut behandelt werden und Komplikationen vermieden werden. Eine Nebenwirkung der Therapie – die Transfusions-bedingte Eisenüberladung – kann mit einer oralen Eisenchelatherapie wie z. B. Deferasirox (Exjade®) gut behandelt werden.

Hämoglobinopathien gehören zu den häufigsten Erbkrankheiten der Weltbevölkerung. Durch weltweite Wanderungsbewegungen treten Globin-Bildungsstörungen in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland immer häufiger auf. Das steigende Bewusstsein für eine möglichst frühzeitige Diagnostik der Erkrankungen, dazu Therapieoptionen wie Transfusionen oder auch eine Stammzelltransplantation, verschaffen erkrankten Kindern die Aussicht auf ein ansonsten gesundes Leben. Durch die Einführung der Eisenchelatherapie kann inzwischen auch eine Eisenüberladung als Nebenwirkung der Transfusionen vermieden werden.

Beta-Thalassämie: ineffektive Erythropoese mit vielfältigem Krankheitsbild

Thalassämien sind eine heterogene Gruppe vererbter Erkrankungen, denen eine Störung der Hämoglobinproduktion zugrunde liegt, wie Dr. Regine Grosse, Hamburg, erläuterte.¹ Durch Einwanderer aus Italien, Griechenland, der Türkei oder Asien sind sowohl die alpha- als auch die beta-Thalassämie schon lange in Deutschland präsent. Die reduzierte oder fehlende Genexpression der alpha- oder beta-Kette des Hämoglobins führt zu einer ineffektiven Erythropoese mit vielfältigem Krankheitsbild. Je nach Ausprägungsgrad und genetischer Belastung unterscheidet man zwischen Thalassaemia minor, intermedia und major.¹ Laut Grosse tragen nach Schätzungen etwa 7 % der Weltbevölkerung ein Gen dieser Erkrankungen. In Deutschland schätzt man etwa 1500 Patienten, im UKE wird laut Grosse zur Zeit eine Neuerkrankung im Monat diagnostiziert. Für eine gute Prognose ist die Diagnostik im Säuglingsalter essentiell, betont Grosse:

„Das Fundament, dass diese Patienten lebenslang eine gute Lebensqualität haben, legen wir im Kindesalter.“

Anämie ist hier immer ein Warnzeichen: Thalassaemia kann mit einem einfachen, günstigen Bluttest diagnostiziert werden. Symptome sind eine tastbare vergrößerte Milz und die extramedulläre Erythropoese (siehe Abb. 1), die auch zu typischen Skelettverformungen im Gesicht führt. Bei rechtzeitiger Therapie können sich diese Deformationen bei Kindern zurückbilden. „Wir müssen rechtzeitig anfangen, diese Patienten zu transfundieren – sie sollen diese Probleme erst gar nicht bekommen“, betonte Grosse.

Die einzige kurative Therapie der schweren Beta-Thalassämie ist aktuell die allogene Stammzelltransplantation. Patienten ohne diese Behandlungsoption sind überwiegend lebenslang transfusionsbedürftig. Der Transfusionsbedarf kann je nach Schwere der Erkrankung

steigen. „Die Patienten sind ein Leben lang transfusionspflichtig, aber können ansonsten gesund leben“, erläuterte Grosse. Wichtig sei auch, mit Transfusion schon frühzeitig, bei höheren Hämoglobinwerten als in anderen hämatologischen Indikationen zu beginnen (Prätransfusions-Hb 9,5-10 g/dl): „Wir wollen die eigene ineffektive Erythropoese unterdrücken.“

Eisenüberladung als Nebenwirkung der Transfusionstherapie

Die lebenswichtige Transfusionstherapie zeigt jedoch auch Nebenwirkungen: Folgen der Eisenüberladung durch häufige Transfusionen beeinträchtigen das Organsystem an vielen Stellen. Die irreversible Schädigung von Geweben führt nicht nur zu endokrinologischen Funktionsstörungen, erläuterte Grosse: „Die Eisenüberladung im Herzen ist die häufigste Todesursache.“



Abb. 1: Klinische Symptome der Thalassämie mit vermehrter Erythropoese: extreme Milzvergrößerung (A) und paraspinale Raumforderung durch extramedulläre Erythropoese (B) (Bildquelle: © Regine Grosse).

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) und der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) empfehlen aus diesem Grund transfusionsbegleitende Chelat-Therapien, um das Risiko der Eisenüberladung zu senken.^{1,2} Neben verschiedenen Therapieoptionen, die infundiert oder mehrmals täglich als Tablette gegeben werden müssen, zeigt die einmal tägliche orale Gabe von Deferasirox (Exjade®) laut Grosse eine bessere Compliance bei den Patienten. Empfohlen wird die abendliche Einnahme des oralen Eisenchelators, gelöst in stillem Wasser.³ Weitere Informationen finden Interessierte auf der Webseite www.leben-mit-transfusionen.de.

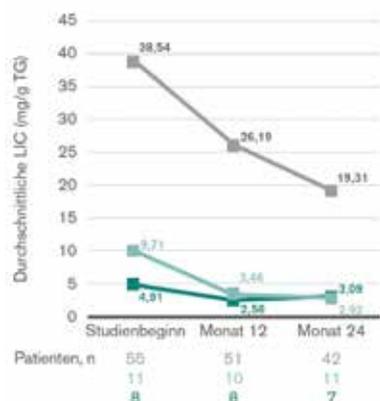
Die Vorteile einer stringenten Eisenchelation mit Deferasirox sind bei Patienten mit β -Thalassämie deutlich sichtbar: Deferasirox kann hier sowohl die Lebereisenkonzentration⁴ als auch die kardiale Eisenkonzentration⁵ effektiv senken (siehe Abb. 2).

Sichelzellkrankheit: hämolytische Anämien und Schmerzkrisen

„Bei der Sichelzellkrankheit handelt es sich um die weltweit häufigste monogene Erbkrankheit,“ so Dr. Stephan Lobitz, Berlin. Auch hier liegt eine Störung der Hämoglobinsynthese zugrunde: Da das Sichelzähämoglobin schlechter löslich ist, kann es in Erythrozyten ausfallen und zu der typischen sichelförmigen Verformung führen. Diese Zellen haften verstärkt an Endothelzellen der Blutgefäße und führen so zu Stenosen.⁶ Da verformte Erythrozyten schneller in der Milz abgebaut werden, können Sichelzell-Patienten eine ausge dehnte hämolytische Anämie zeigen. Laut Lobitz ist eine Diagnostik indiziert bei Menschen aus Risikogebieten wie Westafrika, dem östlichen Mittelmeerraum und Indien. Warnzeichen sind normozytäre oder mikrozytäre Anämie, Hämolysezeichen, unerklärliche Schmerzepisoden, Schlaganfälle oder Niereninsuffizienz in jungem Alter: „Man hat ganz viele Probleme, wenn man eine Sichelzellkrankheit hat – Anämie ist das geringste.“

„Global gesehen ist die Sichelzellkrankheit pro Jahr für ca. 280.000 Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren verantwortlich“, betonte Lobitz, der in den letzten Monaten auch deutlich mehr Fälle in der Charité diagnostizierte.

EXJADE senkt effektiv die Lebereisenkonzentration⁴



Veränderung der kardialen Eisenkonzentration

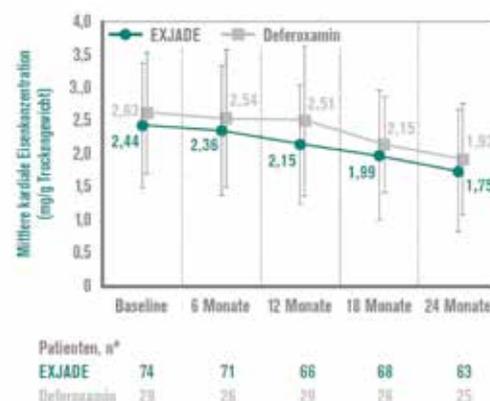


Abb. 2: Deferasirox (Exjade®) senkt effektiv die Lebereisenkonzentration⁴ und die kardiale Eisenkonzentration⁵ bei Patienten mit β -Thalassämie.

Typische Symptome für Hämoglobinopathien in der Praxis des Kinderarztes nicht übersehen:

- Anämie (mit Blässe und Ikterus)
- Gedeihstörung, Wachstumsretardierung
- Schmerzgeschichte und Herkunft aus Risikogebieten
- Hand-Fußsyndrom (Sichelzellkrankheit)
- Hepatosplenomegalie
- typische Physiognomie mit Skelettdeformierung bei Thalassämie (siehe Abb. 1)
- extramedulläre Erythropoese (häufig als unklare Raumforderung sichtbar)
- Eisenüberladung (auch ohne Transfusionen bedingt durch Anämie)

Präventive Maßnahmen sind die Vermeidung von Kälte und Dehydratation, die Milzpalpation durch die Eltern, Penicillin-Prophylaxe, und Impfungen gemäß den Empfehlungen des Asplenie-Net.⁷ Der Hämatologie betonte: „Ganz einfache Maßnahmen reduzieren die Sterblichkeit um 90%.“ Auch hier ist für viele Patienten eine Transplantation nötig: „Alle Kinder, die einen Spender in der Familie haben, sollten transplantiert werden,“ erläuterte Lobitz.

Eine effektive Früherkennung von Hämoglobinopathien ist von großer Bedeutung, um frühzeitig Therapien einleiten zu können und somit Entwicklungsschäden zu vermeiden. „In vielen Ländern ist ein Neugeborenen-Screening auf Hämoglobinopathien bereits Standard. Deutschland hat in diesem Punkt einen großen Nachholbedarf,“ wie Lobitz unterstrich.

Bedarf an besseren Versorgungsstrukturen

Alle Experten waren sich einig, dass bei Hämoglobinopathien eine effektive Früherkennung nötig ist, um frühzeitige Therapien einleiten zu können und Entwicklungsschäden zu vermeiden. Ein Beispiel für zentrale Versorgungsstrukturen und ganzheitliche Therapie sind Experten-

tren für Thalassämie-Patienten mit ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsmöglichkeiten. „Die Patienten sollten einmal im Jahr in einem Referenzzentrum gesehen werden, wo die weitere Therapie geplant wird“ betonte Grosse. In solchen Zentren kann auch die Altersgruppen-übergreifende Betreuung und die Transition der Patienten aus der Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet werden.

Ein Register für Thalassämie und Sichelzellkrankheit wäre eine weitere Bausteine auf dem Weg zu besseren Versorgungsstrukturen. Wie Prof. Holger Cario, Ulm, erläuterte, wird der Bedarf durch mobilere Bevölkerung und weltweite Migration noch steigen: „Es gibt schon lange Handlungsbedarf bei diesen Erkrankungen, die erst in den letzten 30 bis 40 Jahren in Deutschland aufgetaucht sind.“

Autorin
Martina Freyer

Quelle
Presse-Roundtable anlässlich des 5. Hämatologie Heute Symposiums 2016: „Therapie von Hämoglobinopathien – Herausforderungen und Behandlungsstrategien“, 20. April 2016 in Berlin

Veranstalter
Novartis

Literatur beim Verfasser

Mit freundlicher Unterstützung von
Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Kindern

FSME-Virus Infektion auch im Garten möglich

Das Risiko, von einer Zecke gestochen zu werden, vermutete man bisher insbesondere bei Aktivitäten in der freien Natur. Dass Zecken auch in heimischen Gärten weit verbreitet sind, belegt die Gartenstudie.¹ Demnach besteht im Garten ein potentiell Risiko, sich über einen Zeckenstich mit dem FSME-Virus zu infizieren. Eine Schutzimpfung senkt nicht nur das Risiko vor einer möglichen Erkrankung im eigenen Umfeld, sondern auch auf Reisen.

Bei Zecken denkt man an Spaziergänge in der freien Natur, selten an den Garten. Dabei bieten viele Gärten ein optimales Zeckenhabitat, in dem wir uns häufig für längere Zeit aufhalten“, erklärte die Parasitologin Prof. Ute Mackenstedt aus Hohenheim. Die im Großraum Stuttgart durchgeführte Gartenstudie untersucht, wie stark Gärten von Zecken befallen sind und welche Umstände dafür eine Rolle spielen. Im Jahr 2014 wurden in 61 % (38 von 62) der Gärten insgesamt 568 Zecken in unterschiedlichen Entwicklungsstadien (Larven, Nymphen und Adulte) gefunden.¹ „Diese Zecken wurden von September bis November gesammelt. In der Hauptaktivitätszeit von April bis Juni kann man eine wesentlich höhere Anzahl erwarten“, so Mackenstedt.

Gärten sind Zeckenstandorte

Dabei waren die Funde unabhängig vom Gartenzustand; sowohl in gepflegten als auch in naturbelassenen Gärten fanden sich Zecken aller Stadien. In gepflegten Gärten wurden sogar signifikant mehr Nymphen und Adulte gefunden – Zeckenstadien, die auch Menschen als Wirt nutzen ($p=0,019$).¹ In Bezug auf den Standort waren ‚waldnahe und außerorts gelegene‘ Gärten am stärksten befallen. Doch selbst in waldfernen, innerorts gelegenen Gärten

leben Zecken.¹ „Dass wir hier ebenfalls Zecken aller Stadien sammeln konnten, ist ein Hinweis auf eine stabile Population. Einmal eingetragen, erfolgt auch in Gärten mitten in der Stadt der gesamte Entwicklungszyklus“, betonte Mackenstedt.

Konsequente Impfung verringert FSME-Fälle deutlich

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt die FSME-Impfung für alle, die in einem FSME-Risikogebiet zeckenexponiert sind.² Dr. Nikolaus Frühwein aus München betont, dass dies auch für Urlauber gilt, die in ein FSME-Risikogebiet reisen. „Vor allem Menschen, die sich viel in der Natur aufhalten, sollten geimpft werden. Allgemeinmediziner und Pädiater sollten daher auf diese mögliche Präventionsmaßnahme aufmerksam machen“, betonte der Reisemediziner. Mit beispielsweise FSME-IMMUN 0,25 ml Junior³ und FSME-IMMUN Erwachsene⁴ stehen gut verträgliche Impfstoffe zur Verfügung.

Wie in Österreich gezeigt, lassen sich die Infektionszahlen durch eine flächendeckende FSME-Impfung erfolgreich eindämmen.⁵ Von 1971 bis 1981, vor Einführung der generellen FSME-Impfung, waren fast 19 % der FSME-Patienten zwischen sieben und 14 Jahren alt, zwischen

1990 und 2000 waren es nur mehr 2,3 % (Abb. 1).⁵

Schwere Verläufe auch bei Kindern möglich

Generell verläuft die FSME bei Kindern meist milder als bei Erwachsenen, doch auch schwere Verläufe werden beobachtet. Prof. Markus Rose aus Offenbach berichtet vom Fall eines zweijährigen Jungen, der durch einen Zeckenstich im Schwarzwald infiziert wurde. Zwei Wochen später traten grippeähnliche Symptome auf. Nach vier Wochen erlitt er einen zerebralen Krampfanfall. In der Klinik stellte man eine Meningoenzephalitis fest und fand FSME-Virus-spezifische Antikörper im Liquor. „Bei dem Patient kam es zu einem West-Syndrom mit nicht-kontrollierbaren epileptischen Anfällen. Heute ist er ein schwerstbehinderter Pflegefall“, sagte Rose.

Der auch auf Infektiologie spezialisierte Pädiater erklärte, dass bei Kindern viele typische Symptome seltener oder gar nicht auftreten.⁶ Zu den Spätfolgen bei Kindern zählen Konzentrationsprobleme, Ermüddungserscheinungen, Gedächtnis- oder Gleichgewichtsstörungen.⁷ Da es keine ursächliche Therapie gibt, ist ein Impfschutz gegen FSME sinnvoll.

Literatur

- 1 Mackenstedt U, Drehmann M. Abschlussbericht „Gartenstudie“, data on file
- 2 RKI: Epidemiologisches Bulletin Nr. 34/2015
- 3 Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior*, Stand April 2015
- 4 Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene*, Stand April 2015
- 5 Kunze U et al. Wien Med Wochenschr 2004; 154/9-10: 242-245
- 6 Logar M et al. Infection 2000; 28: 74-77
- 7 Sundin M et al. Eur J Pediatr 2012; 171(2): 347-52

Quelle

Pressegespräch „FSME – unterschätztes Infektionsrisiko im eigenen Garten: Relevanz der FSME-Prävention im Alltag“, 23.3.2016, München, Pfizer Deutschland GmbH

Berichterstattung

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

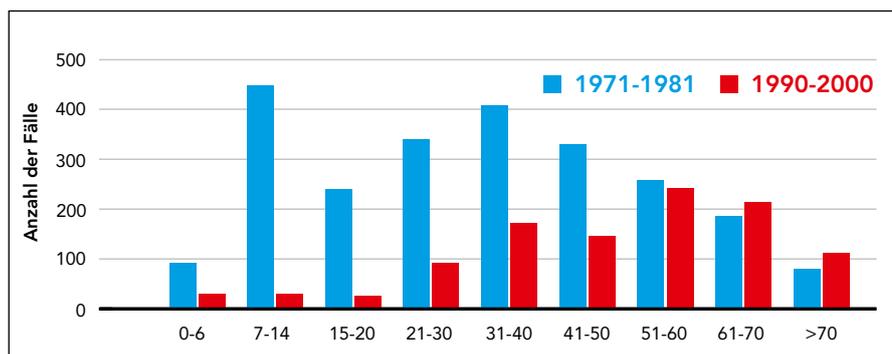


Abb. 1.: Altersverteilung der FSME in Österreich; modifiz. nach [5]

Europäische Kommission erteilt Marktzulassung für ein 2-Dosen-Schema für die Impfung von Mädchen und Jungen mit dem nonavalenten HPV-Impfstoff Gardasil®9

Gardasil®9: 2-Dosen-Schema in Europa zugelassen

Der nonavalente HPV-Impfstoff Gardasil®9 hat die Zulassung für ein 2-Dosen-Schema bei der Impfung von Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren erhalten.¹ Die Zulassung von Gardasil®9 erfolgte für 31 Länder unter Aufsicht der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA). Die Europäische Kommission folgte damit den Empfehlungen mehrerer europäischer Länder, die sich für das 2-Dosen-Schema als Routineimpfung für Kinder und Jugendliche in dieser Altersgruppe entschieden haben.

Gardasil®9 ist in Europa seit Juni 2015 zugelassen mit einem 3-Dosen-Schema für die aktive Immunisierung von Personen ab einem Alter von 9 Jahren zur Prävention von Vorstufen maligner Läsionen und Karzinomen an Zervix, Vulva, Vagina und Anus sowie Genitalwarzen (Condylomata acuminata), die mit den HPV-Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 und 58 assoziiert sind.² Der Impfstoff ist bereits seit Anfang 2015 in den USA erhältlich; seither wurden 7 Millionen Dosen ausgeliefert.

Gardasil®9 kann als einziger HPV-Impfstoff vor Krebsarten und Erkrankungen schützen, die mit 9 HPV-Typen assoziiert sind. Weltweit sind diese 9 HPV-Typen für etwa 90 % aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs und ungefähr 75–85 % der schwerwiegenden zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN 2, CIN 3¹) sowie mehr als 95 % der Adenocarcinomata in situ (AIS*) verantwortlich.² Außerdem sind sie für 85–90 % der HPV-assoziierten Vulvakarzinome, 80–85 % der HPV-assoziierten Vaginalkarzinome und 90–95 % der HPV-assoziierten Analkarzinome verantwortlich. Die HPV-Typen 6 und 11 verursachen ungefähr 90 % aller Genitalwarzen.²

„Wir freuen uns über die Zulassung des 2-Dosen-Schemas für Gardasil®9 durch die Europäische Kommission“, erklärte David Khougazian, Präsident und Chief Executive Officer von Sanofi Pasteur MSD. „Wir hoffen, dass die Impfung mit Gardasil®9 mit dem neuen 2-Dosen-Schema zu höheren Impfraten und damit zu einem umfassenderen Impfschutz führen wird“, fügte er hinzu.

Viele HPV-assoziierte Krebserkrankungen sind vermeidbare Erkrankungen, vor denen eine Impfung schützen kann. SPMSD arbeitet gemeinsam mit den nationalen Behörden daran, Gardasil®9 in ganz Europa zur Verfügung zu stellen. In Deutschland ist der neue HPV-Impfstoff bereits erhältlich.

Über das 2-Dosen-Schema

Der europäische Zulassungsantrag stützt sich auf die Ergebnisse einer klinischen Studie mit ca. 1.200 Jungen und Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren im Vergleich mit einer Gruppe von 300 jungen Frauen im Alter zwischen 16 und 26 Jahren, der Altersgruppe, in der die Wirksamkeit von Gardasil®9 nachgewiesen wurde. Die Studie zeigte erfolgreich die Nichtunterlegenheit der Anti-HPV-Immunreaktionen für alle 9 Typen bei Jungen und Mädchen im Alter zwischen 9 und 14 Jahren, die 2 Dosen in einem Intervall von 6 oder 12 Monaten (± 1 Monat) erhielten, im Vergleich zu Frauen im Alter von 16 bis 26 Jahren, die 3 Dosen (in den Monaten 0, 2, 6) erhielten.

So früh wie möglich gegen Humane Papillomviren impfen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die HPV-Impfung gegen die HPV-Typen 16 und 18 als Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9 bis einschließlich 14 Jahren. Versäumte Impfungen sollten bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden.³ Gute Anlässe zur HPV-Impfung bieten Vorsorgeuntersuchungen wie die U11 oder J1, da viele Patienten im empfohlenen Impfalter zwischen 9 und 14 Jahren noch



regelmäßig zum Pädiater gehen. Durch die Vereinfachung des Impfschemas von Gardasil®9 kann in diesem Alter eine Impfdosis bei der HPV-Immunisierung eingespart werden. 9- bis 14-jährige Mädchen können so einen umfassenden Impfschutz vor HPV-assoziierten Erkrankungen mit nur 2 Impfdosen erhalten.

Referenzen

- 1 European Commission. Community register of medicinal products for human use. Annex – Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels. http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20160404134583/anx_134583_de.pdf (letzter Aufruf 08.04.2016).
- 2 SPMSD. Fachinformation Gardasil®9. Stand: April 2016.
- 3 Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Stand: August 2015. *Epid Bull* 2015;34:327–362.

Nach Informationen von
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin

1 CIN: cervical intraepithelial Neoplasia, AIS: adenocarcinoma in situ

Schnellere Auflösbarkeit: Optimierte Galenik fördert die Therapietreue

- Aktuelle Studien deuten darauf hin, dass eine Vitamin-D-Unterversorgung die Entstehung chronischer Krankheiten begünstigt¹
- Die KiGGS-Studie¹ hat nachgewiesen, dass über die Hälfte aller Kinder in Deutschland mit Vitamin D unterversorgt sind
- Einer Vitamin-D-Unterversorgung kann durch tägliche Gabe vorgebeugt werden
- Der Goldstandard in der Rachitisprophylaxe (VIGANTOLETTEN®) ist durch seine neue Galenik jetzt so schnell auflösbar wie noch nie
- Deutlich schnellere Auflösbarkeit erleichtert tägliche Gabe und erhöht Therapietreue



VIGANTOLETTEN® – Der Goldstandard in der Rachitisprophylaxe ist durch seine neue Galenik so schnell löslich wie noch nie.

Merck, ein führendes Wissenschafts- und Technologieunternehmen, macht die konsequente und effektive Vitamin-D-Substitution für Eltern einfach: Dank optimierter Formulierung lösen sich VIGANTOLETTEN® – der Goldstandard in der Rachitisprophylaxe – nun so schnell auf wie noch nie. Studien zeigen, dass Vitamin D nicht nur Einfluss auf zelluläre Regulationsprozesse wie die Kalziumhomöostase nimmt, sondern deuten auch darauf hin, dass es z. B. die Entstehung chronischer Krankheiten beeinflusst. Eine tägliche Vitamin-D-Gabe erhöht den Vitamin-D-Spiegel effektiv. Aus diesem Grund ist eine Vitamin-D-

Supplementierung mit VIGANTOLETTEN® empfehlenswert. Die optimierte Galenik erleichtert nun die tägliche Einnahme und erhöht damit die Therapietreue.

Auch in Deutschland sind Kinder unzureichend mit Vitamin D versorgt

Die nationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS)² hat gezeigt, dass die Mediane der Vitamin-D-Spiegel von Kindern bereits ab dem dritten Lebensjahr deutlich unter dem Grenzwert von 50 nmol/l liegen. Ab Werten von 50 nmol/l spricht man bereits von einer suboptimalen

Vitamin-D-Versorgung mit möglichen Langzeitfolgen. Sinken die Werte weiter, hat der Vitamin-D-Mangel Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel bis hin zu einer Osteomalazie.

Vitamin D beeinflusst die Gesundheit positiv

Um negative gesundheitliche Folgen zu vermeiden, sollte daher die Vitamin-D-Substitution über das erste Lebensjahr hinaus fortgesetzt werden. Der Goldstandard in der Prophylaxe (VIGANTOLETTEN®) ist nun mit einer neuen, optimierten Galenik verfügbar: Die Tabletten mit 500 I.E. und 1.000 I.E. sind jetzt in Milch oder Wasser so schnell auflösbar wie noch nie – ein entscheidendes Kriterium für eine konsequente Vitamin-D-Prophylaxe. Darüber hinaus sind sie hervorragend verträglich, da sie weder Laktose und Gelatine noch Sojaöl oder Erdnussöl enthalten.

Die Kosten können bei ärztlicher Verschreibung für einen entsprechenden therapeutischen bzw. präventiven Einsatz von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Die Erstattungsfähigkeit gilt z. B. für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 2. Lebensjahr.

Literatur

- 1 Schnabel D.: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde; 2005; 153:77–90
- 2 www.rki.de/kiggs

**Nach Informationen von
Merck Selbstmedikation GmbH,
Darmstadt**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de