

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 09/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen
Sprachdiagnostik

Fortbildung
Wann werden wir
unsere Kinder endlich
effektiv schützen?

Forum
Meningokokken B-
Umfrage

Magazin
Kinder und
Bildschirmmedien

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

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

INHALT 09 | 2017

Editorial

Gut gemeint ist nicht gut gemacht // Thomas Fischbach	515
Impressum	516

Berufsfragen

Sprachdiagnostik // Ronald G. Schmid	518
Juristische Aspekte bei der Verschreibung von Kontrazeptiva // Juliane Netzer-Nawrocki	524
Wahlaufruf Baden-Württemberg	527
Deutsche Rentenversicherung stärkt die Kinder- und Jugendreha // Alwin Baumann	528
Optionen pädiatrischer Tätigkeit // Andreas Stumpf	531
Pädiatrische Fallvignette 8 + 9 // Wolfgang Landendörfer	532
Neues von der BVKJ-Service GmbH	535
Landarztquote für Pädiater geöffnet // Sebastian Bartels	536
Datenschutzdienstleister für KJA-Praxen	536

Fortbildung

HPV-Impfung: Prävention beginnt im Kindesalter // Ulrich Heininger	538
Fraktursonografie im Kindesalter – angekommen im klinischen Alltag // Ole Ackermann, Kolja Eckert	544
consilium: Vitamin B12-Werte bei einem 9 Monate lang vegan ernährten Kleinkind // Rainer Ganschow	548
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	550
Welche Diagnose wird gestellt? // Maren Fließner	552

Forum

Anwendung der Meningokokken B-Impfung // Ralph Köllges	555
Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder in Brandenburg // Wolfram Hartmann	561
Praxis-Wikis in PädInform® erleichtern den Praxisalltag // Ulrich Voss	562
Paediatric-Express erreicht J1-Alter // Regine Hauch, Jörg Schriever	563
„Wo drückt der Schuh?“ // Susi Boeger	564
Jungenbeschneidung // Christoph Kupferschmid	564
Vorläufig erfolglos: Medizinstipendien in Mecklenburg-Vorpommern // Regine Hauch	566
Kinder- und Jugendarzt erneut an der Spitze // Bettina Arnold	566



Kinder und Bildschirmmedien

S. 569

Magazin

Kinder und Bildschirmmedien // Paula Bleckmann	569
„Caillou lernt sterben“ – Perfide Kindervideos bei YouTube // Nora Burgard-Arp	572
Buchtipps	574
Personalien	576
Fortbildungstermine des BVKJ	577
Pädindex	578
Nachrichten der Industrie	580
Wichtige Adressen des BVKJ	585

Titelbild: © FamVeld - iStock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind eine Beilage der Aspen Germany GmbH sowie jeweils einem Teil der Auflage Programmhefte zu der 16. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg und der 8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Gut gemeint ist nicht gut gemacht – das Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz (TSVG) löst keine Probleme, es schafft neue.

Mit großer Enttäuschung haben wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte das Gesetzesvorhaben TSVG von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zur Kenntnis nehmen müssen. Überrascht hat uns vor allem, dass der Minister ganz konkret die kinder- und jugendärztliche Versorgung betreffende Regelungen in das Gesetz geschrieben hat, ohne uns an der Versorgungsfront stehende Fachleute überhaupt nur einmal anzuhören, obwohl wir bereits mehrere Anläufe unternommen hatten, um mit ihm eben über diese Themenfelder ins Gespräch zu kommen. Wir hätten ihm weitgehend andere und bessere Antworten gegeben als ganz offensichtlich seine Berater!



Dr. Thomas Fischbach

Will das BMG das Ende der ärztlichen Freiberuflichkeit?

Stattdessen ist ein Gesetzentwurf entstanden, der durch bis ins letzte Detail gehende Regelungs- und Regulierungswut das System der Freien Selbstverwaltung de facto abschafft und dessen Organe auf allen Ebenen zu bloßen Erfüllungsgehilfen macht. Dabei hat das BMG sehr gründlich gearbeitet und damit das Ende der ärztlichen Freiberuflichkeit eingeläutet. Auf alle Ebenen der Selbstverwaltung greift Spahn ein und erhöht den Einfluss der Politik auf die Arbeit der Gremien.

Dies betrifft Zulassungs- wie Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen ebenso wie die Schiedsämter. Zukünftig können Landesgesundheitsminister, Bürgermeister und Landräte die Schaffung neuer Vertragsarztsitze fordern und durchsetzen.

Welche Zulassungskriterien dabei zu erwarten sind, kann sich jeder denken. Zugleich sollen in der Pädiatrie Niederlassungssperren bis zu einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in 2019 außer Kraft gesetzt werden, was die Möglichkeit einer Praxisveräußerung quasi abschafft.

Viele weitere und teilweise sehr subtile Regelungen im Gesetzesvorhaben sind klar niederlassungsfeindlich, werden jedoch anders verkauft.

Aktuelle Situation wird völlig verkannt

Wir fragen uns mit großer Sorge wie wir unter diesem Gängelungsgesetz bei heute schon dramatischen Nachbesetzungsschwierigkeiten junge Kolleginnen und Kollegen für die Niederlassung finden sollen? Der BVKJ, der Teilnehmer des Anhörungsverfahrens zum TSVG am 22. August 2018 sein wird, arbeitet zur Zeit an einer detaillierten Stellungnahme zum Referentenentwurf.

Was man allerdings bereits zum heutigen Zeitpunkt sagen kann, ist, dass der Minister und sein Arbeitsstab immer noch nicht verstanden haben, was das eigentliche Problem der pädiatrischen Versorgung ist.

Es sind eben nicht die als „Hobbypraxen“ geschmähten Ordinationen, wegen derer dem BMG eine Aufstockung der Praxispräsenzzeiten von 20 auf 25 Stunden erforderlich erscheint, ohne nur einmal nach Gründen zu fragen, warum manche Kolleginnen und Kollegen nur noch eingeschränkt arbeiten können. Bei

einem Durchschnittsalter unserer Fachgruppe in der Niederlassung von 55 oder mehr Jahren sollte dem Minister klar sein, dass alters- und gesundheitsbedingte Einschränkungen eine Rolle spielen. Wollen Sie, sehr geehrter Herr Minister, dass diese Kolleginnen und Kollegen das Handtuch werfen und sich in den Ruhestand verabschieden?

Zudem fordert die Politik immer wieder die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, was bei einem vorwiegend weiblichen Nachwuchs einerseits und einer im Lebenskonzept der jungen ÄrztInnen größeren Bedeutung der Familie andererseits unter Versorgungsgesichtspunkten äußerst relevant ist. Sollen diese jungen Eltern in der Woche 52 Stunden und mehr in ihrem Beruf arbeiten, damit die Rechnung aufgeht, die Ihnen Ihre Ministerialbeamten aufgemacht haben?

Zudem wissen Sie und Ihr Stab doch genau, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei 52 Stunden/Wo liegt – also warum sprechen Sie im Gesetz immer von 20 bzw. 25 Stunden Wochenarbeitszeit? Warum werden die Niedergelassenen quasi als „faule Säcke“ dargestellt, denen der Bundesgesundheitsminister endlich die Leviten lesen muss? Sieht so eine Versorgungspartnerschaft aus, sehr geehrter Herr Minister?

Kennt das Ministerium nicht die Ursachen der Versorgungsgenpässe?

Sie machen den Fehler der meisten Ihrer Amtsvorgänger nach und zählen

bei der Versorgung einmal wieder nur die Köpfe. Dabei berücksichtigen Sie weder die „drop out – Quote“, also die Zahl derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die nach abgeschlossener Weiterbildung überhaupt nicht in der Patientenversorgung ankommen (haben Sie sich einmal nach den Gründen gefragt?) und die nach verlässlichen Angaben bis zu 30 % (!) beträgt.

Sie ignorieren ferner den erheblichen Rückgang der ärztlichen Lebensarbeitszeit durch veränderte demographische und gesellschaftliche Veränderungen, die auch vor der Medizin nicht Halt machen. Denken Sie einmal an die zunehmende Anzahl angestellter Ärztinnen und Ärzte, meist dazu in Teilzeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können!

Sie übernehmen unkritisch die im G-BA-Gutachten zur Bedarfsplanung zum Ausdruck gebrachte Fehlannahme, dass es in Deutschland genügend Ärztinnen und Ärzte gäbe, die aber einfach nur fehlverteilt seien. Sie haben dabei ganz offensichtlich ebenfalls nicht erkannt, dass viele Pädiater von den Kliniken abgesaugt werden, denen durch neue Bestimmungen zur Arbeitszeit und praxisferne Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, z.B. im Bereich der Perinatalzentren und in der intensivmedizinischen

Versorgung, hohe Personalbedarfe entstehen, deren Befriedigung die Universitäten aufgrund einer jahrelang fehlgeleiteten Zulassungspolitik zum Medizinstudium nicht einmal mehr ansatzweise nachkommen können.

Inakzeptabler Vorschlag

In einer solchen Lage den bereits heute über die Grenze des Zumutbaren arbeitenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten noch weitere Mehrarbeit durch die Implementierung einer „freien Sprechstundenzeit“ von zusätzlich fünf Wochenstunden abzuverlangen, ist für uns völlig inakzeptabel und aus Gründen des Infektionsschutzes für Säuglinge und immunschwache Kinder medizinisch nicht vertretbar. In der praktischen Umsetzung wird das Vorhaben grandios scheitern, wenn mehr Patienten unangemeldet die Praxen stürmen und auf ihrer Behandlung bestehen. Wissen Sie eigentlich, wie viele Patienten ein sorgfältig arbeitender Pädiater in einer Stunde behandeln kann? Circa acht! Und wenn dann mehr kommen, in der Infektzeit sicher, dann schicken wir die wieder nach Hause zurück und vertrösten sie auf den nächsten Tag oder wie stellen Sie sich das vor?

Bei Ihrem Gesetzesvorhaben haben Sie außerdem die gestiegene Geburtenrate, die Zunahme präventiver Leistungen wie Impfungen und Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, die Zunahme chronischer Erkrankungen und der sogenannten Neuen Morbidität sowie eine stetig steigende Verlagerung primär pädagogischen Beratungsbedarfs in unsere Praxen einfach übersehen.

Appell

Sehr geehrter Herr Minister Spahn! Das TSVG liegt als Referentenentwurf vor. Bitte hören Sie auf unsere kritischen Anmerkungen und überarbeiten Sie den Entwurf noch einmal gründlich. Gerne bieten wir nochmals unsere Bereitschaft zur Mitarbeit an. Wir sind die Ärztinnen und Ärzte an der Versorgungsfrente. Kommen Sie gerne auf uns zu!

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ
51069 Köln
E-Mail: fischbach@kinderarzte-solingen.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

Druckauflage 12.367
lt. IVW II 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

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

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2018. 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.

Sprachdiagnostik

Die Sprachentwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Diagnosen vom Vorschulalter bis in das beginnende Schulalter. Die Behandlungsquote steigt von wenigen Prozent bis drei Jahre auf bis zu 20% mit 6 Jahren. Das sind 1,5 Mio. Kinder und Jugendliche pro Jahr. Der Prozentsatz der Auffälligkeiten weicht stark von der Definition der WHO ab, die von einer Sprachentwicklungsstörung bei vier bis acht Prozent der Kinder ausgeht. Eine Analyse der Ursache ist nicht Aufgabe dieses Beitrags. Ein wesentlicher Schritt zum Evidenz- basierten Management der Fragestellung ist aber eine wissenschaftlich abgesicherte Diagnostik.



**Prof. Dr. med.
Ronald G. Schmid**

Auffälligkeit besteht, ist eine erweiterte Diagnostik im Sinne einer Basisdiagnostik oder sogar eine Stufe III-Diagnostik nach der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS-Diagnostik) einzuleiten (Abb. 1; Abb. 3)

Stufe 2:

Bei Auffälligkeiten soll eine Basisdiagnostik durchgeführt werden. Die von der IVAN Gruppe empfohlene Basisdiagnostik zur Sprache ist für das Vorschulalter in Abbildung 2 dargestellt. Jenseits des sechsten Lebensjahres wird im Wesentlichen die BUEGA eingesetzt, später Testverfahren wie der TROG-D und der WWT 6-10

(siehe Testzentrale Göttingen). Ergibt sich dabei eine hochgradige Auffälligkeit, kann eine Intervention in Form von therapeutischen Maßnahmen bis zu 30 Therapieeinheiten, maximal aber über sechs Monate durchgeführt werden. Ergibt die Evaluationsdiagnostik nach diesem Zeitraum einen Normalbefund, kann die Therapie beendet werden. Bei einer Störung wäre eine MBS-Diagnostik anzuschließen. Bei leichteren Störungen und gegebenen Risikofaktoren im Umfeld des Kindes sollte eine Förderung bestehend aus pädagogischen, sozialen und therapeutischen Komponenten über maximal sechs Monate erfolgen. Die Evaluationsdiagnostik führt im Falle

Stufendiagnostik

Grundlage der Diagnostik ist das Stufenkonzept der interdisziplinären verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe Entwicklungsdiagnostik (IVAN-Papier-Hollmann et al. 2016. s. auch Heft 3-2015 dieser Zeitschrift)). Die Stufendiagnostik in der Kinder- und Jugendmedizin benötigt in der ersten Stufe des Screenings einen Zeitraum von 10 bis 30 min und für die Basisdiagnostik 25 bis 50 Minuten. Eine MBS-Diagnostik benötigt vier bis zehn Stunden.

Stufe 1:

In den meisten Fällen wird die Sprachauffälligkeit durch Eltern, Kindergarten, Schule, ÖGD, Jugend-/ Sozialamt oder den Therapeuten in den Raum gestellt. Das Screening auf Sprachstörungen ist bei den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 verbindlich durchzuführen. Der GBA hat nach dem Grenzsteinprinzip auf der 90. bis 95. Perzentile die Sprachentwicklung definiert (Tab. 1). Falls eine

Tab. 1: Screeningsitems zur Sprachentwicklung im Kinderuntersuchungsheft des GBA von der U5 bis U9.

Kinderuntersuchungsheft Sprache U5 bis U9	
U5	Rhythmische Silbenketten. (z.B. ge-ge-ge, mem-mem-mem, dei-dei-dei)
U6	Spontane Äußerungen von längeren Silbenketten. Produziert Doppelsilben. (z.B. ba-ba, da-da). Ahmt laute nach.
U7	Einwortsprache (wenigstens 10 richtige Wörter ohne Mama und Papa). Versteht und befolgt einfache Aufforderungen. Drückt durch Gestik oder Sprache (Kopfschütteln oder Nein-Sagen) aus, dass es etwas ablehnt oder eigene Vorstellungen hat. Zeigt oder blickt auf 3 benannte Körperteile.
U7a	Spricht mindestens Dreiwortsätze. Spricht von sich in der Ich-Form. Kennt und sagt seinen Rufnamen.
U8	Spricht 6-Wortsätze in Kindersprache. Geschichten werden etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergegeben.
U9	Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden. Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen.

einer weiter bestehenden Störung auch zu einer MBS-Diagnostik.

Stufe 3:

Die Stufe 3 entspricht der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozial-

pädiatrie (MBS- Diagnostik- Hollmann 2016). Die MBS-Diagnostik (Abb. 3) kann primär unter Umgehung der Stufe 1 und 2 eingesetzt werden, falls eine schwere globale Entwicklungsstörung oder primär komplexe Probleme auf mehreren Ebenen

bestehen. Sie besteht aus einer biographischen Anamnese, einer Untersuchung und Beobachtung nach der ICD 10 und der ICF CY. In die Behandlungsplanung mit einbezogen werden prognostische Faktoren sowie das Ressourcenprofil von



Abb. 1: Stufendiagnostik bei Entwicklungsauffälligkeiten nach dem IVAN-Konzept

	Obligate Testverfahren					Fakultative, ergänzende Testverfahren
Entwicklungs-bereich	bis 12/24 Monate	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	6 Jahre	
Globale Entwicklung	ET 6-6-R bzw. MFED 1. Lj., MFED 2.-3.Lj.	ET 6-6-R bzw. MFED 2.-3.Lj.	ET 6-6-R bzw. BUEVA 2 (UTs zu Körpermotorik und sozial-emotionale Entwicklung fehlen)	ET 6-6-R bzw. BUEVA 2 (UTs zu Körpermotorik und sozial-emotionale Entwicklung fehlen)	ET 6-6-R bzw. BUEVA 2 (UTs zu Körpermotorik und sozial-emotionale Entwicklung fehlen)	
Kognition	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 1., bzw. MFED 2.-3.Lj.* (UT:Perzeptionsalter)	ET 6-6-R (UT: Kognition) bzw. MFED 2.-3.Lj.* (UT: Perzeptionsalter)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	BUEVA 2 (UT: nonverbale und verbale Intelligenz) bzw. ET 6-6-R (UT: Kognition)	SON-R 2 ½ -7 K-ABC (-II) WISC IV/ HAWIK IV IDS-P IDS
Sprache	FRAKIS-K evtl. ergänzend: ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj.* (UT: Sprechalter, Sprachverständnisalter)	SBE-3-KT evtl. ergänzend: ET 6-6-R (UT: Sprache) bzw. MFED 2.-3.Lj.* (UT: Sprechalter, Sprachverständnisalter)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	HASE evtl. ergänzend: BUEVA 2 (UT: Expressive Sprache, verbale Intelligenz)	PLAKSS-III(KF) (Artikulation) SETK-2 (UT: Wörter und Sätze verstehen) SETK3-5 AWST-R WWT 6-10 TROG-D LISE-DAZ

Abb. 2: Empfohlene Testverfahren zur Basisdiagnostik im Vorschulalter bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen.

Kind und Umgebung. Der Behandlungsplan muss in sechsmonatigen Abständen evaluiert werden.

Testverfahren:

Das Screening ist seit 2017 durch die Items des GBA verpflichtend festgelegt. Diese Items decken die relevanten ersten fünf bis sechs Lebensjahre umfassend ab. Bei Auffälligkeiten in der Anamnese oder bei der Screeningdiagnostik ist die Basisdiagnostik einzusetzen. Diese kann in der Praxis des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes oder in kinder- und jugendmedizinischen Institutionen durchgeführt werden. Die Festlegung des weiteren Vorgehens ist ressourcen- und von den lokalen Gegebenheiten abhängig zu entscheiden.

Für die Basisdiagnostik werden folgende Verfahren vorgeschlagen:

- Falls eine Diagnostik vor dem zweiten Lebensjahr erforderlich ist, ist das EL-

FRA-Testverfahren zu empfehlen. In einem Elternfragebogen wird in etwa zehn Minuten für Kinder zwischen 12 und 24 Monaten die sprachliche Kompetenz eingeordnet.

- **FRAKIS:** FRAKIS ist ein Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung von 1,6- 2,6 Jahren, der in einer Kurzform (5-10 min.) und in einer Standardform (15-45 min.) angeboten wird. Frakis ist ein Elternfragebogen zur Erhebung des Sprachstandes bei Kindern, der sowohl für die Screeningdiagnostik als auch für die Basisdiagnostik geeignet ist.
- **SBE-3-KT:** Der SBE-3-KT schließt die Lücke der Diagnostik zwischen dem FRAKIS und dem HASE Testverfahren, wobei der FRAKIS-Test grundsätzlich auch zur Verwendung bei älteren Kindern empfohlen wird. Dabei wird ein Verfahren von Bishop eingesetzt
- **HASE:** Das Heidelberger auditive Screening in der Einschulungsunter-

suchung ist für vier- bis sechsjährige Kinder entwickelt worden. Eigentlich hat das Verfahren den Anspruch der Früherkennung von Lese- und Rechtschreibstörungen bei vier- bis sechsjährigen, ist aber auch als Screeninginstrument bis hin zur Basisuntersuchung für Kinder mit Spracherwerbsstörung einzusetzen. Der Test dauert ca. zehn Minuten. Der SBE-3-KT und der HASE-Test sind eher der Screeningdiagnostik wie der Basisdiagnostik zuzuordnen, können aber durchaus auch in der Basisdiagnostik eingesetzt werden.

Eine differenziertere Basisdiagnostik bieten folgende Verfahren an:

- **SETK-2:** Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder für das Alter von zwei Jahren bis zum dritten Geburtstag. Das Verfahren benötigt etwa 15 bis 20 min. Der Test erfasst mit vier Untertests die rezeptive und produktive Sprachfähigkeit.

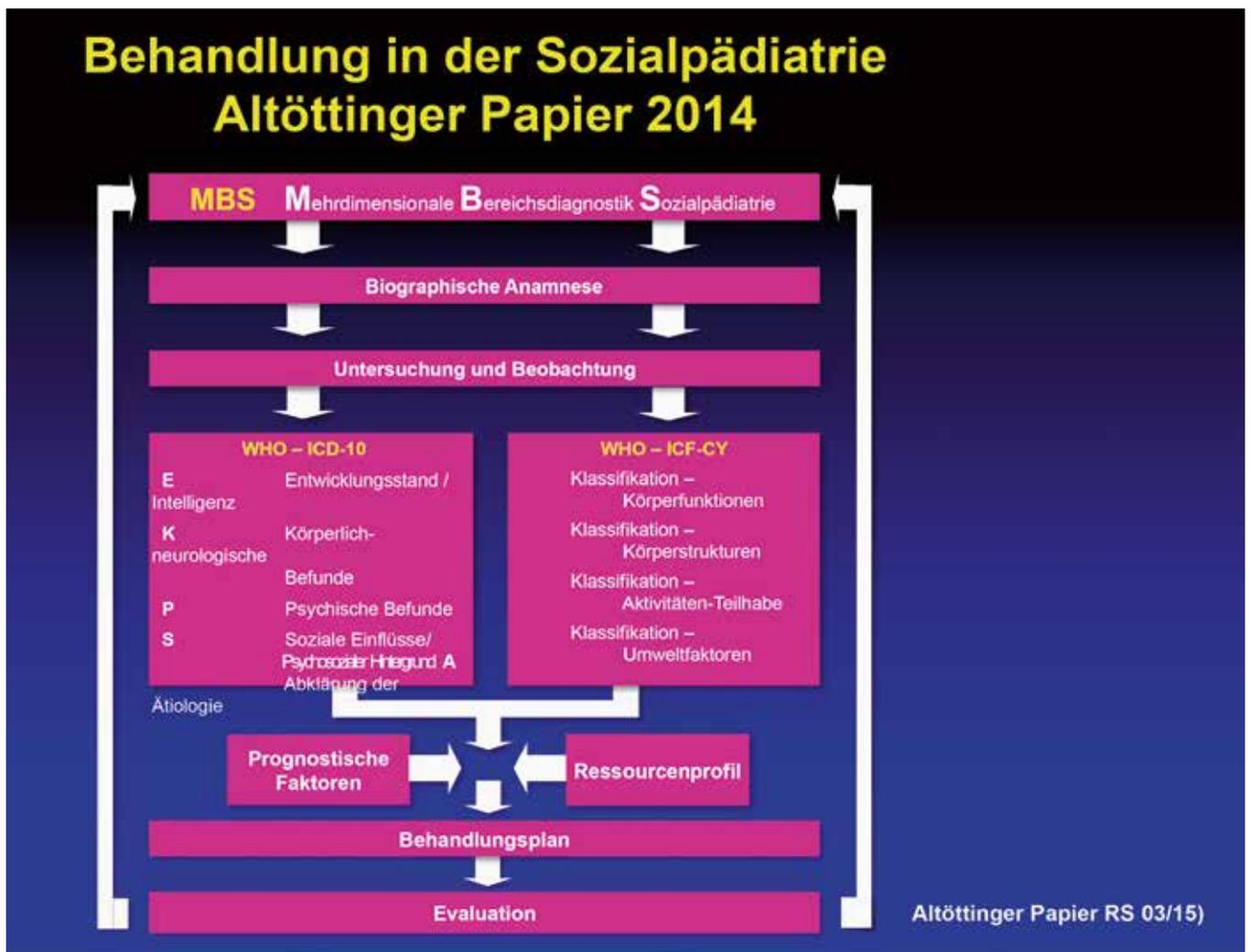


Abb. 3: Das Konzept der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie

- **SETK3-5:** Der Sprachentwicklungstest für dreijährige Kinder bis zum sechsten Geburtstag erfasst mit vier Untertests bei den dreijährigen Kindern und mit fünf Untertests bei den vier- bis fünfjährigen Kindern rezeptive und produktive Sprachverarbeitungsfähigkeiten sowie auditive Gedächtnisleistungen. Die Durchführung benötigt 15 bis 25 min.
- **SET 5-10:** Der Sprachstanderhebungstest für Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren besteht aus zehn Untertests, die die relevanten sprachlichen Bereiche erfassen. Die Durchführungsdauer liegt bei 45 min.
- **WWT 6-10:** Der Wortschatz- und Wortfindungstest für sechs bis zehn Jahre alte Kinder dient der Erfassung und diagnostischen Abklärung von semantisch-lexikalischen Fähigkeiten und Spracherwerbsstörung, vorwiegend expressiv. Die Basisdiagnostik in der Langform benötigt 45 min. Es wird eine Kurzform von 20 min. angeboten.

Weitere Diagnostik bei Entwicklungsrückstand

Zur Basisdiagnostik können auch die globalen entwicklungsdiagnostischen Verfahren, wie die Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik (1-3 Jahre) und der ET 6-6-R (0,5- 6 Jah-

re) eingesetzt werden. Bei Einsatz dieser Verfahren werden nur die Untertests zur Sprache verwendet. Vom vierten bis zum sechsten Jahr bietet die BUEAVA III mit den Untertest verbale Intelligenz, rezeptive Sprache, expressive Sprache, Artikulation und phonologische Bewusstheit einen breiten diagnostischen Ansatz. Der Einsatz dieser Verfahren zur reinen Sprachdiagnostik nimmt 10-20 Minuten in Anspruch.

Stufe 3-Diagnostik:

Wenn nach sechs Monaten kein ausreichender Behandlungserfolg vorliegt, ist nach dem IVAN-Konzept eine mehrdimensionale Bereichsdiagnostik einzusetzen (Abb. 3). Dazu sind Entwicklungsstand/ Intelligenz, körperlich-neurologischer Befund, psychischer Befund und soziale Einflüsse sowie die Ätiologie abzuklären.

Die Stufe 3 Diagnostik wird in der Regel in Frühförderstellen oder sozialpädiatrischen Zentren durchgeführt. Die Anforderungen der mehrdimensionalen Diagnostik werden erfüllt durch den Einsatz des ET 6-6-R, der Münchener funktionellen Entwicklungsdiagnostik und der BUEVA III (s. Abb. 2, globale Entwicklung). Die Leistungsebene im Schulalter ist durch den Einsatz der BUEGA oder des WISC V zu definieren.

Zusammenfassung und Beurteilung

Die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen gehört, insbesondere im Vorschulalter, zu den häufigsten Indikationen in der Bundesrepublik Deutschland. Eine operationalisierte Diagnostik ist durch Einsatz des IVAN-Konzepts gegeben. Die dafür erforderlichen Behandlungsschritte werden in diesem Beitrag vorgestellt. Die Ebene der Screeningdiagnostik findet ausschließlich in der kinder- und jugendärztlichen Praxis statt, die Basisdiagnostik regional unterschiedlich in kinder- und jugendärztlichen Praxen oder Institutionen. Die mehrdimensionale Bereichsdiagnostik ist im Wesentlichen den Einrichtungen wie Frühförderungen oder sozialpädiatrischen Zentren vorbehalten.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

*Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Kinder- und Jugendarzt, Neuropädiatrie-
Neonatologie- Allergologie
84503 Altötting
E-Mail: praxis@schmid.altoetting.de*

Red.: WH

Juristische Aspekte bei der Verschreibung von Kontrazeptiva an Minderjährige

Der Beginn der sexuellen Aktivität beginnt längst nicht mehr erst mit dem Erwachsenenalter, sondern immer häufiger in jüngeren Jahren. Damit stellt sich auch die Frage nach der Verhütung oftmals schon deutlich vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Vor diesem Hintergrund werden Kinder- und Jugendärzte zunehmend mit diesem Thema konfrontiert – insbesondere wohl seit der Einführung der Vorsorgeuntersuchung J2, die zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr stattfindet. Dabei steht die Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige in besonderem Fokus. Welche rechtlichen Grenzen hat der Kinder- und Jugendarzt bei seiner Behandlung und bei der möglichen Verordnung von Kontrazeptiva zu beachten?

Der folgende Beitrag soll die juristischen Aspekte bei der Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige – u.a. anhand verschiedener Fallkonstellationen – verdeutlichen.



Dr. jur.
Juliane Netzer-Nawrocki

Geschäftsfähigkeit – Einwilligungsfähigkeit – Verordnungsbefugnis

Bei der Behandlung von Minderjährigen sind stets Besonderheiten zu beachten, die zum einen das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages (§ 630a BGB) betreffen und zum anderen auf die Erteilung einer wirksamen Einwilligung in die Behandlungsmaßnahme gerichtet sind. Dies gilt umso mehr, wenn die minderjährige Patientin in sensiblen Fragen, z.B. die Verhütung betreffend, die Praxis des Kinder- und Jugendarztes allein – also ohne Begleitung ihrer Erziehungsberechtigten – aufsucht.

Der Abschluss des Behandlungsvertrages

Fall 1:

Ein 16-jähriges, gesetzlich-krankenversichertes Mädchen sucht einen Kinder- und Jugendarzt ohne Begleitung ihrer Eltern auf, um sich die Pille verschreiben zu lassen.

Die Verordnung von Kontrazeptiva ist gewöhnlich in den Rahmen eines Behandlungsvertrages eingebunden, zu dessen Abschluss die Patientin geschäftsfähig sein muss.

Kinder sind bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres geschäftsunfähig (§ 104 BGB). Sie können also keinen Behandlungsvertrag abschließen. Unbeschränkte Geschäftsfähigkeit tritt mit Vollendung des 18. Lebensjahres ein. **Zwischen Vollendung des 7. und des 18. Lebensjahres sind Minderjährige beschränkt geschäftsfähig** (§ 106 BGB).

Dies bedeutet, dass der Minderjährige zwar grundsätzlich allein und ohne Zustimmung seiner gesetzlichen Vertreter eigene Verpflichtungen eingehen und einen Behandlungsvertrag abschließen kann. Dies setzt jedoch voraus, dass das Geschäft lediglich rechtlich vorteilhaft ist oder der Minderjährige die Kosten der Behandlung aus eigenen Mitteln aufbringen kann.

Ein Behandlungsvertrag ist jedoch nicht lediglich rechtlich vorteilhaft, weil der Minderjährige aus dem Vertrag zur

Zahlung der Behandlungskosten verpflichtet wäre. Auch ist in der Regel nicht anzunehmen, dass der Minderjährige die Kosten der Behandlung aus eigenen Mitteln (§ 110 BGB sog. Taschengeldparagraf) zahlen können.

Da beide Voraussetzungen, die einen **selbständigen Abschluss des Behandlungsvertrages durch den Minderjährigen** grundsätzlich ermöglichen würden, in der Regel nicht vorliegen, **kann dieser wirksam nur mit vorheriger Zustimmung oder nachträglicher Genehmigung der Erziehungsberechtigten abgeschlossen werden**. Der Behandlungsvertrag kommt dann zwischen dem Kinder- und Jugendarzt und den Erziehungsberechtigten zustande.

Ob eine vorherige Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt, ist fraglich, wenn die minderjährige Patientin allein in der Praxis erscheint. Oft sprechen Indizien dafür, dass eine Zustimmung vorliegt und die Patientin eine Erklärung der Eltern auf Abschluss eines Behandlungsvertrages übermittelt. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die Eltern den Termin für die Patientin ausgemacht haben. Zur Zahlung aus dem Behandlungsvertrag werden in diesem Fall allein die Erziehungsberechtigten verpflichtet.

.....
Wird der Minderjährige jedoch ohne Zustimmung der Eltern behandelt und

genehmigen diese den Vertrag nachträglich nicht, so steht dem behandelnden Arzt kein Anspruch auf Honorierung der Leistung zu.

Bei **gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen** gibt es – ergänzend zu den dargestellten Voraussetzungen – noch eine Besonderheit. Hat der gesetzlich versicherte Patient das **15. Lebensjahr vollendet, greift gemäß § 36 Abs. 1 S. 1 SGB I eine gesetzliche Vorverlagerung der Handlungsfähigkeit**. Jugendliche können von der Vollendung des 15. Lebensjahres an selbständig alle Sozialleistungen – dazu sind ebenso Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu zählen – ohne Einwilligung oder Genehmigung ihrer Erziehungsberechtigten in Anspruch nehmen.

Für Fall 1 bedeutet dies, dass die Patientin selbst einen wirksamen Behandlungsvertrag abschließen kann. Grundsätzlich sollte der Kinder- und Jugendarzt aber bei minderjährigen Patienten, die ohne ihre Erziehungsberechtigten in der Praxis erscheinen, vorab die Zustimmung der Eltern einholen, um sich seinen Vergütungsanspruch zu sichern.

Die Einwilligung in die Behandlungsmaßnahme

Die Frage nach dem wirksamen Abschluss eines Behandlungsvertrages – sich also vertraglich verpflichten zu können – ist abzugrenzen, von der Problematik, wann minderjährige Patienten wirksam in eine Behandlungsmaßnahme einwilligen können.

Die Einwilligung in eine Behandlungsmaßnahme ist in § 630d BGB geregelt. Jeder ärztliche Heileingriff erfüllt, selbst wenn er medizinisch indiziert ist und lege artis durchgeführt wird, den Tatbestand der Körperverletzung. Zu den Heileingriffen zählt auch die Verschreibung von Kontrazeptiva. Ärztliches Handeln bedarf daher grundsätzlich der vorherigen Einwilligung des Patienten, um dessen Selbstbestimmungsrecht, Autonomie und Entscheidungsfreiheit Rechnung zu tragen. Hat der Patient wirksam in die Heilbehandlung eingewilligt, so entfällt die Strafbarkeit des Arztes – die Körperverletzung ist gerechtfertigt.

Um wirksam einwilligen zu können, hat der Arzt den Patienten über die vor-

gesehene Behandlung insoweit aufzuklären, als dies für eine Abwägung des Für und Wider der Behandlung erforderlich ist. Der Patient muss nach seiner geistigen und sittlichen Reife im Stande sein, diese Aufklärung und deren Bedeutung sowie die Tragweite des Eingriffs zu verstehen bzw. eine ausreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit aufweisen. Dies muss bei der Verschreibung von Kontrazeptiva an Minderjährige in jedem Einzelfall neu durch den Kinder- und Jugendarzt geprüft werden.

Fall 2:

Ein 13-jähriges Mädchen hat einen 17-jährigen „festen Freund“, mit dem es aus echter Zuneigung zum Geschlechtsverkehr kommt. Das Mädchen sucht selbstständig, mit Zustimmung ihrer Eltern, einen Kinder- und Jugendarzt auf, um die Pille zu erhalten. Im Rahmen des Gesprächs mit dem Kinder- und Jugendarzt vermittelt das Mädchen überzeugend den Eindruck, sich über verschiedene Möglichkeiten der Verhütung informiert zu haben. Auf Nachfrage des Kinder- und Jugendarztes zu den Risiken, die mit der Einnahme der Pille verbunden sein können, kann das Mädchen überzeugend die Risiken wiederholen und gibt für sich an, warum die Einnahme der Pille wichtig ist. Der Kinder- und Jugendarzt hat durchweg den Eindruck, dass das Mädchen sehr reif mit der Verhütungssituation umgeht und Vor- und Nachteile der Einnahme der Pille gut gegenüberstellen konnte.

Fall 3:

Ein 16-jähriges Mädchen tritt in sexuellen Kontakt mit einem 21-Jährigen. Auf Anraten des Mannes sucht das Mädchen einen Arzt auf, um sich die Pille verschreiben zu lassen. Das Mädchen hat sich im Vorfeld nicht über andere Verhütungsmöglichkeiten informiert und zeigt sich dem Kinder- und Jugendarzt gegenüber, der sie umfassend über etwaige Risiken informieren möchte, desinteressiert. Der Kinder- und Jugendarzt hat nicht den Eindruck, dass das Mädchen aus eigener Überzeugung die Pille einnehmen möchte, sondern vielmehr durch ihren älteren Partner hierzu gedrängt wird. Zudem scheint sie nicht in der Lage bzw. nicht gewillt, die Risiken, die mit der Einnahme der Pille verbunden sein können, zu erfassen.

Keine eindeutigen Leitlinien zur Einwilligungsfähigkeit

Um eine klare Leitlinie zu schaffen, werden immer wieder Altersgrenzen für die Einwilligungsfähigkeit formuliert, obwohl das Lebensalter nur ein grobes Kriterium für die Beurteilung der individuellen Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist. Bei Kindern unter 14 Jahren wird demnach in aller Regel – und oft ungeprüft – angenommen, dass sie nicht einwilligungsfähig seien. Bei Minderjährigen zwischen 14 und 16 Jahren seien die Umstände des Einzelfalls maßgebend, während bei Jugendlichen zwischen 16 und 18 Jahren in der Regel von deren Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden könne.

Grundsätzlich gilt jedoch, dass die **Einwilligungsfähigkeit eine Frage der individuellen Reife** ist. Altersgrenzen können daher immer nur grobe Anhaltspunkte liefern, die nicht zu einer Voreingenommenheit bei der Beurteilung des Einzelfalls führen dürfen. In die Bewertung sind stets die mit der konkreten Behandlungsmaßnahme verbundenen Risiken mit einzubeziehen. Bei der Verschreibung von Kontrazeptiva müssen die zum Teil nicht unerheblichen Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt werden.

Im Fall 2 sucht die Minderjährige selbstständig den Kinder- und Jugendarzt auf und möchte ärztlichen Rat hinsichtlich der Kontrazeption. Ihr Auftreten ist selbstsicher. Sie hat sich vorab über Verhütungsmöglichkeiten informiert. Das Mädchen bespricht mit dem Arzt die Vorteile und Risiken der Pille und sie diskutieren die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Verhütungsmethoden. Entgegen der Leitlinie, kann aufgrund der individuellen intellektuellen und charakterlichen Reife des Mädchens von dessen Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden. Wird die Einwilligungsfähigkeit einer minderjährigen Patientin, wie im folgenden Einzelfall bejaht, so kommt es für die rechtliche Zulässigkeit des ärztlichen Heileingriffs allein auf die Einwilligung der Patientin an. Das Einverständnis des gesetzlichen Vertreters ist weder erforderlich noch wäre es ausreichend.

Im Fall 3 sucht das Mädchen die Praxis nicht selbstständig, sondern auf Anraten ihres 21-jährigen Partners auf. Sie wirkt unsicher und intellektuell sowie charakterlich ihrem Lebensalter nicht entsprechend entwickelt. Nach erfolgter Aufklärung scheint es, als habe sie die Informationen

zur Anwendung, Wirkung, Einnahme und Nebenwirkungen nicht verstanden. Das Mädchen ist aufgrund ihrer individuellen Reife und mangelnden Urteilsfähigkeit nicht einwilligungsfähig. Die fehlende Einwilligungsfähigkeit hat die Notwendigkeit der Stellvertretung durch ihren gesetzlichen Vertreter zur Folge.

Die Fallgestaltung zeigt deutlich, dass feste Altersgrenzen für die Einwilligungsfähigkeit nicht gesetzt werden können. Der Kinder- und Jugendarzt muss für jeden Einzelfall eine gesonderte überlegte Entscheidung treffen. Hat er aufgrund der Gesamtumstände Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit der Patientin, sollte er eine Verschreibung nicht ohne die Einwilligung der Erziehungsberechtigten vornehmen.

Verordnungsbefugnis – Überweisung zum Gynäkologen?

Auch wenn eine wirksame Einwilligung der minderjährigen Patientin vorliegt, muss sich der Kinder- und Jugendarzt die Frage stellen, ob er die Verordnung eines Kontrazeptivums vornehmen sollte. Denn gemäß der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses darf die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung nur von den Ärzten ausgeführt werden, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und die nach dem ärztlichen Berufsrecht dazu befugt sind sowie über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

Wer hierzu befugt ist, richtet sich nach der jeweiligen **Weiterbildungsordnung des Landes**. Nach der von der Bundesärztekammer erarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung, die für die Landesärztekammern empfehlenden Charakter hat, erwirbt der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Weiterbildung die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich der Familienplanung sowie hormoneller, chemischer, mechanischer und operativer Kontrazeption.

Der Weiterbildungsinhalt der Kinder- und Jugendmedizin erfasst hingegen lediglich das Gebiet der Sexualberatung, welches eine Verschreibung von Kontrazeptiva grundsätzlich nicht beinhaltet.

Da ein Arzt, um dem allgemein anerkannten Stand der ärztlichen Wissenschaft zu entsprechen, nur diejenigen Medikamente verschreiben sollte, die dem Zweig der ärztlichen Wissenschaft, in dem er ausgebildet worden ist, zuzuordnen sind, **sollte die Verordnung von Kontrazeptiva durch einen Kinder- und Jugendarzt gut überlegt sein**. Da vor der Verschreibung von Kontrazeptiva in der Regel eine umfassende gynäkologische Untersuchung stattfinden sollte, für die die „normale“ kinder- und jugendärztliche Praxis in der Regel gar nicht apparativ ausgestattet ist, sollte die Patientin, nach etwaiger Sexualberatung, in eine gynäkologische Praxis verwiesen werden. **Von dieser Empfehlung sind natürlich gynäkologisch spezialisierte Kinder- und Jugendarztpraxen sowie begründete Einzelfälle ausgenommen.**

Strafrechtliche Auswirkungen – Beihilfe zur Sexualstraftat und Schweigepflicht

Die Frage der Verschreibung von Verhütungsmitteln an Minderjährige kann zugleich eine strafrechtliche Komponente haben. Dies gilt umso mehr, soweit sich Mädchen mit dem Wunsch, die Pille zu erhalten, an den Kinder- und Jugendarzt wenden, die **jünger als 14 Jahre** sind. Denn gemäß §§ 176 f. StGB sind sexuelle Handlungen an Personen unter 14 Jahren (strafrechtlich als Kinder bezeichnet) stets strafbar, selbst wenn der Sexualpartner nur unwesentlich älter ist und die sexuellen Handlungen einvernehmlich erfolgen. In diesem Zusammenhang stellt sich sogar die Frage, ob sich der Kinder- und Jugendarzt, der ein Kontrazeptivum verordnet, der Beihilfe schuldig macht.

Rechtsprechung existiert zu dieser Problematik – soweit ersichtlich – nicht. In der juristischen Literatur wird keine eindeutige Sichtweise vertreten aber gleichwohl die Möglichkeit einer Strafbarkeit des verordnenden Arztes gesehen. So heißt es in einem älteren Beitrag aus dem Jahr 1992:

- „... ergibt sich aus allem, dass eine Pillenverschreibung an strafunmündige Mädchen nicht etwa von vornherein unbedenklich ist, wie in Fachzeitschriften verlautbart wurde, sondern dass sich umgekehrt eine solche Medikation schon aus Rechtsgründen in den weitaus meisten Fällen verbietet.“ (Tröndle, in: MedR 1992, 320, 324)

Eine Förderung der Tat, wie sie die allgemeinen Teilnahmeregelungen voraussetzen, könne also, je nach Einzelfall darin liegen, dass ein Verhütungsmittel verschrieben wird und der sexuelle Kontakt damit gefördert, erleichtert oder sogar unterstützt werde. Da sich die gesetzliche Formulierung nicht geändert hat, kann diese Sichtweise grundsätzlich heute noch vertreten werden.

Auch die aktuelle Kommentarliteratur schließt eine Strafbarkeit wegen Beihilfe zu einer Straftat nach §§ 176 f. StGB nicht eindeutig aus. So heißt es beispielsweise:

- „Die Verordnung oder Überlassung von Verhütungsmitteln an Personen unter 14 Jahren kann nicht ohne Weiteres als Beihilfe zu einer Tat nach (§ 176) Absatz 1 angesehen werden.“ (Fischer, StGB, 65. Auflage 2018, § 176 Rdnr. 33)

Grundsätzlich scheint die Möglichkeit einer Strafbarkeit also gesehen zu werden.

Auf der anderen Seite wird vertreten, dass der objektive und subjektive Beihilfetatbestand nicht erfüllt seien. Denn zum einen zielt die medizinisch indizierte Verordnung von Kontrazeptiva unter Abwägung der Vorteile und Risiken auf das gesundheitliche Wohl der Patientin ab und es liege nicht im Normzweck des Strafgesetzbuches, den Arzt von der Ausübung seiner Berufspflicht abzuhalten, der Patientin Notlagen zu ersparen. Zum anderen gehe es dem Arzt subjektiv darum, seinem therapeutischen Auftrag im Einzelfall gerecht zu werden und insbesondere eine unerwünschte und risikoreiche Schwangerschaft zu vermeiden. Auch wenn die Verordnung eines Kontrazeptivums die Wahrscheinlichkeit sexueller Kontakte objektiv erhöhen könne, **so liege der Schwerpunkt der ärztlichen Beweggründe in der Vermeidung größeren gesundheitlichen und/oder seelischen Schadens und bedeute daher kein bewusstes und gewolltes Fördern verbotenen sexuellen Missbrauchs.**

- Eine Strafbarkeit des Arztes komme daher nur in Ausnahmefällen in Betracht, beispielsweise dann, wenn sich die minderjährige Patientin in einer sexuellen Zwangslage befinde. (Biermann, in: Ulzenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Auflage 2015, Rdnr. 423).

Dies zeigt, dass sich eine formalistische Betrachtung verbietet und jeder Einzelfall isoliert zu betrachten ist. In Zweifelsfällen

sollte der Kinder- und Jugendarzt rechtsberatende Leistungen einer spezialisierten Anwaltskanzlei in Anspruch nehmen.

Ärztliche Schweigepflicht

Fall 4:

Ein 16-jähriges Mädchen tritt aus echter Zuneigung in sexuellen Kontakt mit ihrem festen Freund. Das Mädchen sucht nach Sexualberatung durch den Kinder- und Jugendarzt einen Gynäkologen auf, um sich die Pille verschreiben zu lassen. Sie bittet den Arzt, ihren Eltern, die Verschreibung der Pille zu verschweigen.

Neben der Frage, ob der Kinder- und Jugendarzt überhaupt die Pille an eine minderjährige Patientin verordnen soll, stellt sich zudem die Frage, ob er Dritte (Eltern, Jugendamt) hierüber unterrichten muss. Dies ist wiederum eine Frage des Einzelfalls. Grundsätzlich ist jeder Arzt zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet. Gemäß § 203 StGB wird die Verletzung von Privatgeheimnissen mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. Die Verschwiegenheitspflicht erfasst nicht nur die Tatsache, dass ein Behandlungsverhältnis besteht, dessen Ergebnisse, Diagnostik oder die durchgeführten Maßnahmen, sondern

darüber hinaus alle Informationen, die dem Arzt während des Behandlungsverhältnisses bekannt werden.

Eine Strafbarkeit nach § 203 StGB scheidet dann gemäß § 34 StGB aus, wenn sich bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der körperlichen Unversehrtheit und der Freiheit sowie demgegenüber der persönliche Lebens- und Geheimbereich des Mädchens, der durch die Schweigepflicht geschützt werden soll, ein wesentliches Überwiegen des zu sichernden Schutzgutes ergibt. Geht der behandelnde Kinder- und Jugendarzt beispielsweise vom Vorliegen einer Sexualstraftat aus, so überwiegt der Schutz der körperlichen Unversehrtheit und Freiheit des Mädchens, die durch die Verletzung der Schweigepflicht geschützten Interessen. Der Kinder- und Jugendarzt sollte bei einer Gefährdung des Wohls der minderjährigen Patienten also ggf. die Eltern oder das Jugendamt informieren und wird diesbezüglich nicht strafrechtlich belangt werden. Entsprechende Informations- und Offenbarungsbefugnisse regelt auch § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG).

Im Fall 4 bieten sich dem Arzt keine Anhaltspunkte, eine Kindeswohlgefährdung der Patientin zu sehen. Die Verord-

nung von Kontrazeptiva ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten deckt sich hier mit den Empfehlungen der Bundesärztekammer (DÄBl. 1984, 3170).

Fazit

Insgesamt erfordert die Behandlung Minderjähriger eine besondere Sensibilität. Um angemessen auf die junge Patientin reagieren zu können, ist der Kinder- und Jugendarzt gehalten, umfassende Informationen zum Hintergrund des Wunsches nach Kontrazeptiva einzuholen. Anhand dessen hat der Kinder- und Jugendarzt in jedem Einzelfall darüber zu entscheiden, inwiefern Dritte, wie die Eltern der Patientin, in die Behandlung einzubeziehen sind und wie die Behandlung zu erfolgen hat.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki
Rechtsanwältin und Fachanwältin für
Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für
Medizinrecht (www.moellerpartner.de)
Die Anwälte der Kanzlei sind als
Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: WH

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG

Termingerecht findet vom 17.09. bis 08.10.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 08.10.2018 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

**Dr. med. Roland Fressle, Freiburg
Landesverbandsvorsitzender**

Kinder- und Jugendrehabilitation

Dt. Rentenversicherung stärkt die Kinder- und Jugendreha

12,8 % mehr Maßnahmen 2017 // Seit dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes vom Dezember 2016 geht es mit der Kinder- und Jugendreha aufwärts. Eine neue Richtlinie schneidet alte Zöpfe ab und ermöglicht neue Leistungen. Die Zahl der Maßnahmen ist 2017 deutlich angestiegen, die Rentenversicherung gibt mehr Geld für chronisch kranke Kinder und Jugendliche aus.

Rentenversicherung übernimmt Kosten einer Begleitperson bis zum 12. Geburtstag eines Kindes während einer Reha

Im Einvernehmen mit dem Bundesarbeitsministerium (BMAS) hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) eine neue gemeinsame Richtlinie zur Kinder- und Jugendreha erlassen. Ziel der Rentenversicherung ist es, dass die Kinder- und Jugendreha von den Kinder- und Jugendärzten wieder häufiger beantragt wird. Die Richtlinie stärkt die Kinder- und Jugendreha und bringt einige Verbesserungen. So dürfen Kinder nun **bis zum 12. Geburtstag durch einen Angehörigen begleitet werden und die Vier-Jahres-Frist zur Wiederholung entfällt**. Es gibt keine Einschränkungen auf bestimmte Indikationen mehr, entscheidend ist, ob ein Rehabedarf vorliegt. Neue Leistungen werden entwickelt, wie eine ambulante Kinder- und Jugendreha oder eine Nachsorge nach einer stationären Reha.

Positives Jahr 2017 mit mehr Anträgen, weniger Ablehnungen und viel mehr durchgeführten Maßnahmen

2017 wurden bei der Deutschen Rentenversicherung **54.452 Anträge auf eine Kinder- und Jugendreha** gestellt. Die Anträge gingen nicht mehr weiter zurück, sondern nahmen gegenüber dem Vorjahr um 1,3% zu. Da immer weniger Anträge abgelehnt werden, **stiegen die Bewilligungen um 7,5% auf 37.435**. Durch eine bessere Verteilung der Maßnahmen auf das ganze Jahr, d.h. weniger Druck auf die Ferien,

konnten **2017 insgesamt 35.348 Maßnahmen** durchgeführt werden, das sind **12,8% mehr als im Vorjahr**. Durchschnittlich dauerte eine Maßnahme 31 Tage, der Altersdurchschnitt lag bei 10,1 Jahren. Für die Kinder- und Jugendrehabilitation investierte die DRV 2017 ganze 189 Mio. Euro, das sind 8,4% mehr als 2016.

Immer mehr Kinder mit einer Begleitperson

63,5% der Kinder führten die Rehabilitation mit einer Begleitperson durch; bis zum 12. Geburtstag fast alle, sogar einige ältere Kinder wurden begleitet. Da sich das Alter der Kinder und Jugendlichen in der Rehabilitation in den letzten Jahren fast nicht verändert hat, ist diese Entwicklung ausschließlich auf die Ausweitung der Bewilligungspraxis der Rentenversicherung zurückzuführen. Der Trend hin zu einer begleiteten Kinder- und Jugendrehabilitation ist hoch auffällig. Das Verhältnis begleitete zu unbegleitete Kinder wurde innerhalb von acht Jahren auf den Kopf gestellt. 2009 wurden gleich viele Maßnahmen wie 2017 durchgeführt, aber nur 37% der Kinder wurden begleitet. Für die Kliniken bedeutet dies, ihre Konzepte an ältere begleitete Kinder anzupassen und in ihre Gebäude zu investieren, um für die Zunahme der Begleitpersonen Platz zu schaffen.

Psychosomatische Erkrankungen häufigster Grund für eine Kinder- und Jugendreha

2017 wurden mit **9.050 erstmals mehr Maßnahmen bei psychosomatischen**

Erkrankungen als bei Atemwegserkrankungen (8.645 Maßnahmen) durchgeführt. Beide zusammen stellen die Hälfte aller Rehabilitationen im Kindes- und Jugendalter. **Im Ranking an dritter Stelle liegen die Adipositas mit 5.967 Maßnahmen**, gefolgt von den Hauterkrankungen mit 3.178 Maßnahmen. Bei den einzelnen Diagnosen führt das Asthma bronchiale (6.231), gefolgt von der Adipositas (5.945), der Neurodermitis (3.033) und der Skoliose (2.196). Bei den Betrachtungen der Diagnosen ist zu berücksichtigen, dass die DRV die Erstdiagnosen statistisch erfasst. Bei vielen Kindern und Jugendlichen führen allerdings Mehrfachdiagnosen zu einer Rehabilitation.

Ausblick auf 2018

Die positive Entwicklung hält auch 2018 an. Im ersten Halbjahr nahmen die Anträge um 1,2% zu, die Bewilligungen um 5,3%. Da die Eckpunkte zur ambulanten Kinder- und Jugendreha und zur Nachsorge jetzt fertig gestellt werden, ist bald mit einer Ausweitung der Leistungen zur Kinder- und Jugendreha zu rechnen.

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

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

Optionen pädiatrischer Tätigkeit

Erfahrungsbericht: Arbeiten in einem MVZ und gleichzeitig in einer Klinik mit je 50 %

Nach meiner Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und der Zusatzweiterbildung „Kinder-Pneumologie und Allergologie“ kam zwangsläufig die Frage auf: Was mache ich mit diesen Qualifikationen? Naheliegend wäre sicherlich eine Oberarztstelle in einer Kinderklinik gewesen. Aber mein Misstrauen in meine oberärztliche Kompetenz war zu groß, und der Mut zu einer Niederlassung mit all seinen finanziellen Risiken war zu klein, so dass ich nach einer Lösung „dazwischen“ suchte.



Dr. med. Andreas Stumpf

Wunsch und Wirklichkeit nach der reinen Klinik­tätigkeit

Ich bekam sehr bald ein Angebot, in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu arbeiten. Träger war ein kommunales Kreiskrankenhaus. Der Plan war, die Hälfte meiner Arbeitszeit als Facharzt am Krankenhaus in der Kinderklinik zu arbeiten, die andere Hälfte auf einem halben Kassensitz in der Kinder- und Jugendarztpraxis des MVZ. Besonders verlockend war das Angebot, eine Kinder-Pneumologie und Allergologie in der Klinik und im MVZ zu etablieren.

Das klang perfekt: Die bisherigen Klinikerfahrungen einzubringen, neue Erfahrungen in einer Praxis zu sammeln, und dass, was einem besonders viel Spaß macht, Kinder-Pneumologie und Allergologie, fortzuführen und auszubauen.

Die Bezahlung richtete sich ordnungsgemäß nach dem Tarif für kommunale

Krankenhäuser. Bei dem empathischen Gespräch mit der Personalverwaltung bot man mir einen Dienstwagen an und stellte mir eine Gewinnbeteiligung am MVZ in Aussicht (Zitat: „Etwa 10.000 oder 15.000 € im Jahr, so wie der Gewinn gerade ausfällt“).

Nach der Knechtereie in der Klinik, in der ich zuvor mit Hilfe des Marburger Bundes meine Überstunden mit Erfolg eingefordert hatte, war dieses Gespräch wie der Sirengesang aus einer anderen Welt, dem ich hoffnungsvoll erlag.

Erfahrungen

Ich habe etwas über drei Jahre ohne Dienstwagen dort gearbeitet. Gleich zu Beginn meiner Tätigkeit wurde ein Bodyplethysmograph und eine Impulsoszillometrie angeschafft und für meine Tätigkeit zur Verfügung gestellt. Das Arbeitsklima war in der Praxis, wie auch in der Klinik hervorragend! Von der versprochenen Gewinnbeteiligung habe ich allerdings nie etwas gesehen. Dafür kursierten immer wieder Gerüchte, dass das MVZ kurz vor der Pleite stünde.

Im ersten Jahr reifte zunehmend die Erkenntnis, dass die Aufteilung der Arbeitsstätten (je zur Hälfte Klinik und Praxis) unpraktikabel war: nirgendwo war man so richtig! Ich empfand den ständigen Wechsel zwischen Klinik und Praxis als ungeheuer unbefriedigend. Hinzu kamen die Bereitschaftsdienste in der Klinik als Stressfaktoren.

Das änderte sich im zweiten Jahr. Einmal im Monat war ich an einem kompletten Wochenende tagsüber à 12 Stunden

für den Dienst in der Klinik eingeteilt. Zudem arbeitete ich innerhalb der Woche nur noch in der Praxis, was die Terminvergaben dort vereinfachte. Die Arbeit begann Spaß zu machen!

Was mich veranlasste, in die Praxis zu gehen

Im dritten Jahr bremste mich ein Gespräch mit der Geschäftsleitung aus. Unter dem geflügelten Wort „eine Hand wäscht die andere“ bekam ich aufgrund eines Personalengpasses im örtlichen Gesundheitsamt eine Gutachtertätigkeit von der Kommune auf das Auge gedrückt.

In diesem Moment war mir klar: das würde Dir als „echter“ niedergelassener Arzt in eigener Praxis nicht passieren! Und so kam es dann zur Entscheidung, eine Praxis zu übernehmen.

Fazit

Im Rückblick betrachte ich die Zeit im MVZ als hilfreich für meine Entscheidungen. Ich konnte die ärztliche Tätigkeit in einer Praxis einschätzen. Trotzdem bin ich nun seit sechs Jahre in meiner eigenen Praxis tätig. Ich jammere zwar über die betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Umstände! Aber ich bereue die Entscheidung nicht wirklich!

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Andreas Stumpf

65830 Kriftel

E-Mail: info@kinderarzt-kriftel.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Pädiatrische Fallvignette 8

Schwerpunkthema: Radiusfraktur



**Dr. med.
Wolfgang Landendörfer**

Fallbeschreibung:

12jähriges Schulkind stolpert beim Hochlaufen der Treppe am Ende der zweiten Schulpause. Vorstellung nach Schulschluss in der Praxis ohne Begleitung. Die Schule verlangt ein ärztliches Attest, da unfallbedingt die Leistungsprüfung nicht wahrgenommen werden konnte

Befund:

Rechter Arm wird mit Schonbeugehaltung, schmerzhafte Rotation, Druckschmerz und Schwellung am distalen

Radius, Sensibilität und Durchblutung ungestört

Maßnahmen:

Schienenverband als Notverband
Überweisung zum D-Arzt bei V.a. Fraktur

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendörfer
90482 Nürnberg
E-Mail: praxis@dr-landendoerfer.de

Red.: WH

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in €
Primärversorgung:	125	Unfallbericht nach Muster F1050	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	145	D-Arztüberweisung nach Muster F2900	3,77
	143	Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes	2,96
	1	Symptomorientierte Untersuchung	6,71
	212	Schienenverband mit Einschluss von mindestens 2 großen Gelenken / als erster Notverband	11,78
	530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	2,61
bes. Kosten	Besondere Kosten zu GOP 212	10,11	
Erläuterung:	<p>Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden. Die GOP 143 bezieht sich eigentlich auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Erwachsenenbehandlung. Die GOP 143 darf – auf ausdrückliches Verlangen der Schule – auch zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes verwendet werden. Um die Zeit bis zum Anlegen des Schienenverbandes (GOP 212) zu überbrücken, darf, ebenfalls als Maßnahme der ersten Hilfe, eine Kaltpackung (GOP 530) angewendet werden. Die D-Arztüberweisung nach Muster F2900 (GOP 145) darf zusätzlich zum Unfallbericht nach Muster F1050 (GOP 125) zum Ansatz kommen, da die Entscheidung zur D-Arztüberweisung erst sekundär, nach klinischer Untersuchung getroffen wurde. In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel eine Abrechnungssumme in Höhe von 47,12 €.</p>		

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Der Honorarausschuss informiert

Pädiatrische Fallvignette 9

Schwerpunkthema: Hodenprellung mit Kontrolluntersuchung und telefonischer Beratung

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in €
Primärversorgung:	125	Unfallbericht nach Muster F1050	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	1	symptomorientierte Untersuchung	6,71
	410	Ultraschalluntersuchung erstes Organ	14,90
	420 x 3	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	5,96 x 3
	401	Zuschlag Duplexsonographie	25,17
	404	Zuschlag bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse	15,74
	3511	Urin: Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern	3,45
Erläuterung der Primärversorgung:	Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden. Die sonographische Untersuchung des Hodens und der kleinen Beckenregion ist zum Ausschluss einer Blasen- und Hodenverletzung indiziert. Analog der GOÄ-Abrechnung sind die Organe der sonographischen Untersuchung einzeln anzugeben. In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die Primärversorgung eine Abrechnungssumme in Höhe von 93,03 € .		
Kontrolle am Tag 1 nach Unfall	1	symptomorientierte Untersuchung	6,71
	410	Ultraschalluntersuchung erstes Organ	14,90
	420 x 3	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	5,96 x 3
	401	Zuschlag Duplexsonographie	25,17
Telefonische Beratung am Tag 3 nach Unfall	13	Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung bei Nacht	16,70
		In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die Gesamtversorgung eine Abrechnungssumme in Höhe von 167,80 € .	

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Fallbeschreibung:

Ein neunjähriger Schüler bekommt bei einer Auseinandersetzung im Schulhort das Knie eines Mitschülers in den Genitalbereich gestoßen. Vorstellung in der Praxis in Begleitung des berufstätigen Vaters, der hierfür die Erwerbstätigkeit unterbrechen musste.

Befund:

Schmerzhaft gebückt laufender Schüler, klagt über Übelkeit und Schmerzen am

Hoden. Schwellung und livide Verfärbung des Skrotums und der Peniswurzel, Urinstatus unauff.

Maßnahmen:

Klinische Untersuchung des Genitalbereichs und des Abdomens
Sonographie Hoden, Skrotum und Blase mit Retroperitoneum
Urinstatus
Klinische und sonographische Kontrolle bei Hodenhämatom am nächsten Tag

Telefonische Beratung des besorgten Vaters am Abend des Tag 3 nach 20.00 Uhr

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendorfer
90482 Nürnberg
E-Mail: praxis@dr-landendoerfer.de

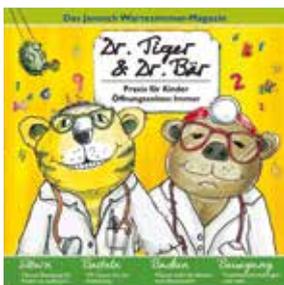
Red.: WH

BVKJ-Service GmbH

NEUES von der BVKJ-Service GmbH und dem BVKJ-Shop

Produkte im BVKJ-Online-Shop

- Point of Care-Geräte – Hämatologie/Urindiagnostik
- Amblyopiescreening-Geräte
- Tonaudiometer
- Pulsoxymeter
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Broschüre – Welche Impfungen braucht mein Kind
- Stuhlfarbkarten
- Telefonleitfaden für MFA's
- Janosch-Sticker für kleine Helden
- Ophthalmoskope
- OAE-Messgerät
- Literatur für die Kinder- und Jugendmedizin/pädiatrische Praxis
- Testverfahren/Entwicklungsdiagnostik
- Paed.Plus-Hefte für Privatpatienten
- Broschüren für Jugendliche/Informationsmaterialien
- Geschenke zur Geburt
- u.v.m... www.bvkj-shop.de



Spätsommer-Angebot:

Janosch-Wartezimmermagazin

„Das Janosch-Wartezimmermagazin – der perfekte Begleiter Ihrer kleinen Patienten – klärt spielerisch auf und nimmt den Kindern die Angst vor dem nächsten Besuch beim Arzt. Zur Auslage im Wartezimmer oder als Belohnung für tapfere kleine Patienten...“

10 Stck. für nur 15,66 € – statt 22,50 €

25 Stck. für nur 29,00 € – statt 55,00 €

www.bvkj-shop.de

Bitte halten Sie zur ersten Anmeldung Ihre BVKJ-Mitgliedsnummer bereit!

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.

Landarztquote nun auch für Pädiater geöffnet

Wie sie in der Ausgabe 07/2018 dieser Zeitschrift lesen konnten, habe ich mich in Bezug auf den Gesetzesentwurf zur Landarztquote der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen in einem offenen Brief direkt an den NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann gewandt.

Erfolg

Nun hat die Landesregierung reagiert und einen frisch bearbeiteten Entwurf für ihr Landarztgesetz vorgestellt, wonach die Landarztquote nicht mehr nur für Allgemeinmediziner, sondern **auch für Kinder- und Jugendärzte** sowie für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung gelten soll.

„Gut gebrüllt Löwe!“ waren die ersten Rückmeldungen bezüglich der errungenen Öffnung des Gesetzes für unseren Berufszweig und die politische Einsicht, dass Kinder- und Jugendärzte eben auch zur Grundversorgung zählen. Natürlich darf man sich freuen, wenn man gehört wird und sollte auch die kleinen Erfolge feiern aber dennoch überwiegt bei mir Enttäuschung über einen Ansatz, den ich nach wie vor weder für sinnvoll noch als zielführend erachte!

Kritische Aspekte bleiben

Die Landarztquote (*allein*) wird die medizinische Unterversorgung in ländlichen Regionen nicht lösen können! Es braucht **zeitnah** ein umfangreiches Maßnahmenpaket:

- eine deutliche Erhöhung der Medizin-studienplätze und eine generelle Reform der Vergabekriterien,
- eine Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit,
- relevante finanzielle Zuschläge und lukrativere Voraussetzungen für die Niederlassung im ländlichen Raum
- und vor allem eine Unterstützung der Kommunen.

Nur die umgehende Schaffung attraktiver Lebens- und Arbeitsbedingungen ist eine wirksame Strategie um kurzfristig einen Wandel zu bewirken!

Die schon jetzt zugespitzte Situation der Grundversorgung wird sich mit dem absehbaren Ausscheiden vieler Kinder- und Jugendärzte in den nächsten fünf bis zehn Jahren dramatisch verschlechtern – da kommt eine Landarztquote die frühestens ab 2030 wirksam werden könnte zu spät! Ungeachtet dem, dass das Quoten-System inklusive eingebauter Vertragsstrafe von 250.000 Euro mit der Verpflichtung von frisch gebackenen Abiturienten vor Beginn ihres Studiums nicht nur praktisch, sondern auch rechtlich sehr bedenklich ist. (Siehe auch S. 566)

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sebastian Bartels
BVKJ-Assistentensprecher
56073 Koblenz
E-Mail: s.bartels@daad.alumni.de

Red.: WH

BVKJ-Service GmbH

Datenschutzdienstleister für KJA-Praxen

Nach verschiedenen Gesprächen mit Dienstleistern zum Thema Datenschutz in den Kinder- und Jugendarztpraxen, haben wir eine erste Vereinbarung mit einem Anbieter getroffen. Wir freuen uns, Ihnen die **Fa. Plesnik** vorstellen zu dürfen, die Erfahrungen in der Beratung von Einrichtungen im Gesundheitswesen u.a. von Arztpraxen vorweisen kann.

Es wurde in enger Abstimmung ein Datenschutz-Basiskonzept für die Praxen erstellt, das je nach Bedarf durch zusätzliche Leistungen erweitert werden kann. Die Kosten für das Datenschutz-

Basiskonzept orientieren sich dabei an der Anzahl der Praxismitarbeiter. Für die Bestellung eines DEKRA zertifizierten Datenschutzbeauftragten wird eine monatliche Pauschale erhoben. Eine entsprechende Nachricht mit dem Datenschutz-Konzept als Anhang haben wir Anfang Juli in die Landesverbandsordner und in den Ordner „Datenschutz“ bei PädInform eingestellt.

Wenn Sie Interesse haben, mit der Fa. Plesnik zusammenzuarbeiten, können Sie sich gerne vertrauensvoll an diese wenden. Bitte geben Sie dabei **unbedingt an, dass Sie Mitglied im BVKJ** sind.

E-Mail: datenschutz@plesnik.de
Ingenieurbüro Dr. Plesnik GmbH
Reutershagweg 2
52074 Aachen
Internet: <https://www.plesnik.de/>

Weitere Verhandlungen mit geeigneten Anbietern folgen. Das Ergebnis werden wir Ihnen sobald wie möglich mitteilen.

Ihr Team der BVKJ-Service GmbH

Red.: WH

HPV-Impfung: Prävention beginnt im Kindesalter

Dieses Manuskript basiert auf einem Vortrag am 51. Pädiatrischer Fortbildungskurs, Obergurgl, 21.-26. Januar 2018



Prof. Dr. Ulrich Heininger

Was man über HPV-Infektionen und deren Krankheitsmanifestationen wissen sollte

Das Humanpathogene Papillomavirus (HPV) infiziert Epithelzellen der Haut und der Mukosa, vor allem im Genitalbereich (Zervix, Vagina, Vulva bzw. Penis), am Anus und perianal, sowie im Larynx. Auch Neugeborene können mit HPV (von der Mutter, perinatal) infiziert werden, was zu einer Larynxpapillomatose mit Obstruktion der Atemwege führen kann.

Man kennt mehr als 100 verschiedene HPV-Genotypen, welche auf der Basis der Nukleotidsequenzen des Strukturproteins L1 sowie der „early proteins“ E6 und E7 unterschieden werden. Die Art der Infektion und nachfolgenden Krankheit wird durch die Zuordnung der HPV-Genotypen bestimmt: Niedrigrisiko-Genotypen, v.a. HPV-6 und HPV-11, führen zu benignen aber störenden anogenitalen Warzen (Condylomata accuminata); Hochrisiko-Typen, v.a. HPV-16, -18, -31, -33, -45, -52 und -58 führen nach Integration in die DNA der Endothelzellen und Ausschaltung von Tumorsuppressor-Genen (aufgrund der zufälligen Integration der Virus-

DNA in die DNA des Wirtes auch als „molekularer Unfall“ bezeichnet) über Präkanzerosen zu Malignomen an den genannten Zielorganen (Abbildung 1). Am häufigsten ist das Zervixkarzinom, bei dem in ca. 99,8 % der Fälle mit molekularbiologischen Methoden HPV-DNA in den entarteten Zellen nachgewiesen werden kann.

HPV wird effizient von Mensch zu Mensch übertragen

Die Übertragung erfolgt in erster Linie durch heterosexuelle oder gleichgeschlechtliche Kontakte. Der Häufigkeitsgipfel der HPV-Infektion liegt bei Frauen im Lebensalter von 20 bis 25 Jahren, die kumulative Lebenszeitinzidenz beträgt je nach soziokulturellem Hintergrund bis zu 50 %. Zwar werden die Viren binnen sechs (-24) Monaten in den weitaus meisten Fällen wieder eliminiert, jedoch hinterlässt die Infektion trotz Bildung von spezifischen IgG-Antikörpern keine bleibende Immunität – vermutlich, weil die Quantität der IgG-Antikörper trotz Sekretion in die Mukosa nicht ausreichend ist, um im Falle einer Reinfektion die übertragenen Viren schnell genug zu eliminieren, ehe sie die Zielzellen erneut infizieren. Reinfektionen sind deshalb häufig. Bei Viruspersistenz können sich binnen weniger Monate bis Jahre Präkanzerosen (z.B. an der Zervix die sogenannte „cervical intraepithelial neoplasia“, CIN) entwickeln.

HPV-Infektionen und assoziierte Krankheitsbilder sind impfpräventabel

Seit 2006 stehen HPV-Impfstoffe zur Verfügung. Sie enthalten das genotypenspezifische Strukturprotein L1, welches dank eines Selbstassoziationsmechanismus in der Lage ist, sich auch in Abwesenheit der DNA zu einem kompletten

Kapsid zu formieren. Die äußere Struktur dieser „virus-like particles“ (VLP) entspricht der der Wildtyp-Viren. VLP werden mit Hilfe der Gentechnik aus Zellkulturen isoliert und zusammen mit einem Adjuvans sind sie die Immunität verleihenden Antigene in den Impfstoffen. Sie sind nicht infektiös und besitzen eine Immunogenität, welche die des Wildtyp-Virus übertrifft.

Seit März 2007 empfiehlt die STIKO die Impfung gegen HPV für Mädchen, aktuell im Alter von neun bis 14 Jahren. Primäres Impfziel ist es, die Krankheitslast durch Zervixkarzinom und dessen Vorstufen zu reduzieren. Als Nachholimpfung wird sie bis zum Alter von 17 Jahren empfohlen. Dafür stehen zwei unterschiedliche HPV-Impfstoffe zur Verfügung:

- Cervarix®, ein 2-valenter HPV-Impfstoff, der sich gegen Infektionen mit den Hochrisiko-Genotypen HPV-16 und -18 richtet, und
- Gardasil® 9, ein 9-valenter Impfstoff, der sich gegen Infektionen mit den Hochrisiko-Genotypen HPV-16, -18, -31, -33, -45, -52 und -58 sowie den Niedrigrisiko-Genotypen HPV-6 und -11 richtet.

Beide Impfstoffe sind in einem 2-Dosen Impfschema im Alter von neun bis 14 Jahren zugelassen und empfohlen, bei Impfbeginn ab dem Alter von 15 Jahren sind es drei Dosen.

Früher Impfbeginn ist vorteilhaft

Die frühe Impfung gegen HPV ist von Vorteil. Nicht nur, weil zwei Dosen im Alter von neun bis 14 Jahren eine mindestens gleich gute wenn nicht sogar bessere Immunogenität induzieren als drei Dosen ab dem Alter von 15 Jahren, sondern auch weil dadurch der optimale Schutz möglichst vor Beginn der sexuellen Aktivität eher gewährleistet werden kann.

Viele Jungen und Mädchen sind bereits in der Adoleszenz sexuell aktiv und somit HPV-infektionsgefährdet. Eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiierte Studie zur Jugendsexualität in Deutschland hat gezeigt, dass im Alter von 14 Jahren schon 6 % bzw. 4 % der Mädchen und 3 % bzw. 14 % der Jungen (ohne bzw. mit Migrationshintergrund) angeben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (Abbildung 2). Mit jedem weiteren Lebensjahr steigt die Prävalenz der Kohabitarche steil an. Bedenkt man, dass für den optimalen Impfschutz zwei bzw. drei Dosen binnen sechs Monaten erforderlich sind, so wird klar, dass der frühe Impfbeginn aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens die Effizienz der HPV-Impfung steigert.

Soll man nur Mädchen oder auch Jungen impfen?

Weil das von der STIKO formulierte Impfziel die Reduktion der Krankheitslast des Zervixkarzinoms ist, macht vordergründig die bevorzugte Impfung von Mädchen und jungen Frauen sehr viel Sinn. Berücksichtigt man aber den Übertragungsweg der HPV-Infektionen, so darf man das männliche Geschlecht bei der Diskussion um die optimale Impfstrategie nicht außer Acht lassen. Hinzu kommt, dass HPV-geimpfte Jungen und Männer nicht nur zur Herdenprotektion beitragen, sondern auch selbst von der Prävention der HPV-assoziierten Krankheitsmanifestationen durch Impfung profitieren können. Entsprechend haben manche Länder, wie z.B. Australien, von Beginn an ein geschlechtsneutrales Impfprogramm initiiert, andere Länder wie z.B. Österreich und die Schweiz haben ihre Impfprogramme im Lauf der letzten Jahre mit der Impfung von Jungen und jungen Männern erweitert. In Deutschland ist eine entsprechende Empfehlung der STIKO, wie sie auch von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften schon länger gefordert wird, beschlossen und wohl in Kürze zu erwarten.

Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat bereits kurz vor der Einführung des HPV-Impfprogramms im Jahr 2007 intensiviert Forschung zur Frage des Impfschutzes bei männlichen Personen gefordert (www.dakj.de). Diese

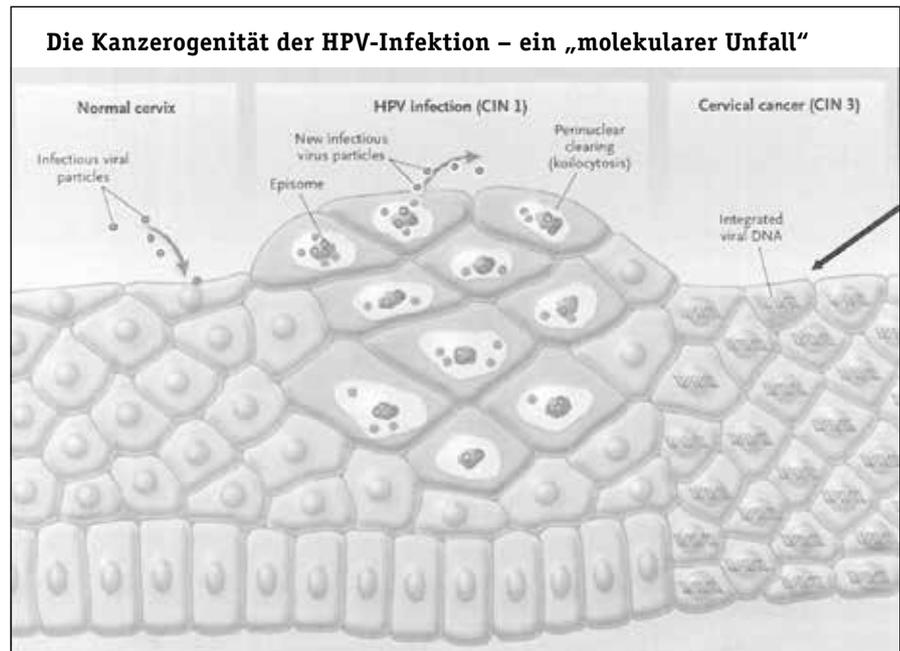


Abb. 1: Spektrum der Veränderungen im zervikalen Plattenepithel, welche durch Humanpathogene Papillomavirus (HPV) Infektion verursacht werden (Goodman und Wilbur, N Engl J Med 2003;349:1555-64).

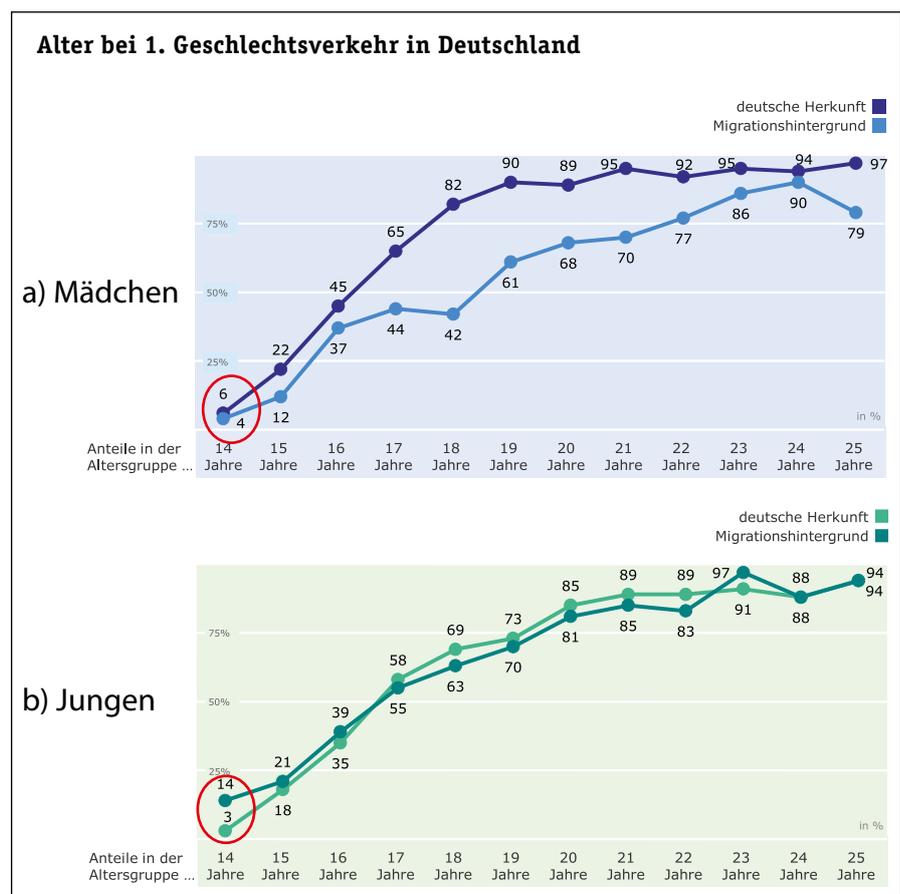


Abb. 2: Anteil von Mädchen und Jungen mit Geschlechtsverkehrserfahrungen; a) Basis: 14- bis 25-jährige Mädchen und junge Frauen, b) Basis: 14- bis 25-jährige Jungen und junge Männer (Quelle: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendendbericht%2001022016%20.pdf> zugegriffen am 3. Mai 2018)

wurde und wird in umfangreichem Maße durchgeführt und hat bereits weitreichende Erkenntnisse zum Vorschein gebracht. So ist deutlich geworden, dass bei zusätzlicher Impfung der Jungen beide Geschlechter von einem weiteren Rückgang HPV-assoziiierter Malignome profitieren, im Vergleich zur alleinigen Impfung von Mädchen und jungen Frauen (Abbildung 3).

Wie sicher ist die Anwendung von HPV-Impfstoffen?

Es gibt keine absolute Sicherheit in der Medizin, aber die Anwendung von HPV-Impfstoffen ist so sicher wie die aller anderer Impfstoffe, die für die Umsetzung der von der STIKO ausgesprochenen Standardimpfempfehlungen eingesetzt werden. Das bedeutet, dass alle bislang untersuchten unerwünschten Ereignisse („adverse events“) bei HPV-geimpften Personen nicht häufiger auftreten als bei nicht HPV-geimpften Vergleichspersonen. Diese Erkenntnis ist nicht nur der kontinuierlichen Erfassung und Auswertung von gemeldeten Verdachtsfällen von Nebenwirkungen der HPV-Impfung zu verdanken, sondern vor allem auch den kontrollierten Analysen aus umfangreichen Datenbanken, insbesondere in skandinavischen Ländern (Dänemark und Schweden). An dieser positiven Zwischenbilanz nach vielen Millionen angewandter HPV-Impfdosen ändern auch spektakuläre Medienberichte einzelner Fälle von Multipler Sklerose bei jungen Frauen im zeitlichen Zusammenhang zur HPV-Impfung nichts – ebenso wenig wie unkontrollierte Fallberichte aus Dänemark, die einen Zusammenhang zwischen dem so genannten POTS (Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome) und HPV-Impfung bei Mädchen postulierten. Dies hat zum Bedauern breiter Kreise der dänischen Ärzteschaft wie auch internationaler Impfsicherheitsexperten ab 2014 zu einem Einbruch der Impfakzeptanz von zuvor 90 % auf unter 40 % bei jungen Frauen in Dänemark geführt. Und dies, obwohl das Global Advisory Committee for Vaccine Safety (GACVS) der Weltgesundheitsorganisation wiederholt die vorliegenden Daten geprüft und festgestellt hat, dass die vorliegende Evidenz keine Sicherheitsbedenken bezüglich der Verwendung von HPV-Impfstoffen erkennen lässt.

Mangelhafte Impfakzeptanz

Der Nutzens der HPV-Impfung steht außer Zweifel, was aufgrund der Ergebnisse der umfangreichen klinischen Zulassungsstudien der Impfstoffe vorhersehbar war und anhand der zeitnah feststellbaren, in systematischen Erfassungssystemen dokumentierten Effekte auf HPV-assoziierte Krebsvorstufen wie auch Genitalwarzen nach Beginn der Impfprogramme in verschiedenen Ländern auch gezeigt wurde. Es ist deshalb schwer verständlich, warum die Akzeptanz der

HPV-Impfung in Deutschland (aber auch vielen anderen europäischen Ländern) weiterhin so gering ist. Die aktuelle Situation in Deutschland ist Abbildung 4 zu entnehmen. Eine repräsentative Erhebung bei mehr als 1,7 Millionen weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen durch das Robert Koch-Institut im Jahr 2017 hat gezeigt, dass am Ende des von der STIKO empfohlenen Impfzeitfensters (9-14 Jahre) gerade einmal 22,2 % der Mädchen vollständig und 40,6 % mit mindestens einer Dosis gegen HPV geimpft wurden. Dies zeigt indirekt, dass offenbar bei vie-

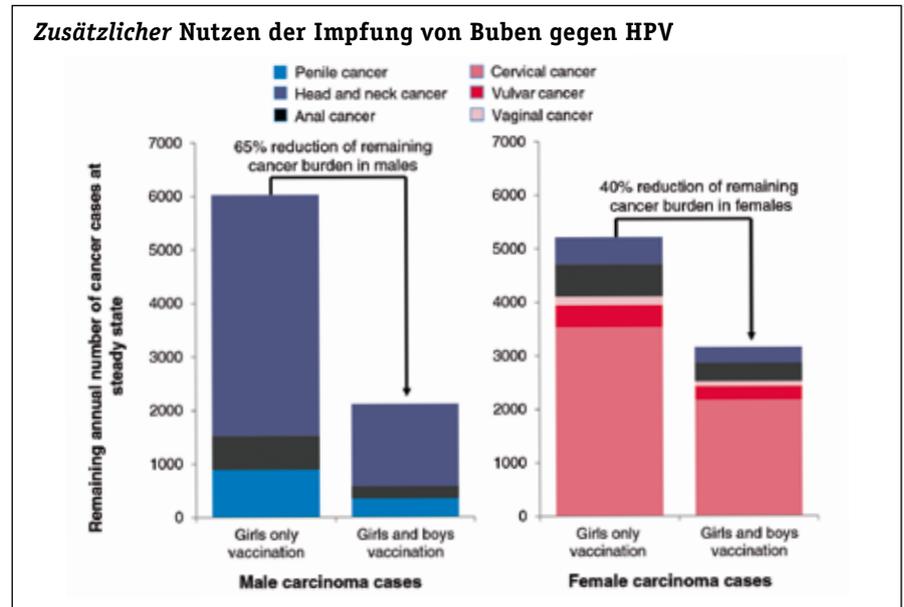


Abb. 3: Jährliche Anzahl HPV 16/18 assoziierter Karzinomfälle bei Männern und Frauen bei Impfung von Mädchen und Jungen im Alter von 12 Jahren versus nur Mädchen im Alter von 12 Jahren unter Annahme einer Impfrate von 70 % für alle Kohorten (Base-Case-Analyse im Steady-State, 100 Jahre, Marty et al. BMJ Cancer 2013;13:10)

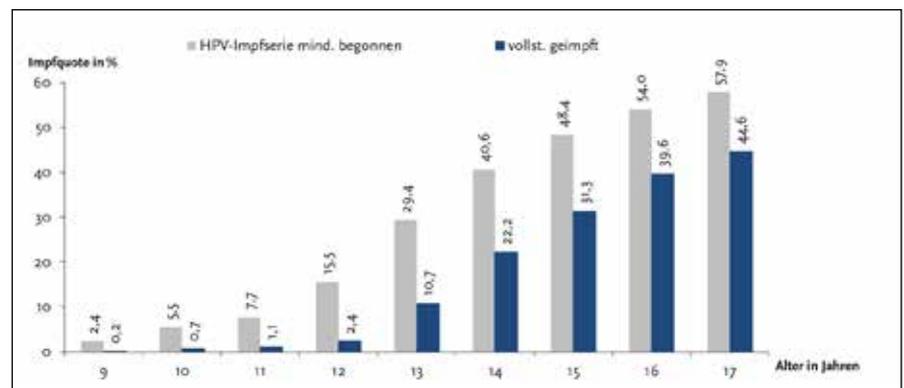


Abb. 4: HPV-Impfquoten nach Alter in Jahren. Dargestellt ist der Anteil der Mädchen, der eine HPV-Impfserie zumindest begonnen hat und der Anteil, der die HPV-Impfserie abgeschlossen hat. (Vollständige Impfserie nach ab 2014 gültiger Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut, d.h. Impfung bis 14 Jahre mit 2-Dosen-Impfschema möglich, ansonsten 3 Impfstoffdosen). Deutschland gesamt, im Dezember 2015. Impfquote in %, Alter in Jahren, n=1.772.254 (Stand: Dezember 2017)

Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen

Seit Herbst 2006 können sich Mädchen und Frauen in Deutschland gegen Humane Papillom-Viren (HPV) impfen lassen. Sei dieser Zeit wird über mögliche Nebenwirkungen, die Kosten der Impfung sowie die teilweise irreführende Kampagne für die Impfung intensiv diskutiert.

Ob aber die Impfung überhaupt das leistet, was sie verspricht, wurde kaum hinterfragt. Gerade die entscheidende Frage der Wirksamkeit, im Sinne einer Senkung der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs, ist bisher nicht ausreichend geklärt und Gegenstand unzutreffender Informationen.

Quelle: Pressemitteilung Universität Bielefeld, 26.11.2008, 12:26

Abb. 5: Das „Bielefelder Manifest“ zur HPV-Impfung

len Mädchen die Impfserie, bestehend aus zwei Dosen, erst gegen Ende des empfohlenen Zeitraums begonnen wird. Eine alternative Erklärung wäre ein generelles Versäumnis oder starke zeitliche Verzögerung der zweiten Dosis. Am Ende des für Nachholimpfungen (!) empfohlenen Zeitraums von 17 Jahren sind erst 44,6% der jungen Frauen vollständig geimpft. Somit ist klar, dass selbst wenn alle vollständigen Impfserien vor Beginn der sexuellen Aktivität erfolgten (was eine sehr optimistische Annahme ist) viele jugendliche Mädchen ohne adäquaten HPV-Impfschutz sexuell aktiv werden.

Wie ist dies zu erklären? Man muss davon ausgehen, dass kritische Medienberichte aber auch kontraproduktive Stellungnahmen von medizinischen Fachpersonen der Akzeptanz der HPV-Impfung in Deutschland einen Bärendienst erwie-

sen haben. Hier sei vor allem auf das so genannte „Bielefelder Manifest“ verwiesen, welches in einer unethischen Forderung gipfelte (Abbildung 5): man hätte nach Ansicht der hinter dem Manifest stehenden 13 Gesundheitswissenschaftler in den klinischen Impfstudien das Auftreten von Zervixkarzinomen in den Kontrollgruppen (also den nicht gegen HPV geimpften Mädchen und Frauen) als Endpunkt wählen müssen, um „die entscheidende Frage der Wirksamkeit“ klären zu können. Das hätte bedeutet, Vorstufen von Krebs in den Kontrollgruppen unbehandelt zu lassen um zu beweisen, dass diese sich zu manifesten Karzinomen entwickeln. Eine wahrlich unethische, ja geradezu absurde und für die betroffenen Frauen evtl. tödliche Forderung, wie sie nur von praxisfernen Theoretikern formuliert werden kann. Zum Glück hätte

wohl keine Ethikkommission eine solche Studie genehmigt.

Fazit für die Praxis

Die Prävention HPV-assoziiierter Krankheiten muss im Kindesalter beginnen. Je früher, desto besser, weil ein vollständiger Impfschutz vor Beginn der sexuellen Aktivität – und damit dem bedeutsamsten Übertragungsrisiko – die effizienteste Prophylaxemaßnahme darstellt. Kontinuierliche, einfach verständliche und plausible Informationen für die Zielgruppen der HPV-Impfung sind notwendig, damit diese ausgezeichnete Impfung zukünftig den gewünschten Erfolg zeigen wird. Ich bin davon überzeugt, dass dies gelingen wird.

Korrespondenzanschrift:

*Prof. Dr. Ulrich Heininger
Leitender Arzt und Chefarzt
Stv. Pädiatrie
Pädiatrische Infektiologie und
Vakzinologie, Universitäts-Kinderspital
beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33, CH-4031 Basel
Tel.: 0041-61-7041212
E-Mail: ulrich.heininger@ukbb.ch*

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. Red.: Huppertz

**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



Fraktursonografie im Kindesalter – angekommen im klinischen Alltag

Die Ultraschallgestützte Frakturdiagnostik im Kindesalter hat durch die strukturierten Weiterentwicklungen in den letzten zehn Jahren einen rasanten Aufschwung erlebt und wird mittlerweile in vielen Klinikambulanzen und Praxen angewendet. Die Technik wird fachübergreifend eingesetzt. Wurde die Diagnostik in der Anfangszeit hauptsächlich von Unfallchirurgen und Kinderchirurgen angewendet, so werden die Fortbildungen nun auch von Ärzten für Pädiatrie, Radiologen, Allgemeinchirurgen und Orthopäden besucht.



Priv.-Doz. Dr. Ole Ackermann



Dr. Kolja Eckert

Orientierung eingesetzt werden, um bei dem Verdacht auf eine Pathologie eine weitere Diagnostik einzuleiten. Bei einer soliden Ausbildung und ausreichender Erfahrung kann die Fraktursonografie bei definierten Indikationen jedoch auch als alleiniges Diagnostikum eingesetzt werden und damit einen relevanten Anteil an Röntgenbelastung einsparen.

Technische Voraussetzungen

Durch den hohen Impedanzunterschied zwischen Knochen und Weichteilen gelingt die Darstellung der Knochenoberfläche regelhaft sehr gut, sodass auch mit älteren Geräten eine regelrechte Visualisierung von Frakturen möglich ist. Mit einem Linearschallkopf lassen sich die Cortikales und damit auch Frakturen schnell und umfassend darstellen (Abb. 1).

Persönliche Voraussetzungen

Der Anwender sollte über Erfahrungen mit Sonografie und im Umgang mit verletzten Kinder verfügen. Da die sonografischen Befunde den radiologischen

Darstellungen sehr ähneln, ist es günstig, wenn auch die radiologische Befundung beherrscht wird. Es ist dringend zu empfehlen, einen Spezialkurs zur Fraktursonografie zu absolvieren, um die speziellen Fragestellungen, Pitfalls und Möglichkeiten der Technik zu beherrschen. Auch ein Befundungstraining, um die Bilder interpretieren zu können, ist hilfreich.

Diagnostischer Ablauf

Nach Erhebung der Anamnese erfolgt die subtile klinische Untersuchung, wie immer bei Frakturverdacht vom schmerzfreien Bereich zur verdächtigen Region hin. Damit lässt sich bei Kindern, die kommunizieren können, regelhaft die Region of Interest gut eingrenzen; dies ist beispielsweise bei der Abgrenzung von distalen Unterarmfrakturen zu Handwurzelläsionen und der Differenzierung von proximalen Humerus- zu Claviculafrakturen wichtig.

Im Anschluss erfolgt die sonografische Untersuchung des Knochens aus drei, wenn möglich aus vier Richtungen. Die Dauer der Sonografie beträgt bei ge-

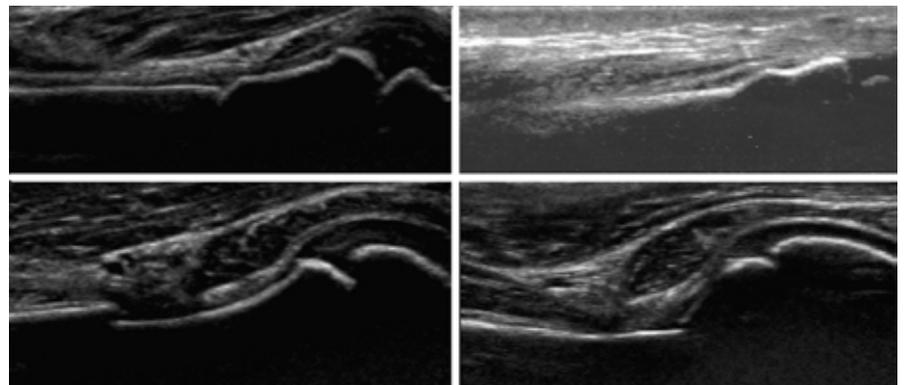


Abb. 1: sonografische Frakturzeichen: links oben: Frakturspalt, rechts oben: Wulst, links unten: Versatz, rechts unten: Knick

Die Vorteile der Technik liegen darin, dass sie eine schnelle, kostengünstige, nebenwirkungsfreie und sichere Erstdiagnostik erlaubt, ohne weitere Diagnostikoptionen zu blockieren. Wann immer eine Unsicherheit bezüglich des Befundes besteht, ist jederzeit eine radiologische Kontrolle möglich. Daher kann die Fraktursonografie auch zur Ausschlussdiagnostik und zur ersten

übten Untersuchern etwa eine Minute. Bei Unsicherheiten können unmittelbar weitere Ebenen dargestellt werden. Sollte sich auch damit keine Klarheit erzielen lassen, ist eine radiologische Kontrolle indiziert. Die Gesamtdauer der Untersuchung beträgt im Allgemeinen unter drei Minuten (Abb. 2).

Indikationen

Distale Unterarmfraktur

Die Standardindikation bei Kindern ist die distale Unterarmfraktur. Diese ist technisch einfach darzustellen, der Knochen ist gut zugänglich und ohne spezifische Lagerung zu untersuchen, das Hand-

gelenk kann mit dem Schallkopf umfahren werden. Durch die Häufigkeit dieser Verletzung (40% der kindlichen Frakturen) ist ein andauernder Übungseffekt garantiert und die hohe spontane Korrekturpotenz der Fraktur macht Diagnostik und Therapie sehr sicher. Die Verletzung lässt sich komplett sonografisch und röntgenfrei diagnostizieren und therapieren, nur bei OP-Indikationen sollte ein Röntgenbild angefertigt werden. Damit ist die distale Unterarmfraktur bis zum zwölften Lebensjahr eine Läsion, die auch vom Anfänger gut sonografisch diagnostiziert werden kann.

Standard ist der Wrist SAFE (Abb. 3).

Ellenbogennahe Frakturen

Hierbei dient die Sonografie dem Nachweis oder Ausschluss von intraartikulärer Flüssigkeit (radiologisch sichtbar als Fettpolsterzeichen). Wenn Flüssigkeit nachgewiesen wird, erfolgt die radiologische Bildgebung zur exakten Frakturdiagnostik. Wird keine Flüssigkeit dargestellt, kann eine Fraktur mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden und es erfolgt eine symptomatische Behandlung sowie eine Kontrolle nach fünf Tagen. Die Untersuchung selber ist mit einem einfachen dorsalen Längsschnitt über der Fossa olecrani sehr schnell. Einzige Ausnahme ist eine Läsion des Epikondylus ulnaris, der partiell extraartikulär liegt. Hier sollte eine Läsion immer palpatorisch ausgeschlossen werden.

Standard ist der Elbow SAFE (Abb. 4).

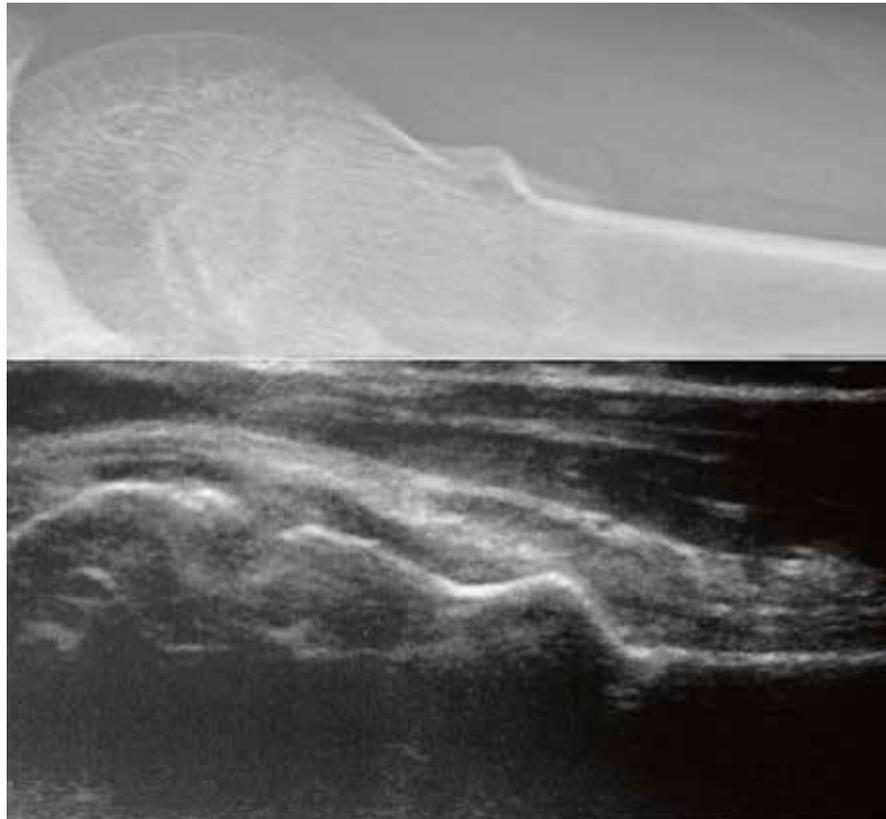


Abb. 2: Vergleich Röntgen- und Sonobefund, proximale Oberarm-Wulstfraktur

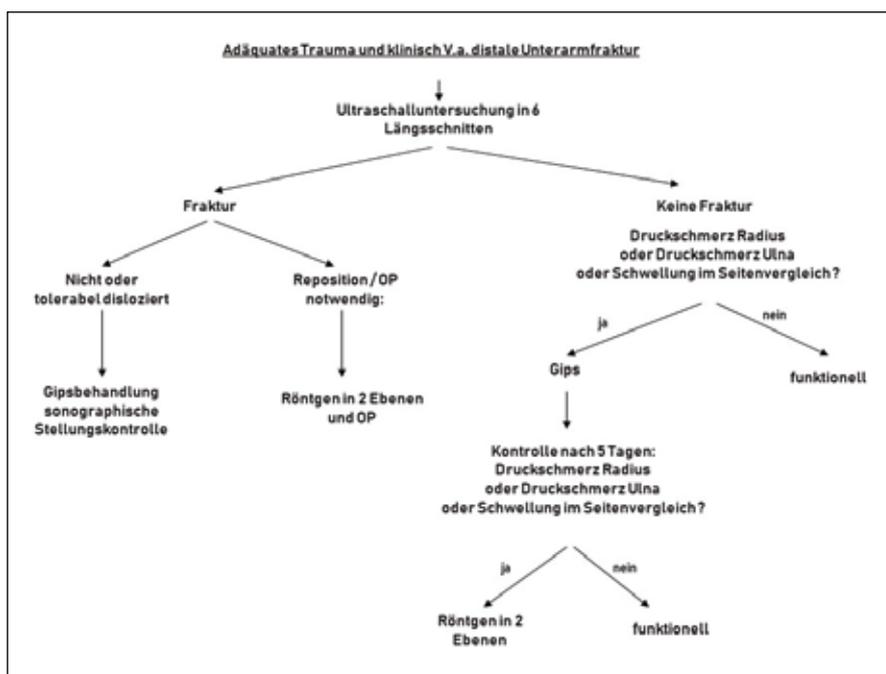


Abb. 3

Proximale Humerusfraktur

Diese lässt sich ebenfalls sehr gut sonografisch darstellen; die Messung von Achsabweichungen ist mit höherer Genauigkeit als im Röntgenbild möglich. Bei einem Frakturachweis erfolgt immer ein Röntgenbild in einer Ebene, um eine pathologische Fraktur auszuschließen.

Hierbei kommt der Shoulder SAFE zur Anwendung (Abb. 5).

Screening

Bei unklaren Frakturlokalisationen wie bei der Toddlers fracture werden häufig ganze Extremitäten geröntgt. Hier kann mit dem Ultraschall die ROI eingegrenzt und dann gezielt geröntgt werden.

Claviculafrakturen

Diese häufige Fraktur kann ebenfalls rein sonografisch diagnostiziert werden.

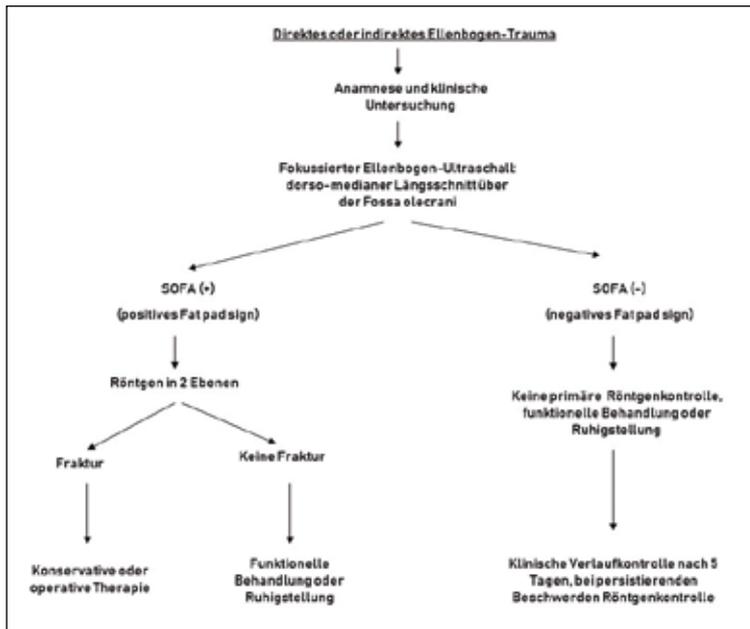


Abb. 4

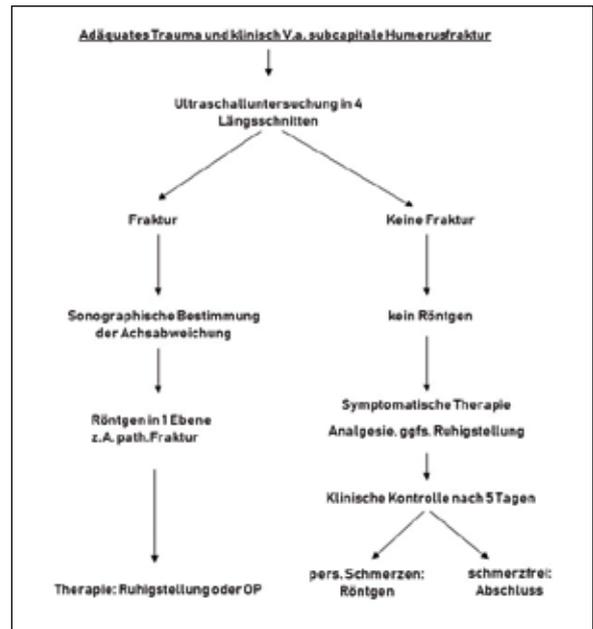


Abb. 5

Die Untersuchung ist durch die Nähe zum Hals und die gebogene Form des Knochens technisch schwieriger als an anderen Lokalisationen, meist ist jedoch der qualitative Nachweis der Fraktur ausreichend.

Daneben existieren noch weitere Indikationen, die in jedem Lebensalter angewendet werden können; hierzu zählen Rippen- und Sternumfrakturen, MFK 5 Läsionen und Abrisse des Fibrocartilago palmaris.

Die wissenschaftliche Absicherung weiterer Einsatzgebiete ist im Gange, sodass für die Zukunft mit einer Ausweitung des Einsatzgebietes der Fraktursonografie zu rechnen ist.

Kurse unter www.durchblicken.org

Korrespondenzanschriften:

PD Dr. med. Ole Ackermann
Orthopädie Ackermann
Raiffeisenstr. 58-60, 47259 Duisburg

Tel.: 0203/781013

E-Mail: Dr.med.ackermann@gmx.de

Dr. med. Kolja Eckert
Universitätsklinik Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: kolja.eckert@icloud.com

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. Red.: Huppertz

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.



Vitamin B12-Werte bei einem 9 Monate lang vegan ernährten Kleinkind

Frage

Ich betreue einen fast einjährigen Jungen, der bis zum Alter von ca. 9 Monaten vegan ernährt wurde. Die Mutter stillte zunächst ausschließlich für 6 Monate (nahm selbst ein Vitamin-B12-Supplement) und begann dann mit Beikost zusätzlich zum Stillen.

Bei jedem Besuch wies ich darauf hin, dass diese Ernährungsform für Säuglinge nicht geeignet ist. Mit Beginn der Beikost begann die Mutter Vitamin B12 beim Kind zu supplementieren, zunächst 2 Tropfen täglich, zusätzlich zur empfohlenen Vitamin-D-Prophylaxe. Nach einer Blutabnahme im Alter von 8,5 Monaten gab es Hinweise auf Vitamin-B12-Mangel (Methylmalonsäure (MMA) im Serum erhöht), woraufhin ich die Supplementierung auf 20 Tropfen täglich erhöhte, 1 Tropfen entspricht 2,6 µg Vitamin B12. Die mir vorliegende Literatur empfiehlt sehr verschiedene Dosen. Die höhere Dosierung erschien mir sinnvoll, um etwaige leere Speicher zunächst wieder aufzufüllen. Ab dem Alter von knapp 9 Monaten entschieden sich die Eltern für eine auf vegetarische Ernährung. Nun erhält der Junge ca. 3 x wöchentlich Ei und täglich Milchprodukte. Die Vitamin-B12-Gabe von 20 Tropfen täglich wurde bis zum heutigen Tag beibehalten. Eine Laborkontrolle vor Kurzem zeigte nun einen weiter angestiegenen MMA-Spiegel.

Antwort

Die Vitamin-B12-Supplementierung des zunächst vegan ernährten Kindes mit 2 Tropfen Vitamin-B12 täglich war sicher nicht ausreichend, insofern war die Do-

siserhöhung auf 20 Tropfen täglich (20 x 2,6 µg = 52 µg) medizinisch sinnvoll. Die minimale tägliche Zufuhr sollte bei einem 1-jährigen Kind nicht unter 10 µg liegen. Wenn die Eltern ab dem 9. Lebensmonat die oben beschriebene vegetarische Ernährung mit zuführen, dann sollte der Vitamin-B12-Bedarf eigentlich gedeckt werden. Zwar ist dies auch nicht mit einer vegetarischen Ernährung garantiert, aber solange das Blutbild unverändert ist und das Kind keinerlei klinische Auffälligkeiten aufweist, so würde ich grundsätzlich davon ausgehen, dass eine ausreichende Menge von Vitamin B12 zugeführt wird.

Es existieren verschiedene laborchemische Methoden zum Nachweis eines Vitamin-B12-Mangels, wobei die Bestimmung der Serumkonzentration nicht sehr aussagekräftig ist. Die derzeit einfachste Methode zur Bestimmung eines Vitamin-B12-Mangels ist der Methylmalonsäure (MMA)-Test. Bei einem Mangel von biologisch aktivem Vitamin B12 in den Zellen wird vermehrt MMA gebildet, wodurch der MMA-Spiegel im Blut und im Urin ansteigt. Bei dem genannten Kind sind zweimalig, trotz Erhöhung der Vitamin-B12-Supplementierung, erhöhte Methylmalonsäure-Werte im Serum bestimmt worden. Die alleinige Interpretation des Vitamin-B12-Status anhand von Blut- bzw. Urinuntersuchungen ist sicherlich eher kritisch zu sehen.

Eine Überdosierung von Vitamin B12 ist praktisch nicht möglich, so dass beim betroffenen Kind die Gabe von Vitamin B12 gern, in der aktuellen Dosis, aufrechterhalten werden kann.

Sehr differenziert sollte m. E. der Frage nachgegangen werden, ob die Eltern wirk-

lich die angegebene Dosis Vitamin B12 dem Kind verabreichen und ob das Kind aktuell wirklich die angegebene Menge von Milchprodukten und Eiern erhält. In Anbetracht dessen, dass es in Deutschland nicht wenige Mütter gibt, die sich in der Schwangerschaft konsequent vegan ernährt haben, sich keiner Vitamin-B12-Therapie unterzogen und neurologisch schwer kranke Kinder zu Welt brachten (es laufen bekanntlich einige juristische Verfahren), obliegt es m. E. der kinderärztlichen Sorgfaltspflicht, Säuglinge und Kleinkinder von vegan ernährten Müttern konsequent und engmaschig zu kontrollieren. Die Compliance bzw. Adhärenz darf sehr wohl in Frage gestellt werden, wenn entgegen der Erwartung im Blut wiederholt hohe MMA-Konzentrationen, wie im vorliegenden Fall, festgestellt werden.

Eine entsprechende Diskussion der Laborbefunde mit den Eltern sollte konsequent erfolgen, ebenso klinische und laborchemische Verlaufskontrollen.

Wünschenswert wären sicherlich Daten zu Methylmalonsäure-Konzentrationen in Seren eines pädiatrischen „Normalkollektivs“, die leider nicht zuletzt aus Kostengründen nicht vorliegen. Insofern bleibt die Interpretation erhöhter MMA-Konzentrationen bisher problematisch.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Rainer Ganschow
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kindergastroenterologie, Direktor Klinik
und Poliklinik für Kinder- und Jugend-
medizin, Universitätsklinikum Bonn
Adenauerallee 119, 53113 Bonn

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Jedes Kind kostet die Mutter einen Zahn. Volksglaube oder Realität?

Gain a Child, Lose a Tooth? Using Natural Experiments to Distinguish Between Fact and Fiction.

Gabel F et al., *J Epidemiol Community Health*; 72(6): 552-556, Juni 2018

Zahnerkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. Zahnverlust kann die Lebensqualität belasten. Der Volksmund sagt, dass jedes Kind die Mutter einen Zahn koste. Beobachtungen scheinen dies zu bestätigen. Mütter mit mehreren Kindern weisen mehr fehlende Zähne auf als Mütter mit weniger Kindern. Diese, sich auf Beobachtungen beziehende Hypothese konnte bisher noch nicht zweifelsfrei belegt werden und wurde in einer aktuellen quasi-experimentellen Studie von den Autoren überprüft.

Unter Verwendung eines zweistufigen methodischen Ansatzes zur Auswertung der Querschnittsdaten aus dem „Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe“ (SHARE) wurde nach einem kausalen Zusammenhang zwischen dem natürlichen Zahnstatus biologischer Eltern und der vorhandenen Kinderzahl gesucht. In die Studie (Datenerhebung 2013; Teil der SHARE-Studie) wurden 34.843 nicht institutionalisierte Personen ab 50 Jahren aus 14 europäischen Ländern und Israel eingeschlossen. Dabei nutzten die Untersucher zufällige Variationen in der Familiengröße, die sich aus der Geburt von Mehrlingsgeburten im Vergleich zu Einzelgeburten und der Geschlechtszusammensetzung der beiden erstgeborenen Kinder (erhöhte Wahrscheinlichkeit eines dritten Kindes, wenn die beiden erstgeborenen Kinder das gleiche Geschlecht hatten) ergaben.

Mit zweistufigen Regressionsanalysen konnte ein starker Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und der Zäh-

ne bei Frauen, aber nicht bei Männern, nachgewiesen werden, wenn, nachdem die ersten beiden Kinder das gleiche Geschlecht aufwiesen, eine zusätzliche Geburt stattfand. Frauen hatten dann durchschnittlich 4,27 (95% KI 1,08 bis 7,46) weniger Zähne als Frauen ohne zusätzliche Geburt, deren erste beide Kinder unterschiedliche Geschlechter hatten. Bei Männern zeigte sich kein Einfluss auf den Zahnstatus.

Diese quasi-experimentelle Studie liefert neue Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang zwischen der Zahl der Kinder und der Zahl der fehlenden mütterlichen Zähne. Eine zusätzliche Geburt kann sich nachteilig auf die orale Gesundheit der Mutter, nicht aber auf die des Vaters, auswirken.

Kommentar

Der Volksmund dürfte mit seiner Vermutung Recht haben, dass jedes Kind die Mutter einen Zahn kostet, wie die aktuelle quasi-experimentelle Untersuchung belegt. Mit einer Medline Recherche konnten nur wenige Studien (Suchformulierung „natural teeth and parity“ 8 Hits, davon 6 Themen-relevant) gefunden werden. Bereits 1987 wurde die Verbindung zwischen der Parität und der oralen Gesundheit bei drei Alterskohorten 70-Jahre-alter Göteborger Bürgerinnen (n= 713) in Abhängigkeit von der Anzahl ihrer jeweiligen Kinder im Vergleich zu 660 Männern in derselben Kohorte untersucht. In allen drei Kohorten nahm die Anzahl der vorhandenen natürlichen Zähne in Abhängigkeit der zur Welt gebrachten Kinder ab. Signifikant mehr Frauen mit einer hohen Kinderzahl waren zahnlos im Vergleich zu allen anderen Gruppen. Die Anzahl der intakten Zähne war bei Frauen, die geboren hatten, niedriger als bei Frauen, die nicht geboren hatten. Eine Verbindung zwischen Parität und oraler Gesundheit wurde in allen drei Kohorten nachgewiesen. Eine spätere Göteborger Studie, eine koreanische und eine japanische Studie bestätigen diesen Zusammenhang. Eine weitere koreanische Studie sieht einen Zusammenhang zwischen Stillen und Zahnverlust. Die vorhandenen Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen Parität und Zahnverlust-Risiko.

Die Frage nach den Ursachen des Zahnverlustes in der Schwangerschaft und der Laktationsperiode wird in den vorhandenen Studien kaum untersucht. Mehrere Faktoren wie Zahnfleischentzündungen, aktives und passives Rauchen, die Art der Nahrung und des Getränkekonsums scheinen den Zahnverlust bei Schwangeren und stillenden Müttern zu fördern, während Magnesium eher dem Zahnerhalt dient. Obwohl bisher nicht untersucht, dürfte es auch nicht abwegig sein, einen Zusammenhang zwischen Zahnverlust und dem mütterlichen Vitamin D-Status zu vermuten. Wahrscheinlich führen die metabolischen Anforderungen der Schwangerschaft und der Stillzeit zu einem erheblichen Vitamin D-Verlust, wenn nicht hinreichend supplementiert wird. Für ältere Menschen konnte nachgewiesen werden, dass eine ausreichende Vitamin D- und Calcium-Aufnahme das Risiko für eine Periodontitis und einen Zahnverlust verringern.

Korrespondenzadresse;

Jürgen Hower, Mülheim, Ruhr

Viren im Sperma: Ein übersehenes Risiko für die kindliche Entwicklung?

The Breadth of Viruses in Human Semen

Salam AP, Horby PW. *Emerg Infect Dis*, 23(11): 1922-1924, November 2017

Das Zika-Virus ist ein neu auftauchendes, durch Mücken übertragenes Flavivirus, das kürzlich zu epidemiologischen Ausbrüchen in Afrika, Asien und den Amerikas geführt hat. Erstmals wurde das Virus im Verlauf von Gelbfieber-Überwachungsprogrammen bei Rhesus-Affen nachgewiesen. Über erste menschliche Erkrankungen wurde bereits 1952 aus Tansania und Uganda berichtet. Die Epidemie in Brasilien der Jahre 2015 und 2016 hat bei 440.000 bis 1.300.000 geschätzten Krankheitsfällen bei mehr als 3500 Neugeborenen zu einer kongenitalen Mikrozephalie geführt. Untersuchungen von Atkinson et al. haben gezeigt, dass Zika-Virus-RNA im Sperma nach einer Infektion bis zu 60 Tagen nachgewiesen werden kann. Diese Befunde haben aktuell auf bestehende Wissenslücken hinsichtlich der allgemeinen Persistenz von Viren in Genitalflüssigkeiten, insbesondere im Hoden und Sperma aufmerksam gemacht. Nur Zika-, Ebola- und Marburg-Viren konnten bisher

aus Sperma isoliert werden. Sie werden auch nachweislich durch Sperma übertragen. Die Autoren der aktuellen Studie vermuteten, dass sich weitere Viren bei einer Virämie im Hoden und im Sperma ansiedeln und möglicherweise auch durch Sperma übertragen werden können. Dazu haben sie eine PubMed-Suche mit den Begriffen „Virus* AND Semen OR Sperm* OR Semina*“ ohne Datums- und Spracheinschränkung durchgeführt.

Die Suche ergab 3.818 Treffer. Die Titel, Abstracts und Volltextartikel wurden auf Hinweise über den Nachweis von mit unterschiedlichen Detektionsmethoden (Nukleinsäure-Amplifikation oder -Detektion, Antigen-Nachweis, Replikation in Zellkultur oder Replikation in einem tierischen System) erfassten Viren im Sperma durchsucht. Die Ergebnisse wurden auf Viren beschränkt, die eine Virämie verursachen können. Wenn Beweise für Viren in Sperma gefunden wurden, wurde in PubMed nach Beweisen für eine sexuelle Übertragung gesucht, indem Suchbegriffe wie „Name of Virus AND Sex* AND Transm*“ benutzt wurden.

Die Recherche ergab 27 bisher im menschlichen Sperma nachgewiesene Viren (Virustabelle in der Originalarbeit von Salm, AP, Horby, PW, PMID 29048276). Für 13/27 Viren sind epidemiologische, molekularbiologische Daten über ihr Vorkommen und zum Risiko ihrer sexuellen Übertragbarkeit bekannt. Die nachgewiesenen Viren stammen aus unterschiedlichen Virusfamilien. Einige Viren verursachen chronische oder latente Infektion, wie z. B. das HIV-Virus oder das Zytomegalie-Virus, an-

dere Viren verursachen akute Infektionen wie das Lassa-Fieber, das Rift Valley Fieber und die Chikungunya-Krankheit. Bisher wurden im Sperma nur das Zika- und Ebola-Virus in Fallreihen oder in Kohorten-Studien systematisch untersucht.

Die Virus-Existenz im Sperma wird durch Faktoren wie Virämie, Entzündungsmediatoren (Änderung der Durchlässigkeit der Blutbarriere), eine systemische Immunsuppression, Immunreaktionen des männlichen Fortpflanzungstraktes, Vorhandensein von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die strukturelle Stabilität des Virus beeinflusst. Mehrere Viren, die zu Virämie führen, können eine Orchitis verursachen und wurden im menschlichen Hoden nachgewiesen, was darauf hindeutet, dass diese Viren möglicherweise auch im Sperma nachweisbar sind. Zu diesen Viren gehören das Influenza-Virus, das lymphozytäres Choriomeningitis-Virus, das Phlebotomus-Fieber-Virus, das Cocksackie-B-Virus, das Echovirus, das Dengue-Fieber-Virus, das akute respiratorische Syndrom-(Corona)-Virus, das Parvovirus, das Pockenvirus, das Vaccinia-Virus, das Mumps-Virus und das Röteln-Virus.

Das „Seeding to the male reproductive tract“ (Die Aussaat in die männlichen Fortpflanzungsorgane) kann im Zusammenhang mit einer Virämie auftreten, da dann die immunologischen Barrieren, insbesondere bei systemischen oder lokalen Entzündungen, für Viren durchlässig sind. Der Hoden besitzt einen immunologischen Sonderstatus mit teilweiser Unterdrückung von Immunreaktionen. Dadurch soll die Abstoßung der Spermien verhindert werden, die erstmals im Laufe der Pubertät gebildet werden und daher vom eigenen Abwehrsystem als fremd eingestuft werden könnten. Diese Besonderheit könnten sich Viren zu Nutze machen. Viren können innerhalb des männlichen Fortpflanzungstraktes persistieren und sich möglicherweise dort auch vermehren. Damit können sie auch über Sperma übertragen werden, zu Erkrankungen der Geschlechtspartnerin und zur Beeinträchtigung einer möglichen

Schwangerschaft führen. Dies haben vor allem die aktuellen Erfahrungen mit dem Zika-Virus gelehrt, wo Infektionen zu zwei erheblichen neurologischen Komplikationen, zum Guillain-Barré Syndrom und zu kongenitalen neurologischen Auffälligkeiten (z.B. kindliche Mikrozephalie) des Neugeborenen führen können.

Vor diesem Hintergrund stellte sich für die Autoren die Frage, welche Viren wie lange und in welchen Konzentrationen im Sperma lebensfähig bleiben und welche Viren eliminiert werden können. Die Antworten besitzen Auswirkungen auf die Risiken sexueller Übertragung embryonaler Infektionen, angeborener Krankheiten und Fehlgeburten. Viren im männlichen Fortpflanzungstrakt können das Risiko für sexuell übertragbare Infektionen erhöhen. Eine Infektion von Spermien könnte zu einer Übertragung von virusinduzierten Mutationen auf nachfolgende Generationen führen und deren Risiko für Krebs und andere Erkrankungen beeinflussen.

Für die meisten Viren konnte noch nicht geklärt werden, inwieweit eine Replikation von Viren im Hoden und/ oder in Spermien erfolgt. Wenn ja, wie lange können sie im menschlichen Sperma nachgewiesen werden und vor allem wie lange bleiben sie infektiös?

Viren, das haben die die Autoren mit ihrer aktuellen Studie belegt, kommen im Sperma häufiger vor als derzeit allgemein bekannt ist. Untersuchungen des Spermas mögen sich aus Sicht der Autoren in Zukunft als nützlich erweisen. Vielleicht können durch genauere Kenntnis der Zusammenhänge der Gesellschaft und insbesondere den Betroffenen manche Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen erspart werden, für die wir heute keine Erklärung finden können.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Welche Diagnose wird gestellt?

Dr. Maren Fließner

Anamnese

Der vier Jahre alte Junge wird mit großflächig konfluierenden erythematösen Papeln perioral und periorbital vorgestellt. Hautrötungen um den Mund wurden erstmals im Alter von einem Jahr festgestellt und seither intermittierend mit Momentason- und Triamcinolon – haltigen Salben behandelt. Darunter habe sich der Hautbefund zu Beginn verbessert, sei zuletzt aber immer schlechter geworden. Die übrige Eigenanamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

Erythematöse, konfluierende, folliculär gebundene Papeln perioral mit Ausdehnung auf den perinasalen und infraokulären Bereich (Abb. 1).

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Erythematöse, konfluierende, folliculär gebundene Papeln perioral mit Ausdehnung auf den perinasalen und infraokulären Bereich

Diagnose

Periorale Dermatitis (Syn.: Steroid-induzierte Rosazea)

Die periorale Dermatitis ist eine auf die periorifizielle Gesichtshaut begrenzte, chronisch persistierende Erkrankung mit flächigen Erythemen, roten disseminierten, follikulären Papeln und Pusteln. Der Hautbefund geht mit Spannungsgefühl und oft mit Juckreiz einher. Ursächlich ist ein übermäßiger Gebrauch von stark fettenden Kosmetika und Hautpflegeprodukten, insbesondere jedoch der Missbrauch von kortikosteroidhaltigen Externa, die unkontrolliert bei banalen Entzündungen der Gesichtshaut aufgetragen werden. Nach vorübergehender Besserung stellt sich dann periorale Dermatitis ein, die irreführend zu einer erneuten Steroidanwendung verleitet. Halogenierte topische Kortikosteroide der Klassen II-IV lösen das Krankheitsbild proportional zu ihrer Wirkstärke schneller und stärker aus, jedoch ist auch das schwach wirksame Hydrokortison (Klasse I) als Verursacher bekannt. Sonnenlicht und UV-Therapie können die periorale Dermatitis verschlechtern, sind aber nicht primäre Auslöser der Erkrankung. Flouridhaltige Zahnpasten und inhalative Steroide können ein ähnliches Krankheitsbild hervorrufen; dabei sind die Hautveränderungen aber weniger ausgedehnt.

Typische Lokalisation sind Kinn, Nasolabialfalte, Stirn und Periorbitalregion. Charakteristisch ist das Freibleiben der unmittelbar an das Lippenrot angrenzenden Hautzone. Dies lässt sich durch das Fehlen von Vellushaaren erklären. Wie bei der Acne vulgaris und der Rosazea, mit der die Erkrankung verwandt ist, geht die Entzündung bei der perioralen Dermatitis von Talgdrüsen bzw. den mit ihnen assoziierten Haarfollikeln aus (1). Insbesondere bei Kindern kann sich eine lupoide Variante der perioralen Dermatitis entwickeln, die durch dichte Ansammlungen rötlichbrauner Papeln gekennzeichnet ist, die unter Glasspateldruck ein lupoides Infiltrat zeigen. Histologisches Korrelat sind epitheloide Granulome (2).

Diagnostik

Die Diagnose wird in der Regel klinisch anhand von Verlauf und Externa- Anamnese gestellt. Die histologische Sicherung des Befundes kann zur Abgrenzung einer Rosazea sinnvoll sein. Histologisch zeigt sich eine Spongiose und Parakeratose der Epidermis nahe der Haarfollikel neben perivaskulären lymphozytären Infiltraten. Typische Merkmale einer Rosazea (Teleangiektasien, aktinische Elastose) fehlen.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss an Acne vulgaris oder Rosazea gedacht werden. Auch ein atopisches oder irritatives Gesichtsekzem sind abzugrenzen.

Therapie und Prognose

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist das Absetzen insbesondere der Kortikosteroide, aber auch pflegender, lipophiler Externa. Diese Nulltherapie wird oft nicht akzeptiert, da es initial zu einer Verschlechterung des Hautbefundes kommen kann. Um die Compliance zu sichern, können bei Spannungsgefühl unterstützend hydrophile Cremes oder Gele angewendet werden. Die Anwendung von topischen Calcineurininhibitoren (in einer Cremegrundlage) kann notwendig sein, um den von Eltern und Patienten als Therapieversagen interpretierten Rebound nach Steroidentzug abzumildern. Des Weiteren können Azelainsäure und Metronidazol topisch angewendet die Abheilung unterstützen (3).

Literaturangaben

1. Tempark T, Shwayder TA. Perioral dermatitis: A review of the condition with special attention to treatment options Am J Clin Dermatol 2014; 15: 101-113.
2. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Granulomatöse periorifizielle Dermatitis der Kindheit. Hautarzt 2014; 65: 903-907.
3. Jansen T, Melnik BC, Schadendorf D. Steroid-induced periorificial dermatitis in children – clinical features and response to azelaic acid. Pediatr Dermatol 2010; 27: 137-142.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maren Fließner

Abt. Pädiatrische Dermatologie / Allergologie,
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Anwendung der Meningokokken B-Impfung in Deutschland 2017

Eine Umfrage unter den BVKJ Mitgliedern // Meningokokken-Erkrankungen sind seit jeher gefürchtete Erkrankungen, die häufig tödlich oder aber mit schweren Dauerschäden des erkrankten Kind einhergehen. Die höchste Inzidenz invasiver Meningokokken-Erkrankungen (IME) wird bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren und bei Jugendlichen beobachtet.

In Deutschland wird die Erkrankung in circa 70 Prozent der Fälle durch die Serogruppe B ausgelöst, an zweiter Stelle (20-25 %) durch den Typ C. Seit dem Jahr 2003 steht ein konjugierter Impfstoff gegen Meningokokken C zur Verfügung. Gegen den weitaus häufigeren Typ B gab es zunächst keine wirksame Impfung.

Die Inzidenz der Erkrankungen ist schon seit dem Jahr 2003 rückläufig. Dennoch wurde im Jahr 2006 eine Impfempfehlung gegen den Typ C ausgesprochen, als einzige Möglichkeit, IME zu verhindern.

Seit dem Jahr 2013 ist nun auch gegen den Typ B ein Impfstoff verfügbar. Er wird in einigen Ländern bereits im Rahmen eines Impfprogrammes angewendet. In Deutschland wurde von der STIKO bisher keine Empfehlung ausgesprochen. Dies wird wie folgt begründet: „Vor dem Hintergrund einer derzeit niedrigen und rückläufigen Meningokokken B-Inzidenz in Deutschland wird die STIKO die Entscheidung, ob eine Meningokokken B-Impfung als Standardimpfung empfohlen werden sollte, erst fällen, wenn weitere Daten zur Sicherheit und Schutzdauer der Meningokokken B-Impfstoffe sowie deren Einfluss auf das Trägertum vorliegen.“ In Österreich wird dies mit 30 bis 100 Meningokokken B-Fällen pro Jahr anders gesehen. Im Nationalen Impfplan erfolgt die Prävention gegen IME durch eine Meningokokken B-Impfung im Säuglings- und Kleinkindesalter als 3+1-Schema, eine Impfung gegen Meningokokken C mit Beginn des 13. Lebensmonates und eine Impfung gegen Meningokokken ACWY im elften bis zwölften Lebensjahr.

Somit wird bei annähernd gleicher Inzidenz im Nachbarland Österreich wieder einmal (s. auch Rotaviren-, HPV-Impfung bei Jungs) breiter und früher ein Impfprogramm etabliert.

Seit 1999 wird in UK ein breit angelegtes Impfprogramm gegen Meningokokken-Erkrankungen durchgeführt – anfänglich mit einer bereits im Säuglingsalter startenden Impfung gegen Meningokokken vom Serotyp C. Es wurde in den letzten Jahren um Impfungen gegen Meningokokken vom Serotyp B und eine Boosterimpfung gegen die Serotypen ACWY im jungen Erwachsenenalter erweitert. Die Inzidenz für Meningokokken-Erkrankungen über alle Altersgruppen lag in UK im Jahr 2014 dabei bei 1,2/100.000 Einwohner. In Deutschland liegt die Inzidenz laut RKI bei unter 0,5/100.000 Einwohnern, in Österreich bei 0,43 Fällen pro 100.000 Einwohnern im Jahr 2016.

Erfahrungen aus UK nach Einführung des Impfprogrammes gegen Meningokokken B zeigen, dass sich keine signifikanten Sicherheitsbedenken nach der nun weitverbreiteten Anwendung von Bexsero® bei britischen Säuglingen ergeben haben (3 Millionen Dosen, im Verlaufe von 20 Monaten an 1,29 Millionen Säuglinge in UK verimpft). Die bekannte Reaktogenität hat die Compliance der nachfolgenden Impfdosen in UK nicht beeinträchtigt.

Um sich einen Überblick zu verschaffen, wie häufig die Meningokokken B-Impfung auch ohne STIKO Empfehlung in den pädiatrischen Praxen bereits eingesetzt wird, hat der BVKJ eine Umfrage unter seinen Mitgliedern durchgeführt. Zusätzlich sollten u.a. eingesetzte Impfschemata, die Häufigkeit von antipyretischen Maßnahmen, Unterschiede in der Anwendung durch die Dauer der Niederlassung, Geschlecht, Stadt-Land erfragt werden. Die Befragung und Auswertung wurde in Zusammenarbeit mit einer erfahrenen Statistik-Firma aus Berlin durchgeführt. Zur statistischen Analyse wurde das Programm IBM SPSS Statistics 22 verwendet.

Befragungszeitraum und Response

Der Zeitraum der ersten Befragung lag in der Vorweihnachtszeit 2017 bis Anfang Januar 2018. Es konnten 5.044 Praxen per Email informiert werden. Die Befragung wurde nach Erhalt einer statistisch auswertbaren Anzahl von Antworten geschlossen, was die hohe Zahl der „Nicht-Antworten“ erklärt. Die Quote der auswertbaren Antworten lag bei 27,4 Prozent und steht für einen guten Rücklauf.

Insgesamt enthielt der Fragebogen bis zu 21 Fragen mit dem Ziel, aktuelle Erfahrungen (bezogen auf 2017) der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Deutschland bei der Anwendung des seit 2013 verfügbaren Impfstoffes Bexsero® gegen Meningokokken der Serogruppe B zu erheben und die Ergebnisse dann statistisch auszuwerten.

Erfahrungen mit der Anwendung von Bexsero®

Von den 1.384 teilnehmenden (auswertbaren) Praxen haben 1.277 Erfahrungen in der Anwendung von Bexsero®. Das sind 92,7 Prozent. Nur 107 Praxen (7,7 %) haben keine Erfahrungen mit der Anwendung von Bexsero®. Auffällig ist der statistisch hoch signifikante ($p=0,003$; exakter Test nach Fisher) Unterschied zwischen jüngeren und älteren Ärzten bei Nutzung/Nichtnutzung (Tab. 1).

Alle Befragten wurden anschließend nach den Gründen für ihr Impfverhalten getrennt offen befragt. Hier zeigten sich einige Unterschiede in den Altersgruppen (Tab. 2).

Bei der Beantwortung der offenen Frage nach den Gründen für die Anwendung der Bexsero®-Impfung gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den soziostrukturellen Gruppen (Tab. 3).

Tab. 1: Nutzung von Bexsero® nach Altersgruppen (grob)

Altersgruppen (grob)	Haben Sie praktische Erfahrungen mit der Meningokokken B-Impfung unter Verwendung von Bexsero®?				Gesamt	
	Ja		Nein		Anzahl	Zeilen %
	Anzahl	Zeilen %	Anzahl	Zeilen %		
bis 55 Jahre	855	93,9	56	6,1	911	100,0
älter als 55 J.	422	89,2	51	10,8	473	100,0
Gesamt	1.277	92,3	107	7,7	1.384	100,0

Tab. 2: Gründe für die Nichtnutzung von Bexsero® nach Altersgruppen (Mehrfachantworten)

Frage	Antworten	Altersgruppe (grob)				Gesamt	
		bis 55 Jahre		56+ Jahre		Anzahl	%
		Anzahl	%	Anzahl	%		
Gesamt		56	100,0	51	100,0	107	100,0
Was sind Ihre 3 wichtigsten Gründe, nicht gegen Meningokokken B zu impfen? (bitte maximal 3 Gründe ankreuzen)	Fehlende STIKO Empfehlung	47	83,9	47	92,2	94	87,9
	Hoher Zeitaufwand in der Praxis (u.a. Aufklärung, uneinheitliche Kostenerstattung)	25	44,6	19	37,3	44	41,1
	Fehlende GKV Erstattung für den Impfstoff	19	33,9	21	41,2	40	37,4
	Zu viele Impfungen im ersten Lebensjahr	17	30,4	15	29,4	32	29,9
	Nicht ausreichende Daten zur Effektivität des Impfstoffes	15	26,8	8	15,7	23	21,5
	Nicht ausreichende Daten zu Sicherheit des Impfstoffes	12	21,4	10	19,6	22	20,6
	Nicht einheitliches und komplexes Impfschema	10	17,9	10	19,6	20	18,7
	Zu viele Nebenwirkungen des Impfstoffes	2	3,6	10	19,6	12	11,2
	Zu niedrige Inzidenz in Deutschland	0	0,0	4	7,8	4	3,7
Sonstige Gründe	3	5,4	1	2,0	4	3,7	

Tab. 3: Gründe für die Nutzung von Bexsero® (Mehrfachantworten)

Frage	Antworten	Gesamt	
		Anzahl	%
Gesamt		1.255	100,0
Was sind Ihre 3 wichtigsten Beweggründe, die Meningokokken B-Impfung durchzuführen? (bitte maximal 3 Gründe ankreuzen)	Meningokokken-Erkrankungen sind schwerwiegende Erkrankungen.	1.219	95,5
	Der Impfstoff ist zugelassen und sicher.	550	43,1
	Ich möchte die Impfung gegen den Typ C um die Impfung gegen den Typ B ergänzen.	541	42,4
	Es gibt schon andere Länder (z.B. England, Österreich), die ein Impfprogramm begonnen haben.	522	40,9
	STIKO Empfehlungen sind für mich hilfreich, ein Fehlen aber kein Hinderungsgrund.	284	22,2
	Die Impfung ist gut verträglich.	202	15,8
	Ich halte Impfungen auch als IGEL Leistung für sinnvoll.	100	7,8
	Ich setze generell Impfungen sofort ein, wenn sie verfügbar sind.	9	0,7
Sonstige Gründe	110	8,6	

Tab. 4: Alleinige oder kombinierte Impfung nach Geschlecht der Teilnehmenden

Geschlecht	Ich impfe gegen Meningokokken B allein:				Gesamt	
	Ja		Nein		Anzahl	Zeilen %
	Anzahl	Zeilen %	Anzahl	Zeilen %		
weiblich	587	80,4	143	19,6	730	100,0
männlich	404	73,9	143	26,1	547	100,0
Gesamt	991	77,6	286	22,4	1.277	100,0

Kombinationshäufigkeit von Meningokokken B-Impfung

Drei Viertel aller Praxen verabreichen die Erstimpfung mit Bexsero® im ersten Lebensjahr. Regionale Unterschiede gibt es vor allen in der Häufigkeit im zweiten Lebenshalbjahr (6. bis 11. Lebensmonat). Im Osten impft die Hälfte aller Praxen erstmals in diesem Zeitraum, im Westen etwa ein Drittel. Die Praxen in den Stadtstaaten liegen mit 40 Prozent dazwischen.

Die übergroße Mehrheit aller Befragten (77,6 %) impft mit Bexsero® allein und nicht in Kombination mit anderen Impfstoffen. Es gibt jedoch einige Unterschiede zwischen den soziostrukturellen Gruppen:

Geschlecht der Teilnehmenden (Tab. 4)

Der Anteil der Ärztinnen, die Bexsero® in Kombination mit anderen Impfstoffen anwenden, ist mit 19,6 Prozent signifikant geringer als der Anteil der männlichen Kollegen (26,1 %), die kombiniert impfen ($p=0,007$; exakter Test nach Fisher).

Alter der Teilnehmenden (Tab. 5)

Je älter der Arzt oder die Ärztin, desto seltener wird Bexsero® kombiniert geimpft. Der Trend ist statistisch signifikant ($p=0,031$; Mantel-Haenszel-Test auf Vorliegen eines linearen Trends). Je früher die Kinder gegen Meningokokken B geimpft werden, desto häufiger erfolgt das

in Kombination mit anderen Impfstoffen. Dieser Trend ist statistisch hochsignifikant ($p < 0,001$; Mantel-Haenszel-Test auf Vorliegen eines linearen Trends).

Medikation zur Fieberprophylaxe bei Impfungen mit Bexsero®

Die Eingangsfrage zu diesem Themenkomplex lautete: „Verordnen Sie allgemein bei Impfungen regelmäßig Medikamente z.B. Paracetamol oder Ibuprofen zur Fieberprophylaxe?“ (Tab. 6)

Bei den Antworten gibt es kaum Gruppenunterschiede. Lediglich beim Geschlecht der Befragten gibt es signifikante aber praktisch kaum relevante Unterschiede. Die übergroße Mehrheit (83,9 %) verordnet Medikamente nur als Bedarfsmedikation. Knapp jede(r) Siebte (15,2 %) verwendet bei Impfungen allgemein keine

Medikamente zur Fieberprophylaxe. Hier gibt es einen Unterschied nach dem Geschlecht der Befragten. Männer geben zu 18,3 Prozent generell keine zusätzlichen Medikation, Frauen nur zu 12,9 Prozent ($p = 0,035$; Pearsons Chi-Quadrat-Test). Über 90 Prozent setzen Paracetamol zur allgemeinen Fieberprophylaxe ein. Zwei von drei Befragten verwenden zusätzlich auch Ibuprofen. Andere Medikamente werden kaum verwendet.

Eine weitere Frage (an alle gerichtet, die Anwendungserfahrungen mit Bexsero® haben) betraf die Fieberprophylaxe im Vergleich zu anderen Impfungen. Insgesamt geben nur 59 von 1.277 Befragten an, dass sie es bei der Impfung gegen Meningokokken B anders machen (4,6 %). Hier gibt es außer einigen regionalen Unterschieden keine Gruppenunterschiede (Tab. 7).

Tab. 5: Alleinige oder kombinierte Impfung nach Altersgruppen

Altersgruppen	Ich impfe gegen Meningokokken B allein:				Gesamt	
	Ja		Nein		Anzahl	Zeilen %
	Anzahl	Zeilen %	Anzahl	Zeilen %		
bis 35 Jahre	17	73,9	6	26,1	23	100,0
36 – 45 Jahre	248	75,8	79	24,2	327	100,0
46 – 55 Jahre	382	75,6	123	24,4	505	100,0
56 – 65 Jahre	305	80,9	72	19,1	377	100,0
über 65 Jahre	39	86,7	6	13,3	45	100,0
Gesamt	991	77,6	286	22,4	1.277	100,0

Tab. 6: Medikation allgemein zur Fieberprophylaxe bei Impfungen nach Geschlecht

Medikamente zur Fieberprophylaxe	Geschlecht				Gesamt	
	weiblich		männlich		Anzahl	Spalten %
	Anzahl	Spalten %	Anzahl	Spalten %		
Nein	94	12,9	100	18,3	194	15,2
Ja, aber nur als Bedarfsmedikation	631	86,4	440	80,4	1071	83,9
Ja, als Gabe vor der Impfung	1	0,1	1	0,2	2	0,2
Ja, als Gabe direkt nach der Impfung	4	0,5	6	1,1	10	0,8
Gesamt	730	100,0	547	100,0	1277	100,0 %

Tab. 7: Anderes Vorgehen bei der Impfung gegen Meningokokken B nach Grobregion

Lage der Praxis nach Grobregion	Handhaben Sie diese Vorgehensweise bei der Impfung gegen Meningokokken B anders?				Gesamt	
	Ja		Nein		Anzahl	Zeilen %
	Anzahl	Zeilen %	Anzahl	Zeilen %		
Ost	17	8,7	178	91,3	195	100,0
West	39	4,0	934	96,0	973	100,0
Stadtstaat	3	2,8	106	97,2	109	100,0
Gesamt	59	4,6	1218	95,4	1277	100,0

Es sind zwar insgesamt nicht viele, die bei der Impfung gegen Meningokokken B bei der Fieberprophylaxe anders vorgehen, der Unterschied zwischen Ost und West ist aber statistisch signifikant ($p = 0,01$; Pearsons Chi-Quadrat-Test). Im Osten wählen anteilig mehr als doppelt so viele bei Meningokokken B ein verändertes Vorgehen bei der Fieberprophylaxe. Die Unterschiede sind besonders hoch in Sachsen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern.

Zusammenfassung

- Die dargestellte Studie verfolgt das Ziel, aktuelle Erfahrungen (bezogen auf 2017) niedergelassener Kinder- und Jugendärzte in Deutschland bei der Anwendung des seit 2013 verfügbaren Impfstoffes Bexsero® gegen Meningokokken der Serogruppe B zu erheben und die Ergebnisse statistisch auszuwerten.
- Als Anreiz wurde für die Teilnehmenden vom Sponsor GSK ein Betrag von 20 € in Aussicht gestellt (wahlweise als Amazon-Gutschein oder als Spende für die BVKJ-Stiftung). Die Hälfte der Responder hat sich für den Gutschein entschieden.
- Da die Teilnahme an der Umfrage durch Selbstselektion erfolgte, wurde die resultierende Stichprobe sehr gründlich auf Repräsentativität für die Grundgesamtheit aller in Deutschland niedergelassenen Kinder- und Jugendarztpraxen untersucht. Die Datenbank des BVKJ enthält Merkmale zur Struktur der Grundgesamtheit. Die Stichprobe kann im Hinblick auf die Regionalverteilung der Praxen als repräsentativ angesehen werden. Das betrifft sowohl die Verteilung auf die KV-Bezirke wie die Ortsgrößenverteilung. Auch im Hinblick auf das Geschlecht der Befragten ist die Stichprobe repräsentativ. Lediglich in der Altersverteilung gibt eine leichte Verzerrung zugunsten der Jüngeren. Non-Responder sind im Mittel 1,5 Jahre älter als Responder. Das dürfte aus der gewählten Online-Erhebungstechnik resultieren. Auf eine durchgängige Gewichtung der Stichprobe wurde jedoch verzichtet. Bei der Analyse wird immer der Einfluss des Alters auf die Ergebnisse berücksichtigt.
- Von allen teilnehmenden Praxen haben 92,3 Prozent (1.277 Fälle) Bexsero® im Berichtsjahr 2017 zur Impfung gegen Meningokokken B verwendet. Damit können verlässliche Aussagen zu den dabei gemachten Erfahrungen erwartet werden.
- Der Anteil der Bexsero® verwendenden Ärztinnen ist mit 95 Prozent unabhängig vom (eigenen) Alter höher als der Anteil bei den (männlichen) Ärzten. Die männlichen Kollegen über 55 Jahre haben mit 84,1 Prozent den geringsten Nutzungsanteil.
- Alle in den ostdeutschen Flächenländern gelegenen Praxen haben Bexsero® im letzten Jahr eingesetzt. In Westdeutschland waren es neun von zehn Praxen. Die niedrigsten Werte findet man in den KV-Bezirken Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe. Als Hauptgrund für die bisherige Nichtnutzung geben 88 Prozent die fehlende STIKO-Empfehlung an.
- Die Unterschiede in der Anwendungshäufigkeit von Bexsero® zwischen den Grobregionen sind hochsignifikant ($p < 0,001$; Pearsons Chi-Quadrat-Test). Mehr als die Hälfte der Praxen in den ostdeutschen Flächenländern impft pro Jahr 40 und mehr Patienten. In den westdeutschen Flächenländern liegt dieser Anteil unter 20 Prozent, und in den Stadtstaaten impft jede vierte Praxis 40 Patienten und mehr pro Jahr.
- Drei Viertel aller Praxen verabreichen die Erstimpfung mit Bexsero® im ersten Lebensjahr. Regionale Unterschiede gibt es vor allen in der Häufigkeit im zweiten Lebenshalbjahr (6. bis 11. Lebensmonat). Im Osten impft die Hälfte aller Praxen erstmals in diesem Zeitraum, im Westen etwa ein Drittel. Die Praxen in den Stadtstaaten liegen mit 40 Prozent dazwischen.
- Die übergroße Mehrheit aller Befragten (77,6 %) impft gegen Meningokokken B mit Bexsero® alleine und nicht in Kombination mit anderen Impfstoffen. Die Ärztinnen sind hierbei noch vorsichtiger als ihre männlichen Kollegen. Weiter gilt: Je älter der Arzt oder die Ärztin, desto seltener wird Bexsero® kombiniert geimpft. Aber: Erfolgt die Erstimpfung in den ersten drei Lebensmonaten, dann wird Bexsero® in mehr als der Hälfte (55 %) aller Fälle auch kombiniert mit an-

deren Impfstoffen appliziert, dann hauptsächlich mit den Sechsfach-Impfstoffen, mit Pneumokokken oder Rota Impfstoffen.

- Etwa 60 Prozent der Praxen, die Bexsero® in kombinierte Impfungen einbeziehen, impfen auch bei Säuglingen in der Regel sechsfach-, Pneumokokken- und Meningokokken B-Impfstoff an einem Tag.
- Schließlich wurden Maßnahmen zur Fieberprophylaxe bei Impfungen allgemein und bei der Meningokokken B-Impfung im Besonderen abgefragt. Mehrheitlich wird Paracetamol als Bedarfsmedikation zur Fieberprophylaxe eingesetzt, aber auch Ibuprofen. Nur 59 von 1.277 Befragten (4,6 %) machen das bei der Meningokokken B-Impfung anders. Zwar ist die Fallzahl sehr gering, aber auffällig ist, dass einige, die allgemein keine Medikamente zur Fieberprophylaxe bei Impfungen einsetzen, bei Meningokokken B vorsichtshalber doch Paracetamol oder Ibuprofen verordnen.

Durch den immer länger werdenden Zeitraum zwischen der fehlenden Empfehlung in Deutschland und den bereits intensiv durchgeführten Impfungen auch ohne STIKO-Empfehlung und den Erfahrungen in anderen Ländern wird der BVKJ demnächst eine zweite Befragung durchführen, mit dem Ziel, Veränderungen bei Anwendung und Erfahrung statistisch aufzuarbeiten.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Ralph Köllges
41236 Mönchengladbach
E-Mail: r.koellges@t-online.de

Dr. Thomas Fischbach
Dr. Johannes Gladitz
Eike Stöckmann

Erklärung zu Interessenskonflikten

Ralph Köllges: Vortragstätigkeit, Studententätigkeit, Advisoryboards u. a. für Sanofi, MSD, GSK, Pfizer
Dr. Thomas Fischbach: keine
Dr. Johannes Gladitz: keine
Eike Stöckmann: keine

Red.: ReH

Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder in Brandenburg

Bei jedem zehnten Kind in Brandenburg unter 14 Jahren haben Ärztinnen oder Ärzte eine psychische Störung festgestellt. Die häufigste Diagnose ist die hyperkinetische Störung (ADHS).

Es gibt aber große regionale und soziale Unterschiede. Diese und andere Daten finden sich im neuen Kindergesundheitsbericht mit dem Titel „Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg“. Die Broschüre kann beim Gesundheitsministerium kostenfrei unter www.masgf.brandenburg.de bestellt werden.

Datengrundlage

In den Bericht sind umfangreiche Daten der Gesundheitsämter eingeflossen, beispielsweise aus den Schuleingangsuntersuchungen und den ärztlichen Untersuchungen zur Schulentlassung in der 10. Klasse. Erstmals wurden auch Daten der Krankenkassen, der kassenärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser ausgewertet.

Demnach haben Präventionsangebote und Konzepte der Gesundheitsförderung dazu beigetragen, dass sich in vielen Aspekten die Gesundheit der Kinder verbessert hat. **Jugendliche trinken weniger Alkohol als noch vor zwölf Jahren.** Der Anteil von Mädchen und Jungen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol zu sich nahmen, hat sich seit 2005 von 26 auf 12 Prozent reduziert. **Täglich zur Zigarette greifen mittlerweile nur noch 13 Prozent der Jugendlichen,** gegenüber 33 Prozent im Jahr 2005.

Mittlerweile werden **90 Prozent der Kleinkinder von den Eltern zu den empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen** gebracht. Die Impfquoten haben sich erhöht. Präventionsprogramme wie „Kita mit Biss“ zeigen Wirkung. **Der Anteil von Fünfjährigen mit kariesfreien Zähnen ist zwischen 2007 und 2016 von 57 auf 68 Prozent gestiegen.**

Benachteiligung von Kindern aus prekären Verhältnissen

Die Daten ergeben aber auch, dass Kinder aus armen Familien überdurchschnittlich oft gesundheitlich benachteiligt sind.

Wenn etwa das Familienleben von Arbeitslosigkeit geprägt ist und wenig Bildung vermittelt wird, leiden Kinder häufiger unter psychischen Problemen als andere Kinder ihrer Altersgruppe. Die Anzahl der chronischen Erkrankungen ist zweieinhalb Mal so hoch. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrantenfamilien nehmen seltener Medikamente. Adipositas (starkes Übergewicht) tritt bei 7,5 Prozent der Einschulungskinder aus armen Familien auf. Bei Familien mit hohem Sozialstatus sind es nur 1,9 Prozent.

Gesundheitsförderung vor Ort

Eine gute Zusammenarbeit vor Ort hat entscheidenden Einfluss auf die Lebensbedingungen und somit die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deshalb widmet sich ein eigenes Kapitel im Gesundheitsbericht der Vernetzung in den Kommunen und der Bildung von Präventionsketten – also von kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung in Kindheit und Jugend.

Weitere Daten und Fakten aus dem Bericht

- Bei den Schuleingangsuntersuchungen wiesen 2015/16 **43 Prozent der Kinder körperliche Beeinträchtigungen** auf, vor allem Sehfehler und atopische Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen oder Neurodermitis.
- In der 10. Klasse zeigten sich bei mehr als der Hälfte der Jugendlichen Auffälligkeiten wie **Sehfehler, Allergien und**

Probleme mit dem Bewegungsapparat.

- Nach Daten der Kassenärzte litten 6 Prozent der Kinder im Jahr 2016 unter **Asthma**, 13 Prozent unter **Neurodermitis**. In den Landkreisen schwankt die Häufigkeit dieser Krankheiten zwischen 15 Prozent und 25 Prozent.
- Der **Einsatz von Antibiotika** geht zurück. Im Jahr 2016 haben laut der AOK 26,5 Prozent der Brandenburger Kinder mindestens einmal Antibiotika erhalten. Im Jahr 2010 war das bei rund einem Drittel der Kinder und Jugendlichen der Fall.
- Die Gefahr exzessiver **Mediennutzung** wächst. Dies ist auch vom Schultyp abhängig: In Oberschulen und Förderschulen gaben rund 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen an, täglich mehr als drei Stunden vor dem Fernseher, der Spielekonsole oder dem Computer zu verbringen. In Gymnasien waren es nur etwas mehr als 20 Prozent.

Weitere Informationen im Internet unter

www.buendnis-gesund-aufwachsen.de
www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

Zusammenstellung nach einer Pressemeldung des MASGF Brandenburg:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Praxis-Wikis in PädInform® erleichtern den Praxisalltag

Verpasste Vorsorgen, verpasste Termine, vergessene Chipkarte – wie geht man damit um? Wie fängt man aggressive Eltern wieder ein? Wer kennt sich mit der Telefonanlage aus, wo kann man günstig Druckerpatronen bestellen?

Kinder- und Jugendärzte und MFAs sammeln täglich wichtiges Wissen und Erfahrungen für einen möglichst reibungslosen Praxisalltag.

Um dieses Wissen zu bewahren und weiterzugeben, z. B. an eine neu eingestellte MFA, gibt es jetzt ein neues Modul in PädInform®: das eigene „Praxis-Wiki“. Dabei handelt es sich quasi um ein „Wikipedia im Mini-Format“, auf das ausschließlich der Praxisinhaber oder die -inhaberin sowie die von ihm/ihr persönlich autorisierten Personen Zugriff haben.

Das eigene Praxis-Wiki in PädInform® erleichtert es Kinder- und Jugendärzten, Wissen gemeinsam mit ihren Kollegen und Kolleginnen und Medizinischen Fachangestellten zu teilen, zu verwalten und fortlaufend zu aktualisieren.

Übrigens: Das Praxis-Wiki unterstützt Kinder- und Jugendärzte auch bei ihren QM-Bemühungen!

Wikis in wenigen Schritten einrichten und Teilnehmer einladen

Die Wiki-Funktion ist über den Social Media-Zugang für PädInform® und Praxisfieber verfügbar. Den Social Media-Zugang können Kinder- und Jugendärzte in jedem modernen Browser auf einem Desktop-PC, Laptop oder Mobilgerät unter <https://fcws.uminfo.de> aufrufen.

Einfach oben rechts im Inhaltsfenster des Desktops auf das Dropdown-Menü (3 horizontale Linien) klicken und „Neuer Container“ wählen (Abb. 1).

Anschließend „Private Community“ und dann „Nächstes“ wählen.

Nun einen (frei wählbaren) Namen und (optional) eine Beschreibung für das persönliche Praxis-Wiki eingeben und auf „Erstellen“ klicken.

Anschließend kann man Praxis-Kollegen und -Kolleginnen sowie die MFAs zum Wiki einladen (*auf Wunsch auch Personen außerhalb der Praxis, die am Um-Info-Netzwerk teilnehmen*). Im unteren Textfeld den Nachnamen eingeben und die Enter-Taste drücken. Gibt es mehrere Personen des gleichen Namens, erscheint nach Betätigen von „Enter“ eine Auflistung, in der sich der gewünschte Teilnehmer auswählen lässt.

Um Teilnehmer zu einem späteren Zeitpunkt hinzuzufügen, wählt man „Jemanden einladen“ im Dropdown-Menü. Über die „Berechtigungen“ an gleicher Stelle können die Zugriffsrechte aller Mitglieder auf das Wiki entsprechend den individuellen Bedürfnissen eingeschränkt oder erweitert werden sowie Mitglieder gesperrt werden.

Die eingeladene Person erhält eine Mailbenachrichtigung mit einem Link, der das betreffende Wiki aufruft. Um eine Einladung anzunehmen, muss man in der rechten Seitenleiste unter „Updates“ mit der Maus über den entsprechenden Eintrag fahren und anschließend im Kontextmenü (2 horizontale Linien) „Akzeptieren“ klicken. Das Wiki erscheint nun als Symbol auf dem Desktop der eingeladenen Person.

Abschließend muss die Teilnahme noch durch Klick auf „Abonnieren“ im

Dropdown-Menü des Wikis bestätigt werden. Hierbei empfiehlt sich die Auswahl der Benachrichtigungsfunktion „Eine tägliche Übersicht per Email an mich schicken“.

Praxis-Wiki: Inhalte einstellen und bearbeiten

Nach dem Öffnen des Wikis über das Desktop-Symbol kann man im Reiter „Wiki“ durch Klick auf das „Plus“-Zeichen oben rechts eine neue Wiki-Seite anlegen und veröffentlichen.

Deren Inhalt kann von nun an durch den Praxisinhaber und die anderen Teilnehmer weiter bearbeitet werden.

Der Reiter „Dateien“ ermöglicht es, Dokumente (z. B. im PDF-Format) zur gemeinsamen Nutzung hochzuladen. In „Feed“ kann man mit dem „Plus“-Symbol Nachrichten an Wiki-Teilnehmer versenden.

Änderungen an Wiki-Seiten verfolgen

Mit nur einem Mausklick erhält man eine Übersicht über alle Versionen einer Wiki-Seite und kann nachvollziehen, welcher Teilnehmer die Seite zu welchem Zeitpunkt bearbeitet hat (Klick auf die Zahl unter dem Reiter „Ver“).

Über das Dropdown-Menü rechts in der Übersicht der einzelnen Wiki-Seiten können Seiten gelöscht und weitere Funktionen wie z. B. „Drucken“ oder „Teilen“ aufgerufen werden.

So könnte Ihr Praxis-Wiki aussehen (Abb. 2).



Abb. 1

Ver	Letzte Änderung	Autor
1	2018/6/29 10:47	VossU_ Osnabrück
1	2018/6/29 10:47	VossU_ Osnabrück
1	2018/6/29 10:49	VossU_ Osnabrück
1	2018/6/29 10:49	VossU_ Osnabrück
2	2018/6/29 11:05	VossU_ Osnabrück

Abb. 2

Die aktive Mitwirkung der Teilnehmer vorausgesetzt, bietet ein individuell eingerichtetes Praxis-Wiki hervorragende Möglichkeiten, Wissen für den Praxisalltag gemeinsam zu verwalten und zu nutzen.

Eine ausführliche Anleitung finden Sie unter www.uminfo.de/fachnetze-paedinform.html. Gerne hilft auch das Team der Kinderumwelt gGmbH unter 05401-33906500 weiter!

Korrespondenzadresse:
Ulrich Voss, Kinderumwelt gGmbH
49124 Georgsmarienhütte
E-Mail: ulrich.voss@uminfo.de

Red.: ReH

p@ediatric-express erreicht J1-Alter

Wer kennt ihn – wer nicht?

In diesen Tagen erscheint die neue Ausgabe des P@ediatric-express, der Newsletter des BVKJ für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Dass der P@ediatric-Express damit vom U-Alter ins J-Alter wechselt, verdankt er seiner Beliebtheit unter seinen Leserinnen und Lesern. Sie halten ihm die Treue, seitdem er vor zwölf Jahren zum ersten Mal erschien, damals noch in gedruckter Form, ab der zweiten Ausgabe aber schon als PDF. Seitdem ist er fester Bestandteil des Informations- und Weiterbildungsangebots für den pädiatrischen Nachwuchs. Viermal jährlich erscheint der P@ediatric-Express mit wissenswerten medizinischen, berufspolitischen und juristischen Informationen: knapp und übersichtlich präsentiert und immer auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand. Nun steht pünktlich zum Eintritt ins Teenie-Alter die erste große Umwälzung bevor.

Wer liest uns wie?

Diese Frage beschäftigte die Redaktion schon länger. Eine stichpunktartige Umfrage bei jüngeren Klinikassistenten ergab, dass sich in den letzten Jahren die Mehrheit den P@ed Express auf dem Smartphone anschaut und es auf dem kleinen Bildschirm Schwierigkeiten mit dem PDF-Format gibt. So wird etwa das randständige Inhaltsverzeichnis, das zur ersten Orientierung und zum Wecken der Leselust wichtig ist, auf kleinen Bildschirmen nicht mehr lesbar abgebildet.

Ohne Inhaltsverzeichnis aber bleibt Leserinnen und Lesern nichts anderes übrig als durch den Newsletter zu scrollen. Das ist lästig, denn die Seiten laufen und

laufen; meist zu schnell, um ein Bild oder einen Satz zu entdecken, an dem man „hängenbleiben“ könnte und weiter liest.



v.l.n.r.: Dr. Jörg Schriever, Dr. Sebastian Bartels, Dr. Johanna Harris, Prof. Dr. Ronald G. Schmid, Regine Hauch, Dr. Ludwig Schmid

Andererseits haben viele Leserinnen und Leser der Redaktion signalisiert, dass sie den Newsletter hilfreich und wichtig finden und deshalb gerne lesen. Wo gibt es auch sonst speziell für Assistenten so zahlreiche aktuelle klinische Neuigkeiten, Tipps, Antworten auf Rechts- oder Berufsfragen? So stand für die Redaktion schnell fest, dass man etwas an der Erscheinungsform des P@ediatric-express ändern muss, um seine Lesbarkeit zu steigern und auch in Zukunft die Leserinnen und Leser zu halten.

Wir haben verstanden!

Demnächst wird also aus dem altbekannten Newsletter ein digitales, responsives Produkt, dessen Inhalte sich mühelos auf allen technischen Geräten ausspielen lassen. Das geht nicht von heute auf morgen. Dies hat aber auch Vorteile.

Ab sofort können Sie mit Ihren Erfahrungen, Tipps und Ideen die Planung

mitbestimmen. Melden Sie sich einfach: regine.hauch@arcor.de.

Auch über interessante medizinische und berufliche Fragen oder Fälle aus dem aktuellen Stationsleben, über die wir berichten können, freut sich die Redaktion.

Vielleicht haben Sie sogar Lust, in der Redaktion mit zu arbeiten. Wir freuen uns besonders über Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die uns sagen, worauf es in der Klinik ankommt, was man als Nachwuchsmediziner wissen will oder muss!

Neugierig geworden?

Was stand denn in den letzten Ausgaben und wo findet man die noch?

Den aktuellen P@ed-Express und frühere Ausgaben finden Sie auf der Internetseite des BVKJ leider nur recht umständlich, deshalb hier der direkte Link: <https://www.bvkj.de/mitglieder/bvkj-newsletter-paediatric-express>

Für alle, die Zugang zum Pädinform haben, geht's noch einfacher: auf der Seite Päd-Servicebereich unter Zeitschriften unten links finden Sie den Newsletter: [Pädinform/Päd-Servicebereich/P@ediatric-express](#)

Wir wünschen eine erkenntnisreiche Lektüre

Korrespondenzadresse:

Regine Hauch
40545 Düsseldorf
E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Dr. Jörg Schriever
53894 Mechernich
E-Mail: dr.j.schriever@gmx.de

Praxisfieber-Umfrage unter MFAs: „Wo drückt der Schuh?“

Zufrieden mit Arbeit und Gehalt, Defizite bei Pausenzeiten und Sozialräumen

Dieses Jahr war das erste Mal beim PRAXISfieber-live Kongress in Berlin eine Umfrage für uns MFA dabei, die ich sehr gut fand. Es ging diesmal nicht nur um unsere Wünsche an die Fortbildung sondern auch um unsere Zufriedenheit, Entwicklungsmöglichkeiten und Anerkennung im Job. Im Gegensatz zu den Jahren vorher haben die Arbeitgeber verstanden, dass uns MFA auch die Möglichkeit zu Fortbildungen gegeben werden muss, damit wir uns weiterentwickeln können und so auch die Praxis nach vorne bringen.

Die meisten MFA, die in Berlin an der Umfrage teilgenommen haben, finden ihre Arbeit interessant, fühlen sich gefordert und verstehen sich auch gut mit ihren Kolleginnen. Vielfach Kritik gibt es an den Pausenzeiten: sie stehen den MFA zu, in vielen Praxen gibt es dafür jedoch keine festen Zeiten, sie werden gewährt, wenn gerade nichts zu tun ist und werden auch willkürlich unterbrochen. In vielen Praxen gibt es leider auch keinen ausgewiesenen Sozialraum sondern häufig nur einen Raum, der eigentlich für etwas anderes vorgesehen ist.

Mit ihrem Gehalt sind laut Umfrage die meisten MFA zufrieden.

Alles in allem zeigt die Umfrage, dass wir MFAs unseren Beruf mögen. Und sie

macht unseren Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen deutlich: wenn man langfristig Mitarbeiter an den Betrieb binden möchte, sollte man ihnen mit Anerkennung, Wertschätzung begegnen und für ein gutes Betriebsklima sorgen, so dass sie engagiert und motiviert sind und bleiben.

Korrespondenzadresse:

Susi Boeger

Praxis Dr. Hornivius

41061 Mönchengladbach

E-Mail: susi.boeger@uminfo.de

Red.: ReH

auf den • gebracht

Jungenbeschneidung



Dr. Christoph Kupferschmid

Das Dilemma bleibt, bis wir endlich darüber reden

Ein Vater aus Angola wurde im Juni 2018 in Berlin wegen gemeinsamer schwerer Körperverletzung zu zehn Monaten Haft auf Bewährung verurteilt, weil er seinen neun Jahre alten Sohn ohne Einwilligung der sorgeberechtigten Mutter beschneiden lassen hat. Zwei Beschneider hätten den Eingriff auf dem Küchentisch vorgenommen, sie seien keine Ärzte ge-

wesen. Dennoch hätten sie dem Jungen eine Spritze zur örtlichen Betäubung gegeben. Die Namen der Beschneider hat der Vater vor Gericht nicht verraten. Die Mutter des Kindes, die vom Vater geschieden ist, erfuhr erst am Abend von dem Eingriff, als ihr Sohn blutend und schreiend zurückgebracht wurde. Wegen der traumatischen Belastung und der Dauerfolgen sprach das Gericht dem Jungen ein Schmerzensgeld von 7500€ zu.

Soweit die Fakten, die wir beim Frühstück konsumieren und mit einem Stirnrunzeln wieder vergessen. Sie werfen aber ein Licht auf das Dilemma der gesetzlichen Regelung zur Jungenbeschneidung in Deutschland.

Wäre das Kind ein Mädchen gewesen, hätte der Richter kaum eine milde Bewährungsstrafe aussprechen können. Die Strafverfolgungsbehörden hätten zudem wohl intensiv nach den beiden Mitaltern gefahndet. Jede Verstümmelung des weiblichen Genitals ist nach §226a StGB eine Straftat, die mit Gefängnis nicht unter einem Jahr geahndet wird. Hierunter zählen auch kleinste Eingriffe. Dem Vorwurf der grundgesetzwidrigen

Ungleichbehandlung meinten unsere Gesetzgeber dadurch zu entgehen, dass sie die Beschneidung von Jungen als so wenig verletzend definiert haben, dass sie keine Verstümmelung darstellen würde.

Hätte die Mutter eingewilligt, wäre der ganz Vorgang nie ans Licht gekommen. Das Trauma für den Jungen wäre allerdings dasselbe gewesen. Auf der Basis von §1631d BGB, dem „Beschneidungs-Paragrafen“ könnten sich die Eltern sicher wiegen, dass sie in eine Beschneidung einwilligen dürfen. Einen religiös rituellen Hintergrund braucht es nicht. Das Motiv des Vaters, der Junge solle „sauber“ sein, würde wohl akzeptiert. Gänzlich der Rechtsprechung entzogen wäre der Vorgang, wenn er „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ abgelaufen wäre. Einer der Beschneider hätte Arzt sein müssen und in der häuslichen Umgebung für ein steriles Operationsumfeld sorgen, was nicht besonders kompliziert ist: Handschuhe, Mundschutz und ein paar sterile Tücher und Instrumente. Ob der Achtjährige beschnitten werden will, ist zweitrangig. Widerstände verschwinden nach einer adäquaten Dosis Dormicum®.

Beschneidung ist Verstümmelung

Im Bürgerlichen Gesetzbuch kann das Elternrecht so lange über das Recht der Kinder auf körperliche Unversehrtheit gestellt werden, wie die Kinderrechte nicht im Grundgesetz festgeschrieben sind. Objektiv ist die medizinisch nicht notwendige Abtrennung der Vorhaut des Jungen eine Verstümmelung. Sie wird auch vom Vorstand des BVKJ inzwischen als solche benannt. Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peters brandmarkte sie ebenso

wie die Mädchenverstümmelung auf der Kundgebung am 4.5.2018, dem „Welttag der genitalen Autonomie“ in Köln.

Was könnte uns aus diesem Dilemma heraushelfen? Wenn endlich die Kinderrechte im Grundgesetz festgeschrieben würden. Wenn wir den seit sechs Jahren überfälligen gesellschaftlichen Dialog zu diesem Thema führen würden. BVKJ und DAKJ haben immer angeboten, sich daran konstruktiv zu beteiligen. Gerne wurde bisher allerdings gefordert, dass dieser Dialog „ergebnisoffen“ geführt werden soll. Das klingt liberal, ist aber

Unsinn. Das Ergebnis dieses Dialoges muss eine Übereinkunft und schließlich eine Regelung sein, die Menschenrechte und Kinderrechte schützt und gleichzeitig das jüdische und das muslimische Leben in Deutschland ermöglicht.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christoph Kupferschmid

89075 Ulm

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

Red.: ReH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben, wenden Sie sich bitte

an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

Vorläufig erfolglos: Medizinstipendien in Mecklenburg-Vorpommern

In der ersten Runde hatten sich gerade mal 29 Medizinstudierende gemeldet für das Treue-Stipendium von monatlich 300 Euro für angehende Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte, die später in Mecklenburg-Vorpommern praktizieren wollen. Das monatliche Stipendium in Höhe von 300 Euro, das Studierenden verpflichtet, nach dem Studium und der entsprechenden Facharztausbildung für eine Dauer von mindestens fünf Jahren in ländlichen Regionen – ambulant, im Krankenhaus oder im öffentlichen Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommerns – ärztlich tätig zu sein, entfaltet offenbar nicht die gewünschte Wirkung. Dabei hatten sich zunächst große Hoffnungen an das Stipendienprogramm geknüpft, das

das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit aufgelegt hatte.

Eine Million Euro wollte Wirtschaftsminister Harry Glawe bis zum Jahr 2022 für die Unterstützung zur Verfügung stellen. Die Stipendiaten können sich im ländlichen Raum selbst eine Stelle aussuchen, beziehungsweise sich in Abstimmung mit der kassenärztlichen Vereinigung als Arzt oder Ärztin niederlassen, wenn sie damit Patienten haus- oder kinderärztlich versorgen oder ärztlich an einem Krankenhaus tätig sind oder im ganzen Land ärztlich im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiten. Nach Ansicht des BVKJ kann Geld allein angehende Mediziner nicht in die Provinz locken. BVKJ-Assistentensprecher Sebastian Bartels hatte bereits im Juli in dieser

Zeitschrift dafür plädiert, die grundversorgende Medizin von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen grundlegend attraktiver zu gestalten und die eigentliche Arzttätigkeit stärker zu fördern, etwa durch Entbürokratisierung. Auch die Kommunen müssten attraktiver werden durch Investitionen in die Infrastruktur, in Kindertagesstätten, Schulen, Gemeinschaftseinrichtungen, Einkaufsmöglichkeiten, u.a. damit junge Ärzte ihren Familienmittelpunkt in ländliche Regionen verlegen. In Mecklenburg-Vorpommern hat man nun erst einmal die Antragsfrist für die Stipendien verlängert. (Siehe auch S. 536.)

ReH

Kinder- und Jugendarzt erneut an der Spitze

Ergebnis der LA-MED Facharzt-Studie 2018: Fachärzte sind Fachpresse-Fans //
Die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. ist ein Zusammenschluss von Unternehmen, Agenturen und Verlagen im Gesundheitswesen und untersucht alle zwei Jahre u.a. die Wirkung von Kommunikation bei Kinder- und Jugendärzten.

Print weit vor digital

Aktuell liegen nun die Ergebnisse der LA-MED Facharzt-Studie Pädiater 2018 vor. Es wird aufgezeigt, welche Quellen niedergelassene Kinder- und Jugendärzte crossmedial für ihre berufliche Information kombinieren.

Mit deutlichem Abstand baut die Fachzeitschrift (75,7 %) ihren Platz an der Spitze der intensiv genutzten Medien aus. Tagungen und Kongresse (61,3 %), Kollegengespräche (56,3 %) sowie Fachbücher (45,2 %) geben in der Intensivnutzung leicht nach, das Internet legt leicht zu und wird von gut einem Drittel der niedergelassenen Pädiater zur beruflichen Information genutzt.

Reichweite

Das Verbandsorgan „Kinder- und Jugendarzt“ wird mit einer Reichweite von 78,6 % auch in diesem Jahr als die führende pädiatrische Fachzeitschrift für

niedergelassene Kinder- und Jugendärzte bestätigt, allerdings mit einem leichten Minus gegenüber 2016.

Leser-Blatt-Bindung

Ebenfalls Platz eins belegt der „Kinder- und Jugendarzt“ bei der Leser-Blatt-Bindung“, die mit der Frage erhoben wurde, wie stark man den Kinder- und Jugendarzt vermissen würde, gäbe es ihn nicht.

Aktivierungsleistung von medizinischen Fachzeitschriften

Die niedergelassenen Pädiater erteilten auch Auskunft darüber, wozu die Lektüre von Fachzeitschriften sie angeregt hat.

90,1 % gaben an, mindestens einmal neue Therapieformen bzw. Behandlungsmethoden in Erwägung gezogen zu haben.

77,4 % wurden zu einer Teilnahme an einer Fort- und Weiterbildungsmaßnahme angeregt, 72,7 % zum Besuch eines Fachkongresses, einer Tagung oder einer Veranstaltung.

57,9 % bestätigten, nach der Print-Lektüre im Internet weiter recherchiert und dort z.B. auch Fach-Apps heruntergeladen (32,1 %) zu haben.

Diese Angaben dokumentieren die crossmediale Rolle der Fachjournale als relevanter Impulsgeber im Medien-Mix.

Fazit

Bei allen Unterschieden zwischen den pädiatrischen Berufsfeldern Praxis und Klinik zeigt die Studie eines ganz deutlich: Medizinische Fachzeitschriften werden nach wie vor vom Arzt geschätzt und genutzt und bilden damit ein zentrales Element der Facharzt-Kommunikation. Der Kinder- und Jugendarzt nimmt dabei erneut eine herausragende Stellung bei den niedergelassenen Pädiatern ein.

Korrespondenzanschrift:

Bettina Arnold
Hansisches Verlagskontor



Kinder und Bildschirmmedien – Ein Diskurs voller Tücken

Das Papier „Bildung in der digitalen Welt“ der Kultusministerkonferenz, der Modellversuch „100 Medien-Kitas in Bayern“: solche Initiativen stehen in der Kritik, sich zu sehr an den Profitinteressen von Großkonzernen und zu wenig an den Entwicklungsbedürfnissen von Kindern zu orientieren. Die Empfehlungen zum Umgang mit Bildschirmmedien unterscheiden sich sehr stark – je nachdem von welchen Experten welcher Fachrichtungen sie verfasst wurden. Bisher dominiert im politischen Diskurs die Stimme der „Medienexperten“, die Frühdigitalisierung befürworten. Die Stimme von „Suchtexperten“ und „Kinderexperten“, z.B. auch von Kinder- und Jugendärzten, ist enorm wichtig. Denn neben der Medienkompetenzförderung muss auch die Medien(sucht)prävention oder allgemeiner die Vorbeugung gegen Digital-Risiken angemessen berücksichtigt werden. Dazu müssen Vertreter der Kindergesundheit im Diskurs endlich mehr Gehör finden, ohne andererseits in die Falle der schlagzeilentauglichen Vereinfachungen zu tappen. Die BLIKK Studie ist dazu ein guter Anfang. Weiter so!



Prof. Dr. Paula Bleckmann

Eine polarisierte Debatte

Ja nachdem, welches Buch man sich aus dem Regal greift oder welche Fachzeitschrift man abonniert, wird man lesen können, dass Bildschirmmedien unsere Kinder entweder dick, dumm, depressiv, süchtig und gewalttätig machen oder aber fit, klug, fröhlich, unabhängig und sozialkompetent. So schreibt zum Beispiel der Neurobiologe Aric Sigman: „Wenn Kinder weniger Bildschirmgeräte nutzen, ist dabei gar nichts zu verlieren. Indem wir die wachsende Beweislast ignorieren, die

Bildschirmzeit mit Kinder-Gesundheits-Risiken verbindet, sind wir vermutlich für einen der größten Gesundheitsskandale unserer Zeit verantwortlich.“ (1) Game-Designerin Jane McGonigal dagegen ist überzeugt: „Es gibt diese riesige Vielfalt an Digital-Angeboten, die zur Sozialkompetenz, zur Kreativität, zum Lernen, zum Glücklichein beitragen. Und zur körperlichen Fitness. Die Idee, dass wir Games nutzen können, um Übergewicht und Diabetes zu besiegen und dass das wir damit letztlich den Weltfrieden sichern, ist wirklich faszinierend!“ (2)

Chancen und Risiken – Polarisierung schadet

Digitale Euphorie verbreitet McGonigal, wenn sie im Indikativ beschreibt (genau so ist das!), was im Konjunktiv stehen müsste (dies könnte evtl. teilweise in Zukunft verwirklicht werden). Die Aussagen in ihrem Buch „Besser als die Wirklichkeit! Warum wir von Computerspielen profitieren und wie sie die Welt verändern“ sind die einer Visionärin, die Potenziale der Digitalisierung und als Game-Designerin vor allem auch Potenziale von Computerspielen/Apps nutzbar machen möchte. Stichhaltige empirische Belege fehlen, McGonigal beruft sich statt dessen weitgehend auf rührende Beispiele von Einzelpersonen wie das ihrer eigenen Genesungsgeschichte.

Dagegen steht der digitale Pessimismus von Sigman, der sich mit der pauschalen Aussage, es sei „gar nichts zu verlieren“ durch weniger Bildschirmmediennutzung, unnötig angreifbar macht. Im Kern hat er zwar recht: Nach dem Stand der Medienwirkungsforschung sind kausale Zusammenhänge zwischen zeitlich und inhaltlich problematischer Bildschirmmediennutzung bei kleinen Kindern und einer großen Anzahl von z.T. erst viele Jahre später auftretenden negativen Outcomes nachgewiesen. Unter anderem ist das der Fall für Übergewicht, Schlafstörungen, Kurzsichtigkeit, Sprachentwicklungsverzögerungen, Empathieverlust, Konzentrationsschwierigkeiten und auch für Einschränkungen der kognitiven Entwicklung, die sich in schlechteren Schulleistungen manifestieren. Zudem sind hohe Bildschirmzeiten und eine frühe Verfügbarkeit von Bildschirmgeräten in der Kindheit mit einem höheren Risiko für spätere suchtartige Bildschirmmediennutzung (Stichworte Internet Gaming Disorder, Social Networking Addiction) verbunden (3). Und dennoch: Die Pauschalaussage, es sei „gar nicht zu verlieren“, ist falsch:

Was ist mit dem krebskranken Kind im Isolierzimmer, das mit seinen Eltern über Skype in Kontakt bleiben kann? Was ist mit den Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation für Menschen – auch junge Menschen – mit Autismus-Spektrum Störungen? Was ist mit dem Bildschirm, auf dem ein diabeteskrankes Kind seine Insulinpumpe bedient?

Szylia oder Charybdis – Vereinfachung oder Wirkungslosigkeit?

Eine Ausrichtung der digitalen Bildungs- und Gesundheitspolitik nach der digitalen Euphorie einer Jane McGonig-

der ist es kein Zufall, dass die Polarisierer in den Medien so präsent sind. Die allermeisten Journalisten können sich keine differenzierten Antworten leisten, sonst werden sie nicht gelesen. Mit Aussagen ala „einerseits, andererseits“, „es kommt auf das Alter der Kinder und die Art der Mediennutzung an“ kann man den Konkurrenzkampf um die Aufmerksamkeit der medialen Öffentlichkeit („war for eyeballs“) nicht gewinnen. Man kann die Situation mit der Kunst vergleichen, zwischen Szylia und Charybdis hindurch zu segeln: Szylia wäre die unzulässige Vereinfachung der Aussagen, Charybdis die Gefahr, in der öffentlichen Debatte schlicht kein Gehör zu finden. Einen Mittelweg zu

finden, ist nicht leicht! Es ist aber um so wichtiger, da nicht alle Stakeholder im Diskurs überhaupt den Anspruch und die Absicht haben, differenzierte Aussagen an die Öffentlichkeit zu bringen, die den Forschungsstand angemessen wiedergeben. Im Gegenteil. Große Medienkonzerne vertreten ihre Vermarktungsinteressen in den Medien ganz direkt und auch versteckt über geschicktes „public perception management“. Ein Beispiel für die direkte Strategie war die Bewerbung der „Baby Einstein“ DVD-Serie als entwicklungsförderlich. Eine Klage dagegen endete zwar in einer spektakulären Geld-Zurück-Aktion, weil sich herausstellte, dass die Werbeaussagen jeder empirischen Grundlage entbehrten (4). Die „Baby Einstein“ Produkte werden indes weiter vermarktet, nun mit geschickt umformulierten Slogans, die vorab gegen juristische Angreifbarkeit wasserdicht gemacht wurden.

Die Einflussnahme von Großkonzernen auf die öffentliche Meinung ist bedauerlich, aber nach der Profitlogik der Konzerne jedenfalls zu erwarten. Dass dagegen die Bildungspolitik eines demokratischen Staates einseitig digital-euphorisch ausgerichtet wird, ist für mich schon ein kleiner Skandal. Er liegt nach meiner Analyse darin begründet, dass auch in-



Foto: © PacoRomeo - iStock.com

al oder dem digitalen Pessimismus eines Aric Sigman hätte jeweils schlimme Folgen. Die Polarisierung des Diskurses schadet – vor allem unseren Kindern. Lei-

nerhalb der wissenschaftlichen Expertise, die an sich ein Gegengewicht gegen die Einflussnahme von Medienkonzernen bilden könnte, einer spezifischen Expertengruppe praktisch die alleinige Deutungsmacht im Diskurs zugestanden wird. Und das ist die Gruppe, die wir in einer Expertenbefragung von 2013 (5) aufgrund ihres in sich konsistenten und ähnlichen Antwortverhaltens als „Medienexperten“ zusammengefasst haben.

Medienexperten: Kleine Kinder an den Bildschirm!

Die Gruppe setzte sich in der Befragung aus Medienpädagogen, Kommunikationswissenschaftlern, Medienentwicklern und Medienproduzenten zusammen, größtenteils Professoren und Habilitierte. Das Antwortmuster auf unsere Fragen war folgendes: Negative Auswirkungen von Bildschirmmedienkonsum werden als nicht oder kaum belegt angesehen, dagegen werden hohe positive Auswirkungen bereits in frühem Alter als gegeben angenommen. Entsprechend wird ein niedriges Einstiegsalter für die Nutzung empfohlen, zum Beispiel für den Einstieg in die PC-Nutzung im Schnitt ein Alter von viereinhalb Jahren. Auf diese Expertise wird zurückgegriffen, wenn im KMK-Papier „Bildung in der digitalen Welt“ (6) der Early High Tech Hype aus den Bitkom-Positionspapieren (7) nachgebetet wird, wenn besorgniserregende Ergebnisse der Medienwirkungsforschung ausgeblendet werden, wenn die Berücksichtigung von Entwicklungsstand und Gesundheit von Kindern weitgehend fehlt. In Bayern startet demnächst die Initiative „100 Medien-Ki-Tas“ (8). Langfristige Auswirkungen auf Kindergesundheit werden mit Sicherheit nicht erfasst, wenn wiederum die „Medienexperten“ die Begleitforschung durchführen. Gute Technikfolgenabschätzung, welche die langfristigen Chancen und Risiken unterschiedlicher Technologiepfade erfasst, vergleicht und bewertet, sieht anders (9) aus.

Kinderexperten: Kleine Kinder weg vom Bildschirm!

In der Expertenbefragung waren zwei weitere Gruppen vertreten: In der Gruppe der „Suchtexperten“ waren Fachleute mit einem Hintergrund in der Suchtthe-

rapie, Suchtprävention, Public Health, und auch speziell Mediensuchtforscher vertreten. Als „Kinderexperten“ fassten wir Kinder- und Jugendärzte, Neurobiologen, Entwicklungspsychologen, allgemeine Pädagogen zusammen, wie oben größtenteils Professoren und Habilitierte. Das Antwortmuster in diesen beiden Gruppen: Mittlere Wirkstärken bei negativen Bildschirmfolgen, keine positiven Bildschirmwirkungen im Bereich null bis sechs Jahre, moderat positive Wirkungen in höheren Altersstufen. Für alle Bildschirmmedien lag das empfohlene Einstiegsalter weit über dem der „Medienexperten“, zum Beispiel für die PC-Nutzung im Schnitt bei neunzehn Jahren.

Die BLIKK Studie und ihre „verunsichernde Wirkung“

Das Thema Kinder und Bildschirmmedien ist, wie wir gesehen haben, wahrlich ein Diskurs mit Tücken. Mit der BLIKK Studie und mit Empfehlungen an Eltern zum Medienumgang in der Familie mischen sich die Kinder- und Jugendärzte als Vertreter der Gruppe der „Kinderexperten“ mit einer differenzierten und kritischen Haltung zunehmend in die Debatte ein. Gut so! Das ist für die Ausrichtung der Handlungen von Eltern und Pädagogen an der Gesundheit und den Entwicklungsbedürfnissen von Kindern ein großer Gewinn. Wie aber reagiert das Early High Tech Lager auf diese Einmischung, wo man doch zuvor allein das Sagen zu haben glaubte? Da wird auf die Veröffentlichung der BLIKK Studie schon mal heftig reagiert: „Die Empfehlungen der Ärzte zur digitalen Diät, verbunden mit einem Rezept für Medienkompetenz sind aus medienpädagogischer Sicht ziemlich dürftig. Das ist, als würde ich als Medienpädagoge den Medizinern den Tipp geben: „Schlagt dem Patienten einfach mit dem Holzhammer auf dem Kopf. Dann ist der erstmal ruhig.“ (10) Die Logik ist zweifelhaft, die Botschaft ist eindeutig: Die Medizin soll sich bitte in die Medienpädagogik nicht einmischen, denn umgekehrt würde das ja auch nicht funktionieren. In der Fachzeitschrift *merz*, „Medien und Erziehung“, deren Schwerpunktheft im April 2018 sich mit dem Thema „Kita digital: Frühe Medienerziehung“ befasst, wird immer wieder angesprochen, wie man gegen die oftmals vorhandenen Widerstände von pädagogischen Fachkräf-

ten und Eltern den Einsatz digitaler Medien endlich vorantreiben könne. Denn digital muss sie werden, die Kita, darin sind sich alle Autoren einig. Und die BLIKK Studie? Ja, das sei „die in der letzten Zeit wohl am meisten diskutierte Studie (...) Solche Studien führen zur Verunsicherung von Eltern und sind daher nur bedingt tauglich als Handlungsempfehlung für den Alltag.“ Dessen ist sich der Medienpädagoge Klaus Lutz (11) sicher. Schon klar: Solche Studien können und sollen eine wertschätzende medienpädagogische Elternberatung nicht ersetzen, wie wir sie in einem Präventionsprogramm (www.echt-dabei.de) und unserem 2018 erschienenen Buch (Bleckmann/Leipner: Heute mal bildschirmfrei – Das Alternativprogramm für ein entspanntes Familienleben) umzusetzen versuchen. Sie bieten aber eine wichtige empirische Grundlage für Handlungsempfehlungen.

Fazit: Die Einmischung der Kinderexperten ist längst überfällig, und unterstützt eine produktive Verunsicherung der Medienexperten, die aus ihrer naiven Digitalgläubigkeit aufwachen müssen. Das wird inzwischen ohnehin auch von innen heraus gefordert: So wendet sich ein kritischer Medienpädagoge, der eine Jahrestagung organisiert, im Ausschreibungstext gegen die interne „Déformation professionnelle“ seiner Zunft, „die dazu führt, dass aus der Angst, als KulturpessimistIn gelabelt zu werden, geradezu reflexhaft jegliche mediale Artikulation und Nutzungsform überbewertet und bei öffentlicher Kritik verteidigt wird“ (12). Danke, liebe Kinder- und Jugendärzte, dass ihr der Medienpädagogik Futter für diese dringend benötigte Selbstreflexion bietet! Mischt euch weiter ein in den Diskurs um Bildschirme und Kinder, trotz all seiner Tücken! Segelt dabei unverdrossen weiter auf der schmalen Passage zwischen Szylla, der unzulässigen Vereinfachung, und Charybdis, der Gefahr, kein Gehör zu finden.

Info: Eine Literaturliste, geordnet nach den im Text angegebenen Zahlen, gibts bei bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Paula Bleckmann
Alanus Hochschule Alfter
E-Mail: Paula.Bleckmann@alanus.edu

Red.: ReH

„Caillou lernt sterben“: So perfide werden Kindervideos bei YouTube zu Horrorclips für Minderjährige manipuliert

Kinder-Videos von Conny, Caillou und Peppa Wutz werden bei YouTube auf verstörende Art und Weise bearbeitet // Ein Phänomen aus dem düsteren Schattenreich des Internets: Auf YouTube finden sich zahlreiche manipulierte Kinderclips, in denen die beliebten Hauptcharaktere Selbstmord begehen, ertrinken oder gequält werden. Vor einigen Monaten erreichte das Problem eine breite Öffentlichkeit, und die Seitenbetreiber versprachen, sich dessen anzunehmen. Geändert hat sich auf der viel genutzten Plattform wenig. Kinder- und Jugendärzte sollten Eltern auf die Gefahr aufmerksam machen.

Caillou ist mit seiner Kindergarten-Gruppe ins Schwimmbad gefahren. Alle freuen sich über die Wasser-rutsche. Nur Caillou hat Angst; er traut sich zunächst nicht, ins Wasser und in die Arme seiner Erzieherin zu rutschen. Doch dann nimmt er sich schließlich ein Herz und klettert die Leiter zur Rutsche herauf. Bis zu diesem Zeitpunkt ist an dem kurzen Clip nichts Ungewöhnliches zu finden. Aber dann: Caillou rutscht – und ertrinkt. Im Anschluss ist ein Grabstein mit dem Bild des kleinen Zeichentrickjungen zu sehen.

Caillou ist eine französische Kinderbuchfigur, die auch in Deutschland sehr beliebt ist. Auf YouTube finden sich Hunderte Videos, in denen der kleine Junge Abenteuer erlebt. Und an vielen von ihnen wurden herumgebastelt. Die Unterschriften dieser Clips lauten dann „Caillou lernt sterben“ oder „Caillou hat Spaß mit Waffen“. In manchen Videos wird gezeigt, wie er beim Zahnarzt misshandelt wird, in anderen verletzt er sich beim Skifahren oder wird zum Terroristen.

Vertraute Charaktere verhalten sich unerwartet beängstigend

Auf YouTube scheint es regelrecht zu einem Kult geworden zu sein, Videos für Kinder zu manipulieren und die beliebten Charaktere virtuell zu quälen oder bloßzustellen: Peppa Wutz wird entführt, ihr kleiner Bruder George begeht Selbstmord, die Detektivhunde aus „Paw Patrol“ töten sich gegenseitig, und das Baby von Minnie und Mickey Mouse wird in einem Fahrstuhl eingeklemmt oder stirbt in einer Gasexplosion. Die Clips gibt es in allen möglichen Spra-



Foto: © galitskaya - Fotolia.com

chen und auf verschiedenen Channels, doch was sie alle gemein haben: Sie sind absichtlich billig und schlecht bearbeitet und entsprechen damit dem typischen Netz-Humor. So werden beispielsweise in manchen Videos einfache Memes in die jeweilige Geschichte eingebaut; in anderen ruft eine laute Stimme aus dem Off Worte wie „Stirb!“, „Penis“ oder „Ficken“.

Die Zielgruppe der genannten Zeichentrickcharaktere sind Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter. Was von den erwachsenen YouTube-Nutzern, die die entsprechenden Videos bearbeiten, möglicherweise einfach lustig gemeint sein soll, kann die jungen Zuschauer verstören und im schlimmsten Fall Traumata auslösen, da sie der plötzliche Umschwung der Geschichten oder das Auftauchen der fremden Bilder und Worte überrumpelt. Gegenüber der New York

Times erklärte Prof. Michael Rich, Pädiater an der Harvard Medical School, dass diese Videos vor allem deshalb überfordernd seien, weil die Charaktere, die die Kinder eigentlich gut kennen, und denen sie vertrauen, sich unerwartet beängstigend verhalten.

Die Reportage der New York Times erschien im November des vergangenen Jahres; zwei Tage später veröffentlichte der amerikanische Autor und Künstler James Bridle einen Essay zu demselben Thema mit dem Titel „Something is wrong on the internet“ (übersetzt: „Mit dem Internet stimmt etwas nicht“). Bridles Text ging damals viral – und löste eine Debatte aus. Nicht nur stand YouTube.com in der Kritik, sondern auch die App YouTube Kids, die 2015 in den USA und 2017 in Deutschland auf den Markt gekommen war. Denn die Entscheidung, ob ein Video für Kinder geeignet ist oder nicht und damit bei

YouTube Kids zu sehen sein darf, wurde zu dem Zeitpunkt auch in der App noch automatisiert von Algorithmen gesteuert. Erst, wenn ein Video von einem Nutzer gemeldet wird, überprüfte ein YouTube-Mitarbeiter dessen Inhalt.

YouTubes Belohnung-Algorithmus fördert Missbrauch

Die Steuerung durch Algorithmen ist vor allem bei Inhalten für Kinder höchst problematisch, wie eine Analyse in dem US-Magazin The Atlantic zeigt: Kinder nutzen YouTube grundlegend anders als Erwachsene. Sie schauen dieselben Inhalte immer und immer wieder, wodurch eben diese als besonders beliebt angezeigt werden. Für die Videomacher ist es somit ein Leichtes zu erkennen, welche Kindercharaktere die meisten Klicks versprechen. Sie verschlagworten ihre Clips mit denselben Begriffen wie die Originale – beispielsweise „#peppapig #education und #fun“ – und der Algorithmus spielt sie den Kindern aus. Klicken sie sie an, wird dieses Verhalten wiederum vom Algorithmus gespeichert und YouTube schlägt ihnen immer mehr Fake-Videos vor. Das wiederum spornt die Macher in der Hoffnung auf noch mehr Klicks dazu an, immer mehr vermeintlich „lustige“ Inhalte zu produzieren. Der Kreislauf ist perfekt. In seinem Essay klagt James Bridle an: „YouTubes automatische Belohnungssystem fördert Missbrauch.“

Malik Ducard ist bei YouTube für die Kinderinhalte zuständig. Er sagt: „YouTube Kids ist kein betreutes Angebot.“ Im Gespräch mit der New York Times erklärte er Ende des vergangenen Jahres,

es liege weiterhin maßgeblich an den Eltern, Suchbegriffe und oder ganze Kanäle zu deaktivieren beziehungsweise zu melden. Auch deutsche Jugendschützer warnten bereits zum Start der App davor, die Kinder das Angebot unbetreut nutzen zu lassen. So erklärte beispielsweise Anja Zimmermann vom Verbraucherportal Jugendschutz.net: „Begleitung bei der Mediennutzung ist immer notwendig und sinnvoll. Es kann immer mal passieren, dass ein Inhalt das Kind erschreckt. Da ist es besser, wenn Eltern in direkter Nähe sind, um eingreifen und das ganze abfedern zu können.“ Auch bei technischen Problemen oder wenn fälschlicherweise ein Video erscheint, das nicht altersgerecht ist, müssen Eltern eingreifen, so Zimmermann.

Vom Reimspiel zum Mickey-Mouse-Mord in 14 Klicks

YouTube reagierte derweil auf die massive Kritik und verkündete in einem Statement zunächst, dass künftig alle Inhalte auf YouTube.com, die entweder gemeldet und/oder eine Altersbeschränkung hätten, nicht mehr auf YouTube Kids auftauchen sollen. Kurz darauf gab der Konzern außerdem bekannt, insgesamt 10.000 neue Mitarbeiter einzustellen, die ausschließlich dafür zuständig sein sollen, die Inhalte zu überprüfen. Eine Redaktion durch Menschen statt durch Algorithmen solle nun bei der Auswahl im Vordergrund stehen, so YouTube-CEO Susan Wojcicki.

Bei der App scheint dieser Ansatz mittlerweile auch tatsächlich Früchte zu tragen und gut beziehungsweise wenig-

tens besser zu funktionieren. Auch bei längerem Schauen werden ausschließlich Clips der offiziellen Kanäle angezeigt, und selbst wenn proaktiv beispielsweise die Schlagworte „Caillou“ und „Tod“ in die Suchmaske eingegeben werden, finden sich keine Ergebnisse. Dies lässt darauf schließen, dass die Inhalte tatsächlich nicht (mehr) oder zumindest noch deutlich versteckter in der App auftauchen.

Auf YouTube.de zeigt sich allerdings nach wie vor ein grundlegend anderes Bild: Nach wie vor finden sich hier unzählige Clips, die auf die Urängste von (Klein-)Kindern abzielen. Immer wieder erscheinen neue Inhalte; eine der neuesten „Peppa Wutz Verarschen“, in denen das kleine Schweinchen von einem Zug überrollt wird, wurde Ende Mai hochgeladen. Vor wenigen Wochen führte die US-Ausgabe der Wired vor, dass es möglich ist, mit gerade einmal 14 Klicks von einem simplen Reimlied zu einem Mord an Mickey Mouse zu gelangen – einzig durch das Befolgen der YouTube-Vorschläge.

Solange der Belohnungs-Algorithmus bei YouTube weiterhin so funktioniert, wie er es aktuell tut, und an dieser Stelle keine Änderung von Seiten YouTubes vorgenommen wird, sollten Kinder- und Jugendärzte Eltern raten, YouTube.de zur kinderfreien Zone zu erklären und die Kinder – wenn überhaupt – ausschließlich YouTube Kids nutzen zu lassen.

Korrespondenzadresse:

Nora Burgard-Arp

E-Mail: burgardnora@gmail.com

Red.: ReH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

Buchtipps

Prof. Dr. Paula Bleckmann,
Ingo Leipner
**Heute mal bildschirmfrei:
Das Alternativprogramm für
ein entspanntes Familienleben**
Verlag Knaur, 2018, 320 Seiten,
€ 12,99, ISBN 978-3-426-78925-4



Prädikat „Garantiert Praxistauglich“

Jeden Tag haben wir mit den Folgen exzessiven Medienkonsums zu tun. Die meisten Eltern finden, dass ihre Kinder zu viel Zeit vor dem Bildschirm verbringen. Sie möchten ihnen ein gesundes Aufwachsen, aber zugleich auch die Chancen des digitalen Zeitalters ermöglichen. Aber wieviel ist richtig und wie kann man das in der Praxis leben ohne Dauerstress mit dem Nachwuchs? Dieses Buch schließt die Lücke zwischen Theorie und Praxis und hat das Prädikat „verdient“.

Die Autoren gehen dabei von 15 klassischen Alltagssituationen von 0 bis 17 Jahren aus: Die Patentante bringt das Baby mit digitalem Betthupferl zum Schlafen, Maik (8) will Filme außerhalb der Altersfreigabe sehen, weil ALLE seine Freunde das gucken dürfen (=AADDA-Syndrom – „Alle anderen dürfen das aber!“), Lena (11) erhält einen Gewaltporno als Mutprobe in die Klassen-WhatsApp-Gruppe geschickt. Im Fallbeispiel wird zuerst das TINA-Vorgehen („There is no alternative“) präsentiert: das was viele tun und was in unserer Gesellschaft alternativlos zu sein scheint, aber zu problematischen Belastungen der Kinder durch unkritische Mediennutzung führen kann. Die Autoren schildern sachlich und belegen mit Studien, was die TINA-„Lösung“ für die Entwicklung von Kindern bedeuten kann, bleiben aber nicht beim Lamentieren über Mediengefahren stehen. Sie schildern auch eine (ideale)

Lösung des Problems und – mein Favorit – haben viele praktische Vorschläge für gangbare Kompromisse für alle Lebenslagen, in denen die ideale Lösung nicht umsetzbar ist.

Die Autoren schöpfen dabei nicht nur aus vielen Studienergebnissen, sondern auch aus der Erfahrung mit eigenen Kindern und jahrelanger Erfahrung in der Medienberatung und der Ausbildung von Mediencoaches. Durch die Alltagssituationen lesen sich die einzelnen Kapitel des Buches trotz zahlreicher Sachinformationen locker wie Kurzgeschichten (man möchte einfach wissen, wie die Sache ausgeht und wie die Eltern aus den Situationen wieder rauskommen können). Ein wohlwollendes Verständnis für Eltern in sehr unterschiedlichen Lebenslagen strahlt durch das ganze Buch; es fehlt nur eines: der erhobene Zeigefinger. Aber Bleckmann und Leipner zeigen, dass man auch ohne diesen gut zum Mediengebrauch beraten kann – und das war für mich als Kinder- und Jugendarzt eine wertvolle Inspiration für meine tägliche Arbeit. Gedacht ist das Buch aber in erster Linie für Eltern, die tagtäglich vor den Herausforderungen des digitalen Zeitalters stehen. Es gehört in jede Praxisbibliothek.

Korrespondenzadresse:

Dr. Rupert Dernick
Kinder- und Jugendarzt
Freiligrathstr. 269, 26386 Wilhelmshaven
Tel. 04421/60027, www.FamilienErgo.de

Red.: ReH

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

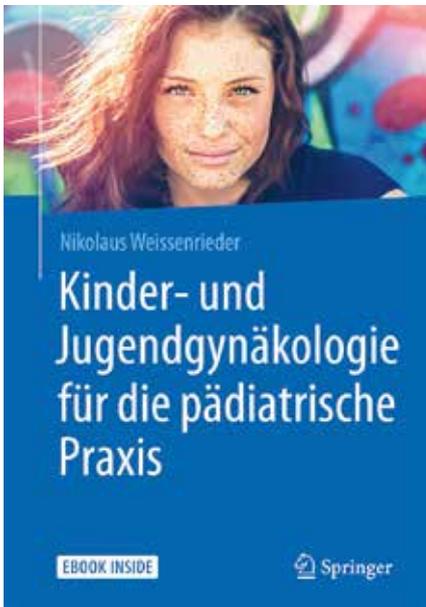
Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

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

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

Buchtipp

Nikolaus Weissenrieder
**Kinder- und Jugendgynäkologie
 für die pädiatrische Praxis**
 Springer Verlag Berlin Heidelberg,
 2018, 252 Seiten, 20 s/w Abb.,
 200 Abb. in Farbe,
 Softcover und eBook:
 ISBN 978-3-662-55527-9, € 59,99,
 eBook: ISBN 978-3-662-55528-6,
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-55528-6>, € 46,99



Nikolaus Weissenrieder, einer der wenigen Pädiater, die sich über Jahrzehnte intensiv der Kinder- und Jugendgynäkologie gewidmet haben und der vielen als Referent zu diesem Thema wertvolle Tipps für die tägliche Praxis gegeben hat, hat nun einen symptomorientierten Leitfaden speziell für die kinder- und jugendärztliche Praxis erstellt. Erfahrungen aus 25 Jahren als Pädiater und Gynäkologe fließen in dieses Buch ein, das mithilfe von zahlreichen Fotos, Zeichnungen und Tipps anschaulich und praxisnah erklärt, welche Untersuchungstechniken der Kinder- und Jugendgynäkologie auch in der pädiatrischen Praxis einsetzbar sind.

Er zeigt darüber hinaus auf, welche relevanten Krankheitsbilder und Fehlbildungen auch Pädiater kennen sollten, unterschieden nach häufig, gelegentlich und seltener auftretenden Symptomen. Mit vielen Beispielen aus der Praxis werden hilfreiche Anregungen auch für die Kommunikation mit Mädchen und Hinweise für Themen im Rahmen der Prävention vermittelt.

Es soll den Einstieg in die Kinder- und Jugendgynäkologie in der Praxis erleichtern, eine Hilfestellung bei den wichtigsten und häufigsten Erkrankungen bieten, mit denen Kinder- und Jugendärzte konfrontiert werden. Das Symptom, das beim Vorstellungsanlass im Vordergrund steht, soll zu Diagnose und Differentialdiagnose führen und die richtige Therapie auslösen. Praxistipps und Merksätze erleichtern den Einsatz im Alltag, sollen aber nicht den interdisziplinäre Austausch bei

der umfassenden Betreuung der Patientinnen ersetzen.

Kinder- und jugendgynäkologische Fragestellungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen werden ebenso besprochen wie verschiedene Themen der Prävention wie Hygiene, Kontrazeption und Vermeidung sexuell übertragbarer Erkrankungen. Das Erkennen bzw. die Prävention von sexueller Gewalt und genitaler Beschneidung bei Mädchen wird praxisrelevant dargestellt.

Dieses Buch erhebt nicht den Anspruch, ein wissenschaftliches Lehrbuch der Kinder- und Jugendgynäkologie darzustellen. Es ist eine wertvolle Hilfe im Praxisalltag und sollte das Interesse wecken, sich durch die interdisziplinären, praktischen Kurse zur Kinder- und Jugendgynäkologie, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie oder dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte regelmäßig angeboten werden, fortzubilden. Das Buch soll die Freude vermitteln, Mädchen in allen Entwicklungsstufen vom Säugling bis zur Frau ein kompetenter, auch in der Kommunikation geschulter, medizinischer Ansprechpartner zu sein, der sie als Lotse im Gesundheitssystem begleitet.

Ergänzt wird das Buch um einen Serviceteil mit Adressen, Links und Normwerten.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

KINDER- UND JUGENDARZT

im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im Oktober 2018

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Sigrid Annemüller**, Darlingerode, am 01.10.1953
 Frau Dr. med. **Anne Hetzinger**, Schorndorf, am 03.10.1953
 Frau Dr. med. **Elisabeth Holfeld**, Cottbus, am 08.10.1953
 Frau Dipl.-Med. **Sabine Maruschke**, Neumünster, am 09.10.1953
 Frau Dr. med. **Eva Hoppe**, Hundsmühlen/Oldenburg, am 09.10.1953
 Frau Dipl.-Med. **Elke Zelazny**, Berlin, am 10.10.1953
 Frau Dr. med. **Heike Dudlitz**, Eggersdorf, am 11.10.1953
 Herr Dr. med. **Rainer-Michael Haase**, Flensburg, am 12.10.1953
 Frau Dr. med. **Susanne Dalhoff**, Lübeck, am 14.10.1953
 Herr Dr. med. **Dieter Becker**, Attendorn, am 15.10.1953
 Herr Dr. med. **Reinhold Egidi**, Linden, am 15.10.1953
 Frau Dr. med. **Karin Reinitz-Rademacher**, Hattingen, am 16.10.1953
 Herr **Ingo Meyer**, Castrop-Rauxel, am 18.10.1953
 Herr Dr. med. **Stephan Fösel**, Schonungen, am 26.10.1953
 Frau Dipl.-Med. **Anke Natho**, Berlin, am 26.10.1953
 Frau Dr. med. **Sabine Knappe-Andree**, Potsdam, am 27.10.1953
 Herr Dr. med. **Harald Brandt**, Radevormwald, am 27.10.1953
 Frau Dr. med. **Elisabeth Wegner**, Wardenburg, am 28.10.1953
 Frau Dr. med. **Christine Mädge**, Stendal, am 30.10.1953
 Frau Dipl.-Med. **Carla Herbst**, Königsee, am 31.10.1953

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Ulrich Mutschler**, Hamburg, am 03.10.1948
 Frau **Valentine Zacher**, Oerlinghausen, am 10.10.1948
 Frau Dr. med. **Hiltrud Weinel**, Mannheim, am 10.10.1948
 Herr Dr. med. **Wolfgang Scheel**, Steinheim, am 10.10.1948
 Herr Dr. med. **Michael Hirner**, Leimen, am 14.10.1948
 Frau Dr. med. **Inge Laukner**, Neuenhagen, am 17.10.1948
 Herr Dr. med. Dr. rer. pol. **Dietrich Kliner**, Neumarkt, am 18.10.1948
 Herr Dr. med. **Wolfgang Klix**, Kiel, am 22.10.1948
 Herr Dr. med. **Gernot Bergen**, Haßfurt, am 23.10.1948
 Frau Dr. med. **Hannelore Brosch**, Krefeld, am 25.10.1948
 Herr **Axel Dworniczak**, Castrop-Rauxel, am 28.10.1948
 Frau Dr. med. **Heide von Essen**, Kronberg, am 31.10.1948
 Herr **Achim Donert**, Hannover, am 31.10.1948

75. Geburtstag

Frau **Christel Gasser**, Heilbad Heiligenstadt, am 02.10.1943
 Frau Dr. med. **Barbara Protzmann**, Coswig, am 06.10.1943
 Frau Dr. med. **Sigrid Pfister**, Magdeburg, am 06.10.1943
 Herr Dr. med. **Ernst Schubert**, Büchenbach, am 07.10.1943
 Herr Dr. med. **Harald Brozio**, Neuenbürg, am 07.10.1943
 Herr Dr. med. **Bernd Himmelhan**, Frankenthal, am 09.10.1943
 Herr **Udo Folkerts**, Kleinmachnow, am 12.10.1943
 Herr Dr. med. **Michael Tigges**, Hemer, am 13.10.1943

Herr Dr. med. **Hartmut Starck**, Eiche, am 16.10.1943
 Herr Dr. med. **Lars Sander**, Bad Kreuznach, am 24.10.1943
 Herr Dr. med. **Heinrich Winter**, Köln, am 26.10.1943
 Frau Dr. med. **Barbara Treffer**, Burgstädt, am 26.10.1943

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Sigrun Menze**, Bornheim, am 01.10.1938
 Frau Dr. med. **Eleonore Geßner**, Lörrach, am 02.10.1919
 Herr Dr. med. **Horst Hauptmann**, Neusäß, am 03.10.1936
 Frau Dr. med. **Karin Bohn**, Saarbrücken, am 04.10.1934
 Herr Dr. med. **Werner August**, Hechingen, am 06.10.1938
 Frau Dr. med. **Ilse Ahlert**, Oberursel, am 06.10.1933
 Frau Dr. med. **Eleonore Moebes-Oberlies**, Krefeld, am 06.10.1938
 Frau Dr. med. **Irmgard Wittek-Schäfers**, Recklinghausen, am 07.10.1921
 Frau Dr. med. **Freya Labitzke**, Recklinghausen, am 07.10.1938
 Frau Dr. med. **Ingrid Peuker**, Erkrath, am 08.10.1937
 Frau Dr. med. **Martina Mechel**, Halle, am 12.10.1935
 Frau Dr. med. **Maria Frankenberger**, Bad Kreuznach, am 12.10.1938
 Frau **Helga Maczat**, Nürnberg, am 13.10.1937
 Herr Dr. med. **Helmuth von Kaehne**, Mühlthal, am 14.10.1935
 Herr Dr. med. **Wolfgang Gey**, Kassel, am 16.10.1936
 Herr Dr. med. **Fritz Engelhardt**, Nürnberg, am 16.10.1937
 Frau Dr. med. **Eva Elsner**, Zepernick, am 16.10.1931
 Herr Prof. Dr. med. **Jürgen Natzschka**, Hannover, am 18.10.1931
 Herr Dr. med. **Peter Hirschbrunn**, Massbach-Weichtungen, am 20.10.1936
 Herr Dr. med. **Heinrich Brückner**, Frankfurt/Oder, am 20.10.1928
 Herr Dr. med. **Josef Pelster**, Siegen, am 22.10.1937
 Frau Dr. med. **Ingrid von Pawel**, Berlin, am 23.10.1938
 Frau Dr. med. **Irene Banach**, Recklinghausen, am 23.10.1932
 Herr Dr. med. **Heinrich Mattern**, Göppingen, am 24.10.1931
 Frau Dr. med. **Elisabeth Ilgmann**, Bad Segeberg, am 24.10.1938
 Frau MR Dr. med. **Ingrid Polster**, Leipzig, am 25.10.1935
 Frau Dr. med. **Ingeborg Fuchs**, Würzburg, am 27.10.1929
 Frau MR Dr. med. **Ingrid Bauer**, Klingenthal, am 29.10.1937

Wir trauern um:

Frau Dipl.-Med. **Barbara Kirsten**, Chemnitz
 Frau Dr. **Elsbeth Szadkowski**, Norderstedt

Im Monat Juli durften wir 26 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,
sie öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.

**Bayern**

Frau Dr. med.
Kristina Estenfelder

**Niedersachsen**

Frau Dr. med.
Ariane Richter

**Schleswig-Holstein**

Herrn Dr. med.
Thorsten Horter

**Berlin**

Frau **Nicola Beck-Genilke**
Frau **Silke von Heymann**
Frau **Maria Komlos**

**Nordrhein**

Frau Dr. med.
Verena Friemann
Frau **Susanne Nebermann**
Frau **Eva-Maria Otto**

**Westfalen-Lippe**

Herrn Dr. med.
Olaf von Delft
Frau Dr. med.
Silvia Rummel

**Hessen**

Frau **Julia Chatzopoulos**

Fortbildungstermine

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

22. September 2018

Immer etwas Neues in Bonn

Auskunft ⑤

11.-14. Oktober 2018

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

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

Auskunft: ⑤

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn, Auskunft: ③

10. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

Auskunft: ③

10.-11. November 2018

Praxisabgabeseminar in Fulda

Auskunft ⑤

21. November 2018

Immer etwas Neues in München

Auskunft ⑤

30. November-1. Dezember 2018

8. Berliner Kongress für Kinder- und Jugendmedizin & 8. Berliner Kongress für praktische Pädiatrie für Medizinische Fachangestellte

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

Auskunft: ①

1. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Oldenburg

Auskunft ⑤

8. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Stuttgart

Auskunft ⑤

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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

NYDA®-Verordnung ist Grundlage einer evidenzbasierten Kopflaustherapie

Studien belegen // Eine erfolgreiche Kopflausbehandlung gelingt nur, wenn neben adulten Parasiten auch Larven und Nissen zuverlässig abgetötet werden. Mit NYDA® steht für diese Therapieanforderungen ein hochwirksames, sicheres und sehr gut verträgliches Pedikulozid zur Verfügung. Das belegt eine umfassende Studienlage.

In einer 2008 durchgeführten randomisierten, kontrollierten, untersucherblinden Vergleichsstudie bei Kindern mit hochgradiger Pediculosis capitis erzielte NYDA® eine Heilungsrate von 97 Prozent.¹ Diese hervorragende pedikulozide Wirkung bestätigt auch eine In-vitro-Untersuchung, bei der das 2-Stufen-Dimeticon bereits nach fünf Minuten und zu allen weiteren Untersuchungszeitpunkten dank seiner einzigartigen Kriech- und Spreiteigenschaften 100 Prozent der Kopfläuse abgetötet hatte.²

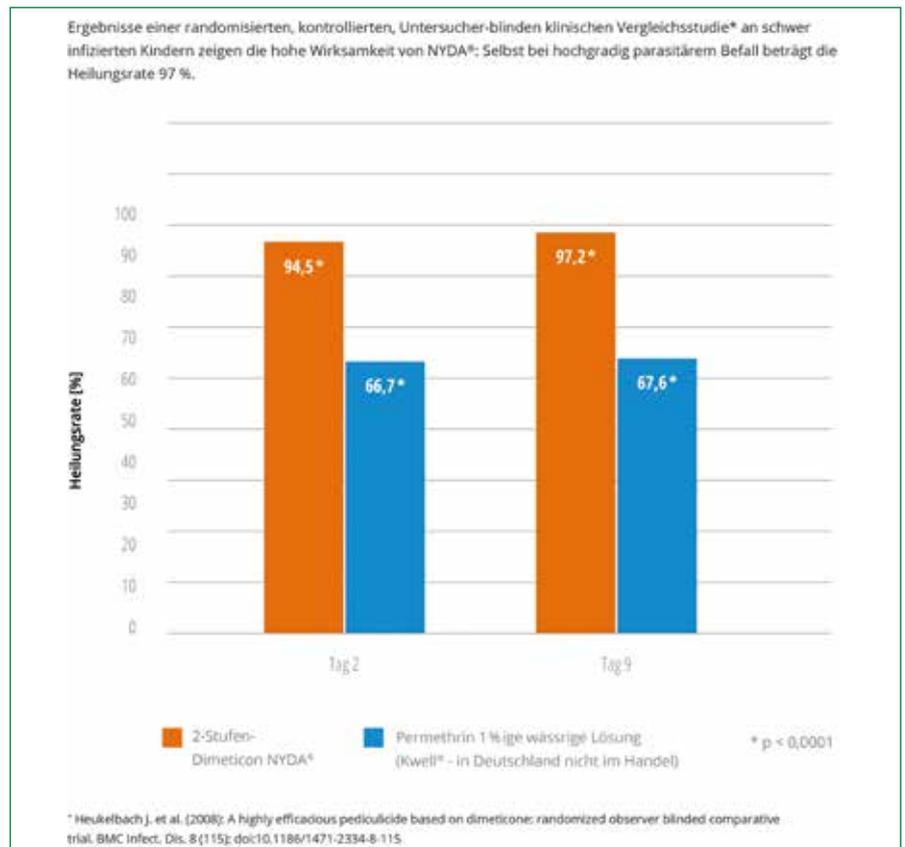
NYDA® unterbindet zuverlässig Zyklus des Kopflausbefalls

Zusätzlich zu den Kopfläusen bekämpft NYDA® auch Nissen effektiv. In einer groß angelegten In-vitro-Studie hat NYDA® bei Eiern aller Altersstufen das Schlüpfen vollständig unterbunden.³

Durch die effektive Bekämpfung der Nissen verhindert NYDA® eine Ausbreitung des Befalls und unterbindet so zuverlässig Kleinstepidemien innerhalb der Familie. Bereits direkt nach der ersten Anwendung von NYDA® ist der Läusebefall nicht mehr ansteckend. Das Robert Koch-Institut empfiehlt trotzdem für alle Läusemittel eine Wiederholung der Behandlung nach 8–10 Tagen.

Sehr gut verträglich und anwenderfreundlich

Auch ÖKO-TEST bewertet das Pedikulozid mit dem einzigartigen 2-Stufen-Dimeticon mit „sehr gut“.⁴ Das renommierte Verbrauchermagazin hatte 2017 insgesamt 16 Läusemittel hinsichtlich Verträglichkeit und Wirksamkeit untersucht sowie die klinischen Belege zur Wirksamkeit der Läusemittel überprüft. Neben NYDA® erhielt nur ein weiteres Produkt die Note „sehr gut“.



Durch seine ausgesprochen gute Verträglichkeit kann NYDA® ohne Altersbeschränkung sowie in der Schwangerschaft und auch in der Stillzeit angewendet werden. Zudem erleichtert der spezielle NYDA® Läuse- und Nissenkamm die Diagnose und dient zum Entfernen abgetöteter Parasiten nach der Behandlung. Seine effiziente Funktion wurde ebenfalls in einer klinischen Untersuchung nachgewiesen.⁵ Der NYDA® Läuse- und Nissenkamm ist das einzige Hilfsmittel in diesem Bereich, das erstattungsfähig ist.

Quellen

1. Heukelbach, J., et al. (2008): „A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial“. BMC Infectious Diseases 2008, 8 (115).

2. Oliveira, F. A. S., et al. (2008): „In-vitro-Wirksamkeit von fünf gängigen Kopflausprodukten“. Monatsschrift Kinderheilkunde; Suppl. 1.
3. Strycharz, J. P., et al. (2012): „Ovicidal response of NYDA formulations on the human head louse (Anoplura: Pediculidae) using a hair tuft bioassay. Journal of Medical Entomology, 2012; 49 (2): 336(–342).
4. ÖKO-TEST-App Eltern 11/ 2017.
5. Kurt, Ö., et al. (2009): Comparison of two combs in the detection of head lice in school children. Türkiye Parazitol. Derg. 33 (1); 50–53.

**Nach Informationen von
G. Pohl-Boskamp GmbH,
Hohenlockstedt**

HAE-Therapie: Auf die Attacke vorbereitet sein

10 Jahre HAE-Therapie mit Firazyr® // Das hereditäre Angioödem (HAE) manifestiert sich in vielen Fällen bereits im Kindesalter. Die Unberechenbarkeit der Attacken und ihre potenzielle Lebensgefahr können den Alltag der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen erheblich beeinträchtigen. Durch eine rechtzeitige Diagnose sowie eine geeignete Therapie mit den zur Verfügung stehenden Optionen lässt sich die Belastung durch diese chronische Erkrankung deutlich reduzieren.

Das hereditäre Angioödem (HAE) wird autosomal-dominant vererbt, das heißt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Elternteil mit HAE die Krankheit weitergibt, beträgt 50 Prozent. Bei schätzungsweise 25 Prozent der Patienten liegen Neumutationen vor. Diese betreffen das Gen des C1-Inhibitors (C1-INH), eines wichtigen Hemmstoffs in der Kallikrein-Kinin-Kaskade. Bei zu niedriger C1-INH-Konzentration oder zu geringer Aktivität kommt es zum übermäßigen Anstieg der Bradykinin-Konzentration in den Blutgefäßen, nachfolgend zu Vasodilatation, einer erhöhten vaskulären Permeabilität und zu rezidivierenden Schwellungen im Haut- und Schleimhautgewebe. Hautschwellungen im Gesicht und an den Extremitäten oder Genitalien können entstellend und funktionseinschränkend sein. Ist der Magen-Darm-Trakt betroffen, leiden die Patienten unter schmerzhaften Koliken, Diarrhö, Übelkeit und Erbrechen. Besonders gefürchtet wegen der Erstickenungsgefahr sind Manifestationen im Bereich des Kehlkopfs, des Rachens oder der Zunge.

Rechtzeitige Diagnose kann lebensrettend sein

Wann die Schwellungsattacken auftreten, ist nicht vorhersehbar. Die meisten HAE-Patienten haben die erste Episode bis zum 20. Lebensjahr erlitten. Ein früher Beginn der HAE-Symptome kann ein Prädiktor für einen schwereren Erkrankungsverlauf sein. Kinder mit einem betroffenen Familienangehörigen sollten

Infobox:

Unter www.leben-mit-hae.de finden Ihre Patienten und Interessierte Wissenswertes und Nützliches zum hereditären Angioödem.



Kurzinterview Dr. Inmaculada Martinez Sager, HZRM Hämophilie Zentrum Rhein Main GmbH Mörfelden-Walldorf

Frage: Was hat sich für pädiatrische HAE-Patienten mit der Zulassung von Firazyr® geändert?

Antwort: Der Bradykinin-B2-Rezeptor-Antagonist stellt eine erhebliche Erweiterung des Therapiespektrums für Kinder und Jugendliche mit HAE dar. Aufgrund der subkutanen Applikation wird die Bedarfsbehandlung von Attacken bei diesen Patienten wesentlich einfacher.

Frage: Auf welchen Daten basiert die Zulassung von Firazyr® bei pädiatrischen Patienten?

Antwort: Auf einer Phase-III-Studie mit 32 HAE-Patienten im Alter von 2-18 Jahren. Die mediane Zeit bis zum Beginn der Symptombesserung betrug 1 Stunde.³

deshalb unbedingt auf HAE untersucht werden, damit sie möglichst früh eine adäquate Therapie erhalten.¹ Auch bei negativer Familienanamnese liegt der Verdacht auf HAE bei wiederholten Hautschwellungen und krampfartigen Bauchschmerzen, Hautschwellungen ohne Quaddeln und/oder fehlendem Ansprechen von Antihistaminika und Kortison nahe.

Die HAE-Diagnostik umfasst die Bestimmung der C1-INH-Konzentration und -Aktivität sowie die Konzentration des Komplementfaktors C4.^{1,2} Laut Prof. Dr. Konrad Bork, Hautklinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Mainz, ist die Zuverlässigkeit der Bestimmungen dieser Laborparameter erst ab Vollendung des ersten Lebensjahres gegeben.

Leitliniengerechte Therapie

Die Behandlung eines HAE sollte nach den aktualisierten Leitlinien der World Allergy Organization (WAO) und European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) erfolgen.² Zur Bedarfs-therapie akuter HAE-Attacken steht der subkutan zu applizierende Bradykinin-B2-Rezeptor-Antagonist Icatibant (Firazyr®) sowie intravenös zu verabreichende C1-Inhibitoren zur Verfügung.² Icatibant hat der HAE-Therapie seit der Zulassung 2008

bereits mehrmals entscheidende Impulse gegeben: Es war in dieser Indikation die erste subkutane Applikationsform und das erste zugelassene Medikament zur Selbstanwendung. Und inzwischen ist es das erste und bislang einzige zugelassene Medikament zur subkutanen Behandlung von HAE-Attacken bei pädiatrischen Patienten ab zwei Jahren (siehe Kurzinterview).⁴ Für das gesamte Spektrum der Langzeit- und Kurzzeitprophylaxe ist aktuell nur das C1-INH-Konzentrat Cinryze® zugelassen: Ab einem Alter von zwei Jahren zur Prophylaxe von Angioödem-Attacken vor einem medizinischen Eingriff; ab sechs Jahren bei Kindern mit schweren und wiederkehrenden HAE-Attacken zur Routineprophylaxe.⁵

Autorin: Dr. Claudia Bruhn

Quelle

Symposium „HAE im Fokus – 10 Jahre Firazyr“ am 15. und 16. Juni in Berlin, veranstaltet von Shire Deutschland

Literatur

1. Farkas H et al. Allergy 2017; 72(2):300-313
2. Maurer M et al. Allergy 2018; 73(8):1575-1596
3. Farkas H et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2017; 5: 1671-1678.e2.
4. Fachinformation Firazyr®, Stand 04/2018
5. Fachinformation Cinryze®, Stand 02/2018

**Nach Informationen von
Shire Deutschland GmbH, Berlin**

Ein Jahr Nusinersen (Spinraza®): Erfahrungen mit dem ersten zugelassenen Wirkstoff bei 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie

Seit Juli 2017 ist mit Nusinersen (Spinraza®) erstmals eine kausale, krankheitsmodifizierende Therapie für die Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA) im deutschen Markt verfügbar¹. Dies hat zu einer neuen Lebensperspektive für viele Menschen mit SMA beigetragen.^{2,3} Für Ärzte haben sich im klinischen Alltag ebenfalls neue Aspekte hinsichtlich der Behandlung und des Therapiemanagements ergeben. Prof. Dr. Andreas Hahn, Gießen, und PD Dr. Tim Hagenacker, Essen, berichteten auf einer Veranstaltung von Biogen über aktuelle Erfahrungen zur Therapie mit Nusinersen aus dem ersten Jahr nach Zulassung.

Die Rolle des neuromuskulären Experten – egal ob Pädiater, Neuropädiater oder Neurologe – hat sich durch die Fortschritte in den vergangenen Jahren grundlegend gewandelt⁴, stellte Hagenacker fest. „Der behandelnde Arzt bleibt zwar weiterhin ein interdisziplinärer Koordinator, ist aber zugleich auch Therapeut mit einer medikamentösen Intervention geworden.“ Nach Ansicht des Experten kommen dadurch neue Aufgaben auf die Ärzte zu, unter anderem zu Aspekten der Verlaufskontrolle sowie perspektivisch zum Management beim Übergang ins Erwachsenenalter. „Hier geht es darum, bei mehreren Fachgruppen ein breites Wissen zur Indikation und zu den Therapiemöglichkeiten zu schaffen und den multidisziplinären Austausch zu intensivieren.“

Für Säuglinge und Kleinkinder (infantile SMA, ≤ 6 Monate) war bis zur Möglichkeit einer medikamentösen Therapie das Erreichen motorischer Meilensteine wie beispielsweise das Heben des Kopfes, freies Sitzen, Stehen oder Gehen undenkbar.⁴ „Sowohl für Patienten als auch Angehörige ist es daher nun schon psychologisch gut zu wissen, dass es eine kausale Therapie gibt“, erläuterte Hahn. Es bestehe die Hoffnung, dass mit Nusinersen das Fortschreiten der Erkrankung gestoppt und Verbesserungen der Muskelfunktion erreicht werden könnten. „Zudem sehen wir, dass Patienten seltener ins Krankenhaus müssen, weniger oft oder gar nicht mehr beatmet werden, sie besser schlucken und ein Verzicht auf eine Magen- oder PEG-Sonde möglich ist.“

Der Wirkstoff Nusinersen sollte gemäß Fachinformation frühestmöglich nach Diagnosestellung einer 5q-assoziierten SMA begonnen werden.¹ Durch



den Einsatz kann in allen Altersgruppen eine Verbesserung der Muskelfunktion erreicht werden, die bei einem unbehandelten Krankheitsverlauf bislang nicht beobachtet werden konnte.^{5,6,7} Die Zulassungsstudien ENDEAR2 und CHERISH3 bei Patienten mit überwiegend infantiler SMA sowie später einsetzender SMA belegten neben der klinisch relevanten Wirksamkeit auch ein positives Nutzen-Risiko-Profil von Nusinersen.

„Aus verschiedenen Gründen sollte eine SMA-Behandlung aus meiner Sicht von Spezialisten durchgeführt werden, hierfür steht in Deutschland eine ausreichende Zahl an etablierten neuromuskulären Zentren zur Verfügung“, erläuterte Hahn. Eine laufend aktualisierte Liste bietet die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke: <http://bit.ly/SMA-DGM>.

Voraussetzung für eine adäquate medizinische Betreuung ist die gesicherte SMA-Diagnose. Hierfür bietet die Archimed Life

Science GmbH einen für niedergelassene Ärzte kostenfreien Gentest per Trockenblutkarte an (www.sma-diagnostics.de). Die Ergebnisse liegen in der Regel bereits innerhalb von einer Woche vor.

Quellen

1. Fachinformation Spinraza®, Stand: November 2017.
2. Finkel RS et al. N Engl J Med 2017; 377(18): 1723-1732.
3. Mercuri E et al. N Engl J Med 2018; 378(7): 625-635.
4. Faravelli I et al. Nat Rev Neurol 2015; 11(6): 351-359.
5. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP): Summary of opinion (initial authorisation); 21 April 2017; EMA/181654/2017.
6. Castro D. AAN Emerging Science Platform Session, 24. April 2018: Clinical Trials Plenary Session, #003.
7. Montes J et al. Neurology 2018; 90(15 Suppl): P2.322.

**Nach Informationen von
Biogen GmbH, Ismaning**

Pro-, Pre- und Postbiotika: wichtig für Darmflora und Immunsystem

In der Darmflora – auch Darmmikrobiota genannt – tummeln sich ca. 100 Billionen Bakterien sowie die große Mehrheit aller Immunzellen des menschlichen Körpers. Dadurch kommt der Entwicklung einer gesunden Darmflora bereits im Säuglingsalter eine entscheidende Rolle zu: Sie bildet die Basis für eine gute Immunabwehr im späteren Leben. Eine wichtige Position nimmt an dieser Stelle die Muttermilch ein, da sie für eine ausgewogene Darmmikrobiota wichtige Inhaltsstoffe wie Pro-, Pre- und Postbiotika enthält.

Die Darmmikrobiota setzt sich aus einer Kombination von wünschenswerten und potenziell schädlichen Bakterien zusammen. Ist das Zusammenspiel ausgewogen, ist sie unser Schutz von innen. Kommt es zu einem Ungleichgewicht in der Bakterienzusammensetzung der Darmflora, spricht man von einer Dysbiose. Diese kann durch externe Faktoren, wie zum Beispiel durch Luftverschmutzung oder eine Antibiotikabehandlung, entstehen und in der Folge Infektionen, Adipositas oder Diabetes hervorrufen.

Von klein auf wichtig: die Entwicklung einer gesunden Darmflora

Der Grundstein für eine gesunde Darmflora wird in der Schwangerschaft gelegt, die Entwicklung dauert dann bis ins Kleinkindalter an. Der Aufbau einer ausgewogenen Darmmikrobiota in dieser Zeit ist prägend für die langfristige Gesundheit. Denn das Mikrobiom – sprich die Gesamtheit der Keime im Körper – bleibt ab der Kindheit weitestgehend stabil und kann im Erwachsenenalter nur noch bedingt beeinflusst werden.

Bei der Entwicklung der Darmflora ist der Faktor Ernährung von großer Bedeutung – vor allem die Ernährung durch Muttermilch. Denn Muttermilch enthält verschiedene Bestandteile, die allesamt wichtig für eine positive Entwicklung der Darmflora sind.

Pro- und Prebiotika: die guten Bakterien und ihr „Futter“

Muttermilch enthält von Natur aus Bakterien. Dazu zählen Bifidobakterien und Laktobazillen, die nützlich für die Darmflora sind.¹⁻⁴ Bifidobakterien pro-

duzieren Essig- und Milchsäure, die wiederum eine saure Umgebung schaffen. Dadurch wird Krankheitsregern das Wachstum erschwert.⁵

Prebiotika wiederum stellen das „Futter“ für diese guten, erwünschten Bakterien dar. In der Muttermilch sind große Mengen an Milch-Oligosacchariden (HMOs) enthalten. Da diese von menschlichen Enzymen nicht verwertet werden können, gelangen sie unverdaut in den Dickdarm. Dort können sie von den gesundheitsfördernden Darmbakterien verstoffwechselt werden, so dass sie die Entstehung einer bifidusdominanten Darmflora unterstützen.⁶

Postbiotika: bakterielle Stoffwechselprodukte mit immunologischen Effekten

Zudem enthält Muttermilch sogenannte Postbiotika. Diese sind bakterielle Stoffwechselprodukte oder Enzyme. Sie werden von nützlichen Mikroorganismen produziert oder mit deren Beteiligung hergestellt. Im Labor haben Postbiotika bereits eine Vielzahl an immunologischen Effekten gezeigt.⁷ In Studien haben sich beispielsweise Bacteriocine⁸, Signalmoleküle⁹ oder bakterielle Polyphosphate¹⁰ durch Immunmodellierung positiv auf die Darmflora ausgewirkt. Durch die zusätzliche Gabe von Postbiotika in Säuglingsnahrung konnte darüber hinaus ein erhöhter Anteil an Bifidobakterien festgestellt werden.¹¹

Eine gesunde Darmflora im Säuglingsalter sorgt für ein stabiles und gesundes Darmmilieu auch im späteren Alter, was wiederum Voraussetzung für eine gute Infektabwehr^{12,13} ist. Da die Darmflora in dieser Zeit maßgeblich durch Muttermilch beeinflusst wird, fällt somit auch ihren Inhaltsstoffen wie Pre-, Pro- und Postbiotika eine große Bedeutung zu.

Quellen

1. Donnet-Hughes A et al. Potential role of the intestinal microbiota of the mother in neonatal immune education. *Proc Nutr Soc* 2010;69:407-15
2. Pérez-Cano FJ et al. Influence of breast milk polyamines on suckling rat immune system maturation. *Dev Comp Immunol* 2010;34:210-8
3. Maldonado J et al. Human milk probiotic *Lactobacillus fermentum* CECT5716 reduces the incidence of gastrointestinal and upper respiratory tract infections in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54:55-61
4. Martín V et al. Inhibition of human immunodeficiency virus type 1 by lactic acid bacteria from human breastmilk. *Breastfeed Med* 2010;5:153-8
5. Di Constanzo M et al. Gut microbiota as a target for food allergy. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 2016;63:511-3
6. Boehm G, Stahl B. Oligosaccharides. In: *Functional dairy products*. Mattila-Sandholm T. Woodhead Publ 2003 Cambridge
7. Tsilingiri K, Rescigno M. Postbiotics: what else?. *Beneficial Microbes* 2013;4:101-7
8. Tsilingiri K, Rescigno M. Postbiotics: what else?. *Beneficial Microbes* 2013;4:101-7
9. Li J, Wang W, Xu SX, Magarvey NA, McCormick JK. *Lactobacillus reuteri*-produced cyclic dipeptides quench agr-mediated expression of toxic shock syndrome toxin-1 in staphylococci. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;108:3360-5
10. Segawa S, Fujiya M, Konishi H, Ueno N, Kobayashi N, Shigyo T, Kohgo Y. Probiotic-derived polyphosphate enhances the epithelial barrier function and maintains intestinal homeostasis through integrin-p38 MAPK pathway. *PLoS One* 2011;6:e23278
11. Mullié C et al. Increased poliovirus-specific intestinal antibody response coincides with promotion of *Bifidobacterium longum*-infantis and *Bifidobacterium breve* in infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatr Res* 2004;56:791-5
12. Oozeer R, van Limpt K, Ludwig T, Ben Amor K, Martin R, Wind RD, Boehm G, Knol J. Intestinal microbiology in early life: specific prebiotics can have similar functionalities as human-milk oligosaccharides. *Am J Clin Nutr* 2013;98:561S-71S
13. Kaplan JL, Shi HN, Walker WA. The role of microbes in developmental immunologic programming. *Pediatr Res* 2011;69:465-72

**Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH, Frankfurt/M.**

Mehr Flexibilität im Impfplan: Säuglinge können jetzt mit weniger Impfdosen gegen Meningokokken B geschützt werden

Neues, alternatives 2+1 Impfschema für den Meningokokken B-Impfstoff Bexsero bei Säuglingen im Alter von 3-5 Monaten in Europa zugelassen

Nach der Zulassung eines alternativen Impfschemas¹ für Bexsero durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) haben Pädiater nun mehr Möglichkeiten Säuglinge vor invasiven Meningokokken Erkrankungen (IME) zu schützen, die durch die Sero-Gruppe B verursacht werden.

Das reduzierte Impfschema für Säuglinge im Alter von 3-5 Monaten besteht aus zwei Dosen Bexsero für die Grundimmunisierung plus einer Auffrischungsdosis und löst eine vergleichbare Immunantwort aus wie das bestehende 3+1 Schema im Alter von 2-5 Monaten.

Die EMA-Zulassung dieser neuen Option ermöglicht es Pädiatern das bestehende 3+1 Impfschema weiter anzuwenden oder alternativ Kinder im Alter ab 3 Monaten mit einem Mindestabstand von 2 Monaten zwischen der ersten und der zweiten Dosis mit Bexsero zu impfen.

„Die Reduzierung der erforderlichen Dosen von vier auf drei, mit vergleichbarer Immunantwort, senkt die Kosten und ist für Säuglinge angenehmer“, sagte

Dr. Thomas Breuer, Senior Vice President und Chief Medical Officer von GSK Vaccines. „Je nach lokaler Epidemiologie oder Empfehlungen bietet das zusätzliche 2+1 Schema für Bexsero mehr Möglichkeiten, den Impfschutz vor einer Meningokokken B-Infektion aufzubauen.“

Die EMA-Zulassung für das 2+1 Schema basierte auf Daten aus einer zuvor veröffentlichten Studie, in der verschiedene Dosierungspläne bei gesunden Säuglingen ab einem Alter von 3 Monaten ausgewertet wurden.²

„Die reduzierte Anzahl von Impfdosen im ersten Lebensjahr könnte die Compliance erhöhen. Die Impfzeitpunkte können verbessert werden und dadurch sind die Impfpläne der Kinder auf dem neuesten Stand“, sagte Dr. Federico Martinon-Torres, Leiter der Pädiatrie am Hospital Clínico Universitario de Santiago und Hauptautor der Studie.

Die invasive Meningokokken Erkrankung (IMD) ist eine seltene, aber schwere und unvorhersehbare Krankheit, die in nur 24 Stunden tödlich sein kann.^{3,4,5,6}

Säuglinge und Kinder unter 5 Jahren sind am anfälligsten für IMD – verursacht durch die Sero-Gruppe B.

Referenzen:

1. Bexsero Summary of Product Characteristics June 2018. <https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/28407>
2. Martínón-Torres F, Safadi MAP, Martínez AC, et al. Reduced schedules of 4CMenB vaccine in infants and catch-up series in children: immunogenicity and safety results from a randomised open-label phase 3b trial. *Vaccine*. 2017;35(28):3548-3557.
3. Pelton SI. Meningococcal Disease Awareness: Clinical and Epidemiological Factors Affecting Prevention and Management in Adolescents. *J Adolescent Health*. 2010;46:S9-S15.
4. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, et al. Meningococcal Disease. *New England Journal of Medicine*. 2001;344(18):1378-1388.
5. Thompson MJ, Ninis N, Perera R, et al. Clinical Recognition of Meningococcal Disease in Children and Adolescents. *Lancet*. 2006;367(9508):397-403.
6. World Health Organization (WHO). Meningococcal Meningitis Fact Sheet. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en. Updated January 2018. Accessed March 2018.

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Neu von InfectoPharm: Desmopressin erstmals als Saft

Nächtliches Einnässen ist eine der häufigsten Störungen im Kindesalter: Nun bringt InfectoPharm als Spezialist für flüssig-orale Darreichungsformen mit Niwinas® (360 µg/ml) erstmal Desmopressin als Lösung zum Einnehmen auf den Markt.

Gemäß Leitlinie „Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen“ kann Niwinas® (360 µg/ml) alternativ zur apparativen Verhaltenstherapie angeboten werden und soll durchgeführt

werden, wenn die Voraussetzungen für diese nicht erfüllt sind oder eine korrekte durchgeführte apparative Verhaltenstherapie nicht erfolgreich war.

Patienten ab 5 Jahre nehmen als Anfangsdosis 0,5–1 ml vor dem Schlafengehen ein. Die geschmacksneutrale Lösung lässt sich mit der beiliegenden Applikationsspritze in 0,1-ml-Schritten genau dosieren und sicher verabreichen. Niwinas® kann, im Unterschied zu den oralen festen Darreichungsformen von Desmopressin, ohne zusätzliche Flüssig-

keit eingenommen werden und hat einen günstigen Preis.

Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 3 Monate, danach sollte die Einnahme schrittweise reduziert werden.

Die neue Therapie-Option wird durch Servicematerialien in Form von informativen Patienten-Ratgebern und Dosierkarten unterstützt.

**Nach Informationen von
InfectoPharm GmbH, Heppenheim**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de