

bvkJ.

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

Heft 11/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Berufsfragen:

Bericht des Präsidenten

Fortbildung:

Pneumonie im Kindes-
und Jugendalter

Forum:

Neues zur Ernährung
und Bewegung von
Säuglingen

Magazin:

Warum wir altern
und wie wir altern

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © skymeshier - iStockphoto.com



Warum wir altern und wie wir altern

S. 796

Inhalt 11 | 16

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

Berufsfragen

- 733 **Editorial**
Thomas Fischbach
- 733 **Impressum**
- 734 **Bericht des Präsidenten für das Amtsjahr 2015/16**
Thomas Fischbach
- 739 **Christel Schierbaum verlässt den BVKJ**
- 740 **Neue Ausschüsse im BVKJ**
Ronald Schmid
- 742 **Veräußerung von Praxen an MVZ wird erschwert**
Andreas Meschke
- 744 **Honorarverhandlungen 2017 beendet**
Reinhard Bartezky
- 749 **Pädexpert**
Wolfgang Landendörfer
- 754 **Der Medikationsplan**
Marcus Heidemann
- 756 **Änderung der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien**



s. S. 740

Fortbildung

- 755 **Highlights aus Bad Orb: Pneumonie im Kindes- und Jugendalter**
Wolfgang Kamin, Frank Erdnüss
- 764 **Pädiatrische Versorgungssysteme in Europa: Vielfalt bewahren – Versorgungsstandards harmonisieren, Teil 2**
Jochen H. H. Ehrlich
- 772 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 774 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Dörte Petersen
- 778 **consilium: 3 1/2-jähriges Mädchen mit Bauchschmerzen**
Stephan Buderus

Beilagenhinweis:

In dieser Ausgabe befinden sich Beilagen der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn, der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin, sowie der Stiftung Kind und Jugend, Köln. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Forum

- 780 **Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Säuglingen**
- 782 **Bundesbeauftragten für Diabetes und Adipositas**
- 783 **Zwei Fragen an Dr. Tobias Schuster**
Regine Hauch
- 784 **Etwas mehr Weitsicht, bitte!**
Uwe Büsching
- 786 **Leserbefragung KINDER- UND JUGENDARZT**
Wolfram Hartmann
- 788 **Heiße Gefahren für Kinder!**
- 790 **Adipositasprävention**
- 795 **Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge**

Magazin

- 796 **Warum wir altern und wie wir altern**
Jürgen Hower
- 802 **Bundesverdienstkreuz für Dr. Wolfram Hartmann**
Regine Hauch
- 803 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 804 **Buchtipps**
- 805 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 806 **Personalia**
- 807 **Pädindex**
- 809 **Nachrichten der Industrie**
- 815 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Vor einem Jahr haben das neue Präsidium und der neue Vorstand ihre Arbeit aufgenommen.

Zum ersten Mal in seiner Geschichte hat der BVKJ gleich drei Vizepräsidenten. Sie teilen sich die wachsenden Aufgaben des Amtes. Der „erste Vizepräsident“, Professor Ronald Schmid, ist vornehmlich für den Bereich Klinikärzte sowie als Vertreter des BVKJ im Gemeinsamen Bundesausschuss für Aufgaben aus dem Präventionsbereich (Novellierung der Kinderrichtlinien) zuständig. Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter nimmt zahlreiche Termine vornehmlich in Berlin wahr und unterstützt den Bundespressesprecher bei seinen Aufgaben. Vizepräsident Dr. Roland Ulmer ist als Vertreter der Gesellschafter für die BVKJ-Service GmbH verantwortlich und nimmt gemeinsam mit dem Präsidenten wichtige Aufgaben im Bereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wahr. Ich vertrete als Präsident den Verein im Innen- wie Außenverhältnis.

Allen Kritikern zum Trotz hat sich die neue Struktur des Präsidiums von Anfang an bewährt. Wir können nun viele Themen, die unseren Beruf betreffen, besser als bisher bearbeiten. Wir können uns besser mit anderen Verbänden und Körperschaften vernetzen und gemeinsame Projekte vorantreiben. Wir sind präsenter

in der Öffentlichkeit und in der Politik und wir können uns intensiver den Anliegen der BVKJ-Mitglieder widmen und uns auch für den Nachwuchs unseres schönen Fachs einsetzen. Dies alles, um unsere Freiberuflichkeit zu erhalten, ohne die die flächendeckende ambulante und stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht denkbar ist. Denn um das Kindeswohl und insbesondere das Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung für alle Kinder und Jugendlichen in unserem Land geht es in letzter Instanz. (Einen ausführlichen Bericht über unsere Aktivitäten finden Sie auf Seite 734)

Unsere Freiberuflichkeit zu pflegen und zu verteidigen, für das Kindeswohl arbeiten, all dies wäre nicht möglich, wenn wir nicht Ihre Unterstützung hätten. Dafür an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön und die Bitte: Engagieren Sie sich weiterhin mit uns, sprechen Sie mit uns über Ihren beruflichen Alltag, über das, was Sie sich wünschen, was Sie vermissen, teilen Sie uns Ihre Ideen mit, gestalten Sie mit – am besten in einem der vielen Gremien des BVKJ.

Ihr Thomas Fischbach
Präsident BVKJ



Dr. Thomas
Fischbach

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminf.de, Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-17, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@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@khh-wilhelmstift.de;

Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

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

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

Druckauflage 12.933
lt. IVW III/2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2016

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) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 50 vom 1. Oktober 2016

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

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

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

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

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

Bericht des Präsidenten für das Amtsjahr 2015/2016



Dr. Thomas
Fischbach

Jede Menge los im BVKJ

Mein erstes Jahr als BVKJ-Präsident liegt hinter mir – Zeit innezuhalten, Rechenschaft abzulegen, was sich in unserem Verband getan hat und die großen Linien für die Zukunft zu ziehen.

Zunächst ein Blick auf unseren Verband. Er befindet sich im Wandel. Wer sich die Mitgliederentwicklung der vergangenen zehn Jahre ansieht, erkennt: Die Kurve neigt sich, wir werden weniger. 2006 hatte der BVKJ 10.185 Mitglieder, 2015 waren es bereits 12.203, seitdem sinkt die Zahl. Zum Glück allerdings nur geringfügig. Am 31. Juli zählte die Geschäftsstelle 12.149 Mitglieder.

Verantwortlich dafür sind die männlichen BVKJ-Mitglieder. Sie werden weniger: 4.820 zuletzt. Auch die unverzichtbare Beitragserhöhung hat einige Kolleginnen und Kollegen zum Verbandsaustritt bewogen. Diese war jedoch nötig geworden, um die Effektivität und Schlagkraft des BVKJ zu sichern.

Der BVKJ wird weiblich

Die Anzahl der weiblichen BVKJ-Mitglieder steigt dagegen kontinuierlich an. Im Sommer dieses Jahres hatten wir 7.321 Pädiaterinnen im Verband, soviel wie noch nie zuvor in unserer Geschichte.

Arbeit neu organisieren

Frauen bevorzugen vor allem andere Arbeitszeitmodelle. Der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Frauen steigt. Auch Männer suchen vermehrt nach anderen Arbeitsformen. Der Anteil angestellter Kinder- und Jugendärzte wächst.

Alte Pädiatrie

Es ist nicht zu leugnen: unsere Berufsgruppe altert. Damit steht sie zwar nicht alleine da, aber das Durchschnittsalter der BVKJ-Mitglieder liegt inzwischen bei 61,9 Jahren. Auch weil uns erfreulicherweise die Pensionäre die Treue halten. Zählt man nur die berufstätigen Mitglieder, kommt man immer noch auf ein Durchschnittsalter von 54,6 Jahren.

Den BVKJ zukunftsfest machen

Die demografischen Veränderungen innerhalb unserer Berufsgruppe und die Wünsche an neue Formen der Berufsausübung sowie die Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte werden den BVKJ in den nächsten Jahren beschäftigen.

Ich habe bei meinem Amtsantritt einige „Baustellen“ genannt, die nach meiner Ansicht besonders dringend bearbeitet werden müssen.

Die großen Projekte

Ich habe versprochen, dass wir uns verstärkt dafür einsetzen werden, dass mehr Geld in Kinderkliniken und Kinderabteilungen fließt, um die Arbeit dort besser abzusichern, ebenfalls für den Ausbau des ÖGD, der vor allem wegen der vielen Flüchtlinge unverzichtbar ist, wir engagieren uns in zahlreichen Seminaren und Kongressen aber auch auf politischer Ebene für den pädiatrischen Nachwuchs. Ich habe mir vorgenommen, dies noch zu intensivieren. Die Vernetzung haus- und fachärztlicher Versorgung erfordert eine bessere Kooperation mit anderen Ärzteverbänden, vor allem mit dem Deutschen Hausärzteverband. Auch hier habe ich in dem zurückliegenden Jahr in zahlreichen Gesprächen wichtige Weichen stellen können.

Last but not least ist und bleibt die Honorarfrage das dicke Brett, das wir niemals aufhören zu bohren. Hier fordern wir eine adäquate Abbildung unserer gesellschafts- und versorgungsrelevanten Tätigkeit im EBM und eine angemessene Honorierung unserer Arbeit. Davon sind wir bei Vorsorgevergütungen um die 30 bis 35 Euro immer noch Lichtjahre entfernt. Das Klagen der Krankenkassen über beschränkte Mittel können wir in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehen, solange Komplementärmedizin wie Osteopathie, Homöopathie und Akupunktur bereitwillig, teils in Sonderverträgen, finanziert werden, um dem eigenen Patientenkollektiv gefällig zu sein.

Neben den großen Projekten, die uns auch noch in den nächsten Jahren beschäftigen werden, haben wir in diesem Jahr eine Vielzahl von Vorhaben erfolgreich auf die Schiene gesetzt und vollendet.

Selektivvertrag zwischen der BVKJS und der BarmerGEK

Das telemedizinische Expertenkoncil PädExpert® soll die wohnortnahe ambulante Kinder- und Jugendmedizin verbessern – insbesondere von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen oder bei seltenen Erkrankungen. Ob unklare Anämie, Gelenkschmerz (JVP), Hauterkrankungen, EKG oder Bauchschmerz (Zöliakie), ob Autoimmunthyreoiditis, Instabiles Asthma bronchiale oder Willebrand-Jürgens-Syndrom – PädExpert® ermöglicht bei kniffligen medizinischen Fällen über einen einfachen Internetzugang, der auch außerhalb der Praxis lokalisiert sein kann, den Austausch von Bildern und Texten zwischen Allgemeinpädiater und Subspezialist. Eine große

Hilfe für alle niedergelassenen Pädiater, die oft als „Einkämpfer“ in ihren Praxen stehen und sich kollegialen und kompetenten Austausch wünschen.

„BLIKK-Medien“-Projekt

Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie, der Stiftung Kind und Jugend sowie der Rheinischen Fachhochschule Köln (RFH) hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) das Projekt „BLIKK-Medien“ – Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz und Krankheiten von Kindern und Jugendlichen beim Umgang mit elektronischen Medien“ entwickelt.

Das Projekt soll über die Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig schädlichen Mediengebrauch aufdecken und Eltern sowie Kindern und Jugendlichen helfen, die Chancen der neuen Medien zu nutzen und Gefahren zu meiden.

In jahrelanger Vorarbeit haben die Projektpartner ein Konzept entwickelt, mit dessen Hilfe das Medienverhalten in Familien, insbesondere das Medienverhalten der Kinder und Jugendlichen, erfasst und – wenn sich Entwicklungsgefahren bei den Kindern und Jugendlichen abzeichnen – verändert werden kann.

67 Praxen machen seit diesem Jahr mit bei der Pilotphase.

Thema Kinder- und Jugendschutz beim 16. Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik am 01.06.2016 in Berlin

Nicht immer nur über einander, sondern auch miteinander reden, diesem Zweck dient das inzwischen schon traditionelle Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik, das der BVKJ in jedem Jahr in Berlin organisiert. In diesem Jahr widmete es sich der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. Im Gespräch mit den Politikerinnen Caren Marks, Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Susann Rührich (MdB), Kinderbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion, konnten Dr. Paul Plener, Leitender Oberarzt im Universitätsklinikum Ulm, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. Sibylle Banaschak, Leitende Oberärztin, Institut für Rechtsmedizin Universitätsklinikum Köln, und ich unsere Kritikpunkte zur Diskussion stellen, insbesondere die mangelnde Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen und die Gesprächsführung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung.

Nach der lebhaften Diskussion bekamen wir die Zusage von Caren Marks, das Gesetz weiterentwickeln zu wollen.

Achte Verleihung des Medienpreises des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte am 03.06.2016 in Berlin

Der mit insgesamt 15.000 € dotierte BVKJ-Medienpreis wird für herausragende journalistische Beiträge

vergeben, die der Öffentlichkeit vom Kinderleben auf der Schattenseite der Gesellschaft berichten und benennen, worauf es ankommt, um sozial benachteiligten Kindern von Anfang an und nachhaltig zu helfen. Die Idee hinter dem Medienpreis: Pädiater gewinnen Journalisten als Verbündete im Kampf gegen Kinderarmut. Die Idee hat sich durchgesetzt. Jedes Jahr steigt die Zahl anspruchsvoller Print-, TV- und Hörfunkbeiträge zum Thema.

Die Preisverleihung, großzügig unterstützt von unserem Verleger Norbert Beleke und der Firma Pfizer, fand in diesem Jahr vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Die Gewinner des BVKJ-Medienpreises waren Ann-Katrin Müller und Alexander Neubacher mit „...und raus/rauf bist du“, erschienen im Spiegel am 9.5.2015, Karl Grünberg mit „Ene, mene muh und raus bist du“ erschienen im Tagesspiegel am 4.7.2015, Marco Maurer mit „Mein ungerechtes Land“, ausgestrahlt vom Bayerischen Rundfunk am 11. April 2015, Insa Onken mit „Safet tanzt“, ausgestrahlt vom WDR/Hier und Heute in Zusammenarbeit mit „tag7“ am 9. 5. 2015

Den undotierten Sonderpreis bekam der Bayerische Rundfunk für die kontinuierliche engagierte Berichterstattung über Kinder im sozialen Abseits.

2. Kooperationspartnertag des BVKJ / Partnerschaftliches Netzwerk zur Kindergesundheit am 3. Juni 2016 in Berlin

Kindergesundheit ist eine Aufgabe für viele Professionen: für Kinder- und Jugendärzte, aber auch für Ärzte anderer Fachrichtungen, für Therapeuten, ehrenamtliche Organisationen, Selbsthilfegruppen, Politiker und Pharmaunternehmen. Je besser sie zusammenarbeiten, desto mehr können sie dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland möglichst gesund aufwachsen. Warum nicht die unterschiedlichen Professionen zum gegenseitigen Kennenlernen und Netzwerken einladen, dachte sich vor zwei Jahren BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum. Der erste Kooperationspartnertag hatte bei allen Beteiligten so großen Erfolg, dass schnell klar war, dass es auch in diesem Jahr eine Neuauflage geben würde.

39 Partner und 61 Institutionen – unter anderen die pädiatrischen Schwestergesellschaften des BVKJ, die KBV, die BÄK, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Marburger Bund und die Vereinigung der Medizinstudierenden Deutschlands – hatten sich dazu im Hotel Ramada eingefunden, präsentierten ihre Arbeitsfelder, nahmen an Workshops teil und loteten in ungezwungener Atmosphäre mögliche Kooperationen aus.

Online-Shop der BVKJ Service GmbH

Seit kurzem haben Kinder- und Jugendärzte im BVKJ ihr eigenes Kaufhaus, in dem es vom Praxist-Shirt bis zur Stotterbroschüre alles gibt, was man für die Bewältigung des Praxisalltags braucht.

Der Online-Shop befindet sich noch im Aufbau. Demnächst sollen alle Medien zentral über den Shop angeboten werden. Bitte nutzen Sie „Ihren“ Online – Shop für Ihre Praxis!

Der BVKJ unterstützt Projekte

COSI – ein Projekt der ECPCP (European Confederation of Primary Care Pediatricians), der auch der BVKJ als Gründungsmitglied angehört.

COSI steht für Core Set of Standards and Indicators. Dieses Core Set stellt einen Indikatorenset dar, anhand dessen ambulante pädiatrische Einrichtungen ihre medizinische (Ergebnis-)Qualität messen können.

Wir wollen mit diesem Projekt die bessere Versorgung von Kindern durch Pädiater darstellen.

Näheres unter: <http://www.ecpcp.eu/resources/public-documents-from-working-groups/cosi/>

Prävention durch Weiterbildung

Das E-Learning Projekt „Grundkurs Kinderschutz in der Medizin“

Das Vorhaben ist ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Erstellung und Evaluation eines Online-Kurses „Grundkurs Kinderschutz in der Medizin“. Ziel des Projektes ist es, Fachkräfte aus den Gesundheitsberufen in puncto Kindesmisshandlung/-missbrauch effektiv und nachhaltig weiterzubilden. Mehr Infos unter: <https://missbrauch.elearning-kinderschutz.de/>

Politikgespräche

Der BVKJ ist ein gefragter und geschätzter Gesprächspartner der Politik. Entsprechend zahlreich sind die Gespräche, die wir als Präsidium einzeln oder auch zusammen mit Vertretern aller Parteien führen.

Eine kleine Auswahl: mit Bettina Bundszus-Cecere, Referatsleiterin im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über Frühe Hilfen, SGB VIII-Reform, Allgemeine Zusammenarbeit Kinder- und Jugendhilfe. Mit Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA über Bedarfsplanung incl. Subdisziplinen, Gestaltung der neuen Vorsorgen, erforderliche Implementierung des psychosozialen Anamnesebogens, mit Prof. Karl Lauterbach, der am liebsten alle Projektideen über den ohnehin schon hoffnungslos überzeichneten Innovationsfond realisieren würde. Mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler über die BLIKK-Studie, Kooperationen beim Thema Cannabis und Fetale Alkohol-Spektrumerkrankung (FASD), mit Bundesminister Hermann Gröhe, der uns in nahezu familiärer Atmosphäre empfangen hat und eine weitere Überarbeitung des Pflegeberufereformgesetzes zugesagt und die Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung gerade auch für die Pädiatrie mit Hilfe einer Stellenausweitung in Aussicht gestellt hat sowie bekräftigte, an drei neuen Vorsorgen

im Schulalter festzuhalten. Auch beim Thema Impfen waren BVKJ und der Minister einer Meinung.

Gespräche führten wir zudem mit den beiden KV-Vorständen Dr. Andreas Gassen und Dipl. Med. Regina Feldmann. Wesentliche Themen waren hier die Weiterentwicklung des EBM, die Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrages im Bundesmantelvertrag Ärzte BMV-Ä unter Wahrung der Aspekte kinder- und jugendärztlicher Tätigkeit, die Finanzierung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung unter Umsetzung der Bestimmungen des GKV-VSG, die Bedarfsplanung, die in ihrer heutigen Form weder der demographischen Entwicklung der Bevölkerung und Ärzteschaft, noch den durch die Zunahme der „Neuen Morbiditäten“ veränderten Arbeitsbedingungen von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten Rechnung trägt. Ein weiteres ungelöstes Problem, auf dessen Bearbeitung wir gedrungen haben, ist die zukünftige Gestaltung der Versorgung durch im Bereich der pädiatrischen Subdisziplinen tätige Ärztinnen und Ärzten sowie eine bessere Abbildung von Arzt- und technischen Leistungsanteilen im EBM. Einen Erfolg konnten wir in einem ersten Schritt bei der KBV hinsichtlich der Novellierung des BMV – Ä Abschnitt 5 (hausärztlicher Versorgungsauftrag) erreichen. Die Pädiatrie ist in dem innerhalb der KBV konsentierten Entwurfsvorschlags gut eingebunden. Bisher erfolgten allerdings noch keine Verhandlungen zur erforderlichen Konsentierung mit dem GKV – Spitzenverband. Hier haben wir aktuell bei der KBV nochmals nachgefragt, wobei eine Antwort zum Zeitpunkt meines Berichts noch aussteht.

Gespräche und Kooperationen/Themen mit anderen (Berufs-)verbänden gehörten ebenfalls in unserem ersten Amtsjahr zum Programm. So zum Beispiel mit Vertretern des BDI über Fortbildung und Transition, insbesondere zwischen pädiatrischen Subspezialisten und den Erwachseneninternisten, mit Vertretern des Deutschen Hausärztesverbandes über gemeinsame Fortbildungen, Transition, Impfen, Teilnahme an hausarztzentrierten Verträgen à la Baden-Württemberg, Umsetzung der Kinderrichtlinien. Ein regelmäßiges Zusammentreffen etwa zweimal jährlich wurde vereinbart.

Um die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses sowie der GOAE ging es im Gespräch mit dem Vorsitzenden des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt.

Zudem durfte ich an der Bundesvorstandssitzung des VBE teilnehmen und brachte dort die Themen Schulkrankenschwestern, Medikamentenverabreichung, allgemeine Zusammenarbeit zwischen Ärzte- und Lehrerschaft ins Gespräch. Es soll ein Anslusstreffen geben.

Mit dem bkjpp habe ich über eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Verbände an den inhaltlichen Schnittstellen zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gesprochen. Eine AG wurde eingerichtet, die sich auch bereits getroffen hat.

Es würde zu weit führen, alle geplanten und verabredeten Kooperationen an dieser Stelle aufzuführen. Über die Wichtigsten unterrichten wir Sie regelmäßig in dieser Zeitschrift.

Gesetze und Leitlinien

Besonders erfreulich ist es, dass wir als BVKJ in diesem Jahr in zahlreiche Gesetzesvorhaben eingebunden waren und damit nicht nur unsere ärztliche Welt, sondern auch ein wenig unser Land mitprägen durften. Vieles davon haben wir gemeinsam mit unseren Schwesternverbänden innerhalb der DAKJ erarbeitet. Pflegeberufereformgesetz, Bundesteilhabegesetz, Mutterschutzgesetz, Novellierung SGB VIII, Krankenhausstrukturgesetz, Integrationsgesetz, Asylpaket II tragen die Handschrift von Kinder- und Jugendärzten, von BVKJ-Mitgliedern. Ebenso zahlreiche Leitlinien.

Neben all diesen Aktivitäten haben wir unseren Mitgliedern auch im zurückliegenden Jahr wieder ein an-

spruchsvolles Fortbildungsprogramm geboten. Derzeit planen wir bereits mit Volldampf das nächste Jahr.

Neues aus der Geschäftsstelle

Zum Schluss noch die aktuellen Neuigkeiten aus unserer Geschäftsstelle. Ein Geschäftsstellenleiter wird künftig die „Homebase“ managen, Miriam Schwade, die Assistentin von Christel Schierbaum, geht in Mutterschutz. Zwei neue Mitarbeiterinnen, Natalie Sowa und Maike Fischer, ergänzen demnächst das Team der Geschäftsstelle. Katrin Jackel-Neusser wird zum 01.11.2016 als politische Referentin für den BVKJ tätig.

Thomas Fischbach, Präsident BVKJ

Christel Schierbaum verlässt den BVKJ

Nach 25 Jahren geht die Ära Christel Schierbaum im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte zu Ende. Kiki, wie sie liebevoll von Ihren Freundinnen und Freunden genannt wird, verlässt uns auf eigenen Wunsch.

Christel Schierbaum hat sich im Laufe der vielen Jahre ein enormes Wissen in allen Bereichen der pädiatrischen Berufspolitik angeeignet. Dadurch konnte sie den Präsidenten, die Vorstände und viele Funktionsträger optimal unterstützen. Ihr persönlicher Einsatz war großartig, ihre Loyalität gegenüber dem BVKJ tadellos, ihr Einsatz für die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle stets verantwortungsvoll.

Bei der Planung von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen war sie dank ihrer immensen Erfahrung immer hilfreich. Sie führte regelmäßig Gespräche

und Verhandlungen mit der Industrie, besonders der Pharmaindustrie. Damit konnte der BVKJ die großen Kongresse und viele regionale Fortbildungsveranstaltungen auf finanziell gesicherter Basis durchführen.

Im Jahre 2016 wurde auf ihre Initiative hin der Onlineshop des BVKJ gegründet. Auch dieses Projekt entwickelt sich mehr und mehr zu einer Erfolgsgeschichte.

Christel Schierbaums Authentizität ist beeindruckend. Sie hat sich stets mit voller Kraft, mit vielen guten Ideen, mit Herz und Seele für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte eingesetzt.

Wir wünschen ihr alles Gute, viel Glück und Erfolg für ihr weiteres Leben und ihren beruflichen Werdegang.



Der Bundesvorstand

Red.: ReH

Klinik – Praxis ● ● ●

Neue Entwicklung bei den Kinder- und Jugendärzten erfordert neue Strukturen im BVKJ

Ausschuss für angestellte Ärzte



Im Jahr 1996 registrierte die Bundesärztekammer 3.692 angestellte Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikbereich. Diese Zahl erhöhte sich um 2.161 auf 5.853 im Jahr 2015 (s. auch Ärztestatistik der BÄK in Heft 6 dieser Zeitschrift).

Damit übertraf die Zahl der angestellten Klinikärzte erstmals die der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin von 5.838 im Jahr 2015. Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte lag schon 1996 bei 5.594 und stieg im gleichen Zeitraum nur um 244 an. Prozentual den größten Wandel zeigten allerdings die **angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Praxis**. Diese Beschäftigungsform stieg von ca. 200 im Jahr 2009 auf ca. 900 im Jahr 2015 an. Davon waren 650 in der Praxis, der Rest in MVZ angestellt. Damit hat sich die Zahl der angestellten Ärzte in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt, zum größten Teil durch Klinikanstellung, aber auch durch eine ganz neue Entwicklung in der Praxis.

Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen hat die Delegiertenversammlung des BVKJ schon 2015 die Gründung eines Ausschusses für angestellte Ärzte in Klinik und Praxis beschlossen und **im Oktober 2016** diesen Beschluss durch Wahl der ständigen Ausschussmitglieder umgesetzt.

Gewählt wurden:

- **Dr. Johanna Harris, München:** Sprecherin, derzeit noch angestellte Ärztin in der Praxis, ab 2017 Inhaberin einer Praxis
- **Dr. Lilli Platschka:** Angestellte Ärztin in der Praxis
- **Prof. Dr. Wolfgang Kölfen:** Angestellter Chefarzt, Klinik

Darüber hinaus wirken in dem Ausschuss noch folgende Vorstandsmitglieder mit:

4. **Dr. Sebastian Bartels:** Angestellter Assistenzarzt Klinik (kooptierter Assistentensprecher im Vorstand)
5. **Prof. Dr. Ronald Schmid:** Angestellter SPZ und Inhaber Praxis, Vizepräsident BVKJ

Folgende Themenbereiche sind zur Bearbeitung vorgesehen:

- **Assistenten in der Klinik:** Schichtmodelle, Organisation, Intensivzeit, Rotationsmodelle, Arbeitszeiten, Haftung, Ambulanzfälle.

- **Assistenten in der Praxis:** Anerkennung Praxiszeit, Haftung, KV-System inkl. Abrechnungsziffern, Arbeitsverträge, Fachliche Besonderheiten wie z. B. Vorsorgen, Impfungen.
- **Fachärzte in der Klinik:** Haftung, Arbeitszeitmodelle, Leitlinien, Bereitschaftsdienstvergütung.
- **Fachärzte angestellt in der Praxis:** Praxiseinstiegs- und Zusammenarbeitsmöglichkeiten, Arbeitsverträge, KV-System inkl. Abrechnungsziffern, fachliche Voraussetzungen für bestimmte Ziffern, Selektivverträge, Abrechnung Privatpatienten, sinnvolle Zusatzbezeichnungen, Budget (Medikamente, Physio, Ergo, Logo), Teilnahme KV-Dienste

Die wichtigsten Personalstrukturen und Tätigkeitsbereiche sind im Ausschuss abgebildet. **Wir rufen interessierte angestellte Ärzte in allen Tätigkeitsbereichen vom Assistenzarzt bis zum Oberarzt und Abteilungsleiter auf, sich bei Interesse bei der Sprecherin, Frau Dr. Harris (Johanna Harris<johannatretwein@hotmail.com>) zu melden. Auch Ihre Fragen können Sie an den Ausschuss richten. Wir freuen uns sehr auf Ihre Mitarbeit.**

Prof. Dr. med. Ronald Schmid
Vizepräsident BVKJ
E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Red.: WH

Das Bundessozialgericht verlangt 3-jährige Mindestarbeitszeit

Veräußerung von Praxen an MVZ wird erschwert



Dr. Andreas
Meschke

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 4.5.2016 – Az.: B 6 KA 21/15 R – eine bis auf Weiteres wegweisende Entscheidung im Zusammenhang mit der Praxisveräußerung an medizinische Versorgungszentren (MVZ) und wahrscheinlich auch andere Ärzte getroffen: Ein Vertragsarzt, der auf seine Zulassung zugunsten einer Angestelltenarztstelle verzichtet, muss die Absicht haben, beim Arbeitgeber drei Jahre zu arbeiten, damit die Arztstelle später nachbesetzt werden kann. Möglich ist allerdings die Reduzierung um jeweils eine Viertelstelle nach Ablauf eines und dann wieder eines weiteren Jahres; nach Ablauf des dritten Jahres kann die Tätigkeit ganz aufgegeben werden.

Nur eine Nebenbei-Bemerkung

Bemerkenswert ist: Für den vom BSG zu beurteilenden Sachverhalt spielte die Dauer der Anstellung des MVZ-Arztbesetzenden gar keine Rolle. Dieser hatte ursprünglich auf seine Vertragsarztzulassung verzichtet, um dann nicht im Umfang einer vollen Stelle, sondern im Umfang einer $\frac{3}{4}$ -Stelle tätig zu werden. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren beendete der Arzt seine Tätigkeit als Angestellter. Seine Stelle wurde zunächst nachbesetzt; gleichzeitig stellte das MVZ den Antrag, die seit Anfang vakante $\frac{1}{4}$ -Stelle dem Nachfolger ebenfalls zu erteilen. Zur Klärung dieses Anspruchs kam es zu Gerichtsverfahren bis hin zum BSG. Dieses wies die Revision des klagenden MVZ ab, denn es habe nur einen Anspruch auf eine $\frac{3}{4}$ -Anstellungsgenehmigung. Im Rahmen eines sog. obiter dictum – einer nebenbei geäußerten Rechtsansicht, die die eigentliche Entscheidung nicht trägt – hielt das BSG zudem fest:

Keine Umgehung des Nachbesetzungsverfahrens

Gesetzlich besteht gemäß § 103 Abs. 4a und 4b SGB V ein Privileg von MVZ und Vertragsärzten, ohne die Notwendigkeit des sog. Nachbesetzungsverfahrens Vertragsarztzulassungen in Anstellungsgenehmigungen zu übernehmen. Sie können dieses Privileg aber nur in Anspruch nehmen, wenn und soweit der Arzt auf seine Zulassung gerade mit der Absicht verzichtet, selbst in dem MVZ oder bei dem Vertragsarzt als angestellter Arzt tätig zu werden. Damit sei es insbesondere nicht vereinbar, jede beliebig geringe Dauer einer angestrebten Angestellten-tätigkeit zu akzeptieren. Die Tätigkeit als Angestellter müsse tatsächlich ausgeübt werden.

Wie lange, hat das BSG nicht direkt dem Gesetz entnommen, sondern – in Anlehnung an die Privilegierung von Bewerbern im Nachbesetzungsverfahren, die bereits als Angestellte in der Praxis des bisherigen

Vertragsarztes tätig waren oder die Praxis mit diesem gemeinschaftlich betrieben haben – mit **mindestens drei Jahren** angesetzt. Damit soll verhindert werden, dass die gesetzliche Vorgabe der Anstellungsabsicht durch nur kurzzeitige Anstellungsverhältnisse umgangen wird. Die Anstellungsgenehmigung werde dem MVZ nicht erteilt, um ihm die Möglichkeit zu geben, die Stelle ohne Bindung an die Auswahlentscheidung eines Zulassungsgremiums zu besetzen, nachzubesetzen oder in eine Zulassung umzuwandeln, sondern weil der Vertragsarzt dort als Angestellter tätig werden möchte.

Ausnahmen

Ob schon vor Ablauf der drei Jahre Angestellten-tätigkeit nachbesetzt werden kann, hängt nach Sichtweise des BSG davon ab, „ob nach den Umständen davon ausgegangen werden kann, dass der ursprünglich zugelassene Arzt zunächst tatsächlich zumindest drei Jahre im MVZ tätig werden wollte, diese Absicht aber aufgrund von Umständen, die ihm zum Zeitpunkt des Verzichts auf die Zulassung noch nicht bekannt waren, nicht mehr realisieren konnte. Das kann etwa der Fall sein, wenn er erkrankt oder aus zwingenden Gründen seine Berufs- oder Lebensplanung ändern musste.“

Das sei nicht der Fall, wenn der Arzt schon von Anfang an konkrete Pläne für das baldige Ende seiner Tätigkeit entwickelt habe oder wenn das MVZ zu diesem Zeitpunkt schon Verhandlungen mit einem an der Nachbesetzung der betroffenen Arztstelle interessierten anderen Arzt geführt habe, die sich auf die unmittelbare Zukunft und nicht auf einen erst in drei Jahren beginnenden Zeitraum beziehe. Je kürzer die Angestellten-tätigkeit des Arztes ist, desto höhere Anforderungen sind an den Nachweis der Umstände zu stellen, die die Absicht zur Ausübung der Angestellten-tätigkeit für eine Dauer von zumindest drei Jahren dokumentieren. Wenn besondere Verhältnisse, die eine Änderung der

ursprünglich bestehenden Absichten nachvollziehbar erscheinen lassen, nicht festzustellen sind, geht dies zu Lasten des an der Nachbesetzung der Arztstelle interessierten MVZ.

Ärzte, die altersbedingt ihren Tätigkeitsumfang allmählich vermindern wollen, können anders behandelt werden, indem ihnen besagte Reduzierungsmöglichkeiten eingeräumt werden: nach je einem Jahr Reduzierung um eine ¼-Stelle, nach insgesamt drei Jahren Tätigkeitsende.

Vertrauensschutz

Das BSG bemisst seinem Urteil Wirkung ab dem Zeitpunkt der Verkündung zu, also ab dem 4. Mai 2016. In schon früher genehmigten Konstellationen sei unter Würdigung aller maßgeblichen Umstände von den Zulassungsgremien zu prüfen, ob hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der früher zugelassene Arzt, der vor Ablauf von drei Jahren seine Tätigkeit im MVZ wieder beendet hat, dort nicht zumindest eine gewisse Zeit tätig werden wollte. Lassen sich Zweifel an einer entsprechenden Absicht des Arztes nicht hinreichend verifizieren, geht das zu Lasten der Zulassungsgremien, die dem MVZ die Nachbesetzung der betroffenen Arztstelle – ganz oder mit vermindertem Anrechnungsfaktor – dann nicht versagen dürfen.

Im Übrigen ist eine einmal nachbesetzte Stelle dauerhaft vom Vertrauensschutz erfasst; eine frühere „Fehlentscheidung“ des Zulassungsausschusses bei der Nachbesetzung einer Arztstelle, deren erster Inhaber „zu kurz“ als Angestellter tätig war, hat keine Auswirkungen.

Praxisauswirkungen

Die Auswirkungen der Entscheidung auf Praxisverkäufe, denen ein Zulassungsverzicht mit folgender Anstellungsgenehmigung zugrunde liegt, ist erheblich. Die Käufer werden sich regelmäßig durch Festlaufzeiten in den Arbeitsverträgen vor einem (teilweisen) Verlust der Arztstelle schützen wollen. Will ein Arzt partout nicht mehr drei Jahre als Angestellter arbeiten, kommt als Alternative nur die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens in Betracht. Denn auch hier kann sich der Käufer zur Fortführung der Praxis mit einem Angestellten melden. Dieser kann nach beliebiger Zeit nachbesetzt werden. In dieser Konstellation greifen die Überlegungen des BSG nicht Platz, da niemand die Privilegierung des Zulassungsverzichts zum Zwecke der Anstellung wahrgenommen hat.

Interessant wird sein, ob die Zulassungsgremien in der Praxis Konsequenzen aus dem Urteil nur für Anstellungsgenehmigungen für MVZ oder auch für Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaften ziehen werden. Das Urteil vom 4. Mai 2016 ist in seinem Wortlaut durchaus indifferent formuliert, wenngleich nicht zu verkennen ist, dass darin gerade beim Ausgangspunkt – der Privilegierung des Zulassungsverzichts – ausdrücklich sowohl von MVZ als auch von Vertragsärzten gesprochen wird.

*Dr. jur. Andreas Meschke
Fachanwalt für Medizinrecht
Kanzlei Dr. Möller und Partner
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de*

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Honorarverhandlungen 2017 beendet



Dr. Reinhard
Bartzky

Die Verhandlungspartner KBV und GKV-Spitzenverband haben sich am 21. September dieses Jahres über die Höhe der Vergütungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen für das Jahr 2017 geeinigt.

Unbefriedigendes Ergebnis

Die laut verkündete Erhöhung der ärztlichen Vergütung um über eine Milliarde Euro dient von Seiten der Verhandler auf Ärzteseite als Rechtfertigung Ihres diesmal eher mageren Verhandlungsergebnisses. Der reale Wert der Ärztlichen Arbeit, der Orientierungspunktwert (der ja noch nicht einmal immer ausgezahlt wird), wurde lediglich um 0,9 % angehoben. Davon haben wir Vertragsärzte stärker steigende Kosten zu tragen. Alle weiteren Erhöhungen der Vergütung fallen letzten Endes auf zusätzlich zu erbringende Leistungen.

Wie auch in den letzten Jahren besteht diese Einigung im Prinzip aus **drei Teilen**:

1. Der Anpassung des Orientierungspunktwertes (der eigentlichen Erhöhung unserer Vergütung im EBM-System),
2. den diagnosenbezogenen und demografischen Veränderungsdaten,
3. sowie Gelder, die zur Förderung besonderer Strukturen dienen. Letzteres sind oft pädiatrische Dinge, über diesen Weg war es aber auch zur Förderung der Sozialpädiatrie gekommen.

Die Verhandlungen zu 1. und 2. sind aufgrund vorverhandelter Faktoren mittlerweile durch zahlreiche Beschlüsse zwischen den Vertragspartnern weitestgehend „standardisiert“. Streit besteht jedoch zwischen den Vertragspartnern jedes Jahr über die Art und Weise, wie einzelne honorarrelevante Umstände zu berücksichtigen sind.

1. Anpassung Orientierungspunktwert

Ab dem 1. Januar 2017 liegt der **Orientierungspunktwert** bei **10,5300 Cent**. Die ist eine Steigerung

Jahr	Vergütung je Punkt	Anstieg in %
2013	10,0000	
2014	10,1300	+1,30
2015	10,2718	+1,40
2016	10,4361	+1,60
2017	10,5300	+0,90

Tab. 1: Entwicklung des Orientierungspunktwertes seit 2013

um lediglich 0,9 % und entspricht bundesweit einer Gesamtvergütung um 315 Millionen Euro.

Die Kassenseite forderte zu Beginn der Verhandlungen ein minus(!) von -0,6 % und habe später der „guten Vertragspartnerschaft wegen“ eine Nullrunde angeboten. Nach Angaben der KBV sind im selben Bezugszeitraum die Ober-Arzt-Gehälter, unsere eigentliche Vergleichsgröße, um 2-2,4 % gestiegen. Das INBA (Institut des Bewertungsausschusses) hatte eine Entwicklung der technischen Leistungen von -0,14 % ermittelt. Da der letzte MFA-Tarifvertrag seine Wirkung über 18 Monate erstreckt und bereits letztes Jahr mit „einverhandelt“ worden war, gelang es der KBV nicht, dies als Steigerungsargument mit aufzunehmen. Die MFA-Tarif-Erhöhung 2013-2014 war um +5,4 % gestiegen, in den Honorarverhandlungen zu 2015 waren davon aber nur 3,3 % berücksichtigt worden, sodass wir Vertragsärzte unterm Strich einen Teil der Lohnerhöhung aus eignen Wirtschaftlichkeitsreserven stimmen müssen!

Das Ergebnis ist letzten Endes per Einigung und ohne Schiedsspruch des Unparteiischen (Prof. Wasem) zustande gekommen, was der Vorstandsvorsitzende der KBV als Vorteil darstellt, da man „nie wisse, was bei einem Schiedsverfahren bei rauskomme“.

Sich zu einigen, ohne auf einen Schiedsspruch des Unparteiischen zu setzen, signalisiert die Zufriedenheit des Verhandlungspartners KBV mit dem erzielten Ergebnis für die Ärzteschaft.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte ist das nicht nachvollziehbar:

Denn zeitgleich einigte man sich mit dem GKV-Spitzenverband auf mehr als das dreifache Steigerungsvolumen für Arzneimittelausgaben (Es steigt im kommenden Jahr um 3,3 Prozent, hinzu kommt ein

Sonderausgabenvolumen in Höhe von 500 Millionen Euro für die neuen Hepatitis-C-Medikamente) und auf ein überdimensionales Steigerungsvolumen bei den Heilmitteln (auch hier einigten sich KBV und GKV-Spitzenverband im kommenden Jahr auf eine Steigerung von 4,9 Prozent). Das zusätzliche Heilmittelbudget beträgt 89 % des zusätzlichen Finanzierungsvolumens für die Ärzteschaft und entspricht 280 Millionen Euro.

2. Diagnosenbezogene und demografische Veränderungsdaten

Für jeden KV-Bezirk wurden (wie auch in den vergangenen Jahren) diagnosenbezogene (Morbidität) und demografiebezogene Veränderungsdaten für das Jahr 2017 festgelegt. Diese Werte dienen den regionalen Verhandlungspartnern (Landes KVen) als Empfehlung.

Im Bundesdurchschnitt ergibt sich eine Demografiequote von 0,19 % und eine Morbiditätsrate von 1,17 %. Das hierfür zur Verfügung gestellte Honorarvolu-

Veränderungsdaten 2017	Morbiditätsraten	Demografiequoten
Baden-Württemberg	0,62 %	0,17 %
Bayern	1,01 %	0,09 %
Berlin	0,72 %	-0,11 %
Brandenburg	1,72 %	0,46 %
Bremen	0,54 %	-0,02 %
Hamburg	0,57 %	-0,11 %
Hessen	1,24 %	0,06 %
Mecklenburg-Vorpommern	1,80 %	0,45 %
Niedersachsen	0,90 %	0,23 %
Nordrhein	1,31 %	0,18 %
Rheinland-Pfalz	1,09 %	0,26 %
Saarland	0,89 %	0,38 %
Sachsen	1,63 %	0,16 %
Sachsen-Anhalt	2,32 %	0,43 %
Schleswig-Holstein	1,37 %	0,30 %
Thüringen	1,92 %	0,50 %
Westfalen-Lippe	1,35 %	0,28 %
Bundesdurchschnitt	1,17 %	0,19 %

Tab. 2: Morbiditätsquoten in den einzelnen KVen und demografische Veränderungen

men von 170 Millionen Euro kann einer Verbesserung der Einkommenssituation der Praxen nicht zugerechnet werden, da man korrekterweise einen entsprechenden zusätzlichen ärztlichen Versorgungsaufwand gegenrechnen muss.

Auffällig ist, dass die Stadtstaaten wegen des Zuzugs junger Bevölkerungsanteile schlechter abschneiden.

3. Strukturelle Förderung

Auf dem Gebiet der strukturellen Förderung hatte die KBV-Seite eine Anhebung der Grundpauschale für Fachärzte sowie eine Einführung von Technikpauschalen (z. B. Sonografie) für Haus- und Kinder- und Jugendärzte gefordert.

Im Mittelpunkt der Diskussion zu den Honorarverhandlungen 2017 standen aber die Einigung um die **Vergütung des Medikationsplanes**. Die Einführung des Medikationsplanes beruht auf Bedingungen von Seiten des Gesetzgebers. Zeitgleich mit der Honorareinigung wurden entsprechende Regelungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte geschaffen. (Die Regelungen zur Vergütung im Detail siehe gesonderter Artikel in diesem Heft.) Bundesweit entspricht diese Neuregelung lediglich einem Honorarumfang von 163 Mio. Euro. Mit der Vergütung der EBM-Ziffer 01630 ist der Gesamtaufwand für ein Jahr (Krankheitsfall) Pflege des Medikationsplans abgegolten. Die Vergütung von € 4,10 bedeutet, beim betriebswirtschaftlich kalkulierten Arztlohn von € 170/h, eine zur Verfügung stehenden Arbeitszeit von 2,4 Minuten je Jahr. Das ist ärgerlich, auch wenn wir Pädiater, nur am Rande betroffen sind.

Des Weiteren wurde eine Einigung über 330 Mio. Euro für Vorsorgen, Prävention und ambulantes Operieren erzielt. Dies muss aus pädiatrischer Sicht natürlich auch vor dem Hintergrund der bislang nicht erfolgten Einigung zur Vergütung der neuen Kinder-Richtlinien gesehen werden. Stand Anfang Oktober ist eine Einigung zur Vergütung der Kindervorsorgeuntersuchungen noch nicht erzielt; wie zuvor berichtet haben die Vertragsparteien hierzu leider 6 Monate Zeit, die Kassen nutzen diesen vom Gesetzgeber gesetzten Rahmen aus.

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

Red.: WH

Der Bundesvorstand des BVKJ hat die Kritik unserer Mitglieder an der aktuellen Beitragsordnung angenommen und die Beitragsgruppen modifiziert. Die Delegierten stimmten der Modifikation auf der diesjährigen Delegiertenversammlung im Oktober zu. Ausführliche Informationen erhalten Sie in der nächsten Ausgabe des „Kinder- und Jugendarztes“ vom Bundesschatzmeister des BVKJ, Dr. Kaethner.

Ergebnisse der begleitenden Evaluation

Pädexpert – telemedizinisches Konsiliararztsystem in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht den Ausbau telemedizinischer Strukturen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen medizinischen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, ausdrücklich vor. Angesichts dieser Entwicklung hat der Landesverband Bayern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ) 2011 den bedarfsgerechten Einsatz der Telemedizin in der ambulanten Pädiatrie und die dafür erforderlichen technischen Voraussetzungen definiert. **PädExpert®** einzuführen, ein Expertensystem, das die allgemeine Pädiatrie mit der ambulanten Spezialpädiatrie vernetzt, ist das Ergebnis dieses Prozesses. Die Entwicklung und Evaluation von **PädExpert®** wurde durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert. (s. auch die Artikel in dieser Zeitschrift zum Thema in Heft 2/16, 4/16 und 7/16)



Dr. Wolfgang Landendorfer

Ergebnisse der Evaluation

Die Evaluation fand von März 2014 bis Dezember 2015 statt. In diesem Zeitraum wurden von insgesamt 30 Allgemeinpädiatern (AP) 472 Fälle in **PädExpert®** eingeschrieben. Die Fälle wurden von 19 Spezialpädiatern (SP) bearbeitet. Eine Unterbrechung der Zusammenarbeit zwischen AP und SP von mehr als fünf Monaten wurde als Ausschlusskriterium definiert, so dass in der Evaluation letztendlich insgesamt 433 Fälle berücksichtigt wurden. Bei den ausgeschiedenen Fällen ist davon auszugehen, dass die regelmäßige Anbindung an den **PädExpert®**-Arzt nicht erfolgen konnte. Tabelle 1 enthält eine Übersicht, wie viele Patienten pro Indikation in die Evaluation von **PädExpert®** einbezogen wurden.

Ergebnisqualität

- **Diagnostik: Diagnosestellung und Diagnosedauer**
Ein Ziel war die Vereinfachung der Diagnostik. Daher wurden Daten zu Diagnosestellung und Diagnosedauer erhoben. Während des Evaluationszeitraumes konnten die teilnehmenden SP in 81 % der angefragten Fälle eine klare Diagnose mittels **PädExpert®** stellen, in 19 % der Fälle war dies (noch) nicht möglich. Zu Bedenken ist, dass nicht alle Fälle im vorgegebenen Zeitrahmen, bis zum 31.12.2015, abgeschlossen werden konnten und somit ggf. weitere Diagnosestellungen erfolgt wären. Als Diagnosedauer wurde der zeitliche Abstand zwischen der (Erst-)vorstellung beim AP bis zur Stellung einer Diagnose durch den SP berechnet. Dieser Zeitraum wurde mit der von den AP geschätzten Diagnosedauer in ähnlichen Fällen verglichen. Insgesamt ergibt sich dabei eine deutliche Reduktion:

Die durchschnittliche Diagnosedauer mit **PädExpert®** lag im Evaluationszeitraum bei ca. neun Tagen, eine Reduktion um mehr als zwei Wochen gegenüber der von den AP geschätzten Diagnosedauer von fast 25 Tagen in ähnlichen Fällen.

Auch in der Subgruppenanalyse für die verschiedenen Krankheitsfelder zeigt sich dieses Ergebnis durchgängig. Besonders ausgeprägt war die Reduktion bei dermatologischen Erkrankungen, Autoimmunthyreoiditis und bei Impffragen (s. Abb. 1). Bei der Interpretation dieser Daten sollte man beachten, dass für einige Indikationen relativ wenige Werte vorlagen und die Daten z. T. stark streuen.

Einsparungen an Vorstellungen bei Spezialisten

Ein weiterer Parameter der Evaluation war die Reduktion von notwendigen Echtvorstellungen bei einem SP. Hier schätzten die SP die notwendige Anzahl von Konsultationen ein, um ähnlich strukturierte Fälle zu diagnostizieren. Eine Vorstellungshäufigkeit von über zehn Mal wurde dabei als unrealistisch eingestuft und in der Auswertung ausgeschlossen. Im Rahmen der Betreuung durch **PädExpert®** mussten 93 % der jungen Patienten grundsätzlich nicht bei einem SP vorgestellt werden. In 5 % war trotzdem ein Besuch und in 2 % waren zwei Spezialistenbesuche notwendig. Gegenüber der geschätzten Notwendigkeit eines Spezialistenbesuchs in ähnlichen Fällen ergab sich eine Reduktion um durchschnittlich 1,45 Vorstellungen (Median 2, s. Abb. 1). Dabei zeigten sich je nach Krankheitsbild Unterschiede: Bei den meisten Indikationen konnte im Durchschnitt ein Besuch eingespart werden, bei Dermatologie, Anä-

mie und juveniler rheumatoider Arthritis lag das Einsparpotential höher, hier konnten mit zwei oder mehr Vorstellungen vermieden werden.

Welche Spezialisten werden alternativ kontaktiert?

Die AP wurden auch gefragt, welche Art von SP sie für die jeweilige Erkrankung alternativ kontaktieren würden, für den Fall, dass **Pädexpert®** nicht verfügbar

wäre. Es zeigt sich, dass in der Regel eine pädiatrische Behandlung entweder über eine Klinikambulanz oder über einen SP erfolgen würde. **In immerhin 25 % der Fälle wird jedoch ein Erwachsenenmediziner für die Behandlung hinzugezogen.**

Wenn man alle Fälle auswertet, in denen sowohl Daten zu Einsparungen als auch zu alternativ kontaktierten Spezialisten vorliegen (318 Fälle), so ergeben sich im Evaluationszeitraum insgesamt 182 eingesparte Vorstellungen bei SP, 162 bei Fachärzten für Erwachsene, 123 in der Klinikambulanz und drei eingesparte stationäre Aufenthalte.

Indikation	In die Evaluation einbezogene Fälle	
	Anzahl	Prozent aller Fälle
Anämie	31	7,2 %
Autoimmunthyreoditis	41	9,5 %
Dermatologie	237	54,7 %
Impffragen	21	4,8 %
Hyposensibilisierung	14	3,2 %
Juvenile rheumatoide Arthritis	46	10,6 %
Kuhmilchintoleranz	2	0,4 %
Schweres und instabiles Asthma bronchiale	13	3 %
Von Willebrand Jürgens Syndrom	5	1,2 %
Zöliakie	23	5,4 %
Insgesamt	433	100 %

Tab. 1: In die Evaluation einbezogene bzw. ausgeschlossene Fälle

Einsparung an Wegstrecke für teilnehmende Patienten

Die Einsparung des Besuchs beim SP führt bei den Patienten bzw. deren Eltern zu einem Zugewinn an Lebensqualität (Anfahrtswege, Wartezeiten und Terminabsprachen fallen weg) und zu einer finanziellen Entlastung (Fahrtkosten). Insgesamt ergibt sich eine durchschnittliche Einsparung bei den Fahrstrecken pro Fall von 116 Kilometern einfach (s. Abb. 1).

Prozess- und Strukturqualität

- **Qualität der Abklärung über Pädexpert®**
Nach jeder erfolgten Diagnosestellung wurden die AP zu ihrer Zufriedenheit mit der Kooperation über **Pädexpert®** befragt. In nahezu allen Fällen konnten die Fragen der AP über das System gut geklärt werden. In ähnlichen Fällen erfolgte dies bei konventioneller Betreuung nicht so gut. Insgesamt waren die

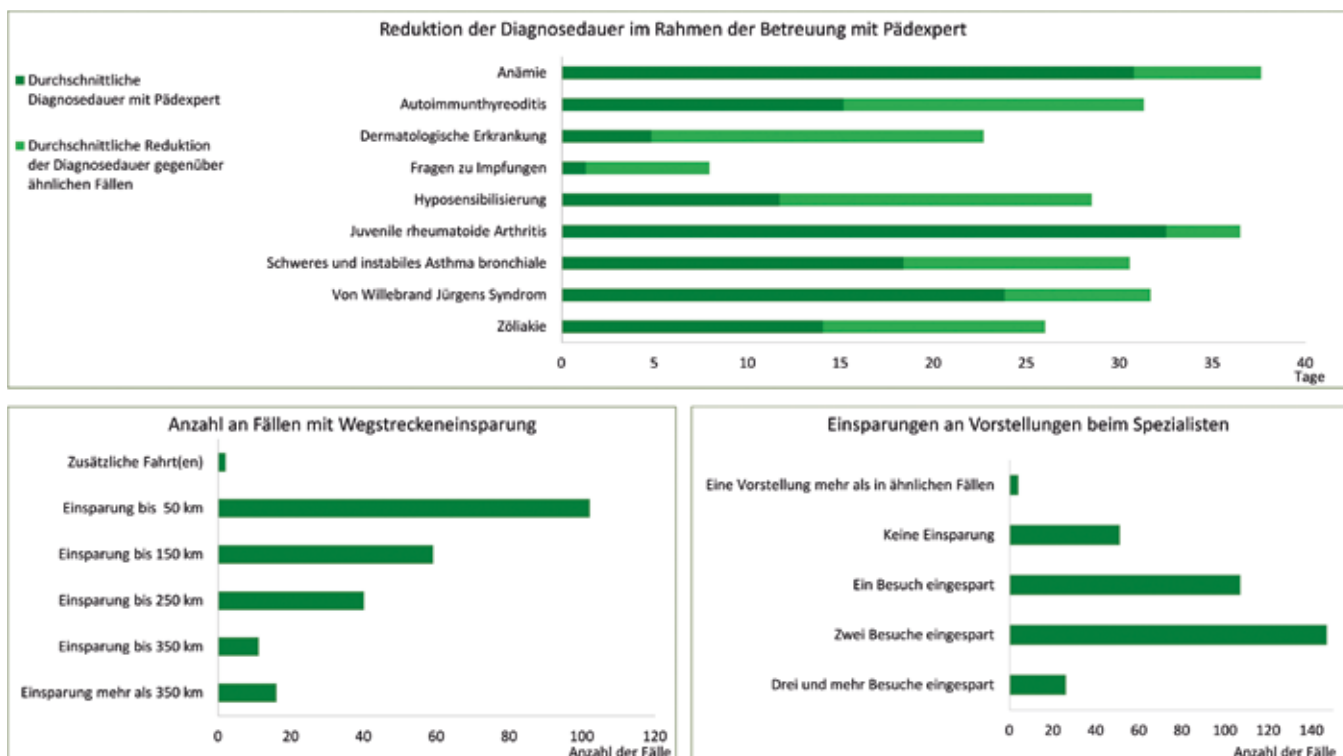


Abb. 1: Einsparungen an Diagnosedauer, Vorstellungen beim Spezialisten und Wegstrecken im Rahmen der Betreuung mit Pädexpert

AP mit den Informationen durch den SP außerhalb von **Pädexpert**®, i.d.R. über einen Arztbrief oder ein Telefonat, in 25 %-50 % der Fälle wenig bis gar nicht zufrieden (s. Tab. 2). Dies dokumentiert eine Gleichwertigkeit bzw. eine Überlegenheit der Abklärung durch **Pädexpert**®.

Fall ggf. mehrere Behandlungsschritte notwendig. Durchschnittlich ergab sich eine Eingabedauer je Frage bzw. Antwort von ca. 15 Min. Auch hier zeigten sich größere Schwankungen, je nach Indikation, zwischen 9 und 26 Minuten.

Betreuungsmittelpunkt

Die AP wurden ebenfalls zum Betreuungsmittelpunkt während der Behandlung befragt. Dies wurde in Vergleich zu ähnlichen Fällen gesetzt. Durch die Kooperation über **Pädexpert**® konnten sie die Behandlungsführung in nahezu allen Fällen behalten und so ihre wichtige Steuerungsaufgabe ausfüllen (s. Tab. 3).

Funktionalität und Relevanz von Pädexpert®

Fragen zur Funktionalität (Bedienerfreundlichkeit und Dokumentationsqualität) von **Pädexpert**® erfolgten sechs Monate nach der ersten Nutzung. Von insgesamt 49 teilnehmenden Ärzten füllten 47 einen Bewertungsbogen aus. Die Funktionalität wurde von den Pädiatern als gut bis sehr gut eingeschätzt (Abb. 2). Die Relevanz des Systems wurde von 94 % der teilnehmenden Ärzte ebenfalls als gut bis sehr gut bewertet.

Dauer der Computernutzung

Pro Behandlungsschritt wurde die Eingabedauer am Computer automatisch erfasst. Dabei sind pro

Bewertung von Pädexpert® durch teilnehmende Eltern

Vier Wochen nach Diagnosestellung erhielten alle teilnehmenden Eltern per e-mail einen Link zum Evaluations-Fragebogen. Nur 16 Eltern füllten den Fragebogen aus, so dass die Angaben zur Zufriedenheit der Eltern eingeschränkt verwertbar sind. Gründe für die geringe Beteiligung waren u.a., dass nicht von allen Eltern Email Adressen vorlagen, in einigen Fällen diese nicht korrekt waren und in anderen Fällen keine Rückmeldung erfolgte. Die Daten zeigen, dass die Eltern durch die Plattform **Pädexpert**® gut über Erkrankung und Behandlung informiert werden konnten. Bei fast allen Patienten konnten alle Fragen geklärt werden. Interessant ist, dass 31 % der Eltern angaben, dass sie sich durch einen persönlichen Besuch beim Spezialisten letztendlich besser betreut gefühlt hätten. Einen Spezialisten aufgesucht hat aber nur eine dieser 16 Familien.

Diskussion

Durch **Pädexpert**® konnte ein EDV-System geschaffen werden, über das AP und SP strukturiert mitein-

	Durch die Abklärung mit Pädexpert® wurden alle meine Fragen geklärt				In ähnlichen Fällen wurden alle meine Fragen durch Arztbrief/Kontakt mit Spezialist geklärt			
	Dermatologie		Andere Indikationen		Dermatologie		Andere Indikationen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Trifft zu	173	84,8 %	89	89,9 %	17	8,3 %	34	34 %
Trifft eher zu	25	12,2 %	10	10,1 %	62	30,4 %	40	40 %
Trifft eher nicht zu	3	1,5 %	0	0 %	81	39,7 %	19	19 %
Trifft nicht zu	3	1,5 %	0	0 %	44	21,6 %	6	6 %

Tab. 2: Zufriedenheit der Allgemeinpädiater mit der Abklärung, getrennt dargestellt für Dermatologie (204 Fälle) und andere Indikationen (99 Fälle)

	Unter der Betreuung mit Pädexpert® verblieb der Betreuungsmittelpunkt beim Allgemeinpädiater				Der Betreuungsmittelpunkt verblieb in ähnlich gelagerten Fällen beim Allgemeinpädiater			
	Dermatologie		Andere Indikationen		Dermatologie		Andere Indikationen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Trifft zu	185	90,7 %	89	89,9 %	29	14,2 %	28	28 %
Trifft eher zu	12	5,9 %	8	8,1 %	54	26,5 %	41	41 %
Trifft eher nicht zu	3	1,5 %	1	1, %	83	40,7 %	22	22 %
Trifft nicht zu	4	1,9 %	1	1 %	38	18,6 %	8	8 %

Tab. 3: Betreuungsmittelpunkt, getrennt dargestellt für Dermatologie (204 Fälle) und andere Indikationen (99 Fälle)

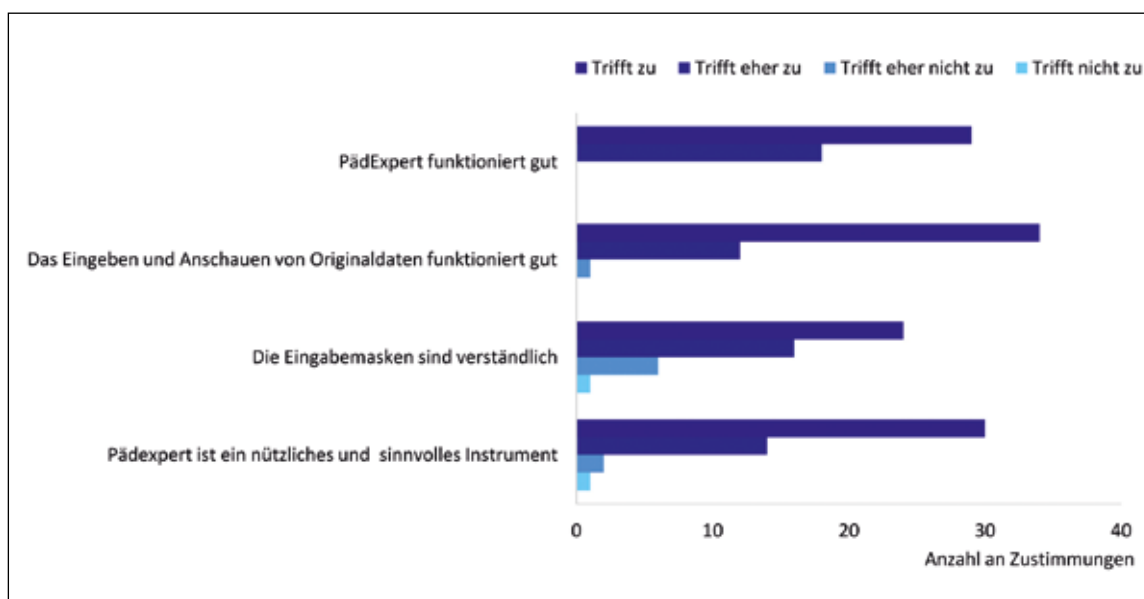


Abb. 2: Bewertung des Systems durch die teilnehmenden Allgemein- und Spezialpädiater

ander patientenbezogen kommunizieren können. Das System zeichnet sich durch eine hohe Datensicherheit, hohe Benutzerfreundlichkeit und hohe Akzeptanz im Rahmen der Pilotstudie aus.

Der frühzeitige Einsatz von **Pädexpert**® hilft, herkömmliche Patientenüberweisungen zu reduzieren, aber auch fachfremde Konsultationen oder stationäre Konsultationen, die oft von Eltern gefordert werden, einzudämmen. Das frühzeitige Hinzuziehen eines versierten Spezialisten kann überflüssige Labordiagnostik, unnötige Bildgebung und Gerätediagnostik vermeiden, gegebenenfalls auch unnötige Eingriffe (z. B. Arthroskopie). Eine frühzeitige Diagnosestellung und Therapiebeginn kann Behandlungsrisiken minimieren und insbesondere bei chronischen Erkrankungen das Outcome verbessern. Übertherapien können in der virtuellen Zusammenarbeit ebenso reduziert werden, wie eine Rückfallgefahr durch gemeinsam abgestimmte Nachkontrollen.

Bzgl. der aktuellen Pilotstudie ist zu bedenken, dass es sich um eine Evaluation am sich entwickelnden Modell handelte. Aus organisatorischen Gründen konnten im Rahmen der Begleitevaluation nicht zusätzlich Daten einer Kontrollgruppe erhoben werden. In der Übersicht aller Ergebnisse konnte aber klar gezeigt werden, dass mit vertretbarem Aufwand eine Spezialistenmeinung bez. der o.g. behandelten Krankheitsbilder eingeholt werden kann. Aufgrund dieser Erfahrungen konnten erste Verträge mit Krankenkassen zur bundesweiten Anwendung von **Pädexpert**® geschlossen werden. Eine Fortentwicklung der Plattform sowie eine weitere begleitende Evaluation sind geplant.

Zusammenfassung

Auch in der Kinder- und Jugendmedizin besteht eine zunehmende Subspezialisierung mit verschiedenen Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen. Ein flächendeckendes Angebot für diese Subspezialitäten

ist in Bayern bisher nicht vorhanden. Um einen strukturierten Weg der Kommunikation zwischen Spezialist und Allgemeinpädiater zu finden, der sich gut in den Arbeitsalltag einfügt, wurde die telemedizinische Plattform **PädExpert**® entwickelt.

Durch eine begleitende Evaluation des Projekts konnte gezeigt werden, dass – im Vergleich zum bisherigen System (Vorstellung in der Praxis des Spezialisten) – bei mindestens vergleichbarer Betreuungsqualität (nach Angaben der Allgemeinpädiater und der Eltern) eine Reduktion von Diagnosedauer und Fahrten sowie eine bessere Bindung an den Allgemeinpädiater erreicht werden kann.

*Dr. med. Wolfgang Landendörfer,
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Nürnberg*
*Dr. med. Martin Lang, Landesverbandsvorsitzender
BVKJ Bayern e.V., Augsburg*
*Otto Laub, Praxis für Kinder- und Jugendmedizin,
Rosenheim*
*Anja Breddin, CJD Berchtesgaden – Asthmazentrum
und Diabeteszentrum, Berchtesgaden*
*Dr. med. Gerd Schauerte, CJD Berchtesgaden –
Asthmazentrum und Diabeteszentrum, Berchtesgaden*

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Gerd Schauerte
FBL Gesundheit / CJD Verbund Bayern
Chefarzt Kinder- und Jugendmedizin
CJD Berchtesgaden –
Asthmazentrum und Diabeteszentrum
Buchenhöhe 46
83471 Berchtesgaden
Tel.: 08652 6000160
E-Mail: gerd.schauerte@cjd.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Der Medikationsplan – eine neue Pflichtleistung auch für Kinder- und Jugendärzte



Dr. Marcus
Heidemann

Im Rahmen der diesjährigen Honorarverhandlungen zwischen KBV und Kassen wurden auch die endgültigen Regelungen zum sogenannten Medikationsplan, sowie zu dessen Vergütung festgelegt. Die Auswirkungen auf die Praxen der Kinder- und Jugendärzte sind vermutlich eher gering.

Anspruch der Patienten auf Wunsch

Ab **1.10.2016** haben gemäß § 29a des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMÄ-V) alle Patienten, die einen Medikationsplan wünschen, einen Anspruch auf einen solchen Plan, wenn diese mindestens **3 Medikamente** einnehmen, die

- ärztlich verordnet wurden
- systemisch wirken
- dauerhaft, mindestens über einen Zeitraum von 28 Tagen angewendet werden

Die Erstellung des Plans muss dabei nach den hierfür vorgesehenen Vorgaben erfolgen, dies bedeutet eine genaue einheitliche Tabelle, in der Medikamente und Einnahmezeitpunkte sowie weitere Informationen aufgeführt sind. Die Praxissoftwareanbieter müssen die entsprechenden Vorgaben berücksichtigen und die Erstellung eines solchen Plans in der Software vorsehen. Ein Element ist dabei unter anderem ein Barcode, der dazu dient, im Bedarfsfall den Plan in einer Apotheke oder bei einem anderen Arzt lesen und ändern zu können.

Wird ein solcher Plan erstellt, sind allerdings nicht nur die vom erstellenden Arzt, sondern möglichst auch die von anderen Ärzten verordneten Medikamente, sowie im Rahmen der Selbstmedikation vom Patienten erworbenen Medikamente zu erfassen und in den Plan aufzunehmen.

Vergütung kein echter Anreiz zur Erstellung des Plans

Die Vergütung des Medikationsplans erfolgt **entweder** im Rahmen der **Einzelvergütung** oder als **Zuschlag zur Chronikerziffer**.

- Kinder- und Jugendärzte erhalten ebenso wie Hausärzte für die Erstellung eines Plans einmal im Jahr (= Krankheitsfall) einen Zuschlag zur Versichertenpauschale von **39 Punkten (4,10 €)**. Etwaige Aktualisierungen im Laufe des Jahres sind damit ebenfalls abgegolten. Zur Abrechnung dient die **Ziffer 01630**.

- Für **alle chronisch kranken Patienten** erhalten Kinder und Jugendärzte ebenso wie Hausärzte **in jedem Quartal (= Behandlungsfall) den Zuschlag von 10 Punkten (1,05 €) zur Chronikerziffer**, der **automatisch von den KVen gesetzt** werden soll. (EBM Ziffer 04222, Abrechnungsausschluss mit Ziffer 01630). Dieser Zuschlag erfolgt unabhängig vom Anspruch oder der tatsächlichen Erstellung eines Planes.

In der Regel wird es in unseren Praxen kaum Patienten geben, die nicht als Chroniker einzustufen sind und trotzdem aufgrund von 3 fest verordneten Medikamenten einen Medikationsplan erhalten können. Gerade auch die Einschränkung auf eine Dauer von mindestens 28 Tagen (also keine Akutmedikationen) und die systemische Wirkung (keine lokal applizierten Medikamente) verringert den Kreis der in Frage kommenden Patienten erheblich. Ausdrücklich sei darauf hingewiesen, dass selbst erworbene oder durch Heilpraktiker verordnete Medikamente zwar bei der Erstellung eines Plans zu erfassen sind, allerdings diese Medikamente bei der Frage, ob ein Anspruch auf einen Plan besteht, nicht mitzählen. Gerade aber die dem Arzt auferlegte Verantwortung, auch fremde Medikamente in den Plan möglichst vollständig einzuarbeiten, lässt die Vergütung als völlig unzureichend erscheinen und steigert somit nicht gerade das Interesse des Arztes, den Plan aktiv den Patienten anzubieten.

In der Regel wird daher die Abrechnung über den Zuschlag zur Chronikerziffer erfolgen. Dieser Zuschlag erfolgt aber unabhängig von der tatsächlichen Erstellung eines Medikationsplanes, was für die meisten Praxen insofern von Vorteil sein dürfte, da so auch eine Vergütung für Patienten erfolgt, die gar keinen Plan wünschen oder sogar gar keinen Anspruch auf einen Plan haben.

Ob die derzeitige Vergütung überhaupt in dieser Höhe dauerhaft erhalten bleibt, ist langfristig nicht ge-

sichert. Durch eine Überführung der zunächst extra-budgetären Bezahlung in das gedeckelte Budget, wie es die Krankenkassen nach 2 Jahren Laufzeit im Rahmen einer dann fälligen Überprüfung beabsichtigen, kann es auch zu einer effektiven Absenkung der jetzt angekündigten Bezahlung kommen.

Strukturierte Patientenanleitung bleibt trotzdem weiter sinnvoll

Unabhängig von den jetzt vorgelegten recht bürokratischen Bedingungen des offiziellen Medikationsplans sei aber darauf verwiesen, dass die individuelle Anleitung und verantwortungsvolle, strukturierte Behandlung z. B. beim Asthma durchaus einen schriftlichen Therapie- und Medikationsplan in vielen Fällen sinnvoll erscheinen lässt. Dieser vom Arzt ausgegebene Plan bedarf aber weiter keiner besonderen Form oder Vorschrift, berechtigt allerdings auch nicht zur Abrechnung der Ziffer 01630. Allerdings erspart ein solcher Plan ggf. die viel Zeit in Anspruch nehmenden Wünsche der Patienten nach einem offiziellen Medikationsplan.

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

Red.: WH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben (z. B. die Serie zum Arbeitsrecht in diesem Jahr), wenden Sie sich bitte an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung) vom 21. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2016 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989), zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (BAnz. 2011 S. 864), wie folgt zu ändern:

I.

Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Der Titel der Richtlinie wird wie folgt gefasst:
2. „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“).“
3. In dem nach dem Titel folgenden, der Abschnittsüberschrift „A. Allgemeines“ vorangestellten Satz werden die Wörter „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ersetzt. In Abschnitt „A. Allgemeines“ Nummer 1 und 5 werden die Wörter „diesen Richtlinien“ durch die Wörter „dieser Richtlinie“ ersetzt.
4. In Abschnitt „A. Allgemeines“ Nummer 3 wird folgender Satz angefügt:
5. „Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine **Präventionsempfehlung** (gemäß Anlage 2) **für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention** nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“
6. In Abschnitt „B. Inhalt der Gesundheitsuntersuchung“ Nummer 4 wird nach Satz 2 der folgende Satz eingefügt: „Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine **Präventionsempfehlung** (gemäß Anlage 2) **für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention** nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.“
7. Abschnitt „C. Dokumentation und Auswertung“ wird wie folgt geändert:
 - a) nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:
 - b) „3. **Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt.** Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.“

- c) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5. Der Abschnitt „E. Inkrafttreten und Übergangsbestimmung“ wird aufgehoben.

II.

Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 2 eingefügt: „Angaben des Vordrucks „Präventionsempfehlung““
Der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarte **Vordruck** enthält folgende Angaben:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname der oder des Versicherten
- geboren am
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- Status
- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

- Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld
- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum
- Sonstiges
- Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.
- Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
- Vertragsarztstempel und Unterschrift“

III.

Die Änderung der Richtlinien tritt am **1. Januar 2017** in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Red.: WH

Highlights aus Bad Orb ● ● ●

Pneumonie im Kindes- und Jugendalter

Weltweit stellen Lungenentzündungen eine der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität im Kindesalter dar. Betroffen sind vor allem Kinder in den Entwicklungsländern und in der Altersgruppe bis zum fünften Lebensjahr. Schätzungen der WHO zufolge gehen weltweit 15% aller Todesfälle bei Kindern bis fünf Jahren auf das Konto von Pneumonien. Im Jahr 2013 starben damit etwa 935.000 Kinder an Lungenentzündung (1).



Prof. Dr.
Wolfgang Kamin

Einleitung

Durch die im Sommer 2006 von der STIKO eingeführte allgemeine Impfpflicht gegen Pneumokokken für alle Kinder bis zum zweiten Geburtstag kam es in Deutschland zu einem deutlichen Rückgang der Pneumonien im Kindesalter. Da aber die Mehrzahl der Pneumonien viral bedingt ist, bleibt dieses Krankheitsbild weiterhin eines der wichtigsten in der Pädiatrie. Die Heilungschancen für die Krankheit sind umso besser, je früher die korrekte Diagnose gestellt wird. Diese bleibt allerdings weiterhin schwierig, denn nur eine Kombination von mehreren klinischen Symptomen, zusammen mit einer Bildgebung und den entsprechenden Laborwerten, erweisen sich als zielführend (2). Die Verordnung von Antibiotika sollte zurückhaltend und nur bei deutlichem Hinweis auf eine bakterielle Ursache erfolgen (vgl. Tab. 1).

Diagnostik

Typische klinische Symptome der Pneumonie sind Fieber (69% der Fälle), Husten (69%), Erbrechen (29%) und Bauchschmerzen (10%). Im Rahmen der körperlichen Untersuchung lassen sich mit dem Stethoskop außerdem in 88% der Fälle Rasselgeräusche hören. Weitere Befunde der Auskultation sind Giemen und Brummen (17%), ein vermindertes Atemgeräusch (17%), Einziehungen (14%), Nasenflügeln (11%) und Klopfeschalldämpfung (11%). Sind die drei Leitsymptome Fieber, Husten und (feinblasige) Rasselgeräusche vorhanden, ist die Diagnose Pneumonie bereits sehr wahrscheinlich bis nahezu sicher. Wichtig ist es, sich ins Gedächtnis zu rufen, dass die Auskultation eine sichere Beurteilung von bis zu fünf bis sechs cm Tiefe ermöglicht; somit ist ein kindlicher Thorax mit einem Durchmesser von acht bis 25 cm bestens mit dem Stethoskop zu untersuchen. Ein Blutbild mit Differenzialblutbild sowie die Bestimmung der Akutphaseproteine geben dann weiteren Aufschluss, auch zu den möglichen Erregern (viral oder bakteriell; Tab. 1).

Radiologische Einteilung

Ob eine Röntgenaufnahme des Thorax generell sinnvoll ist, wird kontrovers diskutiert. Bei Kindern mit rezidivierenden pulmonalen Infekten ist diese jedoch indiziert, zumal dann in vielen Fällen die Art der Pneumonie näher bestimmt werden kann. Man unterscheidet nach dem Röntgenbild unter anderem die zentrale Pneumonie, die Bronchopneumonie, die interstitielle Pneumonie, die Lobärpneumonie (Abb. 1) und die atypische Pneumonie.

Die Frage nach dem verantwortlichen Erreger lässt sich jedoch nur sehr selten aus dem Röntgenbild ableiten. Eine retrospektive Untersuchung von 126 pädiatrischen Patienten mit Pneumonie ergab, dass die Röntgenbilder keine eindeutigen Hinweise auf den exakten Erreger (hier: Mykoplasmen oder Viren) zulassen (3). Jedoch findet man überdurchschnittlich häufig bei einem zentralen und interstitiellen Muster Viren als Auslöser dieser Pneumonieformen.

Einteilung nach Erregern

Eine entscheidende Rolle für die Erregerdiagnostik und die Unterscheidung von bakteriellen und viralen Atemwegsinfektionen spielt heute in zunehmendem Maße die Multiplex-PCR. Generell wird empfohlen, eine PCR aus der Nasenlavage vor allem in den ersten fünf Lebensmonaten und bei immunsupprimierten Patienten durchzuführen. Wird dabei Virus-RNA oder DNA der folgenden Viren nachgewiesen, kann mit hoher Sicherheit von einer akuten Infektion mit diesen Erregern ausgegangen werden: Influenza-Virus, Parainfluenza-Virus, Respiratorisches Syncytial-Virus (RSV) und humanes Metapneumo-Virus (hMPV). Dagegen gilt der Nachweis anderer Viren (vor allem Adeno-, Boca-, Rhino- und Corona-Viren) nicht als eindeutig für die Ursache der Pneumonie; er kann auch auf eine frühere oder aktuell subklinische Infektion hinweisen und hat somit keine direkten therapeutischen Konsequenzen (4).

Eine aktuelle Metaanalyse betont neuerdings auch die zunehmende Wichtigkeit von Ultraschalluntersu-



Dr. Frank Erdnüb



Abb. 1: Interstitielle Pneumonie (links) und Lobärpneumonie mit Erguss (rechts) im Röntgenbild.

chungen für die Diagnose einer Pneumonie im Kindesalter. Allerdings setzt der erfolgreiche Einsatz der Methode ein gutes Training bzw. viel Erfahrung voraus und selbst dann bleiben Fallstricke, wie beispielsweise die Verwechslung mit Atelektasen im Rahmen von Asthma und Bronchiolitis (Pereda et al.).

Erreger

Generell sind ca. 85% aller Pneumonien im Kindesalter viral bedingt. Nur in etwa 10% der Fälle liegt eine primär bakterielle Ursache vor (Tab. 1) und in etwa 10-15% der Fälle kommt es im Verlauf zu einer bakteriellen Superinfektion. Diese äußert sich typischerweise durch einen sekundären Fieberanstieg am fünften bis siebten Tag der Erkrankung. Darüber hinaus können auch Mykoplasmen (4%) die Ursache einer Pneumonie sein und bei bestimmten Vorerkrankungen ist auch an Pilze zu denken (z. B. *Pneumocystis jirovecii*-Infektion bei Histiozytose X). Schließlich kommen Parasiten bei entsprechender Reiseanamnese ebenfalls in Betracht.

Kennzeichen einer bakteriellen Pneumonie	% der Fälle
BSG > 30 mm in der ersten Stunde	72
CRP > 2 mg/dl	71
Leukozytenzahl > 12.000	68
Thrombocytose > 350.000	50
Linksverschiebung	45
Thrombozytopenie < 150.000	5

Tab. 1: Wenn vier dieser sechs Parameter zutreffen liegt bei entsprechender Klinik eine bakteriell bedingte Pneumonie mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 85-90% vor.

Therapeutisches Vorgehen gesteuert nach dem Alter des Kindes

Während oben genannte Zahlen und Fakten zu Erregern für alle Altersklassen gelten, gibt es auch altersspezifische Häufungen einzelner Erreger. Sie sind zusammen mit speziellen Therapieempfehlungen in Tabelle 2 dargestellt.

Therapie

Generell sollten Kinder stationär aufgenommen werden, wenn die folgenden Symptome vorhanden sind: anstoßende Atmung (PEP-Atmung), Nasenflüßeln, Sauerstoff-Sättigung unter 92%, starke Tachypnoe und/oder starke Obstruktion. Für die Entscheidung zur stationären Behandlung spielen weiterhin auch die Entfernung vom Wohnort zum Krankenhaus sowie der aktuelle Wochentag eine Rolle. Falls Komplikationen zu erwarten sind, spricht dies ebenfalls für eine Aufnahme ins Krankenhaus. Das therapeutische Vorgehen richtet sich in erster Linie nach Befund und Alter des Patienten. Bei Hinweis auf eine bakterielle Ursache sollten die in den Tabellen 2 und 3 genannten Antibiotika zum Einsatz kommen.

Komplikationen und schwere Verläufe

Als Komplikationen bei Pneumonie können auftreten: Pleuraerguss, Pleuraempyem, Abszess, Pleuraschwarten, Atelektasen, Bronchitis fibroplastica (Mucus Plaque) und Swyer-James-Syndrom (Syndrom of the unilateral hyperlucent lung). In jedem dieser Fälle ist eine entsprechende Nachsorge mit erneutem Röntgenthorax zur Kontrolle nach spätestens drei bis vier Wochen und einer Lungenfunktionsprüfung (innerhalb von vier bis acht Wochen) indiziert.

		viral	bakteriell	andere Erreger	antibakterielle Therapie
Neugeborene und Säuglinge bis 2 Monate	häufig	RS-Viren	Streptokokken B, E. coli	Chlamydien, Ureaplasmen	stets stationär; Ampicillin und Gentamycin
	selten	Herpes simplex	Haem. influenzae, Streptokokken A, Staph. aureus, Klebsiellen	Mykobakterien	
Säuglinge (3-6 Monate)	häufig	RS-Viren	-	Chlamydien	fast immer stationär; Ampicillin, Cephalosporine nur selten
	selten	Adeno-Viren, Rhino-Viren, hMPV	Streptokokken A und B, Haem. influenzae, Strept. pneumoniae, Staph. aureus	Mykobakterien	
ältere Säuglinge und Kleinkinder	häufig	RS-Viren, Rhino-Viren, hMPV etc.	Haem. influenzae, Strep. pneumoniae	-	bei respiratorischer Beeinträchtigung stationär; Amoxicillin oder Ampicillin
	selten	Influenza-Viren, Parainfluenza-Viren	Bord. pertussis, Staph. aureus, Streptokokken A	Mykobakterien	
Schulkinder	häufig	Influenza-Viren, Parainfluenza-Viren	Strep. pneumoniae	Mykoplasmen	bei respiratorischer Beeinträchtigung stationär; Makrolid
	selten	-	Staph. aureus, Streptokokken A	-	

Tab. 2: Altersspezifisches Erregerspektrum der ambulant erworbenen Pneumonie im Kindesalter mit Empfehlungen zur antibakteriellen Therapie.

Konsultation eines Zentrums empfohlen bei	mögliche Erreger	ambulante Therapieoption
Antikörpermangel & Komplementdefekten	Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Staph. aureus	Cephalosporine, Sulfamethoxazol u. Trimethoprim (Cotrim®)
T-Zell-Defekten	Mykobakterien, CMV, Herpes simplex-Virus, Epstein-Barr-Virus, Legionella pneumophila, Pneumocystis jirovecii	Makrolid, Sulfamethoxazol u. Trimethoprim (Cotrim®)
Phagozytendefekten	Staph. aureus, Pseudomonas, Mykobakterien, Nocardia	Cephalosporine, Sulfamethoxazol u. Trimethoprim (Cotrim®)
Mukoviszidose	Staph. aureus, Haem. influenzae, Pseudomonas, Burkholderia cepacia, atypische Mykobakterien	Ciprofloxacin
Nosokomialen Infektionen	E. coli, Klebsiella, Enterobacter, Staph. aureus, MRSA	Sulfamethoxazol u. Trimethoprim (Cotrim®)
Säuglingen (oft subfebril)	Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Cytomegalie-Virus (CMV), Mykoplasmen	großzügige stationäre Einweisung; Makrolid

Tab. 3: Potentielle Erreger und Therapieempfehlungen für Patienten mit bekannten Vorerkrankungen oder nosokomialen Infektionen sowie für oftmals subfebrile Säuglinge.

Bei bleibendem auffälligem Röntgenbild und/oder mehreren schweren Pneumonien oder persistierend pathologischer Lungenfunktionen sollte anschließend eine erweiterte immunologische und/oder pneumologische Diagnostik (ggf. mit Bronchoskopie) erwogen werden.

Sonderfälle der Pneumonie

In bestimmten Situationen empfiehlt sich nach Diagnosestellung die zeitnahe Rücksprache mit einem entsprechenden Zentrum. Dazu gehören die in Tabelle 3 genannten chronischen Vorerkrankungen sowie nosokomiale Infektionen. Aber auch bei (oftmals subfebrilen) Säuglingen mit speziellen Erregern können die Spezialisten eines Zentrums helfen.

Fazit für die Praxis

Die Pneumonie im Kindesalter ist eine häufige, auch heute noch bedrohliche Gesundheitsstörung, die sehr häufig (85%) durch virale Erreger ausgelöst wird; eine antibakterielle Therapie ist somit oft überflüssig. Bei der Differenzierung zwischen viralem und bakteriellem Krankheitsgeschehen hilft eine entsprechende Labor-

diagnostik. Jeder Patient bedarf einer guten klinischen Überwachung, da der Krankheitsverlauf nicht selten von Komplikationen begleitet wird. Je jünger der Patient ist, desto eher sollte über eine stationäre Einweisung nachgedacht werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Wolfgang Kamin

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Evangelisches Krankenhaus Hamm

Werler Str. 130

59063 Hamm

Tel.: 02381/589-3475

E-Mail: wkamin@evkhamm.de

Dr. Frank Erdnüß

Apotheke der Universitätsmedizin Mainz

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Langenbeckstr. 1

55131 Mainz

E-Mail: erdnuess@uni-mainz.de

Red.: Keller

Pädiatrische Versorgungssysteme in Europa: Vielfalt bewahren – Versorgungsstandards harmonisieren, Teil 2

(Den ersten Teil dieses Beitrages finden Sie in der vorherigen Ausgabe unserer Zeitschrift.)



Prof. em.
Jochen H.H. Ehrich¹

Ulrike Grote¹, MPH

Prof. Dr. Andreas
Gerber-Grote^{2,3,4}

Prof. Dr. Hans Michael
Straßburg^{5,6}

EPA/UNEPSA, die Dachorganisation der europäischen nationalen Gesellschaften für Pädiatrie, zeichnet sich durch eine Vielzahl von Aktivitäten aus. Neben Publikationen im Journal of Pediatrics oder im Newsletter beteiligt sich die Organisation an Gesetzgebungsverfahren auf europäischer Ebene, um einen Rahmen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. Des Weiteren bieten die alle zwei Jahre stattfindenden Kongresse ein Diskussionsforum, Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern vorzustellen, den Teilnehmenden ein Diskussionsforum zu bieten und damit internationale soziale Verantwortung und ein Denken und Planen über Grenzen hinweg zu initiieren.

2. Teil EPA/UNEPSA als forschende, publizierende, diskutierende und beratende Organisation.

Internationale Diskussionsrunden mit Beteiligung von EPA/UNEPSA: Ein Rahmen für die pädiatrische Versorgung in Europa

Der Europarat in Straßburg erarbeitete unter Beteiligung von zwei Mitgliedern des Vorstandes von EPA/UNEPSA das Modell zur kinderfreundlichen medizinischen Versorgung („child-friendly health care“), in dem die folgenden fünf Elemente eine zentrale Rolle spielen: Protektion (Schutz), Prävention, Provision (Versorgung), Promotion (Förderung) und Partizipation. Dieses Modell wurde 2011 von 47 europäischen Gesundheitsministern unterzeichnet.

Bei der Diskussion zur grenzüberschreitenden Versorgung von Kindern kamen die Delegierten von „Bridges for CHILD“ im Jahr 2011 in Wien zu den Schlussfolgerungen, dass 1. gleiche Gesundheitsvoraussetzungen in allen Ländern geschaffen werden, 2. die bereits gesetzlich geregelte grenzüberschreitende („cross border“) Versorgung für Kinder in der Praxis verbessert und 3. internationale Behandlungswege („pathways“) geschaffen werden sollten, falls keine adäquate Behandlung in einem Land möglich ist.

Expertendiskussionen während EUROPAEDIATRICS seit 2009

Im Rahmen von EUROPAEDIATRICS Kongressen organisierte EPA/UNEPSA Diskussionsrunden mit Präsidenten der nationalen pädiatrischen Gesell-

schaften und anderen Experten. Diese Diskussionsrunden wurden von 60 bis 150 Teilnehmern besucht und dauerten drei bis vier Stunden. Die Zusammenkünfte erlaubten einen multilateralen Austausch von Wissen und Meinungen und führten im Anschluss an die Kongresse zu Projekten internationaler Zusammenarbeit.

2009 in Moskau

Die Diskussion hatte das Ziel, die vorab in einem Fragebogen ermittelten Unterschiede bei der präventiven Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Europa zu identifizieren und zu erklären.

- Vorsorge-Untersuchungsheft:** In 42 von 46 europäischen Ländern gab es 2009 ein sog. U-Heft. In 63% dieser Länder befanden sich in diesem U-Heft administrative Daten (z. B. Krankenversicherung), in 97% der Länder Informationen zu Impfungen, in 85% Daten zu Gewicht und Länge, in 87% Informationen zu den klinischen Untersuchungen und in 68% weitere Informationen wie zum Beispiel Screening-Ergebnisse und Krankenhausaufenthalte. Die Anzahl an Routineuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr variierte zwischen 1 und 29. Bislang gibt es keine Evidenz-basierten Daten, die zeigen, welches U-Heft bzw. Vorsorge-System das effektivste ist.
- Screening:** 93% der Länder boten ein Neugeborenen-Screening an. Die Anzahl der getesteten Krankheiten lag zwischen eins und zwölf. Am häufigsten wurde auf Phenylketonurie und Hypothyreose getestet. Bei einer Diskussionsrunde mit den Präsidenten der nationalen Kinderärztereinigungen zeigte sich 2015, dass weiterhin eine globale Kontroverse bestand, ob mehr als 10 Screening-Tests für Neugeborene sinnvoll sind. Ein Urinscreening auf Hämaturie, Leukozyturie und Proteinurie wurde bis zum sechsten Lebensjahr in einem Drittel der Länder durchgeführt.

¹ Kinderklinik, Medizinische Hochschule, Hannover

² European Paediatric Association-Union of National Paediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA), Berlin

³ Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur, Schweiz

⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln

⁵ Kinderklinik, Julius Maximilians Universität, Würzburg

⁶ Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Berlin

Die Sonographie-Untersuchungen auf Hüftdysplasie wurden in der Hälfte der Länder in sehr unterschiedlichen Altersgruppen vorgenommen.

- c) **Prophylaxe:** 89% der Länder boten eine kostenfreie Vitamin D Prophylaxe an. Eine Fluorprophylaxe gegen Karies erfolgte in 54% der Länder, eine prophylaktische Gabe von Vitamin K für Neugeborene in 16% und Eisensubstitution für Säuglinge in 11% der Länder. Alle 46 Länder impften gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Polio, Masern, Mumps und Röteln. 93% der Länder berichten von Impfungen gegen *Haemophilus influenzae* b. Sechs Länder führten Impfungen für Mädchen gegen Papilloma-Virus, für Säuglinge gegen Rotaviren oder für chronisch kranke Kindern gegen Influenza ein. Eine Pneumokokken-Impfung wurde in der Hälfte der Länder angeboten und in 39% bzw. 35% der Länder erhielten Kinder eine Meningokokken C- bzw. Varizellen-Impfung. Eine BCG-Impfung gab es in 66% der Länder, jedoch wurde diese in Tuberkulose-freien Ländern nur Migrantenkindern verabreicht.

2011 in Wien

Die Diskussion hatte das Ziel, Unterschiede in der Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren. Hochspezialisierte Kinderkrankenhäuser gab es in 80% der befragten Länder. Dabei hatten 53% der Länder weniger als fünf pädiatrische Kompetenzzentren. Die Anzahl an Universitätskinderkliniken lag zwischen 0 (Luxemburg) und 52 (Türkei). Spezielle Mutter-Kind-Zentren mit kombinierter Geburtshilfe und Neonatologie gab es in 26 Ländern. Die Hälfte der europäischen Länder finanzierten ihre Krankenhäuser über das nationale Gesundheitssystem. In 57% der Länder waren die Leiter der pädiatrischen Abteilungen für das Abteilungsbudget zuständig. 90% der Länder gaben an, dass die pädiatrischen Abteilungsleiter regelmäßig über die Ausgaben für Personal, Diagnostik, Therapie, Investitionen, Verbrauchsmaterialien und Infrastrukturmaßnahmen informiert wurden.

2013 in Glasgow

Die Diskussionsrunde konzentrierte sich auf die unterschiedliche Anzahl an Subspezialitäten der pädiatrischen Versorgung in Europa. Eine vorherige Umfrage in 29 europäischen Ländern hatte ergeben, dass insgesamt 38 pädiatrische Subspezialitäten mit Akkreditierung unterschieden wurden. Sechs Länder gaben an, keine spezielle Fachrichtung anzubieten. Während der Diskussionsrunde konnte nicht geklärt werden, wie viele der jeweiligen Spezialisten auch als allgemeine Pädiater tätig waren. Es blieb unklar, wie viele Spezialisten nur eine einzige Fachrichtung vertraten oder eine Kombination aus mehreren Fachrichtungen (z. B. Hepatologie + Gastroenterologie + Ernährungswissenschaft). Es gab auch keine Daten dazu, ob und wie viele Fachkräfte in Polikliniken oder in ihren eigenen Praxen, in Krankenhäusern der sekundären Versorgungsstufe oder Lehrkrankenhäusern arbeiteten. Ebenso war nicht bekannt, wie viele pädiatrische Subspezialisten pro 100.000 Kin-

der in den einzelnen Ländern tätig waren. Es wurde diskutiert, ob die grenzüberschreitende Versorgung das Problem fehlender Fachrichtungen in einigen Ländern lösen kann. Im Jahre 2010 wurde die grenzüberschreitende Versorgung in 27 Ländern der EU etabliert, aber in begrenzter Zahl wahrgenommen. In den verbleibenden 26 europäischen Ländern war systematische „cross border care“ selten. Insgesamt mangelte es an demographischen Daten zur grenzüberschreitenden Versorgung.

2015 in Florenz

Während des **EUROPAEDIATRICS** Kongress 2015 in Florenz diskutierten Experten aus den Mitgliedsstaaten zeitweise zusammen mit Gymnasiasten aus Florenz, wie das theoretische Konzept der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Medizin in die Praxis umgesetzt werden kann.

Zusammen mit der European Young Paediatrics Association (EURYP), einem Zusammenschluss von Kinderärztinnen und Kinderärzten in der Facharzt-ausbildung oder in den ersten Jahren danach bzw. bis zum Alter von 35 Jahren, der 2015 mit Hilfe von EPA/UNEPSA gegründet wurde, gab es ein Symposium, das sich mit den unterschiedlichen Modellen der Facharzt-ausbildungen in Europa beschäftigte.

Das Ziel aller Diskussion war es, verschiedene Aspekte der Umsetzung von Theorie in die Praxis bei der pädiatrischen Versorgung in Europa zu analysieren. Es kam die Frage auf, weshalb europäische Pädiater in nationalen und internationalen Organisationen unterrepräsentiert waren und als „Advokaten der Kinder nicht mit einer Stimme sprachen“. Als Antworten wurden fehlende Sprachkenntnisse, Zeitmangel, finanzielle und personelle Engpässe genannt. Es schien aber auch unter Pädiatern ein Mangel an internationaler sozialer Verantwortung vorzuliegen. Generell wurde von pädiatrischen Gesellschaften der Länder bemerkt, die ehemals zur Sowjetunion gehörten und einen Wechsel vom Semashko-Modell, d. h. der vollständigen staatlichen Kontrolle, zu einem westlichen Gesundheitssystem mit ärztlicher Selbstverwaltung mitmachten, dass es den europäischen Pädiatern an ausreichendem Training und Erfahrung im Public-Health-Bereich und im Bereich internationaler pädiatrischer Kooperation mangle. Nicht zuletzt wurden auch Frustrationen bei Pädiatern berichtet, die in Ländern arbeiten, in denen eine große Lücke zwischen Macht und Intellekt in den politischen Führungsgremien herrscht und wo das bestehende medizinische Versorgungssystem als ein unflexibles Dienstleistungssystem wahrgenommen wurde. Zwei Drittel aller Präsidenten von nationalen Gesellschaften berichteten von neu entstandenen Problemen bei der primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

In einer der Diskussionsrunden kam die Frage auf, wie zukünftige internationale pädiatrische Kongresse besser zur Weiterbildung von Pädiatern aller Länder beitragen können. Zukünftige Kongresse sollten das Ziel haben, Wege zur Implementierung von Theorie in

die Praxis zum Nutzen aller Kinder und Jugendlichen in Europa zu vermitteln. Es wird nötig sein, den Fokus, die Lehrmethoden, die Veranstaltungsorte und die Kosten von pädiatrischen Kongressen zu überdenken. Die Möglichkeit bei internationalen Veranstaltungen durch den Ländervergleich neue Erfahrungen zu bekommen, stellt eine Bereicherung nationaler Kongresse dar und die grenzüberschreitenden Erkenntnisse reichen von Medizinpolitik bis hin zur pädiatrischen Praxis. Die Teilnehmerzahl von niedergelassenen Pädiatern aus Deutschland an europäischen Kinderärztkongressen war in den letzten 20 Jahren im Gegensatz zu anderen Ländern leider niedrig.

Das Recht der Kinder auf Gesundheit

Die Berücksichtigung der Rechte von Kindern auf Gesundheit war ein wichtiges Thema bei den Diskussionsrunden des Kongresses im Jahr 2015 in Florenz (5). Die teilnehmenden 17 Schüler eines Gymnasiums in Florenz wollten wissen, 1. ob die jetzige Generation an Erwachsenen vorbereitet ist, junge Leute mit ihrer existenziellen Verletzlichkeit so im Gesundheitssystem zu integrieren, dass Teilhabe ermöglicht wird, und 2. ob die europäischen Kinderärzte ein überzeugendes Konzept haben, um Kinder und Jugendliche in Europa auf ein gesundes zukünftiges Leben vorzubereiten. Sie zeigten großes Interesse, sich einzubringen, und äußerten den Wunsch, mehr über Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit zu lernen. Sie zeigten sich z. B. sehr betroffen über die kinderfeindliche Situation von minderjährigen Bräuten in Anatolien oder über Kinderarbeit und -armut. Präsidenten nationaler Kinderärztereinigungen berichteten, dass Paragraphen der UN-Konvention zu den Rechten der Kinder in der Verfassung von 13 Ländern aufgenommen wurden. Siebzehn Länder verfügten über Organisationen, die das Ziel verfolgten, die Kinderrechte zu implementieren. Unstreitig waren die wichtigsten Faktoren zur Verbesserung der Kindergesundheit wie z. B. die möglichst frühzeitige Bekämpfung der Kinderarmut und der unzureichenden Bildung, vor allem von Mädchen. Hiergegen anzugehen, wurde als eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen an die Zukunft angesehen.

Ausblick

Die Projekte der EPA/UNEPSA zeigen die Notwendigkeit von mehr Kooperation auf europäischer Ebene, um die Fragmentierung der Pädiatrie zu vermeiden und um die juristischen, ökonomischen und organisatorischen Herausforderungen der pädiatrischen Versorgung in Europa zu bewältigen. Kinder und Jugendliche müssen dabei immer in das Zentrum der Aktivitäten gestellt werden.

Im Gegensatz zu den USA existiert in Europa keine zentrale europäische pädiatrische Gesellschaft, die die Aktivitäten der nationalen pädiatrischen Gesellschaften und der über 50 verschiedenen europäischen

Kinderarztgesellschaften vertreten oder koordinieren kann. Es scheint, als spielten Pädiater und indirekt damit auch die Kinder keine durchsetzungsfähige Rolle in Europa. Zentraleuropa lebt seit dem 2. Weltkrieg im Frieden und hat dabei Wohlstand angehäuft und sich Fragen der sozialen Gerechtigkeit und der ökologischen Verantwortung gestellt. In den letzten Jahren sind aber einige Länder offensichtlich in eine Lethargie-Krise gekommen, die ihr Interesse mehr auf innenpolitische Probleme lenkt und einen Mangel an Neugier, Initiative und Interesse an der Zukunft mit sich zieht. Einige europäische Bürger beklagen sich über die fehlende Demokratie, andere über die fehlende zentrale Steuerung. Die soziale „Schere“ geht weiter auseinander. Auch der demographische Faktor wird in den meisten Ländern zu einem unvermeidbaren Generationenkonflikt führen und Kinder werden die Verlierer sein, wenn es um neue Lösungen geht.

Aus den aktuellen Pressemeldungen lässt sich schließen, dass es in vielen Ländern einen zunehmenden Mangel an Entschlossenheit der verantwortlichen Meinungsbildner geben könnte, die zur Aufschiebung wichtiger Probleme führen. Beispielsweise wurde die Einführung von elektronischen Gesundheitsunterlagen bisher weder einheitlich und zeitgerecht noch Evidenzbasiert in Europa vorgenommen und nicht selten durch Datenschutzgesetze verzögert (z. B. Deutschland). Pädiater zahlreicher Länder meldeten Kinder und Jugendliche mit chronischen oder seltenen Erkrankungen nicht regelmäßig an spezielle Register, oder es existierten derartige Register in vielen Ländern nicht. Selbst in hoch entwickelten Ländern mangelte es an Statistiken zur Zahl vorhandener und in Weiterbildung begriffener pädiatrischer Arbeitskräfte in Abhängigkeit von ihrer Subspezialität. Daher ist eine gemeinsame strategische Initiative in Europa für die zukünftige demographische Datensammlung, Weiterleitung der Daten an Register, Datenschutz, Kooperation von Experten und ein hohes Maß an Konsens aller Entscheidungsträger auf allen politischen Ebenen notwendig, um die zukünftige pädiatrische Versorgung zu planen und in die Praxis umzusetzen. Mit Blick auf die komplizierte Geschichte Europas, die Mehrsprachigkeit, die verschiedenen Vereinigungen und die bestehenden Interessenkonflikte werden diese Anstrengungen keine einfache Aufgabe sein. Die wichtigsten kinderärztlichen Organisationen in Deutschland haben 2015 unter der Führung der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zur Verbesserung der Situation eine Petition im Deutschen Bundestag eingebracht, einen Bundeskinderbeauftragten im Bundestag zu installieren. Bis jetzt hat die Politik hierzu keine Antwort gegeben.

Fazit

Um für die Zukunft vorbereitet zu sein, müssen sich Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme für Kinder am Schnittpunkt von Gesundheit und Kinderrechten orientieren. Das Vorhandensein von Rechten und von auf sozialer Gerechtigkeit basierenden Strate-

gien und Werkzeugen stellt die Grundlage für Verbesserungen dar, machen diese aber erst durch einen Konsens aller Beteiligten möglich. Nationale und internationale Gesundheitssysteme richten leider ihren Fokus zu häufig ausschließlich auf selektive Strategien, die nur einen Ansatzpunkt haben, um das Überleben von Kindern sowohl in „armen und reichen“ Ländern zu fördern, und damit zu kurz greifen. Ein eindrucksvolles Beispiel ist die Umstellung von pädiatrischen zu Allgemeinarzt-Systemen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen seit dem Fall der Mauer, das im Wesentlichen getrieben von der Weltbank nur die Kosten und nicht die Verbesserung der Versorgungsqualität im Blick hat. Generell haben die globale Öffentlichkeit und auch der private Sektor in den Bereichen Gesundheitspolitik, -systeme und -praxen nicht auf die Komplexität der Gesundheit schaffenden oder bedrohenden sozialen, ökonomischen, politischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren reagiert. Daraus entsteht eine gesellschaftliche Kluft zwischen denjenigen Vertretern, die soziale und Umweltbedingungen als primäre Ziele der Bemühungen ansehen und denjenigen, die ihren Fokus auf die Ökonomie der Medizin richten. Die Lücken zwischen medizinischem Wissen und Erfahrung einerseits und Politik und Praxis andererseits müssen erkannt und durch Gesundheitssystemforschung und konsequente sozialpolitische Verbesserungen geschlossen werden.

Aus Sicht von EPA/UNEPSA sollte Deutschland aufgrund seiner wirtschaftlichen Stärke, Größe nach Einwohnern, zentralen Lage und Struktur der Gesundheitsversorgung eine Vorreiterrolle für die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

in Ländern mit einer schwierigen Versorgungssituation einnehmen können. Andererseits bestehen aber auch im deutschen Versorgungssystem Lücken, die in anderen Ländern bereits geschlossen sind, von denen man in Deutschland lernen kann. Beispielsweise gibt es in einigen europäischen Ländern bereits einen Kinderbeauftragten (Commissioner for children) im jeweiligen Parlament, während dies in Deutschland trotz Petition der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin bisher nicht umgesetzt wurde. Die UNESCO hat kritisch darauf hingewiesen, dass die Rechte der Kinder auf Gesundheit nicht im deutschen Grundgesetz aufgenommen worden sind (6). EPA/UNEPSA fände es sehr wünschenswert, wenn sich die deutschen großen pädiatrischen Gesellschaften als aktive und kreative Mitglieder in den europäischen Prozess der Harmonisierung der Standards unter Berücksichtigung der Vielfalt der Versorgungssysteme einbringen würden.

Literatur:

Die Literatur ist im e-book 2012-2015 der EPA/UNEPSA zugänglich: <http://online.fliphtml5.com/yfjc/gfib/#p=1>
Weitere Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzadresse:

Professor emeritus Jochen H. H. Ehrlich
Kinderklinik, Medizinische Hochschule
Carl Neuberg Str. 1, 306125 Hannover
Privat: Höhenblick 13, 38104 Braunschweig
E-Mail: ehrich.jochen@mh-hannover.de

Red.: Huppertz

Zum nunmehr achten Mal wird vom 7. bis zum 10. Juni 2017 der EUROPAEDIATRICS Kongress stattfinden. Mit dem Austragungsort Bukarest ist Rumänien Gastgeber für die 49 nationalen pädiatrischen Mitgliedergesellschaften der EPA/UNEPSA. EUROPAEDIATRICS 2017 will Brücken bauen zwischen Kinderärzten aus West- und Osteuropa zum einen, Generalisten und Spezialisten zum anderen und zwischen Sprechern und Teilnehmern. Beim Kongress wird gut verständli-

ches Englisch gesprochen. Das Kongresszentrum und die Stadt sind sicher, zugleich ist der Kongress nicht übertrieben luxuriös ausgestattet. Das Programm wird vom wissenschaftlichen Komitee unter der Leitung von Prof. Berthold Koletzko aus München sowohl auf niedergelassene als auch im Krankenhaus arbeitende Kinderärzte zugeschnitten. Einzelheiten zum Kongress sind www.europaediatrics2017.org zu entnehmen

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.





Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Welche Rolle spielt die Vitamin D-Supplementierung bei akut auftretenden Frakturen?

What is the Role of Vitamin D Supplementation in Acute Fracture Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Hypovitaminosis D and Supplementation Efficacy

Sprague, S et al. *J Orthop Traum*, 30(2): 53-63, Februar 2016

Vitamin D spielt eine wichtige Rolle bei der Calcium-Resorption im Darm und für die Entwicklung und Festigkeit des Skelettsystems. Auf der zellulären Ebene ist Vitamin D in den komplexen Prozess der Frakturheilung eingebunden. Hat Vitamin D einen Einfluss auf das Frakturrisiko und hilft Vitamin D bei der Behandlung akuter Frakturen?

In einem systematischen Review haben die Autoren versucht, drei Fragen zu beantworten:

Die Prävalenz der Vitamin D-Hypovitaminose bei Frakturpatienten, die Wirksamkeit von Vitamin D-Supplementen zur Anhebung des Vitamin D-Serumspiegels einschließlich der Verbesserung der Heilungsrate und drittens die Sicherheit von Vitamin D-Supplementen.

Die Hypovitaminose wurde von den jeweiligen Studienautoren definiert und auch so in die Auswertung übernommen. Generell wird von Vitamin D-Mangel bei 25(OH)Vitamin D-Serumspiegeln von < 20 ng/ml und von Vitamin D-Insuffizienz bei Werten von < 30 ng/ml gesprochen. Aus allen vorhandenen Werten wurde der mittlere Vitamin D-Serumspiegel errechnet.

Aus den identifizierten, in die Auswertung übernommenen 81 Studien wurde bei Frakturpatienten eine mittlere Prävalenz für eine Vitamin D-Hypovitaminose von 70 % (95 % KI 63,7 %-76,0 %, $I^2=97,7$) errechnet. Dabei betrug der mittlere Wert für ältere fragilere Patienten > 50 Jahre 19,7 ng/ml und für jüngere nicht fragile Patienten ≤ 50 Jahre 17,8 ng/ml. Der mittlere, nach einer Fraktur gemessene Serum-Vitamin D-Spiegel betrug 19,5 ng/ml. Auf Grund der Heterogenität der vorhandenen Stu-

dien (unterschiedliche Gaben von Vitamin D-Supplementen, unterschiedliche Zeiträume, fehlende Berichte zum Ergebnis) war es nicht möglich, die Auswirkungen von Vitamin D-Gaben auf das Fraktur-Risiko zu bestimmen. Studien, in denen die Wirksamkeit von Vitamin D als Supplement gemessen wurde, zeigen, dass die Gabe von Vitamin D zur Erhöhung des Serum-Vitamin D-Spiegels unbedenklich ist. Die Frage, ob die Gabe von Vitamin D auch die Frakturheilung beschleunigt, kann allerdings auf Grund der fehlenden Daten nicht beantwortet werden.

Kommentar

Verminderte Vitamin D-Spiegel werden bei Kindern mit Rachitis, bei Erwachsenen mit Osteoporose und bei beiden mit einer Myopathie, einem Hyperparathyreoidismus und einer schlechten Calcium-Resorption assoziiert. Es ist bedauerlich, dass es bisher keine gesicherte Antwort auf die Frage gibt, ob Kinder und Erwachsene mit Frakturen von einer Vitamin Gabe profitieren würden. Zumal, wie die Daten ausweisen der mittlere Serum-Vitamin D-Spiegel mit 19,5 ng/ml im definierten Mangelbereich liegt. Nur wenige Daten wurden bei Patienten ≤ 50 Jahren erhoben. Weder ein genaueres Alter, noch eine Altersspanne werden angegeben.

In mehreren tierexperimentellen Studien konnte ein eindeutiger Einfluss von Vitamin D auf die Knochen- und Knorpelentwicklung nachgewiesen werden. Die klinischen Ergebnisse sind, soweit vorhanden, nicht eindeutig. Der Einfluss von Vitamin D auf ein vermindertes Frakturrisiko wurde in einem Review von Cranney et al. untersucht. Die Ergebnisse von 15 Studien (Vitamin D3 700-800 IU täglich plus 500-1200 mg Calcium) zeigten bei älteren, im Heim lebenden Erwachsenen nur eine mäßige Evidenz.

In einer Studie von Priemel et al. zeigten sich bei 36 % der untersuchten Beckenkamm-Biopsie-Proben in allen Altersgruppen Mineralisationsdefekte. Nur bei Serum-Vitamin D-Spiegeln über 30 ng/ml konnten keine Knochen-Veränderungen mehr nachgewiesen werden. Deshalb empfehlen die Autoren den Serum-Vitamin D-Spiegel mindesten bei 30 ng/ml zu halten, was auch den Empfehlungen der US-amerikanischen Gesellschaft für Endokrinologie (im Gegensatz zum Institute of Medicine mit 20 ng/ml) entspricht.

Möglicherweise ist der Einfluss von Vitamin D auf das Frakturrisiko nur eine beeinflussende Größe. Eine in Oslo durchgeführte epidemiologische Studie von Torbergesen et al. hat gezeigt, dass Vitamin K-Mangel neben Vitamin D ein synergistisch wirkender, unabhängiger Risikofaktor für das Hüftfrakturrisiko ist. Dieses Ergebnis entbehrt nicht der Plausibilität. Vitamin K ist als Cofaktor an der Aktivierung des von Osteoblasten und Odontoblasten gebildeten Osteocalcins beteiligt. Damit Osteocalcin Calcium in die Knochenstruktur einbinden kann, muss Osteocalcin erst durch die Vitamin K-abhängige, γ -Glutamyl-carboxylase aktiviert werden. Leider ist die Bestimmung von Vitamin K und von uncarboxyliertem Osteocalcin bisher nur wenigen spezialisierten Laboratorien vorbehalten, sodass in der Praxis noch keine ausreichenden Ergebnisse über einen Vitamin K-Mangel bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vorliegen. Inwieweit die Serum-Vitamin D-Spiegel und möglicherweise auch die Serum-Vitamin K-Spiegel das Frakturrisiko beeinflussen und ob nach einer Fraktur die Behandlung mit Vitamin D (und vielleicht auch mit Vitamin K?) die Heilung beschleunigt wird, kann nur in weiteren Studien an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen geklärt werden.

Literatur beim Autor

(Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr)
E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Elterliche Rheumatoide Arthritis und langfristiges Erkrankungsrisiko: eine nationale Kohortenstudie

Parental Rheumatoid Arthritis and Long-Term Child Morbidity: A Nationwide Cohort Study

Rom AL, Wu CS, et al., *Ann Rheum Dis*, 75(10): 1831-1837, Oktober 2016

Um den Einfluss einer elterlichen Rheumatoiden Arthritis (RA) auf Krankheitsrisiken der Kinder zu untersuchen führten dänische Autoren im Zeitraum zwischen 1977-2008 eine Studie an insgesamt 1.917.723 (!) Kindern durch, die im Durchschnitt 16 Jahre lang nachverfolgt wurden. Dazu wurde das Risiko über die Hazard Ratio (HR) im Vergleich zur Gruppe der Kinder ohne Eltern mit RA (nicht exponiert) für verschiedene Krankheitsgruppen ermittelt. Dabei hatten - im Vergleich zu Nichtexponierten-Kinder (N=13.566, alles 1-Kind Schwangerschaften) von Müttern mit einer RA eine bis zu 26 % höhere Morbidität für bestimmte Erkrankungen. Eine ähnliche Tendenz wur-

de bei den Kindern von Vätern mit einer RA gefunden (n=6330). Die HR war am höchsten für Autoimmunerkrankungen mit einem bis zu dreifach erhöhten Risiko für die Entwicklung einer juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) und einem bis zu 40 % erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ 1 resp. bis zu 30 % für Asthma bronchiale. Die Autoren weisen konklusiv darauf hin, dass der Nachweis eines erhöhten Risikos sowohl bei erkrankten Müttern als auch bei erkrankten Vätern auf eine genetische Ursache dieser Komorbiditäten hindeutet.

Diese sehr große epidemiologische Studie hat direkte Auswirkungen für uns klinisch tätige Kinderärzte. Obwohl der JIA immunologisch andere Ursachen und Mechanismen zu Grunde liegen als der RA und eine direkte Vererbung der RA auf die Kinder mit Ausbruch im Kindesalter fast immer ausgeschlossen ist, zeigen die Daten doch ein erhöhtes Risiko. Besonders eindrucksvoll ist das erhöhte Risiko für Asthma bronchiale, einer von der RA sicherlich pathogenetisch weiter entfernten Erkrankung. Neben der klaren Erblichkeit des Risikos einer Erkrankung bei Vorhandensein eines elterlichen HLA B27 oder einer Psoriasis gibt es ein solches Risiko also auch bei der elterlichen RA, wenn auch in geringerem Ausmaß. Die Daten sollten zu einer erhöhten Wachsamkeit bei der Untersuchung von Kindern mit an RA erkrankten Eltern führen.

Anton Hospach (Stuttgart)

Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen



Abb. 1: Scharf begrenzte hellbraune großflächige Macula im Bereich des linken oberen Thorax mit multiplen Café-au-lait-Flecken und „freckles“ axillär

Anamnese

Ein 9-jähriges Mädchen wird zur Beurteilung von bräunlichen Flecken auf der linken Körperseite vorgestellt, die laut Mutter seit dem Kleinkindesalter zunehmen. Juckreiz oder Schmerzen bestehen nicht. Die Familienanamnese ist bezüglich Hauterkrankungen oder -pigmentierungen negativ.

Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickeltes Schulkind in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Hauttyp I-II. Auf der linken Thoraxhälfte homogen blass-braun pigmentierte, scharf begrenzte Café-au-lait-Flecken unterschiedlicher Größe (mm -bis mehrere cm groß), die sich disseminiert bis unter die Axilla und von ventral bis an die Mittellinie verteilen. Die Epidermis und das übrige Integument sowie der allgemeinpädiatrische Befund sind unauffällig.

Welche Diagnose wird gestellt?

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Diagnose:

Mosaische Neurofibromatose (vormals als Segmentale Neurofibromatose 1 bezeichnet)

Der Genlocus für die NF1 liegt auf dem Chromosom 17q11.2, das Genprodukt ist Neurofibromin, ein Tumorsuppressor-Protein.

Mit mosaischer, segmentaler oder lokalisierter Neurofibromatose (NF) werden Hautveränderungen einer NF 1 bezeichnet, die auf ein bestimmtes Körperareal beschränkt bleiben. Die typischen Hautveränderungen einer NF 1 wie Café-au-lait-Flecken, sommersprossenartig gesprenkelte Hyperpigmentierungen („freckling“) sowie Neurofibrome (weiche, hautfarbene Knötchen) können in dem betroffenen Areal einzeln oder gemeinsam auftreten.

Da der zugrundeliegende Gendefekt erst in einem späteren Stadium der embryonalen Zellteilung auftritt, betrifft das Genmosaik nur einen umschriebenen Zellverbund und damit einen streng lokalisierten Bereich des Körpers. Je später der Gendefekt während der Zellteilung auftritt, desto kleiner ist das von der mosaischen Mutation betroffene Körperareal. Neben den typischen Hautveränderungen kann in ebenfalls segmentaler Verteilung auch eine ossäre oder Weichteilbeteiligung vorliegen. Organmanifestationen bzw. Komplikationen sind jedoch nicht zu erwarten.

Die mosaische NF 1 ist viel seltener (1 von 36.000 Personen) als die generalisierte Form (1 von 2.500 Personen).

Diagnostik

Die Diagnosestellung erfolgt klinisch. Wenn sechs oder mehr Café-au-lait-Flecken vorliegen, die jeweils einen Durchmesser von 0,5 cm (präpubertär) bzw. 1,5 cm (postpubertär) aufweisen, ist an eine NF 1 zu denken und nach weiteren Kriterien zu fahnden.

Differenzialdiagnosen

Als Normvariante finden sich ein bis zwei Café-au-lait-Flecken bei mindestens 3% aller Neugeborenen und 28% aller älteren Kinder. Bei hellhäutigen Kindern können sogar mehr als sechs Café-au-lait-Flecken auftreten, ohne dass sie mit einer NF vergesellschaftet wären (1). Dasselbe gilt für Pigmentflecke, die innerhalb von Familien autosomal-dominant und ohne Anzeichen einer NF vererbt werden (Familiäre Café-au-lait-Flecken).

Die Liste mit (seltenen) Syndromen, bei denen auch Café-au-lait-Flecken auftreten können, ist lang. Bei Erkrankungen wie dem McCune-Albright-Syndrom oder dem Turner-Syndrom sind die Pigmentflecke jedoch nicht in den Vordergrund tretenden Fehlfunktionen oder Fehlentwicklungen vergesellschaftet und werden nur extrem selten mit einer NF verwechselt (2).

Therapie und Prognose

Der Ausprägungsgrad einer NF1 kann extrem unterschiedlich sein. Bei der segmentalen Form ist die Chance, Komplikationen wie Optikusgliome, Akustikusneurinome, neuropsychologische Störungen oder Skelettdysplasien zu entwickeln, im Allgemeinen gering. Zur Vorsicht sollten jedoch dieselben regelmäßigen kinderärztlichen Kontrollen wie bei Patienten mit einer „generalisierten“ Form der NF1 stattfinden (3). Zudem werden augenärztliche Untersuchungen in 6-12 monatigen Abständen (zum Ausschluss von Irishamartomen und retinalen Gefäßverschlüssen) bis zum 12. Lebensjahr empfohlen. Die Indikationsstellung für eine MRT erfolgt großzügig bei klinisch-neurologischen Auffälligkeiten.

Die Café-au-lait-Flecken selber bedürfen keiner Behandlung. Bei kosmetischer Beeinträchtigung bietet sich zunächst eine kosmetische Abdeckung an. Eine Laserbehandlung ist nicht unproblematisch und mit Schmerzen verbunden.

Die Chance, dass betroffene Eltern die Erkrankung an ihre Kinder vererben, ist gering. Nach neueren Berichten (3) gibt es jedoch Hinweise darauf, dass bei der mosaischen NF auch die Keimbahnen betroffen sein können. Sind Keimzellen betroffen, so werden Nachkommen eine nicht-segmentale, klassische NF1 entwickeln. Es sollte deshalb eine humangenetische Beratung der Familie erfolgen.

Literatur

1. St. John, J et al. Multiple Café au lait spots in a group of fair-skinned children without signs or symptoms of neurofibromatosis 1. *Pediatr Dermatol.* 2016;33:526-529
2. Jett K, Friedman JM. Clinical and genetic aspects of neurofibromatosis 1. *Genetics in Medicine* 2010;12: 1–11
3. García-Romero MT et al. Mosaic Neurofibromatosis Type 1: A Systematic Review. *Pediatr Dermatol.* 2016;33:9-17

Dr. Dörte Petersen

Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstr. 130

22149 Hamburg

Red.: Höger

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.



3½-jähriges Mädchen mit Bauchschmerzen

consilium

Dr. med.
Stephan Buderus

Frage

Ich betreue ein 3-jähriges Mädchen, das seit ½ Jahr fast täglich periumbilikale, leichte Bauchschmerzen angibt. Meist in Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme, aber auch ganz unabhängig davon zu unterschiedlichen Tageszeiten. Die Schmerzen sind eher leicht und von kurzer Dauer (lt. Mutter wenige Minuten). Bisher gesund, normale Entwicklung, keine bekannten Allergien. Der Stuhlgang ist meist täglich, normal geformt, kein Durchfall, keine durchgemachte Episode von Durchfall. Ernährung normal. Kein Auslandsaufenthalt im letzten Jahr, keine erkrankten oder immungeschwächten Familienangehörigen.

Die körperliche Untersuchung zeigte nur einen vermehrten Meteorismus, ebenso die Abdomen-Sonographie. Gewicht 38. Perz, Größe 72. Perz. In einer Stuhluntersuchung wurde *Aeromonas hydrophila* nachgewiesen, Blutuntersuchung IgE mit 193 U/ml erhöht, bei ansonsten normalen Blutwerten sowie Ausschluss von Zöliakie.

Der Mutter wurde eine antibiotische Therapie mit Cotrimoxazol zur Behandlung des *Aeromonas hydrophila* angeraten.

- Ist eine antibiotische Therapie bei einem nicht immungeschwächten Kind notwendig?
- Welche Maßnahmen, zum Beispiel Unterstützung der physiologischen Darmflora, sind hier sinnvoll?

Antwort

Es wird ein dreijähriges Mädchen beschrieben, bei dem im Rahmen der Bauchschmerz-Abklärung in einer Stuhlprobe *Aeromonas hydrophila* nachgewiesen wurde. Konkret geht es darum, ob dieser Nachweis für die geschilderte Bauchschmerz-Symptomatik kausal ist und ob deshalb daraus eine Therapieindikation entsteht.

Aeromonas hydrophila ist ein gram-negatives Stäbchenbakterium. Das Bakterium kommt in Wasser oder Gewässern vor, außerdem kann es in Erde und auch auf Lebensmitteln nachgewiesen werden. Klinische Manifestationen einer Infektion können Gastroenteritiden, Haut- und Weichteilinfektionen bzw. Wundinfektionen sein. Insbesondere bei immunsupprimierten Patienten kann *Aeromonas* auch Meningitis, Leber-Abszesse, Harnwegsinfektionen und eine Sepsis verursachen.

„Problematisch“ im Hinblick auf die Beurteilung als Erreger von Gastroenteritiden, ist die Tatsache, dass bisher nicht definitiv geklärt ist, dass *Aeromonas hydrophila* ein sicher darmpathogenes Bakterium ist und dement-

sprechend auch die Koch' Postulate eines Infektionserregers erfüllt. So fehlt die Dokumentation von größeren, klar nachweisbaren Gastroenteritisausbrüchen. In einem Versuch, durch gezielte Ingestion der Bakterien eine Gastroenteritis auszulösen, entwickelten nur 2 von 57 Probanden Durchfälle (3,5%). In epidemiologischen Studien lässt sich *A. hydrophila* in etwa 1 bis 4% der Stuhlproben von asymptomatischen Menschen nachweisen, in unserer nordeuropäischen Region liegt die Nachweishäufigkeit typischerweise unter 1%.

Zur Therapie gesicherter Infektionen ist neben Ciprofloxacin oder 3.-Generations-Cephalosporinen grundsätzlich auch Cotrimoxazol geeignet.

Bei dem dreijährigen Mädchen mit klinisch unspezifischen Bauchschmerzen ohne eine gastroenteritische Symptomatik, halte ich den einmaligen Nachweis von *A. hydrophila* nicht für kausal. Eine antibiotische Therapie ist nicht indiziert.

Um zu beurteilen, ob eine akute oder chronische Entzündung der Darmschleimhaut besteht, ist die Bestimmung eines fäkalen Entzündungsmarkers, also entweder Calprotectin oder Lactoferrin im Stuhl sehr sinnvoll und generell bei einer pädiatrischen Bauchschmerz-Abklärung anzuraten.

Ich gehe davon aus, dass im Rahmen dieser Untersuchungen auch ein unauffälliges Blutbild (z. B. keine Anämie, keine Thrombozytose) und ein unauffälliges CRP bzw. BSG vorliegen.

Auch gehört der Ausschluss einer Zöliakie zum „Bauchschmerz-Labor“. Das Beschwerdebild lässt mich insbesondere auch an das mögliche Vorliegen einer funktionellen Bauchschmerz-Symptomatik denken. Sofern die Labordiagnostik normal ist, und klinisch keine Warnsymptome bestehen, ist dies auch in der Altersgruppe der Kleinkinder eine häufige Diagnose. Die Eltern sollten dann ausführlich informiert und beraten werden. Oft ist bereits sehr hilfreich und entlastend, dass einerseits die Symptomatik ernst genommen wird aber andererseits kein Grund zur Sorge besteht, dass eine „schlimme Krankheit übersehen“ wurde.

Literatur bei InfectoPharm

Dr. med. Stephan Buderus
GFO-Kliniken Bonn, St. Marien-Hospital,
Abteilung Pädiatrie
Robert-Koch-Str. 1, 53115 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.

Neue Themen im bundesweiten Beratungsstandard

Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen aktualisiert

Das Netzwerk Gesund ins Leben hat die bundesweit einheitlichen Handlungsempfehlungen für das erste Lebensjahr eines Kindes aktualisiert und erweitert. Die Themen „Bewegung“ und „Essen lernen“ sowie neue Ernährungstrends sind erstmals aufgegriffen. Der überarbeitete Beratungsstandard steht unter <http://www.gesund-ins-leben.de> online.

Wie lange stillen? Schützt ein früher Beikoststart vor Allergien? Vegane Ernährung für Säuglinge? Wie wichtig ist Bewegung für Babys? Dürfen stillende Frauen Sport treiben? Auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse geben die aktualisierten „Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen“ Fachkräften klare Antworten für die Beratung und Unterstützung junger Eltern, z.B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen.

Neue Themen: Essen lernen sowie Bewegung für Kind und Mutter

Die Handlungsempfehlungen gehen darauf ein, wie Eltern ihr Kind bereits im ersten Lebensjahr dabei unterstützen können, ein gesundes Essverhalten zu entwickeln und zur Gewohnheit werden zu lassen. Das Kind während der Mahlzeiten zu begleiten und auf seine Signale einzugehen, stärkt die Eltern-Kind-Bindung und trägt zur Entwicklung des Hunger- und Sättigungsrhythmus bei. Die Selbstregulation des Kindes bei der Nahrungsaufnahme zu fördern, gilt als ein wichtiger Ansatzpunkt zur Entwicklung eines gesunden Essverhaltens.

Neben der Ernährung spielt ausreichend Bewegung eine entschei-

dende Rolle. Eltern soll vermittelt werden, wie sie die Bewegung schon im Säuglingsalter fördern können und auch die stillende Mutter soll motiviert werden, körperlich aktiv zu sein.

Die neuen Empfehlungen zu den Themen „Bewegung“ und „Essen lernen“ ergänzen die aktuelle Ausgabe der „Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen“. Der Beratungsstandard des Netzwerks Gesund ins Leben, einer IN FORM-Initiative der Bundesregierung, umfasst weiterhin die Themen Stillen, Säuglings(milch)nahrung, Beikost, Nährstoffsupplemente im ersten Lebensjahr und Allergieprävention sowie Empfehlungen mit Bezug auf die stillende Mutter zu Ernährung, Alkohol, Rauchen, Medikamenten und Nährstoffsupplementen.

Neuer Aufbau für bessere Nachvollziehbarkeit

Auf die einzelnen Handlungsempfehlungen folgt nun jeweils ein neuer Abschnitt „Grundlagen der Empfehlungen“, der die Herleitung transparent und nachvollziehbar macht. Ausführliche „Hintergrundinformationen“ ermöglichen danach einen tieferen Einblick in die aktuelle Studienlage und die praktische Umsetzung.

Expertenkonsens als Basis für Handlungsempfehlungen

Die erstmals 2010 erschienenen Empfehlungen zur Ernährung im ersten Lebensjahr und in der Stillzeit wurden auf Basis der derzeitigen wissenschaftlichen Datenlage im Rahmen eines Revisionsprozesses überarbeitet. Die Handlungsempfehlungen werden von den Berufsverbänden der Frauenärzte (BVF), der Hebammen (DHV) und der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) sowie den Deutschen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), für Hebammenwissenschaft (DGHWi) und für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) unterstützt.

Bezug der Handlungsempfehlungen

Info: Die aktualisierten „Handlungsempfehlungen zur Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen“ sind in der Monatsschrift Kinderheilkunde erschienen und ab sofort als Sonderdruck über Gesund ins Leben erhältlich. Zusätzlich stehen sie online zur Verfügung: <http://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/handlungsempfehlungen/erstes-lebensjahr>.

Red.: ReH

Deutsche Diabetes-Experten fordern Bundesbeauftragten für Diabetes und Adipositas



Foto: © Silvia Bogdanaki - Fotolia.com

Zum zweiten „World Obesity Day“ am 11. Oktober 2016 schlugen Experten Alarm: Bereits 223 Millionen Schulkinder sind weltweit übergewichtig oder fettstüchtig. Diese Zahl steigt bis zum Jahr 2025 voraussichtlich auf 268 Millionen an, sollten die Regierungen keine Gegenmaßnahmen ergreifen. In der Folge werden 2025 voraussichtlich rund 27 Millionen Kinder unter Bluthochdruck leiden, 38 Millionen eine Fettleber entwickeln und zwei Millionen an Diabetes mellitus Typ 2 erkranken. Auch die Zahlen für Deutschland sind erschreckend, legten die Organisatoren des Welt Adipositas Tages dar. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe forderten einen Bun-

desbeauftragten für Diabetes und Adipositas.

„Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland ein ernstes Problem“, warnte Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Präsident der DDG. Die letztverfügbaren und repräsentativen Daten für Deutschland wurden 2003 bis 2006 gemessen (KiGGS1). Danach sind fünfzehn Prozent der drei- bis 17-Jährigen übergewichtig; aktuellere Messdaten werden voraussichtlich erst 2017/2018 verfügbar sein. Nach Angaben der Experten des Welt Adipositas Tages wird die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen bis zum Jahr 2025 auf schätzungsweise 1,8 Millionen steigen. „Ihnen droht im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislaufleiden, Krebs, Gelenkverschleiß und psychische Probleme“, ergänzte Dr. med. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Aus der Gruppe der übergewichtigen Kinder werden nach Einschätzung der Experten bis zum Jahr 2025 insgesamt 73.000 Betroffene eine gestörte Glukosetoleranz entwickeln – dabei handelt es sich um eine Vorstufe des Diabetes –, 23.000 an Diabetes mellitus Typ 2 erkranken, 159.000 an überhöhtem Blutdruck und 220.000 an Fettleber. Wie dramatisch die Situation ist, belegen auch aktuelle Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). So gehört Diabetes zu den fünf Krankheiten, die zwischen 2015 und 2030 immer häufiger Todesursachen sein werden. Um ganze 34 Prozent werden diabetesbedingte Todesfälle nach WHO-Berechnungen in diesem Zeitraum ansteigen.

„Um dieser leidvollen und kostenintensiven Entwicklung ent-

gegen zu steuern, benötigen wir einen Beauftragten der Bundesregierung für Diabetes und Adipositas“, forderte Kröger. Ein Bundesbeauftragter könne beispielsweise auf die Bundesländer einwirken, verpflichtende Qualitätsstandards für das Essen an Schulen und Kitas einzuführen. Derzeit ist in Deutschland eine gesunde Kita- und Schulverpflegung noch die Ausnahme. Zwar hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) bereits im Jahr 2007 entsprechende Qualitätsstandards erarbeitet. Doch bisher haben nur die Bundesländer Berlin und Saarland diese verbindlich umgesetzt. „Das Ernährungsverhalten und die Geschmacksvorlieben werden früh in der Kindheit geprägt“, betont Gallwitz. „Deshalb wäre eine solche Maßnahme sehr wichtig.“

Darüber hinaus forderten die beiden Diabetesorganisationen weiterreichende Initiativen: Bewegungsförderung bei Kindern, Abbau von Übergewicht während der Schwangerschaft, Stillen und die Reduktion stark fett- und zuckerhaltiger Lebensmittel und Getränke. Immer noch seien zuckerhaltige Nahrungsmittel und Getränke die meist beworbenen Produkte im Fernsehen und Internet. „Anstatt Kinder vor schädigenden Zuckerbomben zu schützen, missbraucht die Lebensmittelindustrie Kinder als absatzfördernde Zielgruppe“, so der diabetesDE-Vorsitzende Kröger. DDG und diabetesDE setzen sich zusammen mit der Deutschen Allianz für Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) seit Jahren für ein Verbot von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung ein.

Dieses Ziel unterstützt auch der BVKJ.

Red.: ReH

Zwei Fragen an ● ● ●

Dr. med. Tobias Schuster

Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Augsburg und Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)



Die Techniker Krankenkasse (TK) hat eine Studie zur Häufigkeit von Blinddarmoperationen bei Kindern veröffentlicht, in der sie „enorme regionale Unterschiede“ feststellt. Die regionalen Unterschiede sind laut TK ein Beweis dafür, dass viele der Blinddarmoperationen an Kindern überflüssig sind. Was ist an dem Vorwurf dran?

Eine für betroffene Kinder und betreuende Ärzte hilfreiche und weniger unterstellende Interpretation müsste unter anderem berücksichtigen, ob das histologische Ergebnis die Indikation für eine Operation rückblickend rechtfertigt. Welche Diagnostik durch welche Disziplin

erfolgte präoperativ? Ein Flächenstaat wie Bayern hat vermutlich einen hohen Anteil an nicht durch Kinder- und Jugendärzte diagnostizierten und operierten Kindern. Mit nur fünf Prozent negativer Histologie erreichen wir zum Beispiel in unserer Klinik einen maximal niedrigen Bereich ohne Einsatz des CTs.

Die TK rät, vor dem Hintergrund der Krankenhauskeime und ihrer Risiken, gerade Heranwachsende nur stationär aufzunehmen, wenn es unumgänglich sei?

Nur durch die Kombination von Anamnese, Klinik, Sonographie, Labor, und speziell der fachspezi-

fischen Verlaufsbeurteilung- unter Umständen unter Inkaufnahme eines kurzen stationären Aufenthaltes – gelingt es, auch bei initial „eindeutig“ wirkenden Fällen, auf die OP letztlich verzichten zu können und andererseits, den richtigen Zeitpunkt nicht zu verpassen und damit Risiken, insbesondere das Morbiditätsrisiko zu senken. Die Kleinkinder und gerade die „Heranwachsenden“ präsentieren sich häufig mit „fortgeschrittener“ Appendizitis. Die von der TK zusammen mit den OP-Zahlen aufgeführten „diskutierten Krankenhauskeime“ beunruhigen völlig zu Unrecht Eltern und Patienten.

ReH

Kinder, die auf Smartphones starren

Etwas mehr Weitsicht, bitte!



Dr. Uwe Büsching

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind kurzsichtig. Die deutschen Augenärzte fordern nun Studien: Ist das Starren auf Bildschirme wirklich schuld an den kurzsichtigen Kinderaugen? Unser Autor Dr. Uwe Büsching denkt einen Schritt weiter.

Menschen sind das Ergebnis jahrtausendelanger Evolution. Die allmähliche Anpassung an die Umwelt hat unser Überleben gesichert. Hätte es sie nicht gegeben, säßen wir wahrscheinlich immer noch in der afrikanischen Savanne und würden einfältig vor uns hin starren, ab und zu ein bisschen Aas essen und irgendwann dann Raubtieren als Speise dienen. Bekanntermaßen ist es anders gekommen. Wir haben uns zu einer Spezies entwickelt, die dank ihres überlegenen Geistes ihre eigene Umwelt gestaltet. Unsere Vorfahren konnten Ketten aus Schnecken schalen basteln und aus Fischgräten Angelgerät. Wir können heute ins Innere von Atomen blicken und in ferne Galaxien, wir können fliegen und unsere Wäsche mit 1.400 Umdrehungen pro Minute trocken schleudern lassen. Menschlicher Erfindungsgeist war es auch, der der Welt das Smartphone geschenkt hat, auf das Kinder und Jugendliche heute schon gleich nach dem Aufwachen zum ersten Mal starren. Und dann viele Male am Tag: Zeitcheck, Nachrichtencheck, auf dem Weg zur Schule Facebook checken und dann in der Schule und nach der Schule Bildschirmarbeit. Bis es abends ins Bett geht. Ein letzter Blick aufs Smartphone, schnell noch ein paar Nachrichten versenden und empfangen, bevor sich die Augen schließen. Kaum noch schweifen die Augen in die Ferne, dorthin, wo die Landschaft offen ist und der Geist sich weiten könnte. Warum auch? Aus den kleinen Geräten quillt das Wissen, das sie brauchen, die kleinen und großen Kästchen sorgen dafür, dass ihnen nicht langweilig wird, sie bringen sie mit ihren Freunden in Verbindung ohne dass sie einen Schritt aus dem Haus tun müssen,

sie sorgen dafür, dass sie nicht einmal zum Shoppen vor die Türe müssen. Das stundenlange Starren auf Monitore, Smartphones und Tablets fordert allerdings seinen Tribut: 68 Prozent der Generation Y leidet an einer „digitalen Krankheit“ der Augen.

Eine Myopie, also entfernte Objekte nur unscharf wahrnehmen, ist Folge eines zu starken Längenwachstums des Augapfels vor allem zwischen dem achten und 15. Lebensjahr – also genau dann, wenn Handys extrem wichtig sind. Das Auge passt sich an das ständige Nahsehen an.

Epidemie Kurzsichtigkeit

Die Anpassung funktioniert bereits in jungen Jahren so gut und konsequent, dass mittlerweile eine wahre Epidemie der Kurzsichtigkeit zu beobachten ist. Je höher der Bildungsgrad, je früher Kinder beginnen, auf ihren Smartphones oder am Computer zu daddeln, umso kurzsichtiger. Weil in Asien die Eltern ihre Kinder noch früher als in Europa mit Unterhaltungselektronik versorgen, sind die kleinen Asiaten noch extremer von Kurzsichtigkeit betroffen als ihre westlichen Altersgenossen.

Wir sind also wieder dabei, uns an veränderte Umweltbedingungen anzupassen. Diesmal ist es eine vom menschlichen Erfindergeist getriebene Form der Evolution. Sie gutzuheißen, wäre reichlich kurzsichtig. Denn wenn der Blick für die Weite und für das Ferne verloren geht, geht auch die Lust auf unsere schöne Welt verloren und darauf, sich in ihr zu bewegen. Bis die Studien fertig sind, die dies mit letzter Sicherheit beweisen, tragen all diese Kinder längst Brillen oder Kontaktlinsen.

Was also tun, damit unsere Kinder und Jugendliche nicht als halbblinde träge übergewichtige Sofakartoffeln enden?

Eigentlich ist es ganz einfach: Draußen toben schützt vor Blindheit – auch vor Seelenblindheit üb-

rigens. Also nichts wie raus an die frische Luft! Aber wie bekommt man die Kinder weg von den Bildschirmen? Genau: fast garnicht.

Asiatische Eltern sind da mal wieder viel pragmatischer als wir europäischen Eltern. Sie tröpfeln ihren Kindern einfach Atropin-Tropfen in die Augen. Das vermindert die Kurzsichtigkeit wenigstens für einige Zeit lang. Kleiner Nachteil: in den bisher meist verwendeten Dosierungen sind die Tropfen schmerzhaft und verursachen Schwitzen und Herzrasen. Unter Atropin verschlechtert sich zudem das Sehen in der Helligkeit, die Kinder meiden wie kleine Vampire das Tageslicht, lieber bleiben sie drinnen und beschäftigen sich weiter an ihren Bildschirmen – Marc Zuckerberg und seine Kollegen wird's freuen.

Hierzulande wird Atropin auch bereits als Mittel gegen Kurzsichtigkeit durch Mediengebrauch beworben.

Vielleicht wäre es an der Zeit, Tropfen gegen intellektuelle Kurzsichtigkeit zu entwickeln. Tropfen für mehr pädagogische Weitsicht! Einfach dreimal täglich zehn Tropfen in Elternaugen tröpfeln und schon wäre es möglich: Die Eltern würden die Zeit, die ihre Kinder vor den Bildschirmen verbringen, stark beschränken, so wie sie auch ohne Wenn und Aber durchsetzen, dass die Kinder im Auto angeschnallt sind. Sie wären selbst gute Vorbilder und würden mit ihren Kindern ins Freie gehen, ihnen unsere schöne Welt zeigen, sie ermutigen, sich in ihr zu bewegen und sie mit allen Sinnen zu erfahren. Die Evolution würde dann einen Bogen um sie machen, die Augen blieben so, wie sie die Gene vorbestimmen.

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

Der Autor ist Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin im BVKJ

Red.: ReH

● Nachgefragt

Gibt es Lebensmittel, die für Kleinkinder tabu sind?

Mit der Rubrik „Nachgefragt“ will das Netzwerk „Gesund ins Leben“ regelmäßig, kurz und knapp über die aktuellen vom Netzwerk erarbeiteten Handlungsempfehlungen und die ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den Themen „*Säuglingsernährung*“ und „*Ernährung der stillenden Mutter*“ informieren.

Säuglinge lernen mit der Zeit immer mehr Lebensmittel kennen. Mit dem Übergang von der B(r)eikost zum Familiessen wird die Auswahl noch größer. Können Kleinkinder schon alles mitessen oder sollten bestimmte Lebensmittel für sie noch nicht auf dem Speiseplan stehen?

Kleinkinder können fast so essen „wie die Großen“. Bei der Auswahl von Lebensmitteln gelten für sie die gleichen Empfehlungen wie für eine ausgewogene Familienernährung: reichlich Pflanzliches und Getränke, mäßig Tierisches und sparsam Fett und Süßes. Nur einige wenige Lebensmittel sollten Kleinkinder noch nicht essen, empfiehlt das Netzwerk Gesund ins Leben: Kleine Lebensmittel oder Lebensmittelstücke – etwa in Erd-

nussgröße – und rohe tierische Lebensmittel.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier: www.gesund-ins-leben.de/Nachgefragt-fuer-Kleinkinder-tabu

Zur Rubrik „Nachgefragt“:

In der Rubrik „Nachgefragt“ möchte das Netzwerk Gesund ins Leben Irrtümern auf den Grund gehen und altes Wissen neu erklären. Hier lesen Sie mehr: www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt

Über Gesund ins Leben:

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln. Damit sie und

ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fördert Gesund ins Leben als Teil des Nationalen Aktionsplans IN FORM: www.gesund-ins-leben.de

Über IN FORM:

IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. www.in-form.de

Red.: ReH

Leserbefragung KINDER- UND JUGENDARZT im September 2016

An der Befragung haben sich insgesamt **506 Leserinnen und Leser** beteiligt, aber nicht alle haben alle Fragen beantwortet, sodass wir bei manchen Fragen deutlich weniger Antworten erhalten haben. Das ist schade, aber insgesamt können wir schon ein positives Urteil ziehen. Die in diesem Jahr erfolgte **Umstellung der Rubriken** mit den Berufsfragen an erster Stelle und einem Ausbau dieser Rubrik wurde von insgesamt 386 Leserinnen und Leser mit den Schulnoten 1 bis 3, also positiv bewertet. 41 haben die Schulnote 4 vergeben, 28 zusammen die Noten 5 und 6.

Eine **kostenfreie Verbandszeitschrift** mit Werbung wünschen 389 Leserinnen und Leser, 50 sind bereit, für eine werbefreie Verbandszeitschrift einen Abopreis von 120 € im Jahr zu entrichten, 30 wünschen sich eine werbefreie elektronische Zeitschrift und sind bereit, dafür im Jahr 100 € zu bezahlen.

Bei den **Kommentaren** zum KINDER- UND JUGENDARZT gab es insgesamt **259 positive und lobende Antworten**, 50 Kolleginnen und Kollegen haben sich negativ geäußert und 11 haben weitgehend neutral geantwortet, dass

sie keine Vergleichsmöglichkeiten hätten.

Hier fiel auf, dass doch einige unserer Leserinnen und Leser nicht berücksichtigen, dass der KINDER- UND JUGENDARZT ein **berufspolitisches Verbandsorgan und keine wissenschaftliche Fachzeitschrift** mit Impact-Faktor wie die Moki ist. Wir wollen das auch nicht sein, daher sind solche Vergleiche oder sogar der Vergleich mit „pediatrics“ völlig fehl am Platz.

Der KINDER- UND JUGENDARZT ist **schwerpunktmäßig für den pädiatrischen Alltag** in Praxis

(das ist eben noch die Mehrheit unserer Mitglieder, auch wenn insgesamt in der Pädiatrie die klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen inzwischen zahlenmäßig gleichgezogen haben), Klinik und ÖGD konzipiert.

Wenn bemängelt wird, dass der KINDER- UND JUGENDARZT einige praxis- und klinikrelevante Themen zu wenig berücksichtigt, so sind hier in erster Linie natürlich unsere Mitglieder und auch Funktionsträger gefragt. Hier gibt es viel Sachkompetenz. Wir haben Ausschüsse und Beauftragte, die müssen wichtige Themen aus ihrem Bereich aufbereiten und den Mitgliedern in der Verbandszeitschrift zur Kenntnis bringen. Honorar Ausschuss und der Ausschuss für Subdisziplinen liefern inzwischen ebenso wie der Suchtauftragte regelmäßige Beiträge, auch unsere Justitiare informieren regelmäßig, aber aus dem Klinikbereich und auch aus dem ÖGD kommt trotz unserer Bitten nur wenig, hier muss dringend nachgebessert werden.

Wir haben **keine hauptamtliche Redaktion**, die die Beiträge selbst

schreibt. Unser Input muss von unseren Mitgliedern kommen, wir würden uns auch mehr Diskussionen wünschen, auch Fragen können an uns gerichtet werden, wenn sie nicht schon zeitnah und kompetent in **PädInform** beantwortet wurden. Natürlich kann ein gedrucktes Verbandsorgan mit einer Vorlaufzeit von 5 bis 6 Wochen nicht immer brandaktuell sein, dafür gibt es unser Intranet PädInform.

Seien Sie aber sicher, dass sich die Redaktion alle Mühe gibt, ein interessantes und für die tägliche Arbeit informatives und unverzichtbares Verbandsorgan zu erstellen.

In unserem Intranet PädInform können Sie die genauen Ergebnisse im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“ noch einmal nachlesen.

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

Neues Institut für Kinderernährung soll nach Karlsruhe kommen

Karlsruhe soll Sitz eines neuen Instituts für Kinderernährung werden. Das sagte der scheidende Präsident des Max Rubner-Instituts (MRI), Gerhard Reckemmer, im Interview mit der *Heilbronner Stimme*. Es fehle noch die Zustimmung des Bundestags zu dem Projekt, die im Herbst erwartet werde. Wie viele Mitarbeiter die Einrichtung haben werde, müsse noch festgelegt werden.

Das 2008 gegründete MRI mit Hauptsitz in Karlsruhe kümmert sich um gesundheitlichen Verbraucherschutz in der Ernährung und berät das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Es ist Nachfolgerin der Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (BfEL).

Weitere Standorte sind Kiel, Detmold, Kulmbach und Hamburg. Etwa 200 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler forschen an den vier Standorten mit insgesamt acht Instituten des Max Rubner-Instituts.

Bei der Kinderernährung bestehe in Deutschland ein erheblicher Forschungsbedarf, so Reckemmer im Interview. „Wir verstehen viel zu wenig, warum sich Kinder wie ernähren.“ Das Dortmunder Forschungsinstitut für Kinderernährung kümmere sich vor allem um die Folgen von Ernährungsproblemen. „Wir wollen fragen: Wie kann man verhindern, dass es zu den Fehlentwicklungen kommt?“

Red.: ReH

Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e. V. ruft zum 7. bundesweiten „Tag des brandverletzten Kindes“ auf

Heiße Gefahren für Kinder!



„Heiße Gefahren für Kinder!“ – unter diesem Motto steht der diesjährige „Tag des brandverletzten Kindes“ am 7. Dezember. Verschiedene Aktionspartner machen mit ihren Aktionen auf Gefahren durch Feuer und heiße Flüssigkeiten aufmerksam und zeigen, wie man Kinder schützen kann.

Gerade im häuslichen Bereich lauern viele Gefahren für Kinder, sich zu verbrennen oder zu verbrühen“, weiß Adelheid Gottwald, Vorsitzende von Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V. Unter dem Motto „Heiße Gefahren für Kinder!“ werden Aktionspartner wie Feuerwehren, Kliniken, Apotheken, Kitas und Arztpraxen am diesjährigen „Tag des brandverletzten Kindes“ am 7. Dezember auf Gefahren hinweisen und erklären, wie man Kinder vor diesen folgenschweren Unfällen schützen kann.

Unfälle mit heißen Flüssigkeiten, wie Tee, Kaffee oder umgefallene Wasserkocher verursachen schwerste Verbrühungen bei Kindern. Kaum jemand weiß, dass heiße Flüssigkeiten schon ab 52°C die zarte Kinderhaut schädigen können. „Große Schmerzen, zahlreiche Operationen und Behandlungen,

die sich oft über Monate und Jahre hinziehen, sind die traurige Folge für die betroffenen Kinder“, berichtet die Kinderchirurgin Dr. Mechtild Sinnig, Vorstandsmitglied des Arbeitskreises „Das schwerbrandverletzte Kind“ und leitende Ärztin des Zentrums für schwerbrandverletzte Kinder im Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT in Hannover. „Diese Unfälle bedeuten einen großen persönlichen Einschnitt für die Familien.“

Jährlich werden mehr als 30.000 Kinder in Deutschland wegen Verbrennungen und Verbrühungen ärztlich behandelt. Knapp 6.000 Kinder und Jugendliche sind so schwer verletzt, dass sie stationär behandelt werden müssen. Die häufigste Unfallursache bei thermischen Verletzungen im Kindesalter sind Verbrühungen. Mehr als 70 Prozent der Kinder sind zum Unfallzeitpunkt jünger als fünf

Jahre. Experten schätzen, dass ca. 60 Prozent aller Unfälle vermieden werden könnten. Mit Sicherheitsmaßnahmen im kindlichen Umfeld, die der sich ständig vergrößernden Reichweite eines heranwachsenden Kindes angepasst werden, könnten viele dieser Unfälle verhindert werden.

Der „Tag des brandverletzten Kindes“ bietet den Aktionspartnern eine Plattform, um auf die hohen Unfallzahlen hinzuweisen und den Eltern Maßnahmen an die Hand zu geben, wie sie ihre Kinder vor diesen folgenschweren Unfällen schützen können. Alle Aktionen und Veranstaltungen zum 7. Dezember werden im Aktionskalender auf der Website www.tag-des-brandverletzten-kindes.de veröffentlicht.

Links:
www.paulinchen.de

Red: ReH

Diagnose Krebs: was nun?

Gemeinsam mit jungen Betroffenen und Medizinerinnen und Medizinern hat die **Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs** das Projekt „Jung & Krebs – Erste Hilfe – Tipps von Betroffenen“ entwickelt. Junge Frauen und Männer, die an Krebs erkrankt waren oder sind, haben ihre Erfahrungen nach der Diagnosestellung dieser schweren Krankheit in das Projekt eingebracht.

Die, die hier zu Wort kommen, wissen wovon sie reden, denn sie haben alle selbst eine Krebserkrankung durchgemacht. Über das Projekt werden authentische und praktische Tipps von jungen Patienten

für junge Patienten im Umgang mit der Erkrankung, sich selbst, Angehörigen, Arbeitgeber oder behandelnden Ärzten unmittelbar nach der Diagnosestellung vermittelt.

Zu dem Projekt „Jung & Krebs – Erste Hilfe- Tipps von Betroffenen“ gehören ein gedrucktes Faltblatt und ein Internetauftritt. Das Faltblatt wird in digitaler Form bereitgestellt und kann als gedruckte Version per Post zugesandt werden. Die Internetseite bietet neben den Textversionen auch hilfreiche Videoclips mit Interviews von jungen Patienten. Zu allen Themenbereichen werden weiterführende Informationsangebote zur Verfügung gestellt.

Das Faltblatt soll in jeder Praxis, Klinik oder Einrichtung, in der eine junge Patientin oder ein junger Patient die Diagnose Krebs erhält, zur Verfügung stehen.

Anforderung über: <https://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de/stiftung/infomaterial-bestellen/>

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
Alexanderplatz 1, 10178 Berlin
Tel.: 030 28 09 30 56 0
Fax: 030 28 09 30 56 9
www.junge-erwachsene-mit-krebs.de
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

Red.: WH

Bundesländer lehnen verpflichtende Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung ab

Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) fordert verbindliche Qualitätsstandards für die Kita- und Schulverpflegung als Maßnahme gegen die Übergewichtswelle bei Kindern und Jugendlichen. Nur Berlin und das Saarland haben die anerkannten Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) bisher umgesetzt. Daher hatte das Bündnis die restlichen 14 Bundesländer befragt, wann die DGE-Qualitätsstandards für Schul- und Kitaessen verbindlich eingeführt werden. Die Antworten der Kultusministerien machten deutlich, dass eine verbindliche Einführung in weiteren Ländern nicht geplant ist. „Die Schulpolitik nimmt ihre Verantwortung nicht wahr, duckt sich weg und schiebt die Verantwortung an die Schulen ab,“ resümiert Dietrich Garlichs, Sprecher von DANK, die Umfrage.

Kita-Verpflegung

- Nur 18% der Kitas berücksichtigen die DGE-Qualitätsstandards
- 46% der Kitas bieten zu häufig Fleisch und Fleischerzeugnisse an; Obst, Gemüse und Rohkost dagegen zu selten
- Nur 38,4% der Kitas verfügen über entsprechende Fachkräfte (Hauswirtschafter oder Koch)
- Bei 56% der Kitas wird das Essen warm angeliefert; nur ein Drittel kocht selbst
- Nur 16,2% der Kitas verfügen über voll ausgestattete Küchen

Schulverpflegung

- Nur 50% der befragten Schulen kennen den DGE-Standard, davon wiederum setzen nur die Hälfte die Standards um
- In 60% der Schulen wird das Essen warmgehalten; nur 20% der Mahlzeiten bestehen aus Frisch- und Mischküche
- In über 34% der Schulen wird Gemüse nicht täglich angeboten
- In 61% der Schulen haben die Schüler weniger als eine dreiviertel Stunde Zeit für die Mittagspause
- 30 % der Schüler schmeckt das Essen nicht; über die Hälfte der Sekundarschüler verpflegt sich beim Imbiss, Bäcker oder Fast-Food-Restaurant

Tab. 1: Qualität der Kita- und Schulverpflegung bundesweit unbefriedigend

In Deutschland sind 15 Prozent der 3- bis 17-jährigen Übergewichtig. Die Kita- und Schulverpflegung könnte hier wichtige Präventionsarbeit leisten. Derzeit ist in Deutschland eine gesunde Kita- und Schulverpflegung allerdings eher die Ausnahme.

Bereits 2007 bzw. 2009 wurden die DGE-Qualitätsstandards zur Verbesserung der Kita- und Schulverpflegung von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz erarbeitet und in-

zwischen aktualisiert. Sie bieten eine gute Grundlage für eine altersangemessene und qualitativ hochwertige Verpflegung. Bisher setzen jedoch nur Berlin und das Saarland die Standards für Ganztagschulen um.

Alle anderen Bundesländer begrüßen Qualitätsstandards für die Kita- und Schulverpflegung, jedoch wird auf der anderen Seite deutlich, dass keines der Länder in naher Zukunft die verbindliche Einführung der DGE-Qualitätsstandards plant. Die Bundesländer verweisen stattdessen auf die Eigenverantwortung der Träger, die im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung und mit Unterstützung der jeweiligen Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung an der Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards arbeiten sollen. In Zusammenarbeit mit den Vernetzungsstellen gäbe es die Möglichkeit für Schulen, sich beraten zu lassen und ihre Speisepläne einem DGE-Qualitätscheck zu unterziehen, allerdings ist dieses Angebot freiwillig. Vielfach wird unterstrichen, dass die DGE-Qualitätsstandards bereits jetzt in Teilen Berücksichtigung finden und auch zur Ausgestaltung der Catererverträge genutzt werden können. DANK setzt sich dagegen für eine bundesweit verpflichtende Einführung der DGE-Qualitätsstandards ein. Nur so kann sich eine qualitativ hochwertige Verpflegung etablieren, die sich nicht nur auf Schulen und Kitas mit

besonders engagierten Trägern oder gut vernetzten Elterninitiativen beschränkt, sondern deutschlandweit zum Standard wird und somit alle Kinder und Jugendliche erreicht.

Über die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) ist ein Zusammenschluss von 17 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Verbänden und Forschungseinrichtungen. Die Allianz

wurde 2010 aus Anlass des ersten UN Gipfels zu den nichtübertragbaren Krankheiten gegründet, um sich für nachhaltige und bundesweite Primärprävention in Deutschland einzusetzen. www.dank-allianz.de

Quellen:

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Isst_Kita_gut.pdf

https://www.in-form.de/fileadmin/redaktion/Publikationen/pdfs/4_INFORM_Monitor_Verpflegung_Kita.pdf

https://www.in-form.de/fileadmin/redaktion/Publikationen/pdfs/6_INFORM_Monitor_Verpflegung_Schule.pdf

Red: ReH

Zahlen des Monats ● ● ●

Frühkindliche Bildung

32,7 Prozent der unter drei jährigen Kinder in Deutschland wurden am Stichtag 1. März 2016 in Kindertageseinrichtungen oder in öffentlicher Kindertagespflege betreut, das hat das Statistische Bundesamt bekannt gegeben. Zehn Jahre zuvor, im März 2006, lag die Betreuungsquote noch bei 13,6 Prozent.

Rund 44 Prozent der Eltern von Kindern unter drei Jahren möchten einen Betreuungsplatz für ihre Kinder, das liegt über dem heutigen Angebot. Außerdem werden wieder mehr Kinder geboren. Und schließlich gilt es, die Kinder mit Fluchterfahrung so schnell wie möglich in die Kindertagesbetreuung zu integrieren. Deshalb sieht die Bundesregierung für die kommenden Jahre deutlich mehr Mittel für die Kindertagesbetreuung vor. Sie plant ein viertes Investitionsprogramm, mit dem den Ländern mehr als 1,1 Milliarden Euro in den Jahren 2017 bis 2020 zum weiteren Ausbau des Platzangebots zur Verfügung gestellt werden.

In dieser Legislaturperiode hat der Bund bereits den quantitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung mit 550 Millionen Euro aus dem dritten Investitionsprogramm unterstützt. Zudem erhalten die Länder die durch den Wegfall des Betreuungsgeldes frei werdenden Mittel von rund 2 Milliarden Euro bis 2018 für Zwecke der Kinderbetreuung.

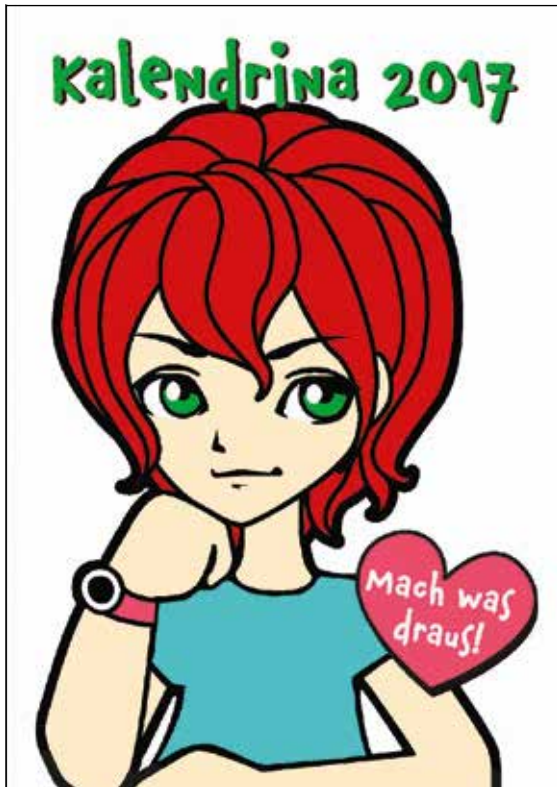
An der Qualität der Kitabetreuung muss allerdings noch intensiv gearbeitet werden.

Rund 88 Prozent der Eltern halten eine Verbesserung der Qualität in der Kindertagesbetreuung für wichtig.

Quelle: www.bmfsfj.de

Red.: ReH

„Mach was draus!“ – Mädchenkalender Kalendrina 2017 in neuem Outfit



Die neue „Kalendrina“ für sportliche Mädchen mit und ohne Behinderung ist da: Der beliebte Mädchenkalender erscheint bereits zum 14. Mal und präsentiert sich 2017 mit neuem Ti-

telbild, in einem überarbeiteten, frischen Layout und neuen kreativen Elementen.

Der Taschenkalender, der jedes Jahr ein anderes Motto trägt, setzt für 2017 auf die Devise: „Mach was draus!“ Die „Kalendrina“ ist ein vielfältiger Taschenkalender und begleitet mit originellen Ideen und Texten, Rezepten, Bastelanleitungen, Interviews und Buchtipps durch das ganze Jahr. Dafür sorgt ein ehrenamtliches Team aus der Zielgruppe selbst, das aus neun jungen Redakteurinnen im Alter von 13 bis 17 Jahren besteht. Die Mädchen greifen für den Kalender eine große Bandbreite unterschiedlicher und spannender Themen rund um ihre eigene Lebenswelt auf. Dabei geht es um außergewöhnliche Berufswünsche ebenso wie um Homosexualität oder die Frage, ob Mädchen und Jungen heutzutage tatsächlich gleichberechtigt sind. Ihre Sichtweise passt damit zu den Interessen der Jugendlichen, die die „Kalendrina“ lesen und nutzen.

So vielfältig wie die Themen ist auch die Zusammensetzung der Redaktion: Mädchen mit und ohne Behinderung, die sich bei der

Redaktionsarbeit näher kennenlernen und Einblicke in die unterschiedlichen Lebenswelten erhalten. Wechselnde Redakteurinnen bereichern stets mit neuen Ideen das Team, dadurch hat sich die „Kalendrina“ im Laufe der Jahre weiterentwickelt und immer wieder neue Akzente gesetzt. Ehemalige „Kalendrina“-Redakteurinnen leisten als begeisterte Mentorinnen des Teams weiterhin wertvolle Unterstützung.

Der Taschenkalender „Kalendrina 2017“ (Auflage: 21.000 Exemplare) kann ab sofort kostenlos bestellt werden, lediglich der Versand wird in Rechnung gestellt:

Sportshop des Landessportbundes NRW e. V., Friedrich-Alfred-Straße 25, 47055 Duisburg

oder

Behinderten- und Rehabilitations-sportverband NRW e. V., Friedrich-Alfred-Straße 10, 47055 Duisburg.

Für Rückfragen steht Axel Görgens, BRSNW-Bereich KijU zur Verfügung unter: Tel.: 0203/7174-161 oder E-Mail: goergens@brsnw.de.

Red.: ReH

Zusätzliches Infrastrukturprogramm in Höhe von 25 Millionen Euro

Land NRW unterstützt Kinder und Jugendliche in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf

Der BVKJ spricht sich seit vielen Jahren für eine bessere Gestaltung der Lebenswelten vernachlässigter Kinder und Jugendlicher aus. Aus gutem Grund: wo Spielplätze, Freizeitanlagen, Grünflächen und erst recht private Gärten zum Spielen und Toben fehlen und stattdessen Dönerbuden „wie Sand am Meer“ im Straßenallerlei stehen,

dort ist auch die Gefahr für Übergewicht und seine Ko-Morbiditäten besonders hoch. Zahlreiche Studien haben den Zusammenhang zwischen mangelnden Bewegungsmöglichkeiten im Nahraum und Übergewicht bei Kindern in den letzten Jahren belegen können.

Das Land Nordrhein-Westfalen unterstützt nun Städte und Ge-

meinden mit insgesamt 25 Millionen Euro dabei, bauliche Investitionen in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf vor allem für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche durchzuführen: Gesundheitsprävention durch Stadtplanung für die „vergessenen Kinder“.

Red.: ReH

Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) warnt vor Jugendhilfe zweiter Klasse

Nach Angaben der CSU-Landesgruppe haben sich Bund und Länder auf eine zusätzliche Länderkompetenz verständigt, um Kosten bei der Betreuung und Versorgung von Kindern und jungen Menschen, insbesondere jungen Flüchtlingen, einsparen zu können. Der Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) beobachtet mit großer Besorgnis, dass zunehmend Kostenerwägungen über das Kindeswohl sowie das Recht von jungen Menschen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten gestellt werden und warnt vor einer Zwei-Klassen-Jugendhilfe.

„Eine an den Bedürfnissen der jungen Menschen orientierte Jugendhilfe ist der Grundstein für eine gelingende Integration“, erklärte Nerea González Méndez de Vigo vom BumF. „Statt kurzfristig Kosten zu sparen, müssen langfristige Perspektiven geschaffen werden.“

Bei der Pressekonferenz zum Treffen des Koalitionsausschusses am 6. Oktober erklärte die Vorsitzende der CSU Landesgruppe Gerda Hasselfeldt, man habe sich aus Kostengründen darauf geeinigt, dass die Länder eine zusätzliche Kompetenz

erhalten sollen, um über Inhalt und Umfang der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in ihrem Bundesland zu bestimmen. Diese solle insbesondere bei Leistungen an unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sowie an junge Volljährige gelten.

Damit wurde der Weg für die seit langem von einigen Bundesländern geforderte Gesetzesänderung zum sogenannten Ländervorbehalt geöffnet. Kernziel ist laut CSU-Landesgruppe die Kompetenz der Länder, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für BumF an die jeweilige Kassenlage anzugleichen. Die Folge wären je nach Land und Haushalt unterschiedliche Jugendhilfestandards. Der Verteilungszufall würde dann über Schutz, bedarfsgerechte Unterstützung und Zukunftsperspektiven entscheiden.

Auch die Hilfe für junge Volljährige soll, nach den Aussagen von Hasselfeldt, nach dem 18. Lebensjahr nur noch in begründeten Einzelfällen gewährt werden. Das bedeutet einen erheblichen Einschnitt in die aktuelle Rechtslage, nach der ein Anspruch auf Unterstützung bis zum 21. Lebensjahr besteht und widerspricht den real bestehenden Bedarfen der jungen Menschen im Übergang von Schule zu Beruf und in die Selbstständigkeit, da vielfach



Foto: © Sebastiano Fancello – Fotolia.com

ein weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Bereits jetzt kommt es viel zu häufig zu abrupten Hilfebeendigungen, die die Erfolge von Schule und Jugendhilfe gefährden und nicht selten zu einer (Re)traumatisierung folgen.

Mit einer Kampagne, die bereits mehr als 10.000 Menschen unterzeichnet haben, fordert der BumF daher zusammen mit Jugendliche ohne Grenzen, eine starke Jugendhilfe, die sowohl den Fachkräften als auch den jungen Menschen zu Gute kommt: <https://weact.campact.de/petitions/keine-einschrankung-der-jugendhilfe-zukunftsperspektiven-fur-gefluchtete-jugendliche>

Red.: ReH

Liebe Leserin, lieber Leser des Kinder- und Jugendarztes,

im Titel und in unseren Artikeln möchten wir männliche und weibliche Pädiater gleichermaßen und in knapper Form ansprechen. Daher verwenden wir das verallgemeinernde „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ReH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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





Foto: © David Peretras - Fotolia.com

Warum wir altern und wie wir altern



Dr. Jürgen Hower

Die Frage, warum wir altern und sterben müssen, beschäftigt die Menschheit seit Jahrtausenden und hat bis heute zur Entstehung einer Vielzahl von mythologischen Erklärungen zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Kulturen geführt. Die Entwicklung molekularbiologischer Methoden ermöglicht, erste Blicke in die extrem komplexen biologischen Vorgänge des Alterns zu werfen. Wir beginnen, diese Prozesse besser zu verstehen. Noch ist die vor allem in den letzten 100 Jahren verbesserte Lebenserwartung nicht mit einer gleichermaßen verbesserten gesunden Lebensspanne verbunden. Zum Alter gehören fast zwangsläufig Krankheiten wie Krebs, Arthrosen und vor allem der Wahrnehmungsverlust bis hin zur Demenz. Bei der Suche nach Präventivmaßnahmen zur Verlangsamung und Vermeidung altersbedingter Erkrankungen wird es in Zukunft noch mehr als bisher auf die Kinder- und Jugendärzte ankommen.

Die Erkenntnis ist nicht ganz neu: Altern beginnt nicht erst ab der Rente, sondern ab dem ersten Lebenstag. Wir wissen heute, dass genetische und umgebungsabhängige Faktoren im Kindes- und Jugendalter nicht nur das aktuelle, sondern auch das spätere Krankheitsrisiko beeinflussen, dass sie zur vorzeitigen Alterung und zu schweren Gesundheitsstörungen, wie Herzerkrankungen, Diabetes, Krebs, zu einem gestörten Immunsystem und zu kognitiven Einschränkungen bis hin zur Demenz führen können. Das bekann-

teste Beispiel für einen negativen nutritiven Einfluss ist die Adipositas und ihre Folgeerkrankungen, für eine negative Umweltbelastung die aktive und passive Rauch-Exposition. Doch wie müssen wir leben, um möglichst lange und gut zu leben?

Die meisten Studien zum Altern werden an Tieren durchgeführt, die eine kürzere Lebenszeit haben, aber eine hohe biologische Gemeinsamkeit mit dem menschlichen Organismus besitzen. Die Übertragung der Ergebnisse auf den Menschen ist mit Einschränkungen verbunden und viele tierexperimentell

gewonnenen Erkenntnisse werden in Untersuchungen am Menschen nicht bestätigt. Dies mag oft an der bei Studien am Menschen notwendigen langen Beobachtungsdauer liegen, die meist nicht erreicht wird, wie aktuelle Beobachtungen zeigen.

Es gibt nur wenige klinisch epidemiologische Verlaufsstudien zum Altern mit Menschen. Das ist verständlich, wenn man bedenkt, dass jemand, der eine solche Studie beginnt, wahrscheinlich das Ende nicht mehr erlebt.

Zwei epidemiologische Langzeitstudien ermöglichen jedoch Rück-



Foto: © alfonstr - Fotolia.com

Nonnen verraten, wie man gut altert

schlüsse auf den Altersverlauf unserer Wahrnehmungsfunktionen, dem Dreh- und Angelpunkt auch des gesamten körperlichen Alterungsprozesses.

Wann und wie altern wir? „Die Nonnenstudie“

Eine der wenigen Langzeitstudien, in der versucht wurde, Antworten auf die mit dem Altern verbundenen Fragen zu finden, hat Dr. David Snowdon, ein Epidemiologe an der Universität von Kentucky, durchgeführt. Dazu ging er ins Kloster der „Sisters of Notre Dame“ und untersuchte vor allem die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der frommen Frauen. Nonnen für eine Langzeitstudie über das Alter zu nehmen, das erscheint nur auf den ersten Blick ungewöhnlich zu sein. Beim zweiten Blick sieht man die Vorteile: Die Nonnen waren überwiegend Lehrerinnen und weiße Amerikanerinnen, die unter den gleichen Bedingungen lebten. Sie nahmen in der Cafeteria das gleiche Essen ein, rauchten nicht, tranken kaum und wurden nicht schwanger. Ihre Lebensbedingungen waren also sehr ähnlich. Unterschiedliche

Untersuchungsergebnisse mussten daher vor allem etwas mit den mitgebrachten, angeborenen Fähigkeiten zu tun haben.

Zur ersten Untersuchung zwischen 1991 bis 1993 waren die 678 Ordensschwwestern zwischen 75 bis 102 Jahre, im Durchschnitt 83 Jahre, alt. Ihre kognitiven und körperlichen Funktionen wurden jährlich erfasst, und alle Studienteilnehmerinnen waren bereit, ihr Gehirn nach dem Ableben der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen. Der Ausbildungsgrad der „Sisters of Notre Dame“ lag zwischen Grundschule und Promotion.

Die Studienpopulation war bei der Auswertung der Sprachfunktionen und ihres Einflusses auf die späteren kognitiven Funktionen auf die 180 Nonnen begrenzt, die im Alter zwischen 18 bis 32 Jahren, bei Eintritt in den Konvent, eine handgeschriebene Autobiografie verfasst hatten.

Bei der Analyse der vorhandenen Daten und Nachuntersuchungen zeigte sich, dass die sprachliche Qualität, die positiven Emotionen und die Ideendichte in der zwischen 18 bis 32 Jahren geschriebenen Autobiografie einen prädiktiven Hinweis

auf die im Alter zu erwartenden kognitiven Funktionen erlaubten. Nonnen, die im jugendlichen Alter mehr Ideen und positivere Emotionen in ihre Autobiografien steckten, lebten bis zu zehn Jahre länger im Vergleich zu den Nonnen, die ihre Biografien in einfacherer, ideenärmerer Sprache verfasst hatten. Die kognitiven Behinderungen, 58 bis 64 Jahre später, waren mit der im jugendlichen Erwachsenenalter gezeigten geringen Ideen-Dichte in der Autobiografie signifikant invers assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit für ein ideenarmes Essay war, was die Untersucher überraschte, auch nicht mit dem APOE-epsilon 4-Allel, einem Risikomarker für die Alzheimer'sche Erkrankung, verbunden.

Personen mit einem erhöhten Demenz-Risiko scheinen bereits in jungen Jahren weniger geistig und körperlich aktiv zu sein. Vor allem die Gedächtnis-Funktionen waren bei Nonnen mit ideenarmen Autobiografien im höheren Alter betroffen. Die neuropathologischen Befunde der Gehirne verstorbener Studienteilnehmerinnen zeigten, dass die für die Alzheimer'sche Erkrankung typischen neuro-fibrillären Läsionen und Plaques signifikant mit dem Gehirngewicht, einer cerebralen Atrophie und der in den autobiografischen Essays dokumentierten Ideenarmut assoziiert waren.

Ideenarmut konnte nicht signifikant mit der Cerebralsklerose assoziiert werden, obwohl ein Zusammenhang nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Analysen zu Lebensalter und Ausbildung zeigten keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Die Lothian-Longitudinal-Studie

In einer weiteren epochalen Studie haben Ian Deary und seine Mitarbeiter in Schottland ebenfalls versucht, Antworten auf Fragen zum Alterungsprozess zu finden. In der Lothian-Longitudinal-Studie (Lothian betrifft die Region um Edinburgh) wurde die Intelligenz elfjähriger Kinder in den Jahren 1932 und 1947 gemessen. Das war fast die gesamte Kohorte (80%) aus den beiden Geburtsjahrgängen 1921 und

1936 des Lothian-Distriktes. Bei einem Teil der untersuchten Kinder konnten die Hirnfunktionen im hohen Alter nachuntersucht werden. Dabei zeigte sich, dass der im Alter von 77 und mehr Jahren gemessene Intelligenz-Quotient(IQ) zur Hälfte von der Varianz des im Alter von elf Jahren gemessenen IQs abhing. Eine hohe Intelligenz im Kindesalter schützte die Probanden also vor einem vorzeitigen Wahrnehmungsverlust im Alter. Diese Ergebnisse bestätigen andere Untersuchungen, in denen ebenfalls die Bedeutung hereditärer Faktoren für das Alter nachgewiesen werden konnte. Aber angeborene Intelligenz allein mindert nicht das Risiko kognitiver Einbußen im Alter.

Wie müssen wir leben, um unseren IQ zu schützen?

Die mit dem zunehmenden Alter irgendwann beginnende Abnahme der Wahrnehmungsfunktionen wird nicht nur von genetischen, al-

so angeborenen Faktoren, sondern auch von Umwelt-Faktoren beeinflusst.

Welche Einflüsse schützen oder verzögern den kognitiven Abbau und die Demenz im Alter, und welche Einflüsse fördern sie?

Die Intelligenztest der Elfjährigen in den beiden schottischen Geburtskohorten spiegeln nicht nur die Anlagen der Probanden, sondern auch die bis zu diesem Zeitpunkt gemachten, umgebungsabhängigen Lebenserfahrungen wider, die ihre Entwicklung beeinflusst haben.

Unabhängig davon, wie intelligent die schottischen Kinder mit elf Jahren getestet worden waren - wenn sie als Erwachsene nicht rauchten, waren sie körperlich und mental gesünder, eher zweisprachig, besser ausgebildet und wiesen im Alter meist bessere Testergebnisse auf, als die Vorergebnisse erwarten ließen. Rauchen war neben Adipositas, Bluthochdruck und Diabetes einer der wichtigsten Umgebungs-

faktoren für den vorzeitigen kognitiven Abbau.

In der schottischen Kohorte wurden weitere Einflussfaktoren auf die Wahrnehmungskompetenz im Alter untersucht. Zum Beispiel die Rolle von Alkohol. Frühere Studien konnten einen positiven Einfluss des Alkoholkonsums auf die Wahrnehmungsfunktionen nachweisen. Dieser Zusammenhang zeigte sich zunächst auch in der Lothian-Studie. Er löste sich aber auf, wenn man den IQ genauer untersuchte. Studienteilnehmer, die im Alter Wein tranken, besaßen bereits mit elf Jahren einen höheren IQ, der vom späteren Weinkonsum nicht nachweisbar beeinflusst wurde. Gleiches galt für andere Faktoren, wie Ernährung, Body-Mass-Index und Kaffee-Konsum, denen ebenfalls ein Einfluss auf den IQ nachgesagt wird. Auch der Einfluss intellektueller und sozialer Aktivität im Alter auf den IQ verschwand, wenn dieser mit dem IQ im Alter von elf Jahren verglichen wurde.



Positive Erfahrungen in der Kindheit und Jugend helfen, gesund zu altern

Mehrere Untersuchungen der Lothian-Kohorte haben gezeigt, dass die im Alter von elf Jahren gemessene Intelligenz einen hohen Vorhersagewert für die Wahrnehmung im späten Erwachsenenalter besitzt. Diese Ergebnisse haben zur so genannten „Wassertank-Hypothese“ geführt, die besagt: Je besser das Gehirn im frühen Kindesalter auf Grund eines günstigen „Genetischen Make-Ups“ und günstiger perinataler und frühkindlicher Lebensumstände aufgestellt ist, desto mehr kognitive Reserven hat man im Alter.

Je mehr Wasser im Tank, umso länger dauert es, bis er leer ist.

Wir wissen noch nicht genau, welche genetischen Varianten zu hohen und welche zu eingeschränkten

Intelligenzfunktionen im Lebensverlauf führen. Genetische Assoziationsstudien versuchen, hierauf eine Antwort zu finden. Wir dürfen aber vermuten, dass das biologische Altern durch positive Erfahrungen und eine gesunde Ernährung im frühen Kindesalter, auch bei vorhandenen genetischen Risikofaktoren, günstig beeinflusst werden kann.

Der kognitive Altersabbau führt zu einem Verlust der Unabhängigkeit, zu Einschränkungen der Mobilität und zu einer Belastung der Angehörigen und der Gesellschaft. Die Verzögerung des biologischen Alterns, so die Vermutung, dürfte auch den Beginn und die Progression altersbedingter Erkrankungen zumindest hinauszögern. Diese Hypothese wird heute durch die Ergebnisse zahlreicher experimenteller Studien gestützt.

Kinder- und Jugendärzte gegen altersbedingte Krankheiten

Wenn wir den Alterungsprozess verlangsamen wollen, müssen wir Werkzeuge besitzen, um ihn früh genug zu erkennen, bevor altersbedingte Erkrankungen auftreten. Wir müssen noch intensiver als bisher nach neuen präventiven und therapeutischen Ansätzen suchen, die altersbedingte Krankheiten verhindern.

Das Altern wird heute als kontinuierlicher, fortschreitender Prozess verstanden, der zu einer progressiven Verschlechterung multipler Organfunktionen und einer Inte-

grationsstörung des menschlichen Organismus führt. Der Alterungsprozess kann, wie die bisherigen vor allem tierexperimentellen Ergebnisse vermuten lassen, durch Nahrungseinschränkung und pharmakologische Interventionen manipuliert, verzögert und vielleicht sogar in Teilen rückgängig gemacht werden. An Mäusen, die keine Telomerase mehr besaßen und deren Gewebe deshalb vorzeitig gealtert waren, wurde nachgewiesen, dass die Aktivierung der Telomerase zu einer Verlängerung der Telomeren (Schutzkappen an den Spitzen der Chromosomen) und zu einer Rückbildung von Alterungssymptomen führte. Diese Ergebnisse, so die Hoffnung, könnten sich vielleicht in Zukunft auf den Menschen übertragen lassen, was vielleicht nicht unbedingt zu einem längeren, aber gesünderen Leben im Alter führen würde.

Eine frühe Erfassung des biologischen Alterns eröffnet vielleicht zukünftig neue therapeutische Möglichkeiten der Prävention. Für die Kinder- und Jugendärzte werden dadurch neue Aufgaben erwachsen. Unser Fach, um dessen Fortbestand angesichts von Geburtenrückgängen gefürchtet wird, wird dann der Schlüssel zum gesunden Alter.

Literatur beim Verfasser

Dr. Jürgen Hower
45475 Mülheim an der Ruhr
E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Red.: ReH

Bundesverdienstkreuz für Dr. Wolfram Hartmann

Am 29. September überreichte Andreas Müller, Landrat des Kreises Siegen-Wittgenstein dem langjährigen BVKJ-Präsidenten Dr. Wolfram Hartmann das Bundesverdienstkreuz für seine Verdienste um die Kindergesundheit in Deutschland. Viele seiner langjährigen Begleiter waren der Einladung zu einer Feierstunde ins Kreishaus in Siegen gefolgt, um bei der offiziellen Übergabe dabei zu sein.



Landrat Andreas Müller (l.) und Kreuztals stellvertr. Bürgermeisterin Elfrun Bernshausen (r.) gratulieren Dr. Wolfram Hartmann und seiner Ehefrau Gisela

Aktivitäten und Initiativen

Seit Beginn seiner Präsidentschaft setzte sich Wolfram Hartmann vor allem für „vergessenen Kinder“ ein, also jene Kinder, deren Leben durch soziale Deprivation bestimmt ist. Dr. Wolfram Hartmann forderte für diese „vergessenen Kinder“ Chancengleichheit durch möglichst frühe, sozialkompensatorische Förderung. Sein Amt als Präsident nutzte Wolfram Hartmann erfolgreich, um sein Anliegen

in die Öffentlichkeit und vor allem auch in die Köpfe der Entscheider zu bringen. Unter seiner Präsidentschaft sind die Themen Frühe Förderung und Integration von Kindern zu den Hauptthemen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte geworden. Unermüdlich organisierte er Pressekonferenzen zu diesem Thema, ebenfalls das jährlich stattfindende sozialpolitische Forum, bei dem er Politiker, Medienvertreter und Kinder- und Jugendärzte zusammenbrachte.

Dr. Wolfram Hartmann war Mitbegründer des Deutschen Kinderbulletins und Mitgestalter des Konzepts der Sozialen Prävention, mit dem die „neuen Kinderkrankheiten“, also vor allem Entwicklungsstörungen, bzw. die zugrundeliegenden kritischen Lebenslagen frühzeitig erkannt und effizienter Hilfe zugeführt werden. Er war ein nimmermüder Verfechter des Primats der Kinderrechte vor Elternrechten.

Dank seiner Arbeit und der seiner Weggefährten sind Gesellschaft und auch die Politik heute für das Thema der „vergessenen Kinder“ sensibilisierter als noch vor 20 Jahren. Er hat maßgeblich dazu beigetragen, dass die außerfamiliäre Betreuung von Kindern heute vor allem unter dem Gesichtspunkt der frühen Bildungs- und Förderchancen gesehen werden, dass es nicht nur um Betreuungssicherheit, sondern auch um Betreuungsqualität geht, dass Flüchtlingskinder medizinisch besser versorgt werden als noch vor 20 Jahren, und dass das Netz der Vorsorgeuntersuchungen weiter ausgebaut wurde und alle Kinder in unserem Land daher heute medizinisch besser versorgt werden als noch vor 20 Jahren.

Seit seinem Abschied aus dem Präsidentenamt arbeitet Wolfram Hartmann als Redakteur dieser Zeitschrift und bleibt auch in diesem Amt seinem Lebensthema treu.

Wir, die Kollegen und Kolleginnen aus der Redaktion gratulieren ganz herzlich zu der hohen Auszeichnung!

ReH

Die Welt der Kinder im Blick der Maler ● ● ●

Diego Velázquez, Prinz Baltasar Carlos zu Pferde

Nach langen Jahren des Wartens wurde der Sohn Philipps IV. und der Elisabeth von Bourbon am 17.10.1629 geboren. Bisher hatte die Königin nur Töchter, manche nicht einmal lebensfähig, zur Welt gebracht. Viertägige Festlichkeiten mit Feuerwerk und Mörsergeknall, Komödien und Konzerten, Almosen an Gefängnisse und Bettelklöster, Rennen von Berberhengsten und Büffeln verkündeten den Untertanen, dass dem Reich ein Erbe geschenkt worden sei. Der Hofmaler durfte den Prinzen Jahr für Jahr mit der Palette begleiten, das Idyll von Elternglück und Hoffnung festhalten. Tatsächlich entwickelte sich der Knabe rasch, zeigte eine „frühe Leichtigkeit für ritterliche Übungen“ und zeichnete sich auch schon bald bei der Jagd aus.

Velázquez malt das Reiterbildnis des sechsjährigen Knaben in der Uniform eines Feldmarschalls. Das Zepter gibt dem Knaben eine königliche Würde. Den Hintergrund bildet eine Gebirgslandschaft mit schneebedeckten Bergen und bewegten, angestrahnten Wolken. Mit großer Delikatesse setzt der Maler die Farben ein, lässt Kleidung, Zaumzeug und das dahinstürmende Ross aufleuchten, die Landschaftsformation differenziert hervortreten. Die Darstellung des dynastischen Porträts stellte den Maler vor besondere Probleme. Einerseits wollte er die Würde des Thronfolgers in seinem Feldherrngestus herausstellen, andererseits sah er auch die kindliche Natur Baltasars, Einsamkeit und Verzicht auf kindliche Verhaltensweisen.

„Velázquez war zum Bildnismaler geboren“, befindet Carl Justi. Störende Einmischungen der Phantasie hatte er nicht zu befürchten. Seine Wahrhaftigkeit hat auch am Hof keinen Schaden erlitten, er scheute sich nicht, das ungeschminkte Bild seiner Umgebung darzustellen.

Unser Bild entstand kurze Zeit nach Rückkehr des Malers von seiner ersten Italienreise, wobei er Einflüsse der italienischen Kunst, etwa von Caravaggio und Tizian, aufnahm, aber einen eigenen kraftvollen Stil von eindringlichem Realismus entwickelte. Wie kaum ein anderer verkörpert er das spanische Wesen mit seiner Spiritualität und Vitalität.

Seit den 1640er Jahren entfernte er sich vom venezianischen Kolorismus und verwendete vermehrt kühle Farben. In seinem Spätwerk entdeckte man Ansätze zur Freilichtmalerei, nachdem ihm das Beleuchtungssystem seiner Anfänge, das einseitige Atelierlicht zweifelhaft geworden war.

In jener Zeit wurde frühzeitig das Problem der Erbfolge erörtert. Als Don Baltasar sich dem zehnten Lebensjahr näherte, wurde sein Bildnis befreundeten Höfen zugesandt. Zwar kam es 1660 zur Verlobung, aber schon bald danach erkrankte der Prinz unter einer akuten fieberhaften Krankheit, die nicht näher diagnostiziert werden konnte. So ist Baltasar nicht in die Geschichte eingegangen, wohl aber durch die Kunst des Malers unsterblich geworden.

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

Red.: ReH



Diego Velázquez, Prinz Baltasar Carlos zu Pferde, 1634/35, Museo del Prado, Madrid

Buchtipps

Dr. Nicole Strüber
Die erste Bindung
 Verlag Klett-Cotta 2016
 346 Seiten, € 22,95
 ISBN 978-3-608-98058-5



Nicole Strüber hat Jahrzehnte alte Hypothesen der Entwicklungspsychologen – Bindung zwischen Mutter und Säugling – mit neuesten Erkenntnissen der Neurobiologen und Genetiker – Epigenetik, Plastizität der Synapsen, der Rezeptoren, Bedeutung der Neurotransmitter – zu einem sehr plausiblen Gesamt-

verständnis zusammen geführt. Das sind Erkenntnisse, die Eltern, also auch Väter, Erzieherinnen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialpolitiker, Familienrichter und uns Kinder- und Jugendärzte nachdrücklich motivieren können, in unserem Beruf mit Entschlossenheit und Weitblick für das Wohl der Kinder zu sorgen und, wenn es sein muss, mit guten Argumenten zu kämpfen. Männer und Frauen können durch die Lektüre auch sich selbst besser verstehen.

Als Mutter, Ehefrau und eben Wissenschaftlerin, Buchautorin auch schon mit ihrem Lehrer Gerhard Roth, gelingt es Nicole Strüber, unser Interesse und unsere Neugier über die mehr als 300 Seiten wach zu halten. Danach folgt ein reichhaltiges Literaturverzeichnis. Kurze Exkursionen in reine Wissenschaft und Forschung und sympathisch eingesetzter Humor bewirken gerade für den, der weiß, dass wir Menschen wunderbare aber natürlich auch biologische Wesen sind, eine starke Faszination für das sicher sehr lange gültige Buch.

Mutig gerade wegen ihrer o.g. Erkenntnisse wagt sich Nicole Strüber auch auf das Terrain verschiedener Erziehungsstile. Gerade wegen ihrer eigenen Erfahrung mit männ-

lichen Zwillingen schreibt sie überzeugend von der Last durch fehlenden Schlaf, lebhaftes Temperamente und Meinung verschiedener Ratgeber. Ebenso überzeugend bleibt sie konsequent bei den Folgerungen aus den neurobiologischen und genetischen Erkenntnissen: Kinder werden schon in der Schwangerschaft zusätzlich zu ihrer genetischen Mitgift geprägt von der Mutter und deren Situation. Die weitere Entwicklung wird bleibend beeinflusst vom elterlichen Verhalten. Nicole Strüber kennt und zitiert wichtige Studien, die die wechselseitigen Folgen von kindlichem versus mütterlichem Temperament besonders auch hinsichtlich verschiedener Qualität der heute als selbstverständlich angesehenen frühen Betreuung in der Krippe kritisch untersuchen. Die soziale Umwelt und die Erlebnisse der Kinder hinterlassen Spuren auf Grund biologischer Gegebenheiten. Fazit: Es lohnt sich für Eltern und alle Berufe, die sich dem Kindeswohl verpflichtet fühlen, dieses ausführliche Buch gut zu kennen!

Dr. Wolfgang Meinrenken
 Kapellenweg 3
 28759 Bremen

Red.: Huppertz

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

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

November 2016

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg

Leitung: Prof. Dr. Carl Peter Bauer,
Gaißach, Auskunft: ③

19.-20. November 2016

Praxisabgabeseminar des BVKJ e. V. in Fulda

Auskunft: ⑤

23. November 2016

Impfworkshop des BVKJ Berlin

„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update für
das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

30. November 2016

Immer etwas Neues BIELEFELD

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

Dezember 2016

3. Dezember 2016

7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/
Dr. B. Ruppert, Berlin, Auskunft: ①

7. Dezember 2016

Impfworkshop des BVKJ Nürtingen

„Kleiner Piks, viel dahinter“
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

März 2017

3.-5. März 2017

23. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld
Auskunft: ⑤

11. März 2017

26. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock

des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern
Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald/
St. Büchner, Güstrow, Auskunft: ①

18. März 2017

Seminar für Medizinische Fachange- stellte in Dresden des BVKJ LV Sachsen

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

April 2017

1. April 2017

Pädiatref à la carte – Schnittstelle der Pädiatrie des BVKJ LV Nordrhein und LV Westfalen-Lippe und 9. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Bochum

Leitung: Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg/
Dr. Herbert Schade, Mechernicht/
Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim a. d.
Ruhr, Auskunft: ④

6.-9. April 2017

Päd-Ass 2017

14. Assistentenkongress des BVKJ
in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid/
Dr. Dirk Schnabel, Berlin, Auskunft: ⑤

Mai 2017

6. Mai 2017

30. Pädiatrie zum Anfassen in Worms

des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saar-
land, Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik,
Worms, Auskunft: ①

19.-20. Mai 2017

27. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt

des BVKJ LV Thüringen
Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

Juni 2017

23.-25. Juni 2017

47. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Berlin

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

23.-25. Juni 2017

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

Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

September 2017

16. September 2017

Jahrestagung des LV Sachsen des BVKJ e. V. in Dresden, Sächsische LÄK

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

Oktober 2017

5.-8. Oktober 2017

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

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

November 2017

4. November 2017

BVKJ Landesverbandstagung in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /
Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn
Auskunft: ③

11.-12. November 2017

15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ LV Bayern in Bamberg

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer,
Gaißach / Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

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

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

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

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

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



Geburtstage im Dezember 2016

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitte *Birk*,
Peißenberg, am 01.12.
Frau Dipl.-Med. Marianne *Scholz*,
Kremmen, am 04.12.
Frau Dr. med. Ulrike *Kutsch*,
Borken, am 07.12.
Herr Dr. med. Hans-D. *Hüwer*,
Langensfeld, am 09.12.
Frau Dr. med. Barbara *Türk-Kraetzer*,
Oldenburg, am 11.12.
Frau Dr. med. Gundel *Scheu*,
Heilbronn, am 11.12.
Herr Oleg *Witkowski*,
Duisburg, am 12.12.
Frau Dipl.-Med. Angelika *Rentzsch*,
Leipzig, am 13.12.
Herr Dr. med. Hans *Winkler*,
Bad Kreuznach, am 14.12.
Herr Dr. med. Ulrich *Henke*,
Trier, am 14.12.
Frau A. Christine *Breull-Raue*,
Bonn, am 15.12.
Frau Dr. med. Gisela *Kochs*,
Ulm, am 17.12.
Herr Dr. med. Andreas *Biebl*,
Hamburg, am 18.12.
Herr Jurij *Ciokan*, Hechingen, am 21.12.
Frau Dipl.-Med. Leonore *Greil*,
Woltersdorf, am 23.12.

70. Geburtstag

Herr Karl *Kohlmann*,
Chemnitz, am 10.12.
Herr Dr. med. Gerhard *Zimmermann*,
Lahr, am 12.12.
Herr Dipl.-Med. Kurt *Hildebrand*,
Chorin, am 13.12.
Frau Marja-Leena *Clasen*,
Verden, am 15.12.
Herr Reinhold *Oswald*,
Mühldorf, am 20.12.
Frau Dr. med. Karin *Buhmann*,
Thallwitz, am 20.12.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Gehrd *Grothusen*,
Seevetal, am 01.12.

Herr Dr. med. Heinz-J. *Dietrich*,
Grevenbroich, am 02.12.
Herr Dr. med. Lothar *Becker*,
Eutin, am 11.12.

Herr Dr. med. Ahmed Abou *Lebdi*,
Heinsberg, am 12.12.
Herr Dr. med. Jens *Neuhäuser*,
Leipzig, am 13.12.

Frau Inge *Friedrich*,
Strausberg, am 14.12.
Frau Dr. med. Karin *Schiecke*,
Eutin, am 15.12.

Herr Dr. med. H. D. *Harbisch*,
Solingen, am 15.12.
Herr Dr. med. Christoph *Ohr*,
Wiesbaden, am 16.12.

Frau Dr. med. Barbara *Fischer*,
Wittenberge, am 28.12.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Helga *Kämmerer*,
Jena, am 02.12.
Herr Dr. med. Rudolf *Queißer*,
Bad Harzburg, am 04.12.
Herr Dr. med. Wolfgang *Kröckel*,
Ahrensfelde, am 06.12.
Frau Ursula *Dethloff*,
Stade, am 09.12.
Frau Dr. med. Ina *Beckel*,
Faistenau, am 11.12.
Herr Prof. Dr. med. Gerhard *Schöch*,
Dortmund, am 31.12.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Jörg *Baumann*,
Göttingen, am 02.12.
Frau Dr. med. Elfriede *Philipp*,
Oberursel, am 09.12.
Herr Dr. med. Rolf *Hille*,
Niederwartha, am 11.12.
Herr Dr. med. Winfried *Rath*,
Forchheim, am 12.12.

Frau Dr. med. Helga *Carstensen*,
Lübeck, am 16.12.

Frau Dr. med. Anna-Maria *Brumberg*,
Bielefeld, am 19.12.

Herr Hans-Jürgen *Hildebrandt*,
Dessau, am 24.12.

Herr Dr. med. Günter *Voigt*,
Lutherstadt Eisleben, am 30.12.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Wilma *Krümmel*,
Saarbrücken, am 06.12.
Herr Dr. med. Marwan *Hafez*,
Berlin, am 15.12.

Herr Dr. med. Horst *Hoffmann*,
Kiel, am 18.12.

Herr Prof. Dr. med. Lothar *Pelz*,
Rostock, am 30.12.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Günter *Mann*,
Dietzenbach, am 14.12.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald *Hauser*,
Stockdorf, am 17.12.
Herr Dr. med. Mohammad
Tahbasian Saleh, Hannover, am 24.12.
Frau Dr. med. Helga *Claußen*,
Magdeburg, am 28.12.

85. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Fredy *Pathenheimer*,
Rostock, am 12.12.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Harro *Schirmer*,
Friedrichsdorf, am 20.12.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Lilli *Meurer*,
Monschau, am 29.12.

88. Geburtstag

Frau Marlene *Zacharias*,
Berlin, am 17.12.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Isis *Elbern*,
München, am 10.12.

92. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Johann *Hager*,
Köln, am 08.12.
Frau Dr. med. Edeltraut *Fritz*,
Reinbek, am 11.12.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Baader*,
Köln, am 01.12.
Frau Dr. med. Angela *Bahr*,
Münster, am 12.12.
Frau Dr. med. Renate *Stefan*,
Ingolstadt, am 22.12.
Frau Dr. med. Marianne *Kremer*,
Essen, am 22.12.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Eulner*,
Göttingen, am 11.12.
Frau Dr. med. Hildegard *Geiger*,
Offenburg, am 20.12.

96. Geburtstag

Herr Dr. med. Ferdinand *Müller*,
Graflin, am 27.12.

97. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto *Meuser*,
Hannover, am 21.12.

Wir trauern um:

Frau Dr. Elisabeth *Haes*, Unkel
Herrn Dr. Heinrich *Gropp*, Bad Honnef
Herrn Dr. Gerhard *Warnek*, Bielefeld

Im Monat September durften wir 13 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Herrn Franz *Rey*
Herrn Florian *Rudolf*



Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Anatoli *Kundurzhiev*



Bayern

Frau Bianca *Cantori*



Nordrhein

Frau Katrin *Njo*
Frau Agata *Jolanta Sadowy*

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.

Neue Studie zur Nährstoffversorgung von Kleinkindern zeigt Schieflage bei Vitamin D und Eisen

Ausgewogene Kleinkindernahrung ist essenziell für die Nährstoffversorgung

In den ersten 1000 Tagen schreitet die Entwicklung des Kindes rasant voran. Im Kleinkindalter ist eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung wichtig, um den Nährstoffbedarf für diese Entwicklung zu decken. Neue Studiendaten zeigen jedoch, dass die Vitamin-D- und Eisen-Versorgung von Kleinkindern in Deutschland häufig suboptimal ist.

Frau Rau, wieso sind die ersten 1000 Tage im Leben eines Kindes so wichtig?

Im Zeitraum von Beginn der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter können Umweltfaktoren wie die Ernährung einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben und sogar seine Gesundheit bis ins Erwachsenenalter prägen. Faktoren wie Mangel an Bewegung sowie Mangel oder Überfluss an bestimmten Nährstoffen können die Entwicklung des Körpers beeinflussen und das Risiko für spätere Erkrankungen erhöhen.

Welche Rolle spielt das Kleinkindalter?

Das Kleinkindalter zwischen dem ersten und dem vierten Geburtstag ist eine ganz besondere Lebensphase des Kindes. Es ist jetzt kein Säugling mehr, aber entwickelt sich weiterhin rasant in allen Lebensbereichen. Dazu gehört die Entwicklung seiner körperlichen, geistigen, emotionalen, sprachlichen und sozialen Fähigkeiten. Der Bedarf an einigen Nährstoffen ist daher pro Kilogramm Körpergewicht im Vergleich zu Erwachsenen um ein Vielfaches erhöht (DACH Referenzwerte 2015).

Wie sieht eine kleinkindgerechte Ernährung aus?

Um dem hohen Nährstoffbedarf gerecht zu werden, sollte in dieser Lebensphase auf eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung geachtet werden. Orientierung bei der Lebensmittelauswahl bietet die „Ernährungspyramide zur optimierten Mischkost“ des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE). Eine kleinkindgerechte Ernährung sollte reichlich frisches Obst und Gemüse, Getreide, möglichst Vollkorn, Milchprodukte und Kartoffeln sowie dreimal pro Woche mäßig fettarmes

Fleisch und einmal wöchentlich eine Portion fettreichen Seefisch wie Makrele, Hering oder Lachs enthalten.

Sind Kleinkinder in Deutschland ausreichend mit wichtigen Nährstoffen versorgt?

Eine altersgerechte Ernährung ist die Basis für eine gesunde Entwicklung. Ernährungsstudien weisen jedoch darauf hin, dass Kleinkinder in Deutschland aufgrund suboptimaler Ernährungsgewohnheiten oft nicht ausreichend mit wichtigen Nährstoffen wie Jod, Folsäure sowie mehrfach ungesättigten Fettsäuren versorgt sind. Andererseits nehmen Kleinkinder deutlich zu viel Eiweiß, Zucker und Salz zu sich. Zudem zeigen neue Studiendaten, dass die Vitamin-D- und Eisen-Versorgung von Kleinkindern in Deutschland noch immer suboptimal ist.

Wie gut sind Kinder in Deutschland mit Vitamin D und Eisen versorgt?

In der genannten Studie waren rund zwölf Prozent der 325 untersuchten Kinder aus Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden mit Eisen und etwa 23 Prozent mit Vitamin D unterversorgt.

Welchen Einfluss haben verschiedene Lebensmittel auf den Eisen- und Vitamin-D-Status?

Die Subgruppenanalyse zeigte, dass Kinder mit diagnostiziertem Vitamin-D-Mangel weniger häufig Vitamin-D-Supplemente erhielten und häufiger Kuhmilch tranken als Kinder ohne Vitamin-D-Mangel. Unter den Kindern, die Milch hauptsächlich in Form von Kindermilch zu sich nahmen, zeigten zudem nur 5,4 Prozent einen Eisenmangel und nur 5,7 Prozent einen Vitamin-D-Mangel. Bei Kindern, die

hauptsächlich Kuhmilch tranken, wiesen dagegen 19,7 Prozent einen Eisenmangel und 43,6 Prozent einen Vitamin-D-Mangel auf.

Welche Rolle kann Kindermilch spielen?

Grundsätzlich sollte auf eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung sowie ausreichend Bewegung an der frischen Luft geachtet werden. Zur Verbesserung des Vitamin-D-Status empfehlen Fachgesellschaften täglich eine Stunde Bewegung im Freien mit entsprechendem Sonnenschutz. Bei Kleinkindern mit einem erhöhten Risiko für eine inadäquate Nährstoffversorgung kann Kindermilch einen zusätzlichen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Ernährung leisten. Zudem kann die Gabe von Kindermilch eine einfache und sichere Möglichkeit sein, die Vitamin-D-Versorgung von Kleinkindern zu verbessern.

Welche Aufgabe hat der Pädiater?

Mit einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Familienernährung kann der Bedarf des Kleinkindes gedeckt werden. In der Praxis werden Ernährungsempfehlungen jedoch nicht immer optimal umgesetzt. Die Aufklärung der Eltern über die Wichtigkeit einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Ernährung im Kleinkindalter sollte daher an erster Stelle stehen.

Literatur beim Verfasser

Autorin:
Alexandra Rau, Ernährungswissenschaftlerin und Expertin für die Ernährung von Kleinkindern

Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH, Frankfurt

Screening auf seltene Speicherkrankheit bei Flüchtlingen

Cystinose – frühzeitig erkennen und behandeln

Beim DGKJ-Kongress in Hamburg* erörterten Experten, wie Kinder- und Jugendärzte in der Praxis eine Cystinose erkennen können. Nicht nur bei Flüchtlingskindern sollte bei Polyurie und Polydipsie an die seltene, genetisch bedingte Speicherkrankheit gedacht werden. Diese führt unbehandelt oft schon im Kindesalter zu einer terminalen Niereninsuffizienz. Frühzeitig erkannt lässt sich mit Cysteamin das in den Zellen angereicherte Cystin wirksam reduzieren. Verzögert freigesetztes „Delayed Release“ (DR)-Cysteamin (PROCYSBI®) erlaubt dank einer spezifischen Galenik die nur zweimal tägliche Gabe.

Etwa jeder 500. Mensch leidet an einer angeborenen Stoffwechselerkrankung, die häufig autosomal rezessiv vererbt wird, wie Prof. Anib Das, Medizinische Hochschule Hannover, erläuterte. Bei Familien mit konsanguinem Hintergrund kann man eine Häufung beobachten. Einige dieser Erkrankungen werden mit dem Neugeborenen-Screening erfasst, zu dem viele Flüchtlingskinder jedoch keinen Zugang haben. Deshalb appellierte Das: „Man sollte das Neugeborenen-Screening in diesem Fall unbedingt nachholen.“ Er verwies hier auf § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG): „Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen... und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchung erbracht.“¹

Entwicklungsretardierung als Warnzeichen

Stoffwechselstörungen gehen oft mit einer Entwicklungsretardierung einher: In einer Studie steckte hinter jedem 5. Fall (20 %) eine metabolische Entwicklungsstörung.² Die wenigsten der mehr als 700 bekannten Stoffwechselerkrankungen werden im Screening erfasst. Daher sollte man bei klinischen Parametern wie beispielsweise Sepsis ohne Infektparameter, krisenhaften Verläufen, bei auffälliger Ernährung oder Körpergeruch an Stoffwechselerkrankungen denken (siehe Kasten). Bei Flüchtlingen findet man hier laut Das beispielsweise Organoazidurien, Mukopolysaccharidosen, M. Gaucher, Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel, hepatorenale Tyrosinämie, Ahornsiruperkrankung oder Phenylketonurie. Lysosomale Speichererkrankungen, wie die Cystinose, sind teilweise auch an Kleinwuchs, Neurodegeneration oder Hornhauttrübung zu erkennen.

kungen, wie die Cystinose, sind teilweise auch an Kleinwuchs, Neurodegeneration oder Hornhauttrübung zu erkennen.

Cystinurie oder Cystinose?

Die Cystinose ist eine seltene Speicherkrankheit: Genetische Ursache ist ein Defekt des CTNS-Gens, das für das Membranprotein Cystinosin kodiert.³ Mit Hilfe von Cystinosin wird Cystin aus den Lysosomen geschleust. Ist dieses Protein nicht oder nicht komplett funktionsfähig, bleibt Cystin in den Lysosomen eingeschlossen und es kommt zu Ablagerungen von schwer löslichen Cystinkristallen in den Lysosomen der Zellen. Mit einer Prävalenz von 0,5-1:100.000 Geburten gehört die autosomal-rezessiv vererbte Cystinose zu den seltenen lysosomalen Speicherkrankheiten.³

Die Cystinose ist eine Multisystemerkrankung mit massiven extrarenalen

Symptomen, wie PD Dr. Jun Oh, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, erläuterte. Laut Oh gibt es in Deutschland etwa 120 Patienten. Die Cystinose sollte nicht mit der Cystinurie verwechselt werden, einer Aminosäure-Transportstörung, bei der man eine erhöhte Ausscheidung der Aminosäuren Cystin, Ornithin, Lysin und Arginin beobachtet, was zu Nierensteinen im frühen Kindesalter führt (siehe Tab. 1).

Bei Polyurie und Polydipsie an Cystinose denken

Einen besonders schweren Verlauf nimmt die infantile nephropathische Cystinose, bei der laut Oh Symptome meist bereits innerhalb der ersten 12 Lebensmonate sichtbar sind: Bei Kindern, die bereits früh eine Polyurie und Polydipsie zeigen, möglicherweise in Kombination mit rezidivierendem Fieber, sollte eine Cystinose

Wann sollte ich an eine Stoffwechselerkrankung denken?

Klinische Parameter

- ‚Sepsis‘ ohne Infektparameter
- Enzephalopathie unklarer Genese (Koma, Epilepsie)
- ‚krisenhafter‘ Verlauf
- akutes Leberversagen/Hepatopathie unklarer Genese
- Kardiomyopathie unklarer Genese
- Multisystemerkrankung
- auffällige Ernährungsanamnese (kein Eiweiß, Obst etc.)
- auffälliger Körpergeruch
- Hyperventilation

Laborparameter

- Hypoglykämie
- metabolische Azidose mit vergrößerter Anionenlücke
- metabolische Alkalose
- niedriger Harnstoff
- Hyperammonämie
- Laktazidose (nicht erklärt durch Hypoxie/Ischämie)

(nach Prof. Anib Das*)

Cystinurie	Cystinose
Stoffwechselerkrankung	
autosomal-rezessiver Erbgang	
Aminosäure-Transportstörung	Lysosomale Speicherkrankheit
Erhöhte tubuläre Ausscheidung von Cystin, Ornithin, Lysin, Arginin	Akkumulation von Cystin in Lysosomen
→ Nephrolithiasis	→ Multisystemerkrankung

Tab. 1: Die Unterscheidung der Cystinurie von der lysosomalen Speicherkrankheit Cystinose, einer behandelbaren Multisystemerkrankung (nach PD Dr. Jun Oh*).

in Betracht gezogen werden. Die zunehmende Einschränkung der Nierenfunktion führt zu einer massiven Störung des Elektrolythaushalts (renales Fanconi-Syndrom). Unbehandelt entwickeln die betroffenen Kinder zwischen 8 und 12 Jahren eine terminale Niereninsuffizienz.³ Hinweise sind auch eine erhöhte Lichtempfindlichkeit, die auf Cystin-Kristalle in der Kornea zurückzuführen sind. Die jungen Patienten zeigen darüber hinaus deutlichen Kleinwuchs.³ Ungefähr 95 % der Patienten leiden an dieser infantilen Form der Cystinose.⁴

Kausale Therapie mit Cysteamin

Wurde eine Cystinose erkannt, so steht mit Cysteamin eine Therapie zur Verfügung, mit der das akkumulierte Cystin beseitigt, die Krankheitsprogression verzögert und die Prognose verbessert werden kann:⁵ „Eine frühe Therapie verlangsamt die Verschlechterung der Nierenfunktion und verzögert die extrarenalen Komplikationen“, betonte Oh.

Durch Cysteamin wird Cystin in 2 Cystein-Moleküle aufgespalten, es bildet sich Cystein und Cystein-Cysteamin-Disulfid, die beide mittels des Lysin-Transporters aus den Lysosomen eliminiert werden.⁶

Ein großes Problem bei dieser Therapieoption ist jedoch die Adhärenz der Patienten: Bei der herkömmlichen Therapie mit schnell freisetzendem „Immediate Release“ (IR)-Cysteamin ist eine viermal tägliche Einnahme im exakten Abstand von sechs Stunden nötig. Laut einer Umfrage

in den Niederlanden hielten sich nur 23 % der Patienten fest an das Sechs-Stunden-Einnahmeschema.⁷

Eine Alternative bietet seit 2014 PROCYSBI®,⁸ das den Wirkstoff Cysteamin in magensaftresistenten Hartkapseln enthält und nur zweimal täglich eingenommen werden muss. Wie Oh erläuterte, werde die Medikamenten-Compliance durch die 12-stündliche Einnahme erhöht und Halitosis könnte in Einzelfällen aufgrund dieser Galenik vermindert werden. Ziel der Cysteamin-Therapie sind Cystinspiegel < 1 nmol Hemi-Cystin/mg Protein.⁸

Der therapeutische Ansatz mit Cysteamin eröffnet den Patienten neue Chancen: Durch eine frühzeitige Cysteamin-Therapie könne die Prognose der Patienten verbessert werden, resümierte Oh.

*Quelle

Symposium „Füchtlingskinder und seltene Erkrankungen – woran muss ich denken?“, im Rahmen der 112. DGKJ-Jahrestagung (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin), 16. September 2016 in Hamburg

Veranstalter

Raptor Pharmaceuticals Germany GmbH

Autorin

Martina Freyer

Literatur

- 1 www.gesetze-im-internet.de/asyblg/_4.html
- 2 Engbers HM et al. Ann Neurol 2008; 64(2): 212-7
- 3 Gahl WA et al. N Engl J Med 2002; 347:111-121
- 4 Nesterova G et al. Pediatr Nephrol 2013; 28: 51-9
- 5 Brodin-Sartorius A et al. Kidney Int 2012; 81: 179-89
- 6 Besouw MTP et al. Int J Nephrol Renovasc Dis 2014; 7: 297-302
- 7 Levchenko EN et al. Pediatr Nephrol 2006; 21: 110-113
- 8 Fachinformation PROCYSBI®, Stand Januar 2016

PROCYSBI® 25 mg magensaftresistente Hartkapseln

PROCYSBI® 75 mg magensaftresistente Hartkapseln

Wirkstoff: Cysteamin (als Mercaptaminbitartrat).

Zusammensetzung: Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 PROCYSBI® 25 mg magensaftresistente Hartkapsel enthält 25 mg Cysteamin (als Mercaptaminbitartrat). 1 PROCYSBI® 75 mg magensaftresistente Hartkapsel enthält 75 mg Cysteamin (als Mercaptaminbitartrat). Sonstige Bestandteile: Kapselinhalt: Mikrokristalline Cellulose, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), Hypromellose, Talkum, Triethylcitrat, Natriumdodecylsulfat. Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E171), Indigocarmin (E132). Tinte: Schellack, Povidon, Titandioxid (E171).

Anwendungsgebiete: Behandlung der nachgewiesenen nephropathischen Cystinose. Cysteamin bremst die Anhäufung von Cystin in bestimmten Zellen (z. B. Leukozyten, Muskel- und Leberzellen) bei Patienten mit nephropathischer Cystinose; bei frühzeitigem Behandlungsbeginn verzögert Cysteamin die Entstehung eines Nierenversagens.

Gegenanzeigen: Überempfindl. gegen den Wirkstoff, jegliche Form von Cysteamin (Mercaptamin) oder einen der sonstigen Bestandteile der Kapseln, Überempfindlichkeit gegen Penicillamin, Stillzeit.

Schwangerschaft: Tierexperimentelle Studien haben Reproduktionstoxizität einschließlich Teratogenität gezeigt. Das mögliche Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung durch den Arzt ist nötig.

Nebenwirkungen: Sehr häufig (≥ 1/10): Anorexie, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Lethargie, Pyrexie. Häufig (≥ 1/100, < 1/10): Kopfschmerzen, Enzephalopathie, Bauchschmerzen, Atemgeruch, Dyspepsie, Gastroenteritis, abnormaler Körpergeruch, Hautausschlag, Asthenie, abnormale Leberfunktionstests. Gelegentlich (≥ 1/1.000, < 1/100): Leukopenie, Anaphylaktische Reaktion, Nervosität, Halluzinationen, Somnolenz, Krampfanfälle, Magen-Darm-Geschwür, Veränderung der Haarfarbe, Hautstreifen, Sprödigkeit der Haut (molluskoider Pseudotumor im Bereich der Ellbogen), Gelenk-Überstreckung, Beinschmerzen, Genu valgum (X-Bein), Osteopenie, Kompressionsfraktur, Skoliose, Nephrotisches Syndrom. Im Zusammenhang mit Cysteaminbitartrat mit sofortiger Freisetzung wurde über benigne intrakranielle Hypertonie (oder Pseudotumor cerebri (PTC)) mit Stauungspapillen berichtet.

Verschreibungspflichtig. Einleitung der Therapie durch einen in Cystinose-Behandlung erfahrenen Arzt. Weitere Hinweise siehe Fachinformation.

Stand: 01/2016.

Zulassungsnummer(n): PROCYSBI® 25mg: EU/1/13/861/001, PROCYSBI® 75mg: EU/1/13/861/002

Zulassungsinhaber: Raptor Pharmaceuticals Europe B.V., Naritaweg 165, NL-1043 BW Amsterdam, Niederlande.

Mit freundlicher Unterstützung von
Raptor Pharmaceuticals Germany GmbH

Infantile Hämangiome

Problemfälle frühzeitig erkennen und richtig behandeln

„Ein infantiles Hämangiom ist meist unproblematisch. Wichtig ist aber, die Fälle herauszufiltern, die gefährlich werden können.“ Dass bei komplikationsträchtigen infantilen Hämangiomen eine frühzeitige Behandlung von größter Bedeutung ist, machte Dr. Ingo Königs vom Altonaer Kinderkrankenhaus Hamburg bei einem von Pierre Fabre Dermo-Kosmetik unterstützten Symposium im Rahmen des Hebammenkongresses 2016 deutlich. Dem Experten zufolge steht heute mit Propranolol-Saft (Hemangirol®) ein explizit für Säuglinge zugelassenes Präparat zur Verfügung, das eine rasch wirksame und effektive Therapie ermöglicht.

Das Hämangiom ist meist als auffälliger roter Fleck von unterschiedlicher Größe recht einfach zu erkennen“, erläuterte Königs, der am Altonaer Kinderkrankenhaus Hamburg als Leiter der Sektion für Brandverletzungen, plastische und rekonstruktive Chirurgie und Oberarzt der Abteilung für Kinderchirurgie tätig ist. Kurz nach der Geburt ist oft nur undeutlich ein rotes Äderchen oder ein rötlicher, manchmal blasser Fleck zu erkennen. Ab der zweiten bis sechsten Lebenswoche beginnt dieser jedoch plötzlich stark zu wachsen.

Problematische Hämangiome erkennen

Infantile Hämangiome sind gutartig. Sie kommen bei rund zehn Prozent der Neugeborenen vor, bei Frühchen unter 1.000 Gramm Geburtsgewicht ist sogar etwa jeder vierte oder fünfte Säugling betroffen. Dem Experten zufolge hört das Hämangiom oftmals nach einigen Monaten auf zu wachsen und verschwindet in der Mehrzahl der Fälle im Laufe der ersten Lebensjahre wieder. Nur ein kleiner Teil der Kinder leidet unter Blutschwämmchen, die Komplikationen mit sich bringen. Diese rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln, ist jedoch von größter Bedeutung:

- Hämangiome im Gesicht. Vor allem an den Augen, der Nase oder den Lippen drohen unter anderem späteres Schielen und andere

Sehstörungen, Hörstörungen oder Nasendeformation.

- Hämangiome im Anogenitalbereich
- Hämangiome mit Ulcerationen
- Hämangiome, die Entstellungen oder Narben nach sich ziehen könnten

Gute Erfahrungen mit Propranolol-Saft

Mit Propranolol-Saft (Hemangirol®) steht heute ein Mittel zur Verfügung, mit dem sich die meisten Fälle gut behandeln lassen. Das Präparat hat als Betablocker bereits seit 50 Jahren seinen Platz in der Behandlung von Herzerkrankungen bei

Säuglingen. Zufällig wurde dabei die außerordentliche Wirkung auf Hämangiome entdeckt. Diese konnte auch in einer groß angelegten kontrollierten Studie mit 456 Säuglingen belegt werden. Hemangirol® ist explizit für Säuglinge mit komplikationsträchtigen proliferativen Hämangiom zugelassen. Der Hamburger Experte hat mit der Behandlung gute Erfahrungen gemacht: „Die meisten Kinder können wir so einstellen, dass pro Tag zwei Propranolol-Einzeldosen gegeben werden. Die Behandlungszeit beträgt zwischen sechs Monaten und einem Jahr.“ Schon in den ersten Wochen bilden sich die Blutschwämmchen sichtbar zurück. Nur sehr wenige Kinder sprechen nicht auf die Behandlung an. Auch ist meist nur mit geringfügigen Nebenwirkungen wie vorübergehenden leichten Durchfällen und unruhigem Schlaf zu rechnen. Auf Grund der sehr seltenen Möglichkeit relevanter Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen oder Hypoglykämien empfiehlt Dr. Königs die initiale Einstellung der Therapie jedoch in einer spezialisierten Klinik in einem kurzen stationären Aufenthalt.

Quelle:

Lunch-Symposium „Roter Fleck beim Baby? Roter Alarm? Die Früherkennung des infantilen Hämangioms“ im Rahmen des XIV. Hebammenkongresses, Hamburg, 2. Mai 2016, unterstützt von Pierre Fabre Dermo-Kosmetik GmbH, Freiburg

Nach Informationen von
Pierre Fabre Dermo Kosmetik GmbH, Freiburg



Neue GSK-Kampagne: Bist du geimpft?

- Nicht jeder Schutz ist sichtbar. Aber notwendig! Bist du geimpft?
- Impfschutz erlebbar machen, für die Wichtigkeit sensibilisieren
- www.bist-du-geimpft.de: Entdecken, interagieren, teilen

GlaxoSmithKline (GSK) ruft eine Social-Media-Kampagne ins Leben, die eine emotionale Auseinandersetzung über den Schutz von Impfungen initiieren möchte. „Bist du geimpft?“ zielt darauf ab, die Menschen locker und leicht verständlich zum Nachempfinden und Nachdenken zu bringen. Gelernte und selbstverständliche Schutzmaßnahmen werden dabei als Analogien genutzt, um die Wichtigkeit des „unsichtbaren“ Schutzes, nämlich von Impfungen, aufzuzeigen: „Nicht jeder Schutz ist sichtbar. Aber notwendig! Bist du geimpft?“

Natürlich schütze ich mich: Ich bin geimpft.

Kernelemente der Kampagne sind vier Motive, die sich aus der Idee ableiten, dass Schutz etwas ganz Natürliches ist: Autofahrer legen ganz selbstverständlich einen Sicherheitsgurt an, Radfahrer setzen einen Helm auf, Mütter cremen ihre Kinder

und sich selbst vor dem Sonnenbaden ein, Schülerlotsen geleiten Kinder sicher über die Straße. Dies alles sind erlernte Maßnahmen, die nahezu automatisch ablaufen und eines gemeinsam haben: Sie sind sichtbar. Doch was ist mit dem unsichtbaren Schutz gegen Erkrankungen durch Impfungen?

Materialien, die zur Auseinandersetzung über den Schutz anregen

Wir alle können und sollten uns ab und zu die Frage stellen, ob wir selbst sowie Familie und Freunde gut geschützt sind. Hierfür bietet die Kampagne einige Videos. Beispielsweise legen Kinder á la Dingsda kurzweilig ihre Sicht zu „Schutz“ und „Impfungen“ dar. Außerdem zeigt ein Video verschiedene Ansteckungswege und skizziert eindrucksvoll, wie unterschiedlich die Bevölkerung es mit dem Selbstschutz vor Krankheitserregern hält.

Wer wissen möchte, wie kurzfristig vor einer Reise noch ein Impfschutz aufgebaut werden kann oder woran man merkt, dass man sich mit Masernviren infiziert hat, kann unter www.bist-du-geimpft.de vieles entdecken. Spannende Fragen laden zum Test des eigenen Wissens ein und eingebaute „Share-Funktionen“ erlauben das Herausfordern der eigenen „Community“. Die Website bündelt zudem alle Bestandteile der Social-Media-Kampagne.

„Bist du geimpft?“: Die Motivation von GSK

„Für GSK, als führender Impfstoffanbieter in Deutschland, ist Impfschutz ein zentrales Thema. Mit der Kampagne „Bist du geimpft?“ machen wir diesen erlebbar, sensibilisieren für die Notwendigkeit und leisten so unseren Beitrag zur Impfaufklärung, um zum Beispiel Ärzte bei ihrer Arbeit zu unterstützen“, sagte Dr. med. Kristian Langenberg, Leiter Business Unit Impfstoffe bei GSK in Deutschland. Damit möglichst viele Menschen von sich sagen können: „Natürlich schütze ich mich: Ich bin geimpft.“

*Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München*

In der Erkältungszeit die Selbstheilungskräfte aktivieren

In der Erkältungszeit aktiviert der homöopathische Tri-Komplex mit Aconitinum, Atropinum sulfuricum und Mercurius cyanatus (Meditonsin®) die körpereigenen Selbstheilungskräfte. Das Homöopathikum steht als Tropfen und seit kurzem auch als Globuli zur Verfügung.

Ein Vorteil homöopathischer Arzneien ist ihre gute Verträglichkeit, die ihre Anwendung auch bei Kindern und Säuglingen ermöglicht. Der homöopathische Tri-Komplex mit Aconitinum, Atropinum sulfuricum und Mercurius cyanatus stellte seine Wirksamkeit und Verträglichkeit in Studien mit mehr als 5.000 Kindern und Erwachsenen mit grippalen Infekten unter Beweis. Die effektive Symptomlinderung dürfte zum einen auf das ganzheitliche homöopathische Wirkprinzip mit Aktivierung der körpereigenen Selbstheilungskräfte zurückzuführen sein. Zum anderen hält der homöopathische Tri-Komplex offensichtlich die Erkältungs-



viren durch eine direkte antivirale Wirkung in Schach. Dabei ist das Komplexhomöopathikum grundsätzlich kombinierbar mit Antibiotika, Schmerz- und Fiebermitteln sowie anderen Erkältungsprodukten.

Neben der Tropfenform ist der Tri-Komplex nun auch in der klassischen homöopathischen Darreichungsform als Globuli erhältlich. Die neuen Globuli sind ebenso wie die Tropfen für Kinder ab einem Jahr in der Selbstmedikation und für Säuglinge ab sieben Monaten nach Rücksprache mit dem Arzt zugelassen. Sie sind frei von Lactose und Gluten. Frühzeitig angewandt, kann die Behandlung dafür sorgen, dass die typischen Erkältungsbeschwerden gar nicht erst richtig zum Ausbruch kommen.

*Nach Informationen von
Medice Arzneimittel Pütter GmbH, Iserlohn*

DGKJ 2016

Ein Jahr nach dem neuen Pneumokokken-Impfschema: Auswirkungen auf Compliance und Effektivität

Seit August 2015 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut das sogenannte 2+1-Impfschema für die Pneumokokken-Impfung von reifgeborenen Säuglingen und Kleinkindern bis 2 Jahre. Frühgeborene hingegen sollen auf Basis des 3+1-Impfschemas nach wie vor 4 Impfdosen erhalten. Während eines von Pfizer organisierten Symposiums auf dem diesjährigen DGKJ-Kongress diskutierten Experten die Auswirkungen des neuen 2+1-Impfschemas auf den Praxisalltag sowie die Bedeutung der Pneumokokken-Impfung für Frühgeborene und Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung.

Das 2+1-Impfschema ist 1 Jahr nach seiner Einführung bereits gut etabliert, wie aktuelle Ergebnisse einer Online-Umfrage mit 493 Müttern belegen.¹ Demnach erhielten lediglich 15 % der Säuglinge mit einem Alter von 9 bis 11 Monaten 3 Dosen des Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs Prevenar 13[®] (PCV13). Anfang des Jahres 2016 lag der Anteil noch bei 70 %. Weiterhin ergab die Umfrage, dass die Pneumokokken-Impfrate mit einem Anteil von 84 % nach wie vor unzureichend ist.¹ Inwieweit das neue Impfschema Konsequenzen für die Compliance hinsichtlich der Booster-Impfung hat, muss sich noch zeigen.

Wie Dr. med. Andreas Busse, Kinder- und Jugendarzt aus Tegernsee betonte, könnte die Umstellung von 4 auf 3 Impfdosen einen verminderten Impfschutz zur Folge haben.² Selbst unter optimalen Studienbedingungen zeigte eine Meta-Analyse von Studien mit 3+1-Schema bei Kindern unter 5 Jahren eine gepoolte Impfeffektivität von etwa 97 % (95 % Konfidenzintervall, KI: 93–99 %), bei Studien mit dem 2+1-Impfschema nur 91 % (95 % KI: 81–96 %).³

Compliance bei Frühgeborenen und Risikopatienten besonders wichtig

Die Umfrage offenbarte zudem die Tendenz, auch Frühgeborene entgegen der STIKO-Empfehlung mit dem 2+1-Impfschema zu impfen. Dr. med. Guido Stichtenoth, Neonatologe aus Lübeck, bemerkte hierzu: „Säuglinge, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden, müssen aufgrund ihres noch ineffektiven Immun-

systems und dem erhöhten Risiko für eine invasive Pneumokokken-Erkrankung (IPD) in besonderem Maße geschützt werden. Vor allem Frühgeborene sollten daher zeitgerecht die Grundimmunisierung mit 4 Impfdosen eines Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs erhalten.“⁴

Eine gute Compliance sei auch für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Erkrankungsrisiko wichtig, wie Prof. Dr. med. Ulrich Baumann, Pädiater aus Hannover, erklärte.⁵ Eine englische Studie mit über 1500 an einer IPD erkrankten Kindern im Alter von 2 bis 15 Jahren belegt, dass z.B. Kinder mit einer Atemwegserkrankung ein ca. 13-fach erhöhtes Risiko für eine IPD aufweisen.⁶ Die STIKO empfiehlt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 15 Jahren neuerdings eine sequenzielle Impfung mit dem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff PCV13 gefolgt vom Polysaccharidimpfstoff PPSV23 nach 6 bis 12 Monaten.⁷

Guter Impfschutz, aber mangelnde Compliance

Seit 2006 wird von der STIKO die Standardimpfung für alle Säuglinge ab 2 Monaten mit einem konjugierten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff empfohlen. „Die Einführung der Pneumokokken-Impfung konnte die Anzahl an IPDs deutlich reduzieren. Darüber hinaus wurde ein signifikanter Rückgang an nicht invasiven Pneumokokken-Erkrankungen wie Otitis media und Pneumonie beobachtet“, erklärte Dr. Busse.² Trotzdem gab es im Praxisalltag schon beim 3+1-Impfschema erhebliche Probleme mit der Compliance.

So belegt eine Auswertung von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für die Geburtskohorte von 2010⁸, dass etwa 10 % der Säuglinge gar nicht gegen Pneumokokken geimpft sind und die Impfungen häufig deutlich verspätet erfolgen. Zudem erhalten nur ca. 70 % der Säuglinge die Booster-Dosis⁸, die für die Ausbildung eines dauerhaften Impfschutzes entscheidend ist.

Herausforderung für Ärzte und Eltern

Nach Meinung der Experten sei die altersgerechte Impfung gegen Pneumokokken insbesondere im Hinblick auf das neue Impfschema eine große Herausforderung^{2,4,5}, die nicht nur die gezielte Aufklärung der Eltern umfasse, sondern auch eine verbesserte Praxisorganisation voraussetze.²

Literatur

1. Marktforschung, KantarHealth, Prevenar[®] new schedule. Baby Vaccination Study, Wave Q3, July 2016. Online-Befragung von 493 Müttern mit mind. einem Kind im Alter von 7–11 Monaten.
2. Busse A. 3 Impfungen – Herausforderung geglückt? Symposium „1 Jahr nach der neuen Pneumokokken-Impfempfehlung – wo stehen wir?“ DGKJ 2016, Hamburg.
3. Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bull 36/2015.
4. Stichtenoth G. Frühgeburtlichkeit – 4 statt 3! Symposium „1 Jahr nach der neuen Pneumokokken-Impfempfehlung – wo stehen wir?“ DGKJ 2016, Hamburg.
5. Baumann U. Risikopatient – Impfen ein Muss? Symposium „1 Jahr nach der neuen Pneumokokken-Impfempfehlung – wo stehen wir?“ DGKJ 2016, Hamburg.
6. van Hoek, A. J. et al. *J. Infect.* 65, 17–24 (2012).
7. Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bull 34/2016.
8. Laurenz M et al. Poster DGKJ 2015, München.
9. Imöhl M und van der Linden M. DGKJ 2015, München.

Nach Informationen von
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

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-kliniken.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-17

armin.woelbeling@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de