

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 10/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Breiter Widerstand
gegen den Entwurf
des TSVG

Fortbildung

Ritzen: Mode oder
Erkrankung?

Forum

Hilfe für
die Helfer

Magazin

Not erkennen
und helfen

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

INHALT 10 | 2018

Editorial

Editorial // Thomas Fischbach 587

Berufsfragen

Die physiologische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter // Ronald G. Schmid 588

Der interessante Fall aus der Praxis // Jasmin Pletl-Maar 592

Was tun nach Abschluss der pädiatrischen Weiterbildung? // Wolfram Hartmann 594

Aufnahmestopp in der Kinder- und Jugendarztpraxis // Juliane Netzer-Nawrocki 598

Entwicklung der Honorare und Fallzahlen seit 2010 // Wolfram Hartmann 603

Wahlergebnis 603

Wahlaufrufe 604

Ankündigung Assistentenkongress 605

Das Leser-Forum 606

Pädiatrische Fallvignette 10 // Wolfgang Landendörfer 608

Patientenbezogene Daten müssen nicht zwingend gelöscht werden // Christian Maus 610

Fortbildung

Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten // Paul L. Plener 613

Neues aus der Kinderneurologie 2018 // Lars Pape 616

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 624

Impfforum 625

consilium: Einfluss von Fluorid auf Knochenwachstum // Richard Placzek 626

Das Leser-Forum 628

Welche Diagnose wird gestellt? // Charlotte Eisner 629

Impressum 630

Forum

Medizinische Kinderschutzhotline wird weiter gefördert // Regine Hauch 635

„Ein bisschen Neukölln ist überall“ // Kathrin Jackel-Neusser 638

Kinderarmut deutlich höher als gedacht // Wolfram Hartmann 640

Kita-Ausbau 642

Weniger Kindeswohlgefährdung festgestellt 643

Wenn das Elternhaus krank macht 644

Die DAKJ informiert 645

Personalien 646



Not erkennen... Zukunft geben...

S. 648

Magazin

Not erkennen...Zukunft geben... // Monika Golembiewski 648

Nachruf Prof. Dr. Helmut Helwig // Klaus-Michael Keller 651

Fortbildungstermine des BVKJ 652

Personalien 654

Pädindex 656

Nachrichten der Industrie 657

Wichtige Adressen des BVKJ 663

Titelbild: © Kikovic – istockphoto.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind eine Beilage der Aspen Germany GmbH sowie ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG beige-fügt. Wir bitten um Beachtung.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn glaubt, Probleme der Patientinnen und Patienten beim Warten auf einen Arzttermin dadurch lösen zu können, dass er mit dem neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) noch mehr Regulierung und Fremdbestimmung in unsere Praxen einziehen lässt. Sein Ziel sei, die Akzeptanz für die Private Krankenversicherung dadurch wieder zu erhöhen, so der Minister. Denn die Patienten, so meint der Minister zu wissen (der hier oft einen Bekannten zitiert, der lange auf einen wichtigen Facharzttermin habe warten müssen), erwarteten von ihm, dass er hier Abhilfe schaffe.



Dr. Thomas Fischbach

Wie aber sieht es wirklich aus?

Wir haben in Deutschland ein Gesundheitssystem, um das uns die ganze Welt beneidet. Notfälle werden – völlig unabhängig vom Geldbeutel – sofort und kompetent versorgt. Die therapeutische und medizinische Versorgung wird von Jahr zu Jahr besser – für *alle* Patienten! Dennoch stimmt es natürlich, dass Patienten angesichts des Ärztemangels – gerade auf dem Land – manchmal auch warten müssen. Gegen dieses Grundproblem hilft aber auch kein TSVG – **hier brauchen wir schlicht mehr Ärzte und vorweg mehr Medizinstudierende!**

Die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018 (vom 28.08.18) ergab im Übrigen, dass 91 Prozent der Befragten den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ein hohes oder sehr hohes Vertrauen entgegenbringen. So **berichteten insgesamt 45 Prozent aller Befragten, dass sie überhaupt keine Wartezeiten auf Arzttermine hatten.** Weitere 15 Prozent der

Befragten hatten eine Wartezeit bis maximal drei Tage. Länger als drei Tage mussten sich 39 Prozent aller Patienten gedulden. Positiv auch: Was die Wartezeiten in der Praxis angeht, sagen zusammengekommen fast drei Viertel aller Befragten, dass sie in spätestens einer halben Stunde an der Reihe waren. Die hausärztlichen Versorger schnitten hier sogar überdurchschnittlich gut ab.

Was denkt sich der Minister bei einem solchen Gesetzentwurf?

Wozu also hat es eines Gesetzes gebraucht, das uns fortan 25 statt 20 Praxisöffnungszeiten (inklusive Hausbesuchen und der „offenen fünf Sprechstunden“ ohne vorherige Anmeldung) vorschreibt? Das fragen nicht nur wir uns, sondern sogar die Patientenvertreter.

BVKJ stellt sich dagegen

Sie können sich aber sicher sein: Der BVKJ macht hiergegen mit all seinen Kräften mobil, seit wir eine frühe Fassung des TSVG-Referentenentwurfes erhalten haben. Wir haben uns (wie über Pädinform mitgeteilt) in einer **Stellungnahme an das Bundesgesundheitsministerium** (BMG) gewandt, den Minister erneut angeschrieben, die Fachabteilungen angerufen und waren in der Pressearbeit und den sozialen Medien aktiv. Die Pressemitteilung und die Stellungnahme finden Sie wie immer auch auf unserer Homepage.

Gemeinsamer Widerstand

Wir sind hier mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Hausärz-

teverband und weiteren im Austausch, die das TSVG selbstverständlich ebenso ablehnen.

Der Widerstand gegen das Gesetz ist breit: Neben Fachjournalisten haben sich wie gesagt Patientenvertreter sowie Arbeitgeberverbände und Vertreter der kommunalen Ebene in der Anhörung des BMG am 22.8.18 kritisch gegen das TSVG gewandt. Unsere Position fand auf der **Anhörung** viel Unterstützung. Die anwesenden Vertreter aus dem BMG wirkten sichtlich nachdenklich, was angesichts der geballten Kritik auch nicht verwunderte.

Bleibt also zu hoffen, dass durch gemeinsamen Widerstand der Minister beim Gesetzentwurf zumindest noch nachbessert!

Sie können uns hier unterstützen: Schreiben Sie dem Minister eine Mail, äußern Sie sich auf seinem Facebook-Auftritt, berichten Sie von der tatsächlichen Sachlage! Hierbei unterstützt Sie gerne Frau Jackel-Neusser aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro mit Tipps.

Wir berichten in bewährter Weise in **Pädinform**, im **Newsletter** und in **dieser Zeitschrift** über die weitere Entwicklung.

Ihnen wünsche ich trotz aller Wallungen weiter viel Freude und Erfolg bei Ihrer wichtigen Arbeit für die Patientinnen und Patienten!

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach

Präsident BVKJ

51069 Köln

E-Mail:

fischbach@kinteraerzte-solingen.de

Red.: WH

Die physiologische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter

Zur Definition der physiologischen Entwicklung sind umfangreiche Studien mit hoher Probandenzahl erforderlich. Abhängig von der Fragestellung ist der Einsatz eines spezifischen Testverfahrens zur Beantwortung erforderlich. Der Normalitätsbegriff ist damit abhängig von statistisch ermittelten Parametern. In der kinder- und jugendärztlichen Praxis regelmäßig eingesetzt werden Perzentilenkurven, u.a. für Kopfumfang, Längenwachstum und Körpergewicht. Häufig wird dabei als Grenzwert die 3. und 97., teilweise auch die 10. und 90. Perzentile neben dem Mittelwert der 50. Perzentile angegeben.



Prof. Dr. med.
Ronald G. Schmid

Testverfahren zur Entwicklungsbeurteilung und Berechnungsgrundlagen

Am Beispiel der Entwicklungs- bzw. Intelligenztestverfahren sei das System dargestellt (Abb. 1). Durch Untersuchung einer großen Population wird ermittelt, welcher Parameter bzw. welche Übung (Test-Item) in welchem Alter von 50% der Kinder absolviert wird. Dieser Wert, der von 50% der Absolventen beherrscht wird und den 50% noch nicht können, entspricht einem **Entwicklungsquotienten** bzw. Intelligenzquotienten von 100. Dieser Wert wird gleichgesetzt mit dem 0-Wert im System der Standardabweichungen. Eine **Standardabweichung** +/- 1 verändern den Entwicklungs-/Intelligenzquotienten um 15 Punkte. +1 Standardabweichung entspricht somit einem IQ von 115.

Die **Prozentrangtabelle** läuft asynchron zur **Entwicklungstabelle**. Der Wert von IQ 115 entspricht einem Prozentrang von 84-1 Standardabweichung entspricht einem IQ von 85 und einem

C-Wert	T-Wert	Verbal-, Handlungs- oder Gesamt-IQ	Standardabweichung v. Mittelwert	Prozentrang
11	80	145	3	99,9
		140	2 2/3	99,6
		135	2 1/3	99
9	70	130	2	98
		125	1 2/3	95
		120	1 1/3	91
7	60	115	1	84
		110	2/3	75
		105	1/3	63
5	50	100	0 (Mittelwert)	50
		95	- 1/3	37
		90	- 2/3	25
3	40	85	- 1	16
		80	-1 1/3	9
		75	-1 2/3	5
1	30	70	-2	2
		65	-2 1/3	1
		60	-2 2/3	0,4
	20	55	-3	0,1

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting 2018

Abb. 1: Korrelation der verschiedenen Messsysteme zur Entwicklungsdiagnostik (IQ, Standardabweichung, Prozentrang-Perzentile, T-Wert, C-Wert – gerundet)

Prozentrang von 16. Durch die IQ-Werte von 85 bis 115 sind ca. 68% aller Probanden erfasst (alle Probanden, die zwischen Prozentrang 16 und 84 liegen). +/- 2 Standardabweichungen entsprechen einem IQ zwischen 70 und 130. Die Prozenträge liegen zwischen ca. 2-3 und 97-98. Somit sind ca. 95% aller Probanden zwischen einem IQ von 70 und 130 liegend.

Für die Definition des Normbegriffes werden je nach Testverfahren +/-1, +/- 1,5 oder sogar +/- 2 Standardabweichungen herangezogen. Die Aussagekraft eines

Test- bzw. Diagnostikverfahrens ist abhängig von dem in diesem Testverfahren zugrunde gelegten Normbegriff zu interpretieren. T-Werte und C-Werte sind ebenfalls verwendete Skalen, die aber genauso in das System eingefügt sind wie die bisher erwähnten Parameter.

In der **BUEVA** und **BUEGA** werden z.B. T-Werte von 40 und 30 als Grenzwerte herangezogen. Der T-Wert von 40 bedeutet in diesem Fall, dass 16% der Kinder diese Aufgaben nicht erreichen, 84% sie erfüllen. Der T-Wert von 30 bedeutet,

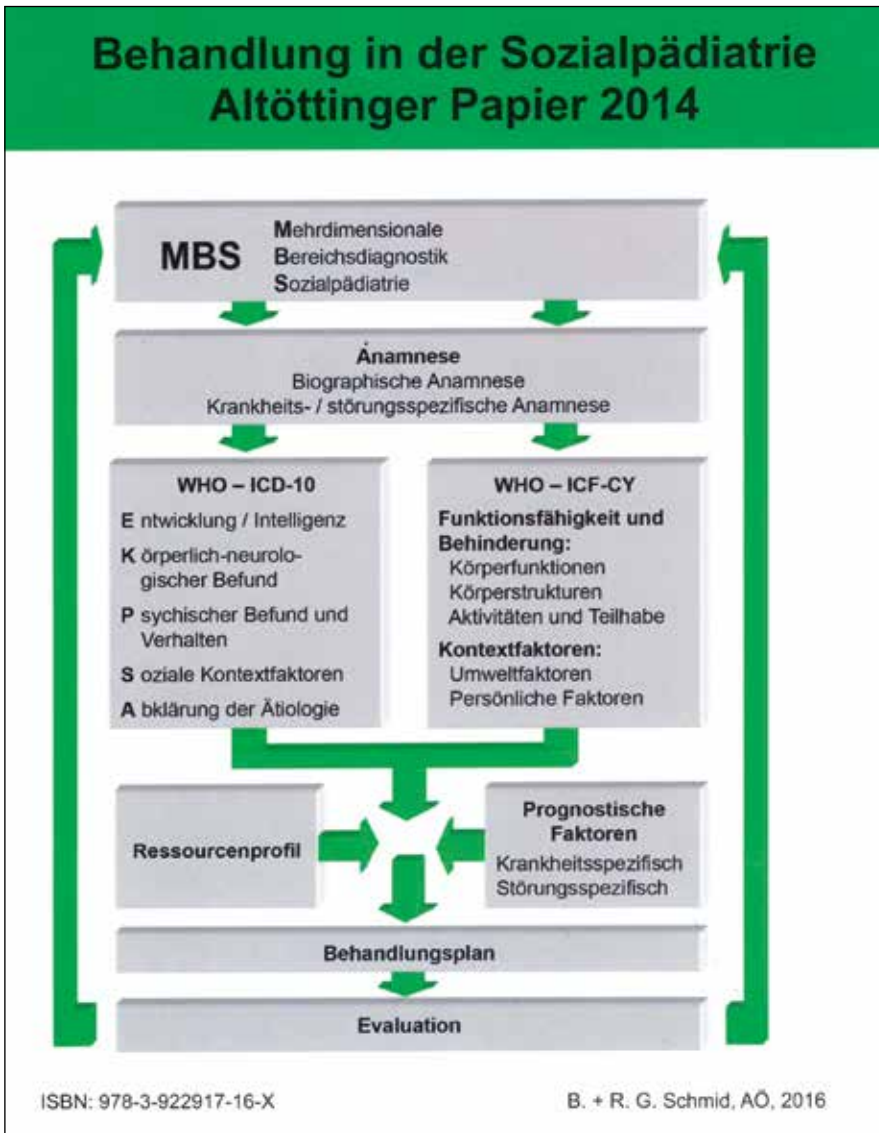


Abb. 2: Behandlung in der Sozialpädiatrie nach dem Prinzip der mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik (MBS). Die verschiedenen Schritte und einzubeziehenden Parameter sind im Flussdiagramm dargestellt.

dass 2-3% die Aufgabe nicht erfüllen und 97-98% die Aufgabe erfüllen. Legt man eine Förderbedürftigkeit in der Bevölkerung von 5-10% zugrunde, so werden mit dem T-Wert von 30 nur die schwereren Problemkinder erfasst, der T-Wert von 40 tendiert eher zu einer gewissen Überdiagnostik. Bei jedem Testverfahren muss zur Beurteilung der Ergebnisse der Maßstab bekannt und verstanden sein.

IVAN-Papier und mehrdimensionale Bereichsdiagnostik (MBS)

Die Definition der physiologischen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen ist dem Pädiater in allen Bereich als sein tägliches Arbeitsfeld vertraut. Dies

betrifft insbesondere die somatische Entwicklung. Im Bereich der psychosozialen Entwicklung hat sich in den letzten 10 bis 20 Jahren eine breite Neuaufstellung ergeben. Diese sind für die Kinder- und Jugendmedizin durch das **Altöttinger Papier**, das **IVAN I Papier (Grundlagen sozialpädiatrischer Behandlung-Diagnostik)** und das derzeit im Abstimmungsprozess befindliche **IVAN II Papier (Grundlagen sozialpädiatrischer Behandlung-Therapie)** zusammengefasst. Das IVAN-Papier definiert dies wie folgt: „Eine besondere Zielsetzung besteht darin, Entwicklungsauffälligkeiten- und Störungen von Kindern und Jugendlichen zuverlässig, valide und kontextbezogen zu erfassen, um die adäquate Behandlung und Versorgung frühzeitig leisten zu kön-

nen. Übergeordnete Zielsetzung ist es, insbesondere bei chronischen Störungen und Behinderungen, die gesellschaftliche Teilhabe der so betroffenen Kinder und Jugendlichen zu sichern (Hollmann et al. (2016) Das Altöttinger Papier 3.0, RS Verlag, Seite 73)“.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die **mehrdimensionale Bereichsdiagnostik (MBS) in der Sozialpädiatrie** entwickelt, die als Grundlage einer korrekten Entwicklungseinordnung verabschiedet wurde (Abb. 2). Die Diagnose einer Abweichung von der physiologischen Entwicklung erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland in einem gestuften System.

Stufendiagnostik

Bei allen Kindern und Jugendlichen wird durch die Früherkennungsuntersuchungen als **Stufe 1 ein Screening** durchgeführt. Führt dieses Screening zu Auffälligkeiten, erfolgt in der Regel als **Stufe 2 eine Basisdiagnostik** in der Praxis oder in Institutionen, die einen Zeitraum von 25 bis 50 Minuten in Anspruch nimmt.

Bei erheblichen Auffälligkeiten oder verschiedenen Auffälligkeiten bei einem Patienten erfolgt die **mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Stufe 3**, die je nach Alter einen Zeitraum von 3 bis 6 Stunden in Anspruch nimmt. Gemeinsam ist allen drei Stufen, dass je nach Stufe mit unterschiedlicher Intensität zunächst eine Anamnese zu erheben ist.

Jeder Patient muss nach dem **EKPSA-Prinzip** untersucht werden:

- **E**ntwicklung, Intelligenz
- **K**örperlich-neurologischer Befund
- **P**sychischer Befund, Verhalten
- **S**oziale Kontextfaktoren
- **A**bklärung der Ätiologie

Weiterhin werden die Funktionsfähigkeit und Behinderung und somit im weitesten Sinne die Teilhabe definiert. Unter Beachtung der vorliegenden Ressourcen und der prognostischen Faktoren wird eine Behandlung eingeleitet, bzw. ein Behandlungsplan erstellt (Abb. 2).

Ganzheitliches Vorgehen

Um eine physiologische Entwicklung festzulegen, ist somit immer- und dies auch schon beim Screening- der Patient in seiner „Ganzheit“ zu betrachten. Es müssen neben Entwicklung, Intelligenz

und körperlichem Befund auch der psychische Befund und die sozialen Faktoren in die Betrachtungsweise und Entscheidung mit einbezogen werden. Dies stellt hohe Anforderungen an das Diagnostikinstrumentarium. Die konkrete Vorgehensweise wird in dem folgenden Beitrag „Diagnostikverfahren zur Erfassung von Abweichungen zur physiologischen Entwicklung“ gegeben.

Der behandelnde Kinder- und Jugendarzt muss bei jedem einzelnen Patienten klären, welche Behandlungsverfahren er in welcher Intensität (Stufe) einsetzt, falls der Verdacht auf eine Abweichung von der physiologischen Entwicklung besteht. Verfahren wie der **ET 6-6 R** und die **Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MEFD)** messen zwischen der Geburt und dem sechsten Lebensjahr alle Ebenen der EKPSA-Diagnostik zuverlässig.

Zum Teil werden auch Parameter der ICF-CY miterfasst, wobei dies aber in keiner Weise umfassend geschieht. Unter Einbeziehung der übrigen genannten Faktoren kann dann eine physiologische Entwicklung bescheinigt oder ausgeschlossen werden. Falls keine physiologische Entwicklung vorliegt, ergeben sich daraus therapeutische Konsequenzen, wie sie im IVAN II-Papier (Sozialpädiatrische Behandlung in der Sozialpädiatrie-Therapie) dargestellt sind. Die Beantwortung dieser Fragestellung ist aber nicht Gegenstand dieses Beitrages.

Fazit

Die Feststellung der physiologischen Entwicklung ist in allen Tätigkeitsbereichen und in jeder Funktion als „Tägliches Brot“ des Kinder- und Jugendarztes zu sehen. Der Einsatz der Diagnostik zur Be-

antwortung der Fragestellung ist abhängig von der Fragestellung und der Struktur vor Ort. Das System ist insgesamt durchgängig, so dass jeder Zeit der Verweis an eine darüber oder darunter liegende Stufe der Versorgung im Verlauf einer erforderlichen Behandlung möglich ist.

Weitere Beiträge zu diesem Thema folgen: Erläuterungen zum Einsatz der Diagnostikverfahren und Indikationsstellung zur Heilmittelverordnung

Korrespondenzanschrift:

*Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Kinder- und Jugendarzt, Allergologie,
Neuropädiatrie, Neonatologie
84503 Altötting*

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Red.: WH

Der interessante Fall aus der Praxis

Hätten Sie es gewußt?

In dieser Rubrik wollen wir regelmäßig interessante Fälle aus der Praxis vorstellen und bitten um Mitarbeit unserer Leserinnen und Leser.



Dr. Jasmin Pletl-Maar

Anamnese

Die Patientin wird seit dem dritten Lebensmonat in unserer Praxis behandelt. Sie ist das erste Kind gesunder, nicht konsanguiner, pakistanischer Eltern. Schwangerschafts- und Geburtsverlauf unauffällig. Das Kind zeigte **in den ersten Lebensjahren eine deutlich verzögerte motorische Entwicklung bei deutlicher Muskelhypotonie.**

- Drehen in die Bauchlage wurde erst mit 12 Monaten erlernt,

- freies Sitzen mit ca. 15 Monaten,
- freies Gehen erst nach dem zweiten Geburtstag.
- Auch die sprachliche und kognitive Entwicklung verlief zögerlich.

Deswegen wurde bereits im Säuglingsalter Physiotherapie eingeleitet, später dann wurde das Kind in die Frühförderung aufgenommen und erhielt hier zusätzlich Ergotherapie und Logopädie. Eine neuropädiatrische Abklärung blieb ergebnislos. Anlässlich der **U8** fiel eine **Sehschwäche** auf. Es wurde eine **Myopie** und ein **Astigmatismus** diagnostiziert, das Kind dann mit einer Brille versorgt. Die Einschulung erfolgte mit sieben Jahren in eine Diagnose- und Förderklasse. Dort machte das Kind dann gute Fortschritte, sodass es jetzt mit gutem Erfolg die Realschule besucht.

Diagnosefindung

Anlässlich der **U10** war eine deutliche **thorako-lumbale Skoliose** aufgefallen, weswegen eine Physiotherapie nach Schroth begonnen wurde.

Im August 2017 wurde die **U11** durchgeführt: Das Mädchen war zu diesem Zeitpunkt 10 11/12 Jahre alt.

Gewicht: 31,1 kg, Größe 152,2 cm, BMI: 13,4, RR 98/ 64 mmHG.

Bei der körperlichen Untersuchung fielen nun **auffallend lange Finger** (Abb. 1) und Zehen (Abb. 2) auf. Die **Spannweite lag 5 cm unter der Körperlänge**. Die Größe lag auf der 78. Perzentile (auf der pakistanischen Perzentile: > 97. Perzentile) Das **Handgelenkzeichen** (Abb. 3) und das **Daumenzeichen** waren beide positiv. Der Daumen konnte nicht passiv an den Unterarm herangeführt werden. Es zeigten sich **leicht überstreckbare Gelenke**. Reizlose Narbe am rechten Ellbogen nach operativ versorgter Humerusfraktur vor mehreren Jahren (adäquates Trauma war vorausgegangen).

Die **Skoliose**, ein **hoher Gaumen** und **bläuliche Skleren** waren bereits bei den früheren Untersuchungen aufgefallen, hatten aber keinen Anlass für eine weitere Diagnostik in Richtung Bindegewebs-erkrankungen gegeben.

Weiteres Vorgehen

Wir stellten jetzt die Verdachtsdiagnose Marfan-Syndrom und regten eine **humangenetische Untersuchung** an.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

In der Zwischenzeit wurde das Mädchen zunächst kinder-kardiologisch untersucht. Es fand sich eine geringe **Mitralklappeninsuffizienz**, ansonsten keine kardiologischen Auffälligkeiten. Eine nochmalige augenärztliche Untersuchung auf Zeichen einer Bindegewebserkrankung ergab keine neuen Aspekte.

Die humangenetische Untersuchung im Februar 2018 erbrachte die Diagnose **Ehlers-Danlos-Syndrom Typ VIB (Brittle Cornea-Syndrom)**

Molekulargenetische Diagnostik bei V.a erbliche Bindegewebserkrankung

(M210342/4): Pathologischer Befund: ZNF469 (NM_001127464): Exon 2: c.10240delA homozygot,p. (Arg-3414Glyfs*59); ACMG: Klasse 5 (pathogen) (Humangenetisches Institut der Universität Erlangen)

Krankheitsbild

Zur Erläuterung: Beim **Ehlers-Danlos Syndrom** handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Bindegewebserkrankungen, die unterschiedlich vererbt werden. Beim Typ VIB (Brittle Cornea-Syndrom, autosomal-rezessiver Erbgang) ist neben einer **Überelastizität der Haut** und einer **Überstreckbarkeit der Gelenke** eine **Instabilität der Cornea** beschrieben, die zu Einrissen bei geringen Traumata führen kann.

Unsere Patientin zeigt bisher folgende typischen Symptome:

- Kurzsichtigkeit,
- Skoliose,
- marfanoider Habitus und
- „dental crowding“ bedingt durch einen schmalen hohen Gaumen.

Zusätzlich können ein **Mitralklappenprolaps**, ein **Keratoglobus**, ein **Glaukom**, eine **Schwerhörigkeit**, sowie **Zahnauffälligkeiten in Form von Schmelzdefekten** auftreten

Eine ursächliche Therapie ist nicht bekannt.

Tipps für Patienten

- Präventiv sollten Kontaktsportarten, Tauchen und intensives körperliches Training gemieden werden. Knie- und Ellbogenschützer können beim Sport hilfreich sein.
- Regelmäßige augenärztliche, orthopädische und kardiologische Untersuchungen sind notwendig.
- Der Blutdruck muss kontrolliert werden, da ein Bluthochdruck die fragilen Gefäßwände zusätzlich belasten würde und rechtzeitig medikamentös eingestellt werden müsste.
- Regelmäßige Hörtests sind sinnvoll.
- Bei späterem Kinderwunsch sollte zuvor eine humangenetische Beratung erfolgen, ebenso beim klinisch gesunden jüngeren Bruder, der ebenfalls heterozygoter Träger der Genmutation sein könnte. Heterozygote Träger zeigen keine klinischen Auffälligkeiten und tragen kein erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jasmin Pletl-Maar
Gemeinschaftspraxis für
Kinder- und Jugendmedizin
Dr. Andrea Seiler / Dr. Jasmin Pletl-Maar
91052 Erlangen
E-Mail: jasmin.pletl.maar@kinderarzte-erlangen.de

Red.: WH

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

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

(02 21) 6 89 09 21



Optionen pädiatrischer Tätigkeit

Was tun nach Abschluss der pädiatrischen Weiterbildung?



Dr. med. Wolfram Hartmann

Stationärer Versorgungsbereich

Vorteile:

Angestelltenverhältnis mit regelmäßigem Einkommen, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, geregelter Urlaub, Mutterschutz, Elternzeit, Elterngeld. Möglichkeit der Tätigkeit in einem Schwerpunkt bzw. einer Zusatzweiterbildung, Teilzeittätigkeit leichter, Möglichkeit des Aufstiegs in eine leitende Funktion.

Nachteile:

Häufig weisungsabhängig, viele Dienste und Rufbereitschaft, in leitender Funktion auch Verantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg und die Personalsituation, Verwaltung mischt sich oft ein. Man kann gekündigt werden.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (s. auch Heft 6-2016 dieser Zeitschrift)

Vorteile:

Angestelltenverhältnis mit regelmäßigem Einkommen, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, geregelter Urlaub, Möglichkeit der Teilzeittätigkeit, geregelte Arbeitszeit meistens ohne Bereitschaftsdienst und damit gute Vereinbarkeit von

Beruf und Familie. Mutterschutz, Elternzeit, Elterngeld. Individualmedizinische Aufgaben, sozialkompensatorische Aufgaben, bevölkerungsmedizinische (epidemiologische) Aufgaben, betriebsmedizinische Aufgaben. Möglichkeit des Beamtenverhältnisses.

Nachteile:

Vergütungssituation schlecht, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, keine Teilhabe an der Therapie, sehr stark weisungsgebunden. Kündigung möglich.

Ambulanter Versorgungsbereich

• Einzelpraxis

Vorteile:

Wirtschaftliche und organisatorische Selbstständigkeit, eigener Chef, Möglichkeit der Verwirklichung persönlicher Vorstellungen in organisatorischer wie in medizinischer Hinsicht, Spielraum bei der Festlegung der Sprechstunden, Urlaub, Arbeitsschwerpunkten, wirtschaftlich weitgehend unabhängig.

Möglichkeit des Zusammenschlusses zu einem Praxisnetz bzw. Praxisgemeinschaft. Weniger Dienste als in der Klinik.

Nachteile:

Belastung als Arbeitgeber mit Kosten für Personal, Räumlichkeiten und Geräte. Praxisausfall durch Krankheit usw. muss gesondert abgesichert werden, im Urlaub keine Einnahmen. Kein Mutterschutz, keine Elternzeit, kein Elterngeld. Eingeschränktes Leistungsspektrum und erschwerter fachlicher Austausch im Alltag. Schwankende Einnahmen, zunehmende Einflussnahme von Selbstverwaltung und Politik auf die ärztliche Tätigkeit, viele Versicherungen erforderlich, die man als angestellter Arzt nicht benötigt. Mindestsprechstundenzahl vorgeschrieben.

• Praxisgemeinschaft

Vorteile:

Getrennte Abrechnung, getrennter Patientenstamm. Gemeinsame Nutzung von Ressourcen wie Personal und Geräte, teilweise auch Räumlichkeiten. Geregelter Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall, Einnahmen entsprechend der geleisteten Arbeit (soweit der Honorarverteilungsmaßstab die geleistete Arbeit auch wirklich vergütet), fachlicher Austausch leichter. Weniger Dienste als in der Klinik.

Nachteile:

Belastung als Arbeitgeber mit Kosten für Personal, Räumlichkeiten und Geräte. Praxisausfall durch Krankheit usw. muss gesondert abgesichert werden, im Urlaub keine Einnahmen. Kein Mutterschutz, keine Elternzeit, kein Elterngeld. Schwankende Einnahmen, zunehmende Einflussnahme von Selbstverwaltung und Politik auf die ärztliche Tätigkeit, viele Versicherungen erforderlich, die man als angestellter Arzt nicht benötigt. Mindestsprechstundenzahl vorgeschrieben.

• Gemeinschaftspraxis

Vorteile:

Gemeinsame Abrechnung, gemeinsamer Patientenstamm – eigenverantwortliches Arbeiten.

Die Gemeinschaftspraxis wird auch Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) genannt. Das heißt: Ärzte derselben oder verschiedener fachärztlicher Richtungen arbeiten und wirtschaften zusammen. Man teilt nach einem festgelegten Verteilungsschlüssel mit den Kollegen nicht nur Räumlichkeiten und Kosten, sondern behandelt die Patienten auch gemeinsam und tauscht sich fachlich aus. Es wird zwar eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit gebildet und eine gemeinsame Abrechnung erstellt, arbeitet aber

trotzdem eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig. Teilzeitmodelle sind leichter möglich. Gesicherte Vertretung im Krankheits- und Urlaubsfall. Weniger Dienste als in der Klinik.

Nachteile:

Vertraglich eindeutige Regelung des Gewinnanteils entsprechend der jeweils geleisteten Arbeit unabdingbar, gutes Einvernehmen erforderlich, Investitionen nur mit Einverständnis aller Partner. Belastung als Arbeitgeber mit Kosten für Personal, Räumlichkeiten und Geräte. Praxisausfall durch Krankheit usw. muss gesondert abgesichert werden, im Urlaub keine Einnahmen. Kein Mutterschutz, keine Elternzeit, kein Elterngeld.

• Teilzulassung

Vorteile:

Halbe Pflichtstundenzahl in der Praxis, Möglichkeit zum Kombinieren von Anstellung in einer Klinik und Selbstständigkeit. Es klingt paradox: Auch Selbstständigkeit ist in Teilzeit möglich. Bei diesem Modell hat man die Möglichkeit, halbtags in einem Krankenhaus zu arbeiten und die übrige Zeit freiberuflich in einer eigenen Praxis. Oder man beschränkt sich auf die Teilzulassung und hat mehr Zeit für Familie und andere Interessen. Weniger Dienste als in der Klinik.

Nachteile:

Eine Teilzulassung kann allerdings nicht jederzeit in eine volle Zulassung umgewandelt werden, beispielsweise wenn der jeweilige Planungsbereich gerade gesperrt ist. Geringere Einkommensmöglichkeiten bei echter Teilzeittätigkeit. Belastung als Arbeitgeber mit Kosten für Personal, Räumlichkeiten und Geräte. Praxisausfall durch Krankheit usw. muss gesondert abgesichert werden, im Urlaub

keine Einnahmen. Kein Mutterschutz, keine Elternzeit, kein Elterngeld. Meistens volle Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst.

• Anstellung

Vorteile:

Sicheres Gehalt, keine Investitionen. Lohnfortzahlung bei Krankheit und Urlaub, volle Konzentration auf rein ärztliche Arbeit möglich. Weniger Versicherungen erforderlich. Man kann sich in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen. Ein MVZ ist eine ärztlich geleitete Einrichtung, unter deren Dach oft Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen arbeiten. Aber auch arztgruppengleiche Zentren sind möglich, sodass dort beispielsweise nur Pädiater arbeiten. Typisch in der Anstellung: Man ist ein Team, teilt die Ressourcen und hat einen gemeinsamen Patientenstamm. Man muss keine finanziellen Investitionen stemmen, bekommt aber ein regelmäßiges Gehalt. Außerdem gelten die allgemeinen gesetzlichen Regelungen zum Beispiel zu Mutterschutz, Elternzeit oder Elterngeld. Weniger Dienste als in der Klinik.

Nachteile:

Meistens keine Umsatzbeteiligung, weisungsgebunden, kaum Möglichkeiten, das Leistungsspektrum nach eigenen Interessen auszuweiten. Kündigung natürlich möglich.

• Jobsharing-Praxis

Vorteile:

Mehr Flexibilität durch Kooperation mit einem bereits niedergelassenen Arzt. Man kann sich in einem Bereich niederlassen, der eigentlich für Neuzulassungen

gesperrt ist. Wenn man mit einem bereits zugelassenen Kollegen der gleichen Fachrichtung kooperiert, kann man seine Arbeitszeit individuell gestalten. Guter Einstieg nach der Klinikfähigkeit in die ambulante Versorgung, sehr gut geeignet als Nachfolgemodell. Gute Möglichkeit zum Ausbau der Selektivverträge der BVKJ-Service GmbH wie U10, U11, J2. In vielen KVen gibt es auch keine Begrenzung bei den präventiven Leistungen im Rahmen einer solchen Praxiskonstellation.

Nachteile:

Alle Pflichten eines Arbeitgebers. Das Leistungsvolumen der betreffenden Praxis (vorwiegend kurativ) darf nicht wesentlich ausgeweitet werden, die Regelungen sind von KV zu KV allerdings unterschiedlich. Einkommen natürlich niedriger als in einer Einzel-, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft. Umsatzbeteiligung muss vertraglich festgelegt werden. Kein Mutterschutz, keine Elternzeit, kein Elterngeld. Meistens volle Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst.

Behörden und Industrie

Natürlich kann man nach abgeschlossener Weiterbildung auch in der Industrie und bei Behörden tätig sein (z.B. Versicherungen, Impfstoffhersteller, MDK, DRV, Politik usw.), es würde aber zu weit führen, alle diese Möglichkeiten aufzulisten. Wer eine pädiatrische Weiterbildung abgeschlossen hat, möchte nach den Erkenntnissen des BVKJ zu weit über 98 % auch in der direkten Patientenversorgung tätig sein.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Aufnahmestopp in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Wann darf eine kinder- und jugendärztliche Praxis die Behandlung von Patienten ablehnen?
 // Jedem Patienten steht das Recht auf freie Arztwahl zu. Hat auf der anderen Seite aber ebenso der Kinder- und Jugendarzt ein Recht auf freie Patientenwahl und kann er Behandlungswünsche – z.B. dann, wenn seine Praxis vollkommen überlaufen ist – ablehnen?



Dr. iur.
 Juliane Netzer-Nawrocki

I. Allgemeine und berufsrechtliche Grundsätze zum Behandlungsvertrag

Im Arztrecht gilt der Grundsatz der Privatautonomie. Die Vertragsfreiheit umfasst die Freiheit, überhaupt einen Vertrag abzuschließen. **Ein sogenannter „Abschluss- oder Kontrahierungszwang“ seitens des Kinder- und Jugendarztes besteht grundsätzlich nicht.** Allein durch seine Niederlassung gibt der Kinder- und Jugendarzt keine ihn uneingeschränkt bindenden Behandlungsangebote ab.

Diese Grundsätze haben gleichwohl Grenzen. Nahezu von selbst erklärt sich die **Behandlungspflicht eines Arztes in echten Notfällen oder in Fällen, in denen der Arzt bei Übernahme des Bereitschaftsdienstes der einzig erreichbare Arzt ist.** Insoweit gelten insbesondere die berufsrechtlichen Vorgaben.

So heißt es in § 7 Abs. 2 S. 2 der **Muster-Berufsordnung** der Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO):

„Von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen, darf auch ärztlicherseits eine Behandlung abgelehnt werden.“

Diese Vorgabe illustriert gleichzeitig den Grundsatz, dass abgesehen davon eben keine Behandlungspflicht besteht. Und aus der MBO folgen auch die sog. berufsethischen Pflichten als Grenzen der Behandlungsfreiheit bzw. Vorgaben für eine nicht zu unterlassende Behandlung, wenn es z.B. im **Gelöbnis und in § 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 MBO** heißt:

„Ich werde ... bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung, nach Geschlecht, Religion, Nationalität, Rasse, noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung ... Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus ... (sie) haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.“

Daraus folgt: Der Arzt darf zumindest nicht willkürlich bzw. unsachlich die Behandlung eines Patienten ablehnen. Er ist damit aber nicht zu jeder Behandlung verpflichtet.

II. Vertragsarztrecht

Vertragsärzte sind darüber hinaus an diverse Sonderregelungen gebunden. So ist nach § 95 Abs. 3 S. 1 SGB V der Vertrags-

arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und zugleich verpflichtet. Wie konkret ist das zu verstehen? In der juristischen Literatur ist das nicht abschließend geklärt. Unstreitig ist aber, dass **keine echte Behandlungspflicht im Sinne eines Kontrahierungszwanges besteht.** Vielmehr kann auch der Vertragsarzt eine Behandlung in begründeten Fällen ablehnen. Dies folgt ausdrücklich aus **§ 13 Abs. 7 BMV-Ärzte.** Dort heißt es:

„Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung die elektronische Gesundheitskarte vorlegt. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten im Übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.“

III. Ausgangspunkt für die Grundsätze zur Ablehnung einer Behandlung

Die Frage nach der ärztlichen Behandlungspflicht konzentriert sich nach all dem darauf, ob ein „triftiger Grund“ für die Behandlungsablehnung besteht. Was versteht man hierunter? Allgemeiner Ausgangspunkt ist, dass die Behandlungsablehnung grundsätzlich die Ausnahme sein soll. Und angesichts dessen sind als **triftige Ablehnungsgründe** zum Beispiel

- ein fehlendes Vertrauensverhältnis,
- die Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen,
- die Überlastung des Arztes bzw. fehlende Kapazitäten,

- eine erstrebte systematisch sachfremde Behandlung,
- querulatorisches oder sonst unqualifiziertes Verhalten des Patienten,
- das Begehren von Wunschrezepten,
- das Verlangen nach medizinisch nicht indizierten und damit unwirtschaftlichen Behandlungsmaßnahmen,
- das Verlangen eines Besuches außerhalb des Praxisbereiches oder
- subjektive Gründe wie die „persönliche Feindschaft“ anerkannt.

Diese Fallgruppen zeigen, dass die Behandlungsablehnung sorgsam begründet werden muss. Schließlich hat der vertragsärztlich niedergelassene Kinder- und Jugendarzt einen Versorgungsauftrag zu erfüllen – also Sprechstunden mindestens in dem Umfang anzubieten, der in § 17 BMV-Ärzte hinterlegt ist, sowie vertragsärztliche Leistungen zu erbringen. Daraus folgt, dass eine **mangelnde Rentabilität der Leistung aus Sicht des Arztes keinen Ablehnungsgrund** darstellt.

So hat beispielsweise das **Bundessozialgericht (BSG, Urt. v. 14.03.2001, Az: B 6 KA 54/00 R)** festgestellt:

„Gründe für die Ablehnung einer Behandlung können sich im Einzelfall aus einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient oder einer besonderen, durch Verweisung der Patienten an andere Vertragsärzte kompensierbaren Überlastungssituation des Vertragsarztes ergeben. Ein darüber hinausgehendes Ablehnungsrecht würde es dem Vertragsarzt ermöglichen, die Erfüllung seiner Behandlungspflichten von Erwägungen zur Höhe der Vergütung abhängig zu machen, was mit dem Verbot des Verlangens von durch die Versicherten zu leistenden Zahlungen gerade unterbunden werden soll ... Ärzte, die die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich teilweise oder generell für unzu-

reichend halten, mögen auf ihre Zulassung verzichten und ihre Dienstleistungen allein privatärztlich anbieten. Solange sie aber an der Vertragsarztzulassung festhalten, kann es keinem Zweifel unterliegen, dass sie auch die mit den Vorteilen der Einbindung in das Sondersystem korrespondierenden Verpflichtungen, vor allem die ihnen obliegende Behandlungspflicht, in systemkonformer Weise zu erfüllen haben... Der Vertragsarzt ist nach wie vor nicht berechtigt, Behandlungen aus finanziellen Gründen zu verweigern ...“

Jedoch sehen sich viele Kinder- und Jugendärzte mit einem solchen Patientenzustrom konfrontiert, dass gar nicht finanzielle Erwägungen zu einem Aufnahmestopp führen, sondern tatsächlich die **zeitlichen Kapazitäten der Praxis ausgeschöpft sind**. Dies ist in der Kinder- und Jugendarztpraxis vor allem deswegen der Fall, weil die Patienten durch die vorgeschriebenen Früherkennungsuntersuchungen regelmäßig in fest vorgegebenen Abständen wieder in die Praxis kommen – zusätzlich zu akuten Behandlungsfällen.

Eine berechtigte Behandlungsablehnung kann daher vorliegen, wenn der Kinder- und Jugendarzt bereits eine so große Anzahl von Patienten betreut, dass er bei der Aufnahme weiterer Patienten in seiner Praxis eine qualitätsgerechte Behandlung nicht mehr gewährleisten kann. Hierbei sollte sich der Kinder- und Jugendarzt im Zweifel an den **durchschnittlichen Fallzahlen seiner Fachgruppe** orientieren. Bei der Neuaufnahme von Patienten kann der Kinder- und Jugendarzt zudem den örtlichen Einzugsbereich seiner Praxis als Entscheidungskriterium berücksichtigen und Patienten aus anderen Stadtteilen, für die eine eigene kinder- und jugendärztliche Versorgung besteht, ablehnen und an dort niedergelassene Kollegen verweisen.

Im Rahmen der täglichen Praxis geht die Behandlungspflicht des vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendarztes nicht so weit, dass wirklich jeder Patient ins Sprechzimmer gebeten werden muss, der in der Praxis erscheint. Daraus folgt: Wenn kein Notfall vorliegt und das Wartezimmer an einem bestimmten Tag so voll ist, dass der Kinder- und Jugendarzt bis in den späten Abend behandeln müsste, kann er einen Versicherten nach Hause oder zu einem Kollegen schicken bzw. bitten, an einem anderen Tag zurück in die Praxis zu kommen.

Gleichwohl muss der Kinder- und Jugendarzt immer im Blick haben, ob es sich um einen akuten Notfall handelt, der tatsächlich sofort bzw. zeitnah behandelt werden muss. Dann ist eine Ablehnung der Behandlung immer unzulässig.

Der Kinder- und Jugendarzt läuft zudem Gefahr, sich nach § 323c StGB wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar zu machen. Die Praxis muss sicherstellen, dass diese Vorgaben auch von dem bei ihr beschäftigten Praxispersonal beachtet und Patienten nicht pauschal am Telefon abgewiesen werden.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

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

Entwicklung der Honorare und Fallzahlen aus vertragsärztlicher Tätigkeit der Kinder- und Jugendärzte seit 2010

Die KBV hat bislang nur aus den Jahren bis 2015 vollständige Zahlen der einzelnen Arztgruppen veröffentlicht, für das Jahr 2016 liegen nur die Zahlen aus den ersten beiden Quartalen vor. Die Zahlen berücksich-

tigen nicht die Einnahmen aus Selektivverträgen und natürlich auch nicht die Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit sowie sonstige Einnahmen (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Gutachten, IGeLeistungen usw.)

Zusammenstellung

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Jahr	Fallzahl pro Arzt/Quartal	Fallwert in €	Jahresumsatz in €
2010	975	52,06	202.113
2011	970	54,07	210.640
2012	956	54,82	209.736
2013	966	55,95	216.278
2014	951	57,93	220.281
2015	941	58,47	220.174

Quartal	Fallzahl pro Arzt	Fallwert in €	Umsatz in €
1. Quartal 2016	1.020	56,50	57.604
2. Quartal 2016	922	60,41	56.281

Die Zahlen für die einzelnen KV-Bereiche und alle anderen Arztgruppen finden Sie unter:

www.kbv.de/html/honorarbericht.php

ERGEBNIS

*Wahl im Landesverband Sachsen-Anhalt
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
für die Legislaturperiode 2018-2022*

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:
Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:
Schatzmeister:
1. Ersatzdelegierter:
2. Ersatzdelegierter:

Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben
Katharina Polter, Magdeburg
PD Dr. med. Ludwig Patzer, Halle/Saale
PD Dr. med. Ludwig Patzer, Halle/Saale
Dr. Matthias Krause, Quedlinburg

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Termingerecht findet im November 2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Wahl wird durchgeführt am

Datum: 03.11.2018

Adresse: Hörsaal Universitätsklinik Kiel, Schwanenweg 20, 24105 Kiel

auf der Herbsttagung des Landesverbandes Schleswig-Holstein, zu der zu gegebener Zeit schriftlich eingeladen wird. Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Schleswig-Holstein, sich aktiv an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe
Landesverbandsvorsitzender

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND MECKLENBURG-VORPOMMERN

Termingerecht findet vom 05.11.2018 bis 26.11.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Ersatzdelegierten und des Schatzmeisters statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 26.11.18 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Andreas Michel
Landesverbandsvorsitzender

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF

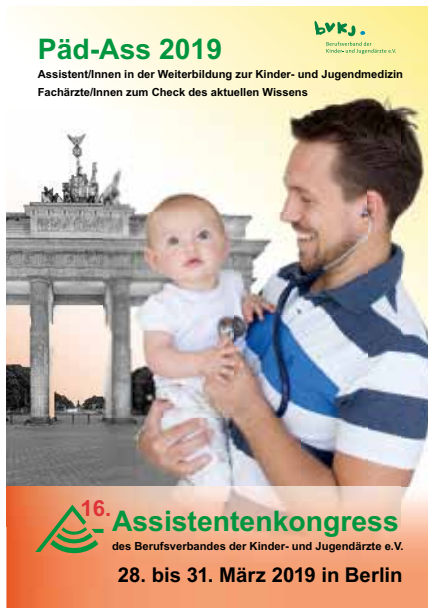
FÜR DEN LANDESVERBAND SACHSEN

Termingerecht findet vom 26.11. bis 17.12.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 17.12.2018 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Sachsen, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dipl.-Med. Stefan Mertens
Landesverbandsvorsitzender

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Donnerstag, 28. März 2019

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):
Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie, Neugeborenenreanimation, Kinderkardiologie, Nephrologie. Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Berlin und Umgebung statt.

Freitag, 29. März 2019

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen: Neuropädiatrie; Nephrologie; Ernährung;

neuropädiatrischen Notfall; Kinderpneumologie; Beatmung und Ernährung bei Frühgeborenen; pädiatrischen Notfall und Reanimation im Kreißsaal; Situation des Assistenten an der Klinik; Konflikte im Krankenhaus

Referenten: Dr. D. Schnabel; Prof. A. M. Kaindl; Dr. T. Fischbach; Prof. D. Müller; Prof. R. G. Schmid; Prof. M. Radke; PD Dr. F. Jochum; Prof. F. Aksu; PD Dr. D. Staab; Prof. R. Rossi; Dr. M. Berns; Dr. S. Bartels; Prof. W. Kölfen

Samstag, 30. März 2019

Notfallversorgung; Vitamin D zwischen Hype und Wirklichkeit; Rheuma; Kinderorthopädie-/traumatologie; Jugendmedizin; Infektionen im Alltag und charakteristische Hautbefunde zur Diagnostik

Referenten: Dr. A. Rütther; Dr. D. Schnabel; Prof. K. Minden; PD Dr. H. Mellerowicz; Dr. B. Stier; Prof. H. Girschick

Sonntag, 31. März 2019

Televoting-Quiz: Sonographie des Abdomens und des Urogenitaltraktes mit vielen Bildern; Radiologie: Beurteilung und Differenzierung von Normalbefunden und Pathologie

Referenten: Dr. J. Schulz; Dr. G. Hahn

Samstag, 30.03. und Sonntag, 31.03.2019

Seminare zur Erweiterung des Basiswissens: Hämatologie; Kinderurologie; Kinderpneumologie; Gastroenterologie; Neuropädiatrie; Kinderneurologie; Kinderendokrinologie; Onkologie; Neonatologie; Reanimationstraining; Stoffwechselerkrankungen; Ernährung; Kinderdermatologie; Kinderkardiologie

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse: Anfälle im Kindesalter; Entwick-

lungsdiagnostik; Harnwegsinfektionen; Nahrungsmittelunverträglichkeit; Kinder- und Jugendpsychiatrie; Einführung in die EEG-Diagnostik; Praktische Therapie des Diabetes; Vorsorgeuntersuchungen; Praxisalltag; Kinderschutzambulanz; Kenntnisse in der Jugendmedizin; Hepatologie; neuropädiatrische Untersuchung; Radiologie; Wundversorgung; Rheumatologie; Säuglingsernährung; Bauchschmerzdiagnostik; Sonographie des Abdomens; Tatort Haut; Entwicklungs- und Verhaltensstörungen; Kinderchirurgische Erkrankungen des Abdomens; Beatmung Früh- und Neugeborener; Fieber- und Fiebersyndrome; Schmerzbehandlung; Verbrennungen und Verbrühungen

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. R. G. Schmid

Ausführliches Programm:

www.bvkj.de

Infos und Anmeldung:

BVKJ e.V., Team Fortbildung
per Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 28.03.2019: 95,-€
- Teilnahme vom 29.-31.03.2019: 310,-€

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 28.03.2019: 190,-€
- Teilnahme vom 29.-31.03.2019: 520,-€

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist im ersten Jahr der Weiterbildungszeit kostenlos, danach beträgt der Beitrag 30,- € pro Jahr.

Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78

ANMELDUNG zum 16. Assistentenkongress in Berlin vom 28.03.-31.03.2019

- ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ Bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

am Donnerstag, 28.03.2019 Mein Klinik-Seminarwunsch: _____

- für Mitglieder 95,-€ für Nichtmitglieder 190,-€

von Freitag, 29.03. bis Sonntag 31.03.2019

- für Mitglieder 310,-€ für Nichtmitglieder 520,-€

an der Stadtrallye, Freitagabend Abendveranstaltung im Restaurant Nolle, Samstag

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____

3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Name/Vorname: _____ Mail: _____

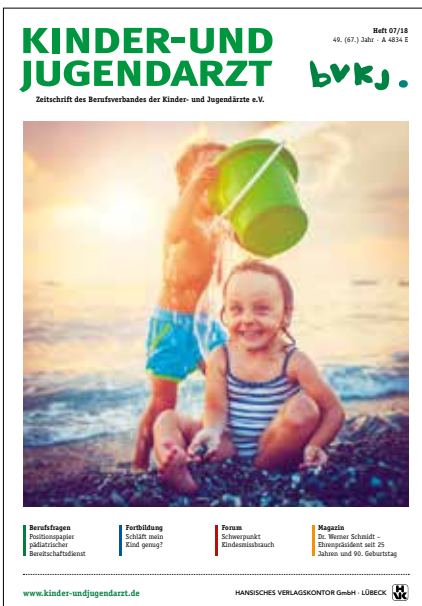
Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Das Leser-Forum

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

**Position des BVKJ zur
Behandlung von Kindern und
Jugendlichen im ärztlichen
Bereitschaftsdienst**
KJA 2018, Heft 7, S. 383



Es gilt eh: „Selbst ist der Mann“!

2. „Zielgerichteter Einsatz der knappen Ressourcen“.
- a) „Sogenannte Ärzte“ die mit knappen physischen, kognitiven und/oder emotionalen Ressourcen bestückt sind, sollten ärztliche Tätigkeiten lieber bleiben lassen: zumindest hinsichtlich des Umgangs mit Akut- und Notfällen.
- b) Wer vermag bzw. hat den Auftrag von wem, eine „Zugangssteuerung“ zu betreiben? Versorgungsumfang und auch –qualität waren und sind allein durch den **hippokratischen Eid** und den **Sicherstellungsauftrag** bestimmt– und keineswegs Frage von Lust und Laune der „sog. Ärzte“.
3. „Zwingende Voraussetzung“.....wozu bitte soll eine „schonende Inanspruchnahme“ taugen? Im Allgäu gibt es ein dafür passendes Bonmont: „die Guten halten’s aus, um die Schlechten ist es nicht schade“.

2. was macht eine (sei es nur zum betreffenden Zeitpunkt) alleinbetreuende Mutter, vor allem nachts und wenn sie mehrere Kinder hat?
3. in aller Regel ist der Klinikarzt noch in Ausbildung – vielleicht sogar erst seit kurzem, kann also (noch) nicht mit (der erforderlichen) Erfahrung aufwarten
4. insbesondere tagsüber sind lange Wartezeiten in sogenannten Notfallambulanzen oder Notaufnahmen die Tagesordnung
5. Kind und Mutter kennen den Arzt nicht und jener nicht sie: was zu Verunsicherung beitragen kann - vor allem wenn der Doktor im weißen Kittel auftaucht. Die Ambulanz-Atmosphäre ist auch nicht sonderlich gemütlich
6. der Klinikarzt kennt weder Therapie noch Vorgeschichte (samt Impfpfass) incl. etwaiger somatischer/kognitiver/psychischer Beeinträchtigung von Kind und Mutter, er kennt nicht deren Normalzustand
7. der Klinikarzt kennt in aller Regel nicht die geographischen und medizinischen Möglichkeiten, bzw. Grenzen und sonstigen Besonderheiten des Wohnortes und auch nicht die des Umfelds des Patienten
8. in der Regel wissen Eltern nicht den Namen eines bereits im Einsatz befindlichen Medikamentes

Was bitte ist mit „Wohnortnähe“ gemeint?: ein dehnbarer Begriff! „Normale Praxisöffnungszeiten“ ist ebenfalls ein äußerst dehnbarer Begriff: bei solchen wie zum Teil in den Großstädten Mo – Fr 09:00 – 12:00, Mo, Die, Do 15:00 – 17:00 handelt es sich meines Erachtens um „Hobby Praxen“. Eine wirkliche Versorgung des kinder- und jugendlichen Klientels ist damit keineswegs gewährleistet – schon gar nicht im Akut-/Not-Fall außerhalb der Sprechstundenzeiten.

Der beste Doktor taugt nichts, wenn er nicht da ist.

Eventuelle Nachteile einer Akut- und Notfallversorgung in der Klinik-Ambulanz

1. vielfach nicht vor Ort/Kinderklinik zum Teil 50 km und mehr vom Wohnort entfernt, Anfahrt bei ausgeprägten winterlichen Verhältnissen dazu noch erschwert.

In all diesen Punkten haben es der Haus-Kinderarzt und das betroffene Kind wesentlich leichter.

Es lebe Realmedizin: tunlichst rings um die Uhr! Dazu bedarf es der **Befähigung** wie auch gleichermaßen der **Bereitschaft** des Arztes.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dieter Zahn
Frühlingsstraße 9, 88161 Lindenberg
Tel.: 08381/2418
E-Mail: dzlibg@gmx.de

Red.: ReH

Schon lange hat mich ein Artikel in einer Fachzeitschrift nicht mehr so sehr gestört, wie der auf Seite 383 des „Kinder- und Jugendarzt“ Heftes 07/18. Der Realitätsbezug fehlt nahezu gänzlich.

Hier meine Stellungnahme zu den kritischen Punkten des Artikels:

1. „eine 24/7 Versorgung“ ist sehr wohl möglich
 - a) „reguläre Praxiszeiten“ sind „Pipifax“ bzw. Luxus für den wirklichen (Kinder) Arzt - soll der doch kein Arzt auf kurze Zeit sein!
 - b) Eine „Kooperation“ mit Kinder- und Jugendklinikern – so es denn überhaupt solche in vertretbarer Nähe gibt, ist in Wirklichkeit nicht existent - schon gar nicht mit „anderen Fachgruppen“ und wird wohl auch kaum „funktionierend“ zustande kommen, ca. 60-90 Klinikärzte, ca. 30-50 niedergelassene Ärzte: wie soll da eine Real- Time-Kommunikation zu bewerkstelligen sein?

Der Honorarausschuss informiert

Pädiatrische Fallvignette 10

Schwerpunkthema: Folgebehandlung nach D-Arzt, Fadenzug

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in €
Erste Vorstellung beim Pädiater	125	Unfallbericht nach Muster F1050	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	1	symptomorientierte Untersuchung	6,71
	826	gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	7,38
Erläuterung:	Der Unfallbericht (GOP 125) muss nicht erstellt werden, weil dies im Rahmen der Primärversorgung beim D-Arzt bereits geschah. Die umfassende Untersuchung nach GOP 6 darf generell nicht bei Untersuchungen in kurzen Abständen (innerhalb weniger Tage) angesetzt werden oder wenn bereits eine Diagnose gestellt wurde. Damit darf man in diesem Fall nur die schlechter bewertete symptomorientierte Untersuchung nach GOP 1 verwenden, obwohl sich um eine Kopfverletzung mit besonderem Untersuchungsaufwand handelt. In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die erste Vorstellung beim Pädiater eine Abrechnungssumme in Höhe von 14,09 € .		
Wiedervorstellung zum Fadenzug am Tag 7 nach Unfall	1 2007	symptomorientierte Untersuchung Entfernung von Fäden	6,71 2,98
Erläuterung:	Wird bei einem Kontrolltermin die Leistung nach GOP 1 zusammen mit einer Sonderleistung aus den Kapiteln C -0 erbracht, darf nur die höher bewertete Leistung angesetzt werden, ggf. zuzüglich der Besonderen Kosten der Sonderleistung. Im konkreten Fall wird deshalb die schlechter bewertete GOP 2007 gestrichen und es bleibt nur die GOP 1 mit der Bewertung von 6,71 € zur Abrechnung übrig.		

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Fallbeschreibung:

Ein siebenjähriges Schulkind zog sich auf dem Schulweg beim Stolpern eine Kopfplatzwunde zu, die beim D-Arzt am Vortag mit 2 Einzelknopfnähten primär versorgt wurde. Es wurde bei Verdacht auf Commotio eine klinische Kontrolle beim Pädiater am nächsten Tag empfohlen.

Befund:

Adaptierte Platzwunde 2,5cm an der Stirn ohne Anzeichen einer Superinfektion oder Wundheilungsstörung. Das Mädchen klagt noch immer über Kopfschmerzen und Schwindel. Neurologische Untersuchung einschließlich Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung unauffällig.

Maßnahmen:

Beratung, WV zum Fadenzug in 6 Tagen

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

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

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

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Patientenbezogene Daten müssen bei Arztwechsel nicht zwingend gelöscht werden, auch wenn der Patient das unter Berufung auf die DSGVO ausdrücklich wünscht

In einer pädiatrischen Praxis verlangt ein Vater, der die Praxis zur Behandlung seiner Kinder wechseln möchte, unter Berufung auf die DSGVO die Löschung aller Daten seiner Kinder aus dem Praxissystem.

Rechtslage

1. Das Recht auf Löschung personenbezogener Daten besteht nicht voraussetzungslos. Die Voraussetzungen sind in Art. 17 Abs. 1 DSGVO genannt. Keine dieser Voraussetzungen ist im vorliegenden Fall erfüllt, insbesondere fehlt es nicht – auch wenn man den Widerruf der Einwilligung durch den Patienten unterstellt – an einer anderweitigen Rechtsgrundlage, denn Art. 9 Abs. 2h DSGVO berechtigt den Arzt grundsätzlich zur Datenverarbeitung im Zusammenhang mit der Erfüllung des Behandlungsvertrags. Mit dem Behandlungsvertrag einher geht die Pflicht des Arztes nach § 630f Abs. 3 BGB, die Patientenakte für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Diese Frist korrespondiert mit § 10 Abs. 3 MBO-Ä bzw. § 57 Abs. 2 BMV-Ä.
2. Damit gilt über Art. 17 Abs. 3b DSGVO in diesem Fall das Recht auf Löschung nicht, da die Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erfolgt. Mit dieser Vorschrift korrespondiert § 35 Abs. 3 BDSG, der bestimmt, dass der Lösungsanspruch aus Art. 17 Abs. 1 DSGVO nicht gilt, wenn einer Löschung satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
3. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass an die Stelle des Rechts auf Löschung die Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO tritt (§ 35 Abs. 1 S. 2 BDSG).

Empfehlung für die Praxis

Das heißt, dass die gespeicherten personenbezogenen Daten des wechselnden Patienten entsprechend markiert werden sollten mit dem Ziel, ihre künftige Verarbeitung einzuschränken.

Daraus folgt nach Art. 18 Abs. 2 DSGVO, dass die weitere Verarbeitung dieser Daten nur noch mit Einwilligung der betroffenen Person oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erfolgen darf. Sollte also der wechselnde Patient bzw. dessen Erziehungsberechtigte zu einem späteren Zeitpunkt an den Arzt, an den das Lösungsbegehren herangetragen worden ist, mit Ansprüchen, etwa aus einer vermeintlichen Fehlbehandlung herantreten, darf der Arzt dann die Daten wiederum zur Rechtsverteidigung verarbeiten.

Korrespondenzanschrift

*Dr. Christian Maus
Dipl.-Hist. Univ. Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.moellerpartner.de)
Die Anwälte der Kanzlei sind
als Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: WH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV)



Prof. Dr. Paul L. Plener

Einleitung

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) ist ein vor allem in Deutschland unter Jugendlichen weit verbreitetes Phänomen. Darunter wird die freiwillige, direkte und repetitive Zerstörung der Körperoberfläche verstanden, die ohne suizidale Absicht verübt wird und sozial nicht akzeptiert ist. Aus diesem Grund zählen Tattoos, Piercings oder andere Formen der ästhetischen Körperveränderung nicht zu NSSV (5). Als typische Formen von NSSV finden sich Schnitt- oder Kratzverletzungen, ebenso wie das Aufscheuern oder Verbrennen der Haut vor allem an den leichter zugänglichen Teilen der Extremitäten. Aktuelle Studien aus Schultstichproben konnten zeigen, dass zwischen einem Viertel und einem Drittel der Jugendlichen in Regelschulen davon berichten, sich zumindest einmalig selbst verletzt zu haben (1, 2), etwa 4 % haben sich innerhalb des letzten Jahres häufiger verletzt (3). Auch wenn sich NSSV häufiger in kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Stichproben finden lässt und hier beschrieben wird, dass etwa die Hälfte der Patienten sich innerhalb des letzten Jahres häufiger selbst verletzt haben (4), so wird doch durch die Zahlen aus den Schulpopulationen deutlich, dass NSSV auch in der pädiatrischen niedergelassenen Praxis eine hohe Relevanz besitzt. NSSV ist im ICD-10 nicht als eigen-

ständige Diagnose repräsentiert, jedoch besteht die Möglichkeit eine Selbstschädigung mit einem scharfen Gegenstand (ICD-10: X78) zu kodieren. Im amerikanischen Klassifikationssystem Diagnostic and Statistic Manual in seiner 5. Version (DSM-5) wurde in den Forschungskriterien erstmals der Vorschlag gemacht, NSSV als eigenständige Diagnose zu fassen (6). Hier wurde auch ein Frequenzkriterium festgelegt, sodass von NSSV dann gesprochen wird, wenn ein Individuum sich innerhalb des letzten Jahres an fünf oder mehr Tagen ohne suizidale Absicht in nicht sozial akzeptierter Weise selbst verletzt.

Geschlechterverteilung und Zeitpunkt des Auftretens

Auch wenn in manchen Studien neueren Datums beschrieben wird, dass sich hinsichtlich der Häufigkeit von NSSV die Geschlechter anzugleichen scheinen, so wird in Studien an Schulpopulationen in Deutschland ebenso wie in Studien aus kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen eine deutliche Mädchenwendigkeit festgestellt. Dies deckt sich auch mit einer systematischen Überblicksarbeit zu Gender-Fragen bei NSSV (7). Auch hier zeigte sich, dass wesentlich häufiger Mädchen von NSSV betroffen sind. Der Beginn-Zeitpunkt von NSSV liegt etwa um das 12.-13. Lebensjahr (8), wobei sich zeigte, dass NSSV im Jugendalter einen Häufigkeitsgipfel hat und im jungen Erwachsenenalter eine rückläufige Tendenz zu sehen ist (9). Hierbei bleibt fraglich, ob es sich um eine Beendigung von NSSV handelt, die als Zeichen für eine seelische Gesundung gesehen werden kann, oder ob hier ein Ausweichen auf andere Formen der dysfunktionalen Emotionsregulation stattfindet. Von Nakar und Kollegen (10) konnte in einer deutschen Stichprobe gezeigt werden, dass diejenigen Jugendlichen, die häufiges NSSV zeigten in einem Zwei-Jahres-Follow-Up dieses reduzierten, jedoch dafür häufigeren Alkohol- und Substanzkonsum aufwiesen.

Funktionen und Risikofaktoren

Auch wenn NSSV häufig mit dem Stigma der Aufmerksamkeitsuche behaftet ist (was im Übrigen für viele Jugendliche eine Barriere in der Inanspruchnahme weiterer Hilfen darstellt), so zeigt sich doch durchgehend in allen dazu unternommen Studien, dass NSSV vorrangig der Emotionsregulation dient (11). Um ein Verständnis für die Funktionen von NSSV zu entwickeln, wurde von Nock und Prinstein (11) ein Vier-Faktoren-Modell entwickelt. Dabei werden grundsätzlich Funktionen, die NSSV intrapersonell haben kann (im Modell wird das als „automatisch“) bezeichnet, von jenen unterschieden, die NSSV interpersonell haben kann (im Modell als „soziale“ Faktoren bezeichnet). In beiden Fällen gibt es sowohl positive wie auch negative Verstärkermechanismen. Als intrapersonelle positive Verstärkung wäre zu verstehen, wenn NSSV (wie es von einigen wenigen Patienten berichtet wird) zu einem sehr positiven affektiven Zustand führt. Als intrapersonelle negative Verstärkung wird verstanden, wenn durch NSSV ein negativer affektiver Zustand beendet werden kann. Dies findet sich in mehreren Studien als häufigste Funktion von NSSV (11). Daneben existieren interpersonelle Faktoren, die häufig nicht als primäre Motivation für NSSV genannt werden, aber in der Initiation oder auch in der Aufrechterhaltung von NSSV mitunter auch eine Rolle spielen können. Als interpersonelle positive Verstärkung wird verstanden, wenn Patienten nach NSSV Anteilnahme erhalten, oder NSSV nutzen können um zu signalisieren, dass sie sich in einer emotional schwierigen Lage befinden. Als interpersonelle negative Verstärkung wird verstanden, wenn Patienten mit NSSV durch die selbstverletzende Handlung verhindern können, an einer sozial für sie unangenehmen Situation teilzunehmen (etwa Fernbleiben vom Sportunterricht, nicht Teilnahme an familiären Aktivitäten, etc.).

Auch wenn NSSV nicht mit suizidaler Intention ausgeführt wird, so ist doch

zu beachten, dass es einen wesentlich und äußert relevanten Risikofaktor für die Entwicklung späterer Suizidversuche und auch Suizide darstellt. So konnte in mehreren Studien und entsprechenden Metaanalysen gezeigt werden, dass NSSV sowohl zu einer vermehrten Rate an Suizidversuchen als auch an Suiziden führte (12, 13). Dabei wird NSSV zum Zeitpunkt des Aktes nicht suizidal intendiert ausgeführt, es besteht jedoch die Hypothese, dass NSSV insgesamt dazu führt, dass die Fähigkeit sich selbst zu schädigen erworben wird, was wiederum das Risiko für Suizide erhöht (14, 15). In den vergangenen Jahren konnten mehrere Risikofaktoren für NSSV identifiziert werden (siehe Tabelle 1).

Diagnostik von NSSV

NSSV wird zunächst in aller Regel im klinischen Alltag, oft auch als Zufallsbefund identifiziert. Hier fallen unerklärbare Narben oder Kratzer auf, die häufig auch symmetrisch geordnet sein können und sich an Stellen finden, die leicht erreichbar sind. Prädilektionsstellen stellen etwa die Unter- oder Oberarme, der Knöchelbereich oder die Oberschenkel dar, also Regionen, die in aller Regel gut

erreichbar sind und auch gut verdeckt werden können, was dazu führen kann, dass NSSV oft mitunter auch über Jahre von den Sorgeberechtigten nicht entdeckt wird und dann in anderen Situationen identifiziert wird. Dazu zählen neben dem Sportunterricht auch Vorstellungen beim Kinder- und Jugendmediziner, wobei es im Rahmen von körperlichen Untersuchungen dazu kommt, dass Narben entdeckt werden. Auch wenn Fragebögen zur Identifikation von NSSV zur Verfügung stehen, so finden diese eher im Forschungskontext Anwendung und können in der klinischen Praxis auch ein Gespräch nicht ersetzen. Zum weiteren Vorgehen bei der Diagnostik von NSSV und dem weiteren Prozedere existieren aktuelle Leitlinien (16). Beim Erstkontakt mit NSSV bei Kindern oder Jugendlichen wird empfohlen, zunächst auf die medizinische Behandlung von Wunden zu fokussieren. Neben der aktuellen Wundversorgung sollte auch der Tetanusimpfschutz überprüft werden. Sobald die akute Wundversorgung abgeschlossen ist, sollte eine psychopathologische Befunderhebung vor allem auch mit dem Fokus auf das Vorhandensein von akuter Suizidalität durch eine Ärztin oder einen Arzt mit Kenntnis in der Behandlung psychischer

Belastungen bei Kindern und Jugendlichen oder auch durch eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut erfolgen. Beim Vorliegen akuter Suizidalität sollte umgehend eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eingeleitet werden. Stellt sich kein Hinweis für das Vorliegen einer akuten Suizidalität dar, so empfiehlt sich bei Hinweisen für das Vorliegen einer psychischen Störung oder bei repetitiven NSSV eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung. Bei erstmalig aufgetretenem NSSV ohne begleitende Psychopathologie empfiehlt sich eine Kontaktabahnung zu einer Beratungsstelle, um den Kindern bzw. Jugendlichen den Zugang zu weiteren Hilfen zu ermöglichen (16).

Therapie

Auch wenn insgesamt die Effektivität psychotherapeutischer Ansätze in der Behandlung von NSSV bestätigt werden konnte, so muss doch festgehalten werden, dass es bislang keine ausreichende Evidenz gibt, die die Überlegenheit eines psychotherapeutischen Verfahrens gezeigt hat (17). Insgesamt wird in der deutschen AWMF-Leitlinie daher empfohlen in der Therapie von NSSV bei Kindern und Jugendlichen auf einige wesentliche Elemente zu achten (16):

- Klare Absprachen zum Vorgehen bei Suizidalität und NSSV
- Aufbau einer Behandlungsmotivation
- Wissensvermittlung/ Psychoedukation
- Identifikation von Faktoren, die NSSV auslösen oder aufrecht erhalten
- Vermitteln von alternativen Handlungs- oder Konfliktlösungsstrategien zu NSSV
- Beachtung und leitliniengerechte Mitbehandlung psychischer Störungen

Die psychopharmakologische Therapie spielt im Zusammenhang mit NSSV in der direkten Beeinflussung des selbstverletzenden Verhaltens eine untergeordnete Rolle. Zwar kann eine psychopharmakologische Therapie zur leitliniengerechten Behandlung begleitender psychischer Störungen (wie etwa einer Depression) gerechtfertigt sein, es existiert allerdings bislang keine Evidenz dafür, dass die Frequenz von NSSV direkt durch eine psychopharmakologische Behandlung beeinflusst werden kann, sieht man von einer aktuellen Pilotstudie zur Wirk-

Tab. 1: Risikofaktoren für NSSV (Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten) (5)

Demografische Risikofaktoren	weibliches Geschlecht Jugendalter Arbeitslosigkeit alleinlebend
Familiäre Risikofaktoren	Gesundheitsproblem in der Familie psychische Belastungen eines Elternteils Trennung der Eltern konflikthafte Eltern-Kind-Beziehung
Psychische Erkrankungen und Symptome	Angststörungen Depressionen und depressive Symptomatik, Hoffnungslosigkeit Aggressivität externalisierende Verhaltensauffälligkeiten Cluster B Persönlichkeitsstörung („dramatisch“) Essstörungen internalisierende Verhaltensauffälligkeiten Affektregulationsprobleme Substanzkonsum
Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit	Körperliche Vernachlässigung und Misshandlung emotionale Vernachlässigung und Misshandlung sexueller Missbrauch
NSSV und suizidales Verhalten	Vorgeschichte von NSSV Vorgeschichte von Suizidgedanken und Suizidversuchen Erleben von NSSV bei Peers

samkeit von N-Acetylcystein ab (18). Die Leitlinie der DGKJP empfiehlt daher, eine psychopharmakologische Behandlung bei NSSV nur im Sinne einer kurzfristigen Sedierung bei starker Anspannung im Sinne eines gefühlten „Ritz-Drucks“ zur Anwendung zu bringen. Das heißt, dass der Jugendliche, nachdem andere Fertigkeiten zur Emotionsregulation bereits angewandt wurden und er immer noch in einem sehr angespannten Zustand verharrt, zur kurzfristigen Sedierung eine psychopharmakologische Medikation erhält. In der Leitlinie wird diesbezüglich die Gabe eines niedrigpotenten konventionellen Antipsychotikums empfohlen (16).

Fazit für die Praxis

Insgesamt stellt NSSV ein weit verbreitetes Phänomen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland dar. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass dieses Thema eine hohe Relevanz auch für

die pädiatrische Allgemeinversorgung hat. NSSV kann etwa im Rahmen von Routineuntersuchungen erstmalig identifiziert werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, zunächst an die Wundversorgung zu denken, ehe man das weitere Prozedere, das auch eine Abklärung der psychischen Befindlichkeit beinhaltet, in Gang setzt. Gerade Kinder- und Jugendärzten in der Primärversorgung kann hier für die Inanspruchnahme weiterer Hilfen eine Schlüsselfunktion zukommen. Dies setzt jedoch voraus, dass sie über die weiteren Kooperationspartner (etwa Beratungsstellen, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater) Bescheid wissen um vernetzt Hilfe anbieten zu können. Die Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen sind bei Kindern und Jugendlichen mit NSSV sehr hoch. Wenige wissen, wohin sie sich wenden können um Hilfe zu erhalten. Für viele ist NSSV auch mit deutlicher Scham behaftet bzw. dem Stigma, dass es sich

dabei um ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten handelt. Ein gelungener Erstkontakt mit diesen Kindern und Jugendlichen kann deutlich dazu beitragen die Schwelle zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfen zu senken.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

*Prof. Dr. med. Paul Plener
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universität Ulm
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm
Tel.: 0731/500-61601
E-Mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de*

Interessenkonflikt:

Professor Paul Plener erhielt Forschungsförderung vom BMBF, BfArM, Baden-Württemberg Stiftung, VW Stiftung, Servier, Lundbeck. Er erhielt ein Vortragshonorar von Shire.

Red.: Huppertz

Neues aus der Kindernephrologie 2018

Das Nephrotische Syndrom im Kindesalter wird seit vielen Jahren mit einer sogenannten „Standardinitialtherapie“ der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie mit Prednisolon behandelt. Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte randomisierte deutschlandweite INTENT-Studie untersucht ein steroidsparendes Regime mit Mycophenolat Mofetil mit der Standardtherapie. Dieser Artikel gibt ein Update zum aktuellen Stand der Studie. Im Jahr 2017 hat sich die Klassifikation des hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) geändert und eine neue AWMF Guideline für Diagnostik und Therapie wurde implementiert, genauso wie eine neue Guideline der European Society of Hypertension für den arteriellen Hypertonus im Kindes- und Jugendalter. Beide Guidelines werden hier kurz zusammengefasst dargestellt.



**Prof. Dr. med.
Lars Pape¹**

**Prof. Dr. med.
Dominik Müller²**

**Prof. Dr. med.
Burkhard Toenshoff³**

**Prof. Dr. med.
Lutz T. Weber⁴**

**Dr. med.
Marcus Benz⁴**

Studie zur Initialtherapie des nephrotischen Syndroms der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (INTENT Study)

Das nephrotische Syndrom im Kindesalter ist definitionsgemäß eine seltene Erkrankung und doch ist es die häufigste Glomerulopathie in dieser Altersgruppe. Gleichzeitig ist es eine heterogene Erkrankung, die durch die Kategorien Alter bei Erstmanifestation, Ätiologie, Histologie und Ansprechen auf eine Standardtherapie mit Glukokortikoiden eingeteilt werden kann. Wichtigster Prognosefaktor für die Entwicklung einer terminalen Niereninsuffizienz ist das primäre Ansprechen auf eine Standardtherapie mit Glukokortikoiden und differenziert zwischen steroidsensiblen (SSNS) und steroidresistentem nephrotischen Syndrom (SRNS).

Ziele der Initialtherapie sind neben dem schnellen Erreichen der Remission, um potentielle Komplikationen des Akutstadiums zu vermeiden, vor allem die Vermeidung von Rezidiven ohne ausgeprägte Nebenwirkungen der Medikation in Kauf nehmen zu müssen (1). Die letzten 40 Jahre waren geprägt durch den Versuch, die Rezidivrate durch verlängerte und/oder erhöhte kumulative Gabe von Glukokortikoiden in der Initialtherapie zu senken (2). Der bis vor kurzem postulierte positive Effekt der erhöhten bzw. verlängerten Exposition zu Glukokortikoiden auf den Langzeitverlauf ist unter Beachtung der aktuellsten Studien mit adäquaten Fallzahlen widerlegt (3-5).

Aufgrund der Tatsache, dass die Dauer und Höhe der kumulativen Dosis der Glukokortikoidtherapie bzw. generell der immunsuppressiven Therapie bei Erstmanifestation für den Verlauf der Erkrankung

nicht entscheidend ist und die Toxizität der Glukokortikoid-Therapie (Fettleibigkeit, Striae, Hypertrichiose, Cataract, Glaucom, Bluthochdruck, Verhaltensauffälligkeiten, Kleinwuchs, Kohlenhydrat- und Fettstoffwechselstörung, Osteopenie, avaskuläre Knochennekrose), insbesondere bei chronisch-rezidivierendem Verlauf, möglichst gering gehalten werden sollte, führt die Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN) – gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01KG1301) – eine Therapiestudie zur Initialtherapie des steroidsensiblen nephrotischen Syndroms durch (INTENT-Studie).

Hierbei wird in einer nicht verblindeten, randomisierten, kontrollierten und multizentrischen Studie geprüft, ob nach Remissionsinduktion eine Therapie mit Mycophenolatmofetil (MMF) der Standardinitialtherapie der GPN (Prednison 60 mg/m² KOF/d p.o. für sechs Wochen (max. 80 mg/d), gefolgt von Prednison 40 mg/m² KOF jeden 2. Tag (= alternierend) p.o. für sechs Wochen (max. 60 mg/d) hinsichtlich des Auftretens eines Rezidivs innerhalb von 24 Monaten nicht unterlegen ist (Abbildung 1). Weitere Endpunkte der Studie sind das Auftreten häufiger Rezidive, die Zeit bis zum ersten Rezidiv, die Anzahl der Rezidive sowie das Auftreten von Nebenwirkungen der beiden Medikamente.

Die Studie untersucht erstmals einen Glukokortikoid-sparenden Ansatz mit einem Alternativpräparat im Rahmen der Erstmanifestation. Wichtig ist vor diesem Hintergrund die Erfahrung, dass MMF in der Dauertherapie des häufig rezidivierenden oder steroidabhängigen nephrotischen Syndroms – in adäquater Exposition – wirksam und in der Effektivität zum Remissionserhalt dem Cyclosporin A ver-

1 Klinik für päd. Nieren-, Leber und Stoffwechselerkrankungen, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

2 Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Nephrologie und Gastroenterologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

3 Pädiatrie 2, Universitätskinderklinik Heidelberg, Heidelberg

4 Pädiatrische Nephrologie, Universitätskinderklinik Köln, Köln

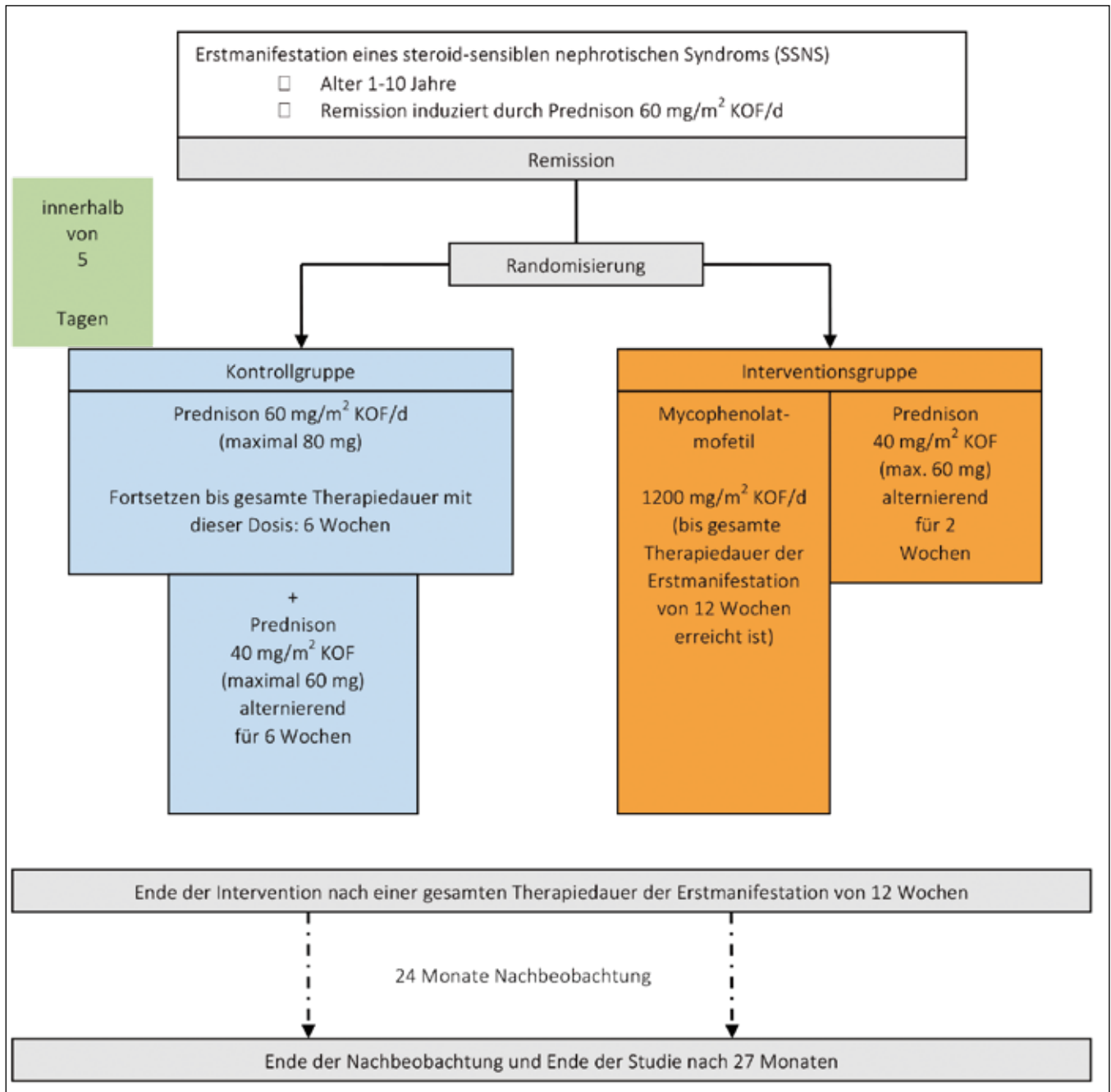


Abb. 1: Ablauf der INTENT-Studie zur Initialtherapie des nephrotischen Syndroms

KOF=Körperoberfläche; alternierend= jeden 2. Tag

Protokollkomitee: Jutta Gellermann, Uwe Querfeld (Berlin), Peter F. Hoyer (Essen), Markus Kemper (Hamburg), Dieter Haffner (Hannover), Burkhard Tönshoff, Britta Höcker, Alexander Fichtner (Heidelberg), Marcus R. Benz, Rasmus Ehren, Lutz T. Weber, Jörg Dötsch (Köln), Martin Konrad (Münster)

Leiter der klinischen Prüfung: Prof. Dr. med. Burkhard Tönshoff, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg.

Klinische Projektmanagement: Prof. Dr. med. Lutz T. Weber, Dr. med. Marcus R. Benz und Dr. med. Rasmus Ehren, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Köln

gleichbar ist (6-8). Dabei moduliert MMF nicht nur das Immunsystem, sondern hat auch direkte nicht-immunologische Wirkungen auf die Glomeruli (2). Der Einschluss von Patienten in die INTENT-Studie erfolgt seit Juni 2015. Es stehen aktuell 36 Studienzentren verteilt über ganz

Deutschland zur Verfügung, um Patienten mit Erstmanifestation, die in Remission gekommen sind, einzuschließen (Abbildung 2). Insgesamt sollen 340 Patienten in die Studie eingeschlossen werden.

Werden die Erwartungen in die Studie erfüllt, wäre dies ein wichtiger Fortschritt

in der Behandlung des nephrotischen Syndroms, denn die deutliche Reduktion der Glukokortikoid-assoziierten Nebenwirkungen und deren langfristige Folgen wären für Betroffene eine große Erleichterung und würden potentiell das Langzeitrisiko kardiovaskulärer Komplikationen senken.

Jedes Kind zwischen ≥ 1 und ≤ 10 Jahre mit einer Erstmanifestation eines steroid-sensiblen nephrotischen Syndroms sollte nach Möglichkeit in diese Studie eingeschlossen werden. Das kann nur gelingen, wenn alle Kinder- und Jugendärzte in Deutschland flächendeckend zusammenarbeiten.

Wir bitten Sie daher um Ihre Mitarbeit. Bitte wenden Sie sich mit weiteren Fragen und zur Unterstützung an eines der aufgeführten Studienzentren in Ihrer Nähe oder an das klinische Projektmanagement in Köln.

Kontakt: www.intent-study.de

AWMF-Leitlinie zum Hämolytisch-Urämischen Syndrom

Das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) ist eine häufige Ursache des akuten, dialysepflichtigen Nierenversagens im Kindes- und Jugendalter. Durchschnittlich kommt es zu ca. 90 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland. Neue Erkenntnisse in der Pathophysiologie und neue spezifische Therapieoptionen waren Anlass zur Erarbeitung einer AWMF-Leitlinie durch Mitglieder der Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie e. V. (GPN).

Das HUS ist definiert durch die Trias mikroangiopathische, hämolytische Anämie (MAHA), Thrombozytopenie und akute Nierenfunktionseinschränkung (acute kidney injury, AKI). Histologisch und pathophysiologisch liegt der Erkrankung eine thrombotische Mikroangiopathie (TMA) zu Grunde. Die Differenzialdiagnose der TMA umfasst zahlreiche Erkrankungen und Ursachen.

Bisher wurde das HUS mit einer enteropathischen, Diarrhoe assoziierten Form, als D+ HUS bzw. typisches HUS bezeichnet und von den Verläufen ohne Diarrhoe, als D- bzw. atypisches HUS (aHUS) bezeichnet, unterschieden. Diese Einteilung wird den aktuellen pathophysiologischen Erkenntnissen und auch den daraus folgenden therapeutischen Entwicklungen nicht mehr gerecht, sodass hier eine neue Klassifikation, angelehnt an die internationalen Empfehlungen erfolgt (10). Nach dem aktuellen Stand wird zwischen (10) STEC-HUS, (11) Komplement-vermittel-



Abb. 2: Studienzentren der INTENT-Studie zur Initialtherapie des nephrotischen Syndroms (Stand 05/2018)

tem HUS sowie (12) weiteren HUS-Formen unterschieden (Abbildung 3):

STEC-HUS: Im Kindes- und Jugendalter wird das HUS in etwa 90 % der Fälle durch eine Infektion mit Shigatoxin bildenden enterohämorrhagischen *E. coli* (EHEC, synonym auch STEC, früher auch VTEC) ausgelöst (STEC-HUS). Die Endothelzellschädigung erfolgt über das freigesetzte Toxin (Stx-1 oder/und Stx-2) nach dessen Bindung an Gb3 Rezeptoren (11).

Das typische Alter bei Erkrankung liegt zwischen zwei und fünf Jahren. Die Inzidenz beträgt in Deutschland 0,11 pro 100 000 Einwohner bzw. 90 HUS-Fälle pro Jahr. Etwa zwei Drittel werden durch die Serogruppe O157:H7 hervorgerufen (12). Im Jahr 2011 kam es in Deutschland zu einer Epidemie, verursacht durch den Serotyp O104:H4; hier waren hauptsäch-

lich Erwachsene, aber auch Kinder und Jugendliche betroffen (13).

Komplement-vermitteltes HUS: Bei 5-10% der pädiatrischen Patienten liegt ein Komplement-vermitteltes HUS vor. Insgesamt ist diese Erkrankung mit einer Inzidenz von 2:1.000.000 sehr selten (11). Pathophysiologisch kommt es zu einer unkontrollierten Aktivierung des alternativen Wegs der Komplementaktivierung auf der Endothelzelloberfläche vor allem in den Nieren aber auch in anderen Organen.

Ursächlich hierfür sind genetisch bedingte oder erworbene Regulationsstörungen des alternativen Wegs der Komplementaktivierung. Bei 60-70 % der Patienten finden sich Mutationen in Komplement-regulierenden Genen. In etwa 3-6 % der Fälle sind erworbene Anti-

körper gegen Faktor H ursächlich für die Erkrankung (14, 15).

Andere HUS Formen: Hierzu zählen seltene, angeborene und erworbene Ursachen eines HUS. Im Folgenden wird lediglich auf das Pneumokokken-assoziierte HUS eingegangen. DGKE-Mutationen, Cobalamin C Mangel und andere Grunderkrankungen, welche ein HUS auslösen können, sind in der AWMF-Leitlinie (Hämolytisch-urämisches Syndrom im Kindesalter, Registernummer 166/002) ausführlich beschrieben.

Pneumokokken-assoziiertes HUS: Ursächlich für die Erkrankung ist eine invasive Infektion durch *Streptococcus pneumoniae*. Pathophysiologisch entsteht die TMA durch die Bildung einer N-acetyl Neuraminidase durch die Pneumokokken, welche das Thomsen-Friedenreich-Antigen (T Antigen) auf Erythrozyten, Blutplättchen und Glomeruli freilegt. Dieses T-Antigen kann dann von präformiertem IgM gebunden werden, was zur Polyagglutination und zum HUS führt (16).

Aktuelle pathophysiologische Erkenntnisse legen nahe, dass diese Einteilung nicht endgültig ist. Es hat sich gezeigt, dass es auch bei Infektions-getriggerten HUS-Formen wie dem STEC-HUS oder dem Pneumokokken-assoziierten HUS zu einer Komplementaktivierung

kommen kann (Abb. 2). Die Vulnerabilität einzelner Individuen bezüglich der Entwicklung eines HUS bei einer Infektion ist noch nicht ausreichend geklärt (17, 18). Das Auftreten der Unterformen ist altersabhängig (Abbildung 4).

Diagnose HUS

Charakteristisch für alle Formen des HUS ist der laborchemische Nachweis einer MAHA mit dem Vorliegen von Fragmentozyten im peripheren Blutausschuss, erhöhten Werten für LDH und Bilirubin, erniedrigtem Haptoglobin sowie negativem Antiglobulin-Test (direkter Coombs-Test, Ausnahme: Pneumokokken assoziiertes HUS). Neben der Thrombozytopenie zeigt sich eine akute Nierenfunktionseinschränkung mit Anstieg des Kreatinins und mit Störungen des Säure-Basen Haushalts und der Elektrolyte.

Eine ausführliche neurologische Untersuchung ist bei allen Patienten indiziert, bei Auffälligkeiten sollten ein EEG und eine cerebrale Bildgebung (MRT) durchgeführt werden.

Zur Beurteilung einer kardialen Beteiligung sollten eine Echokardiographie, ein Elektrokardiogramm (EKG) und die Bestimmung der Herzenzyme durchgeführt werden.

Eine Nierenbiopsie gehört nicht zur Basisdiagnostik des HUS, kann aber in Einzelfällen hilfreich sein, um die Diagnose zu bestätigen bzw. abzugrenzen.

Die *Diagnose* eines HUS lässt sich meist innerhalb weniger Stunden stellen. Die genaue *Ursache* kann oft erst nach Tagen bis Wochen festgestellt werden. Insbesondere die Diagnostik zum Nachweis eines Komplement-vermittelten HUS ist zeitaufwendig und darf eine mögliche Therapie nicht verzögern.

Ausschluss Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP)

Die TTP stellt die wichtigste Differentialdiagnose zum HUS dar und geht bei verzögerter Therapie mit einer hohen Letalität einher. Daher muss die Diagnostik zum Ausschluss einer TTP schnellstmöglich erfolgen, sollten Anamnese, Klinik und Labordiagnostik nicht eindeutig für ein HUS sprechen.

Diagnose STEC-HUS

Die Diagnose eines STEC-HUS kann in vielen Fällen bereits durch die Anamnese, Klinik und die entsprechenden Laboruntersuchungen gestellt werden. Der Erregernachweis muss in jedem Fall angestrebt werden, um die Diagnose zu bestätigen und mögliche Infektionsquellen zu eruieren. Bereits der Verdacht der Erkrankung ist meldepflichtig. Der Erreger kann bei zwei Dritteln der Patienten in einer Stuhlkultur nachgewiesen werden. Ferner erfolgt mittels molekularbiologischer Methoden (PCR) der Nachweis der Shigatoxine im Stuhl. In 75 % der Fälle mit unauffälliger Stuhlkultur gelingt der serologische Nachweis von IgM-Antikörpern.

Diagnose Komplement-vermitteltes HUS

Die Diagnose eines Komplement-vermittelten HUS ist komplex und zeitaufwendig. In der Komplementdiagnostik ist das C3 im Serum nur in etwa der Hälfte der Patienten erniedrigt, was auch bei einem Teil der Patienten mit STEC-HUS zu beobachten ist. Extrarenale Symptome sind nicht häufiger als beim STEC-HUS.

Zur Diagnostik eines Komplement-vermittelten HUS gehört die quantitative Bestimmung und Mutationsanalyse der

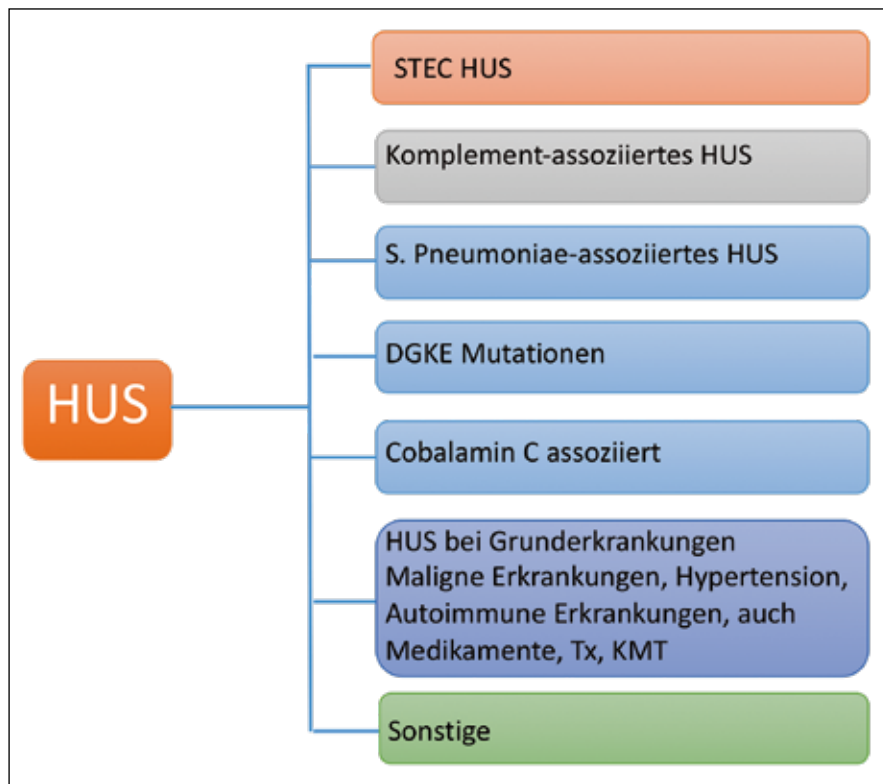


Abb. 3: Einteilung des Hämolytisch-Urämischen Syndroms nach Pathophysiologie

einzelnen Komplementfaktoren sowie die Diagnostik auf das Vorliegen von Antikörpern gegen Faktor H und Faktor I (10, 15).

Therapie

Die Therapie des HUS unterteilt sich in eine supportive Therapie, welche unabhängig von der Ätiologie des HUS erfolgt, sowie in eine spezifische Therapie entsprechend der Verdachtsdiagnose. Wichtig ist, dass die durchzuführende Diagnostik die Therapie nicht verzögert. Oft muss eine spezifische Behandlung eingeleitet werden, obwohl die diagnostischen Parameter noch nicht vollständig vorliegen.

Die supportive Therapie beinhaltet die Therapie des AKI. Hierbei sind ein adäquates Flüssigkeitsmanagement sowie engmaschige Kontrollen von Elektrolyten und Blutdruck zu beachten. Bei konservativ nicht beherrschbarer Hyperkaliämie, Azidose, Volumenüberladung, Urämie oder arterieller Hypertonie besteht die Indikation zur Nierenersatztherapie. Hierbei ist die Methode der Wahl bei Kleinkindern in der Regel die Peritonealdialyse.

Bei einem Hämoglobinwert von unter 5-7 g/dl, abhängig von der Dynamik des

Hb-Abfalls, der klinischen Symptomatik und dem Alter, empfehlen wir die Transfusion eines Erythrozytenkonzentrats. Eine Normalisierung der Hb-Werte sollte nicht angestrebt werden (Weitere Hämolyse und kardiopulmonale Komplikationen). Die Transfusion eines Thrombozytenkonzentrats empfehlen wir nur bei klinischen Blutungszeichen sowie gegebenenfalls vor interventionellen Eingriffen. Besteht der Verdacht auf ein STEC-HUS, so beschränkt sich die Therapie auf o.g. supportive Maßnahmen. Der Nutzen einer antibiotischen Therapie ist umstritten. Insbesondere bei Verwendung von Antibiotika aus der Gruppe der DNA-Synthese Inhibitoren wird möglicherweise die Toxinfreisetzung verstärkt. Eine antibiotische Therapie mit Beta-Laktam Antibiotika sollte nur bei kritischem Allgemeinzustand oder Verdacht auf eine systemische Infektion erwogen werden (17). Eine spezifische Therapie steht bislang nicht zur Verfügung (16). Für den Einsatz von Immunglobulinen und Plasmapherese konnte in prospektiven, kontrollierten Studien bislang kein Nutzen nachgewiesen werden (11, 13, 18, 19). Ein therapeutischer Nutzen von Komplementblockade

beim STEC-HUS konnte bislang nicht eindeutig gezeigt werden (19-21).

Komplement-vermitteltes HUS

Neben der supportiven Therapie bestehen für das komplement-vermittelte HUS ursachenorientierte Therapieoptionen. Das Ziel ist hierbei die Reduktion der unkontrollierten Komplementaktivierung durch Ersatz fehlender oder dysfunktionaler Komplementproteine, Verminderung von Autoantikörpern oder Blockade der terminalen Komplementaktivierung.

Seit der Zulassung von Eculizumab im Jahr 2011 für das Komplement-vermittelte HUS besteht die Möglichkeit einer spezifischen komplementinhibierenden Therapie (23). Eculizumab ist ein rekombinanter, humanisierter monoklonaler Antikörper, der gegen die Komplementkomponente C5 gerichtet ist und damit die terminale Komplementaktivierung inhibiert. Die Wirksamkeit von Eculizumab beim Komplement-vermittelten HUS wurde in mehreren prospektiven Studien belegt und ist unabhängig von der zur Erkrankung führenden Komplement-Anomalie (10, 24, 25). Eculizumab wird daher als *first-line* Therapie beim Komplement-vermittelten HUS empfohlen. Der Beginn der Therapie soll frühzeitig bereits bei dringendem Verdacht auf ein Komplement-vermitteltes HUS erfolgen, da eine Therapieverzögerung die Prognose verschlechtert (10, 24, 26). Bei Nachweis von CFH-Antikörpern soll zusätzlich zur Komplementinhibition eine immunsuppressive Therapie erfolgen. Steroide, Mycophenolat Mofetil (MMF), Cyclophosphamid und Rituximab wurden allein und in Kombination erfolgreich eingesetzt (10, 27).

Auf Grund des Wirkmechanismus der terminalen Komplementinhibition besteht ein erhöhtes Risiko für Infektionen mit bekapselten Bakterien, insbesondere für Meningokokken. Daher ist eine frühestmögliche Impfung gegen Pneumokokken, Haemophilus influenzae Typ b und Meningokokken (anti-A, C, W, Y und anti-B) empfohlen. Eine antibiotische Prophylaxe mit Methylpenicillin (bei Penicillinallergie: Makrolide) in therapeutischer Dosierung wird für eine Mindestdauer bis zwei Wochen nach Impfung empfohlen. Über die Fortführung der antibiotischen Prophylaxe nach erfolgreicher Immunisierung liegen bislang keine ausreichenden Daten vor. Hierbei ist zu

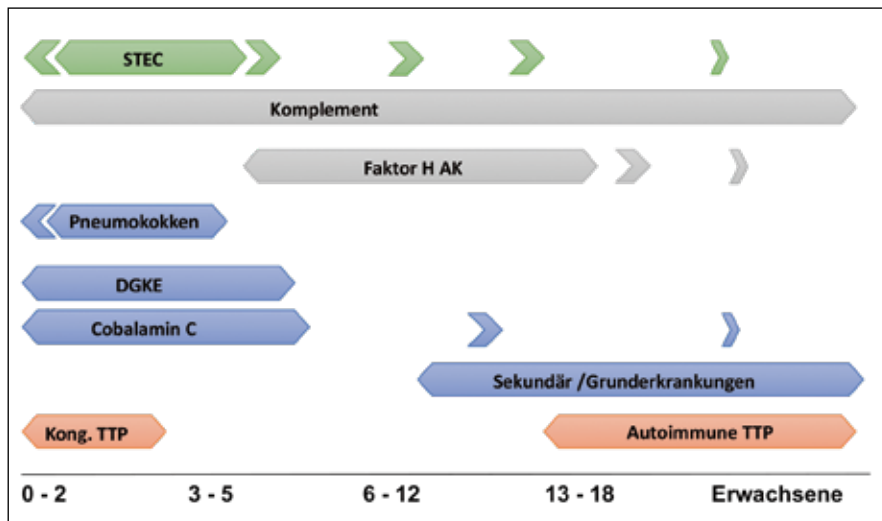


Abb. 4: Altersabhängigkeit der Subtypen des Hämolytisch-Urämischen Syndroms

Tab. 1: Definitionen Arterieller Hypertonus

Blutdruckklasse	Blutdruckpercentile: Geschlecht, Alter und Körpergröße
Normal	< 90. Perzentile
Hochnormal	>90. und <95. Perzentile
Hypertonus I°	> 95. – 99. Perzentile + 5mmHg
Hypertonus II°	> 99. Perzentile + 5mmHg

berücksichtigen, dass eine Impfung nicht gegen alle Serotypen (z.B. bei Meningokokken) schützt. In jedem Fall muss der Patient über das Risiko einer bakteriellen Infektion aufgeklärt werden.

Verlauf und Prognose

Bei den aktuellen therapeutischen Möglichkeiten versterben weniger als 5 % der Patienten in der Akutphase. Dennoch ist die mittel- bis langfristige Morbidität beträchtlich und insbesondere abhängig vom Ausmaß der renalen Beteiligung. Bei dauerhafter Dialysepflichtigkeit stellt die Nierentransplantation die Methode der Wahl dar.

Bei Patienten mit STEC-HUS beträgt der Anteil der Patienten ohne vollständige Restitutio ad integrum im Mittel ca. 30 %. Hierbei entwickeln sich Proteinurie, arterielle Hypertonie oder eine Nierenfunktions Einschränkung oft auch mehrere Jahre nach Manifestation des HUS. Daher sind langfristige (kinder-) nephrologische Verlaufskontrollen bei diesen Patienten wichtig (28).

Neue ESH-Guideline Arterieller Hypertonus (30)

Durch diese neue Guideline haben sich einige Definitionen und das diagnostische sowie therapeutische Vorgehen beim arteriellen Hypertonus im Kindes- und Jugendalter geändert. Die Definitionen des arteriellen Hypertonus sind bis zum 16. Lebensjahr an Perzentilen orientiert (Tabelle 1).

Normwerte sind auf der Website (www.hochdruckliga.de/bluthochdruck-bei-kindern-jugendlichen.html) zu finden.

Ein Blutdruckscreening soll bei allen Kindern ab dem dritten Lebensjahr im Rahmen der U-Untersuchungen stattfinden. Bei Kindern, die jünger als drei Jahre sind soll Blutdruck bei folgenden Subgruppen gemessen werden: Frühgeborene mit intensivmedizinischer Therapie, Kinder mit angeborenen Herzerkrankungen, Kinder mit Nierenerkrankungen, Behandlung mit blutdruckbeeinflussenden Medikamenten oder bei Hinweisen auf Hirndruck. Die Messung sollte immer dreimal wiederholt werden und der Mittelwert der letzten zwei Messungen dann dokumentiert werden. Primär wird eine auskultatorische Messung empfohlen und erhöhte ozillographisch gemessene Werte sollen auskultatorisch kontrolliert werden. Hierbei sollen sieben verschiedene Manschettengrößen mit folgenden Umfängen Verwendung finden: 10, 15, 22, 26, 34, 44 und 52 cm mit einer Manschettenbreite die 40 % des Armumfangs beträgt. Für über 16-jährige Patienten gelten die Erwachsenen-normwerte (normal: RR < 130/85 mmHg, hochnormal 130-139/85-89 mmHg, Hypertonus > 140/90 mmHg). Vor Beginn einer antihypertensiven Therapie sollte immer eine 24h-RR-Messung durchgeführt werden, auch um eine Praxis-Hypertonie auszuschließen. Bezüglich der Abklärung von Endorganschäden werden nur noch eine Echokardiografie und eine Urinuntersuchung auf Albuminurie empfohlen. Eine Funduskopie muss nur noch bei maligner Hypertonie, Visusproblemen oder einer Enzephalopathie erfolgen.

Therapeutisch wird besonders die Erarbeitung eines „Life-Style-Konzepts“ mit viel Bewegung (mindestens 60 Minuten pro Tag) und gesunder Ernährung (wenig Kalorien, wenig Salz, Zucker, gesättigte

Fettsäuren; dafür Ballstoffe, Früchte und Gemüse) in den Vordergrund gestellt mit Einbeziehung der Familie, adäquaten Schulungsmaterialien und realistischen Zielen verbunden mit einem Belohnungssystem. Nur wenn dies nicht gelingt, sollte eine antihypertensive Therapie begonnen werden. Für eine Monotherapie werden primär ACE-Hemmer, ATII-Antagonisten, Thiazide und Calcium-Antagonisten vorgeschlagen. Wenn dies nicht ausreicht sind folgende Kombinationen am empfehlenswertesten: Thiazide mit ACE-Hemmer/ATII-Antagonist/Calciumantagonist oder Calcium-Antagonist mit ACE-Hemmer oder AT2-Antagonist. Beta-Blocker kommen erst als dritte Option ins Spiel. ACE-Hemmer und ATII-Antagonisten sollten nicht kombiniert werden. Die Zielwerte für den RR sollten bei chronischer Niereninsuffizienz niedriger liegen als bei sonst gesunden Patienten (z.B. bei Jugendlichen > 16 Jahre gesund: <140/90 mmHg, chronische Niereninsuffizienz < 125/75 mmHg) bzw < 90. Perzentile vs. < 50, Perzentile bei kleineren Kindern.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Lars Pape
 Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1, D-30625 Hannover
 Tel. +49-511-532-3283
 E-Mail: Pape.Lars@mh-hannover.de

Interessenkonflikt:

Die einzelnen Autoren sind bezüglich des aHUS in der Leitlinie aHUS dargestellt.

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Das Langzeitrisiko von Allergien, Atemwegs- und Infektionserkrankungen nach der Entfernung von Polypen und Mandeln im Kindesalter

Association of Long-Term Risk of Respiratory, Allergic, and Infectious Diseases with Removal of Adenoids and Tonsils in Childhood

Byars SG et al., *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, (epub ahead of print), Juni 2018

Zur Behandlung von obstruktiven Atemwegsstörungen oder rezidivierenden Mittelohrentzündungen ist es nach wie vor üblich, Tonsillen und/oder Adenoide („Polypen“) zu entfernen. Über die langfristigen gesundheitlichen Folgen eines solchen Eingriffs ist wenig bekannt, obwohl die lymphatischen Organe eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Funktion des Immunsystems spielen. Dänische Autoren haben deshalb zur Erfassung des langfristigen Krankheitsrisikos die vorhandenen Daten im Zusammenhang mit einer Adenotomie, Tonsillektomie oder Adeno-Tonsillektomie im Kindesalter ausgewertet.

Hierzu wurde eine bevölkerungsbezogene Kohorten-Studie mit zwischen 1979 und 1999 in Dänemark geborenen Kindern (n=1.189.061) durchgeführt. Die vorhandenen Daten umfassten mindestens die ersten 10 Lebensjahre, teilweise reichten sie bis zu 30 Jahren. Die Teilnehmer der Fall- und Kontrollgruppen wurden so ausgewählt, dass sich ihr ursprünglicher Gesundheitszustand nicht signifikant voneinander unterschied. Die Teilnehmer wurden als exponiert eingestuft, wenn bei ihnen innerhalb der ersten 9 Lebensjahre Polypen oder Mandeln entfernt worden waren.

Die Inzidenz der bis zum Alter von 30 Jahren aufgetretenen Erkrankungen (Definition durch die internationale Klassifikation der Krankheiten, Achte Revision[ICD-8] und Zehnte

Revision[ICD-10] Diagnosen) wurde mit stratifizierten Cox-proportionalen Regressionen untersucht, bei denen 18 Ko-Varianten, einschließlich der elterlichen Krankheitsgeschichte, Schwangerschaftskomplikationen, Geburtsgewicht, Apgar-Score, Geschlecht, sozioökonomische Marker und die Geburtsregion Dänemarks berücksichtigt wurden.

Insgesamt wurden 1.189.061 Kinder in die Studie aufgenommen (48 % weiblich). Davon wurden 17.460 einer Adenotomie, 11.830 einer Tonsillektomie und 31.377 einer Adeno-Tonsillektomie unterzogen, 1.157.684 Kinder dienten als Kontrollgruppe. Adenotomie und Tonsillektomie waren mit einem 2- bis 3-fachen Anstieg der Erkrankungen der oberen Atemwege verbunden. Das relative Risiko [RR] betrug für die Adenotomie 1,99 (95 % Konfidenzintervall [KI] 1,51-2,63) und für die Tonsillektomie 2,72 (95 % KI, 1,54-4,80). Geringe Risikozunahmen für infektiöse und allergische Erkrankungen wurden ebenfalls nachgewiesen. Die Adeno-Tonsillektomie war mit einem um 17 % höheren Risiko für Infektionserkrankungen (RR 1,17; 95 % KI, 1,10-1,25) verbunden, was einem absoluten Risikoanstieg von 2,14 % entspricht. Die Krankheitsrisiken, die mit diesen Eingriffen behandelt werden sollten, unterschieden sich nicht signifikant von der Kontrollgruppe.

In dieser Studie mit fast 1,2 Millionen Kindern, von denen bei 17.460 eine Adenotomie, bei 11.830 eine Tonsillektomie und bei 31.377 eine Adeno-Tonsillektomie durchgeführt worden war, waren alle Eingriffe mit einem erhöhten Langzeitrisiko für Erkrankungen der oberen Atemwege, mit infektiösen und allergischen Erkrankungen verbunden.

Kommentar

Die Entfernung der Mandeln beendet rezidivierende Tonsillitiden und soll rezidivierende Otitiden und vor allem obstruktive Atmung positiv beeinflussen. Die Adeno-Tonsillektomie führt bei Kindern im Vergleich zur nicht-chirurgischen Behandlung im ersten Jahr nach der Operation zu einer Verringerung der Häufigkeit von Halsschmerzen und einem Rückgang der obstruktiven Schlaf-Apnoe. Der Erfolg ist größer bei Kindern mit häufigeren und stärkeren Beschwerden. Das ist plausibel. Der Erfolg scheint aber insgesamt und vor allem langfristig nicht sehr groß zu sein. Dabei führt die Adeno-Tonsillektomie bei Kindern mit wiederholten Mandelentzündungen nicht zu besseren Ergebnissen als die Tonsillektomie. Bei Kindern können sich die Beschwerden im Verlauf ihrer Entwicklung auch ohne Operation bessern, wie ein systematischer Review von Venekamp et al. zeigt. Der operative Eingriff birgt nicht nur chirurgische, sondern auch immunologische Risiken, die bei der Indikation bedacht werden sollten, wie die aktuelle Studie von Byars zeigt. Nach einer Adeno-Tonsillektomie scheint sich das Risiko für Erkrankungen der Atemwegsorgane zu verdoppeln bis zu verdreifachen. Unter Berücksichtigung der chirurgischen Risiken, der überwiegend nicht überzeugenden Ergebnisse und der in der aktuellen Studie aufgezeigten möglichen Einflüsse auf die Immunfunktionen, sollte die Indikation für einen chirurgischen Eingriff besonders gut überlegt sein und sorgfältig gestellt werden.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr



„Impfantigenbelastung“ ist und bleibt ein Mythos

Schon vor vielen Jahren hat Paul Offit gezeigt, dass Impfungen das Immunsystem junger Kinder nicht überfordern [Pediatrics 2002; 109: 124-9]. Dennoch hält sich in impfkritischen und -ablehnenden Kreisen hartnäckig das Gerücht, das kindliche Immunsystem könne durch „zu viele Impfungen überlastet“ sein. Erneut ist dies nun widerlegt worden. In den USA wurde gezeigt, dass die kumulative Antigenexposition durch Impfungen in den ersten beiden Lebensjahren bei 193 Kindern, die dann im Alter von 2 bis 3 Jahren an verschiedenen Infektionskrankheiten litten, genauso hoch war wie bei 751 gleichaltrigen Kontrollpatienten (240.6 versus 242.9) [Glanz et al, JAMA 2018; 319: 906-13]. Mit anderen Worten: die aufgetretenen Infektionskrankheiten waren nicht mit „zu vielen Impfungen“ assoziiert. Zur Erinnerung und zum Vergleich: allein die Pertussis-Ganzkeimkomponente in den bis 1994 bei uns noch gebräuchlichen DPT-Impfstoffen enthielt ca. 3000 (!) Antigene. Das addierte sich bei 4 Impfdosen allein schon auf 12'000 Proteinantigene in den ersten beiden Lebensjahren und auch die wurden vom Immunsystem des jungen Kindes ohne Schaden toleriert und verarbeitet.

Fieber nach MMR/V – besser als gedacht

Zwischen Tag 5 und 12 kommt es vor allem nach der 1. Dosis von MMR (oder MMRV) bei ca. 10 (-20 %) der geimpften Kinder zu Fieber, definiert als eine Körpertemperatur von $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Dies sind Erkenntnisse aus Studien, in denen die Körpertemperatur von den Eltern nach den Impfungen standardisiert gemessen wurde. Im Gegensatz dazu wird im Praxis- bzw. Familienalltag postvazinales kurzzeitiges Fieber in aller Regel gar nicht bemerkt. Nichtsdestoweniger: in einer post-hoc (d.h., die Daten wurden zu anderen Zwecken erhoben und später mit einer neuen Fragestellung ausgewertet) Auswertung der mittleren anti-Masern-IgG Antikörperwerte nach MMR/V Impfung im frühen Kindesalter zeigte sich, dass Fieber, noch mehr als das Alter bei der Impfung, einen positiven immunogenen Effekt hatte [Carazo Perez et al, Epidemiol Infect. 2018 Jun 11: 1-9. Epub ahead of print]. Dieser Effekt war aber nur bei der 1. Dosis vorhanden und auch nur, wenn diese vor dem Alter von 13 Monaten gegeben wurde. Der positive Effekt auf die spezifische Immunantwort war umso ausgeprägter, je höher das Fieber war. Dies kann man als Trost Eltern mitteilen, deren

Kind 5-12 Tage nach der 1. MMR/V Fieber entwickelt. Aber: ob die *höheren* Antikörper einen *besseren* Masern-Impfschutz bedeuten sei dahin gestellt. Über den Effekt bei den Varizellen-, Mumps- und Röteln-Antikörpern verraten die Autoren leider nichts.

HPV-Impfung schützt vor Karzinomen

„Oha“, werden Sie sich beim Lesen dieser Überschrift vielleicht gedacht haben, was ist denn daran neu? Wer bislang an der Prävention von Karzinomen durch die HPV-Impfung gezweifelt hat (siehe Beitrag „HPV-Impfprävention im Dornröschenschlaf?“ im Impfforum, Kinder- und Jugendarzt 2013/2014, Nr. 12/13 + 1/14), der kann es jetzt schwarz auf weiss nachlesen [Luostarinen et al, Int J Cancer 2018; 142: 2186-7]. Kollegen in Finnland haben nun erstmals belegen können, dass kein einziges in den Jahren 2002 bis 2005 im Alter von 14 bis 19 Jahren gegen HPV geimpftes Mädchen und keine Frau in der langjährigen Nachbeobachtung (mit immerhin 65,656 Personen-Beobachtungsjahren, PBJ) an einem HPV-assoziierten Karzinom erkrankte, wohingegen bei gleichaltrigen nicht HPV geimpften Frauen in 124,245 PBJ 10 solche Fälle auftraten. Daraus errechnet sich eine Impfstoffwirksamkeit von 100 % (95 % VB 16-100). Der vielfach geäußerten Kritik, die Zulassung der HPV-Impfstoffe erfolgte allein auf dem Nachweis ihrer Wirksamkeit gegenüber chronischen HPV-Infektionen und zervikalen, intraepithelialen Neoplasien (CIN) der Schweregrade 1 bis 3, entgegneten wir schon immer mit dem Argument, dass diese Präkanzerosen die notwendige Voraussetzung für die Karzinome seien und somit die Verhinderung der Krebsvorstufen unweigerlich auch das Auftreten des Karzinoms verhindern würde. Jetzt haben wir es also schwarz auf weiss und die einstige Forderung im „Bielefelder Manifest“ nach dem Beweis der Impfwirksamkeit gegen „Krebs“ ist nun, wie nicht anders zu erwarten war, erfüllt.

Gemeinwohl statt Herdenschutz

An der gemeinsamen Jahrestagung der DGPI und der DGI in Köln, 20.-23. Juni 2018, hat Prof. Cornelia Betsch, Psychologin an der Universität Erfurt und international renommierte Forscherin auf dem Gebiet der Impfkzeptanz und -motivation, ihr Plädoyer wiederholt, im Gespräch mit impfkritischen Personen (z.B. Patienteltern!) den altruistischen Aspekt des Impfens nicht als „Herdenschutz“ zu bezeichnen. Kein Mensch, so argumentiert sie, ist gerne Teile einer „Herde“. Stattdessen schlägt sie den Begriff „Gemeinwohl“ vor, zu dem man beiträgt wenn man sich oder sein Kind gegen eine von Mensch-zu-Mensch übertragbare Infektionskrankheit impfen lässt. Klingt gut.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger,
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB),
Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz

Einfluss von Fluorid auf Knochenwachstum

Frage

Während meiner Doktorarbeit habe ich elektronenmikroskopisch beobachten können, dass Fluorid die Bündelung von Knorpel-Knochenfibrillen unterstützt. In der Debatte ob eine Fluoridprophylaxe systemisch oder die topisch erfolgen sollte, wird nur aus Sicht der Kariesprävention und nicht mit Bezug auf die Knochengesundheit argumentiert. In einer Literaturrecherche habe ich eine tierexperimentelle Untersuchung zur Physiokochemie der Calciumphosphatbildung unter Einfluss von Fluorid gefunden. Dort wurde gezeigt, dass eine NaF-Gewebekonzentration von 10^{-3} – 10^{-4} M die Stabilität der Knochen-Apatitstruktur steigert, während eine niedrigere Konzentrationen von 10^{-5} M die kristalline Abscheidung von NaF auf Kollagenfasern hemmt. Daher bitte ich um Einschätzung eines erfahrenen Kinderorthopäden:

- Gibt es Studien, die den positiven Einfluss von Fluorid auf die Wachstumsfugen-Knorpelstruktur belegen?
- Warum gibt es keine Fluorid-Zufuhrempfehlungen, die die Relevanz in Bezug auf die Knochengesundheit berücksichtigen?
- Wie sollte Fluorid gewichtsbezogen täglich dosiert werden, um wirksame Fluorid-Plasmaspiegel in Bezug auf die Knochengesundheit zu erreichen?

Antwort

Zu 1.: Die Knochenmasse nimmt etwa in den ersten drei Lebensjahrzehnten zu, erreicht dann einen Höhepunkt (peak bone

mass) und fällt in den späteren Lebensjahren langsam wieder ab. Für eine unzureichende Knochenbildung in diesem ersten Lebensdrittel werden zahlreiche Faktoren beschrieben. Ein Mangel des Spurenelements Fluor gehört nicht dazu. Studien beziehungsweise Literatur zu einem positiven Einfluss von Fluorverbindungen auf die Knochenbildung beziehungsweise zu Fluoridmangel als Prädisposition einer ungenügenden Knochenentwicklung/Osteoporose im Wachstum sind dem Autor nicht bekannt. Fluor ist kein essentielles Spurenelement und ein Knochenstoffwechsel relevantes Fluormangelsyndrom beziehungsweise assoziierte diagnostische Parameter oder fassbare klinische Symptome sind nicht bekannt. Aus diesem Grund besteht von Seiten der WHO kein Wert für einen täglichen Fluoridbedarf (1).

Eine schädigende Wirkung von zu hoher Fluorzufuhr hingegen ist gut belegt:

Chronische Schädigungen im Sinne einer Knochenfluorose sind von Arbeitern bekannt, welche Fluoriden exponiert waren aber auch nach überhöhten Fluoridgaben etwa zu therapeutischen oder prophylaktischen Zwecken. Hierbei entsteht durch eine fluoridbedingte Stimulation der knochenbildenden Zellen (Osteoblasten) eine sogenannte Fluorosteopathie im Sinne einer Osteosklerose mit Vermehrung des Knochengewebes und resultierendem Elastizitätsverlust mit erhöhter Knochenbrüchigkeit. Durch fluoridbedingte Verknöcherung von Bandstrukturen kann es insbesondere im Bereich der Sakroiliakalgelenke durch Verknöcherung nahezu aller Ligamente im Beckenbereich zu einer Beckenverstei-

fung kommen, des Weiteren zu Rippendeformitäten im Sinne zu breiter und zu dicker Rippen sowie zu Wirbelkörper-sklerosierungen (2).

Zu 2.: Eine positive Relevanz einer künstlichen Fluoridzufuhr auf den Knochenstoffwechsel im wachsenden Skelett ist nicht belegt. Ein schädigender Einfluss bei zu hoher Fluoridzufuhr ist gut belegt.

Zu 3.: Wirksame Fluoridspiegel in Bezug auf die Knochengesundheit sind nicht relevant, die Gefahr einer Überdosierung hingegen ist real, weshalb Dosierungsempfehlungen zur Kariesprophylaxe keinesfalls überschritten werden sollten.

Die Zufuhrempfehlung des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BGVV) in einer Stellungnahme zur Kariesprophylaxe liegt für die verschiedenen Altersklassen bei (3):

0 bis 4 Monate 0,25 mg/Tag;
4 bis 12 Monate 0,5 mg/Tag;
1 bis 4 Jahre 0,7 mg/Tag;
4 bis 7 Jahre 1,1 mg/Tag;
10 bis 13 Jahre 2,0 mg/Tag;
13 bis 19 Jahre 3,2 (♂) / 2,9 (♀) mg/Tag;
19 bis 65 Jahre 3,8 (♂)/3,1 (♀) mg/Tag

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Richard Placzek
Universitätsklinikum Bonn Chirurgisches Zentrum
Kinder- und Neuroorthopädie
Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 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.

Das Leser-Forum

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

**Drei-Monats-Koliken –
Baby's erste Migräneattacken?**
von Dr. Michaela V. Bonfert, et al.
KJA 2018, Heft 5, S. 258 ff.



Sehr geehrter Frau Bonfert, mit Interesse habe wir Ihren Artikel über Drei-Monats-Koliken-Babys gelesen.

In unserer pädiatrischen Praxis gibt es natürlich auch die vermehrt schreienden Säuglinge.

Nach Ausschluss einer org. Erkrankung u. ausgiebiger Anamnese (im Einzelfall ergänzt durch Videodiag-

nostik) erfolgt bei uns in der Regel die Unterweisung u. Psychoedukation d. Eltern nach Papousek oder der Entwicklungspsychologischen Beratung (EPB) der Uni Augsburg, wie das auch in den Schreiambulanzen u. den entspr. spezialisierten Frühförderstellen üblich ist.

Bereits nach ein bis zwei Beratungsterminen kommt es eigentlich immer zu einem Rückgang d. Symptome was die Diagnose einer Regulationsstörung bestätigt.

Dieser Symptomenkomplex wird im Artikel nicht angesprochen, auch nicht, dass in Familien dieser Kinder, wie von Papousek festgestellt, überdurchschnittlich häufig eine erhöhte familiäre psychosoz. Belastung bis hin zu Traumatisierungen d. Bezugsperson/en besteht.

Die steigenden Behandlungszahlen von Geflüchteten, die nochmals überdurchschnittlich psychosozial belastet wurden und sind bestätigen uns die wissenschaftlich belegten Ergebnisse und Behandlungsmethoden von Papousek.

Auch in den Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- u. Jugendalter, sowie im Buch Regulationsstörungen von M. Cierpka gibt es klare Strategien für die Behandlung von Schreibabys.

Kein Grund also für eine Intensivierung der Stimulation durch Schaukeln, Stillen und Musik. Diese Strategien haben ja die Eltern vor der Behandlung zur Genüge versucht. Sie kommen dann verzweifelt zur Beratung, weil sich das Kind gewöhnt hat, sich nur noch bei

Anwendung des Stimulus zu beruhigen. Sobald dieser aber fehlt, schreit das Kind umso mehr, sobald es sich an den Stimulus gewöhnt hat, muss er von den Eltern verstärkt werden, um Beruhigung zu bewirken: Stillen wird immer häufiger mit entsprechender unphysiologischer Gewichtsentwicklung, Schaukeln/Wiegen wird immer mehr und stärker... Wenn die Eltern durch Beratung diesen Teufelskreis verstanden haben und die entspr. regulierenden und stimulusreduzierenden Maßnahmen mit der nötigen emotionalen Zuwendung eingesetzt werden, lernt das Säuglingsgehirn sehr schnell sich selbst zu regulieren, immer ohne Analgetika. Die Diagnose einer Migräne ist für uns 5 Sinnetherapeuten dann für immer vom Tisch. Für die Eltern besteht kein Grund mehr, sich über die sehr zukunftsbelastende Diagnose einer Migräne zu Sorgen.

Korrespondenzadresse:

Antje Harks
Staatl. geprüfte Physiotherapeutin
Entwicklungspsychologische Beratung

Dr. med. Klaus Hoffmann
Kinder- und Jugendarzt
Kinder- und Jugendpsychotherapeut
Lehrbeauftragter d. Universität Würzburg
in Kinder- und Jugendarztpraxis
Dr. Hoffmann
Friedhofstr. 1, 97464 Niederwerrn

Stellungnahme zum Leserbrief von Antje Harks und Dr. Klaus Hoffmann

Sehr geehrte Frau Harks, sehr geehrter Herr Dr. Hoffmann, herzlichen Dank für Ihr wichtiges und ausführliches, Praxis-nahes Feedback zu unserem Artikel „Drei-Monats-Koliken – Baby's erste Migräneattacken?“

Der für Eltern immer noch gängigste Begriff „Drei-Monats-Kolik“ sollte selbstverständlich und in jedem Fall in seinem bio-psycho-sozialen Kontext gesehen und verstanden werden – durchaus auch im Sinne des von Ihnen zitierten Konzepts der Regulationsstörung von Mechthild Pa-

pousek – so weit, so bekannt (Papousek M, von Hofacker N (1998). Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. Child Care Health Dev. Sept 24(5); Papousek M (2005). Regulatory disorders in early childhood. Family physician counse-

ling for crying, sleeping and feeding disorders. MMW Fortschr Med. Mar 24;147(12)).

Mit der Veröffentlichung unseres Beitrages wollten wir auf den neuen Aspekt (der nun in mehreren großen Studien wiederholt und unisono formulierten) Assoziation der sogenannten „Drei-Monats-Koliken“ zum Spektrum der Migräne und ihrer zunehmend differenziert abgegrenzten Vorläufer hinweisen. Dieser Aspekt der Migräne – man kann ihn auch unter dem Satz „migraine is a brain state“ zusammenfassen – findet sich auch in der aktuell (2018) abschließend finalisierten Kopfschmerzklassifikation der International Headache Society der ICHD (www.dmkg.de).

Dabei geht es uns gerade nicht darum, schematisch Regulationsstörungen zur Migräne zu „machen“, sondern den entwicklungsneurologisch frühen (früher als bisher üblicherweise gedachten) Beginn der Migräne zu erwähnen. Dass dies dann kein unidirektionales „Schicksal“ zur Migräne ist, untersuchen und publizieren wir in unserer Ar-

beitsgruppe zur kindlichen Migräne der LMU (Albers L, von Kries R, Straube A, Heinen F, Obermeier V, Landgraf MN (2018). Do pre-school episodic syndromes predict migraine in primary school children? A retrospective cohort study on health care data. Cephalalgia Aug 4:333102418791820).

Motto also für die Kinder- und JugendärztInnen:

Migräne-Vorläufer: daran denken – nicht katastrophisieren – richtig interpretieren – nicht, auch nicht zur möglichen späteren Migräne, prophetisieren.

In dem von Ihnen abschließend genannten Punkt müssen wir Ihnen aber mit Nachdruck widersprechen, sie schreiben:

„Die Diagnose einer Migräne ist für uns 5 Sinntherapeuten dann für immer vom Tisch. Für die Eltern besteht kein Grund mehr, sich über die sehr zukunftsbelastende Diagnose einer Migräne zu Sorgen“.

Wenn es eine Migräne – bzw. deren Vorläufer – ist, ist sie eben „nicht vom Tisch“! Sie bleibt eine für >50 % der Kinder mit Migräne stabile und auch im späteren Leben belastende Diagnose (Bigal ME, Lipton R. (2006). Migraine at all ages. Curr Pain Headache Rep (10)).

Unverändert gehört die Migräne weltweit zu den Erkrankungen mit einer hohen „burden of disease“ (Albers L, Straube A, Landgraf MN, Filippopoulos F, Heinen F, von Kries R (2015). Migraine and tension type headache in adolescents at grammar school in Germany - burden of disease and health care utilization. J Headache Pain 16:534.). Unverändert wird sie auch bei uns in Deutschland noch nicht zureichend, noch nicht früh genug und noch nicht richtig diagnostiziert.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Florian Heinen
und Dr. Michaela V. Bonfert
für das Migräne Team der LMU

Red.: Heinen

Welche Diagnose wird gestellt?

Charlotte Eisner

Anamnese

Ein neunjähriges Mädchen wird wegen eines seit mehreren Wochen bestehenden Ulkus^s am linken Oberarm vorgestellt. Im Anschluss an eine BCG-Impfung in Tunesien vor drei Monaten habe sich eine Rötung und Schwellung gebildet. Vor nun circa drei Wochen sei der Tumor „geplatzt“ und es habe sich Eiter entleert. Dem Mädchen, das in Tunesien lebt, geht es ansonsten gut. Kein Fieber, keine Vorerkrankungen, keine Dauermedikation, keine bekannten Allergien. Seit der Ulzeration werden Verbände mit Lavasept[®] (Polihexanid) angelegt.

Untersuchungsbefund

Im Bereich der Außenseite des linken Oberarmes besteht ein 2,5 cm durchmessendes, oberflächliches, ovaläres Ulkus mit geringer Umgebungsrötung. Die betroffene Region ist nicht überwärmt oder druckdolent. Die axillären Lymphknoten sind allenfalls minimal verdickt. Es entleert sich kein Eiter. Die Funktion ist nicht eingeschränkt. Sonografisch zeigt sich eine 2,5 x 0,5 cm durchmessende, gut abgrenzbare, inhomogene, teils hyperperfundierte Läsion innerhalb des subkutanen Fettgewebes ohne Abszedierung. Das CRP ist nicht erhöht.



Abb. 1: Oberflächliches Ulkus an der Außenseite des linken Oberarmes mit leichter Umgebungsrötung.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose

BCG-Ulkus

Die Impfung mit Bacillus Calmette-Guerin (BCG) wurde und wird seit 80 Jahren weltweit durchgeführt und ist damit eine der am weitesten verwendeten (Lebend-) Impfstoffe. Die Vakzine schützt nicht vor der Tuberkulose-Infektion *per se*, aber vor schweren Verläufen wie miliarer Tuberkulose und tuberkulöser Meningitis (1). Sie ist auch wirksam gegen schwere Verläufe der Lepra und des Buruli-Ulkus. Dementsprechend empfiehlt die WHO auch weiterhin eine einmalige Impfung aller Neugeborenen in Ländern mit hohem Tuberkuloserisiko bzw. Risiko für Lepra oder Buruli-Ulkus (2), während die Impfung bereits seit 1998 in Deutschland nicht mehr empfohlen wird.

Die BCG-Impfung wird von den meisten Kindern gut vertragen. Im Verlauf von 2-4 Wochen nach der Impfung entwickelt sich jedoch nicht selten eine nässende Erosion. Lokale Komplikationen in Form einer persistierenden oder ausgedehnten Ulzeration (spätere „BCG-Impfnarbe“) oder in Form von Lymphknotenschwellungen werden ebenfalls häufig beschrieben. Zu BCG-Impfzeiten in Deutschland wurde die Häufigkeit von lokalen Impf-Komplikationen mit 0,3 % bis 1,5 % angegeben (3). BCG-induzierte Infektionen treten mit einer

Häufigkeit von 1:10.000–1:100.000 auf und werden in lokale, regionale, ausgedehnte (multilokuläre) und disseminierte Formen unterteilt (4, 5). Die beiden erstgenannten Formen werden auch als „BCGitis“, die beiden letzteren als „BCGosis“ bezeichnet (1). Bei einer detaillierten Untersuchung von 121 Fällen disseminierter BCG-Infektionen fand sich in 45 Fällen ein schwerer kombinierter Immundefekt (SCID), in 11 eine septische Granulomatose und in 4 Fällen eine HIV-Infektion (6).

Die Wirksamkeit der Impfung nimmt mit dem Alter ab (ca. 50 % bei Schulkindern). Ein weiterer Nachteil der Impfung ist, dass der klassische Hauttest nach einer Impfung positiv ausfällt und deshalb nicht mehr zur Diagnose genutzt werden kann.

Diagnostik

Bei Auftreten eines BCG-Impfulkus ist eine genaue Anamnese erforderlich. Da es sich um eine häufige Nebenwirkung der BCG-Impfung handelt, ist keine weitere Diagnostik erforderlich.

Differenzialdiagnosen

Mögliche Differenzialdiagnosen sind Pyoderma gangraenosum, Strommarke, Verbrennung 3. Grades, oder Strahlen-Ulkus. Alle aufgezählten Differenzialdiagnosen sollten durch die Anamnese auszuschließen sein.

Therapie

Nässende Wunden sollten antiseptisch werden. Bei Abszessen kann eine chirurgische Intervention notwendig sein. Bei einer disseminierten Infektion oder einer Osteomyelitis ist eine antituberkulöse Therapie (INH) indiziert und eine Abklärung möglicher Immundefekte (s.o.) zu veranlassen.

Literaturangaben

1. Ying W et al. Clinical Characteristics and Immunogenetics of BCGosis/ BCGitis in Chinese Children: A 6 Year Follow-Up Study. PLOS One 2014; 9(4): e94485
2. WHO-Position paper on BCG-Vaccination. February 2018. www.who.int/immunization/policy/position_papers/bcg/en/
3. Stephan U et al. BCG-Impfung des Neugeborenen mit dem 131 Kopenhagen-Stamm. Klin Pädiatrie 1986; 198: 295-298
4. Grange JM. Complications of bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccination and immunotherapy and their management. Commun Dis Public Health 1998; 1: 84–88.
5. Hesselting AC et al. Bacille Calmette-Guerin vaccine-induced disease in HIV-infected and HIV-uninfected children. Clin Infect Dis 2006; 42: 548–558
6. Casanova JL et al. Immunological conditions of children with BCG disseminated infection. Lancet 1995; 346: 581.

Korrespondenzadresse:

Dr. Charlotte Eisner
 Abt. Pädiatrische Dermatologie
 und Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
 Red.: Höger

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbelling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

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

(089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@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-gesundheit.de

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

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

Druckauflage 12.367
 lt. IVW II 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

zwei weitere Beisitzer.

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

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

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

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

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

© 2018. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Medizinische Kinderschutzhotline wird weiter gefördert

Seit Juli 2017 ist die Medizinische Kinderschutzhotline aktiv. // Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Pflegekräfte oder Rettungskräfte aus ganz Deutschland können sich hier rund um die Uhr bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung, auch in Not- und Akutsituationen, telefonisch beraten lassen. Unsere Zeitschrift sprach mit Prof. Jörg M. Fegert, Leiter des Kompetenzzentrums in der Medizin, der das Projekt maßgeblich initiiert hat, über die Erfahrungen nach einem Jahr Kinderschutzhotline und über zukünftige Projekte.



Foto: J. Fegert

Beim Fachtag „Beratung und fachlicher Austausch im Kinderschutz“ stellen die Initiatoren der Kinderschutzhotline ihr Projekt im Familienministerium vor

Warum gibt es überhaupt die Kinderschutzhotline? Immerhin gibt das Bundeskinderschutzgesetz Angehörigen der Heilberufe die Möglichkeit, direkt eine sogenannte „insoweit erfahrene Fachkraft“ im Jugendamt vor Ort zu kontaktieren.

Evaluationsberichte zur Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes zeigten, dass dieses Beratungsangebot im medizinischen Bereich nicht hinreichend bekannt ist und nur selten in Anspruch genommen wird. Hierfür lassen sich unterschiedliche Gründe identifizieren. Zum einen wird insbesondere die unterschiedliche Sprache von Fachkräften aus dem medizinischen Bereich und dem Jugendhilfebereich genannt. In ihrer Ausbildung lernen Medizinerinnen und Me-

diziner Befunde sehr kurz und knapp zu erörtern, die von Außenstehenden nicht einfach verstanden werden. Diese Kommunikationsprobleme können Barrieren in einem wirksamen Kinderschutz darstellen, wie auch Auswertungen fatal verlaufener Kinderschutzfälle zeigen. Bei der Auswahl unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Hotline haben wir darauf geachtet, dass diese die Sprachen aus beiden Bereichen kennenlernen, somit haben alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neben ihrer heilberuflichen Ausbildung noch eine Ausbildung als Fachkraft im Kinderschutz, wie sie normalerweise Fachkräfte im Jugendhilfebereich durchlaufen. Die Ärztinnen und Ärzte der Hotline haben eine Facharztweiterbildung in Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

und-psychotherapie oder Rechtsmedizin, bzw. sie befinden sich in der Weiterbildung in diesen Fächern. Damit können unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter quasi als Übersetzer zwischen beiden Systemen fungieren.

Darüber hinaus zeigt sich, dass zwischen beiden Systemen z.T. sehr unterschiedliche Zeitvorstellungen und Taktungen herrschen. In der Medizin sind häufig schnelle Entscheidungen gefragt. Darüber hinaus werden Kinderschutzfälle meist als Unfall dargestellt und außerhalb üblicher Arbeitszeiten in Notfallambulanzen im Notdienst vorgestellt. Insoweit erfahrene Fachkräfte sind außerhalb regulärer Dienstzeiten meist nicht erreichbar. Die Medizinische Kinderschutzhotline schafft hier Abhilfe, indem diese 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche erreichbar ist und eine zeitnahe, niederschwellige, kollegiale Beratung gewährleistet. Sie bietet hier eine bundesweit einheitliche Nummer und kann helfen Ansprechpartner vor Ort zu identifizieren.

Wichtig ist uns darauf hinzuweisen, dass die Medizinische Kinderschutzhotline lokale Hilfestrukturen nicht ersetzen soll und möchte, sondern eine sinnvolle Ergänzung dieser darstellt und häufig zur lokalen Vernetzung beiträgt.

Wer nutzt die Hotline?

Aus dem ersten Jahr Betrieb der Medizinischen Kinderschutzhotline ergibt sich, dass die Medizinische Kinderschutzhotline überwiegend von Ärztinnen und Ärzten aus den Bereichen Kinderheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kontaktiert wird. Eine weitere große Gruppe sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sehr erfreut sind wir auch darüber,

dass fast ein Drittel der Anrufer aus dem Bereich der Erwachsenenmedizin stammt, in dem das Thema Kinderschutz bisher noch weniger Beachtung gefunden hat, aber auch von großer Relevanz ist, hier sei nur das Stichwort „Kinder psychisch kranker Eltern“ genannt. Neben diesen Berufsgruppen wird die Medizinische Kinderschutzhotline durch eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen aus dem medizinischen Bereich frequentiert.

Mit welchen Anliegen?

Zum Teil sind dies einfache Fragen nach dem Procedere, zum Teil auch sehr komplexe differentialdiagnostische Fragen von Kinderschutzgruppen, die das Anliegen mit einer erfahrenen, außenstehenden Person kollegial diskutieren möchten. Anrufe betreffen häufig das weitere Vorgehen, aber auch die Vorbereitung und Gesprächsführung mit Eltern oder Bezugspersonen, die Identifikation von Ansprechpartnern vor Ort, rechtliche Fragen etwa zum Thema Schweigepflicht sowie Fragen zu Befunden und zur Dokumentation. Der überwiegende Teil der Anrufer – über 90 Prozent – bewertet, am Telefon gefragt, die Beratung als hilfreich oder sehr hilfreich.

Besteht zum Thema Kinderschutz noch Fortbildungsbedarf?

Aus der Arbeit der Medizinischen Kinderschutzhotline geht klar hervor, dass noch Fortbildungsbedarf im Bereich Kinderschutz besteht. Die Medizinische Kinderschutzhotline kann als Ohr an der Praxis fungieren und aufgrund der Anliegen Themen zum Weiterbildungsbedarf identifizieren. In Kooperation mit unseren E-Learningprogrammen haben wir die

Möglichkeit, die identifizierten Themen direkt aufzuarbeiten und in unsere Programme mit einzupflegen, sodass wir hier eine wünschenswerte Feedbackschleife etabliert haben. Das Thema Kinderschutz stellt keinen Pflichtteil in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern dar. Weiter- und Fortbildungsprogramme, wie etwa unsere E-Learningprogramme sind daher von großer Bedeutung.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) will die Medizinische Kinderschutzhotline (0800/1921000) über 2019 hinaus für weitere drei Jahre finanziell fördern.

Was werden Sie mit dem Geld tun?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezahlen, denn der Schichtdienst rund um die Uhr ist aufwändig. Wir wollen auch das Angebot auf medizinische Verständnisfragen aus der Jugendhilfe ausweiten. Darüber hinaus ist es natürlich auch wichtig, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich weiterzubilden, um eine gleichbleibend hohe Qualität der Beratung zu gewährleisten. Personelle Fluktuation, z.B. aufgrund von Schwangerschaften, macht es notwendig, weiteres Personal zu schulen, um eine ausreichende Personaldecke aufzubauen und den Betrieb der Hotline nicht zu gefährden. Die Investition in die Weiterbildung von Personal ist für uns von doppeltem Nutzen: dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Wissen zum einen an der Hotline weitergeben aber zum anderen in ihrer klinischen Tätigkeit vor Ort anwenden.

Darüber hinaus basiert der Erfolg der Medizinischen Kinderschutzhotline auf der Bekanntheit des Angebots. Deswegen

ist ein weiteres Anliegen, mittels wissenschaftlicher Publikationen und Informationsmaterial fortlaufend für das Thema Kinderschutz zu sensibilisieren und den Bekanntheitsgrad der Medizinischen Kinderschutzhotline weiter zu steigern.

Wie können insbesondere Kinder- und Jugendärzte von der Hotline profitieren?

Kinder- und Jugendärzte sind häufig die ersten, die Verdacht schöpfen. Gerade Fragen im Kinderschutz führen aber vielfach zu Unsicherheiten. Die Medizinische Kinderschutzhotline bietet eine zeitnahe, kollegiale und niederschwellige Beratung durch Medizinerinnen und Mediziner, die die Situation von Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzten kennen und schnell erfassen können. Die Beratung durch die Medizinische Kinderschutzhotline zielt darauf ab, Handlungssicherheit herzustellen und damit zu einem effektiveren Kinderschutz beizutragen.

Die Kinderschutzhotline
 Betrieben wird die Medizinische Kinderschutzhotline vom Universitätsklinikum Ulm zusammen mit dem DRK-Klinikum Berlin-Westend und dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg. Parallel zum Angebot der Medizinischen Kinderschutzhotline ist dank einer Förderung durch das BMG die Teilnahme an einer kostenfreien Online-Fortbildung zum Thema „Kinderschutz in der Medizin“ möglich (<https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/>).

ReH

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.

„Ein bisschen Neukölln ist überall“

Gespräch mit Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey am 20.8.2018 in Berlin // Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte uns in ihr Büro in das Ministerium in Berlin-Mitte eingeladen. Wir wollten mit ihr über die geplante Kinder- und Jugendhilfe-Reform, Kinderschutz und viele weitere aktuelle Themen sprechen.

Am Gespräch nahmen von Seiten des Ministeriums die Ministerin Dr. Franziska Giffey, ihr persönlicher Referent Niklas Förster sowie Bettina Zötsch aus der Abteilung Rechtsfragen der Kinder- und Jugendhilfe teil. Den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte vertraten Präsident Dr. Thomas Fischbach, Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter, Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Sprecherin des Ausschusses Kind, Schule und öffentlicher Gesundheitsdienst des BVKJ sowie Vertreterin des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) u.a. im NZFH) sowie Kathrin Jackel-Neusser aus dem Hauptstadtbüro des BVKJ.

Zunächst stellten die Dres. Fischbach, Peter und Trost-Brinkhues die Arbeit des BVKJ und dessen Einsatz für Kinder und Jugendliche sowie deren Aufwachbedingungen vor. Aufmerksam hörte die Ministerin sich die Schilderung des Zusammenhangs von Bildungs- und Einkommensarmut einerseits und Gesundheitsproblemen andererseits an: ein Zusammenhang, der aktuell erst wieder durch die Studie der DAK und die KiGGS-Studien belegt wurde. Auch das Engagement des BVKJ im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde erläutert. Dr. Sigrid Peter kritisierte, dass Frühe Hilfen vor allem im Osten und auf dem Land teilweise sehr schlecht ausgestattet seien. Dr. Gabriele Trost-Brinkhues konstatierte diese Schlechterstellung auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD): „Der Geldbeutel der einzelnen Kommunen entscheidet – trotz klarer gesetzlicher Vorgaben – über die Ausstattung des ÖGD, was ebenfalls zu sehr ungleichen Bedingungen führt.“

Die Ministerin gab zu erkennen, dass sie die Probleme von ihrer Arbeit als Be-

zirksbürgermeisterin in Neukölln kennt. Dort seien die Probleme zwar besonders gravierend, aber die Ministerin betonte, soziale Probleme gebe es bundesweit: „Ein bisschen Neukölln ist überall.“

Zwischen dem BVKJ und der Ministerin bestand große Einigkeit, dass der Staat insbesondere benachteiligte Kinder bzw. diejenigen Minderjährigen, die nicht adäquat von ihren Eltern versorgt werden,



nur dann gut betreuen und fördern kann, wenn ausreichend in die Ressourcen von Krippen, Kitas und Schulen investiert wird. In Qualität zu investieren koste aber Geld, das dann auch zur Verfügung gestellt werden müsse, betonten beide Seiten.

Dr. Peter erläuterte das Konzept von wohnortnahen, niedrigschwelligen Familienzentren mit Säuglingspflege-Beratung, Mütterberatung, Angeboten zu guter Ernährung und Schuldnerberatung u.v.m. „Wir wissen: Jeder investierte Euro zahlt sich später vielfach aus“, so Dr. Peter.

Kritik an der bisherigen Umsetzung der „Inklusiven Lösung“

Erneut ging es dann um die Forderung des BVKJ nach einer abschließenden Behandlung der Inhalte des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG). Zur Erinnerung: das Gesetz wurde im Bundestag verabschiedet, aber nach zwei Verschiebungen im Bundesrat in der letzten Legislaturperiode nicht mehr im Bundesrat behandelt. Dr. Fischbach teilte der Ministerin mit, dass der BVKJ die im Gesetzentwurf des Bundeskabinetts zum KJSG enthaltenen zahlreichen Verbesserungen zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen sehr begrüßt hätte. So sah das KJSG u.a. vor, dass es künftig bei Kinderschutzfällen Rückmeldungen über den weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung an die betreuenden Ärzte geben sollte sowie eine Stärkung der Rechte von Pflegekindern.

Dr. Fischbach forderte in diesem Zusammenhang, dass auch eine bessere Honorierung der Pädiater für die Netzwerkarbeit in Frühen Hilfen/Kinderschutzfällen notwendig sei. Dr. Trost-Brinkhues verwies im Zusammenhang mit der Novellierung des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfereform, auch als „Inklusive Lösung“ bezeichnet) darauf, dass hier auch weiterhin die Fachärzte als Gutachter eingebunden werden müssten: „Eine ICF-Begutachtung können nicht alle, nicht einmal alle Mediziner, sondern nur darauf spezialisierte Kolleginnen und Kollegen!“

Die Ministerin äußerte für die genannten Punkte viel Verständnis und stellte in Aussicht, dass der BVKJ bei der Reform weiterhin eng einbezogen werde. Allerdings rechne sie nicht damit, dass

es eine Mehrheit für das KJSG im Bundesrat geben werde, die Inhalte sollten aber umgesetzt werden. Dazu werde es ab September (Termin stand am 20.8. noch nicht fest!) ein neues Beteiligungsverfahren geben, das wiederum ein Jahr dauern solle. Auch hier sei der BVKJ natürlich weiter an Bord. Ärgerlicherweise müsse wegen einer schlechten Umsetzung bei dem Verfahren wieder von vorn begonnen werden, so die Ministerin. Gerade die Widerstände gegen noch mehr Inklusion seien sehr hoch. Hier bremsten aber auch die SGB VIII-Dienstleister, die Angst vor den möglichen Konsequenzen, genauer gesagt: Umsatzverlusten hätten.

Für das Bildungs- und Teilhabegesetz sei es das Ziel der Ministerin, den einen Euro Zuzahlung für das Mittagessen abzuschaffen, da hierdurch viele Kinder kein Mittagessen erhielten.

Kinderrechte und frühkindliche Bildung auf der Agenda

Dr. Fischbach stellte den Einsatz des BVKJ für die Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz vor. Hier betonte die Ministerin, die Aufnahme werde erfolgen, gegenwärtig würde aber noch „um jeden Halbsatz gekämpft“, viele Familienverbände fürchteten sich massiv vor dem Verlust von Elternrechten, was aber völlig unnötig sei.

Ministerin Giffey bekräftigte, dass sie die neue Aufgabe als Ministerin angenommen habe, um vor allem im Bereich der frühkindlichen Bildung und Förderung viel zu erreichen. „Mehr Qualität in Kitas ist ein Thema von nationaler Bedeu-

Zur Person

Die in Frankfurt (Oder) geborene Dr. Franziska Giffey ist mit 40 Jahren noch eine junge Ministerin, auf der die Hoffnungen liegen, nicht nur Familien, Senioren, Frauen und Jugendliche, sondern auch den Osten Deutschlands im Bundeskabinett zu vertreten.

Ein kurzer Blick auf ihre Vita:

Nachdem Giffey ein Lehramtsstudium der Fächer Englisch und Französisch begonnen hatte, sie dieses aber wegen Kehlkopfmuskelschwäche beenden musste und nicht Lehrerin werden konnte, studierte sie Verwaltungsrecht an der Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege Berlin. Nach dem Abschluss ihres Studiums arbeitete Giffey von 2001 bis 2002 im Büro des Bezirksbürgermeisters von Treptow-Köpenick. Neben ihrer beruflichen Tätigkeit in der Berliner Kommunalverwaltung absolvierte Giffey von 2003 bis 2005 ein Master-Studium im Fach Europäisches Verwaltungsmanagement. 2003 arbeitete sie in diesem Rahmen bei der Vertretung des Landes Berlin bei der Europäischen Union in Brüssel und 2005 bei der Parlamentarischen Versammlung des Europarates in Straßburg. Von 2005 bis 2010 absolvierte Giffey nebenberuflich ein Promotionsstudium in Politikwissenschaft am Otto-Suhr-Institut der Freien Universität Berlin, von 2015 bis 2018 war sie Bezirksbürgermeisterin des Berliner Bezirks Neukölln.

Giffey gilt als bodenständig und zugewandt. Privat lebt sie mit ihrem Ehemann, einem Tierarzt, und ihrem 2009 geborenen Sohn zusammen. Die Eltern teilen sich die Erziehung.

tung“, so die Ministerin, die ihr „Gute-Kita-Gesetz“ vorgestellt hatte. Sie betonte außerdem, dass sie endlich einen Ganztagsanspruch auch für Schulen schaffen wolle und eine Fachkräfteoffensive mit einer adäquaten Erziehervergütung in Angriff nehmen wolle.

Einigkeit beim Thema Kinderernährung

Beim Thema „Bessere Ernährung“ bestand viel Einigkeit. Als problematisch wurde hier vor allem die Verdreifachung des Anteils adipöser Minderjähriger aus sozial benachteiligten Schichten gesehen.

Eine flächendeckende gesunde Ernährung in Kitas und Schulen wurde sowohl von der Ministerin als auch von den BVKJ-Vertretern als einzig sinnvolles Vorgehen erachtet. Gezuckerte Schulmilch müsse verboten werden, waren sich alle einig.

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser

Politische Referentin des BVKJ

Chausseestr. 128/129

10115 Berlin

E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: ReH

Aus der Kinderkommission des Deutschen Bundestages

<https://www.bundestag.de/kiko>

Keine Zahlen über Mobbing an Schulen

Die Bundesregierung verfügt über keine eigenen Erkenntnisse, wie viele Schüler in Deutschland in den vergangenen fünf Jahren von Mobbing und Gewalt betroffen waren. Dies teilt sie in ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die

Grünen mit. Dies läge in der Zuständigkeit der Länder für das Schulwesen. Aktuelle Studien wie die FORSA-Erhebung aus dem Jahr 2016 unter 1.200 Schulleitungen an allgemeinbildenden Schulen hätten gezeigt, dass es an jeder zweiten Schule direkte psychische Gewalt gegen

Lehrer und an jeder vierten Schule körperliche Gewalt gegen Lehrer sowie Cybermobbing gebe.

Red.: WH

Kinderarmut deutlich höher als gedacht

4,4 Millionen Kinder sind nach Berechnungen des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) betroffen – Dunkelziffer liegt bei 1,4 Millionen // Es ist ein Armutszeugnis für ein reiches Land: Etwa 4,4 Millionen Kinder in Deutschland sind von Armut betroffen – rund 1,4 Millionen mehr, als in der Öffentlichkeit bisher bekannt. Das haben Berechnungen des Kinderschutzbundes (DKSB) aufgrund vorliegender Zahlen ergeben. Der DKSB fordert die Bundesregierung auf, mit konkreten Maßnahmen und Reformen gegen Kinderarmut vorzugehen.



dem nicht mit anderen Leistungen aufstocken.

„Oft liegt es daran, dass die Eltern mit den bürokratischen Abläufen überfordert sind oder sich schlichtweg dafür schämen“, sagt DKSB-Präsident Heinz Hilgers. „Diese Zahlen könnte die Bundesregierung auch klar nennen, aber das will sie offenbar nicht.“

Bei einzelnen Leistungen ist die Nicht-Beantragung sogar noch deutlich höher und liegt bei bis zu 70 Prozent, wie das Bundesfamilienministerium in seinem Familienreport 2017 für den Kinderzuschlag einräumt (<https://www.bmfsfj.de/blob/119524/f51728a14e3c91c3d8e-a657bb01bbab0/familienreport-2017-data.pdf>). Diesen nehmen nur 30-40 Prozent der Berechtigten in Anspruch. Davon betroffen sind mindestens weitere 350.000 Kinder unter 18 Jahren. Dazu kommen theoretisch auch noch nicht abgerufenes Wohngeld beziehungsweise nicht in Anspruch genommene SGB-XII-Leistungen, gesicherte Aussagen darüber liegen aber nicht vor.

„Zählen wir alles zusammen, kommen wir konservativ gerechnet auf eine Dunkelziffer von 1,4 Millionen Kindern. Alle diese Kinder sind offiziell nicht arm, doch sie fallen durch das Raster unseres Sozialstaates, weil der Dschungel der Leistungen für viele Eltern undurchdringlich ist“, sagt Heinz Hilgers. „Wir fordern die Bundesregierung auf, energisch dagegen vorzugehen, wenn sie sich nicht dem Verdacht aussetzen will, die nicht in Anspruch genommenen Leistungen schon

im nächsten Haushaltsplan fest einzukalkulieren – auf der Habenseite.“

Werden zustehende Leistungen nicht abgerufen, ist das für die betroffenen Kinder doppelt ungünstig, denn dann fallen auch die Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket weg.

Der Kinderschutzbund fordert deshalb:

- Kurzfristig muss bei der jetzt anstehenden und im Koalitionsvertrag verankerten Reform des Kinderzuschlags im Mittelpunkt stehen, dass jedes Kind, das Anspruch auf diese Leistung hat, diese auch erhält.
- Eine Reform des Kinderzuschlags muss mit der Reform des Bildungs- und Teilhabepakets flankiert werden. Nur mit einer Anhebung kann z.B. der Schulbedarf von Kindern sichergestellt werden. Die dafür notwendigen Mittel müssen verbindlich im Bundeshaushalt eingestellt werden.
- Perspektivisch fordert der DKSB jedoch gemeinsam mit 13 Verbänden und wissenschaftlichen Unterstützer*innen die Einführung einer einfachen und unbürokratischen Kindergrundsicherung, die eine Vielzahl von Leistungen zusammenfasst und sich an neu berechneten tatsächlichen Bedarfen von Kindern orientiert. Weitere Informationen dazu gibt es auf: www.kinderarmut-hat-folgen.de.

Für 3 Millionen Kinder zahlt der Staat Sozialleistungen, damit ihr Existenzminimum gesichert ist. Zählt man aber auch diejenigen Familien hinzu, die Anspruch auf Hartz IV, Kinderzuschlag oder Wohngeld haben, dies aber nicht nutzen, ist die Zahl der in Armut lebenden Kinder noch deutlich höher. Denn viele Familien beantragen Leistungen erst gar nicht, die ihnen aufgrund ihres geringen oder fehlenden Einkommens eigentlich zustehen.

Genauer geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage von Bündnis 90/ Grüne vom 18.6.2018 hervor. Ergänzende Leistungen bei Erwerbstätigkeit, sogenannte „aufstockende“ Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Hartz IV), nehmen geschätzt nur ca. 50 Prozent der tatsächlich Berechtigten in Anspruch. Das betrifft rund 850.000 Kinder unter 18 Jahren, die bislang nicht als arm galten. Dazu kommen nach Berechnungen des Kinderschutzbundes noch mal 190.000 Kinder, deren Eltern nicht erwerbstätig sind und trotz-

Zusammenstellung nach einer Pressemitteilung des Deutschen Kinderschutzbundes vom 22.08.2018:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Kita-Ausbau

Mehr Personal, mehr U-3-Kinder, aber Kluft zwischen Ländern bleibt // Die Kita-Qualität verbessert sich, die Unterschiede zwischen den Ländern bleiben enorm. Wie groß das Gefälle zwischen und innerhalb der Bundesländer ist, zeigt der am 28. August veröffentlichte neue Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme der Bertelsmann Stiftung. Für faire Bildungschancen und gleichwertige Lebensverhältnisse braucht es jedoch bundeseinheitliche Standards und eine dauerhafte sowie ausreichende Finanzbeteiligung des Bundes.

Die Qualität von Kitas hat sich – gemessen an den Personalschlüsseln und der Leitungsausstattung – im bundesweiten Mittel in den vergangenen Jahren verbessert. Am 1. März 2012 war eine pädagogische Fachkraft in Krippen rein rechnerisch noch für 4,8 ganztagsbetreute Kinder zuständig, am 1. März 2017 waren es 4,3 Kinder. In Kindergartengruppen verantworteten Erzieherinnen und Erzieher 2012 die Förderung von 9,8 Kindern, im Jahr 2017 waren es nur noch 9,1 Kinder. Merkwürdig verbessert hat sich auch der Anteil der Kitas, die über Personalressourcen für die Einrichtungsleitung verfügen. Demnach gaben 2014 noch 17 Prozent der Kitas an, keine Zeit für Leitungsaufgaben zu haben, 2017 waren es nur rund elf Prozent. Gleichzeitig stieg die Zahl der betreuten unter Dreijährigen zwischen 2012 und 2017 um 36 Prozent.

Zwischen Ost- und Westdeutschland große Qualitätsunterschiede

Trotz des quantitativen und qualitativen Ausbaus in den vergangenen Jahren bleiben die immensen Qualitätsunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen – besonders im Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland. So kamen im Osten 2012 6,4 Kinder auf eine Krippenfachkraft, im Westen hingegen 3,9. Fünf Jahre später waren es in den neuen Bundesländern durchschnittlich 6,0 Kinder, im Westen 3,6. Nicht anders sieht es in den Kindergärten aus: Während in Ostdeutschland im Jahr 2012 12,8 Kinder auf eine Erzieherin kamen, waren es im Westen 9,2 Kinder. Fünf Jahre später waren es im Osten 11,9 und im Westen 8,4 Kindergartenkinder. Die Zahlen müssen allerdings vor dem Hintergrund gewertet werden, dass in Ostdeutschland tradi-



Foto: © Dimitriy - Fotolia.com

tionell deutlich mehr Kinder unter drei Jahren in Krippen betreut werden. Jörg Dräger, Vorstand der Bertelsmann Stiftung, fasste die Ergebnisse zusammen: „Die Kita-Qualität hat sich bundesweit verbessert – die Kluft zwischen Ost- und Westdeutschland ist allerdings geblieben.“ Zudem stagniere seit zwei Jahren die Ausbaudynamik. Seit 2015 hat sich in elf Bundesländern im Krippenbereich der Personalschlüssel nicht weiter verbessert.

Ohne Nachbesserung verschärft das Gute-Kita-Gesetz die Qualitätskluft

Die Bundesregierung will mit dem Gute-Kita-Gesetz die Qualität der Einrichtungen verbessern und gleichwertige Lebensverhältnisse herstellen. Genau das scheint der aktuelle Gesetzesentwurf allerdings nicht einzulösen. Es drohe, so Dräger, eine Verschärfung der Situation. Das Gesetz sähe zwar eine Vielzahl von

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vor, definiere allerdings keine bundeseinheitlichen Standards. Dräger forderte die Bundesregierung deshalb auf, nachzubessern. „Ohne bundesweit einheitliche und gesetzlich geregelte Standards bleibt der Flickenteppich bei der Kita-Qualität.“

Die derzeit geplante Verteilung der Bundesmittel im Gute-Kita-Gesetz über das Finanzausgleichsgesetz berücksichtigt nicht die Zahl der betreuten Kinder. Dadurch werden jene Länder mit vielen Kindern in Kitas und Kindertagespflege benachteiligt, traditionell ist das Ostdeutschland. Die Bertelsmann Stiftung schlägt deshalb vor, die Bundesmittel gemessen an der Anzahl der Kinder in Kindertagesbetreuung zu verteilen. Die ostdeutschen Länder würden danach 2021 und 2022 jährlich 449 Millionen Euro erhalten. Damit würden rund 14 Prozent des jährlichen Finanzbedarfs für bessere Personalschlüssel und Leitungsausstattung abgedeckt.

Bundesweite Standards in Bund-Länder-Vereinbarungen verankern

Bund und Länder sollten sich in den anstehenden Verhandlungen, so Dräger, „auf eine Verbesserung der Personalschlüssel und Leitungsausstattung konzentrieren.“ Nur so ließen sich bundesweit einheitliche Bildungschancen und faire Arbeitsbedingungen für die Fachkräfte unabhängig vom Wohnort erreichen. Den Fokus auf die Beitragsfreiheit zu richten, wie es derzeit viele Bundesländer tun, hält Dräger „für ein falsches Signal.“ Die bereits für den Qualitätsausbau zu geringen Mittel des Bundes sollten nicht für eine Abschaffung von Kitabeiträgen eingesetzt werden, sondern vielmehr für eine Befreiung der Familien unterhalb der Armutrisikogrenze.

Für 2021 und 2022 ist eine jährliche Zuwendung des Bundes von rund zwei Milliarden Euro vorgesehen. Um allerdings einen qualitativ hochwertigen Ausbau der Kitas zu stemmen, sind jährlich insgesamt 8,7 Milliarden Euro nötig. Zudem besteht ab 2023 keine gesicherte Bundesfinanzierung. Dies lässt offen, ob sich die Bun-

Grundlage des jährlich aktualisierten Ländermonitorings Frühkindliche Bildungssysteme sind Auswertungen von Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik und weiteren amtlichen Statistiken. Stichtag für die Datenerhebung war der 1. März 2017. Die Berechnungen wurden von der Bertelsmann Stiftung durchgeführt.

Infos zu den aktuellen Daten und Fakten zu den frühkindlichen Bildungssystemen mit den Länderprofilen: www.laendermonitor.de.

Infos zu den Länderprofilen für jedes Bundesland über: www.laendermonitor.de/laenderprofile. Zuletzt hat die Bertelsmann Stiftung die Kosten für eine komplette Beitragsfreiheit im ElternZOOM 2018 berechnet.

Der Personalschlüssel sowie die Leitungsausstattung sind zwei zentrale strukturelle Qualitätsmerkmale von Kitas. Nach Empfehlung der Bertelsmann Stiftung sind für eine gute Kita auch Standards für berufsbegleitende Beratung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte und eine gute Mittagsverpflegung wichtig. Die Bertelsmann Stiftung empfiehlt für eine kindgerechte frühkindliche Bildung in Krippen einen Personalschlüssel von 1 zu 3 und in Kindergärten von 1 zu 7,5. Für eine angemessene Leitungsausstattung wird für jede Einrichtung eine Grundausstattung von 20 Wochenstunden plus 0,35 Stunden pro rechnerisch ganztagsbetreuten Kind empfohlen. Auf Basis dieser Standards sind die erforderlichen Mittel für den Qualitätsausbau berechnet worden.

desländer überhaupt dauerhaft auf eine Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen verpflichtet oder die Mittel eher in kurzfristige Maßnahmen investieren. Dräger sieht den Bund in der Pflicht, die Finanzzusagen langfristig zu sichern.

„Die Länder brauchen eine dauerhafte und auskömmliche finanzielle Perspektive, um die Kita-Qualität zu verbessern.“

Red.: ReH

Jugendämter haben 2017 häufiger geprüft, aber weniger Kindeswohlgefährdungen festgestellt

Die Jugendämter in Deutschland führten im Jahr 2017 rund 143 300 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls (Gefährdungseinschätzungen) durch. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) am 13.9. weiter mitteilte, entsprach dies einem Anstieg um 4,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Trotz steigender Zahl der Verfahren wurden 2017 etwas weniger Kindeswohlgefährdungen festgestellt als 2016 (-0,1 %), nämlich gut 45 700 Fälle.

Von allen durchgeführten Verfahren bewerteten die Jugendämter rund 21 700 im Jahr 2017 eindeutig als Kindeswohlgefährdungen („akute Kindeswohlgefährdung“). Hier gab es gegenüber dem Vorjahr einen leichten Anstieg um 0,6 Prozent. Bei knapp 24 100 Verfahren (-0,6 %) konnte eine Gefährdung des Kindes nicht

ausgeschlossen werden („latente Kindeswohlgefährdung“). Die Jugendämter sind verpflichtet, bei akuten und latenten Kindeswohlgefährdungen – zunächst mit Unterstützung und Hilfeangeboten – einzugreifen. Sind die Eltern nicht in der Lage oder bereit zu kooperieren, entscheidet das Familiengericht. In rund 48 900 weiteren Fällen (+5,0 %) kamen die Fachkräfte des Jugendamtes zu dem Ergebnis, dass zwar keine Kindeswohlgefährdung, aber ein weiterer Hilfe- oder Unterstützungsbedarf vorlag. In fast ebenso vielen Fällen (48 600) wurde weder eine Kindeswohlgefährdung noch weiterer Hilfebedarf festgestellt (+9,1 %).

Die meisten der rund 45 700 Kinder, bei denen eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung vorlag, wiesen Anzeichen von Vernachlässigung auf (60,8 %). In 29,6 Pro-

Kindeswohlgefährdung

Eine Kindeswohlgefährdung liegt vor, wenn eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes droht oder bereits vorliegt. Erhält das Jugendamt Kenntnis davon, so hat es im Rahmen seines Schutzauftrags Gefährdungsrisiko und Hilfebedarf unter Beteiligung verschiedener Fachkräfte abzuschätzen (§ 8a SGB VIII).

zent der Fälle wurden Anzeichen für psychische Misshandlungen festgestellt wie beispielsweise Demütigungen, Einschüchterung, Isolierung und emotionale Kälte. Etwas seltener (26,0 %) wiesen die Kinder Anzeichen für körperliche Misshandlung

auf. Anzeichen für sexuelle Gewalt wurden in 4,5 Prozent der Fälle von Kindeswohlgefährdung festgestellt. Mehrfachnennungen waren hierbei möglich.

Kleinkinder waren bei den Verfahren besonders betroffen

Die Gefährdungseinschätzungen wurden ungefähr gleich häufig für Jungen und Mädchen durchgeführt. Kleinkinder waren bei den Verfahren besonders betroffen: Fast jedes vierte Kind (23,2%),

für das ein Verfahren durchgeführt wurde, hatte das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet. Drei- bis fünfjährige Kinder waren wie im Vorjahr von einem Fünftel (19,2%) der Verfahren betroffen. In 22,6 Prozent der Fälle waren es Kinder im Grundschulalter (6 bis 9 Jahre). Mit zunehmendem Alter nehmen die Gefährdungseinschätzungen wieder ab: Kinder im Alter von zehn bis 13 Jahren hatten einen Anteil von 19,3 Prozent an den Verfahren, Jugendliche von 14 bis 17 Jahren einen Anteil von 15,7 Prozent.

Am häufigsten machten Polizei, Gericht oder Staatsanwaltschaft das Jugendamt auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung aufmerksam, und zwar bei 23,4 Prozent der Verfahren. Bei 13,5 Prozent kamen die Hinweise von Schulen oder Kindertageseinrichtungen, bei 11,2 Prozent waren es Bekannte oder Nachbarn. Gut jeden zehnten Hinweis (10,6%) erhielten die Jugendämter anonym.

Red.: ReH

Wenn das Elternhaus krank macht

Neuer Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit untersucht Familiengesundheit mit Daten von fast 600.000 Jungen und Mädchen // Karies, Übergewicht, Sprachstörungen – bei diesen Diagnosen gibt es enge Zusammenhänge zwischen Elternhaus und Kindergesundheit. In Familien mit niedrigem Bildungsstatus sind Jungen und Mädchen bis zu dreimal häufiger von bestimmten Erkrankungen betroffen als Kinder akademisch gebildeter Eltern. Das zeigt der neue Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit, für den die Krankenkasse Versichertendaten von fast 600.000 Kindern und 430.000 Eltern ausgewertet hat. Laut Studie sind 90 Prozent aller Kinder wenigstens einmal im Jahr beim Arzt oder im Krankenhaus. Jedes vierte Kind ist körperlich und jedes zehnte psychisch chronisch krank. Für die Versorgung aller Minderjährigen gibt die Kasse im Jahr 527 Millionen Euro aus. Die Hälfte der Kosten entfiel auf nur drei Prozent der versicherten Kinder.

„Gesundheitliche Ungleichheit größer als gedacht“

„Wenn das Elternhaus krank macht, hängt die Diagnose der Kinder oft mit dem Lebensstil von Mutter oder Vater zusammen“, sagte DAK-Vorstand Andreas Storm bei der Vorstellung der Studie am 28. August. „Die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Familien ist größer als gedacht. Es gibt nachweislich erhöhte Risiken für benachteiligte Kinder.“

Die Unterschiede je nach Bildungsstatus der Eltern werden zum Beispiel bei Adipositas deutlich: Kinder von Eltern ohne Ausbildungsabschluss sind im Alter zwischen fünf und neun Jahren bis zu 2,5-mal häufiger von Fettleibigkeit betroffen als Kinder von Akademikern. Laut DAK-Report haben von 1.000 Kindern bildungsarmer Eltern 52 ein krankhaftes Übergewicht – bei Akademikerkindern



sind es nur 15 Jungen und Mädchen von 1.000. Bei Zahnkaries gibt es in bildungsarmen Familien 2,8-mal so viele Fälle wie beim Nachwuchs von Akademikern. Bei

Entwicklungsstörungen wie Sprach- und Sprechproblemen sind Kinder von Eltern ohne Ausbildungsabschluss 45 Prozent häufiger betroffen. Ein ähnliches Bild

zeigt sich bei Verhaltensstörungen wie der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) mit einem Unterschied von 44 Prozent.

Die DAK-Studie zeigt ferner den Einfluss des sozioökonomischen Familien-Hintergrundes auf die Art der Gesundheitsversorgung. Kinder bildungsarmer Eltern haben bis zu 68 Prozent mehr Krankenhausaufenthalte und bekommen bis zu 43 Prozent mehr Arzneimittel verschrieben als Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss. Im direkten Vergleich haben die Bildungseinflüsse der Familie deutlich größere Auswirkungen auf die Kindergesundheit als zum Beispiel Einkommensunterschiede.

Erhöhte Gesundheitsgefahr für Kinder suchtkranker Eltern

Darüber hinaus gibt es Zusammenhänge mit bereits in der Familie vorliegenden Gesundheitsproblemen. Kinder suchtkranker Eltern sind nach der Untersuchung besonders gefährdet. Laut DAK-Report ist der Anteil von psychischen Erkrankungen bei Kindern aus Suchtelternhäusern stark erhöht. Bei ihnen sind Depressionen um 80 Prozent häufiger als bei unbelasteten Kindern, ADHS um 70 Prozent und Schulangst um 50 Prozent. Acht Prozent aller DAK-versicherten Kinder hatten 2016 mindestens einen Elternteil mit einer ärztlich behandelten Suchterkrankung.

527 Millionen Euro für Kinder und Jugendliche

Im Jahr 2016 gab die DAK-Gesundheit rund 527 Millionen Euro für die Behandlung der bei ihr versicherten Kinder aus. Davon entfielen 34 Prozent auf Kliniken, 28 Prozent auf niedergelassene Ärzte, 21 Prozent auf Arzneimittel und 15 Prozent auf Heil- und Hilfsmittel. Reha-Leistungen machten mit zwei Prozent den kleinsten Teil der Ausgaben aus. Umgerechnet auf alle versicherten Jungen und Mädchen zahlt die Kasse am meisten für Säuglinge. Sie benötigen im Durchschnitt pro Kopf und Jahr rund 1.600 Euro.

Kinder- und Jugendärzte begrüßen DAK-Report

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte begrüßt den Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit und bestätigt einen großen Teil der Ergebnisse. „Wir erleben die unselige Allianz zwischen Bildungsarmut und Krankheitslast täglich in unseren Praxen“, so Präsident Dr. Thomas Fischbach. „Wir brauchen einen ganzheitlichen Ansatz, damit die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen geschützt wird. Deshalb unterstützen wir die Forderung nach einer Bildungsoffensive, um das Thema Gesundheit gezielt in die Kitas und Schulen zu transportieren.“ Auf Grundlage des Reportes wollen die DAK-Gesundheit



und der Verband die bestehende Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiter optimieren.

Die DAK-Gesundheit wird parallel ihre Prävention an Schulen intensivieren. So soll die Präventionskampagne „fit4future“ mit der Cleven-Stiftung mit bislang 2.000 teilnehmenden Grundschulen und 600.000 Schülern ausgeweitet werden. Außerdem bietet die Kasse für Eltern im Internet neue Kurse zu den Themen Ernährung und Fitness an. Infos dazu unter: www.dak.de/dakonline-coaching

Red.: ReH

Die DAKJ informiert

Deutscher Bundestag berät Petition der DAKJ zur Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten abschließend und gibt die Petition den Fraktionen des Bundestages zur Kenntnis

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) hat 2015 eine Petition für die Einsetzung eines „Kinder- und Jugendbeauftragten beim Deutschen Bundestag“ veröffentlicht. Bundesweit hatten sich der Petition mehr als 116.000 Unterstützer angeschlossen, eine der höchsten Unterstützerzahlen, die jemals von einer Peti-

tion beim Deutschen Bundestag erreicht wurde.

Der Petitionsausschuss hat eine Experten-Anhörung durchgeführt und betonte die Notwendigkeit, das körperliche, geistige und seelische Wohl der Kinder und Jugendlichen zu fördern und bestehende oder zukünftig auftretende Benachteiligungen zu beseitigen

oder auszugleichen. Kinder und Jugendliche gehörten zu den Schwächsten der Gesellschaft und bedürften deshalb des besonderen Schutzes des Staates und des Eintretens des Parlaments für ihr Wohlergehen.

Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten

beim Bundestag unter Verweis auf bereits bestehende parlamentarische und administrative Gremien und deren Zuständigkeiten formell abgelehnt, begrüßte aber ausdrücklich das Anliegen der Petition, die Rechte von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Es sei gut, dass dieses wichtige Thema durch die Initiative an Öffentlichkeit und an Unterstützern gewonnen habe. Kinder hätten ein Recht auf Förderung ihrer Erziehung, ihrer Entwicklung und auf Schutz vor Gefährdungen.

Nach Beratung hat sich der Deutsche Bundestag der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses angeschlossen und unter Hinweis auf die grundsätzliche Wichtigkeit der mit der Petition verbundenen Thematik nunmehr beschlossen,

die Petition den Fraktionen des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben.

Auch wenn das konkrete Petitionsziel, beim Bundestag einen Kinder- und Jugendbeauftragten einzusetzen, nicht erreicht werden konnte, ist die Bewertung der hinter dem Anliegen der Petition stehenden Ziele durch den Bundestag und seiner Ausschüsse doch als Erfolg zu werten. **Alle parlamentarischen Gremien haben die Notwendigkeit betont, das körperliche, geistige und seelische Wohl der Kinder und Jugendlichen zu fördern und bestehende oder zukünftig auftretende Benachteiligungen zu beseitigen oder auszugleichen.**

Den genauen Wortlaut des Beschlusses finden Sie unter www.dakj.de.

Die DAKJ ist der Dachverband aller kinder- und jugendmedizinischen Mitgliedsgesellschaften und -verbände. Wir werden dieses Votum des Deutschen Bundestages aufgreifen und bei den Fraktionen des Bundestages weiter für eine Stärkung von Kinderrechten in unterschiedlichen Rechtsbereichen werben und eine zeitnahe Umsetzung einfordern. **Dazu gehören die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz, die Stärkung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages und weiterhin die Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten beim Deutschen Bundestag.**

Red.: WH

Personalien

Zwei Kinder- und Jugendärzte mit Verdienstorden des Landes Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet



Fotos: © Land NRW/Sondermann

Dr. Wilfried Kratzsch aus Düsseldorf

Schon in seiner Dissertation ergriff Dr. Wilfried Kratzsch Partei für Kinder aus sozial schwierigen Verhältnissen. Dieses Thema ließ ihn nie mehr los, weder im Beruf noch im Ehrenamt.

In 25 Jahren als leitender Oberarzt am kinderneurologischen Zentrum der Sana-Kliniken in Düsseldorf-Gerresheim erkannte er, dass viele negative Entwicklungen durch rechtzeitiges Eingreifen aufgehalten werden können. Und Wilfried Kratzsch wurde aktiv: Er organisierte

Hilfen gemeinsam mit Hebammen und Krankenschwestern, Mitarbeiter von Jugend- und Gesundheitsämtern für Eltern, die von Überlastung und Existenzsorgen geplagt werden.

Wilfried Kratzsch ist damit ein Erfinder der sogenannten „Frühen Hilfen“, die heute Standard in der Sozialarbeit mit Kindern und Familien sind.

Seit seiner Pensionierung hilft Wilfried Kratzsch ehrenamtlich Kindern und Familien in sozial schwierigen Lagen.



Dr. Ingeborg Otto aus Hagen

Dr. Ingeborg Otto war über drei Jahrzehnte leitende Kinder- und Jugendärztin beim Gesundheitsamt in Hagen und engagierte sich dort ebenfalls vor allem für die ärztliche Betreuung von Kindern in sogenannten „sozialen Brennpunkten“.

Da ihr die Frühförderung behinderter Kinder ganz besonders am Herzen liegt, setzt sie sich auch im Ruhestand für die Förderung von Familien mit behinderten Kindern ein.

Über 40 Jahre lang brachte Ingeborg Otto außerdem Ihre professionellen Erfahrungen in die Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstelle „ZeitRaum“ ein, davon über 26 Jahre lang als Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende des Kuratoriums. Bis heute unterstützt die inzwischen 98-jährige Kinder- und Jugendärztin die örtliche Suppenküche, zu deren Gründerinnen sie gehört.

Red.: ReH



Not erkennen... Zukunft geben... 7 Jahre Kinderklinik

Seit vielen Jahren engagiert sich die Kinder- und Jugendärztin Monika Golembiewski in West-Bengalen. Dort hat sie eine medizinische Versorgung für Kinder und ihre Familien aus Stammesdörfern aufgebaut. Neben der rein medizinischen Hilfe hilft das Team um Golembiewski inzwischen auch bei der sozioökonomischen Dorfentwicklung. In den letzten Jahren haben sie und ihre Mitstreiter immer wieder über die Fortschritte ihres Projekts berichtet und unseren Leserinnen und Leser einen Einblick in das Leben und Arbeiten in einer der ärmsten Regionen der Welt gegeben. Heute geht es unter anderem um braune Flecken auf der Haut, um Linsensbrei und einen zerquetschten Finger.



Dr. Monika Golembiewski

Neue Wasserpumpe für die Hautgesundheit

Bei unserem ersten Besuch in dem Santal Dorf Doltikuri (etwa 500 Einwohner) fallen uns Kinder mit vielen kleinen braunen Flecken auf der Haut auf. Mittlerweile weiß ich, dass bei Kälte - hier fallen die Temperaturen nachts schnell auf fünf Grad und die Hütten haben keine Heizung - die tägliche Wäsche ausfällt, die warmen Pullover am Leib bleiben, der Dreck einfach festklebt und zu einer zweiten Haut wird. Also besorgen wir

Seife, Bürsten und Nagelscheren, dazu noch warme Decken und in einer fröhlichen Dorfwaschaktion wird dem Dreck auf der rauen Kinderhaut der Garaus gemacht... Auch planen wir eine zusätzliche Wasserpumpe zu bohren in diesem Dorf, um den akuten Wassermangel zu beheben... Diese wurde noch vor meiner Abreise fertiggestellt!

Aufklärungs-Programm

In zwölf Dörfern untersuchen wir alle Kinder unter drei Jahren auf Mangel-

nährung und Anämie. Auch Kinder mit Herzfehler und neurologischen Auffälligkeiten wollen wir herausfinden. Die mangelernährten Kinder bekommen eine nahrhafte Porridge-Mahlzeit, einen Weizen-Linsen-Milchbrei mit Gemüse aus den Gemüsegärten, die unser Dorfbauer Nilu unter der Anleitung der Biobauern Anne und Rolf Bucher angelegt hat. Wir haben nun auch Linsen- und Getreidefelder in den Dörfern angelegt, damit dieser Brei aus der Ernte selbst hergestellt werden kann.

Bei der Dorfdemonstration der Zubereitung des Porridges „Nutrimix“ konnten wir erleben, wie gierig die kleinen Kinder unter einem Jahr ihre Breiportion aufgegessen hatten. Die Mütter erzählen uns, dass ihre Kinder Reis pur, den sie ihnen anbieten, nicht essen wollen. Offenbar fehlt es an Wissen und Angebot der richtigen Säuglingsnahrung. Diese Lücke wollen wir nun dringend schließen, damit die Kinder während der entscheidenden ersten tausend Lebens-tage mit genügend Eiweiß, Mineralien und Vitaminen versorgt werden können, damit sich ihr Gehirn und alle anderen Organe gesund entwickeln. Dazu führen wir regelmäßige Dorf- und Hausbesuche durch, um unter Anleitung und Schulung unserer Sozialarbeiterin die Ernährungsgewohnheiten zu ändern. Dies ist ein langer Prozess, aber lohnt sich und macht auch den Müttern Freude...



Sieben Jahre Kinderkrankenhaus

Am 11. Februar feiern wir das sieben-jährige Bestehen unseres Krankenhauses und haben dazu 85 ehemalige Patienten sowie Mütter und Kinder in schwierigen Lebenssituationen aus den Dörfern zu uns eingeladen. Draußen im Vorhof vor der Mariengrotte formieren sich die Frauen zu einem Kreis und führen begleitet von männlichen Trommlern und Sängern Santal-Tänze auf.

Unsere Krankenschwestern haben ebenfalls ihre festliche Santal-Tracht an-

gezogen. Die Kinder haben sich unabge-sprochen direkt vor die Grotte mit der Marienstau gestellt - ein lebendes Bild des Bibelspruchs: Lasset die Kindlein zu mir kommen. Anschließend verteilen wir neue Saris und Hemden und es gibt für alle ein reichhaltiges Mittagessen.

Herzkinder OP-Screening

Unser Kardiologe Dr. Islam Nurul hat wieder ein ECHO-Screening von 20 Kindern mit vermutetem Herzfehler durchgeführt und unter ihnen sieben Kinder mit schweren Herzfehlern entdeckt, die dringend eine Operation brauchen. Vier Kinder kommen gleich auf die Operationsliste in einem Herzzentrum, in dem er arbeitet. Schon im letzten Quartal waren drei unserer Kinder von ihm operiert worden.

OP? Nein danke!

Der siebenjährige Surendranath hat sich seinen Finger in eine Reisschneide-Maschine eingeklemmt und dabei den vierten Finger zerquetscht. Wir bringen ihn ins Hope Hospital nach Kalkutta, wo er gut versorgt wird, jedoch stimmt der Vater der geplanten Amputation nicht zu. So müssen die Nekrosen vereitern und eine voranschreitende Osteomyelitis beginnt in den Fingerknochen. Wir bringen ihn zu einem Chirurgen und Orthopäden, die eine Teilresektion erwägen... Doch Vater und Sohn weigern sich vehement, sich einer OP zu unterziehen. Wir behandeln ihn antibiotisch i.v. und langsam bildet sich Vereiterung zurück. Doch





kaum zurück im Heimatdorf beginnt das Grundgelenk wieder zu eitern und einzelne Knochenteile werden vom Körper abgestoßen. Für die Familie kommt dennoch eine OP nicht in Frage.

Unsere Berufung...

Zu der sonntäglichen Messe kommen viele Internatskinder. Sie sind erkältet

und husten. Nach der Messe spreche ich den jungen Priester darauf an. Zwei Tage später erscheint er am frühen Morgen mit einer großen Schar von Kindern, mit der Bitte sie zu untersuchen.

Eine Woche später fragt er mich erfreut, ob auch ich bemerkt hätte, dass nun nicht mehr so viele Kinder in der Kirche husten.

Aufklärung für unsere jungen Frauen

Wir haben wieder unsere vertraute Kinderkrankenschwester Martina dabei, die in den Dörfern ein Familienplanungsprogramm mit Aufklärung des weiblichen Zyklus der Frauen durchführt. Viele „Frauthemen“ kommen zur Sprache in diesem geschützten Forum. Unser lokaler Gynäkologe, zu dem wir die Frauen in der Regel hinschicken, und auch ein junger neuer Gynäkologe wollen ab April Screening-Untersuchungen mit Krebsvorsorge bei unseren Frauen durchführen.

Bleibend im Herzen

Bleiben im Herzen wird mir eine Mutter mit einem behinderten Kind, die ver-

zweifelt und ausgehungert zu uns kommt. Durch die Hilfe und Zuspruch unserer Schwestern isst das Kind gut und die Mutter kommt in ein Gespräch durch liebevollen Blickkontakt mit ihrem Kind, das sie immer nur anlächelt und sich über jede Ansprache freut.

Unliebsame Überraschungen bleiben nicht aus: unsere gut eingespielte und vertrauensvoll angenommene Sozialarbeiterin Pampa, die seit fünf Jahren mit uns arbeitet, hat uns von heute auf morgen verlassen, da sie eine Regierungsstelle angeboten bekam. Wir haben sie so gut ausgebildet, dass sie die Prüfung für eine angebotene Tuberkulose-Beratungsstelle bestanden hat. Solche Ereignisse müssen wir immer wieder hinnehmen, da eine Stelle bei der Regierung eine enorme gesellschaftliche Aufwertung bedeutet.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Monika Golembiewski
 Buchernstr. 5/6
 74223 Flein
 E-Mail: Monika.Golembiewski@gmx.de
 Red.: ReH



KONGRESS MANAGEMENT



Gemeinsam planen und
 im Dialog zum Erfolg.

**SCHMIDT
 RÖNHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck
 Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
 e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com
www.schmidt-roemhild.de

Abschied von Prof. Dr. med. Helmut Helwig, Freiburg

Helmut Helwig wurde am 21. Juli 1931 in Berlin als zweites Kind des Apothekers Dr. Burghard Helwig und seiner Frau Maria geboren. Eingeschult in Kleinmachnow bei Berlin 1937, aus Berlin 1945 in den Westen geflohen, Gymnasium in Leverkusen, Abitur schließlich am Dillmann Gymnasium in Stuttgart am 19. Juni 1951. Nach dem Medizinstudium in Tübingen und Heidelberg war er von 1961-65 wissenschaftlicher Assistent an der Universitätskinderklinik in Heidelberg, wo er auch die Anerkennung zum Facharzt für Pädiatrie bekam. Dann der Wechsel als Oberarzt an die große Kinderklinik Köln Amsterdamer Straße mit dem Ärztlichen Direktor Prof. Ewerbeck. 1970 erfolgte die externe Habilitation an der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln mit einer Antrittsvorlesung zum Thema „Besonderheiten der Pharmakotherapie der ersten Lebensjahre“. Im gleichen Jahr noch wurde Prof. Helwig zum Chefarzt des Kinderkrankenhauses St. Hedwig in Freiburg gewählt, das er 26 Jahre lang bis 1996 führte und mit unermüdlicher Schaffenskraft und Fortune zu einem in der Region sehr bekannten und bei Eltern und Pädiatern hoch geschätzten modernen Kinderkrankenhaus ausbauen konnte. 40 Ärztinnen und Ärzte wurden von ihm in der Zeit zu Fachärzten/Innen für Kinder- und Jugendmedizin weitergebildet, 25 Doktoranden konnten bei ihm erfolgreich promovieren. Einige seiner Mitarbeiter haben sich später habilitiert und/oder wurden selbst Chefärzte.

Neben seiner ärztlichen Tätigkeit war Helmut Helwig unermüdlich bis ins hohe Alter wissenschaftlich tätig. Wie oft habe ich ihn am Schreibtisch sitzen sehen, um an einer der zahlreichen Neuauflagen des „Helwig“ zu arbeiten, einem Handbuch „Moderne Arzneimittel“, das sein Vater begründet hatte. Über 200 Artikel in Fachzeitschriften und Büchern stammen aus seiner Feder, so auch zahlreiche Artikel zu infektiologischen Themen für den BVKJ im Kinder- und Jugendarzt. Bis 2017 noch hat er kritische, sehr lesenswerte Rezensionen zu wichtigen infektiologischen Artikeln aus internationalen Fachzeitschriften für die niedergelassenen Kollegen im Kinder- und Jugendarzt verfasst. Lebenslange Fortbildung war

ihm ein wichtiges Thema für sich selbst, wurde aber auch stets von den ärztlichen Mitarbeitern eingefordert. Davon mögen 70 immer gut besuchte diagnostisch-therapeutische Kolloquien zeugen, die von ihm am St. Hedwig Kinderkrankenhaus bis 1996 veranstaltet wurden.

Wie kann man das alles in einem Leben schaffen, mag man sich fragen? Die Kraft und Ausdauer dazu hat er in erster Linie auch seiner Ehefrau Silvia zu verdanken und aus seiner großen Familie mit 5 Kindern und 15 Enkelkindern geschöpft. Ein Pädiater durch und durch!



Prof. Helmut Helwig hat sogar noch Zeit gefunden, sich ausgiebig berufspolitisch zu engagieren. Einige Ämter und Funktionen aus den Jahren 1973-2001 seien hier exemplarisch aufgeführt: Vorsitzender der Gesellschaft südbadischer Kinderärzte, Mitbegründer und Sprecher der AG leitender Kinderärzte in Baden-Württemberg, Vorstandsmitglied der Gesellschaft pädiatrische Radiologie. Delegierter und Mitglied verschiedener Ausschüsse der Bezirks- und Landesärztekammer, Neonatalstudie Baden-Württemberg, Ethikkommission, Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ (lebenslang ein für ihn ganz wichtiges Anliegen!), etc. Auch international war er aktiv als Fellow des International College of Pediatrics und als deutscher Delegierter bei der CESP, der Vertretung der deutschen Kinderärzte bei der EU, dem European Board of Paediatrics und der CME Group.

Nun ist sein erfülltes und glückliches Leben am 25. Mai 2018 zu Ende gegangen. Es ist mir als ehemaligem „Schüler“ die traurige Pflicht aber auch eine große Ehre, für den BVKJ die Erinnerung an einen großartigen Pädiater, begnadeten Lehrer und glücklichen Menschen wach zu halten. In der Todesanzeige in der Badischen Zeitung in Freiburg am 2. Juni 2018 hieß es nach einem Zitat von Irmgard Erath: „Erinnerungen erzählen von Liebe, von Nähe und von allem Glück. Erinnerungen gehen nicht ohne das Versprechen, wiederzukehren, wenn unser Herz ruft.“

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller
55128 Mainz
E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

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

10. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

10.-11. November 2018

Praxisabgabeseminar in Fulda

Auskunft ⑤

21. November 2018

Immer etwas Neues in München

Auskunft ⑤

30. November-1. Dezember 2018

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

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

1. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Oldenburg

Auskunft ⑤

8. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Stuttgart

Auskunft ⑤

① CCJ GmbH

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

② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

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

③ DI-TEXT

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

④ Interface GmbH & Co. KG

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

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

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

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im November 2018

65. Geburtstag

03.11.1953		Herr Dr. med. Ernst Wenger , Salzburg
04.11.1953		Frau Dr. med. Beatrix Dolfen , Wesseling
06.11.1953		Herr Dr. med. Rudolf Krämer , Illingen
06.11.1953		Herr Eckhard Ziegler-Kirbach , Bremerhaven
07.11.1953		Frau Dr. med. Eva Fischbach , Anhausen
07.11.1953		Frau Dr. med. Marianne Liepe , Berlin
08.11.1953		Herr Dr. med. Detlef Grunert , Nördlingen
09.11.1953		Herr Dr. med. Jürgen Hornung , Saarbrücken
09.11.1953		Herr Dr. med. Herbert Orth , Saarlouis
12.11.1953		Frau Dr. med. Dagmar Hoehne , Friedrichshafen
15.11.1953		Herr Dr. med. Hans-Ludwig Reiter , Pforzheim
18.11.1953		Frau Dr. med. Kirsten Fischer , Trittau
19.11.1953		Frau Dr. med. Ingrid Bretschneider , Weißenfels
22.11.1953		Frau Dr. med. Susanne Linder , Grafrath
24.11.1953		Frau Dr. med. Henrike Müller , Ahrensfelde
26.11.1953		Herr Dr. med. Martin Köhler , Beetzsee

70. Geburtstag

02.11.1948		Herr Hartwig Muth , Berlin
02.11.1948		Frau Dipl.-Med. Elisabeth Ehrig , Lutherstadt Wittenberg
04.11.1948		Herr Dr. med. Jürgen Schwalbe , Hehlen
13.11.1948		Frau Gunhild Muras , Hamburg
13.11.1948		Frau Dr. med. Dipl.Psych Helma Götz , Hilden
14.11.1948		Frau Dr. med. Monika Niehaus , Weimar
17.11.1948		Herr Prof. Dr. med. Johannes Otte , Lübeck
17.11.1948		Herr Dr. med. Eberhard Danners , Münster
18.11.1948		Frau Ingeborg Noort-Rabens , Hannover
25.11.1948		Herr Dr. med. Hartmut Webel , Osterode
28.11.1948		Herr Dr. med. Jürgen Warneboldt , Helmstedt
29.11.1948		Herr Dr. med. Raymund Pothmann , Hamburg

75. Geburtstag

01.11.1943		Herr Dr. med. Dr. habil. Ulrich Schneider , Waiblingen
04.11.1943		Herr Dr. med. Hubert Franke , Mainz
07.11.1943		Frau Karin Schwenski , Lichtenstein
13.11.1943		Frau Dr. med. Heidemarie Hafften , Rostock
16.11.1943		Herr Dr. med. Rüdeger Fett , Bad Bevensen
18.11.1943		Herr Dr. med. Udo Reiser , Fritzlär
19.11.1943		Herr Dr. med. Klaus Runge , Remscheid
20.11.1943		Herr Dr. med. Norbert Stockmann , Lippstadt
27.11.1943		Frau Eva Maria Hemforth , Burladingen

80. Geburtstag und älter

01.11.1938		Herr Dr. med. Hans Eberhard Goeke , Eggenstein-Leopoldshafen
01.11.1934		Herr MR Dr. med. Christian Töpfer , Fürstenberg
02.11.1925		Frau Dr. med. Ursula Schmitz , Nettetal
04.11.1932		Herr Dr. med. Hermann Stapper , Johannesberg
04.11.1930		Herr Dr. med. Christof Schütz , Lappersdorf
05.11.1921		Frau Dr. med. Hildegard Schneider , Edingen-Neckarhausen
06.11.1936		Herr Prof. Dr. med. Werner Kirsch , St. Ingbert
06.11.1938		Frau Dr. med. Antoinette Olga Binder-Popescu , Mülheim
07.11.1934		Frau Dr. med. Tilla Gritzmann , Stuttgart
07.11.1937		Frau Dr. med. Christel Merkel , Hettstedt
10.11.1936		Herr Dr. med. Ludolf Carstens , Hamburg
11.11.1930		Frau Dr. med. Helge Schöppe , Hannover
12.11.1933		Herr Dr. med. Christoph Atzler , Nittendorf
12.11.1936		Herr Dr. med. Harut Kassabian , Rottach-Egern
13.11.1936		Herr Dr. med. Götz Götzing , Witten
15.11.1937		Frau Dr. med. Edith Stern , Viechtach
15.11.1937		Herr Dr. med. Jürgen Brunberg , Würzburg
15.11.1934		Herr Dr. med. Josef Lang , Stade
17.11.1935		Herr Dr. med. Hans Emil Fredrich , Backnang
17.11.1936		Frau Dr. med. Anna Ernst , Kaarst
18.11.1938		Herr Dr. med. Hans-Georg von Dehn , Haan
21.11.1935		Herr Dr. med. Eberhard Schölzke , Remscheid
21.11.1929		Herr Prof. Dr. med. Dieter Lüders , Seesen
23.11.1938		Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl , Chemnitz
25.11.1938		Herr Dr. med. Max Schmidt , Nürnberg
25.11.1933		Herr Dr. med. Claus Hager , Ingolstadt
25.11.1937		Herr Dr. med. Hans-Jürgen Poppe , Rostock
27.11.1922		Herr Dr. med. Heinz Schmidt-Rohr , Wiesloch
28.11.1934		Herr Dr. med. Helmut Jung , Hamburg
29.11.1938		Herr Dr. med. Dieter Himmelreich , Bad Wimpfen

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Christoph Kändler**, Wittenberg
 Frau Dr. med. **Gisela Lottermoser**, Oldenburg
 Frau Dr. med. **Lilli Meurer**, Monschau
 Frau Dr. **Marlene Voigtsberger**, Erfurt

Im Monat August durften wir 14 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,
sie öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Bayern

Frau **Maria Bauer**
Herrn Dr. med. **Gerd Schauerte**



Berlin

Frau **Ruth Dohmen**



Brandenburg

Frau Dr. med. **Steffanie Reismann**



Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. **Juliane Dirks**



Niedersachsen

Frau Dr. med. **Maja Stahl**
Frau Dr. med. **Marion Vogler**



Nordrhein

Herrn Dr. med. **Nico Hepping**
Frau Dr. med. **Petra Lankisch**



Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. **Stefanie Beldoch**



Thüringen

Herrn Dr. med. **Oliver Möller**

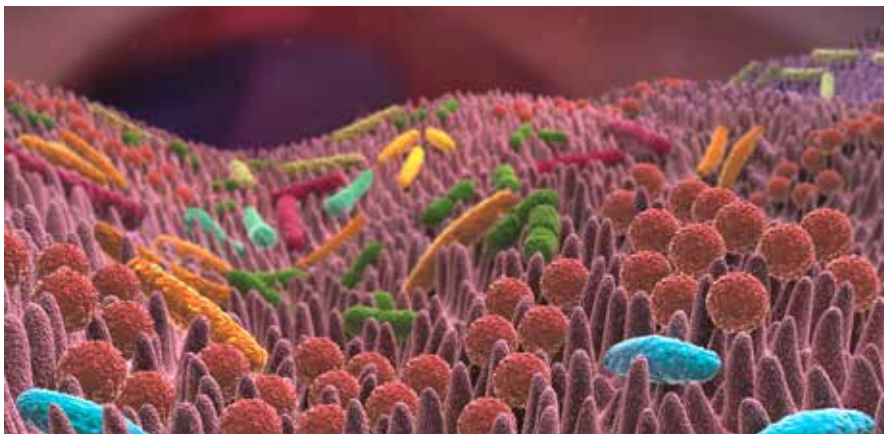


Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. **Björn Beckers**
Frau Dr. med. **Gabi Bennemann**

Empfohlen aufgrund belegter Wirksamkeit mit vielfältigen Effekten

Saccharomyces boulardii bei akuter Gastroenteritis // Kinder bis fünf Jahre haben ein erhöhtes Risiko an einer Gastroenteritis zu erkranken. Um die Therapie der Kinder aktiv zu unterstützen und sowohl die Krankheitsdauer als auch Krankenhausaufenthalte für die kleinen Patienten möglichst kurz zu halten, empfiehlt die Leitlinie zum Management akuter Gastroenteritis die Gabe von Saccharomyces boulardii.



Belegte Wirksamkeit begründet europäische Leitlinienempfehlung

Saccharomyces boulardii zählt zu den am besten untersuchten Probiotika zur Behandlung einer akuten Gastroenteritis. So belegen klinische Studien mit Kindern zwischen sechs Monaten und fünf Jahren die Wirksamkeit und Sicherheit in der pädiatrischen Praxis. Sowohl Krankheitsdauer als auch Krankenhausaufenthalte bei akuter wässriger Diarrhoe konnten in verschiedenen Studien durch die Gabe von *S. boulardii* (Prüfpräparat Perenterol®) im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verkürzt werden. Dies spiegelt sich auch in der Auffassung der ‚European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition‘ (ESPGHAN) und der ‚European Society for Pediatric Infectious Diseases‘ (ESPID) wieder, die *S. boulardii* auf Grund der überzeugenden Studienlage in die Europäische Leitlinie aufnehmen und die Arznei-Hefe zur Therapie der akuten Gastroenteritis ergänzend zur oralen Rehydratation empfehlen.

Unterschiedlichste Erreger können eine Gastroenteritis hervorrufen. Bis zu einem Alter von fünf Jahren sind vor allem Rotaviren für die Entzündung des Magen-Darm-Traktes verantwortlich. Während hier präventiv eine Impfung erfolgen kann, sind Noro- und Astroviren oder bakterielle Erreger wie pathogene *E. coli*, *Campylobacter*, Salmonellen oder *Clostridium difficile* weitere häufige Verursacher der Gastroenteritis im Kindesalter. Wichtigster Bestandteil der Behandlung der kleinen Patienten ist die orale Rehydratation zur Sicherstellung einer ausreichenden Elektrolyt- und Wasserversorgung. Vor allem bei einer akuten Diarrhoe kann der Flüssigkeitsverlust mit bis zu 250 ml pro Kilogramm Körpergewicht und Tag das Dreifache des zirkulierenden Blutvolumens erreichen. Dennoch kann diese grundlegende Versorgung zwar die Stoffwechsellage der Kinder stabilisieren, hat aber keinen Einfluss auf die Krankheitsdauer.

S. boulardii unterstützt vielfältig

Unabhängig davon ob es sich um virale oder bakterielle Erreger handelt, kann die Gabe der Arznei-Hefe *S. boulardii*

die Dauer der Gastroenteritis verringern und die Schwere der klinischen Symptome mildern. Dabei spielen verschiedene Wirkmechanismen von *S. boulardii* eine Rolle: Neben der Regeneration und Stabilisierung der intestinalen Mikrobiota wird das Darm-assoziierte Immunsystem durch die Arznei-Hefe aktiviert und unterstützt. So wird zum Beispiel die Sekretion von Immunglobulin A (IgA) gesteigert, wodurch die Anheftung von Viren und Bakterien an die Oberfläche der Epithelzellen verhindert werden kann. Die zusätzliche wachstumshemmende Wirkung auf Keime, sowie die Eigenschaft von *S. boulardii* pathogene Bakterien zu binden, beschleunigen die Ausscheidung der Erreger. Durch die Neutralisation bakterieller Toxine wird die Virulenz der Bakterien zusätzlich reduziert. Die von *S. boulardii* produzierten und ins Darmlumen sezernierten Polyamine können zur Regeneration der Darmschleimhaut beitragen. Auch die Aktivität der Darmenzyme wie z.B. Lactase, α Glucosidase, alkalische Phosphatase, Maltase und Saccharase kann durch *S. boulardii* stimuliert werden. Durch die gesteigerte Enzymtätigkeit wird dem Risiko einer Malabsorption entgegengewirkt.

Natürlicher Wirkstoff für sehr gute Verträglichkeit

Die Arznei-Hefe *Saccharomyces boulardii* findet seit mehr als 50 Jahren Verwendung bei der Behandlung akuter Diarrhoen – und das bei allgemein sehr guter Verträglichkeit. Im Gegensatz zu Loperamid beeinträchtigt die medizinische Hefe zudem nicht die Darmperistaltik.

Nach Informationen von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn

Erstes Biologikum für Kinder mit schwerem eosinophilem Asthma zugelassen

Der gegen Interleukin-5 (IL-5) gerichtete Antikörper Mepolizumab (Nucala) kann nun auch bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren eingesetzt werden // Die Zulassung als Zusatztherapie für schweres refraktäres eosinophiles Asthma¹ eröffnet diesen schwer betroffenen Patienten eine weitere Behandlungsoption, zu der für die Population der Erwachsenen bereits eine konsistente Datenlage hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit mit Langzeitdaten bis 4,5 Jahre² vorliegt.

Mepolizumab ist momentan die erste und einzige biologische Therapie, die nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder und Jugendliche mit schwerem eosinophilem Asthma zugelassen ist und auf IL-5 abzielt, das eine wichtige Rolle bei der Regulierung der Funktion von Eosinophilen spielt. Eosinophile als unabhängiger Prädiktor für Exazerbationen³ prägen das Krankheitsbild bei bis zu 60% aller Asthmapatienten⁴. Mepolizumab kann bei Patienten mit diesem Asthma-Phänotyp Exazerbationen vorbeugen^{5,6}, indem es die Anzahl der Eosinophilen in Blut und Sputum senkt, ohne dass es zu einer vollständigen Depletion der Eosinophilen kommt. Damit können die Eosinophilen ihre wichtige Rolle im physiologischen Normbereich weiter wahrnehmen. Mepolizumab wurde im Dezember 2015 von der EMA als erster monoklonaler Antikörper seiner Klasse, der gegen IL-5 gerichtet ist, zugelassen. Der Antikörper hemmt die Bindung von IL-5 an seinen Rezeptor auf der Oberfläche von bestimmten weißen Blutkörperchen, den Eosinophilen⁷. Durch diese Hemmung der IL-5-Bindung wird die Zahl der Eosinophilen reduziert.¹

Schweres unkontrolliertes Asthma

Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter, die in verschiedenen Phänotypen und Schweregraden auftritt und nicht immer einfach zu charakterisieren ist. Schweres Asthma, das schlecht auf die derzeitigen Standardbehandlungen anspricht, beobachtet man bei etwa 4,5 % der Kinder mit Asthma⁸. Es ist

definiert als Asthma, das eine Behandlung mit hochdosierten inhalativen Kortikosteroiden (ICS) plus einem zweiten Controller (und/oder systemischen Kortikosteroiden) erfordert, um zu verhindern, dass es „unkontrolliert“ wird oder trotz dieser Therapie „unkontrolliert“ bleibt.

Beim ERS-Kongress in Paris präsentierte aktuelle Daten einer multinationalen Kohortenstudie mit 226.343 Kindern und Jugendlichen (5-17 Jahre) mit Asthma zeigen je nach Region einen Anteil von 1,6-15,5% an schweren Asthmapatienten, bei denen auch die häufigsten Exazerbationen verzeichnet wurden. Risikofaktoren waren frühere Exazerbationen und Eosinophilenzahlen ≥ 300 Zellen/ μ l.⁹

Eosinophile Entzündung

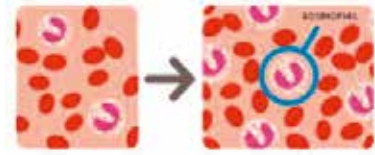
Eosinophile (Eosinophile Granulozyten) spielen bei der Entstehung von Asthma eine wichtige Rolle: Bei Asthmapatienten tragen Entzündungsmediatoren, die von den Eosinophilen ausgeschüttet werden, zu krankheitsrelevanten Atembeschwerden bei. Bei einem Großteil der schweren Asthmapatienten ist bekannt, dass die Überproduktion von Eosinophilen Entzündungen in der Lunge hervorruft, die die Atemwege beeinträchtigen, die Atmung einschränken und die Häufigkeit von Asthmaanfällen erhöhen können.¹⁰ Eosinophile gehören zu den Leukozyten, spielen unter anderem bei der Abwehr von Parasiten eine Rolle und akkumulieren bei allergischen Reaktionen. IL-5 ist der Hauptförderer des eosinophilen Wachstums, der Aktivierung und des Überlebens und liefert ein wichtiges Signal für einen Übergang von Eosinophilen aus dem Knochenmark in die Lunge.¹¹

Begrenzte Optionen für Kinder mit schwerem Asthma

Bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen besteht ein hoher ungedeckter Bedarf in der Asthma-Therapie, da für sie derzeit nur eine sehr begrenzte Zahl an Behandlungsoptionen zugelassen ist. Mangels Alternativen zählen momentan auch noch orale Kortikosteroide (OCS) zum Behandlungsalltag, die das Wachstum der Kinder belasten, obwohl diese Substanzen gemäß Leitlinien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufgrund der beobachteten Nebenwirkungen nur noch nachrangig, nach erfolglosem Einsatz anderer Therapieoptionen und in der niedrigsten effektivsten Dosis gegeben werden sollten.¹² Gleichzeitig ist bei dieser Patientenpopulation die Herausforderung durch die Erkrankung deutlich höher als bei Erwachsenen, wie auch das Risiko von lebensbedrohlichen bis hin zu tödlichen Ereignissen.¹³

Das einzige bis dato für Kinder ab sechs Jahren zugelassene Biologikum war der IgE-Antikörper Omalizumab. Eine Open-label-Studie mit Probanden ab 12 Jahren belegt jedoch, dass bei Vorliegen eines allergischen und eosinophilen Asthmas auch Patienten, die unter einer Anti-IgE-Therapie mit Omalizumab nicht ausreichend kontrolliert sind, von einer direkten Therapieumstellung auf Mepolizumab klinisch signifikant profitieren können, sowohl hinsichtlich der Asthmakontrolle, als auch der Reduktion an Exazerbationen.^{14,15} Auch ein initialer Therapiestart mit Mepolizumab in dieser Overlap-Population ist möglich, wie eine Post-hoc-Analyse bei Erwachsenen zeigte.¹⁶ Mepolizumab stellt daher eine

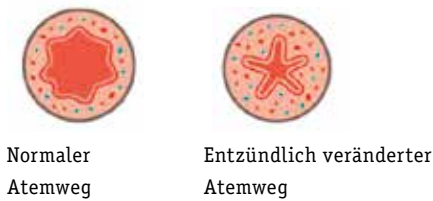
Eosinophile Granulozyten (= Eosinophile) gehören zu den Leukozyten (weiße Blutkörperchen). Eosinophile spielen u.a. bei der Abwehr von Parasiten eine Rolle. Zudem akkumulieren sie, sobald es im Organismus zu einer allergischen Reaktion kommt⁹



Blutbild: Zunahme der Eosinophilenzahl

Eosinophile spielen bei der Entstehung von Asthma eine wichtige Rolle. Beim Asthmapatienten tragen Entzündungsmediatoren, die von den Eosinophilen ausgeschüttet werden, zu krankheitsrelevanten Atembeschwerden und einem erhöhten Exazerbationsrisiko bei⁸

Eosinophile werden primär über das Signalprotein (Zytokin) **Interleukin-5 (IL-5)** reguliert, das an den IL-5-Rezeptorkomplex auf der Oberfläche von Eosinophilen bindet⁷



Normaler Atemweg

Entzündlich veränderter Atemweg

IL-5 bindet an die α -Kette des IL-5-Rezeptorkomplexes auf der Zelloberfläche von Eosinophilen

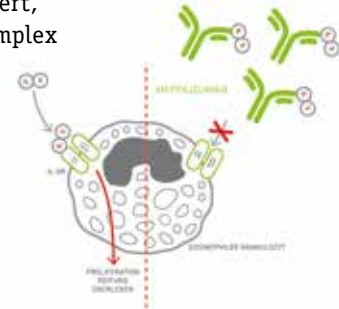


Abb. 1: Schweres refraktäres Asthma und die Rolle der Eosinophilen im Blut

wichtige Erweiterung des Behandlungsspektrums bei Kindern dar.

bei Jugendlichen und 52-56% bei Erwachsenen.¹⁷

Vergleichbare Wirksamkeit bei Kindern und Erwachsenen

Die Kinderzulassung basiert auf einem partiellen Datenextrapolationsansatz, der mit dem Pädiatrieausschuss (PDCA) der EMA vereinbart wurde (Zulassung als Zusatztherapie für schweres refraktäres eosinophiles Asthma bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-17 Jahren; 6-11 Jahre: 40mg Mepolizumab s.c. alle 4 Wochen; ab 12 Jahren Erwachsenenosis (100 mg s.c. alle 4 Wochen); keine Gewichtsadaptation notwendig).¹ Mit diesem Ansatz wurden Wirksamkeits- und Sicherheitsdaten aus den Phase-III-Studien, die im Rahmen des Programms zur Entwicklung von schwerem Asthma bei Patienten ab 12 Jahren durchgeführt wurden, auf Kinder extrapoliert. Das Sicherheitsprofil bei pädiatrischen Patienten im Alter von 6-11 Jahren entspricht dem Sicherheitsprofil bei Patienten ab 12 Jahren.¹

Beim Pariser ERS-Kongress wurde ein Vergleich von Wirksamkeitsdaten aus verschiedenen Mepolizumab-Studien mit Kindern und Erwachsenen vorgestellt: Die Häufigkeit von Exazerbationen nach 12 Wochen Therapie mit Mepolizumab war vergleichbar. Die Ansprechraten hinsichtlich der Asthmakontrolle (ACQ-5-Score -Reduktion um mind. 0,5 Punkte) betragen 55% bei Kindern, 33-63%

Langzeitdaten über 4,5 Jahre

Die Daten der Langzeitstudie CO-LUMBA zeigen, dass ein Drittel der erwachsenen Patienten unter einer Nucala-Dauertherapie (durchschnittlich 3,5 Jahre, maximal 4,5 Jahre) vollständig frei von Exazerbationen bleibt: In der Open-label-Studie zu Wirksamkeit und Sicherheit von Mepolizumab bei Patienten mit schwerem eosinophilen Asthma wurde eine Reduktion der Exazerbationsrate von 61% (von 1,74 auf 0,68 Exazerbationen/Jahr während des Behandlungsverlaufs) erzielt, gleichzeitig verbesserte sich die Asthmakontrolle.¹⁸ In einer weiteren Langzeitstudie, der COSMEX-Studie, wurden besonders schwer erkrankte Patienten mit teilweise lebensbedrohlichen Formen von eosinophilem Asthma weiter beobachtet: Auch bei diesen schwer betroffenen Patienten war das Sicherheitsprofil von Mepolizumab über bis zu 4,5 Jahre vergleichbar mit dem Phase-III-Studienprogramm von Mepolizumab. Die Patienten zeigten auch im Langzeiteinsatz eine konsistente Verringerung von Exazerbationen und OCS-Bedarf.²

Autorin: Martina Freyer

Quellen:

1. Fachinformation Nucala 100 mg, Stand August 2018

2. Albers FC et al. ERS-Kongress (European Respiratory Society) in Paris, Frankreich, 18.9.2018, Abstract OA3566
3. George L et al. Ther Adv Chronic Dis 2016; 7: 34-51
4. Menzella F et al. Ther Clin Risk Manag 2016; 12: 907-916
5. Ortega HG et al. N Engl J Med 2014; 371: 1198-1207
6. Galkin D et al. J Allergy Clin Immunol 2018; 141: AB409
7. Kouro T et al. Int Immunol 2009; 21(12): 1303-1309
8. ERS White Book. https://www.erswhitebook.org/files/public/Chapters/11_childhood_asthma.pdf; letzter Zugriff 18.9.2018.
9. Baan A et al. ERS-Kongress (European Respiratory Society) Paris, Frankreich, 19.9.2018, Abstract PA5439
10. Malinowski A, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;132:821-827
11. Rothenberg ME. N Engl J Med. 1998;338:1592-1600
12. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-009.html>; letzter Zugriff 18.9.2018
13. Chipps et al. J Allergy Clin Immunol, 2012, Vol 130, 2, 332-342.
14. Galkin D et al. J Allergy Clin Immunol 2018; 141: AB409
15. Albers F et al. J Allergy Clin Immunol 2018; 141: AB408
16. AACI Congress 2018, Munich, Germany, May 26-30, 2018; Poster 0351
17. Gupta A et al. ERS-Kongress (European Respiratory Society) Paris, Frankreich, 19.9.2018, Abstract PA5447
18. Albers F et al. ATS-Kongress (American Thoracic Society), San Diego, USA, 20.5.2018, Abstract A34

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG, München

Erstes Halbjahr 2018: Mehr invasive Meningokokken-Erkrankungen als im Vorjahreszeitraum

*Ein Jahr Meningokokken-B-Impfstoff Trumenba® // Im ersten Halbjahr 2018 (KW 1 bis 26) wurden in Deutschland 189 Fälle invasiver Meningokokken-Erkrankungen (IME) registriert. Das ist ein Plus von 30 Fällen und entspricht einem Anstieg der Erkrankungen von etwa 20 Prozent im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum. Betroffen waren auch in diesem Jahr, wie für IME typisch, neben Kleinkindern unter 5 Jahren (23 %), vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren (22 %).¹ Bei einer Meningokokken-Erkrankung kann sich innerhalb weniger Stunden ein schweres, lebensbedrohliches Krankheitsbild entwickeln, das zu lebenslangen Folgeschäden oder sogar zum Tod führen kann.^{2,3,4} Dabei ließe sich einer Infektion mit dem auslösenden Bakterium *Neisseria meningitidis* in den meisten Fällen vorbeugen: Rund 9 von 10 gemeldeten Krankheitsfällen, bei denen die Serogruppe bestimmt wurde, gehen auf die impfpräventablen Serogruppen A, B, C, W oder Y zurück.¹ Zur Prävention der in Deutschland häufigsten Serogruppe B (MenB) steht z. B. seit rund einem Jahr Trumenba® zur Verfügung und wird bei Personen ab 10 Jahren angewendet.⁵ Die Kosten für die Impfung werden in vielen Fällen durch die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet.⁶*

Fast 55 Prozent der Meningokokken-Erkrankungen, bei denen die Serogruppe bestimmt wurde, konnten im ersten Halbjahr 2018 auf die Serogruppe B zurückgeführt werden. Dazu kommen weitere 37 Prozent der Fälle durch die Serogruppen A, C, W oder Y, denen mit einem quadrivalenten Meningokokken-Impfstoff wie z. B. Nimenrix® vorgebeugt werden könnte.^{1,7} Aufgrund der STIKO-Empfehlung als Standardimpfung wird inzwischen der Großteil aller Kinder (89,4 %, Stand 2016) im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen gegen Meningokokken der Serogruppe C geimpft, z. B. mit NeisVac-C®.^{8,9} Ein Impfschutz gegen die weiteren Serogruppen wird jedoch nach wie vor zu selten in Anspruch genommen.

Meningokokken-Risikogruppe Jugendliche

Eine besondere Relevanz hat der mangelnde Impfschutz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: „In der Altersgruppe der Jugendlichen trägt jeder Vierte Meningokokken im Nasen-Rachenraum – in der Gesamtbevölkerung ist es nur etwa jeder Zehnte“, betonte Prof. Dr. Tino Schwarz, Chefarzt des Zentral-

labors und Impfzentrums am Klinikum Würzburg Mitte, Standort Juliusspital, im Rahmen des DGIM-Kongresses 2018. Die Träger der Erreger können Meningokokken potenziell verbreiten oder selbst daran erkranken. In Deutschland häufen sich Meningokokken-Infektionen neben Säuglingen und Kleinkindern auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.¹⁰ Zurückzuführen ist dies auf die alterstypisch engen sozialen Kontakte, wie z. B. das Leben in Wohngemeinschaften oder den Besuch von Partys und Festivals. Auch Küssen, das Teilen von Getränken, Zigaretten und Kosmetika sowie häufiges Reisen, u. a. in epidemische Gebiete, erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Tröpfcheninfektion mit Meningokokken. „Wir sprechen hier von einer realen Ansteckungsgefahr“, so Schwarz.

Die Letalität von IME liegt derzeit für 15- bis 19-Jährige bei 5,5 %.¹⁰ Überlebende Jugendliche tragen häufig schwere Folgeschäden davon – darunter motorische oder kognitive Einschränkungen und neurologische Residuen (z. B. Gehörverlust, Sehstörungen) sowie Hautvernarbungen, Gelenkprobleme, Nierenschäden oder auch Amputationen.^{11,12} Zu Beginn einer Meningokokken-Infektion treten meist unspezifische Symptome wie

Fieber, Schüttelfrost und starke Kopfschmerzen auf. Diese werden häufig unterschätzt oder mit einer Grippe verwechselt. Anschließend verschlechtert sich der Zustand der betroffenen Patienten meist rapide und kann trotz Antibiotikagabe und aggressiver intensivmedizinischer Behandlung innerhalb von 24 Stunden zum Tod führen.^{3,13}

Ein Jahr Trumenba®: Wirksame Impfung gegen Meningokokken B

Trumenba® ist seit August 2017 in Deutschland verfügbar und wird zur aktiven Immunisierung von Personen ab einem Alter von 10 Jahren zur Prävention invasiver Meningokokken-Erkrankungen der Serogruppe B angewendet. Mehr als 500.000 Patienten wurden weltweit bereits mit Trumenba® geimpft. Zulassungsstudien zeigen, dass der Impfstoff sowohl im Zwei- als auch Drei-Dosen-Impfschema eine schützende Immunantwort gegen verschiedene MenB-Stämme hervorruft. Trumenba® ist derzeit der einzige Impfstoff gegen Meningokokken B, der die Antikörperbildung und somit die Immunisierung gegen die beiden Subfamilien A und B des bakteriellen Oberflächenproteins fHbp (Faktor H-bindendes

Protein) induziert. Subfamilie A oder B dieses Proteins werden von über 96 % der zirkulierenden Meningokokken in Europa auf der Oberfläche exprimiert, die damit potentiell von Impfstoff-induzierten Antikörpern erfasst werden können.⁵

Die Kosten für Meningokokken-Impfungen werden gemäß der Schutzimpfungsrichtlinie für alle von der STIKO empfohlenen Gruppen erstattet. Darunter fallen neben Personen mit Immundefizienz bzw. -suppression auch Schüler bzw. Studenten vor Langzeitaufenthalt in Ländern mit entsprechenden Empfehlungen.^{6,9} Viele Krankenkassen bieten darüber hinaus eine breitere Erstattung der Kosten als zusätzliche Leistung für ihre Versicherten an.^{14,15}

Quellen

- 1 <https://survstat.rki.de/>, Stand KW27, zuletzt aufgerufen: 08.08.2018.
- 2 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html Abfragedatum: 05.07.2017.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention. Meningococcal vaccines for preteens, teens. <https://www.cdc.gov/features/meningococcal/>, zuletzt aufgerufen: 12.04.2018.
- 4 https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/Infoblatt_Meningokokken.pdf, zuletzt aufgerufen: 24.08.2018.
- 5 Fachinformation Trumenba®. Stand: Dezember 2017.
- 6 G-BA. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V. Veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 28.06.2018 B2.
- 7 Fachinformation Nimenrix®. Stand: März 2018.
- 8 RKI. Epid Bull. 2018. 16:151-157. Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2016.

- 9 RKI. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019. Epid Bull 2018. 34:335-382.
- 10 RKI. Epid Bull. 2016. 43:471-488. Zur Situation bei ausgewählten Infektionskrankheiten in Deutschland Invasive Meningokokken-Erkrankungen 2012 – 2015.
- 11 Sadarangani et al. Clinical Infect Dis 2015;60:e27-35.
- 12 Borg et al. Pediatrics 2009;123:e502-9.
- 13 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=69700>, zuletzt aufgerufen: 05.04.2018.
- 14 Centrum für Reisemedizin. www.crm.de/meningokokken/Meningokokken.pdf, zuletzt aufgerufen: 24.08.2018.
- 15 Centrum für Reisemedizin. https://www.crm.de/krankenkassen/kk_tabelle_kassen.htm, zuletzt aufgerufen: 24.08.2018.

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

Der tetravalente Grippeimpfstoff Vaxigrip Tetra® von Sanofi steht für die Grippesaison 2018/19 bereit

Vaxigrip Tetra® bietet einen breiten Impfschutz für alle Altersgruppen (ab 6 Monate) // Sanofi liefert in Deutschland ab sofort den Impfstoff Vaxigrip Tetra® für die kommende Saison aus.*

Tetravalente Grippeimpfstoffe bieten momentan den breitesten Grippeimpfschutz. Die Stämme des Impfstoffs umfassen zwei A-Stämme (A/H1N1- und A/H3N2) und zwei B-Linien (B/Victoria- und B/Yamagata) des Influenzavirus gemäß WHO-Empfehlung. Damit sind alle Geimpften bestmöglich vor der Grippeinfektion geschützt.

Vaxigrip Tetra® ist als Fertigspritze in 1er, 10er und 20er Packung ohne Kanüle und in einer 10er Packung mit Kanüle lieferbar.

Seit Januar 2018 sind tetravalente Grippeimpfstoffe als neuer medizinischer Standard von der STIKO empfohlen. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 10.07.2018 wurde die neue Schutzimpfungsrichtlinie gültig. Damit haben ab der kommenden Grippesaison alle gesetzlich Krankenversicherten ab 6 Monate in Deutschland erstmalig Zugang zur Impfung mit einem Vierfach-Influenzaimpfstoff und damit den bestmöglichen Impfschutz vor einer Grippeinfektion.

Jedes Jahr infizieren sich in Deutschland etwa 5-20 Prozent der Bevölkerung pro Saison mit Influenzaviren.¹ Dies entspricht etwa 4-16 Mio. Menschen. Bei einer schweren Grippewelle wie in der

Saison 2012/2013 wurden rund 30.000 Influenza-bedingte Krankenhauseinweisungen und 20.000 Todesfälle geschätzt.¹ Besonders für kleine Kinder, Menschen im höheren Lebensalter und Menschen, die an chronischen Krankheiten leiden, kann Influenza zu schweren Komplikationen führen. Influenza kann chronische Erkrankungen wie z.B. Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes verschlimmern.^{1, 2} Neuere Studien haben gezeigt, dass das Risiko für einen Herzinfarkt während der Grippesaison stark ansteigt.³

In Deutschland lag die Impfquote in der Gruppe der Menschen über 60 Jahre in der Saison 2016/17 bei 34,8 Prozent. Im Vergleich zu anderen EU-Staaten zeigt sich hier eine sehr schwache Impfquote, die die empfohlene Impfquote der WHO von 75 Prozent weit verfehlt und zudem das Risiko einer Ansteckung der gefährdeten Patientengruppen weiter erhöht.⁴

„Angesichts der schweren Grippesaison letzten Jahres wird Sanofi Pasteur seinen Fokus in der kommenden Saison darauf legen bei Ärzten und in der Bevölkerung über die Notwendigkeit des Grippeimpfschutzes besonders bei Älteren und chronisch kranken Menschen

aufzuklären.“ sagt Dr. Stephan Barth, Leiter der Geschäftseinheit Sanofi Pasteur in Deutschland.

* Kinder unter 6 Monaten: Die Sicherheit und Wirksamkeit von Vaxigrip Tetra® sind nicht erwiesen. Kontraindikation laut Fachinformation Vaxigrip Tetra® (Stand 2018/2019 beachten)

Referenzen

- 1 RKI-Ratgeber für Ärzte: Influenza (Teil 1): Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren. Stand: 19.01.2018. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html (aufgerufen am 13.08.2018)
- 2 Bouter KP, Diepersloot RJ, van Romunde LK, et al. Auswirkungen der epidemischen Influenza auf Ketoazidose, Lungenentzündung und Tod bei Diabetes mellitus: eine Krankenhausregistererhebung von 1976-1979 in den Niederlanden. Diabetes Res Clin Pract 1991; 12: 61-8.
- 3 Kwong, Jeffrey C., et al., N Engl J Med 2018; 378: 345-53. DOI: 10.1056 / NEJMoa1702090
- 4 RKI. Epidemiologischer Bulltetin 1/2018. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/01_18.pdf?__blob=publicationFile (aufgerufen am 13.08.2018)

**Nach Informationen von
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH,
Frankfurt**

S2k-Leitlinie empfiehlt bei akuter Rhinosinusitis: Symptomatisch statt antibiotisch

Erstmals wird der Wirkstoff BNO 1016 (enthalten in Sinupret® extract) bei akuter Rhinosinusitis explizit aufgrund guter Evidenzbasis in der aktuellen S2k-Leitlinie empfohlen. Die Leitlinie gibt bei akuter Rhinosinusitis einer symptomorientierten Behandlung den Vorzug. Antibiotika sollten nur in Ausnahmefällen bei Patienten mit besonderen Risikofaktoren zum Einsatz kommen, denn sie sind in 90 % der Fälle aufgrund der viralen Ursache nicht indiziert und können zur Antibiotikaresistenz und damit zur Entwicklung multiresistenter Bakterienstämme führen¹.

Diese können bei gleichbleibender Resistenzlage und dem bestehenden fahrlässigen Umgang mit Antibiotikaverordnungen, laut WHO, zu 10 Millionen Todesfällen im Jahr 2050 führen². 700-800 Tonnen Antibiotika werden im gesamthumanmedizinischen Bereich pro Jahr verordnet. 85 % der Antibiotikaverordnungen werden im ambulanten Bereich getätigt und zwar in erster Linie bei Atemwegsinfektionen. Dabei sind 90 % dieser Infektionen viralen Ursprungs. Solche nutzlosen Verordnungen tragen maßgeblich zur Verschärfung der Resistenzlage bei. Mit Kampagnen wie „Choosing wisely“ und entsprechenden Empfehlungen wird gerade bei dieser Indikation der Verzicht auf unnötigen Antibiotikaeinsatz gefordert³.

Die S2k-Leitlinienempfehlungen bei akuter Rhinosinusitis

Die aktuelle S2k-Leitlinie verweist zusätzlich zur evidenzbasierten Phytotherapie auf lokale Anwendungen mit physiologischen Kochsalz-Lösungen, die Inhalation heißer Dämpfe (38-41° Celsius), auf Dekongestiva und topische Kortikoide. Erstmals sprach die Leitlinie auch für Sinupret® extract eine konkrete Empfehlung aus, die mit starkem Konsens von 6/6 Zustimmungen verabschiedet wurde: „Empfehlung: Eine Behandlung der ARS

mit einem patentierten (Misch-) Extrakt (BNO 1016) ... kann empfohlen werden.“⁴.

5-Pflanzen-Kombination auf Extraktbasis

BNO 1016 (Sinupret® extract) enthält die bewährte 5-Pflanzen-Kombination von Sinupret® forte in 4-fach konzentrierter* Form. Es wirkt dank der enthaltenen Bioflavonoide sekretolytisch und antientzündlich^{4,5} und richtet sich somit sowohl gegen die Symptome als auch gegen die Ursache der Beschwerden: der festsitzende Schleim wird gelöst und die entzündeten Schleimhäute schwellen ab.

Klinische Studien mit hohen Standards belegen die starke Wirksamkeit: Im Vergleich zu Placebo kam es unter Therapie mit Sinupret® extract zu einer signifikanten Reduktion der ARS-Symptome^{6,7}. Insbesondere das Symptom sinugener Kopfschmerz wies an Tag 7 gegenüber Placebo einen Genesungsvorsprung von 2 Tagen auf⁷. Sowohl Ärzte als auch Patienten beurteilten dabei die Verträglichkeit von BNO 1016 mit gut bzw. sehr gut⁶.

Fazit

Mit Sinupret® extract steht eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Therapie bei akuter Rhinosinusitis zur Verfügung. Dank seiner sekretolytischen und

antiinflammatorischen Wirkeigenschaften erfüllt die 5-Pflanzen-Kombination auf Extraktbasis die wichtigsten Ziele der Rhinosinusitis-Therapie und leistet damit einen maßgeblichen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen.

* Eine 4-fache Konzentration ist nicht gleichzusetzen mit der 4-fachen Wirksamkeit. Die 4-fache Konzentration bezieht sich auf Ø 720 mg eingesetzte Pflanzenmischung in Sinupret® extract (entspricht 160 mg Trockenextrakt) im Vergleich zu 156 mg Pflanzenmischung in Sinupret® forte, bzw. auf die die sekretolytische bzw. antientzündliche Eigenschaft mitbestimmenden Bioflavonoide.

Literatur

1. S2k-Leitlinie „Leitlinie Rhinosinusitis – Langfassung“ (2017): <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-049.html>
2. De Kraker M. et al. (2016), PLoS Med. 13(11): e1002184.
3. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit & Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (Hrsg.). GERMAP 2015 – Antibiotikaresistenz und -Verbrauch.
4. Kreindler J. L. et al. (2012). American Journal of Rhinology & Allergy 26(6): 439-443.
5. Rossi A. et al. (2012). Fitoterapia 83(4): 715-720.
6. Jund R. et al. (2012), Rhinology:50(4): 417-426.
7. Bachert C et al. (2013), Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Bonn 8.-12. Mai 2013 (Kongressposter).

Nach Informationen von Bionorica SE, Neumarkt

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich Mitglieder-
service/Gremien:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de