

# KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 10/17  
48. (66.) Jahr

bvkg.

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



#### Berufsfragen

Medizinische  
Kinderschutzhotline  
ist geschaltet

#### Fortbildung

SMA: Gibt es noch  
Therapiemöglichkeiten?

#### Forum

Darfs ein bisschen  
weniger sein?

#### Magazin

Geborgenheit ist  
eine Frage der  
Beziehungsqualität

**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 | 2017

Editorial // Thomas Fischbach 607

### Berufsfragen

Medizinische Kinderschutzhotline ist geschaltet // Sigrid Peter 610  
 Impressum 610  
 Das Auto als Steuersparmodell // Christoph Gasten 612  
 BVKJ-Service GmbH 614  
 Aktuelle Gesundheitsgesetzgebung // Kathrin Jackel-Neusser 616  
 Ausfall des Praxisinhabers, Teil 3 // Gerrit Tigges, Christian Maus 618  
 Neue Ziffern in der ambulanten Palliativmedizin // Reinhard Bartzky 620  
 Ausschuss „Kind, Schule, ÖGD“ // Gabriele Trost-Brinkhues 624  
 Kongress für Weiterbildungsassistenten // Ronald G. Schmid 626  
 Neue GOÄ – aktueller Stand // Marcus Heidemann 628  
 Rabattverträge für Impfstoffe // Michael Stehr 629

### Fortbildung

Aktuelle Entwicklungen in der Therapie der spinalen Muskelatrophie // Astrid Blaschek, Katharina Vill, Wolfgang Müller-Felber 633  
 Endokrine Disruptoren: pränatale Entwicklung und Programmierung // Karl Ernst von Mühlendahl 636  
 Suchtforum // Matthias Brockstedt 640  
 Impfforum // Ulrich Heiningner 643  
 consilium: Umgang mit einem an Kokzidiose erkrankten Kaninchen // Ralf Bialek 644  
 Review aus englischsprachigen Zeitschriften 646  
 Welche Diagnose wird gestellt // Anne Teichler 647

### Forum

Schulranzen aus pädiatrischer Sicht // Regine Hauch 649  
 Partnerschaftliche Vereinbarkeit aus Sicht von Kindern und Eltern 650  
 Aus der Kinderkommission des Deutschen Bundestages // Wolfram Hartmann 653  
 Kita-Qualität steigt 654  
 Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis // Thomas Kauth 657  
 Fast jeder zweite Schüler leidet unter Stress 660  
 Virus oder Bakterium? // Wolfram Hartmann 661  
 Aufbau von „Zentralen Frühe Hilfen“ // Adolf Windorfer 662  
 Das Leser-Forum 664  
 Vermischtes 666  
 Auf den Punkt gebracht // Ulrich Fegeler 668  
 Vermischtes 671



Geborgenheit ist eine Frage der Beziehungsqualität S. 672

### Magazin

Geborgenheit ist eine Frage der Beziehungsqualität // Regine Hauch 672  
 Ehrung Dr. Wolfram Singendonk // Ulrich Fegeler 674  
 Buchtipp 675  
 Fortbildungstermine des BVKJ 677  
 Personalia 678  
 Pädindex 679  
 Nachrichten der Industrie 680  
 Wichtige Adressen des BVKJ 687  
**ACHTUNG KLINIKÄRZTE!** 626

**Titelbild:** © ArtMarie - iStock.com

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe sind eine Beilage der Milupa Nutricia GmbH, ein Supplement der Merck Serono GmbH sowie ein Flyer der Medizinischen Kinderschutzhotline beigelegt. Wir bitten um Beachtung.



# Liebe Kolleginnen und Kollegen,

*ein turbulentes Jahr neigt sich dem Ende zu und der Ausblick auf 2018 lässt ein weiteres ereignisreiches Jahr erwarten. 2016/17 war durch eine sehr aktive Gesundheits- und Familienpolitik geprägt, die ihren Ausfluss in der Verabschiedung zahlreicher Gesetze gefunden hat. Der Bogen ist groß und reicht vom GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, dem Pflegeberufereformgesetz über das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz bis hin zur Novellierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes.*



**Dr. Thomas Fischbach**

## Gemeinsame politische Arbeit

In all diese Gesetzgebungsverfahren hat sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) aktiv eingebracht und an zahlreichen Abstimmungsgesprächen und Anhörungen teilgenommen. Wir haben oftmals unter dem Dach der DAKJ Seite an Seite mit den Kolleginnen und Kollegen aus der DGKJ sowie der DGSPJ, aber auch der GKKind und anderen Verbänden und Organisationen für eine entsprechende Berücksichtigung der gesundheitlichen wie sozialen Interessen von Kindern, Jugendlichen und Familien gekämpft, und dies mit gutem Erfolg.

## Forderungskatalog zur Bundestagswahl

Vor diesem Hintergrund waren wir aufgefordert, die wegweisenden gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen der deutschen Pädiatrie für die Bundestagswahl 2017 zu formulieren, zu konsentieren und in Schriftform zu gießen. Erstmals haben die drei großen pädiatrischen Verbände DGKJ, DGSPJ und BVKJ unter der Überschrift „Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland“ einen gemeinsamen For-

derungskatalog formuliert und über die DAKJ an die Politik adressiert.

## Intensive Politische Arbeit in Berlin

Parallel dazu fanden zahlreiche Gespräche mit Bundespolitikerinnen und Bundespolitikern und Vertretern der jeweiligen ministerialen Arbeitsebenen, insbesondere aus den Bereichen Gesundheit sowie Familie, statt. Wir wurden dort mit großer Offenheit empfangen und man hat unsere berufspolitischen Forderungen aufmerksam angehört. **Der Sicherstellung der zukünftigen kinder- und jugendmedizinischen Versorgung gilt unsere besondere Priorität.** Hier fordern wir die Politik auf, die neue Legislaturperiode zu nutzen, um langfristig sowohl eine qualifizierte als auch flächendeckende pädiatrische Versorgung in Klinik wie Praxis mit uns gemeinsam verbindlich zu gestalten. Dazu gehört nach unserer Auffassung auch eine **deutliche Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in allen Bundesländern**, der nicht zuletzt durch die vielen geflohenen Menschen mit ihren speziellen Problemen sowie durch die Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen mehr denn je gebraucht wird.

## Schwerpunktthema „Das chronisch kranke Kind“

Über unser diesjähriges Schwerpunktthema „Das chronisch kranke Kind“ konnte der BVKJ in zahlreichen Veranstaltungen die besondere Versorgungsproblematik in diesem Bereich auch gegenüber der Politik verdeutlichen. Besonders erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang unser Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik, das Sie unter dem Link [https://www.bvkj.](https://www.bvkj.de/fileadmin/video/BVKJ_Kinderaerzte.mp4)

[de/fileadmin/video/BVKJ\\_Kinderaerzte.mp4](https://www.bvkj.de/fileadmin/video/BVKJ_Kinderaerzte.mp4) nachverfolgen können.

## Bedarfsplanung und Reform der Aus- und Weiterbildung

Die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf hohem Niveau wurde und wird seitens der Politik in bilateralen Gesprächen stets gewünscht und für absolut erforderlich gehalten. Ohne eine sich **am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientierende Bedarfsplanung** sowie eine **reformierte ärztliche Aus- und Weiterbildung** wird sie sich nach unserer Auffassung aber nicht realisieren lassen.

Die Reform der Approbationsordnung für Ärzte, landläufig als Masterplan 2020 bezeichnet, stellt in diesem Kontext einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar. Der BVKJ unterstützt ausdrücklich eine **studentische Ausbildung mit frühem Praxisbezug** und neigungsabhängigen Vertiefungsmöglichkeiten nach einem zweijährigen gemeinsamen Ausbildungsabschnitt (sog. Common Trunk). Mit Blick auf die dringend erforderliche Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses erscheint uns eine frühe **Heranführung der Studentinnen und Studenten beispielsweise an die Primärversorgung** (Primary Care) unbedingt erforderlich und hier sehen wir uns erfreulicherweise mit den Verbänden der Allgemeinmedizin und auch den Medizinstudierenden im Bundesverband der Medizinstudierenden (bvmd) einig. Gemeinsam mit den übrigen pädiatrischen Verbänden, dem Deutschen Hausärzterverband und dessen wissenschaftlicher Gesellschaft (DEGAM) haben wir in Kooperation mit den jeweiligen Studiendekananen eine an diesen Aspekten orientierte Ausbildungsinitiative gestaltet, die demnächst in Form von Pilotprojekten an einigen Studienstandorten starten wird.

Es muss aber grundsätzlich klar sein, dass der Vertiefungsansatz Primary Care

nicht der angloamerikanischen Lesart folgend mit Allgemeinmedizin gleichgesetzt werden darf, sondern dass die nach § 73 I a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharztgruppen gleichermaßen gemeint sind. Dies haben wir gegenüber der Politik stets klargestellt und in unseren Gesprächen grundsätzliche Zustimmung erfahren. Nichtsdestotrotz werden und müssen wir in der Zukunft mit großer Wachsamkeit darauf achten, dass diesen Worten auch Taten folgen.

Ein weiteres Problem in der ärztlichen Ausbildung ist die **unzureichende Zahl von Studienplätzen**, die dem durch die Demographie bedingten Bedarf weit hinterherhinkt. Durch eine bereits heute beim Nachwuchs um circa ein Drittel abnehmende ärztliche Lebensarbeitszeit reicht eine nahezu gleichbleibende Anzahl von Weiterbildungsabschlüssen im Fachgebiet Pädiatrie eben nicht aus. Wir fordern also eine Ausbildungsinitiative jetzt und nicht erst in einigen Jahren. Selbst im sofortigen Umsetzungsfall ist eigentlich alles viel zu spät, könnte doch ein heute das Medizinstudium aufnehmender Student frühestens 11 Jahre später die Facharztanerkennung erhalten. Inzwischen werden jedoch die meisten Pädiater der Babyboomer-Generation längst ihren Kittel ausgezogen haben.

**Hinzu kommt ein studentisches Auswahlverfahren**, das uneinheitlicher und unsinniger nicht sein kann. Vornehmlich an der sogenannten „Bestenquote“ orientiert verirren sich einerseits viele Musterabiturienten ohne ausreichende persönliche Eignung in die Medizin, was die nicht unerhebliche frühe Studienabbruchquote zeigt, während andererseits wesentlich geeignetere junge Menschen mit ausreichender Belastbarkeit und sozialer Kompetenz draußen vor der Tür bleiben müssen. Hier muss der **Masterplan 2020** klare Zeichen setzen und die persönliche Eignung ebenso wie eine vorangegangene medizinnahe Ausbildung verbindlich als Zulassungskriterien ausgestalten. Dass dies zu nicht unerheblichem Arbeitsaufwand in den Universitäten führen wird ist ebenso klar wie die **Erfordernis einer ausreichenden Finanzierung durch die zuständigen Bundesländer**. Auch hier wird sich der Bund nicht wegduckeln können.

Auch die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist drin-

gend renovierungsbedürftig. Der z. Zt. stattfindende Novellierungsprozess der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) unter Federführung der Bundesärztekammer eröffnet uns Mitgestaltungsmöglichkeiten, die wir an vielen Stellen und in vielen Gremien gemeinsam mit den anderen pädiatrischen Verbänden wahrnehmen. Die Federführung liegt bei der Kommission für Weiterbildung und Strukturfragen der DAKJ.

Neben Änderungsnotwendigkeiten im Detail in der neuen MWBO ist eine **Maxime des BVKJ**, dass ein **Weiterbildungsabschnitt** inkorporiert werden muss, der den umfangreichen Inhalten der **ambulanten pädiatrischen Versorgung** gerecht wird. Das ist, wie wir alle wissen, bisher nicht der Fall.

Während die grundsätzliche Erfordernis eigentlich von keiner Seite ernsthaft bestritten wird, gibt es reichlich Klippen und Hindernisse bei der konkreten Umsetzung eines solchen Ausbildungsziels, da hier die Interessen der Kliniken und der ambulanten Pädiatrie durchaus unterschiedlich sind. Trotz differenter Positionen arbeiten die pädiatrischen Verbände sehr ernsthaft an einer für alle akzeptablen Lösung.

Ganz egal wie ein ambulanter Weiterbildungsanteil auch gestaltet werden wird, ist schon heute klar, dass es eine **adäquate Finanzierung der Weiterbildungspraxen** über die bisherige Regelung in § 75 a SGB V hinaus geben muss, was eine Änderung des Sozialgesetzbuches nötig macht. In diesem Zusammenhang muss der Bundesgesetzgeber auch klar den Begriff des ärztlichen „Grundversorgers“ definieren, da bereits heute die wenigen Förderstellen durch geschickte Definitionsmanöver der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenkassen an Fachgruppen gehen, die von einer hausärztlichen Grundversorgung Galaxien entfernt sind.

### Forschungszentrum für Kindergesundheit

Gemeinsam mit unserer wissenschaftlichen Schwestergesellschaft DGKJ setzen wir uns für eine **Förderung der Grundlagenforschung** ein. Wir unterstützen sehr die Zusage unserer Bundeskanzlerin Angela Merkel, dass ein **Forschungszentrum für Kindergesundheit** geschaffen werden soll und dadurch die medizini-

sche Forschung im Bereich Kinder- und Jugendmedizin intensiviert werden wird. Gerade mit Blick auf die veränderte Morbiditätsstruktur im Kindes- und Jugendalters, die erforderliche Forschung im Bereich der „Seltenen Erkrankungen“ und die Umsetzung der Regelungen im Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz bzgl. kindgerechter Medikamente und Applikationsformen zur Eindämmung des sog. „Off-Label-Use“ ist die Schaffung eines solchen Instituts, das es in anderen Ländern längst gibt, schlichtweg überfällig.

### Digitalisierung in der Medizin

Auch wenn die Digitalisierung in der Medizin von vielen als Teufelswerk bezeichnet und verstanden wird, so werden auch die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sich dieser Herausforderung stellen müssen. Ich bin mir dabei sicher, dass wir auch dabei erfolgreich sein werden. Mit dem telemedizinischen Konsiliararztprojekt „**Pädexpert**“ haben wir hier bereits Pionierarbeit geleistet, wofür wir von Politik, Krankenkassen und anderen Arztgruppen großen Respekt gezollt bekommen. Dabei ist Pädexpert als Start Up-Projekt zu verstehen, an dessen Umsetzung in der Fläche sicher noch einige Zeit zu arbeiten sein wird.

### Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) und enge Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Der Bundesgesetzgeber hat in der Novellierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes das „Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) beschlossen, das sich zur Zeit in der parlamentarischen Abstimmung im Bundesrat befindet. In diesem Gesetz wird u.a.m. die Mitwirkung der Ärzteschaft bei der sog. Gefährdungseinschätzung klarer und damit eindeutiger geregelt. Hierzu bedarf es dringend einer sektoren- und sozialgesetzgebungsübergreifenden sowie **unbürokratischen Kooperationsregelung**. Mit der Implementierung einer von uns seit vielen Jahren geforderten Schnittstelle zum SGB V wird dies ebenso möglich werden wie eine Finanzierungsregelung für ärztliche Aufgaben und Leistungen im Rahmen der „Frühen Hilfen“.

## Präventionsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat vor gut zwei Jahren nach einem aufreibenden Hin und Her das Präventionsgesetz verabschiedet. Der BVKJ hat dies stets grundsätzlich begrüßt, jedoch von Anfang an auf **schwere Konstruktionsfehler** hingewiesen. Der schwerwiegendste ist die Abwendung von einer Philosophie, die Prävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ansieht hin zu einer de facto vornehmlich von den Krankenversicherungen zu finanzierende Aufgabe. Auch wenn viele Ansätze wie beispielsweise der so genannten „Lebensweltenansatz“ und die Hinwendung von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention, die Verbesserung der betriebsärztlichen Versorgung, die Etablierung zusätzlicher Vorsorgeuntersuchungen sowie eine Verbesserung der Impfraten absolut richtig erscheinen, liegt die Sollbruchstelle in der Umsetzungsstruktur. Eine Nationale Präventionskonferenz ausschließlich aus Sozialversicherungsträgern zusammengesetzt und bar jedweden ärztlichen Sachverständes, in der die Hauptfinanziers die Krankenkassen sind, kann das hehre Gesetzesziel nicht erreichen.

## Verankerung der Kinderrechte im GG

Eine weitere wichtige Forderung war und ist die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sowie die konsequente und uneingeschränkte **Umsetzung der UN-**

**Kinderrechtekonvention.** Hier gab es zunächst trotz einer sehr erfolgreichen Petition erhebliche Widerstände, die teilweise rechtssystematischer Natur waren, teils mit einem antiquierten Familienbild begründet wurden. Eine positive Wendung gelang erst im November 2016 durch eine einstimmige Positionierung der Justizministerkonferenz der Länder zugunsten der Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz. Innerhalb der Parteien gab es insbesondere bei der Union erhebliche Vorbehalte, jedoch scheinen diese inzwischen weitgehend vom Tisch zu sein, da sich CDU/CSU in ihrem Wahlprogramm nun ebenfalls für die Aufnahme der Kinderrechte in das GG aussprechen.

Unter dem Dach der DAKJ spricht sich der BVKJ des Weiteren für die Stärkung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages sowie für die **Etablierung eines Kinderbeauftragten** in allen deutschen Parlamenten aus.

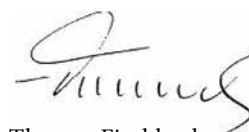
## Ausblick

Wenn ich diese Zeilen schreibe liegt die Bundestagswahl noch vor uns. Das macht den Ausblick auf das nächste Jahr nicht gerade einfach. Aber welche Farbenkonstellation die neue Bundesregierung auch haben und wer auch immer der nächste Bundesgesundheitsminister sein wird, der BVKJ wird auch 2018 all die genannten Verbandsziele weiter nach vorne treiben. Er wird versuchen – und da sehe ich mich mit meinem Vorstand einig – dies möglichst im Konsens mit den anderen pädiatrischen Verbänden

aber auch mit anderen Fachgruppen und deren berufspolitischen Vertretungen zu tun, ohne dass wir die spezifischen Ziele des BVKJ aus den Augen verlieren.

Ich bin der Überzeugung, dass gemeinsam vieles besser gelingen kann und weniger Reibungsverluste auch Ressourcenschonung bedeutet. Wir Ärzte sind untereinander nicht unsere natürlichen Gegner, sondern sollten unserer ethischen Haltung folgend zum Wohle der uns anvertrauten Patienten handeln. Wir haben als Verband bereits Vieles erfolgreich geleistet und auf den Weg gebracht. Wie ich eingangs sagte, wird 2018 sicher ein ebenso arbeitsintensives wie für unsere Fachgruppe wichtiges Jahr werden. Daher benötigt der Bundesvorstand und alle Funktionsträger des BVKJ Ihrer aller konstruktive Unterstützung. Mir ist bewusst: In einem Verband von 12.000 Mitgliedern kann nicht jeder zu jeder Zeit jede einzelne Entscheidung begrüßen und damit restlos zufrieden sein (dafür sind die individuellen Interessen zu heterogen). Dennoch sollten wir das Große und Ganze jenseits des Tagesgeschäfts niemals aus den Augen verlieren und uns nicht im Klein-Klein verzetteln.

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Thomas Fischbach  
Präsident BVKJ

Red.: WH

0800/19 210 00 –

# Medizinische Kinderschutzhotline ist geschaltet

*Vernachlässigung und Missbrauch haben den Kinderschutz ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Trotz vieler Kampagnen ist kein Rückgang von sexuellem Missbrauch zu verzeichnen.*

## Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen geht uns alle an

Schätzungen gehen von einer Million Betroffener in Deutschland aus. 1/3 der deutschen Bevölkerung hat in der Kindheit mindestens einmal Gewalt erlebt. Etwa 1-2 Kinder pro Schulklasse sind betroffen. Das Problem ist andauernd und betrifft Jeden. Die meisten Übergriffe erfolgen in den Familien und sind unabhängig von der Gesellschaftsschicht.

Misshandlung und Missbrauch bleiben ein „Tabuthema“. Die betroffenen Kinder sind innerhalb der Familien Druck und Strafandrohung ausgesetzt. Die Signale der Kinder werden – insbesondere von Erziehern, Lehrern, Ärzten – oft nicht erkannt und immer noch wird den Kindern mit verletzendem Verhalten oder Beschwichtigung begegnet.

Die Betroffenen erwarten Hilfe, Anerkennung und Akzeptanz. Hilfsangebote für Eltern werden gefordert. Die Rechtsgrundlage hat sich durch das Kinder-

schutzgesetz (2010) gebessert. Unsicherheit in juristisch-rechtlichen Fragen und Unkenntnis in Gesprächsführung bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch, Sorge vor Vertrauensverlust der betreuten Familien und ein erheblicher Zeitdruck im ambulanten und stationären Bereich sind Hemmnisse in der professionellen Versorgung und Umsetzung des Kinderschutzes. Kinder brauchen weiterhin Schutz!

## Medizinische Kinderschutzhotline

Mit der **bundesweiten Rufnummer 0800/19 210 00** bietet die **medizinische Kinderschutzhotline** rund um die Uhr Beratungshilfe für medizinisches Fachpersonal (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, sowie Mitarbeiter der Pflege) in Praxen und Kliniken.

Das **Projekt** ist vom **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** gefördert und bietet eine **bundesweite kostenfreie Beratung**

**bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch.** Das Projekt soll der Verständigung dienen, die Kommunikation zwischen Jugendhilfe und Medizin ist oft nicht hinreichend.

Die Mitarbeiter der Hotline sind Mediziner mit besonderer Kenntnis im Kinderschutz und haben spezielle Schulungen und Trainings als ISEF (insoweit erfahrene Fachkraft) absolviert. Jedes Gespräch bleibt vertraulich und die Falldarstellungen erfolgen anonymisiert. Zur Qualitätssicherung werden Anrufer um einige Angaben wie Alter und Geschlecht sowie Hintergrund des Anrufes gebeten.

Selbstverständlich können bestehende und gut funktionierende Strukturen auch weiterhin genutzt werden.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sigrid Peter  
E-Mail: [sigrid.peter@uminfo.de](mailto:sigrid.peter@uminfo.de)

Red.: WH

## 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](mailto:michael.stehr@uminfo.de); Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbelling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, [armin.woelbeling@uminfo.de](mailto: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](mailto: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](mailto:florian.heinen@med.uni-muenchen.de); Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelm-

stift, Lilienconstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: [p.hoeger@khh-wilhelmstift.de](mailto:p.hoeger@khh-wilhelmstift.de); Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-kliniken.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-kliniken.de)

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“:** Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: [regine.hauch@arcor.de](mailto:regine.hauch@arcor.de); Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto: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 12.600  
lt. IVV II 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft  
Kommunikationsforschung im  
Gesundheitswesen

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

**Verlag:** Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: [ckermel@schmidt-roemhild.com](mailto:ckermel@schmidt-roemhild.com) – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: [daubgaskowkija@beleke.de](mailto:daubgaskowkija@beleke.de) – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: [mschulz@schmidt-roemhild.com](mailto: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 € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- 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](http://www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise)

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



# Das Auto als Steuersparmodell – Wahrheit oder doch nur ein Mythos?

*Wäre es nicht schön, den Fiskus an den Kosten für das eigene Auto zu beteiligen? Früher oder später kommt bei fast jedem Arzt die Frage auf, ob nicht durch die Anschaffung eines Autos über die Praxis die Steuerbelastung reduziert werden kann. Tatsächlich ist das Auto im Praxis- bzw. Betriebsvermögen nicht immer eine sinnvolle Möglichkeit, die eigene Steuerbelastung zu reduzieren. Im Gegenteil: es kann sogar aus steuerlicher Sicht vorteilhafter sein, das Auto im Privatvermögen zu halten und die betriebliche Nutzung im Rahmen einer Nutzungseinlage steuerlich geltend zu machen. In diesem Artikel möchten wir Ihnen daher aufzeigen, für wen sich ein Auto im Betriebsvermögen lohnt, welche steuerlichen Folgen damit verbunden sind und welche Alternativen es hierzu gibt.*

## Wer kann ein Auto der Praxis zuordnen?

Das Steuerrecht unterscheidet zwischen Betriebs- und Privatvermögen. Gegenstände (steuerlicher Begriff: **Wirtschaftsgüter**), die Sie **ausschließlich für Ihre Praxis** nutzen, stellen **Betriebsvermögen** dar und sind zwingend der Praxis zuzuordnen. Die Kosten hierfür stellen Praxis- bzw. Betriebsausgaben dar und mindern Ihre Steuerbelastung. Demgegenüber müssen Sie **Wirtschaftsgüter**, die Sie **ausschließlich privat** nutzen, dem **Privatvermögen** zuordnen. Aufwendungen, die Ihnen im Zusammenhang mit diesen Wirtschaftsgütern entstehen, sind als Kosten der privaten Lebensführung grundsätzlich steuerlich nicht abzugsfähig.

Autos werden häufig sowohl für den Betrieb bzw. die Praxis als auch privat genutzt. In diesem Fall hängt es von dem **Anteil der betrieblichen Nutzung** ab, ob Sie Ihr Auto der Praxis zuordnen können oder dem Privatvermögen zuordnen müssen.

Bei einer **betrieblichen Nutzung von unter 10 %** ist das Auto zwingend dem **Privatvermögen** zuzuordnen. Bei einem **betrieblichen Nutzungsanteil zwischen 10 % und 50 %** können Sie das Auto **wahlweise Ihrem Betriebs- oder Privatvermögen** zuordnen. Bei einem **betrieblichen Nutzungsanteil von mehr als 50 %** müssen Sie das Auto dem **Betriebsvermögen** zuordnen.

**Hinweis:** Die Fahrten zwischen Wohnort und Praxis werden dem betrieblichen Nutzungsanteil zugerechnet.

## Beispiel:

Mit Ihrem Auto fahren Sie jährlich 30.000 km. Hiervon entfallen 10.000 km auf Fahrten zwischen Ihrem Wohnort und der Praxis sowie weitere 8.000 km auf betriebliche Fahrten im Zusammenhang mit Ihrer Praxis (Fortbildungen, Außentermine und Besorgungsfahrten). Ihr betrieblicher Nutzungsanteil beträgt in diesem Fall 60 %. Sie müssen Ihr Fahrzeug der Praxis bzw. dem Betriebsvermögen zuordnen.

## Welche Kosten können Sie steuerlich berücksichtigen?

Grundsätzlich können alle Kosten, die mit dem Auto zusammenhängen, steuerlich berücksichtigt werden. Hierzu zählen insbesondere Abschreibungen, Zinsen im Zusammenhang mit Krediten zur Finanzierung des Fahrzeugs sowie laufende Betriebskosten wie Kraftstoff, Versicherungen, Wartungs- und Reparaturkosten.

**Hinweis:** Unter Abschreibungen versteht man den Wertverzehr über die Nutzungsdauer. Das Finanzamt unterstellt bei einem **neuen Auto eine gewöhnliche Nutzungsdauer von 6 Jahren**. Auf diese Zeit sind die Anschaffungskosten für das Auto zu verteilen. Kaufen Sie also ein Fahrzeug für 60.000 € inkl. Umsatzsteuer können Sie hiervon jährlich 10.000 € über die Abschreibung steuerlich geltend machen. Zusätzlich könnten Sie Zinsen für die Finanzierung steuerlich berücksichtigen.

Wenn Sie ein **Fahrzeug leasen**, sind Wertverzehr und Zinsen bereits in den Leasingraten enthalten. In diesem Fall können Sie anstelle der Abschreibung

und der Zinsen die monatlichen Leasingraten steuerlich berücksichtigen.

## Wo ist der Haken an der Sache?

Bis hierhin scheint das Auto im Betriebsvermögen das ideale Steuersparmodell zu sein. Leider sind die Ausgaben jedoch nur eine Seite der Medaille. Wenn Sie Ihr Auto auch für private Zwecke nutzen – und das ist ja der Regelfall –, müssen Sie die **private Nutzung versteuern**. Bei einem Nutzungsanteil von mehr als 50 % kommen hierfür grundsätzlich die **Fahrtenbuchmethode** oder die **1 %-Regel** in Betracht.

## Fahrtenbuch

Bei einem Fahrtenbuch notieren Sie für jede Fahrt das Datum, den Anfangskilometerstand, den Endkilometerstand, die gefahrenen Kilometer, den Zweck der Fahrt (soweit betrieblich) sowie ggf. bei Umwegen Angaben zu der Reiseroute. Nach Auffassung der Finanzverwaltung müssen die Aufzeichnungen in einem Fahrtenbuch inhaltlich so gestaltet sein, dass sie eine leichte und einwandfreie Überprüfung der Angaben ermöglichen. Dies beinhaltet auch, dass die Auszeichnungen zeitnah und unveränderlich (nicht Excel!) geführt werden müssen. Anhand der Fahrten können Sie am Ende des Jahres das Verhältnis zwischen betrieblich und privat gefahrenen Kilometern ermitteln und die Kosten dann in diesem Verhältnis aufteilen. Der betriebliche Anteil der Kosten wird dann als Betriebsausgabe berücksichtigt, der private Anteil bleibt steuerlich unberücksichtigt.

**Soweit die Theorie.  
Jetzt die Praxis:**

Ein **Fahrtenbuch ordnungsgemäß zu führen ist praktisch fast unmöglich.** In Betriebsprüfungen erlebt man immer wieder, dass Fahrtenbücher aufgrund von formellen oder inhaltlichen Mängeln verworfen werden. Denn die Eintragungen im Fahrtenbuch lassen sich durch den Betriebsprüfer leicht überprüfen. Passen etwa Tankbelege oder Parkquittungen nicht zu der Eintragung im Fahrtenbuch wird das Fahrtenbuch verworfen. Auch wenn das Fahrtenbuch zu ordentlich und einheitlich (sozusagen „aus einem Guss“ und idealerweise noch mit einem Stift...) geführt wird, ist Ärger mit dem Betriebsprüfer vorprogrammiert. Denn ein **nachgeschriebenes Fahrtenbuch erfüllt nicht das Kriterium der zeitnahen Aufzeichnung** und kann daher verworfen werden.

Ein **elektronisches Fahrtenbuch** kann die Arbeit erleichtern, aber auch hier müssen diverse Angaben manuell (und zeitnah) ergänzt werden. Zudem bleibt die Unsicherheit, ob das Finanzamt das jeweilige System im Rahmen einer Betriebsprüfung anerkennt, da es keine vom Finanzamt geprüften Systeme gibt.

**Zwischenfazit:** Ein Fahrtenbuch kann insbesondere bei einem sehr hohen betrieblichen Nutzungsanteil sinnvoll sein – Sie sollten aber ehrlich zu sich selbst sein. Entweder Sie führen das Fahrtenbuch ordnungsgemäß und unmittelbar nach jeder Fahrt oder Sie lassen es und entscheiden sich stattdessen für die ggf. etwas ungünstigere 1 %-Regel. Dafür haben Sie sich viel Arbeit gespart und einen Risikofaktor in der Betriebsprüfung weniger.

Tipp: Angesichts der erheblichen Arbeit für ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch und der Risiken, dass es doch auf Grund von Formmängeln verworfen wird, raten wir von einem Fahrtenbuch ab.

**1 %-Regel**

Mit der 1 %-Regel können **private Fahrten vereinfacht und pauschaliert** ermittelt werden, **wenn der betriebliche Nutzungsanteil mindestens 50 % beträgt.** Die Höhe der Pauschale ermittelt sich nach dem Bruttolistenpreis des

Fahrzeuges und den gefahrenen Kilometern zur Praxis. Die private Nutzung ist mit 1 % des Bruttolistenpreises pro Monat zzgl. einem Aufschlag von 0,03 % pro Entfernungskilometer und Monat für Fahrten zur Praxis zu bewerten.

**Achtung:** Der Bruttolistenpreis entspricht nicht dem Kaufpreis. Als Bruttolistenpreis versteht man den Kaufpreis inkl. Umsatzsteuer nach der Preisliste des Herstellers. Hierbei werden Rabatte, Aktionen etc. nicht berücksichtigt. Auch spielt es keine Rolle, ob Sie das Fahrzeug gebraucht gekauft haben und tatsächlich deutlich weniger gezahlt haben. Auch in diesem Fall wird die private Nutzung anhand des Bruttolistenpreises zum Zeitpunkt der Erstzulassung ermittelt.

**Beispiel:**

Der Bruttolistenpreis Ihres Autos beträgt 60.000 € inkl. Umsatzsteuer. Die Entfernung zwischen Wohnort und Praxis beträgt 25 km. Die monatlich zu versteuernde private Nutzung beträgt:

$$1\% \cdot 60.000 \text{ €} \cdot 12 \text{ Monate} = 7.200 \text{ €}$$

$$0,03\% \cdot 60.000 \text{ €} \cdot 25\text{km} \cdot 12 \text{ Monate} = 5.400 \text{ €}$$

**Summe 12.600 €**

In Höhe von 12.600 € sind die Kosten somit steuerlich nicht abziehbar! Möglicherweise bleibt nun von Ihrem erhofften Steuerspareffekt nicht mehr viel über. Möglicherweise liegen Ihre Kosten (z. B.

aufgrund der Anschaffung eines gebrauchten Fahrzeugs) sogar unter der pauschal ermittelten zu versteuernden Privatnutzung.

Aber keine Sorge, zumindest die Fahrten zur Praxis bleiben grundsätzlich steuerlich abzugsfähig. Denn Sie sollen nicht schlechter gestellt werden als ein Arbeitnehmer. Daher müssen mindestens die pauschalierten **Aufwendungen für die Fahrten zwischen Wohnort und Praxis mit 0,30 €/km** abzugsfähig bleiben (Kostendeckelung). Bei einer Entfernung von 25 km zwischen Wohnort und Praxis also 1.650 € pro Jahr. Immerhin, aber ein Steuersparmodell haben Sie sich wahrscheinlich anders vorgestellt.

**Hinweis:** Neben der Versteuerung der privaten Nutzung gibt es zumindest bei dem Kauf eines Autos einen weiteren Nachteil. Verkaufen Sie das Fahrzeug zu einem späteren Zeitpunkt mit Gewinn, weil die Anschaffungskosten beispielsweise bereits vollständig über die Abschreibungen geltend gemacht wurden, müssen Sie den **Veräußerungsgewinn versteuern.**

**Porsche, Audi oder doch ein Golf – oder kann man durch den Kauf eines teuren Autos mehr Steuern sparen?**

Häufig werden wir gefragt, ob es sich als Selbständiger nun wegen der Steuer lohnt, ein teureres Auto anzuschaffen. Ein Vergleich:

| Jahresbetrachtung   | Porsche 911 (120.000 €) | Audi A5 (60.000 €) | Smart (12.000 €) |
|---|-------------------------|--------------------|------------------|
| Abschreibung in €   | 20.000                  | 10.000             | 2.000            |
| laufende Kosten in €  | 8.000                   | 5.000              | 3.000            |
| <b>Kosten insgesamt in €</b>  | <b>28.000</b>           | <b>15.000</b>      | <b>5.000</b>     |
| Private Nutzung bei 25 km Entfernung zur Praxis in €                | 25.200                  | 12.600             | 4.200            |
| Verbleibende Betriebsausgaben (absolut) in €                        | 2.800                   | 2.400              | 1.650*           |
| Verbleibende Betriebsausgaben (in Prozent)                          | 10,00 %                 | 16,00 %            | 33,00 %          |
| Steuerersparnis p.a. (Steuersatz 42 %) in €                         | 1.176                   | 1.008              | 693              |
| Kosten unter Berücksichtigung der Steuerersparnis p.a. in €         | 26.824                  | 13.992             | 4.307            |
| Veräußerungserlös nach Steuern nach 5 Jahren (Steuersatz 42 %) in € | 20.300                  | 8.700              | 580              |
| Kosten unter Berücksichtigung der Steuerersparnis in 5 Jahren in €  | 113.820                 | 61.260             | 20.955           |

\*unter Berücksichtigung der Kostendeckelung



**Zwischenfazit:** In unserem Beispiel fällt die absolute Steuerersparnis beim teuersten Auto mit jährlich 1.176 € am höchsten aus. Allerdings ist die Kostenersparnis trotz fast siebenfacher Kosten nicht mal doppelt so hoch wie beim günstigen Fahrzeug mit 693 €. Wenn es Ihnen also lediglich darum geht, einen möglichst hohen Teil der Kosten steuerlich geltend zu machen, wird dieses Ziel in unserem Beispiel bei dem günstigen Fahrzeug (33 %) am besten erreicht.

**Tipp:** Sie sollten sich merken: ein teures Auto „spart“ zwar mehr Steuern, aber die Kosten nach Steuern sind immer höher als bei einem preiswerten Auto. Kaufen Sie sich also das Auto, das Sie sich ohne Steuerberechnungen leisten können und wollen. Erst nach dieser Entscheidung kann ein Steuerberater prüfen, welche Methode für Sie optimal ist.

### Alternative zum Firmenwagen: Nutzungseinlage

Wenn Sie ihr Fahrzeug zu einem Anteil von **10 %-50 % betrieblich** nutzen, kann es steuerlich günstiger sein, das Auto im Privatvermögen zu belassen und die betrieblichen Kosten über eine Nutzungseinlage geltend zu machen. In diesem Fall nehmen Sie – nicht wie etwa bei der 1 %-Regel – eine Korrektur der privaten Nutzungsanteile vor, sondern berücksichtigen von vornherein lediglich die betrieblich gefahrenen Kilometer.

Pro Entfernungskilometer (= einfache Strecke) zwischen Wohnort und Praxis können Sie für jeden Arbeitstag 0,30 € ansetzen. Für betriebliche Fahrten außerhalb der Fahrten zwischen Wohnort und Praxis können Sie pauschal 0,30 € pro gefahrenen Kilometer geltend machen. Sind Ihnen nachweislich höhere Aufwendungen pro gefahrenen Kilometer entstanden, können Sie diese geltend machen.

#### Beispiel:

Nehmen wir erneut den Porsche aus unserem vorherigen Beispiel mit einem Kaufpreis von 120.000 € inkl. Umsatzsteuer und jährlichen Kosten von 28.000 €. Die Entfernung zwischen Wohnort und Praxis soll wieder 25 km betragen. Sie sind im Jahr 2016 35.000 km gefahren, davon Wege zwischen Wohnort und Praxis 11.000 km und weitere 5.000 für Ihre Praxis. Der betriebliche Nutzungsanteil beträgt 45,71 %, sodass Sie Ihr Fahrzeug dem Privatvermögen zuordnen können.

Pro gefahrenen Kilometer sind Ihnen also Aufwendungen von 0,80 € entstanden (28.000 €/35.000 km). In diesem Beispiel können Sie in Ihrer Steuererklärung Aufwendungen in Höhe von insgesamt 5.650 € geltend machen (1.650 € für Wege zwischen Wohnort und Praxis sowie weitere 4.000 € für die weiteren Fahrten (5.000 km \* 0,80 €/km). Die Steuerersparnis beträgt in diesem Fall 2.373 € und ist mehr als doppelt so hoch wie in der oben

dargestellten Variante, in der Sie das Fahrzeug dem Betriebsvermögen zugeordnet haben.

### Es bleibt festzuhalten...

- Die steuerlichen Regelungen zum Auto im Betriebs- oder Praxisvermögen sind komplex, generelle Aussagen sind häufig unzutreffend.
- Ein Auto ist kein Steuersparmodell: auch nach Steuern bleiben teure Autos teuer.
- Machen Sie weder die Entscheidung über die Anschaffung eines Autos noch die Auswahl Ihres Autos alleine von steuerlichen Gesichtspunkten abhängig, sondern entscheiden Sie so wie Sie sich auch ohne einen potenziellen Steuervorteil entschieden hätten.
- Es ist nicht immer sinnvoll, das Auto dem Betriebs- bzw. Praxisvermögen zuzuordnen. Die steuerlich günstigste Behandlung ist stets eine Einzelfallentscheidung, die der steuerlichen Prüfung bedarf.

#### Korrespondenzadresse:

Steuerberater Dipl.-Finw. (FH)  
Christoph Gasten, LL.M.  
Kanzlei Laufenberg Michels und Partner  
50739 Köln  
E-Mail: Gasten@laufmich.de

Red.: WH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

durch Paed.Selekt hat sich der bürokratische Aufwand bei der Umsetzung der Selektivverträge reduziert. Auch die Leistungsidentifikation möglicher Vertragsteilnehmer bzw. Leistungen erfolgt mittlerweile durch das einfache Einlesen der Versichertenkarten. Die individuellen Honorarübersichten steigern die Transparenz des Abrechnungsgeschehens. Insgesamt hat dies positive Auswirkungen auf das Honorarvolumen und überzeugt immer mehr Kinder- und Jugendärzte von dem großen finanziellen Zusatznutzen aus den Selektivverträgen.

Die Funktionen von Paed.Selekt und auch dem praxisindividuellem HCMB-Abrechnungsportale werden auch zukünftig auf die Bedürfnisse in den Kinder- und Jugendarztpraxen ausgerichtet und verbessert.

Die zunehmende Komplexität der Verträge und die Umset-

zung der Abrechnung und die damit verbundenen Informationen an die Praxen bedeuten für die Fa. HCMB weitere erhebliche finanzielle Aufwände. Aus diesem Grund müssen die Verwaltungskosten für die Abrechnung durch die Fa. HCMB ab dem Abrechnungsquartal I/2018 auf 2,2 % zzgl. MwSt. angehoben werden.

Dr. Thomas Fischbach  
Präsident BVKJ e.V.

Dr. Roland Ulmer  
Vizepräsident BVKJ e.V.

Anke Emgenbroich  
Geschäftsführerin der BVKJ-Service GmbH

**bvkj**. Service  
GmbH

# Aktuelle Gesundheitsgesetzgebung (pädiatrische Aspekte)

## Gesetze und Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit

Der Bundesrat hat Anfang Juli, also kurz vor Ende der parlamentarischen Arbeit der 18. Legislaturperiode, noch fünf Gesetzen und drei Verordnungen, für die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) federführend verantwortlich ist, zugestimmt. Damit hat das BMG in der vergangenen 18. Wahlperiode 28 Gesetze und bisher rund 40 Verordnungen zum Abschluss gebracht! Langweilig wurde es unter Bundesminister Gröhe sicherlich weder den zuständigen Referentinnen und Referenten noch den Verbänden, die sich (wie auch der BVKJ) teils innerhalb kürzester Fristen und mit überschaubarer „manpower“ zu all diesen – teil sehr komplexen – Gesetzen positionieren wollten.



Kathrin Jackel-Neusser

Hier ein Überblick über diese letzten verabschiedeten Gesetze:

### Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz)

Hierzu hatte Prof. Dr. med. Ronald Schmid bereits einen Artikel in Heft 5-2017 dieser Zeitschrift (S. 238 und 239) verfasst. Dieses Gesetz wurde vom BMG gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) verabschiedet. Es sieht u.a. vor:

- Die bisher im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen werden in einem neuen Pflegeberufegesetz zusammengeführt.

- Alle Auszubildenden erhalten **zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung**, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Wer die generalistische Ausbildung im dritten Jahr fortsetzt, erwirbt den Abschluss zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann.
- Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können für das dritte Ausbildungsjahr statt des generalistischen Berufsabschlusses auch weiterhin einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege **oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege** erwerben (Dies konnte wie berichtet nur durch den gemeinsamen Schulabschluss der pädiatrischen Verbände erreicht werden!).

Der erste Ausbildungsjahrgang soll 2020 beginnen. Pflegeschulen und Ausbildungseinrichtungen müssen sich bis dahin auf die neue Ausbildung einstellen. Das Gesetz soll stufenweise in Kraft treten, einige Regelungen bereits am Tag nach der Verkündung. Damit wird die Grundlage geschaffen, um rechtzeitig vor Beginn der neuen Ausbildung die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorlegen zu können

Sechs Jahre nach Beginn der neuen Ausbildung soll überprüft werden, ob für diese gesonderten Abschlüsse weiterhin Bedarf besteht. Das Schulgeld wird

grundsätzlich abgeschafft. Eine Pflegehelfer- oder Pflegeassistentenausbildung kann auf die Ausbildung zur Pflegefachkraft angerechnet werden. Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung wird es ein Pflegestudium geben.

### Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten

Dieses Gesetz sieht zum einen eine Reihe von **Maßnahmen für einen besseren Infektionsschutz** vor. So wird das Robert Koch-Institut (RKI) beauftragt, ein **elektronisches Melde- und Informationssystem** zu errichten. Künftig soll von den meldenden Ärztinnen und Ärzten sowie Laboren über die Gesundheitsämter bis zum RKI eine durchgängig automatisierte Verarbeitung von Meldedaten ermöglicht werden. Das elektronische Melde- und Informationssystem soll spätestens 2021 in Betrieb gehen.

Außerdem sollen die **Meldepflichten bei Häufungen von Krankenhausinfektionen** erweitert werden, um Übertragungswege noch besser aufklären zu können.

**Für uns aber am wesentlichsten:** Die Leitung einer Kita wird verpflichtet, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn Eltern den erforderlichen **Nachweis über eine ärztliche Impfberatung** nicht vorgelegt haben. **Damit erhalten die Gesundheitsämter die nötige Handhabe,**

**auf die Eltern zuzugehen und sie zur Beratung zu laden.** Möglich sind dann theoretisch drastische Geldstrafen bis 2.500 Euro für die Eltern! Uns reicht das nicht: Der BVKJ fordert weiterhin, dass Kinder vom Kitabesuch ausgeschlossen werden können, wenn kein vollständiger Impfschutz vorliegt.

Weiter regelt dieses Gesetz, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung **spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen** für solche Krankenhausbereiche festlegen sollen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist. Sollte bis zum 30. Juni 2018 keine Vereinbarung zustande kommen, wird das BMG mit Wirkung zum 1. Januar 2019 durch eine Rechtsverordnung ersatzweise die ausstehenden Entscheidungen treffen.

### **Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen**

Dieses Gesetz regelt, dass für Personen, die durch Samenspende im Rahmen einer ärztlich unterstützten künstlichen Befruchtung gezeugt worden sind, ein **Auskunftsanspruch** festgelegt wird. Dafür wird beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information ein **bundesweites zentrales Samenspenderegister** geschaffen, in dem die personenbezogenen Angaben von Samenspendern und Empfängerinnen einer Samenspende in Zukunft für die Dauer von 110 Jahren gespeichert werden. Durch eine ergänzende Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch wird die gerichtliche Feststellung der rechtlichen Vaterschaft des Samenspenders in diesen Fällen ausgeschlossen. Damit wird der Samenspender insbesondere von Ansprüchen im Bereich des Sorge-, Unterhalts- und Erbrechts freigestellt.

Auch Personen, die vor Inkrafttreten des Gesetzes durch heterologe Verwendung von Samen gezeugt wurden, erhalten die Möglichkeit, ihre Abstammung zu erfahren. Hierfür werden die entsprechenden Einrichtungen verpflichtet, noch vorhandene personenbezogene Angaben des Samenspenders und der Empfänge-

rin der Samenspende insgesamt 110 Jahre aufzubewahren. Das Gesetz tritt 12 Monate nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft.

### **Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften**

Das Gesetz umfasst insbesondere Änderungen der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und der Vorschriften für Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) wie Gen- oder Zelltherapeutika, beinhaltet aber als sogenanntes „Omnibusgesetz“ noch eine Reihe anderer Regelungen, die am Ende der Legislaturperiode „auf den letzten Drücker“ verabschiedet werden sollten.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit dem Gesetz unter anderem Details zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen gegenüber dem Bewertungsausschuss und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zum gesetzlichen Auftrag des G-BA zur Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren für den Krankenhausbereich, zum Entlassmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, zu Saisonarbeitnehmern in der verpflichtenden Anschlussversicherung, zu Darlehensaufnahmen von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen und zur Wählbarkeit in die Verwaltungsräte der Krankenkassen geregelt.

Hier noch ein Hinweis zu einem Gesetz das im Zuständigkeitsbereich des Bundesfamilienministeriums liegt:

### **Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG)**

Hier hat sich gegenüber dem Bericht im KJA Heft 6-2017 (S. 312) leider einiges geändert. Zum einen sind kurzfristig von der CDU-Bundestagsfraktion die **Regelungen zum Pflegekinderwesen abgelehnt** worden, weil man eine Schwächung der Ursprungsfamilien befürchtete. Dieser Einspruch war für das Bundesfamilienministerium und auch für uns sehr überraschend gekommen, hatte es doch bereits eine Einigung gegeben. Diese, die Pflegekinder betreffenden Änderungen wurden daher herausgenommen – wogegen wir in einem Schreiben protestierten – der Gesetzentwurf dann aber abzüg-

lich dieser Regelungen im Bundestag am 29. Juni verabschiedet.

Der Bundesrat hat diesen Gesetzentwurf dann allerdings wegen einer Fristeneinrede des Landes Niedersachsen am 7. Juli 2017 von seiner Tagesordnung abgesetzt. **Es kam daher völlig überraschend nicht zu einer Abstimmung über das zustimmungsbedürftige KJSG!** Der federführende Ausschuss des Bundesrates befasst sich am 6. September 2017 mit dem Gesetz, um die Beratung und Abstimmung im Bundesratsplenum vorzubereiten, die am 22. September 2017 stattfinden soll (mit Informationsstand am 25.8.17). Leider liegen diese Entscheidungen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrages noch in der Zukunft, weshalb Sie genauere Informationen in einer späteren Ausgabe bzw. tagesaktuell im PädInform-Ordner „Politische Informationen“ erhalten.

Auf Initiative des Präsidenten Dr. Fischbach hat die DAKJ einen **Brief an alle Ministerpräsidenten** abgestimmt, in dem appelliert wurde, im Bundesrat zugunsten des KJSG zu stimmen. Denn dieses enthält auch in der jetzigen Fassung noch **sehr wichtige Neuregelungen** wie beispielsweise **die Einbeziehung von Kinder- und Jugendärzten in den Prozess der Gefährdungseinschätzung durch gegenseitige Informationsrechte und -pflichten** (einschließlich einer verbindlichen Rückmeldung über den weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung an die betreuenden Ärzte), sowie den Brückenschlag zur **Schnittstelle SGB V im Bereich ärztlicher Leistungen der Frühen Hilfen** durch zukünftig abzuschließende Kooperationsvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den kommunalen Spitzenverbänden über die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit den Jugendämtern. Auch wenn die eigentlich ursprünglich intendierte große bzw. inklusive Lösung für behinderte Menschen noch in weiter Ferne ist, das KJSG kann ein guter erster Schritt gewertet werden.

---

#### **Korrespondenzadresse:**

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

---



# Ausfall des Praxisinhabers einer kinder- und jugendärztlichen Praxis – die juristische Nothilfe, Teil 3

## Anhänge (Checklisten)

### Checkliste: „Wichtige Daten / Unterlagen“

- Versicherungsverträge nebst aktuellen Policen
- Übersicht über sämtliche Bankkonten nebst Kontodaten (Zugangsdaten, PINs, TANs sollten ggf. getrennt aufbewahrt werden)
- Bürgschaften, (Privat-)Darlehen
- Hinweis auf Schließfächer (Schlüssel)
- Hinweis auf Aufbewahrungsorte von Schlüsseln (Haus, Wohnung, Praxis, KfZ etc.)
- Miet-, Leasing-, Pacht-, Wartungsverträge etc.
- Übersicht über alle Vermögensanlagen (Immobilien etc.) nebst Dokumenten
- Steuerunterlagen nebst Steuernummer
- Kfz-Papiere (Brief/Schein bzw. Zulassungsbestätigungen)
- Dokumentation bestehender (Kapital-)Beteiligungen (Aktien, Fonds, Gesellschaftsanteil etc.)
- Zugangsdaten und Kennwörter für EDV, Online-Dienste, Account in (sozialen) Netzwerken (ggf. getrennt aufbewahrt)
- Übersicht über Mitgliedschaften privat (Kultur, Sport etc.) und beruflich (Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände etc.)
- Ämter, Funktionsträgerschaften (Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände etc.)

### Zusätzlich für den Todesfall:

- Aufbewahrungsort Testament (ggf. Verwahrschein des Nachlassgerichtes), Erbvertrag, letztwillige Verfügungen
- Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Familienstammbuch
- Rentenunterlagen
- ggf. Unterlagen zu vorhandenem Grab, Bestattungsunternehmen

### Checkliste: „Was ist zu tun“

Banken: persönliche Ansprechpartner informieren; Überblick über Kontenstände verschaffen; laufende Zahlungseingänge/-ausgänge überprüfen  
 Versicherungen: Mitteilung über Unfall, BU, Tod; Anspruchsprüfung (ggf. durch Berater)  
 sonst. Vertragspartner: Information über Ausfall, ggfs. Sonderkündigungsrechte beachten / ausüben

### Zusätzlich für den Todesfall:

- Ausstellung Totenschein, Sterbeurkunde
- Benachrichtigung Angehöriger
- Bestattungsinstitut beauftragen; einbinden in Organisation der Beerdigung (Todesanzeige, Bestattung, Trauerfeier, Danksagungen etc.)
- Information Lebensversicherung / Versorgungswerk / Sterbe(geld)versicherung
- Information Vermieter / Verwalter Immobilie

### Checkliste: „Praxisordbuch“

- Personalliste (Arbeitsverträge, Arbeitseinteilung, Kontaktdaten etc.)
- Kontoverbindungen, Ansprechpartner Banken
- Kooperationen (Organisationsgemeinschaft, belegärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten; Verträge und sonstige Unterlagen)
- Versicherungsverträge der Praxis, insbesondere Betriebsausfallversicherung etc.
- Miet-, Pacht- und Leasingverträge (Ansprechpartner)
- Kassenärztliche Vereinigung / Ärztekammer (Ansprechpartner, Abteilungen)
- Verträge mit Abrechnungsstellen (PVS u. a.)

- Praxisberater mit Kontaktdaten (Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwalt der Praxis)

### Checkliste: „Praxisunterlagen kinder- und jugendärztliche Berufsausübungsgemeinschaft“

- Gesellschaftsvertrag (aktuelle Fassung)
- wichtige Gesellschafterbeschlüsse sowie Protokolle entsprechender Gesellschafterversammlungen
- Kontaktdaten sämtlicher Gesellschafter
- Organigramm bei größeren Praxisstrukturen (überörtlich, MVZ)
- Registerauszug (bei Ärztepartnerschaft)
- ggf. Geschäftsführerverträge (Bestellungsbeschluss; Dienstvertrag)
- Auflistung bestehender (gesellschaftsinterner) Vollmachten
- Zugangsmöglichkeiten zur Praxis sowie zu persönlichen Dokumenten Aufzeichnungen (eigenes Praxiszimmer, PC etc.)
- Jahresabschlüsse / Betriebswirtschaftliche Auswertungen mindestens der letzten drei Jahre (aktualisieren!)

### Korrespondenzadresse:

*Gerrit Tigges  
 Rechtsanwalt,  
 Fachanwalt für Medizinrecht,  
 Lehrbeauftragter der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*

*Dr. Christian Maus  
 Dipl.-Hist. Univ., Rechtsanwalt,  
 Fachanwalt für Medizinrecht,  
 Möller und Partner Rechtsanwälte  
 40213 Düsseldorf  
 E-Mail: zentrale@moellerpartner.de*

*Die Rechtsanwälte Möller und Partner  
 sind Justiziarer des BVKJ e. V.*

*Red.: WH*

## Der Honorarausschuss informiert

# Neue Ziffern in der ambulanten Palliativmedizin

Die Gesellschaft wird älter und auch der EBM richtet sich danach aus. Zum 1. Oktober 2017 gibt es neue Ziffern in der Palliativmedizin. Werden bei den Erwachsenen Palliativpatienten oft durch spezialisierte Praxen und Teams versorgt, so betreut fast jeder niedergelassene Pädriater ein „Hand voll“ Palliativpatienten. Diese Novelle ist nicht für uns Pädriater gemacht, bei der Abrechnung sollte das trotzdem nicht untergehen.



Dr. med. Reinhard Bartzky

### Neue Versorgungsebene: Die Besondere Palliativmedizinische Versorgung

Zur Erinnerung: Im Oktober 2013 wurde die Palliativmedizin zusammen mit den ersten Leistungen der Geriatrie und dem Sozialpädiatriekomplex 1 (04355) in den EBM eingeführt. Dafür gab es zwar neues Geld, da die meisten KVen für all diese Leistungen einen gemeinsamen Topf bastelten, ergibt sich für Pädriater ein Punktwert, der regional oft schlechter ist als das 10-Minuten-Gespräch (04230).

Die etwa **7.000 niedergelassenen Pädriater** verwenden den Zuschlag zur palliativmedizinischen Betreuung, der immerhin 1x/Quartal ansetzbar ist (die **GOP 04371**) im Jahr 2015 insgesamt **3500** mal!

Dieses Abrechnungsverhalten spiegelt nicht ansatzweise die geleistete Arbeit wieder, ist aber Ausdruck des komplizierten Abrechnungssystems.

Unterschieden werden muss die **SAPV – die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung**, die es seit 2007 gibt und die nur von besonders spezialisierten Palliativmedizinern gemäß der SAPV-Richtlinie durchgeführt wird von der **ganz normalen Palliativversorgung**, wie sie von Hausärzten erfolgt. Jetzt wurde eine neue Versorgungsebene geschaffen: Die **besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung**. Beide Bereiche werden gebührentechnisch ausgebaut. Die Verpflichtung zur Ausweitung der Leistungen der ambulanten Palliativmedizin geht auf das Hospiz- und Palliativgesetz zurück (§ 87 Abs 1b SGBV).

### Neue Palliativ-Ziffern im Kapitel 37.3 werden extrabudgetär vergütet

Anfang des Jahres war bereits der Bundesmantelvertrag-Ärzte um die Leistungen der Ambulanten Palliativmedizin erweitert worden, die Aufnahme neuer Ziffern in den EBM ist nunmehr eine logische Folge.

### Die ambulante Palliativversorgung wird also ausgebaut:

Die neuen hier beschriebenen Leistungen werden extrabudgetär vergütet, so wie wir das von der Sozialpädiatrie 2 (04356) her kennen: das bedeutet die Vergütung erfolgt wie bei Impfungen oder Vorsorgen 1:1, auch wenn ein mögliches Regelleistungsvolumen bereits „aufgebraucht“ ist. Die neuen Ziffern werden im EBM im neu geschaffenen Kapitel 37.3 zusammengefasst und gelten ab dem 1. Oktober 2017.

### Abrechnungsvoraussetzungen

Für einige der 8 neuen Gebührenordnungspositionen werden besondere Genehmigungen verlangt, dies ist im Detail in der neu geschaffenen Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag für Ärzte geregelt (siehe [www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Liegt eine solche Spezifikation vor, muss ein Antrag bei der KV gestellt werden.

Es gibt aber auch **neue GOP**, die von **Allgemeinpädiatern ohne weitere palliativmedizinische Expertise** erbracht werden können. Eine weitere Voraussetzung ist, dass bei dem Patienten eine palliativmedizinische Erkrankung vorliegt (Kriterien gemäß § 2 Anlage 30 zum BMV-Ärzte) und dass er nicht zeitgleich SAPV-Leistungen erhält.

### Die neue Anlage 30 BMV-Ärzte (in Auszügen)

#### §2 Patienten

- (1) Diese Vereinbarung umfasst die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. [...]
- (2) Zusätzlich zu Abs. 1 müssen im Einzelfall folgende Bedingungen zum Zeitpunkt der Indikationsstellung zutreffen:
  - [...]
  - Der Allgemeinzustand der Patienten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung

und im Regelfall die Versorgung in der Häuslichkeit;

- Eine Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) [...] ist nicht indiziert – mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV – da das komplexe Symptomeschehen gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nicht vorliegt; [...]

(3) Bei **Kindern und Jugendlichen** kann abweichend von Absatz 1 und 2 eine notwendige palliativmedizinische Versorgung auch dann stattfinden, wenn die verbleibende Lebenserwartung nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann und wenn auch aus diesem Grunde eine weitere kurative Behandlung erfolgt.

(4) [...]

**Anlage 1 - Anforderungen an die Ärzte für die Besondere Palliativversorgung (Fachliche Anforderungen zur qualifizierten und koordinierten Palliativversorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V)**

[...]

1. Praktische Erfahrungen:

- Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team oder
- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre

2. Theoretische Kenntnisse:

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer oder
- Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach oder
- Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den

| <b>Die bisherigen Palliativmedizinisziffern:</b> |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| 04370  | Palliativmedizinische Ersterhebung<br>Einmal im Krankheitsfall                                | 341 Punkte<br>derzeit 35,91€ |
| 04371  | Zuschlag für die Palliativmedizinische Betreuung<br>Einmal im Behandlungsfall                 | 159 Punkte<br>derzeit 16,74€ |
| 04372  | Zuschlag zu 01410/01413<br>für reguläre palliativmedizinische Hausbesuche<br>Je 15 min        | 124 Punkte<br>derzeit 13,06€ |
| 04373  | Zuschlag zu 01411/01412/01415<br>für dringende palliativmedizinische Hausbesuche<br>Je 15 min | 124 Punkte<br>derzeit 13,06€ |

**Tab. 1**

| <b>GOPs, die nur von Ärzten mit Genehmigung nach Anlage 30 BMV-Ärzte abgerechnet werden dürfen:</b> |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| 37300   | Palliativmedizinische Ersterhebung<br>Ähnlich 04370, weitere Leistungsinhalte  | 392 Punkte<br>derzeit 41,28€   |
| 37302   | Koordinationspauschale<br>Zuschlag zur VP für den koordinierenden Vertragsarzt<br>Einmal im Behandlungsfall  | 275 Punkte<br>derzeit 28,96€   |
| 37317   | Telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft<br>in kritischen Phasen<br>Vorhaltung der telefonischen Erreichbarkeit und<br>der Hausbesuchsbereitschaft außerhalb der Praxis-<br>sprechstundenzeiten | 1425 Punkte<br>derzeit 150,05€ |
| 37318   | Telefonische Beratung von mindestens „5 Minuten<br>Dauer“  | 213 Punkte<br>derzeit 22,43€   |

**Tab. 2**

| <b>GOPs, die von allen Ärzten (also auch ohne Genehmigung nach Anlage 30 BMV) abgerechnet werden dürfen:</b> |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| 37305  | Zuschlag zu den GOP 01410 (Besuch) und 01413<br>(Mitbesuch),<br>je vollendete 15 Minuten, Höchstwert 744 Punkte am<br>Behandlungstag<br>Entspricht der GOP 04371: die palliativmedizinische<br>Betreuung von Patienten in der Häuslichkeit von bis zu<br>1,5 Stunden am Tag wird somit zusätzlich honoriert.   | 124 Punkte<br>derzeit 13,06€ |
| 37306  | Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 und 01415<br>(Dringende Besuche), je Besuch<br>Der Zuschlag entspricht der GOP 04372, hiermit wird<br>der dringende Besuch eines Palliativpatienten in der<br>Häuslichkeit zusätzlich honoriert.  | 124 Punkte<br>derzeit 13,06€ |
| 37320  | Fallkonferenz<br>Für patientenorientierte Fallbesprechungen (auch<br>telefonisch) unter Beteiligung der notwendigen<br>ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komple-<br>mentärer Berufe sowie mit Pflegekräften beziehungs-<br>weise Angehörigen kann von jedem teilnehmenden<br>Vertragsarzt bis zu fünfmal im Krankheitsfall die GOP<br>37320 berechnet werden. | 64 Punkte<br>derzeit 6,74€   |

**Tab. 3**

| <b>Diese GOP kann nur von einem konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnet werden::</b> |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| 37314  | Konsiliarische Erörterung durch Arzt mit der<br>Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“ | 106 Punkte<br>derzeit 11,16€ |

**Tab. 4**



Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach.

### Wichtig:

Bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich nicht nur bei unmittelbar vom Sterben bedrohten um Palliativmedizin, sondern es kann sich auch um eine Palliativversorgung handeln, wenn die weitere

Lebenserwartung nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann.

Zur Wiederholung hier die „alten“ Palliativmedizinisziffern, welche NICHT extrabudgetär vergütet werden und welche nicht neben einer SAPV erbracht werden dürfen (Tab. 1).

Für die neuen, extrabudgetären Ziffern siehe Tab. 2-4.

### Zusammenfassung

Für die in der Palliativmedizin qualifizierten Ärzte ein netter Zugewinn. Für die Basisversorger hat sich nicht so viel

verändert: erstens: der Zuschlag zu den palliativmedizinischen Hausbesuchen muss 1:1 extrabudgetär ausbezahlt werden (nunmehr echte 13 Euro Zuschlag pro 15 min Hausbesuch) und zweitens: eine – auch telefonische – Fallbesprechung mit Experten, Pflegekräften oder Angehörigen kann abgerechnet werden (6,74 je Gespräch).

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartecky

10967 Berlin

E-Mail: [dr.@bartecky.de](mailto:dr.@bartecky.de)

Red.: WH

## Berichte aus den Ausschüssen des BVKJ

# Ausschuss „Kind, Schule, ÖGD“

### Mitglieder:

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Aachen (Sprecherin)

Dr. Matthias Brockstedt, Berlin

PD Dr. Erika Sievers, Akademie für den öffentlichen Gesundheitsdienst Düsseldorf (kooptiert)



Dr. Gabriele  
Trost-Brinkhues

### Folgende Themen beschäftigten u.a. den Ausschuss im letzten Jahr:

1. Stärkung der Kooperation von BVKJ und ÖGD u.a. durch regelmäßige Kongress-Veranstaltungen, sowohl bei den Kongressen des BVKJ, z.B. Jugendmedizin in Weimar, Kinder- und Jugendärztetag in Berlin sowie auf den

BVÖGD Kongressen, die jährlich im Mai stattfinden.

2. Entschließungen der Gesundheitsministerkonferenz zur Stärkung des ÖGD.

3. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting (hier relevant in Kindertagesstätten und Schulen).

4. Die Machbarkeitsstudie zu „Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen“ durch die Pädiater im ÖGD, bei der auch der BVKJ im Beirat durch die Ausschussvorsprecherin vertreten ist, wurde mit einem glänzenden Ergebnis für den ÖGD abgeschlossen.

5. Integration und Inklusion.

6. Bereich der Frühen Hilfen. Auf Bundesebene ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durch die Gesetzgebung im Bundeskinderschutzgesetz geschaffen worden. Die alleinige Finanzierung über die Jugendhilfe bleibt ein Problem für die Pädiatrie, gleichwohl ist den Verantwortlichen die Notwendigkeit der Vernetzung zur Pädiatrie und auch zum ÖGD bewusst. Thematisch ist zwischen Frü-

hen Hilfen und intervenierendem Kinderschutz zu unterscheiden, auch ist in der Netzwerkarbeit die strukturelle Ebene von der Fallarbeit zu trennen.

7. In der Leitlinienkommission (Kinderschutz) ist die Ausschussvorsitzende vertreten.

8. Das Schwerpunktthema des BVKJ in 2017 „Chronische Erkrankungen“ spiegelt ein wichtiges Anliegen des Ausschusses wider, da Kinder und Jugendliche in Kita und Schule in großer Zahl betreut werden müssen – unabhängig von der spezifisch medizinischen Versorgung. Mindestens 20% der Kinder haben eine chronische Erkrankung, gerade im Jugendalter sind die Jugendlichen aber keineswegs gut versorgt.

9. Alle Kinder – egal aus welchem Land sie kommen – werden schulpflichtig. Hieraus ergibt sich u.a. die zusätzliche Notwendigkeit der schulärztlichen Begleitung in den Gemeinschaftseinrichtungen. In zahlreichen Bundesländern ist eine Untersuchung durch den ÖGD (sog. Seiteneinsteigenden-Untersu-

chung) bei Zugang der Kinder in das Schulsystem geschaffen worden.

10. Veranstaltung mit Signalwirkung zum Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) wurde vom BVKJ in Kooperation mit der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler unter Moderation von den Kollegen Dr. Matthias Brockstedt und Professor Klaus-Michael Keller erst kürzlich durchgeführt.

### Gemeinsame Aufgaben von ÖGD und versorgender Medizin

Die aktuellen Diskussionen in den Gremien für Kinder- und Jugendmedizin sollten neben den notwendigen Schwerpunkten der individualmedizinischen Versorgung in Praxis und Klinik auch den Blick hin zu einer bevölkerungsmedizinischen Ausrichtung und der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting von Kindergarten und Schulen unter Beteiligung der Kinder- und Jugendmedizin des öffentlichen Gesundheitswesens zulassen. Nur gemeinsam können wir die Aufgaben schultern und dafür sorgen,

dass sowohl die Krankenkassen, wie die Bundes-, Landes- und kommunale Ebene ihre – auch finanzielle – Verantwortung wirklich ernst nehmen.

Vor über 20 Jahren wurden in dem sog. **Konsenspapier** erstmals Leitlinien für eine vertrauensvolle und vor allem nachhaltige Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen/Ärzten und den Kinder- und Jugendärztinnen/Ärzten des ÖGD veröffentlicht. Diese Vereinbarung hatte, auch wenn sie keine rechtsverbindliche Verpflichtung beinhaltete, eine Signalwirkung auf das Selbstverständnis der Zusammenarbeit aller Kinder- und Jugendärzte. Dieses Selbstverständnis der Zusammenarbeit, das sich trotz mancher Widerstände und gegenseitiger Bedenken mehr und mehr fortentwickelte, stellt heute bereits fast eine Selbstverständlichkeit in einem wachsend kooperativen Bündnis dar, es ist den jungen Kolleginnen und Kollegen jedoch immer wieder zu vermitteln. Manchmal fällt es allerdings auch erfahrenen Kolleginnen und Kollegen schwer, über den eigenen Tellerrand in das spannende Ar-

beitsfeld der jeweils anderen Kolleginnen und Kollegen zu schauen. Hierzu möchten wir Sie auffordern!

Die Altersstruktur der Kinder- und Jugendärzte und der fehlende Nachwuchs an Fachärztinnen und Fachärzten werden alle Bereiche der Pädiatrie gleichermaßen treffen. Dabei sind die finanziellen Aussichten im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst als deutlich schlechter zu bezeichnen und nur wegen fehlender Notdiensttätigkeit und geregelter Arbeitszeit mit günstiger Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder attraktiv. Weiterbildungszeiten auch im öffentlichen Gesundheitsdienst könnten mit dazu beitragen, die Attraktivität der „dritten“ Säule im Gesundheitswesen zu stärken.

---

#### **Für den Ausschuss**

*Sprecherin: Dr. Gabriele Trost-Brinkhues  
52072 Aachen*

*E-Mail:*

*Dr.G.Trost-Brinkhues@t-online.de*

*Red.: WH*

---

# 15. Kongress für Weiterbildungsassistenten 2018 in Hamburg

Achtung  
Klinikärzte

Vor 15 Jahren organisierte der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte als erstes bundesdeutsches Angebot für Assistentinnen/Assistenten in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendmediziner einen Assistentenkongress, der seitdem jährlich an wechselnden Orten in Deutschland durchgeführt wird. Der 14. Assistentenkongress fand im April 2017 in Berlin, die Kongresse zuvor in München, Bonn, Nürnberg, Erlangen, Dresden, Potsdam und Köln statt.



Prof. Dr. med. Ronald Schmid

## Erfolgreiche Evaluation

An der Evaluation des **Berliner Assistentenkongresses in diesem Jahr** beteiligten sich 41 % der Teilnehmer und gaben eine Bewertung zwischen 1 und 5 entsprechend des Schulnotensystems ab. Die **19 Hauptvorträge** wurden mit **1,81** bewertet. Noch besser wurden die **Sonderseminare** mit **1,66** eingestuft. Die beste Bewertung erhielten wie in den letzten Jahren die **ganztägigen Blockseminare an den Kliniken und in der Praxis** mit **1,57**, die ein Alleinstellungsmerkmal des Kongresses sind. Auch das Abendangebot der Stadtrally mit 1,65 und der Abschlussabend im „Nolle“ unter den Gleisen der Berliner S-Bahn mit 1,36 wurden positiv eingeschätzt. Bemerkenswert ist, dass die beste Bewertung erneut dem Service im Tagungsbüro mit 1,28 vergeben wurde.

## Anerkennung dieses Teils der Weiterbildung durch die Weiterbilder

Eine positive Entwicklung ist bei der **Übernahme von Fortbildungstagen und Kostenerstattungen** über die letzten Jah-

re zu registrieren. 79 % der Teilnehmer bekamen Fortbildungstage genehmigt, 66 % sogar 2-4 Tage und damit mindestens alle Wochenarbeitstage. Bei 55 % der Teilnehmer wurden Kosten durch den Arbeitgeber übernommen.

## Einladung zum 15. Assistentenkongress in Hamburg

Vom **15.02.-18.02.2018** wird der 15. Assistentenkongress erstmals in Hamburg stattfinden. Das erfolgreiche Konzept des Kongresses wird beibehalten, die Themen wurden komplett neu gestaltet. Zu Hilfe kommen die enormen Ressourcen der Stadt Hamburg mit den zahlreichen Kliniken, die sich zur großen Freude des BVKJ ohne zu zögern an der Gestaltung der Tagung beteiligt haben.

## Bewährte dreiteilige Kongressstruktur (Programm unter [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de))

Der Assistentenkongress startet am **Donnerstag mit ganztägigen Blockseminaren** an den verschiedenen Kliniken und in Kinder- und Jugendarztpraxen in Hamburg. Themen sind u. a.: **Sonographie, EKG, EEG, Lungenfunktion, Reanimation, Neuropädiatrie, Kinderkardiologie und Praxishospitationen.**

Die Vorträge **von Freitag bis Sonntag** ergänzen die Vorträge des Assistentenkongresses 2017. Unter der Überschrift „**Pä-ASS aktuell**“ werden die **wesentlichen pädiatrischen Inhalte, Schwerpunkte und Spezialgebiete vorgestellt.** Wir haben die Referenten gebeten in 35 Minuten die **prüfungsrelevanten Fakten des Gebietes** darzustellen und die Themen zu behandeln, die für die Weiterbildungsassistentinnen/Assistenten besonders relevant sind. Ergänzt werden diese Basis-Informationen



Dr. Sebastian Bartels, der Assistentensprecher des BVKJ, stand während der gesamten Tagung für Vorschläge, Anfragen und Diskussionen u. a. zu berufspolitischen Fragen zur Verfügung



Unter den Gleisen der Berliner S-Bahn herrschte zu später Stunde trotz eines harten Arbeitstages von 10 Stunden beste Stimmung bei den Klängen von „Los Chiccós“

durch das beliebte **Televoting zur Radiologie und Sonographie** am Sonntag. Weitere **Schwerpunkte** und eine **Spezifität dieses Kongresses** sind:





Reanimationstraining im Virchow Klinikum der Charité (2. von links Dr. Dirk Schnabel, der Hauptorganisator des Assistentenkongresses 2017 in Berlin)

- Gesprächsschulung,
- Pädiatrie in der Praxis,
- die Situation der Weiterbildung an deutschen Kinder- und Jugendkliniken,
- das neue Früherkennungsprogramm des GBA (U1- U9).

In drei 90 Minuten Blöcken werden **Sonderseminare am Samstag/Sonntag mit 15 Schwerpunkten zur Erweiterung des Basiswissens angeboten, darüber hinaus 30 Seminare zur Vermittlung spezieller Kenntnisse**, die dem Wunsch einer gewissen Spezialisierung entgegen kommen.

### **Mitgliedschaft im BVKJ zahlt sich auch für Weiterbildungsassistenten aus**

Nutzen Sie die für die **Mitglieder des Berufsverbandes sehr stark reduzierte Teilnehmergebühr**. Weiterbildungsassistentinnen/assistenten haben zum einen die Möglichkeit, im ersten Weiterbildungsjahr beitragsfrei (im 2. bis 5. Jahr 30,-€/Jahr) im Berufsverband Mitglied zu werden, zum anderen dadurch gleichzeitig den reduzierten Tarif der Tagung zu nutzen. Mitglieder des Verbandes bekommen außerdem kostenlos die Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt sowie regelmäßig den **p@diatrie-express-letter** und viele andere Angebote.

Auf Wiedersehen in Hamburg  
Prof. Dr. med. Ronald Schmid,  
Vizepräsident des BVKJ

---

#### **Programm Assistentenkongress Hamburg:**

*bvkj- Mielenforster Str. 2, 51069 Köln  
Tel: 0221-689090, Fax: 0221-683204  
www.bvkj.de, bvkj.kongress@uminfo.de*

*Red.: WH*

---

## Der Honorarausschuss informiert

# Neue GOÄ – aktueller Stand

Die neue GOÄ ist eines der Themen, dass die Ärzteschaft seit Jahren beschäftigt. Nach langem Stillstand und fast vollständigem Scheitern Anfang 2016 mit dem Rücktritt des damaligen Haupt-Verhandlers der Bundesärztekammer (BÄK), ist seit Mitte des Jahres 2016 eine erfreuliche Dynamik und vor allem auch eine verbesserte Einbindung der Berufsverbände durch die BÄK erkennbar. Der BVKJ ist an vielen Stellen präsent und bringt sich aktiv ein.



Dr. Marcus Heidemann

### Fortschritte erkennbar

Mitte 2016 hat auf Seiten der BÄK Dr. Klaus Reinhard die Verhandlungen und die Koordination in Sachen GOÄ übernommen. Ihm zur Seite steht ein aus unserer Sicht gut ansprechbares und an den Interessen und Bedürfnissen der Pädiatrie erkennbar interessiertes Team von Mitarbeitern, die in einem gut mit den Berufsverbänden abgestimmten Prozess einen verbesserten GOÄ-Entwurf entwickelt haben. Dieser Entwurf weist sehr deutliche Fortschritte zu dem in letzter Sekunde abgewendeten ersten Entwurf des alten Verhandlungsführers Dr. Theo Windhorst auf, der praktisch ohne Einbindung der ärztlichen Kompetenzen der Berufsverbände und Fachgesellschaften entstanden war.

Wie alle Berufsverbände hat auch der BVKJ in enger Abstimmung mit der DGKJ und den pädiatrischen Subspezialitäten alle relevanten Ziffern vorgelegt bekommen und konnte an vielen Stellen bereits Änderungen und Verbesserungen erreichen. Unsere Vorschläge sind somit

jetzt auch ein Teil der Grundlage der betriebswirtschaftlichen Kalkulation, die die BÄK in Auftrag gegeben hat. Auf dieser Basis wird eine **ärztliche „Wunsch-GOÄ“** erstellt, die dann allerdings in einem von der Politik vorgegeben Prozess Verhandlungen mit PKV, Beihilfe und nicht zuletzt auch der Politik unterliegt.

Dass die Wunsch-GOÄ dann in eine „Real-GOÄ“ verwandelt wird, ist leider unvermeidbar, alternativ bliebe nur der Status quo der alten GOÄ. Politisch vorgegeben ist auch ein sogenannter **Erhöhungskorridor**, um den die Kosten der GOÄ-Ziffern in Summe zunächst maximal steigen dürfen. Dieser Wert liegt bei **5,8 +/- 0,6 %**.

Auch **dieser Wert ist** aufgrund der lange unverändert bestehenden Honorarhöhe **natürlich unbefriedigend**. Erst recht, wenn man die Kostensteigerungen der Vergangenheit und auch die Erhöhungen anderer Gebührenordnungen mit einbezieht. Politisch ist allerdings derzeit wohl nichts anderes möglich und es bliebe aus Sicht der BÄK ansonsten nur der Verzicht auf die Mitarbeit. Dies beinhaltet das Risiko eine GOÄ vorgesetzt zu bekommen, die fachfremd gestaltet ohne jeden Einfluss verabschiedet würde und die wir zu akzeptieren hätten, da eine GOÄ alleine vom Verordnungsgeber und das ist die Bundesregierung erlassen werden könnte.

Alle diese Alternativen aus Protest und Ablehnung zur ärztlich mitgestalteten GOÄ haben innerhalb der Ärzteschaft keine Mehrheiten und somit fand sich auf dem letzten Ärztetag auch eine breite Mehrheit, die den neuen kommunikativeren Weg der BÄK, nach vollzogenen Korrekturen einiger Grundlagen, auf dem Weg der weiteren Verhandlungen und Mitarbeit unterstützt.

### Was hat der BVKJ gefordert und wie sehen die nächsten Aufgaben aus?

Der Honorarausschuss hat in Zusammenarbeit mit den Subspezialitäten, dem Vorstand und in enger Abstimmung mit der DGKJ, umfangreiche Änderungen an Leistungslegenden gefordert, neue Ziffern und Legenden eingebracht, die die Pädiatrie benötigt und die unsere Arbeit in Klinik und Praxis abbilden.

Hervorzuheben ist hierbei die gute, kollegiale Zusammenarbeit, die durchgehend dazu geführt hat, dass alle Schritte zwischen DGKJ und BVKJ abgestimmt wurden und alle Forderungen gemeinsam eingebracht wurden. **Die Pädiatrie spricht für die BÄK deutlich vernehmbar mit einer Stimme**, was das Gewicht unserer Forderungen erheblich erhöht.

So waren wir maßgeblich gefragt, eine **Systematik für Kinderzuschläge** vorzulegen, die sich deutlich von der derzeitigen Situation unterscheiden wird. Statt „K1“ und sonst fast nichts, wird es, so unsere Forderung und unser von der BÄK übernommener Vorschlag, in den Verhandlungen darum gehen, praktisch alle Leistungen, die bei Kindern einen relevanten Mehraufwand bedeuten, mit einem Zuschlag zu belegen. Das heißt, ein **Zuschlag** soll eben **nicht nur für klinische Untersuchungen** erfolgen, sondern **auch für Punktionen, Hörtest** oder die **Sonografie** und **vielen Andere mehr**.

Ebenso ist in den neuen Legenden erkennbar, dass Leistungen, die derzeit nur schlecht darstellbar sind, wie die Test-

untersuchung von Kindern, demnächst vermutlich eine **Zeittaktung** erhalten und somit auch umfangreiche Untersuchungen oder Gespräche darstellbar sind.

**Details können hierzu derzeit noch nicht veröffentlicht werden, da die Entwürfe nicht öffentlich sind.**

Die BVKJ-Mitglieder können aber sicher sein, das BVKJ und DGKJ schlagkräftig und kompetent die Ziele verfolgen werden. Der **nächste Schritt** wird in direkten Gesprächen zwischen Berufsverbänden/Fachgesellschaften, PKV und BÄK eine Einigung auf mögliche Kompromisse und gemeinsame Ziffernlegenden sein, die dann eine vollständige Kalkulation der GOÄ ermöglichen. Diese Gespräche werden mit Erscheinen dieses Artikels dem Ende zugehen, so dass dann

(ggf. auch unter Einbeziehung der neuen/alten Berliner Politikkonstellationen) der weitere Weg der GOÄ ggf. besser abzusehen ist.

### Was könnte aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte eine neue GOÄ bringen?

Natürlich ist der begrenzte Erhöhungskorridor von 5,8 % +/- 0,6 % ein deutlicher Wermutstropfen. Allerdings gilt dieser für die Gesamtsumme der GOÄ-Ausgaben der Privatversicherung und der Beihilfe. Da absehbar sehr hoch bewertete technische Leistungen eher nicht erhöht oder sogar abgewertet werden (Labor!), steht gleichzeitig für zeitintensive und jetzt unterbewertete Leistungen mehr

Erhöhungsvolumen zur Verfügung. **Zeit- und gesprächsintensive Fachgruppen können insofern für ihre Arbeit eine höhere Steigerung erwarten.** Die Pädiatrie ist hier sicher eine Fachrichtung, die aufgrund des Leistungszentrums profitieren könnte. Insofern sieht der BVKJ die derzeitigen Prozesse **vorsichtig optimistisch** und unterstützt den Weg zu einer neuen besseren GOÄ.

Über den weiteren Fortgang der neuen GOÄ werden wir von Seiten des Honorarrausschusses im Verlauf berichten.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Marcus Heidemann, 33605 Bielefeld  
E-Mail: [marcusheidemann@web.de](mailto:marcusheidemann@web.de)

Red.: WH

## Rabattverträge für Impfstoffe

**Irritierende Gerichtsentscheide – Rechtsunsicherheit besteht weiter** // In der August-Ausgabe wurde berichtet über die Aufhebung des § 132e Absatz 2 SGB V durch das AMVSG. Damit ist die Rechtsgrundlage für die Exklusivität der Versorgung mit rabattvertraglich vereinbarten Impfstoffen entfallen. Es gilt nun: Alle zugelassenen Impfstoffe können seit Mitte Mai 2017 verordnet werden. Dies hatte der Gesetzgeber in seiner Begründung zum Gesetzentwurf ausdrücklich formuliert. Derzeit gibt es noch keine gerichtlichen Streitigkeiten unter Beteiligung von Ärzten, in denen es um die Frage der Verordnungsfähigkeit von Impfstoffen geht.



Dr. Michael Stehr

### Streitfall: Rabattvertrag über zwei Grippeimpfstoffe

Es sind jedoch bereits Streitigkeiten zwischen Rabattvertragspartnern, sprich Impfstoffherstellern und Kran-

kenkassen, anhängig. Ein Beispiel dafür ist der Rechtsstreit zwischen der AOK-Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK-RPS), die von einem Impfstoffhersteller verklagt worden ist, mit dem sie einen Rabattvertrag über zwei Grippeimpfstoffe geschlossen hat. Dieser Vertrag wurde schon Ende 2016 bis Mitte 2019 verlängert. Der Impfstoffhersteller will die Erfüllung von vertraglichen Nebenpflichten des Vertrages gegen die AOK durchsetzen.

Zwei Beschlüsse ergingen im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes. Die AOK-RPS hatte gegen den Beschluss des Sozialgerichts Hannover (Az. S 10 KR 724-17 ER) Beschwerde zum Landessozialgericht Niedersachsen eingelegt, dieses hatte im Juli unter Az. L 4 KR 307/17 B ER die Beschwerde zurückgewiesen. Der BVKJ beobachtet das Hauptsacheverfahren weiter.

Der Antragsteller ist ein Hersteller von Arzneimitteln und Impfstoffen mit Sitz in Hannover, daher die örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts (SG) Hannover in der ersten Instanz. Der Antragsteller wandte sich gegen die Aktivitäten der AOK zum Abschluss einer Vereinbarung mit konkurrierenden Impfstoffherstellern, um für die nicht im Rabattvertrag enthaltenen Impfstoffe günstigere Bezugspreise zu erhalten. Der Antragsteller beehrte weiterhin eine Information der AOK-RPS an die Vertragsärzte über die Weitergeltung der Rabattverträge und das Wirtschaftlichkeitsgebot. Diesen Anträgen haben beide Gerichte stattgegeben. Die AOK darf keinen Vertrag mit konkurrierenden Impfstoffherstellern abschließen, die den Bezugspreis für deren Impfstoffe vergünstigen, solange der aktuelle Rabattvertrag weitergilt. Die AOK-RPS ist der Verpflichtung, die Vertragsärzte



über die Weitergeltung zu informieren, mit Schreiben vom 07.07.2017 nachgekommen. Auch nach Wegfall der Rechtsgrundlage für den Abschluss von Rabattverträgen ist damit die AOK-RPS an den geltenden Rabattvertrag inklusive dessen Nebenpflichten gebunden.

Anlass zur Kritik an den Entscheidungen ist gegeben.

Zwar haben beide Gerichte zutreffend erkannt, dass der weitergeltende Rabattvertrag den Vertragsparteien Nebenpflichten, insbesondere vertragsförderliches Wohlverhalten, auferlegt.

Die Gerichte verlangen von der AOK-RPS jedoch auch Hinweise auf den aufgehobenen § 132 e Abs. 2 SGB V, der die Exklusivität der rabattvertraglichen Impfstoffversorgung anordnete, und auf das Wirtschaftlichkeitsgebot. Nach Wegfall von § 132 e Abs. 2 SGB V kann der Vertrag allein die Exklusivität gegenüber den Ärzten nicht anordnen – denn er gilt nur zwischen den Vertragspartnern. Hierin liegt der eigentliche Fehler der Gerichte: sie nehmen an, dass die Exklusivität vertraglich angeordnet weitergilt, und zwar zu Lasten der Vertragsärzte, die jedoch nicht Rabattvertragspartner sind.

Damit entsteht bei vielen Ärzten der irreführende Eindruck, es dürften auch weiterhin zwingend nur die rabattierten Impfstoffe verordnet werden, solange der Rabattvertrag noch gilt. Mit dem Teil der Begründung der Beschlussvorlage (BT-Drs 18/11449), die den Hinweis auf die künftige Verordnungsfähigkeit aller zugelassenen Impfstoffe enthält, setzen sich die Gerichte nicht auseinander. Sie

übersehen damit den Willen des Gesetzgebers, soweit dieser eine Versorgung mit allen zugelassenen Impfstoffen intendiert. Aus Sicht des BVKJ ist es ärgerlich, dass durch diesen Beschluss des SG Hannover die Umsetzung der verbesserten Versorgung mit Impfstoffen gestört wird.

### Neue Rechtslage: Therapiehoheit ist wieder gegeben – Wirtschaftlichkeitsproblematik besteht jedoch weiter

Da nunmehr alle Impfstoffe verordnungsfähig sind, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V kein zwingender Hinderungsgrund mehr für die Verordnung nicht rabattierter Impfstoffe. Dies ist zu sehen in der Zusammenschau mit § 129 Abs. 1 SGB V, der für die Anwendung des § 12 SGB V voraussetzt, dass die verordnungsfähigen Mittel in Wirkstärke und Packungsgröße, Anwendungsgebiet und Darreichungsform identisch sind.

Ausgeführt am Beispiel ergibt sich für die Vertragsärzte im Gebiet der AOK RPS im Bezug auf Grippeimpfstoffe folgendes: Bei den Rabattimpfstoffen aus dem streitigen Rabattvertrag handelt es sich ausschließlich um inaktivierte, trivalente Grippeimpfstoffe. Sollte der Arzt also solch einen trivalenten Grippeimpfstoff bei seinen Patienten einsetzen wollen, und ist dieser dank Rabattvertrag der preiswerteste verfügbare Impfstoff, dann ist der Arzt verpflichtet, den Rabattimpfstoff zu verordnen und der Apotheker muss diesen abgeben.

**Unabhängig vom Fortbestehen der Rabattverträge über trivalente inaktivierte Grippeimpfstoffe kann dennoch ein tetravalenter Grippeimpfstoff verordnet werden unter Vorliegen von drei Voraussetzungen:**

- wenn dieser von der Stiko empfohlen,
- sein Mehrwert wissenschaftlich abgesichert
- und die Anwendung medizinisch indiziert ist.

Ärzten ist im Einzelfall zu empfehlen, jeweils zu prüfen, ob eine Stiko-Empfehlung für den gewünschten Impfstoff vorliegt.

Folgen für Ärzte:

- Die Beschlüsse binden nur die Streitparteien – andere Gerichte können sich aber an den Argumenten orientieren.
- In den Beschlüssen geht es nicht um die Frage, was Ärzte nun verordnen dürfen.
- Sie schließen nicht aus, dass Ärzte die nicht im Rabattvertrag enthaltenen (also: andere zugelassene) Impfstoffe verordnen. Über diese kann die AOK-RPS nur keine spezielle Preisvereinbarung abschließen, solange der Rabattvertrag gilt.
- Es gelten die allgemeinen Regeln der Wirtschaftlichkeit.

---

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Stehr

Geschäftsführer BVKJ

E-Mail: michael.stehr@bvkj.de

Red.: WH

---



## Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

# Aktuelle Entwicklungen in der Therapie der spinalen Muskelatrophie



Dr. Astrid Blaschek

Dr. Katharina Vill

Prof. Dr.  
Wolfgang Müller-Felber

## Einleitung

Die autosomal-rezessiv vererbte spinale Muskelatrophie (SMA) ist eine der häufigsten neurodegenerativen Erkrankungen im Kindesalter. Die weltweite Prävalenz wird mit 1:11.000 Lebendgeburten angegeben, die Frequenz der heterozygoten Überträger zwischen 1:40 und 1:67 [1].

Das Erkrankungsspektrum ist breit:

- Typ 1 (Werdnig-Hoffmann-Erkrankung) mit Beginn innerhalb der ersten Lebensmonate. Freies Sitzen wird nicht erlernt, die Kinder versterben ohne Beatmung in der Regel innerhalb von 18 Monaten.
- Typ 2 („Intermediate“ Form) mit einem etwas späteren Beginn. Das freie Sitzen wird erlernt, nicht jedoch das Stehen oder Gehen. Eine respiratorische Beteiligung ist häufig.
- Typ 3 (Kugelberg-Welander-Erkrankung) mit einem späteren Beginn. Die Patienten erlernen das freie Laufen, dieses wird allerdings häufig im längerfristigen Verlauf wieder verloren. Eine respiratorische Beteiligung ist selten. Eine milde Verlaufsform der SMA Typ 3 ohne Verlust der Gehfähigkeit wird in manchen Nomenklaturen auch als Typ 4 bezeichnet.

- Extremst selten ist die teils als „Typ 0“ bezifferte Verlaufsform der SMA. Die Patienten sind bereits zum Zeitpunkt der Geburt schwerst betroffen und können nicht spontan atmen.

Ursache der Spinalen Muskelatrophie ist in den allermeisten Fällen eine Deletion der Exone 7-8 (seltener nur die des Exon 7) im SMN1-Gen, welches das codierende Gen für das „Survival Motor Neuron-Protein“ (SMN) darstellt. Die homozygote Deletion des Exon 7 führt zum Fehlen von funktionalem SMN-Protein (Abb. 1). Heterozygote Träger sind asymptomatisch. Bei fehlender Funktion des SMN-Proteins kommt es zur Schädigung der Alpha-Motoneurone und in der Folge zu einer neurogenen Atrophie der Skelettmuskulatur. Neuere Studien deuten auch auf Funktionen außerhalb des Alpha Motoneurons hin, sei es bei der Formation und Funktion der Astrozyten oder im direkten Muskelaufbau [2].

Im humanen Genom ist eine zweite, fast identische SMN Genkopie vorhanden (SMN2 Gen). Dieses unterscheidet sich im Wesentlichen durch einen C>T Basenaustausch im Exon 7. Hierdurch kommt es zu einem defekten Spleißen des Exons und somit zu einem fast kompletten funktionellen Ausfall des Exon 7 bei der Translation des SMN2 Gens. Es werden nur ca. 5-10 % der Messenger RNA korrekt gebildet und zu funktionsfähigem Protein translatiert.

Die Anzahl der SMN2-Genkopien beim Menschen variiert aufgrund einer Instabilität der Region. Die Anzahl der SMN2-Genkopien korreliert mit dem Schweregrad der SMA: je mehr SMN2-Kopien desto milder ist der Phänotyp. Das SMN2-Gen wird als der wichtigste Modulator für den Krankheitsverlauf angesehen, das Auslesen des SMN2-Gens inclusive seines Exon 7 stellt somit ein therapeutisches Target für die Behandlung von SMA-Patienten dar (Abb. 1).

## Therapeutische Prinzipien

Neben der unbedingt notwendigen multidisziplinären Betreuung, die Physiotherapie, Hilfsmittelversorgung, res-

piratorische Therapie und viele andere Aspekte beinhaltet, bieten sich grundsätzlich drei medikamentöse Therapie-Strategien an:

- Neuroprotektion
- SMN2 Modifikation
- Genterapeutische Einschleusung des SMN1-Gens

Die Tabelle 1 gibt einen aktuellen Überblick über den Stand der einzelnen Studien (*zusätzliche Information unter [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)*). Die Daten zu den zwei Therapien, die aktuell einen *Orphan Drug Status* der FDA besitzen, nämlich die Behandlung mit Nusinersen (Spinraza®) und die Genterapie mit einem modifizierten Adeno-assoziierten Virus werden im Folgenden näher beschrieben (Tab. 1).

## Modulation des SMN2-Gens

Die Zulassung von Nusinersen (Spinraza®) zur Behandlung der SMA im Juni 2017 in der EU ist aufgrund zweier zulassungsrelevanter Studien mit insgesamt 248 Teilnehmern erfolgt. Das Antisense-Oligonukleotid Nusinersen verändert das Splicing der Prä-mRNA von SMN2: es blockiert einen starken intronischen Splice Site Silencer im SMN2-Gen und führt damit zu einer größeren Menge an vollständigem und damit funktionsfähigem SMN-Protein. Die Applikation des Medikamentes erfolgt intrathekal. Während der Aufdosierung sind 4 Injektionen innerhalb von 60 Tagen notwendig (Tag 0, Tag 15, Tag 30 und Tag 60), danach erfolgt die regelmäßige Gabe alle 120 Tage.

In beiden Studien wurden die primären Endpunkte 2016 erreicht. Die Endauswertung der ENDEAR Studie bei 122 Säuglingen-Patienten mit infantiler SMA Typ1 zeigten bei 51 % der Patienten eine vordefinierte Verbesserung der motorischen Meilensteine. 16 Patienten (22 %) erreichten die volle Kopfkontrolle, sechs Patienten (8 %) erreichten ein unabhängiges Sitzen und ein Patient (1 %) konnte mit Unterstützung stehen, während kein Teilnehmer in der Kontrollgruppe einen dieser Meilensteine erreichte ( $p < 0,0001$ )

[3]. In der gleichen Studie war das Sterberisiko oder das der permanenten Beatmung bei Patienten, die mit Nusinersen (Spinraza®) behandelt wurden, um 47% geringer ( $p < 0,0046$ ). Leider wurden 49% der mit Nusinersen (Spinraza®) behandelten Patienten in dieser Studie nicht als motorische Meilenstein-Responder erachtet. In der zweiten zulassungsrelevanten Studie (CHERISH) bei nicht gehfähigen Patienten mit späterem Krankheitsbeginn wurden im Rahmen einer geplanten Interimsanalyse ebenfalls 2016 die Endpunkte erreicht. 15 Monate nach der Behandlung erreichten die mit Nusinersen (Spinraza®) behandelten Patienten eine durchschnittliche Verbesserung von 4,0 Punkten beim Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSE), während die nicht behandelten Patienten eine Verschlechterung um durchschnittlich 1,9 Punkte zeigten ( $p = 0,0000002$ ). Eine Änderung von drei Punkten oder mehr beim HFMSE wurde als klinisch bedeutend eingestuft.

Der Wirkstoff Nusinersen (Spinraza®) zeigte bislang insgesamt ein günstiges

Nutzen-Risiko-Profil. Die häufigsten Nebenwirkungen bei den Teilnehmern der klinischen Studien unter Nusinersen (Spinraza®) waren Infektionen der oberen und unteren Atemwege sowie Obstipation. Warnungen und Vorsichtsmaßnahmen umfassen Thrombozytopenie und renale Toxizität. Neurotoxizität wurde in Tierversuchen beobachtet. Daneben bestehen die üblichen Risiken einer intrathekalen Arzneimittelgabe [4, 5].

### SMN1-Gen-Ersatz

Der Ersatz des SMN1-Gens mittels eines viralen Vektors (AAV9) wurde in einer Phase 1/2a Studie an Patienten mit SMA Typ 1 im Alter von unter 9 Monaten und einer Kopienzahl von 2 SMN2-Genkopien untersucht. Es erfolgte eine einmalige intravenöse Gabe von zwei unterschiedlichen Dosierungen. Der primäre Endpunkt bezieht sich auf die Sicherheit der Therapie, sekundäre Endpunkte betreffen die 2-Jahres Überlebensrate ab Therapiebeginn bzw. die Notwendigkeit

einer permanenten Beatmung (definiert als  $>16$  h/Tag). Es wurden insgesamt 15 Patienten eingeschlossen. Die endgültige Auswertung wird voraussichtlich im Jahr 2018 vorliegen, jedoch zeigen die Daten der Zwischenanalyse (Datenstand September 2016), die anlässlich der American Thoracic Society 2017 International Conference präsentiert wurden, dass sowohl in der niedrigeren Dosierung (Kohorte 1,  $n=3$  Patienten) als auch in der höheren Dosierung (Kohorte 2,  $n=12$  Patienten) bislang alle Patienten überlebten. Einzig ein Patient der Kohorte 1 ist permanent beatmet. Patienten aus Kohorte 2 zeigen eine Verbesserung der motorischen Funktion im CHOP Intend Score. 11/12 zeigen Kopfkontrolle, 8/12 haben das Sitzen erlernt und 2/12 Patienten können krabbeln, stehen und selbstständig gehen [6].

Sowohl tierexperimentelle Daten als auch Hinweise aus den Studien mit Nusinersen (Spinraza®) oder Genterapie lassen vermuten, dass ein präsymptomatischer Therapiebeginn deutlich effizien-

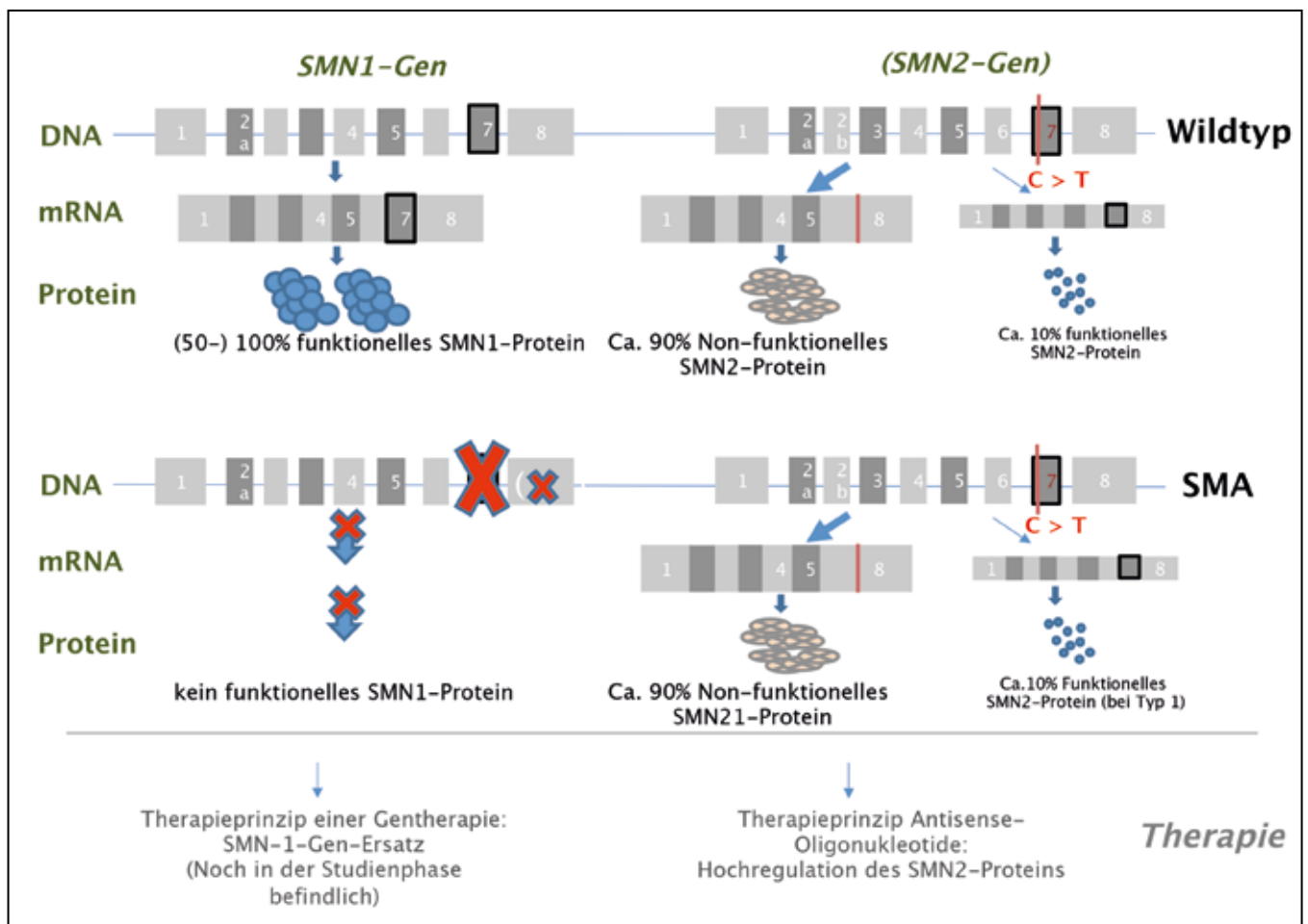


Abb. 1: Schematische Darstellung des gesamten SMN Gens

| Therapieansatz                                   | Studien Beschreibung  | Ergebnisse  |
|--|---|---|
| <b>SMN1 Gen Ersatz</b>                           |   |   |
| AVXS-101   | Phase 1/2a Studie seit 2014 laufend. Patienten mit SMA 1 unter 9 Monaten<br>2 Kohorten wurden mit unterschiedlichen Dosierungen einmalig i.v. behandelt | Vorläufig<br>Sicherheit, Überleben und motorische Funktion zeigen vielversprechende Ergebnisse (s. Text)  |
| <b>Modulation SMN2 Gen</b>                       |   |   |
| Spinraza® (Nusinersen)<br>EU Zulassung Juni 2017 | Insgesamt 10 Studien erfolgt, teils noch laufend.<br>Intrathekale Gabe in regelmäßigen Abständen  | Teils vorläufig<br>Sicherheit, Überleben und motorische Funktion zeigen vielversprechende Ergebnisse (s. Text)  |
| LMNI070  | Phase 1/2 Studie<br>Patienten mit SMA 1 unter 7 Monaten<br>Orales Medikament  | laufend   |
| RG7916(R07034067)                                | Mehrere Phase 2 Studien laufend<br>Kinder mit SMA Typ 1, 2 und 3<br>Erwachsene mit Typ 2 und 3<br>Orales Medikament                                     | laufend   |
| <b>Neuroprotektion</b>                           |   |   |
| Olesoxime  | Phase 2 Studie<br>Kinder/ Erwachsene mit Typ 2 und 3 ohne Gehfähigkeit  | Ein größerer Prozentsatz war stabil oder verbesserte sich im Vergleich zu Placebo, jedoch wurde der primäre Endpunkt nicht erreicht (p= 0.0676)<br>Buchberg J. et al 2017 |
| <b>Unterstützung Nerv-/ Muskelfunktion</b>       |   |   |
| 4- Aminopyridin                                  | Phase2/3<br>Erwachsene<br>SMA Typ3 oral   | beendet<br>keine Ergebnisse bislang   |
| Pyridostigmin                                    | Phase2<br>SMA Typ 2-4 ab 6 Jahren<br>oral   | laufend   |
| CK-2127107                                       | Phase2<br>SMA Typ 2-4 ab 12 Jahren<br>oral  | laufend   |

**Tab. 1:** Neue Therapien bei SMA: aktuelle Studien

ter ist als ein Therapiebeginn nach Eintritt der Schädigung. Aktuell wird diese Annahme in einer Multicenter Studie (Biogen-NURTURE Studie) an bislang etwa 20 Kindern untersucht. Es ist auf jeden Fall zu überlegen, ob nicht angesichts der therapeutischen Optionen ein Neugeborenen screening evaluiert werden sollte.

**Fazit für die Praxis**

- Neue Therapieansätze haben den Sprung vom theoretischen Konzept zu randomisierten-kontrollierten Patienten-Studien geschafft. Mit Nusinersen (Spinraza®) ist erstmals eine medikamentöse Behandlung der SMA zugelassen.

- Als erreichbareres Therapieziel muss aber weiterhin die Linderung der Symptomatik und nicht die Heilung angesehen werden.
- Kritisch für den Erfolg der Therapien erscheint die frühzeitige Erkennung der Erkrankung
- Langfristiges Ziel muss daher die präsymptomatische Diagnosestellung sein, um dann bestmöglich Ausbruch und Progress der Erkrankung zu verhindern.

*Literatur bei den Verfassern*

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Astrid Blaschek  
Abteilung Pädiatrische Neurologie

*Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie  
Dr. von Haunersches Kinderspital  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Lindwurmstraße 4  
80337 München  
Tel.: 089/4400-55110  
E-Mail: astrid.blaschek@med.uni-muenchen.de*

**Interessenkonflikt:**

Dr. A. Blaschek und Dr. K. Vill: Investigator Embrace Studie (Nusinersen); Prof. Dr. W. Müller-Felber: Principal Investigator Embrace Studie (Nusinersen). Advisory Board Biogen, Avexis.

*Red.: Heinen*



# Endokrine Disruptoren: pränatale Entwicklung und Programmierung



**Prof. Dr.  
Karl Ernst von Mühlendahl**

## Einleitung

In umweltmedizinischen und umweltspezifischen Diskussionen sind die endokrinen Disruptoren (ED, im englischsprachigen Schrifttum auch endocrine disrupting chemicals, EDC) seit etwa zwei Jahrzehnten ein intensiv und dabei kontrovers diskutiertes Thema (1, 2, 3, 4). Besondere Bedeutung hat die Betrachtung der ED deshalb, weil es zunehmend Erkenntnisse gibt, dass manche schädliche Umwelteinflüsse, darunter auch ED, ganz besonders in der Frühschwangerschaft wirksam sind (pränatale Prägung, PP; developmental reprogramming, DR).

Nachfolgend werden einige Aspekte der sexuellen Differenzierung dargestellt, die sowohl ED wie auch die pränatale,

pathogene Störung von Strukturen und Funktionen betreffen. Nicht berücksichtigt werden Veränderungen im Schilddrüsenstoffwechsel, die Frage, inwieweit Diabetes mellitus und das metabolische Syndrom Folgen einer solchen pränatalen Fehlprogrammierung sein können, ebenso nicht die Effekte auf Wildtiere (1e) und die Ergebnisse von Tierversuchen, die in vielfältiger Weise Hypothesen und Erkenntnisse generieren und unterstützen.

Wegen des großen Umfangs der vorliegenden Publikationen zu diesen Themen ist eine solche Beschränkung notwendig. Allein für die Monate Januar bis April 2017 listet Pubmed unter dem Suchwort *endocrine disruptors* 209, für *developmental reprogramming* 111 Publikationen auf.

## Definition: was sind endokrine Disruptoren?

„Ein endokriner Disruptor ist eine exogene Substanz oder ein Gemisch, das endokrine Funktion(en) verändert und damit adverse Effekte hervorruft in intakten Organismen, in deren Nachkommenschaft oder in (Sub-)Populationen.“ (1). Ähnlich, aber „Substanz“ durch „Chemikalie“ ersetzend, definieren das Umweltbundesamt: „Endokrine Disruptoren (ED) sind Chemikalien oder Mischungen von Chemikalien ...“ (5) und die Endocrine Society: „an exogenous chemical or mixture of chemicals that interferes with any aspect of hormone action“. (3) Definitionen sind offensichtlich tendenziell unterschiedlich, je nachdem ob man von (Industrie-)„Chemikalien“ spricht, oder

auch in der Natur vorkommende endokrine Disruptoren berücksichtigt, so die oestrogen wirkenden Genisteine und die Gruppe der Phytoöstrogene.

## Substanzen

Es wird angenommen, dass es hunderte von Substanzen mit endokrinen Wirkungen gibt. Für viele von ihnen liegen keine oder nur wenige Untersuchungsbefunde vor. Einige ubiquitär vorkommende Industriechemikalien sind in den letzten Jahrzehnten genauer untersucht worden. Substanzen, die in diesem Zusammenhang von Belang sind oder über die diskutiert wird, sind in Tabelle 1 aufgelistet. Als „prototypische Beispiele“ werden von der Endocrine Society (3) Atrazin, Bisphenol A, DDT und DDE, PBDE, PCB und Phthalate genannt.

## Effekte

ED können aufgrund von chemischer Strukturähnlichkeit zu den natürlichen Hormonen Hormonwirkungen verstärken (Agonisten) oder abschwächen (Antagonisten), über Veränderungen von Rezeptoraktivität, von Sekretion, Transport und Abbau von Hormonen und über epigenetische Faktoren (z.B. Methylierung von DNA, Azetylierung von Histonen, Veränderungen der Funktionen von mikroRNA). Je nach Ausgangslage können mitunter auch niedrige Konzentrationen, die die meisten Rezeptoren an den funktionell-endokrinen Synapsen noch frei lassen, stärkere Effekte hervorrufen als hohe Konzentrationen. Das entspricht dem Wissen der Endokrinolo-

### Abkürzungen

|               |   |
|---------------|---|
| <b>ASD</b>    | Autism spectrum disorders                   |
| <b>AGS</b>    | Adrenogenitales Syndrom                     |
| <b>DDE</b>    | Dichlorodiphenyldichloroethylen             |
| <b>DDT</b>    | Dichlorodiphenyltrichloroethan              |
| <b>ED</b>     | Endokrine Disruptoren; endokrine Disruption |
| <b>EDC</b>    | Endocrine disrupting chemicals              |
| <b>HCB</b>    | Hexachlorbenzol                             |
| <b>NOAEL</b>  | No adverse effect level                     |
| <b>PBB</b>    | Polybromierte Biphenyle                     |
| <b>PBDE</b>   | Polybromierte Diphenylether                 |
| <b>PCB</b>    | Polychlorierte Biphenyle                    |
| <b>PCDD/F</b> | Polychlorierte Dibenzop-dioxine/-furane     |
| <b>PFO</b>    | Perfluorierte Tenside                       |
| <b>POPs</b>   | Persistent organic pollutants               |
| <b>TDI</b>    | Tolerable daily intake                      |
| <b>TGC</b>    | Testicular germ cell cancers                |

|  |  |
|--|--|
| Persistente halogenierte Chemikalien, POPs und andere bioakkumulierende Substanzen | PCDD/F, PCBs, HCB, PFOS, PBDEs, PBBs, DDT/E  |
| Andere chemische Stoffe und Substanzen   | Phthalat-Ester, Benzo(a)pyren, Triclosan, Bisphenol A, Blei, Quecksilber, Tributylzinn |
| Pflanzenschutzmittel   | Atrazin, Vinclozolin   |
| Natürliche Hormone   | Oestrogene, Testosteron  |
| Phytoöstrogene   | Isoflavone (Genistein)   |

**Tab. 1:** Häufig genannte Substanzen, die als ED gelten oder über deren Wertigkeit als ED diskutiert wird.

logen, dass nämlich bei Sättigung aller Rezeptorbindungen manche Hormone wirkungslos bleiben, was zu nicht-monotonen Dosis-Wirkungskurven führt.

Individuelle Disposition auf der einen und Dosis, Zeitpunkt und Dauer der Einwirkung von Umweltfaktoren auf der anderen Seite spielen zusammen, wenn Abweichungen, Störungen und Krankheiten generiert werden. Exemplarisch gilt das für die Entstehung des Autismus-Spektrums (ASD). Bekannt ist, dass es genetische, vererbare Eigenschaften gibt, die zur Entstehung von ASD prädisponieren. Dafür sprechen die Knabenwendigkeit, die hohe Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen (deutlich größer als bei zweieiigen Zwillingen und Geschwistern) und die Erkenntnis, dass das Risiko für weitere Kinder mit ASD zwischen 20 und 50% liegt, wenn in einer Familie bereits zwei Betroffene sind. Es müssen aber exogene Faktoren hinzukommen, die bei vorhandener Disposition zur Manifestation von ASD führen. Dazu gehören bei Exposition in der Frühschwangerschaft Valproat, vielleicht verkehrsbelastete Großstadtluft, Fieber und eine Reihe von weiteren Umständen und Substanzen, darunter auch von einigen ED (2e).

|   |
|---|
| Malignome<br>(Mamma, Prostata; Endometriose)  |
| Uterusmyomatose   |
| Syndrom der polyzystischen Ovarien<br>(PCO)   |
| Verfrühter Pubertätsbeginn  |
| Hodenhochstand, Spaltbildung des männlichen Genitales,<br>Herabsetzung der Spermienqualität |
| Schilddrüsenfunktionsstörungen  |
| Metabolisches Syndrom   |
| Adipositas  |
| Diabetes mellitus   |
| Autismus-Spektrum-Störungen (ADS)   |
| Aufmerksamkeit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)   |

**Tab. 2:** Störungen und Krankheiten, die Folgen der Einwirkung von ED sein können, oder als deren Ursachen oder Mitverursacher ED diskutiert werden. Im Report der Endocrine Society (3) werden – weiter greifend – in diesem Zusammenhang auch Asthma, Autoimmunkrankheiten, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Infektanfälligkeit, M. Alzheimer und M. Parkinson genannt.

Bekannte oder vermutete, diskutierte Wirkungen auf den menschlichen Organismus von ED sind in Tabelle 2 aufgelistet. Exemplarisch werden nachfolgend Störungen und Veränderungen in der sexuellen Entwicklung besprochen.

### Hypospadien

Spaltbildungen am männlichen Genitale sind Zeichen einer endokrinen Fehlentwicklung. Sie bilden sich bei bestimmten syndromalen, erbten Hormonstörungen, treten aber meistens sporadisch auf. Vielfach wird eine angenommene Zunahme der Prävalenz von Hypospadien argumentativ ins Feld geführt dafür, dass es sich um durchaus mögliche, denkbare Effekte von exogenen ED handelt. Allerdings wird bezweifelt, ob es tatsächlich eine Zunahme der Prävalenz gibt. Verschiedene europäische Fehlbildungsregister zeigen konstante Inzidenzen für Hypospadien. Beachtenswert ist, dass in Dänemark die Inzidenz von Hypospadien, wie auch die von Keimzellen-Tumoren, höher ist als im Rest von Europa. (1)

### Hodenkrebs

Testikuläre Keimzelltumoren kommen in manchen Ländern häufiger vor als in anderen: so z.B. in Norwegen 12,7 pro 100.000, in Dänemark 13,4, Schweiz 12,7 pro 100.000 Einwohner (3e). Die Inzidenz hat in diesen Ländern in vorangegangenen Dekaden deutlich zugenommen; jetzt scheinen sich die Zahlen mancherorts zu stabilisieren. In Deutschland haben wir seit 15 Jahren unverändert Inzidenzen von etwa 9,5 pro 100.000 (4e, 5e). In Dänemark erkranken Einwanderer nur etwa halb so häufig wie die autochthonen Männer; in der zweiten Generation gleicht sich die Häufigkeit bei den Dänen mit Migrationshintergrund der in der Allgemeinbevölkerung an (6e). Diese Daten weisen darauf hin, dass Umweltfaktoren für die Entstehung von Hodenkrebs bedeutsam sind. Welche das sind, bleibt aber offen; etwa: Sexualverhalten, enge Hosen, Radfahren, Ernährung oder endokrin disruptiv wirkende Umwelt-„Chemikalien“.

### Pubertätsentwicklung

Endokrinologen kennen potente endokrine Disruptoren, welche die Pubertät modifizieren. Mit relativ hohen Gaben von

Ethinylöstradiol wird bei hochwüchsigen Mädchen der Pubertätsablauf beschleunigt. Androgene führen bei Mädchen mit unbehandeltem adrenogenitalem Syndrom (AGS) zu Hirsutismus und Stimmbruch und bei Embryonen und Föten zu einer Maskulinisierung des äußeren Genitales. Es gibt Vermutungen, dass exogene ED in manchen Bevölkerungen den Zeitpunkt des Pubertätseintrittes modifizieren. Wie schwer es ist, in den zahlreichen Publikationen und Meinungsäußerungen das Richtige zu erkennen, zeigen exemplarisch Aussagen der WHO (1), die in ihrem *State of Science* in der *Summary for Decision-Makers* schreibt, dass frühe Pubertät zu den „diseases induced by exposure to EDCs during development in animal models and human studies“ zähle, hingegen in der Langfassung: „demonstrated epidemiological associations are absent and warrant further investigation.“

### Pränatale geschlechtsspezifische Verhaltens-Prägung und Wirkung auf andere neuro-physiologische Parameter durch endokrine Disruptoren

Bei Mädchen bewirken pränatal erhöhte Androgen-Expositionen, wie sie beim adrenogenitalen Syndroms (AGS) vorkommen, nicht nur eine Maskulinisierung der externen Genitalien, sondern auch eine Verhaltensprägung, die zu jungenhaftem Spiel- und Sozialverhalten führt. Dabei handelt es sich um die Wirkung von hohen endogenen Androgenkonzentrationen. Umgekehrt bewirken Antiandrogene, während der Pränatalzeit zugeführt, bei Versuchen an Nagetieren eine Dämpfung des geschlechtsspezifisch männlichen Verhaltens bei erwachsenen Nagern. Solche sexuell dimorphen Verhaltensänderungen können plausibel mit vorgeburtlich erfolgreicher, geschlechtstypischer anatomischer und funktioneller Strukturierung des Gehirns erklärt werden. Neben den sehr zahlreichen Ergebnissen aus tierexperimentellen Untersuchungen gibt es drei Publikation zu Beobachtungen am Menschen:

Vreugdenhil et al. untersuchten 207 Kinder im frühen Schulalter, etwa hälftig Jungen und Mädchen, die gestillt oder künstlich ernährt worden waren. PCDD/F und PCB waren im Blut und in der Milch der Mütter und im Nabelschnurblut gemessen worden. Pränatal höhere Schadstoffbelas-

tungen gingen bei Jungen einher mit weniger jungen-spezifischem Spielverhalten; bei Mädchen zeigte sich, nicht signifikant, ein gegenteiliger Effekt, also mehr maskulines Spielverhalten (7e).

Winneke et al. untersuchten ca. 110 Kinder, je zur Hälfte Jungen und Mädchen im Alter von sechs bis sieben Jahren, bei deren Müttern im Blut und in der frühen Muttermilch PCB und PCDD/F bestimmt worden waren. Ihre Aussage lautet: „Unsere Studie belegt, dass selbst eine relativ geringe vorgeburtliche Belastung mit Dioxinen und PCB das Geschlechterverhalten bei Schulkindern verändern kann.“ Je höher die Belastung, desto mädchenhafter verhielten sich die Jungen. Die Mädchen hingegen zeigten nach höheren Belastungen weniger ausgeprägtes weibliches Spielverhalten (8e).

Swan et al. haben bei Schwangeren im mittleren Schwangerschaftsdrittel im Urin Phthalatmetabolite gemessen (Phthalate zeigen im Tierversuch antiandrogene Effekte, sie setzen die Testosteronkonzentration herab.). Bei 145 Kindern im Kleinkindalter war feststellbar, dass höhere Konzentrationen in der Schwangerschaft signifikant assoziiert waren mit vermindertem jungentypischen Verhalten bei Jungen, nicht jedoch bei Mädchen (9e).

Die Resultate dieser drei Studien sind teilweise widersprüchlich. Die Kollektive sind klein, die Ergebnisse beruhen auf Verhaltensbeurteilungen mit (validierten) Fragebögen, welche die Eltern (meistens die Mütter) ausgefüllt haben. Insofern werten die Autoren ihre Ergebnisse vorsichtig als richtungweisend, nicht als endgültige Aussagen.

Daneben gibt es eine Vielzahl von Publikationen, die sich mit pränatalen Prägungen befassen, die diverse andere Verhaltensparameter betreffen, so motorische und kognitive Kompetenzen und Intelligenzentwicklung, sowohl bei Versuchstieren (bei denen allerdings oft unrealistisch hohe Konzentrationen eingesetzt werden), wie auch bei Menschen. Unter den beforschten Substanzen finden sich vielfach auch ED. (2e, 9e – 23e).

### Diskussion

Klassische Arbeitsmittel der Toxikologie sind beispielsweise die Bestimmung der für die Hälfte von Versuchstieren tödlichen Dosis (LD50) und der Dosis, die bei Versuchstieren keine erkennbaren gesund-

heitsschädlichen Wirkungen hervorruft (NOAEL, no adverse effect level). Solche aus Tierversuchen stammende Werte werden mit Unsicherheitsfaktoren eingeeignet, etwa um den Faktor 10 bis 100 für die Übertragung von an Nagern angestellten Beobachtungen auf den Menschen, in der Regel um einen weiteren Faktor von 10 (seltener von 100), damit man besonders empfindlichen Menschen (Kindern, Alten, Kranken) gerecht werde. Die Umweltmedizin berücksichtigt zudem die Ergebnisse epidemiologischer Studien. Die resultierenden Aussagen lauten dann etwa: Die einmalige Dosis einer Substanz macht Erwachsene nicht krank; oder: die lebenslange tägliche Einnahme oder Exposition einer Chemikalie erscheint für alle Menschen, auch Kinder, Erwachsene, Kranke, unbedenklich; es wird also eine Belastung definiert, die lebenslang ohne gesundheitsschädliche Wirkung aufgenommen werden könne (TDI, tolerable daily intake). Dabei wird in der Regel jede Substanz einzeln betrachtet, ohne Beachtung additiver, potenzierender oder auch antagonistischer Effekte.

Diese – durchaus hilfreichen – Grundlagen bilden nur einen Teil der Wirklichkeit ab. Sowohl die Erkenntnisse zu Prägungen und Programmierungen bei Embryonen und in der Fetalzeit, wie auch das, was sich als neueres Wissen über die ED herauskristallisiert, erfordern in der Umweltmedizin ein Umdenken. Wird als Paradigma eine grundsätzliche Denkweise oder auch eine Lehrmeinung bezeichnet, dann ist hier zu recht der Begriff Paradigmenwechsel angebracht.

Manche ED-bedingte Schäden werden erst nach langen Latenzen manifest, etwa wenn als Folge einer Einwirkung einer Substanz in der Embryonalperiode ein Prostatacarcinom nach 65 Jahren entsteht. Allein dieses bedingt, dass unser derzeitiges Wissen unvollständig sein muss, und dass es wohl nur die „Spitze eines Eisberges“ beschreibt. Am 15.6.2017 hat die European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE), zusammen mit anderen nationalen und internationalen Endocrine Societies, in einem Offenen Brief an die Europäische Kommission, geschrieben: „Die derzeit konstruierten Kriterien werden wohl versagen bei der Identifikation von ED, die zur Zeit Menschen schädigen, und sie werden nicht einen hohen Grad an Sicherheit für den Schutz der Gesundheit und des Umweltschutzes sicherstellen.“ (eigene Übersetzung) ([http://www.edc-eu-tour.info/sites/edc-eu-tour.info/files/field/document\\_file/joint\\_ese\\_espe\\_es\\_statement\\_on\\_edc\\_criteria.pdf](http://www.edc-eu-tour.info/sites/edc-eu-tour.info/files/field/document_file/joint_ese_espe_es_statement_on_edc_criteria.pdf))

Es existieren zahlreiche Hinweise für umweltbedingte endokrine Disruptionen. In vitro – Forschungsergebnisse an Zellkulturen, Tierversuche und Beobachtungen an wild lebenden Tieren sind als wichtige, untermauernde Hinweise zu werten. Neben der Einzelstoffbetrachtung sind Synergismen zu beachten. Epigenetisch gesteuerte Schädigungen können durch sehr kleine Dosen von schädigenden Substanzen oder Bedingungen hervorgerufen werden. Allerdings gibt es wahrscheinlich auch hier eine Wirkschwelle, die überschritten werden muss, damit Effekte eintreten. Sichere Erkenntnisse gibt es nur für einige genauer erforschte Substanzen. Man ist versucht, in diesem Zusammenhang die juristische Formel des „Bestreitens mit Nichtwissen“ anzubringen.

Klar ist, dass endokrin wirksame Chemieprodukte nicht einfach verboten werden können. Weitere Forschung, Minimierung und, wo möglich, Ersatz durch weniger schädliche Substanzen bleiben aber wichtige Gebote.

Vor 55 Jahren erschien *The Silent Spring* (24e). Rachel Carson (1907-1964), eine amerikanische Biologin, die ihre Warnung vor der Humantoxizität und der ökologischen Bedenklichkeit eines expansiven, kritiklosen Einsatzes von Pestiziden mit akribischen Recherchen belegt hatte, beschrieb eine fiktive, einstmals schöne Stadt: in einem Frühling kroch eine seltsame Fäule über das Gebiet. Haustiere starben, Menschen wurden krank, es war still, denn die Vögel sangen nicht, es gab keine Bienen mehr, die Pflanzen verdorrten. Nicht Hexerei, kein Feind, nein, die Menschen selbst hatten das verursacht. Carsons Warnung sollte nicht vergessen werden.

Literatur beim Verfasser

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl  
Kinderumwelt gGmbH  
Heinrich-Stürmann-Weg 7  
49124 Georgsmarienhütte  
Tel.: 05401/33906500  
E-Mail: [kontakt@kinderumwelt.de](mailto:kontakt@kinderumwelt.de)

#### Interessenkonflikt:

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



## Steckbrief zu: Tilidin

**Chemische Bezeichnung:** Tilidin ist ein synthetisches Opioid zur Behandlung mittelstarker Schmerzen; es wird als Handelspräparat wie z. B. Valoron® N, Tilidura® oder Tilidin comp® stets mit dem Opiatantagonisten Naloxon im Verhältnis 12,5 : 1 kombiniert, also z.B. 50 mg Tilidin + 4 mg Naloxon; Tilidin ist ein verschreibungspflichtiges Betäubungsmittel, das nur der einfachen Rezeptpflicht unterliegt, nicht der BtM-Verschreibungsverordnung.

**Straßennamen(n):** „Wasser“

**Dosierung(en):** Als Tropfen, Kapseln oder Retardtabletten ; 25 – 50 bis maximal 120 mg Tilidin als Einzeldosis, in Retardtabletten bis 300mg.

**Einnahmeform:** bevorzugt als Tropfen; Wirkeintritt rasch nach 10 – 15 Minuten, Wirkdauer 4 – 6 Stunden.

**Interaktionen:** Wirkverstärkung durch Alkohol und Benzodiazepine.

**Straßenpreis(e):** meist über Rezeptfälschungen im Umlauf.

**Erwünschte Wirkung(en):** enthemmende, euphorisierende und z. T. angstlösende Wirkung bei gleichzeitiger Hemmung der Schmerzempfindung.

**Unerwünschte Wirkung(en):** Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kreislaufstörungen, Ataxie, Miosis, selten motorische Unruhe und Hyperreflexie.

**Symptome bei Überdosierung:** Bewusstseinstörung bis hin zum Atemstillstand, Herzrhythmusstörungen, selten zerebrale Krampfanfälle.

**Nachweismethoden:** wird in allen Schnelltesten als Opioid erfasst.

**Therapieoptionen akut:** Naloxon als Antidot (5 – 10 ug /kg KG langsam iv), klinische Überwachung bis zum Abklingen der Symptome.

**Therapieoptionen chronisch:** klassischer Drogenentzug bei körperlicher Abhängigkeit.

**Langzeitfolgen:** psychische Veränderungen wie Depressionen und Wahnideen, aber auch körperliche Abhängigkeit mit Zwang zur Dosissteigerung und Entzugssymptomatik.

---

### Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt

Suchtbeauftragter BVKJ e.V.

Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin-Mitte  
Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin-Mitte

Tel.: 030/901846132/30

E-Mail: [Matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de](mailto:Matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de) Red.: Heinen

---

## 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**







Foto: © stahnky - Fotolia.com

## Impfungen bei Säuglingen erhöhen nicht das Risiko für atopische Krankheiten

Vermutlich kennen Sie KiGGS. So heisst die bundesweite Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die das Robert Koch-Institut (RKI) seit bald 15 Jahren durchführt und die immer wieder auch Ergebnisse zu Impffragen liefert [<https://www.kiggsstudie.de/deutsch/home.html>]. Ganz aktuell haben M. Schlaud und Mitarbeiter vom RKI eine KiGGS-Datenanalyse zum Zusammenhang von Impfungen im Säuglingsalter und Atopie veröffentlicht [Vaccine 2017; 35: 5156–5162]. Dabei gingen sie folgenden 3 Fragen nach: Haben 1) das Alter der Säuglinge bei Impfbeginn ( $\leq 90$  Tage versus danach oder gar nicht), 2) die Anzahl der im 1. Lebensjahr verabreichten Impfantigene und 3) vollständig versus unvollständig verabreichte Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib und Hepatitis B einen Einfluss auf das Risiko einer atopischen Krankheit jenseits des 1. Lebensjahrs? Die entsprechenden Daten lieferten Kinder im Alter bis zu 17 Jahren aus den Jahren 2003 bis 2006 aus ganz Deutschland. Neben vielen anderen Parametern wurden die Eltern nach ärztlich diagnostiziertem Heuschnupfen, atopischer Dermatitis, und Asthma bei ihrem Kind befragt. Auswertbar waren die Angaben zu 15.383 Kindern (jedoch nicht immer zu allen 3 Krankheiten vollständig). Demzufolge litten 10 % der Kinder an Heuschnupfen, 8 % an einer atopischen Dermatitis und 4 % an Asthma. Nach statistischer Korrektur der Daten für zahlreiche Störfaktoren ergaben sich für alle 3 atopischen Krankheiten und die 3 Forschungsfragen jeweils Prävalenzquotienten von maximal 1.00. Werte signifikant grösser als 1 würden ein Risiko anzeigen, Werte unter 1 sogar einen Schutz vor der jeweiligen Krankheit. Für die im 1. Lebensjahr vollständig geimpften Kinder war das Risiko für Heuschnupfen sogar reduziert (Prävalenzquotient 0.85, 95 % Vertrauensbereich 0.76–0.96). Also Entwarnung auf der ganzen Linie. Was Offit und Hackett schon 2003 in einer ausführlichen Literaturrecherche schlussfolgerten – „large well-controlled epidemiologic studies do not support the hypothesis that vaccines cause allergies“ [Pediatrics 2003; 111: 653–659] – hat sich wieder einmal bestätigt. Nun haben Sie also weitere Munition aus Deutschland für Gespräche mit kritischen oder verunsicherten Eltern.

## Impfungen bei Immundefizienz

Im September 2005 hat die Ständige Impfkommission (STIKO) ausführliche Empfehlungen als „Hinweise zu Impfungen für Patienten mit Immundefizienz“ publiziert [Epi Bull

2005; 39: 353–364] veröffentlicht. Diese sind mittlerweile überholt und die Arbeit für eine gründliche Aktualisierung hat begonnen. Das einleitende „Grundlagenpapier“ ist nun publiziert [Bundesgesundheitsbl 2017; 60: 674–684] und via Link auf der STIKO Homepage frei zugänglich ([www.rki.de/stiko](http://www.rki.de/stiko) > Empfehlungen der STIKO > Mitteilungen). Es ist lesenswert, insbesondere wenn Sie solche Patienten betreuen und sich fragen, welche grundsätzlichen Überlegungen zu Sicherheit, Verträglichkeit aber auch zur Effizienz von Impfungen bei diesem heterogenen Patientenkontext zu beachten sind. Sie erhalten Einblick in den aktuellen Stand der Forschung zu dieser Thematik und eine Vielfalt weiterführender Literaturangaben. Sehr hilfreich ist Tabelle 1, welche die Methoden und akzeptierten protektiven Impftiter bzw. Antikörperkonzentrationen übersichtlich darstellt (Sie wissen ja: wer viel misst, misst viel Mist – also lieber zuvor mal nachschauen, was Sinn macht). Drei weitere Publikationen werden im Laufe des Jahres 2018 (so vermute ich) folgen, welche dann dezidiert Empfehlungen enthalten werden zu 1) Impfen bei Patienten mit primären Immundefekten (einschliesslich autoinflammatorische Erkrankungen) und HIV-Infektion, 2) Impfen bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen, Organtransplantation, Stammzelltherapie und Asplenie sowie 3) Impfen bei Autoimmunerkrankungen und unter immunmodulatorischer Therapie. Sie richten sich nicht nur an den Spezialisten, sondern erlauben auch den Primärversorgern die Komplexität dieser Thematik nachzuvollziehen und zu verstehen. Zum Wohle dieser hochvulnerablen Patienten!

## STIKO Empfehlungen 2017/2018

Apropos STIKO. Die neuen Empfehlungen [Epi Bull 2017; 34: 333–380] sind erschienen. Sie sind ausführlicher denn je, enthalten neu auch ein Stichwortregister, und einige Änderungen im Detail, nicht aber bei den Standardimpfungen – hier ist alles wie gehabt. Sehr ausführlich wird nun die „Aufklärungspflicht vor Schutzimpfungen“ (Kapitel 4.1) erläutert. Dies aus gutem Grund, bedenkt man, dass immer wieder Kolleginnen und Kollegen wegen mangelnder Aufklärung angeklagt werden. Lassen Sie hier Vorsicht walten und gehen Sie konsequent und standardisiert vor: „Der impfende Arzt ist verpflichtet, Aufklärungen und Einwilligungen – egal in welcher Form sie erfolgt bzw. erklärt worden sind – in der Patientenakte zu dokumentieren (§ 630f Abs. 2 S. 1 BGB).“

Die Nachhol-Impftabellen sind modifiziert und mit einem Beispiel aus der Praxis illustriert worden. Schliesslich ist auch Tabelle 8 mit den Handelsnamen und Alterszulassungen der häufigsten Impfstoffe aktualisiert worden (mit einem Fehler: Boostrix® Polio ist ab dem 3., nicht erst ab dem 4. Geburtstag zugelassen).

P. S.: Wussten Sie, dass auch die STIKO-Sitzungsprotokolle öffentlich und frei zugänglich sind? Hier finden Sie sie: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Protokolle/protokolle\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Protokolle/protokolle_node.html)

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)  
Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz

# Umgang mit einem an Kokzidiose erkrankten Kaninchen

## Frage

Das Kaninchen einer Familie sei an Kokzidiose erkrankt. Hierzu meine Fragen:

- Sind die immununauffälligen Kinder gefährdet?
- Wann ist welche Diagnostik bei den Kindern angezeigt?
- Wie verläuft die Erkrankung?

## Antwort

Kokzidien sind einzellige Organismen aus dem Stamm der Apicomplexa im Tierreich. Diese sind durch einen Apparat charakterisiert, der ihnen das Eindringen in Zellen höherer Tiere ermöglicht, in denen sie sich vermehren. Zu den Apicomplexa gehören u. a. die Plasmodien, ursächlich für Malaria, sowie der Erreger der Toxoplasmose, *Toxoplasma gondii*. Für die Kokzidiose des Kaninchens werden 11 verschiedene Arten der Gattung *Eimeria* verantwortlich gemacht (Pakandl 2009). Sie sind verwandt mit den humanpathogenen *Cystoisospora belli*, Kryptosporidien (*Cryptosporidium hominis*, *C. parvum*) und enger verwandt mit *Cyclospora cayetanensis*. Die durch sie verursachten Cystoisosporiasis (früher: Isosporiasis), Kryptosporidiose und Cyclosporiasis des Menschen werden auch als intestinale Kokzidiosen bezeichnet. Sie werden fäkal-oral übertragen. Nach oraler Aufnahme der umweltresistenten Oozysten werden im oberen Dünndarm mehrere Sporozysten freigesetzt, die in die Epithelzellen

des Darms eindringen (CDC). Über ein Trophoziten-Stadium entstehen durch Teilung vielzellige Meronten. Die mit Untergang der Darmzelle freigesetzten Merozoiten befallen weitere Epithelzellen. In einigen Darmzellen bilden sich statt Meronten Mikro- und Makrogametozyten, die freigesetzt im Darm zu Zygoten verschmelzen, aus denen Oozysten hervorgehen. Diese werden ausgeschieden und dienen der Verbreitung, da sie nach Ingestion durch einen neuen Wirt den Lebenszyklus komplettieren. Ungeschlechtliche und geschlechtliche Vermehrung finden in einem Wirt statt. Typische Symptome sind Diarrhöen, die bei Immungesunden selbstlimitierend sind. Bei Immunsupprimierten können persistierende, cholera-ähnliche Diarrhöen auftreten sowie durch retrograde Infektion mit Vermehrung im Gallengangepithel eine Cholangitis und gangränöse Cholezystitis.

Protozoen der Gattung *Eimeria* haben große veterinärmedizinische und landwirtschaftliche Bedeutung, da sie vor allem bei Vögeln Krankheiten verursachen, die in der Geflügelzucht erhebliche Schäden anrichten (Beck et al. 2009). Die *Eimeria*-Arten weisen eine Wirtsspezifität auf. Beim Kaninchen befallen sie speziesspezifisch verschiedene Darmabschnitte oder die Gallengänge (Pakandl 2009). Die Symptome sind ebenfalls speziesspezifisch – einige Arten sind apathogen oder gering pathogen – und abhängig vom Alter des Kaninchens. Junge Kaninchen erkranken eher mit Durchfällen oder Zeichen einer Lebererkrankung als ältere

Tiere, die meist nur asymptomatische Träger sind. Abhängig vom Schweregrad können die Erkrankungen unbehandelt durch schwere Diarrhöen mit Exsikkose oder durch eine ausgeprägte Cholangitis auch rasch letal verlaufen. Zur Therapie werden Sulfonamid-Trimethoprim-Kombinationen wie auch Antiprotozoika mit Triazinstruktur (Toltrazuril) erfolgreich eingesetzt.

Infektionen des Menschen mit tierpathogenen *Eimeria*-Arten sind in der Literatur bisher nicht beschrieben worden.

Daraus ergibt sich, dass keine Gefährdung für die anderweitig gesunden Kinder besteht. Entsprechend ist keine Diagnostik bei den Kindern oder anderen Personen mit Kontakt zu den erkrankten Kaninchen indiziert. Da es nicht zur Erkrankung beim Menschen kommt, entfällt die Beschreibung des Krankheitsverlaufs.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Ralf Bialek  
Kinderarzt, Tropenmediziner  
Mikrobiologe, Infektiologe  
LADR GmbH MVZ Dr. Kramer und Kollegen  
Lauenburger Straße 67  
21502 Geesthacht

## Literatur

- Beck H-P, Blake D, Dardé M-L, et al. Molecular approaches to diversity of population of apicomplexan parasites. *Int J Parasitol* 2009; 39:175-89.
- CDC: Cryptosporidium – Biology. Centers for Disease Control and Prevention <http://www.cdc.gov/parasites/crypto/biology.html>.
- Pakandl M. Coccidia of rabbit: a review. *Folia Parasitol* 2009; 56:153-66.

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



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Verkürzte Antibiotika-Behandlung bei Akuter Otitis Media von Säuglingen und Kleinkindern

#### Shortened Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media in Young Children

Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE et al., *N Engl J Med*; 375:2446-2456, Dezember 2016

Die renommierten Autoren unter der Federführung von Alejandro Hoberman und Jack Paradise haben sich die kritische Überprüfung der Behandlungsdauer der AOM bei Kleinkindern zur Aufgabe gemacht, da hier nach wie vor unterschiedliche Strategien gewählt werden.

Dazu haben sie 520 Kinder im Alter von 6-23 Monaten mit einer akuten Otitis media ausgewählt, die eine Behandlung mit Amoxicillin-Clavulansäure entweder für die Standard-Behandlungsdauer von zehn Tagen oder nur für fünf Tage gefolgt von fünf Tagen Placebo erhalten.

Gemessen wurde das klinische Ansprechen auf die Therapie in systematischer Weise auf der Basis von Symptom-Veränderungen, Wiederauftreten von Symptomen, nasopharyngealer Keimbeseidung. Das Behandlungs-Ergebnis wurde unter Verwendung einer Nichtunterlegenheits-Studie analysiert. Verwendet wurde eine Symptom-Skala von 0 bis 14, wobei die höheren Ziffern schwereren Symptomen entsprachen.

Ein klinisches Therapie-Versagen war bei den 5 Tage behandelten Kindern mit 77 von 229 Kindern (34 %) vs 39 von 238 (16 %) bei den 10 Tage behandelten um 17 % häufiger. Die durchschnittlichen Symptom scores während der Zeit von 6-14 Tagen betrug 1.61 in der 5-Tages-Therapie Gruppe im Vergleich in der 10-Tages-Therapie-Gruppe (P=0.07). Die Durchschnitts Punktzahl für die Tage 12-14 betrug 1.89 vs 1.20 (P=0.001).

Der Prozentsatz der Kinder deren Symptom-Punktzahl um mehr als 50 % abfiel, als Zeichen weniger schwerer Symptome, bis zum Ende der Behandlung, war niedriger in der 5 Tages Gruppe als in der 10 Tages Gruppe: 181 von 221 Kinder (80 %) vs 211 von 233 (91 %), P = 0.003). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Raten an Wiederauftreten, unerwünschten Erscheinungen oder nasopharyngealer Besiedlung mit penicillin-unempfindlichen Erregern. Der Prozentsatz klinischer Versager war größer bei Kindern, die für 10 Std. 3 oder mehr Kindern exponiert waren oder mehr pro Woche als bei solchen, die weniger exponiert waren (P=0.02) und war auch größer bei Kindern mit einer Infektion beider Mittelohren als bei Kindern mit nur einem infizierten Ohr (P<0.001)

#### Kommentar

Die Ergebnisse dieser Studie und ihre Interpretation verführen zu dem Schluss, dass bei kleinen Kindern eine zehntägige Antibiotika-Behandlung der AOM effektiver ist als eine fünftägige. Dies gilt bestenfalls für das hier gewählte Therapie-Management und die gewählte Antibiotika-Kombination. Auch überzeugen die Unterschiede der Ergebnisse nicht unbedingt. Der behandelnde Pädiater in Deutschland kann aus den Ergebnissen dieser Studie lernen, dass eine ausreichend lange Antibiotika-Gabe und eine sorgfältige Überwachung der Patienten erforderlich sind, auch wenn die Behandlung weniger als zehn Tage durchgeführt wurde.

Es kann aus der Studie nicht abgeleitet werden, dass generell eine zehntägige Behandlung erforderlich ist. Dies sollte weiterhin individuell entschieden werden.

#### Korrespondenzadresse:

Helmut Helwig, Freiburg

### Charakterisierung des Magenmikrobioms bei Kindern unter Berücksichtigung des Helicobacter pylori Status

#### Characterization of the Gastric Microbiota in a Pediatric Population According to Helicobacter pylori Status

Llorca et al., *PIDJ*. 36 (2): 173-178, Februar 2017

Bis zur Entdeckung von Helicobacter pylori (H. p.) 1982 dachte man, der Magen sei steril. Untersuchungen zur Diversität der bakteriellen Flora an Lunge und Darm werden aktuell immer zahlreicher; zum Magen gibt es hierzu bisher keinerlei pädiatrische Daten.

Das AutorInnenteam von zwei Universitätskinderkliniken in Madrid/Spainien untersucht in dieser Pilotstudie bei 51 Kindern im Rahmen einer Gastroskopie aufgrund von Bauchschmerzen das Mikrobiom, und setzt es in Beziehung zu den makroskopisch-endoskopischen und histologischen Ergebnissen sowie zum Helicobacter-Status.

51 Kinder, im Median elf Jahre alt, wurden eingeschlossen, mit einer Knabenwendigkeit von 63 %. Fast die Hälfte der Kin-

der hatte einen BMI von  $<18,5 \text{ kg/m}^2$ , wobei leider keine alters-adjustierten Z-scores benutzt wurden. Der Helicobacter-Nachweis erfolgte sorgfältig mit vier verschiedenen Methoden (Kultur, Histologie, PCR und Urease-Schnelltest; mindestens zwei Tests, oder die Kultur (als Goldstandard) mussten positiv sein, um als positives Ergebnis zu gelten. Bei 35 % der Kinder wurde H. pylori so nachgewiesen. Kinder mit H. p. Nachweis hatten histologisch eher Zeichen einer superfiziellen Gastritis.

Die phylogenetische Analytik zeigte bei H. p. positiven Patienten eine signifikante Dominanz des Phylotyps Helicobacter pylori mit im Mittel 66 % zu Ungunsten einer breiteren Diversität. In der Gruppe der H. p. negativen Patienten zeigte sich eine größere Diversität mit Gammaproteobakterien, Betaproteobakterien, Bacteroides und Clostridienklassen. Es ließen sich auch hier Helicobacter-Genus nachweisen bei 17 (51 % der H. p. negativen) Kinder, aber mit einem sehr niedrigen relativen Anteil von 0,45 % am Gesamtmikrobiom. Interessanterweise hatten

drei dieser 17 Kinder vorher Protonenpumpeninhibitoren bekommen, und vier eine Antibiotikatherapie.

Ähnliche Konstellationen sind von erwachsenen Patienten bekannt.

Methodische Mängel (fehlender definierter primärer Endpunkt, fehlendes Adjustieren für multiples Testen) sind vorhanden, für eine erste Exploration des Magenmikrobioms sei den AutorInnen aber gedankt!

Für die Zukunft bleibt offen, inwieweit auch im Magen eine (medikamentöse) Unterstützung der Vielfalt des Mikrobioms möglich ist und einen therapeutischen Ansatz darstellen könnte.

**Korrespondenzanschrift:**

Petra Kaiser-Labusch, Bremen

## Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

### Anamnese

Ein 16-jähriges Mädchen wird mit seit Jahren bestehenden bräunlichen Papeln an Hals und Schläfen vorgestellt. Assoziierte Beschwerden wie Juckreiz bestünden nicht. Familienanamnese: Bei dem Vater des Kindes bestünde ein M. Grover.

### Untersuchungsbefund

16-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Zervikal lateral (Abb. 1) und im Bereich der Schläfen finden sich in symmetrischer Anordnung multiple rotbraune, überwiegend follikulär gebundene, bis stecknadelkopf-große, keratotische und teils konfluierende Papeln. Palmoplantar finden sich multiple, einzeln stehende und bis 1mm durchmessende, hautfarbene, keratotische Papeln.



**Abb. 1:** Multiple, rotbraune, keratotische Papeln an den Halsseiten

An den Nägeln von Dig. I und II der linken Hand fällt jeweils ein longitudinaler, rötlicher Streifen mit einer kleinen V-förmigen Einkerbung am distalen Ende auf (Abb. 2). An Abdomen und Rücken finden sich nur wenige blass-bräunliche Papeln. Submam-



**Abb. 2:** Longitudinaler, rötlicher Streifen mit V-förmiger Einkerbung am distalen Nagelende

märregion, Axillen und Leisten sind ebenso wie die Mundschleimhaut unauffällig.

**Histologischer Befund:** Akantholytische Dyskeratose.

### Welche Diagnose wird gestellt?

## 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](http://www.dgaap.de)



## Diagnose:

### Morbus Darier

Beim Morbus Darier, auch Dyskeratosis follicularis genannt, handelt es sich um eine seltene, autosomal-dominant vererbte Genodermatose, die durch Mutation im *ATP2A2*-Gen hervorgerufen wird. Dieses Gen kodiert für eine Kalziumpumpe, die Sarco-/Endoplasmatische Reticulum Calcium-ATPase, der eine wichtige Rolle bei der intrazellulären Kalziumhomöostase zukommt. Durch die Fehlregulation kommt es zu einer Keratinisierungsstörung und zu einer Funktionseinschränkung der Desmosomen und damit der Zelladhäsion.

Betroffene Patienten entwickeln meist erst in der Adoleszenz persistierende, kleine, rotbraune, hyperkeratotische Papeln, die zu verrukösen, teils mazerierten und schmierig belegten Plaques konfluieren können. Prädilektionsstellen sind die seborrhoischen Areale von Stamm und Gesicht, der behaarte Kopf, Hals, Leisten und Anogenitalregion. Häufig finden sich auch Nagelanomalien, palmoplantare „pits“ (punktförmige Unterbrechungen der Papillarlinien) und punktförmige keratotische Papeln an Handflächen und Fußsohlen. Leukoplakie-ähnliche Mundschleimhautläsionen kommen bei etwa 13 % aller Patienten vor.

Triggerfaktoren, die zu einer Exazerbation führen können, sind Hitze, Schwitzen und UV-Licht.

Juckreiz tritt in etwa 88 % der Fälle auf und gehört ebenso wie rezidivieren-

de, bakterielle, virale und mykotische Superinfektionen und einem stigmatisierendem Körpergeruch zu den maßgeblich die Lebensqualität der Patienten beeinflussenden Faktoren.

Eine seltene Variante ist die lineare oder segmentale Form, die Ausdruck eines genetischen Mosaizismus ist und sich entlang der Blaschkolinien ausrichtet.

Neuropsychiatrische Störungen finden sich bei Patientin mit Dyskeratosis follicularis gehäuft.

### Diagnostik

Die Diagnose eines Morbus Darier wird in der Regel klinisch gestellt. Histologisch ist die Erkrankung gekennzeichnet durch eine Orthohyperkeratose und eine fokale suprabasale Akantholyse.

### Differenzialdiagnosen

Milde Verlaufsformen des Morbus Darier können an eine Akne oder ein seborrhoisches Ekzem erinnern. Die lineare Form muss von epidermalen Nävi mit epidermolytischer Hyperkeratose und segmentalen Formen der Psoriasis und des Lichen ruber abgegrenzt werden. Weitere Differenzialdiagnosen sind Acanthosis nigricans und Papillomatosis confluens et reticularis Gougerot-Carteaud.

Neben dem Morbus Darier gehören auch der Morbus Hailey-Hailey und der M. Grover, der bei dem Vater unserer Patientin besteht, zu den akantholytischen Dermatosen. Letzterer wird von einigen Autoren als eine Abortivform des M. Darier angesehen.

### Therapie

Insbesondere bei leichten Verlaufsformen ist oftmals eine topische Therapie mit einem Urea-haltigen Externum, ggf. in Kombination mit einem topischen Retinoid ausreichend. Auch lokal applizierte Steroide kommen zum Einsatz. Eine übermäßige UV-Exposition sollte als möglicher Triggerfaktor vermieden werden. Bei schweren Verlaufsformen sind Acitretin oder Isotretinoin per se die Mittel der Wahl. Aufgrund möglicher, teils schwerer Nebenwirkungen wie Teratogenität ist jedoch eine genaue Prüfung der Indikation und eine ausführliche Aufklärung der betroffenen Patienten und ihrer Eltern essentiell. Bei lokal begrenzten Befunden kann eine Dermabrasio eine Besserung bewirken.

### Literaturangaben

1. Wienecke R. Fehlbildungen und Genodermatosen. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, Landthaler M (Hrsg). Dermatologie und Venerologie, 5. Auflage 2005. Heidelberg: Springer. S.755-56
2. Griffiths WAD, Judge MR, Leigh IM. Disorders of Keratinization. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (Eds). Rook's Textbook of Dermatology, 8th edition 2010. Oxford: Wiley-Blackwell. S. 19.81-19.85

### Korrespondenzadresse:

Dr. Anne Teichler  
 Abt. Pädiatrische Dermatologie  
 und Allergologie  
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
 Liliencronstraße 130  
 22149 Hamburg



# Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit

**ifak**

**Machen Sie mit!**

# Schulranzen aus pädiatrischer Sicht

Das neue Schuljahr hat begonnen und überall sieht man Erstklässler stolz mit ihrem Schulranzen zur Schule gehen. Erfahrungsgemäß wird so mancher Ranzenträger bald wegen Rückenschmerzen die Kinder- und Jugendarztpraxis aufsuchen. Was sollen Pädiater dann raten? Darüber sprach mit unserer Zeitschrift Dr. Wolfgang Lawrenz, Vorsitzender der Kommission Kinder- und Jugendsport der DGSP.



## Wieviel darf denn der Schulranzen überhaupt wiegen?

Es gibt Empfehlungen, nach denen das Gewicht des gepackten Schulranzens zehn bis zwölf Prozent des Körpergewichtes nicht überschreiten soll. Allerdings ist die wissenschaftliche Datenbasis für diese Empfehlungen unklar. Auch ist die Umsetzung in der Praxis schwierig. Bei Erstklässlern entspricht das etwa 2,5 bis drei Kilo; da die meisten Ranzen ein Eigengewicht von 1,3 bis 1,5 Kilo haben, darf der Inhalt des Ranzens noch etwa 1,0-1,5 kg wiegen, was z. B. einem Schulbuch entspricht. Beim „Schulranzen-TÜV“, einer Untersuchung zum Gewicht und Trageverhalten von Schulranzen, lag das Ranzengewicht bei Erstklässlern im Mittel bei 14,2 Prozent des Körpergewichtes, es wurden in Einzelfällen 38,5 Prozent des Körpergewichtes erreicht. Aktuelle Studien zeigen keinen sicheren Zusammenhang zwischen Gewicht des Schulranzens und dem Auftreten von Rückenschmerzen, lediglich in einzelnen Untersuchungen wurden bei Ranzen gewichten über 20 Prozent des Körpergewichtes häufiger Rückenschmerzen beobachtet. Somit kann ein Ranzengewicht von 20 Prozent des Körpergewichtes von normalgewichtigen Kindern problemlos toleriert werden.

## Ist der schwere Schulranzen überhaupt die Ursache für Rückenschmerzen?

Mit dem Beginn der Schulzeit müssen die Kinder ja nicht nur ihren Schulranzen tragen, sondern auch zum ersten Mal mehrere Stunden ruhig sitzen, und für Erwachsene ist eine Assoziation zwischen einer sitzenden Tätigkeit und Rückenschmerzen gut belegt. Hier könnte auch eine Ursache für Rückenschmerzen bei Kindern liegen.

## Welche anderen Ursachen sind schuld?

Letztendlich sind die Ursachen von Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen unklar. Untersuchungen zum Einfluss von Tragegewohnheiten der Schultasche (auf dem Rücken, einseitig über der Schulter, in der Hand) und zur Art der Schultasche (Rucksack oder Ranzen) zeigen keine konsistenten Ergebnisse. Interessant sind die Ergebnisse einer Untersuchung, bei der Rückenschmerzen häufiger bei Schülern auftraten, die mit dem Auto oder Bus zur Schule kamen, als bei Schülern, die zu Fuß gingen. Möglicherweise ist also gar nicht der Schulranzen das Problem, sondern die durch Bewegungsmangel nicht ausreichend entwickelte Rückenmuskulatur.

## Was sollten also Kinder- und Jugendärzten ihren Patienten raten?

Dass der Schulranzen leicht ist und eine der DIN-Norm entsprechende ergono-

mische Form hat. Der Ranzen sollte korrekt getragen werden, so dass der Rücken achsengerecht belastet ist, und die Kinder sollten nur die Dinge in den Ranzen packen, die sie in der Schule auch brauchen, um unnötige Gewichtsbelastungen zu vermeiden.

Auch ist zu empfehlen, dass Kinder durch regelmäßige, am besten tägliche körperliche Aktivität eine gute Rumpfstabilität entwickeln, um die alltäglichen Belastungen, wie z. B. den Schulranzen, problemlos schultern zu können.

### Info:

Der Wissenschaftsrat der DGSP hat soeben eine Stellungnahme der Kommission Kinder- und Jugendsport zum Thema „Der Schulranzen – Ursache von Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen?“ freigegeben.

Die Stellungnahme gibt es unter <http://www.dgsp.de/seite/278017/kinder-jugendsport.html>.

ReH

## Zahl des Monats

511 Masernfälle von Januar bis Mitte August zählte das RKI im September in Nordrhein-Westfalen: die seit 2006, als 1.750 Masern-Infektionen in NRW gezählt wurden, höchste Zahl an Masern-Infektionen. Nach Angaben des Landesentrums Gesundheit NRW traten allein 330 Erkrankungen in Duisburg und 53 in Essen auf.

Bundesweit wurden nach RKI-Angaben bis Mitte August 860 Masernfälle bekannt, die aus NRW machen knapp 60 Prozent aus. Dabei sind die Impfquoten in NRW etwas höher als im Bundesdurchschnitt:

Gut 84 Prozent der Kinder in NRW haben nach DAK-Angaben nach dem ersten Lebensjahr die von der Stiko empfohlene Erstimpfung erhalten. Bei der zweiten Masernimpfung sinke die Quote auf noch knapp 67 Prozent.

Verantwortlich für die hohen Masernfallzahlen in Duisburg ist der hohe Zuzug von zum großen Teil nicht geimpften Rumänen. Seit Anfang Juli die Stadt Duisburg ein Impfmobil in die Bezirke der Osteuropäer fährt und dort impft und aufklärt, ist die Zahl der Masernfälle dort abgeebbt.

Red.: ReH

# Partnerschaftliche Vereinbarkeit aus Sicht von Kindern und Eltern

*Berufstätigkeit und Familienleben miteinander zu vereinbaren ist Wunsch und - für einen Großteil der Familien in Deutschland - bereits gelebte Realität. Dass beide Eltern vollzeitnah erwerbstätig sind, ist seltener. Eine Befragung von Kindern und Eltern zeigt: Diese Form der partnerschaftlichen Arbeitszeitkonstellation wird von der ganzen Familie positiv erlebt.*



Foto: © detailblick-foto - Fotolia.com

**D**as Institut für sozialwissenschaftlichen Transfer (SowiTra) hat Familien, in denen beide Eltern vollzeitnah arbeiten, zu ihrem Alltag befragt. In der Befragung kamen insbesondere die Kinder zu Wort. Deutlich wird hier: Kinder in Familien mit zwei vollzeitnah arbeitenden Eltern sind mehrheitlich zufrieden. Sie erleben keinen Mangel an gemeinsamer Zeit.

## Partnerschaftliche Vereinbarkeit: fair und vorteilhaft für Eltern und Kinder

Arbeiten beide Eltern nicht in Vollzeit, haben Mütter und Väter mehr Zeit für Familie. Das wird auch deshalb geschätzt, weil es eine enge Beziehung zwischen Eltern und Kindern ermöglicht. Für die

große Mehrheit der Kinder mit zwei vollzeitnah arbeitenden Eltern, sind beide Elternteile gleichwertige Bezugspersonen im Alltag - was die Kinder als bereichernd erleben. Sie nehmen insbesondere wahr, dass ihre Väter präsenter sind als in anderen Familien. Sich die Verantwortung für Beruf wie Familie zu teilen, empfinden Kinder wie Eltern als fair und gerecht. Außerdem hätten die Kinder mehr Auswahl bei den Freizeitaktivitäten, wenn beide Elternteile Zeit mit ihnen verbringen. Ihnen sei bewusst, dass die Anwesenheit des Vaters keine Selbstverständlichkeit ist - und sie wollen darauf nicht mehr verzichten, schreiben die Autoren der Studie.

Kritik haben die Kinder aber auch geübt. Es stört sie, wenn ein Elternteil unfreiwillig Vollzeit arbeitet, durch Überstunden oder Dienstreisen gebunden ist, und der Vater länger als die Mutter arbeiten muss.

Bei der Entscheidung über die partnerschaftliche Arbeitszeitkonstellation spielt eine Kombination von Wertepreferenzen, finanziellen Möglichkeiten und betrieblichen Arbeitszeitbedingungen eine Rolle. Eltern entscheiden sich für vollzeitnahe partnerschaftliche Arbeitszeiten, weil beide ihr Kind im Alltag begleiten und gleichzeitig berufstätig sein wollen.

## Familien mit geringen Einkommen unterstützen

Die allermeisten Paare müssen finanziell abwägen, ob sie sich die verkürzte Vollzeit für beide leisten können. Eine finanzielle Unterstützung wie sie die Familienarbeitszeit mit einem Familiengeld bieten würde, könnte auch Familien mit geringen Einkommen ermöglichen, partnerschaftliche Vereinbarkeit umzusetzen. Darüber hinaus sind eine funktionierende Ganztagsbetreuung auch für Schulkinder,

flexible Arbeitszeitoptionen jenseits von klassischen halben und vollen Stellen sowie die gute Qualität von Arbeitszeiten für eine gelebte Partnerschaftlichkeit wichtig, mahnt Ministerin Katarina Barley

## Forschungsprojekt zu partnerschaftlichen Arbeitszeiten

Die Befragung der Kinder und Eltern entstand im Rahmen des Forschungsprojekts „Partnerschaftliche Arbeitszeiten aus Kinder- und Elternsicht“, das vom Bundesfamilienministerium gefördert wird. Deutschlandweit wurden leitfadengestützte Interviews mit 56 Eltern und 43 Schulkindern (im Alter von sechs und 14 Jahren) geführt. Befragt wurden überwiegend Familien, in denen Mütter und Väter zwischen 28 und 36 Wochenstunden arbeiten und sich Familienarbeit teilen.

Zusammengefasst wurden die Ergebnisse im aktuellen „Monitor Familienforschung“.

### Was ist das „Familiengeld“?

Bereits Ex-Familienministerin Manuela Schwesig hat den Plan für ein Familiengeld aufgelegt: Wenn beide Partner statt Vollzeit zwischen 26 bis 36 Wochenstunden arbeiten, sollen sie zwei Jahre lang jeweils 150 Euro Familiengeld erhalten, dazu einen Anspruch auf Rückkehr zur vorherigen Arbeitszeit und Kündigungsschutz.

[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

Red: ReH

# Aus der Kinderkommission des Deutschen Bundestages

*Die Kinderkommission befasst sich mit queeren Jugendlichen.*

*Trans\*Jugendliche waren Thema eines Expertengesprächs in der Kinderkommission.*

**I**m Fachgespräch der Kinderkommission des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 28. Juni 2017, wiesen die Experten (Karoline Haufe, Trans-Kinder-Netz e.V. und Stephan Maria Bröpper, gleich & gleich e.V.) darauf hin, dass intersexuelle Kinder einen hohen Leidensdruck haben und immer noch nicht umfassend geschützt sind.

(Link: <http://www.bundestag.de/kiko?url=L2Rva3VtZW50ZS90ZXh0YXJjaGl2LzIwMTcva3cyNilwYS1raWtvLXRyYW5zanVnZW5kbGljaGUvNTEuXjQ0&mod=mod441140>)

„Viele Menschen haben Angst, etwas falsch zu machen im Umgang mit **Trans\*Menschen**“, sagte Karoline Haufe vom Verein Trans-Kinder-Netz. In der Sitzung unter der Leitung von Beate Walter-Rosenheimer (Bündnis 90/Die Grünen) zum Thema Trans\*Jugendliche forderten die Experten Fortbildungs- und Aufklärungsmaßnahmen zum Thema Trans\* in der Gesellschaft. Darüber hinaus wiesen sie auf die immer noch große Diskriminierung von Trans\*Kindern und Jugendlichen hin. Die Sitzung war das dritte Fachgespräch eines Themenschwerpunktes zu den Belangen von queeren, lesbischen, schwulen, trans\* und intergeschlechtlichen Jugendlichen.

## Individuelle Transition

Transgender, transsexuell oder kurz trans\* umschreibt ein Identitätskonzept, bei dem das selbst erlebte Geschlecht im Widerspruch zu dem bei der Geburt zugeschriebenen steht. Dabei geht es jedoch nicht um sexuelle Orientierung, sondern um **geschlechtliche Identität**.

Die Transition von Kindern und Jugendlichen zum empfundenen Geschlecht verläuft dabei über unterschiedliche, individuelle Stadien, erklärte Karoline Haufe: Von einer sozialen Veränderung mit dem Wechsel der Geschlechterrol-

le und der Kleidung über eine mögliche medizinische Veränderung mit der Gabe von Hormonen bis hin zur Änderung des Personenstandes.

## „Selbstzuschreibung von Kindern ernst nehmen“

„Das psychische Wohlbefinden von Kindern ist besser, wenn die empfundene Identität im Alltag gelebt werden kann“, sagte Haufe. Dabei müsse man die Selbstzuschreibung zu ihrem **Geschlecht in jedem Alter ernst nehmen**. Besonders **in der Pubertät** stünden Trans\*Kinder jedoch unter einem **großen Leidensdruck**. Dies bestätigte auch Stephan Maria Bröpper vom Verein gleich & gleich: „Die Zahl der **Suizide** ist bei Trans\* Kinder deutlich höher als bei anderen Jugendlichen.“ Jede alltägliche Situation halte eine hohe Schwelle bereit: In welche Toilette oder Umkleidekabine gehe ich? Wie erkläre ich den Unterschied zwischen meinem Äußeren und dem Namen auf meinem Personaldokument?

Im Alltag seien Trans\*Kinder und Jugendliche dabei sehr stark vom Verhalten ihres Umfeldes abhängig – zum Beispiel bei der Verwendung eines neuen Namens. Aufklärung und Fortbildung für Familien, Lehrpersonal, aber **auch Mediziner** sei daher unbedingt vonnöten, so die Experten.

## Änderung von Dokumenten erleichtern

„Viele Transkinder und Familien erfahren Diskriminierung“, sagte Karoline Haufe. Dazu gehörten physische und körperliche Angriffe ebenso wie fehlende Fachlichkeit von Lehrpersonal. Gerade im schulischen Kontext stellten sich viele Herausforderungen. Oftmals komme es zum Fremddouting oder Mobbing. Auch die Änderung von Namen auf Dokumenten sei schwierig.

„Amtliche Dokumente müssen on- und offline überprüft werden“, sagte auch Stephan Maria Bröpper. Oft müsse man auf Formularen ein definitives Geschlecht auswählen, um einen Vorgang abschließen zu können. Auch Schulen und Behörden müssten darin geschult werden, wie Unterlagen einfacher angepasst werden können.

## „UN-Kinderrechtskonvention umsetzen“

„Wir müssen uns mit den Emotionen und dem Leidensdruck von Trans\*Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen“, so Bröpper. Viele Menschen seien unsicher im Umgang mit dem Thema und würden schließlich lieber nichts sagen, anstatt etwas falsch zu machen. Neben Fortbildungen und der politischen Umsetzung von Rechten für Trans\*Kinder durch die UN-Kinderrechtskonvention bedürfe es daher vor allem eines gesellschaftlichen Dialogs, so die Experten.

*Anmerkung der Redaktion: Auch wir Kinder- und Jugendärzte sind hinsichtlich dieser Problematik nur unzureichend geschult und reagieren oft nicht so, wie es sich Betroffene wünschen. Wir haben zwar inzwischen gelernt, mit den Varianten der Geschlechtsentwicklung umzugehen (s. auch „Kinder- und Jugendarzt 2-2014, S. 24ff und 5-2016, S. 318-320) und zunächst eine abwartende und beratende Begleitung vorzunehmen, bevor über operative Maßnahmen entschieden wird, aber bei Trans\*Kindern und -Jugendlichen herrscht noch große Unsicherheit.*

## Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)



# Kita-Qualität steigt – Gefälle zwischen Kreisen und Bundesländern ist enorm

*Wie gut ein Kind betreut wird, welche Bildungschancen es hat, dies hängt stark von seinem Wohnort ab. Die Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen (Kita) variieren von Kreis zu Kreis und vielerorts fehlen Fachkräfte, das zeigt das Ländermonitoring Frühkindliche Bildungssysteme.*



Foto: © mikanaka - istock.com

## Kita-Kosten: 0 bis 600 Euro pro Monat

Wie viel Geld Eltern für den Kitaplatz bezahlen müssen, hängt stark vom Wohnort und vom eigenen Einkommen ab. Die Beiträge schwanken zwischen 0 und 600 Euro pro Monat. Rund 14 Prozent der Familien zahlen der Bertelsmann-Studie zufolge derzeit keine Kita-Beiträge, weil sie in einem Bundesland oder einer Stadt mit genereller Beitragsfreiheit leben oder von Sonderregelungen profitieren. Fünf Prozent zahlen nichts, weil ihr Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt.

**D**ie Kitas in Deutschland werden langsam besser. Dies zeigt sich vor allem an der positiven Entwicklung des Personalschlüssels. Kamen zum 1. März 2012 noch 4,8 ganztags betreute Kinder auf eine vollzeitbeschäftigte Fachkraft in Krippengruppen, waren es im März 2016 rein rechnerisch 4,3 Kinder. In Kindergartengruppen verbesserte sich der Personalschlüssel von 9,8 auf 9,2 Kinder pro Fachkraft.

## Innerhalb der Bundesländer erhebliche Unterschiede in der Kita-Betreuung

Die Zahlen stammen aus dem Ländermonitor „Frühkindliche Bildungssysteme“, den die Bertelsmann Stiftung am 28. August in Berlin vorstellte. Der Ländermonitor wertete den Kita-Personalschlüssel der 402 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland aus. Die Unter-

schiede sind enorm. In einigen Gebieten Brandenburgs kommen knapp dreimal so viele Krippenkinder auf eine Fachkraft wie in bestimmten Kreisen Baden-Württembergs. Doch auch innerhalb der Bundesländer sind die Unterschiede groß. In Bayern liegt das landesweite Mittel bei 3,7 Kindern pro Fachkraft, zwischen den Kreisen gibt es jedoch eine große Spannweite bei der Betreuungsrelation: So liegt der Personalschlüssel mancherorts bei 1 zu 2,7, andernorts bei 1 zu 5,0. Vergleichbar ist die Situation in Rheinland-Pfalz, wo kreisabhängig eine Fachkraft 2,7 bzw. bis zu 4,7 Kinder betreut (landesweites Mittel 3,5 Kinder pro Fachkraft). Eine landesweit relativ einheitliche – wenngleich ungünstige – Betreuungsrelation bei den unter Dreijährigen erreicht Sachsen. Auch im Saarland gibt es bei einer deutlich besseren Betreuungsrelation kaum Abweichungen vom landesweiten Mittel pro Fachkraft.

In Kindergartengruppen unterscheiden sich die Personalschlüssel ebenfalls erheblich zwischen den Kreisen. Während in einigen Kreisen Baden-Württembergs 6,1 Kinder von einer Fachkraft betreut werden, sind es in Mecklenburg-Vorpommern teilweise bis zu 14,3 Kinder. Auch die Gefälle innerhalb der einzelnen Bundesländer sind erheblich. In Hessen betreut eine Fachkraft 9,6 Kinder. Allerdings schwankt der Personalschlüssel auf Kreisebene zwischen 1 zu 7,6 und 1 zu 11,9. In Sachsen ist die Betreuungsrelation bei einem mittleren Personalschlüssel von 1 zu 13,4 landesweit einheitlicher: Dort sind es mindestens 12,9 und maximal 14,0 Kinder, die von einer Fachkraft betreut werden. Jörg Dräger, Vorstand der Bertelsmann Stiftung, sieht die große Spannweite innerhalb der Bundesländer kritisch: „Die Bildungschancen von Kindern hängen heute erheblich von ihrem Wohnort ab. Wir brauchen verlässliche Kita-Qualität in ganz Deutschland.“

## Ländermonitoring Frühkindliche Bildungssysteme

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 2016. Die Berechnungen wurden vom Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Technische Universität Dortmund sowie der Bertelsmann Stiftung durchgeführt. Die aktuellen Daten und Fakten zu den frühkindlichen Bildungssystemen mit den Länderprofilen finden Sie im Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme sowie unter [www.laendermonitor.de](http://www.laendermonitor.de).

### Ost-West-Gefälle beim Personalschlüssel bleibt bestehen

Wenngleich sich die Kita-Qualität bundesweit tendenziell verbessert, sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern nach wie vor gravierend. In westdeutschen Krippengruppen kümmert sich eine Fachkraft um deutlich weniger Kinder (1 zu 3,6) als in Ostdeutschland (1 zu 6,0). Allerdings befinden sich in Ostdeutschland 52 Prozent der unter Dreijährigen in Betreuung, während es in Westdeutschland lediglich 28 Prozent sind. Bundesweit sind fast alle Kinder ab dem dritten Lebensjahr in Kindertagesbetreuung. Im Westen kommen dabei 8,5, im Osten 12,2 Kinder auf eine Fachkraft. Die Bertelsmann Stiftung empfiehlt einen qualitätssichernden Personalschlüssel von 1 zu 3,0 in Krippengruppen und 1 zu 7,5 in Kindergartengruppen. Mit Blick auf diese Empfehlung sticht Baden-Württemberg im direkten

Ländervergleich positiv hervor. Bundesweite Schlusslichter sind Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen.

### Gebraucht werden bundesweit einheitliche Standards und zusätzliches Kita-Personal

„Bund und Länder müssen einheitliche Qualitätsstandards umsetzen“, fordert Dräger. Für einen kindgerechten Personalschlüssel müssen nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung zusätzlich 107.200 vollzeitbeschäftigte Fachkräfte eingestellt und weitere 4,9 Milliarden Euro jährlich bereitgestellt werden. Zusätzlicher Bedarf an Kita-Plätzen und Fachkräften entsteht zudem aufgrund der Trendwende bei den Geburtenzahlen und einer zunehmenden Anzahl an Kindern mit Fluchterfahrungen. Ohne attraktivere Rahmenbedingungen für das Kita-Personal wird es schwer, dem steigenden Fachkräftebedarf nachzukommen. Der Ausbau in

Qualität und Quantität erfordert einen Kraftakt von Bund, Ländern, Kommunen und auch Eltern. Deshalb rät Dräger davon ab, kurzfristig auf die Elternbeiträge zu verzichten: „Erst wenn die Qualität stimmt und genügend Betreuungsplätze zur Verfügung stehen, können wir die Beitragsfreiheit angehen.“ Die Beteiligung der Eltern darf dennoch keine Zugangsbarriere für Kinder werden. Deshalb sollten Kita-Beiträge einkommensabhängig gestaffelt und Familien mit besonders niedrigem Einkommen komplett entlastet werden.

### Eltern sind bereit, für bessere Kitas mehr zu zahlen

Im vergangenen Jahr hatte eine Umfrage der Stiftung ergeben, dass auch die Mehrheit der Eltern bundesweit einheitliche Standards in Kitas vermissen – und dass rund die Hälfte der Mütter und Väter bereit wäre, für bessere Kitas – mehr Erzieher, mehr Krippenplätze und gesünderes Essen – auch mehr zu zahlen, beziehungsweise auf eine Betreuung zum Nulltarif zu verzichten. In den östlichen Bundesländern sind sogar 63 Prozent der befragten Eltern dafür. Unter den Eltern, die ihren Beitrag als zu hoch bezeichnen, sind erwartungsgemäß mit niedrigem oder mittlerem Einkommen. Zwei Drittel derjenigen, die gegen höhere Gebühren sind, fühlen sich durch den aktuellen Kita-Beitrag in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt.

Red.: ReH

## Bundesfamilienministerium startet Initiative für mehr Qualität in den Kitas

Beim Besuch in einer Berliner Kita hat Bundesfamilienministerin Dr. Katarina Barley am 28. August eine neue Initiative vorgestellt, die die Qualität in der Kindertagesbetreuung weiter voran treiben soll.

Helfen soll dabei unter anderem ein Qualitätsentwicklungsgesetz mit finanzieller dauerhafter Beteiligung des Bundes. Dieses soll vor allem für bessere Arbeits-

bedingungen von Erzieherinnen und Erziehern sorgen und ihren Beruf attraktiver machen.

Mit dem Qualitätsprozess, den das Bundesfamilienministerium und die Fachministerinnen und Fachminister der Länder unter Beteiligung zahlreicher Akteure bereits 2014 gestartet haben, sind die Voraussetzungen für ein solches Gesetz gelegt worden. Im Herbst

2016 wurden gemeinsame Qualitätsziele verabschiedet und im Frühjahr 2017 beschloss die Jugend- und Familienministerkonferenz mit großer Mehrheit Eckpunkte für ein Qualitätsentwicklungsgesetz.

Red.: ReH

# Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

*Stillen ist nicht nur die beste Säuglingsernährung von Geburt an, sondern auch eine primäre Präventionsmaßnahme mit langfristigen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind. KinderärztInnen nehmen bei der Stillunterstützung gemeinsam mit den FrauenärztInnen und den Hebammen eine Schlüsselrolle ein. Sie werden von den Eltern als Experten wahrgenommen und konsultiert, und sie haben einen wichtigen Präventionsauftrag.*



**Dr. Thomas Kauth**

## Bedeutung des Stillens

Stillen ist die natürliche und beste Form der Säuglingsernährung und weltweit als primäre Präventionsmaßnahme zur Sicherung von Gesundheit und Entwicklung der Kinder anerkannt. Auch für die Gesundheit der Mutter ist Stillen von Bedeutung (Victora et al. 2016). Muttermilch ist auf die Ernährungsbedürfnisse des Säuglings optimal abgestimmt. Sie enthält antimikrobielle, antientzündliche und immunmodulierende Faktoren, die das Kind passiv schützen, aktiv die Entwicklung des eigenen Abwehrsystems unterstützen und dieses Abwehrsystem so prägen können, dass das Kind im späteren Leben einen Schutz vor immunologisch ausgelösten chronischen Erkrankungen haben kann. Hinzu kommen prä- und probiotisch wirksame Substanzen, die das Mikrobiom und damit die von diesem ausgehenden Gesundheitseffekte beeinflussen (Nationale Stillkommission 2012). Das Risiko für Übergewicht und Adipositas wird durch längeres Stillen um 26 % gesenkt

(Victora et al. 2016). Das Risiko für den plötzlichen Kindstod (SIDS) ist bei nicht gestillten Kindern mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu gestillten Kindern (Hauck et al. 2011). Für Vitamin K, Vitamin D und Fluor ist die Zufuhr durch die Muttermilch nicht ausreichend. Daher bekommen die Neugeborenen zur Vermeidung von Blutungen in den ersten 4 Wochen 3 x 2 mg Vitamin K und die Säuglinge im ganzen ersten Lebensjahr eine Kombination aus 500 IE Vitamin D und 0,25 mg Fluorid.

Stillen ist mehr als Muttermilcher-nährung. Dazu gehören auch die entsprechenden Verhaltensweisen von Mutter und Kind, die Interaktion beim Stillen, der Hautkontakt und das Saugen an der Brust. Daher sollte unmittelbar nach der Geburt der Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem hergestellt werden. Der Hautkontakt beim Stillen und das Saugen an der Brust senken die Spiegel der Stresshormone bei der Mutter (Handlin et al. 2009, Heinrichs et al. 2001). Die beim Stillen ausgeschütteten Hormone Oxytocin und Prolaktin begünstigen und verstärken die mütterliche Zuwendung und damit die Bindung zwischen Mutter und Kind (Uvnäs-Moberg 2003).

Babys können an der Brust ihre Nahrungsaufnahme sehr gut selbst steuern (Dewey et al. 1986). Säuglinge, die im ersten halben Jahr häufig die Flasche bekommen hatten, zeigten später eine stärkere Tendenz, ihren Becher oder ihre Flasche ganz leer zu trinken, als Kinder, die ganz oder überwiegend gestillt worden waren. Dies war unabhängig davon, ob Muttermilch oder künstliche Säuglingsnahrung in der Flasche war (Li et al. 2010). Mit der Flasche gefütterte Kinder zeigten im Alter von 3 bis 6 Jahren

eine schlechtere Sättigungsregulierung als gestillte Kinder (DiSantis et al. 2011). Beim Stillen wird die Mundmuskulatur der Kinder in physiologischer Weise aktiviert (França et al. 2014) und eine gesunde Kiefer- und Zahnentwicklung gefördert. Fehlstellungen treten bei Flaschenfütterung deutlich häufiger auf (Peres et al. 2015).

## Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen

Die Stillempfehlungen sind in den letzten hundert Jahren sozusagen Achterbahn gefahren, von frühem Anlegen und Stillen nach Bedarf auch nachts, über strikte Reglementierung mit spätem Anlegen, festen Mahlzeiten und Nachtpause, und zurück. Die aktuellen Stillempfehlungen stimmen weitgehend mit den vor über hundert Jahren ausgesprochenen überein, weil sich gezeigt hat, dass dies gelingendes Stillen und gutes Gedeihen des Säuglings befördert (Manz et al. 1997). Ähnliches gilt für die Empfehlungen zum Zeitpunkt der Beikosteinführung. Lag diese Empfehlung am Anfang des 20. Jahrhunderts beim Ende des ersten Lebensjahres, sank sie bis in die 50er Jahre auf einen Monat und stieg dann wieder an. Mitursächlich dafür dürfte gewesen sein, dass mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährte Kinder schon früh Beikost benötigten, um Mangelerscheinungen vorzubeugen. Die entsprechende Empfehlung wurde dann auf gestillte Kinder ausgedehnt (Gonzales 1999).

2001 hat die WHO ihre Stillempfehlung verabschiedet, die seither mehrfach bestätigt (Kramer et al. 2012) und von vielen Fachgesellschaften übernommen wurde: Sechs Monate ausschließlich



stillen, das heißt keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch, und danach neben angemessener Beikost weiter stillen bis zum Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus. Mehrere für den Beikostbeginn wichtige Entwicklungsschritte im motorischen Bereich, bei der immunologischen Reifung und bei der Darmreifung scheinen mit ungefähr einem halben Jahr zusammenzulaufen (Naylor et al. 2001). Für den Beginn der Beikost wird in Deutschland ein Zeitfenster zwischen dem Beginn des fünften Lebensmonats und dem Beginn des siebten Lebensmonats empfohlen (Koletzko et al. 2016). Dieses Zeitfenster schließt die WHO-Empfehlung ein. Es gibt allerdings keine gesundheitlichen Vorteile, die Beikost vor dem vollendeten 6. Lebensmonat einzuführen. Im 2. Lebenshalbjahr des Säuglings kann ausschließliches Stillen den Bedarf u. a. an Eisen, Vitamin B6, Zink und Calcium nicht mehr ausreichend decken. Daher wird die Einführung einer Beikost empfohlen (Koletzko et al. 2016).

Dies ist eine allgemeine Empfehlung. Für das einzelne Kind sind die Beikostreifezeichen wichtig – dass das Kind mit Unterstützung sitzen kann, Nahrung mit der Hand zum Mund führen kann, der Zungenstoßreflex zurückgegangen ist und das Kind Interesse am Essen zeigt.

### **Bedeutung der Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis**

„Stillerfolg liegt nicht in der alleinigen Verantwortung der Frau – Stillförderung ist eine gesellschaftliche Verantwortung“ (Rollins et al. 2016).

Gelingendes Stillen bedarf entsprechender gesellschaftlicher Strukturen und Rahmenbedingungen einschließlich kompetenter Unterstützung durch die medizinischen Fachleute. Kinder- und JugendärztInnen haben hier eine Schlüsselposition. Sie gehören für viele Eltern zu den wichtigsten Ansprechpartnern bei Fragen zum Stillen (Sievers et al. 2008). Mit den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen erreichen sie im ersten Lebensjahr fast alle Kinder und deren Eltern, aus allen sozialen Schichten. Durch die Neufassung der Kinderrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind primärpräventive Beratungen zum Bestandteil der Untersuchungen U2

bis U9 geworden. Das ist eine gute Gelegenheit, das Stillen als Primärprävention in die Beratung zu integrieren. Auch bei Fragen der Mütter zur Praxis des Stillens und bei gesundheitlichen Problemen des Kindes wie zum Beispiel mangelnder Gewichtszunahme eines gestillten Kindes kann kompetente Beratung und gegebenenfalls Weiterleitung bzw. Überweisung an andere Fachleute dazu beitragen, verfrühtes Abstillen abzuwenden. Laut Kinder- und Jugendgesundheitsurvey beginnen zwar rund 82 % der Mütter nach der Geburt mit dem Stillen, nach ca. fünf Monaten wird jedoch nur noch jedes zweite Kind gestillt (Lippe et al. 2014). Der starke Abfall der Stillraten zeigt, wie nötig Stillbegleitung und -beratung auch durch Kinder- und JugendärztInnen ist.

### **Wie kann Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis aussehen?**

Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis geschieht auf unterschiedlichen Ebenen, verbal und nonverbal. Das erste ist natürlich die ärztliche Beratung als solche.

In der Beratung können präventiv allgemeine Hinweise gegeben werden, zum Stillen nach Bedarf einschließlich nächtlichem Stillen, zum zurückhaltenden Umgang mit künstlichen Saugern, etc.

Wenn wegen unbefriedigender Gewichtszunahme des Säuglings eine Empfehlung zum Zufüttern erwogen wird, ist es hilfreich, vorher oder zumindest gleichzeitig die Stillhandhabung zu überprüfen: Wie oft und wie lange wird gestillt? Gibt es Anzeichen für wirksames Saugen und Trinken? Werden Schnuller verwendet? Wird Tee zugefüttert? In welcher Haltung stillt die Mutter? Hat sie Schmerzen beim Stillen? Wie viel Stress ist in der häuslichen Situation? Stillschwierigkeiten können auch kindliche Ursachen haben, zum Beispiel latente Unreife oder ein zu kurzes Zungenbändchen.

Bei Stillproblemen ist eine Vernetzung in der Region mit Weiterleitung oder Überweisung an Stillfachleute oder Stillambulanzen äußerst hilfreich. Fortbildung zum Stillen für die medizinischen Fachangestellten ermöglicht die Beantwortung mancher alltäglicher Fragen schon im Vorfeld. Empfehlenswert ist eine industrieunabhängige Stillfort-

bildung (<http://www.stillen-info.de/info/info.html>).

Die Ausstattung der Praxis kann ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Stillförderung betrachtet werden. Gibt es Stühle, auf denen eine Mutter bequem sitzen und stillen kann? Vielleicht auch eine ruhige Ecke, in die sie sich bei Bedarf zurückziehen kann? Gibt es werbefreies Informationsmaterial zum Stillen und zu Anlaufstellen wie regionalen Stillgruppen? Signalisieren Kalender oder Uhren in der Praxis mit dem Logo von Herstellern künstlicher Säuglingsnahrung, Probepäckchen oder Brotdosen oder U-Heft-Umschläge mit dem Logo von Säuglingsnahrungsherstellern den Eltern eine Empfehlung für die Verwendung dieser Produkte? Die Empfehlung der Kinder- und JugendärztInnen und ein stimmiges Umfeld in den Praxen ist für Eltern wichtig.

Bei der Stillförderung geht es darum, gelingendes Stillen zu ermöglichen, und nicht darum, Mütter zum Stillen zu drängen. Das Stillen als solches und die individuelle Stilldauer hängen von den Wünschen und den Umständen der jeweiligen Familie ab. Die Haltung des Vaters ist dabei mit ausschlaggebend (Kohlhuber et al. 2008). Unabhängige, klare Informationen auf aktuellem Wissensstand für Mütter und für Väter und Gespräche auf Augenhöhe ermöglichen den Eltern informierte Entscheidungen und im weiteren Verlauf eine gute Begleitung auf dem für die jeweilige Familie bestmöglichen Weg.

### **Zusammenfassung**

Stillen ist die beste Säuglingsernährung und hat vielfältige und langfristige positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Säuglinge und der stillenden Frauen. Beim Konzept der positiven frühkindlichen Prägung (erste tausend Tage) spielen die Muttermilch und das Stillen eine herausragende Rolle. Die von den Eltern als Experten sehr geschätzten FrauenärztInnen, Hebammen und Kinder- und JugendärztInnen müssen bei der Stillförderung eng zusammenarbeiten. Hierzu haben sich diese Berufsgruppen im Netzwerk Junge Familie (Gesund ins Leben) bundesweit auf gemeinsame Handlungsempfehlungen verständigt, welche die gemeinsame Stillförderung einschließen.



Dieser Beitrag beschreibt die besondere Aufgabe der Kinder- und JugendärztInnen in den Praxen für die Stillförderung und resultiert aus dem Engagement des Ausschusses für Prävention und Frühtherapie des BVKJ am bundesweiten „Runden Tisch Stillförderung“. Der Selbsttest „Ist meine Praxis stillfreundlich?“ weist den Weg zu einer Umsetzung der Stillförderung in der Praxis.

Literatur bei den Autoren

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Kauth  
Ausschuss für Prävention und  
Frühtherapie BVKJ  
71638 Ludwigsburg  
E-Mail: dr.t.kauth@  
kinderjugendarztpraxis.de

#### In Zusammenarbeit mit

Utta Reich-Schottky  
DAIS – Deutsches Ausbildungsinstitut für  
Stillbegleitung gUG, 53757 Sankt Augustin  
E-Mail: utta@reich-schottky.de

Beide aktiv im bundesweiten  
„Runden Tisch Stillförderung“ Red.: WH

#### Selbsttest: Ist meine Praxis stillfreundlich?

1. Ausstattung/Praxisräumlichkeiten (max. 8 Punkte)
  - 1.1. Keine Babynahrung in der Praxis sichtbar (1)
  - 1.2. Keine Abgabe von Nahrungsproben an Eltern (1)
  - 1.3. Unterstützung des Stillens in den Praxisräumen mit geeigneten Sitzgelegenheiten und der Möglichkeit, sich bei Bedarf in einen ruhigen Raum zurück zu ziehen (1)
  - 1.4. Informationswand zur Stillförderung (1)
  - 1.5. Auslage zum Mitnehmen zur Stillförderung (1)
  - 1.6. Keine Werbematerialien für Säuglingsnahrung (1) (z. B. werbefreie Hülle von U-Heft, Vesperdose ohne Werbung, neutrale Kalender an der Wand, etc...)
  - 1.7. Informationen des „Netzwerk Junge Familie – Gesund ins Leben“ (1)
  - 1.8. anderes Infomaterial zur Säuglingsernährung ohne Werbung/ohne Firmenlogo (1)
2. Stillberatung (max. 8 Punkte)
  - 2.1. Kooperation mit zum Stillen fortgebildeter Hebamme und oder anderer geschulter Stillberaterin (2)
  - 2.2. Stillberatung in der Kinderarztpraxis durch geschulte Stillberaterin (Hebamme oder anderer Grundberuf) möglich (3)
  - 2.3. Geburtsvorbereitungskurs gemeinsam mit zum Stillen fortgebildeter Hebamme (2)
  - 2.4. Liste mit Hebammen und Stillberaterinnen zur Mitgabe (1)
3. Informationen über Stillgruppen in der Praxis (2 Punkte)
 

z. B. in Form von Plakaten, als Flyer oder auf der Homepage der Praxis
4. Praxishomepage mit Informationen zur Stillförderung (2 Punkte)
5. Qualifizierung von Praxismitarbeitern (max. 10 Punkte)
 

MFA als Paediatric (1), Präventionsassistentin (2) MFA mit Kurs zur Stillberatung (3) Arzt/Ärztin mit Fortbildung zum Stillen (4)
6. Besondere Beratungskonzepte zur Stillförderung (3 Punkte)
 

z. B. Durchführung von 9+12-Beratungen (peb) in der Praxis, Durchführungen von Stillberatungen mit standardisierten Medien (Materialien von Netzwerk Junge Familie) in der Praxis (Arzt + MFA)
7. Unabhängigkeit von der Säuglingsnahrungsindustrie (3 Punkte)
 

In der Praxis keine Geschenke, Einladungen, Gutscheine etc. von Herstellern und Händlern von Muttermilchersatzprodukten, Flaschen und Saugern annehmen

#### Auswertung:

- 24-36 Punkte: Gratulation: Sie leiten eine stillfreundliche Kinder- und Jugendarztpraxis
- 12-23 Punkte: Sie sind auf einem guten Weg zur stillfreundlichen Praxis
- 00-11 Punkte: Sie sollten sich noch deutlich mehr für das Stillen engagieren

## EU-Mütter

**M**ütter in der EU waren 2015 bei der Geburt des ersten Kindes 29 Jahre alt. Das geht aus Zahlen hervor, die die EU-Statistikbehörde Eurostat im August in Luxemburg veröffentlichte. Etwas weniger als die Hälfte (47 %) der Frauen waren bei der Geburt ihres ersten Kindes in ihren zwanziger Jahren, 45 Prozent waren zwischen dreißig und vierzig. Mehr als jede zehnte Mutter in Rumänien und Bulgarien war bei ihrer ersten Geburt im Teenager-Alter. In der Teenie-Mutter-Statistik folgen Ungarn, die Slowakei, Lettland, Großbritannien und Litauen.

Deutschland liegt mit einem Anteil von drei Prozent unter dem EU-Schnitt von vier Prozent. Die wenigsten Geburten von Unter-20-Jährigen meldeten Italien, die Niederlande, Slowenien, Dänemark und Schweden. Dort liegt ihr Anteil bei weniger als zwei Prozent der Erstgeburten.

Ebenso häufig wie Teenager bringen der Auswertung zufolge Frauen über 40 ein Kind zur Welt – ihr Anteil liegt EU-weit bei vier Prozent. Insbesondere in Italien (8 %), Spanien (7,4 %) und Griechenland (5,5 %) kommt dies vergleichsweise häufig vor.

Quelle: Eurostat

Red.: ReH



Foto: © Sondem - Fotolia.com

# Fast jeder zweite Schüler leidet unter Stress

**DAK-Präventionsradar 2017:** Schulstress führt zu Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen / Energydrinks auf dem Schulhof beliebt / Viele Schüler ernähren sich schlecht

**F**ast jeder zweite Schüler (43 Prozent) leidet unter Stress. Das wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus: Ein Drittel der betroffenen Jungen und Mädchen hat Beschwerden wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Schlafprobleme – das sind mindestens doppelt so viele wie bei den nicht-gestressten Schülern. Das zeigt der neue Präventionsradar 2017 der DAK-Gesundheit. Ein weiteres Ergebnis: Viele Kinder trinken vor und während der Schule Energydrinks. Die Krankenkasse hat die aktuelle Schulstudie mit dem Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in sechs Bundesländern durchgeführt. Knapp 7.000 Schüler aus mehr als 400 Klassen der Jahrgangsstufen fünf bis zehn wurden dafür repräsentativ befragt. Der Präventionsradar untersucht jährlich das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zwischen zehn und 18 Jahren.

Mädchen fühlen sich häufiger gestresst als Jungen: Während jede zweite Schülerin sehr oft oder oft Stress hat, sind es bei den Schülern nur 37 Prozent. Die betroffenen Mädchen leiden in der Folge mehr unter somatischen Beschwerden: Vier von zehn Schülerinnen haben oft Kopfschmerzen, mehr als ein Drittel schläft schlecht. 30 Prozent haben regelmäßig Rückenschmerzen, ein Viertel klagt über Bauchweh. Bei den Jungen gab gut ein Viertel an, häufig Kopfschmerzen zu haben. Jeweils rund 30 Prozent der Schüler schlafen schlecht oder haben Rückenschmerzen, 15 Prozent haben oft Bauchweh. Viele Kinder und Jugendliche erleben Schule als Belastung: So gaben 40 Prozent der Schüler an, zu viel für die Schule zu tun zu haben. Ein weiteres Ergebnis des DAK-Präventionsradars: Sowohl Stress als auch somatische Beschwerden nehmen mit den Schuljahren zu.

## DAK-Gesundheit: Schulfach Gesundheit ist notwendig

Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit: „Unser neuer Präventionsradar zeigt großen Handlungsbedarf auf. Um Gesundheitsrisiken

## Präventionsradar zeigt Gesundheitsrisiken

Der neue Präventionsradar der DAK-Gesundheit untersucht das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Schülern zwischen zehn und 18 Jahren (Jahrgänge fünf bis zehn). Fast 7.000 Mädchen und Jungen aus 408 Klassen und sechs Bundesländern haben teilgenommen. Die Studie kombiniert Längs- mit Querschnittserhebungen: Im kommenden Jahr werden die Klassen der ersten Analyse und zusätzlich die neuen fünften Klassen des aktuellen Schuljahres erfasst. So können altersspezifische Entwicklungen aufgezeigt werden und die Gesamtzahl der Teilnehmer bleibt konstant hoch.

zu reduzieren, brauchen wir Programme gegen Schulstress oder für bewusstere Ernährung.“ Studienleiter Prof. Dr. Reiner Hanewinkel vom IFT Nord ergänzt: „Fünftklässler haben ganz andere Risiken als Zehntklässler. Mit seiner detaillierten Analyse gibt der Präventionsradar Schulen klare Ansatzpunkte für passende Maßnahmen.“

## Energydrinks auf dem Schulhof beliebt

Koffeinhaltige Energydrinks sind schon bei Schülern der fünften Klasse beliebt: Ein Viertel der Kinder gab an, schon einmal einen Energydrink getrunken zu haben. Bei den Zehntklässlern hat mit 84 Prozent die überwiegende Mehrheit schon einmal solche Getränke ausprobiert. Jeder fünfte Konsument gab an, die Wachmacher vor oder während der Schule zu trinken. Besonders beliebt sind Energydrinks bei Jungen der Klassen neun und zehn: Jeder fünfte von ihnen gab an, die übersüßten Koffeinbomben jede Woche oder öfter zu trinken. Der Präventionsradar zeigt außerdem: Schüler, die Energydrinks konsumieren, leiden häufig unter Stress (51 Prozent), schlafen schlechter (26 Prozent) und sind häufiger übergewichtig (17 Prozent).

## Viele Schüler ernähren sich schlecht

Nur rund die Hälfte der Schüler isst täglich Obst oder Gemüse – das ist ein weiteres Ergebnis des Präventionsradars. Beliebte sind süße Snacks, sie werden von 41 Prozent der Befragten täglich verzehrt. Auch Fastfood und Softdrinks stehen vergleichs-

weise oft auf dem Speiseplan der Kinder und Jugendlichen: Ein Viertel konsumiert mehrmals pro Woche oder öfter Fastfood, bei den Softdrinks sind es 39 Prozent. Wer regelmäßig gemeinsam mit der Familie isst, ernährt sich laut der Studie gesünder: Die Schüler verzehren regelmäßiger Obst und Gemüse, greifen seltener zu Fastfood und sind seltener übergewichtig.

## Jugendliche frühstücken selten zu Hause

Nur zehn Prozent der Kinder, die jeden Tag zu Hause frühstücken, sind übergewichtig. Bei der Gruppe der Schüler, die nie zu Hause frühstückt, sind es 16 Prozent. Schon in der fünften und sechsten Klasse verzichten 37 Prozent auf ihr Frühstück. In der neunten und zehnten Klasse frühstückt nur noch jeder zweite zu Hause.

## Frühe Erfahrungen mit Alkohol und Cannabis

Alkohol ist schon bei Kindern und Jugendlichen eine verbreitete Droge: Knapp 60 Prozent der befragten Schüler haben Erfahrungen mit Alkohol. Während es bei den Fünftklässlern 22 Prozent sind, steigt dieser Wert bis zur zehnten Klasse auf 89 Prozent an. In dieser Jahrgangsstufe hat mehr als jeder Zweite schon einmal bis zum Rausch getrunken (59 Prozent). Cannabis ist nicht ganz so weit verbreitet: Insgesamt 13 Prozent der Befragten haben Cannabis bereits ausprobiert – bei den Zehntklässlern sind es 29 Prozent.

Red.: ReH

## Aus der KBV

---

# Virus oder Bakterium?

**Neues Versorgungsprogramm für Ersatzkassen-Versicherte: „RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen“ startet in den Arztpraxen** // „Antibiotika bewusst verschreiben und einnehmen“, darum geht es in dem neuen Versorgungsprogramm RESIST, das der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen des Innovationsfonds entwickelt hat.

**S**eit dem 1.7.2017 können sich Ersatzkassen-Versicherte der Barmer, TK, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK in den KV-Bezirken **Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland und Westfalen-Lippe** mit Verdacht auf einen Atemwegsinfekt im Rahmen des Versorgungsprogramms RESIST von einem

Haus-, Kinder-, HNO-Arzt oder einem Facharzt für Innere Medizin speziell beraten lassen.

Bislang haben 600 Ärzte ein spezielles Online-Schulungsprogramm abgeschlossen, um das Konzept in den Praxisalltag zu integrieren – zum Start der Atemwegssaison im Herbst werden es etwa 3000 sein. Etwa **eine Million Ersatzkassen-Versicherte** werden so bis zum 30.

Juni 2019 von RESIST profitieren. Im Anschluss daran wird entschieden, ob das Projekt in die Regelversorgung übernommen wird.

Laut dem Antibiotika-Report der DAK-Gesundheit aus 2014 sind schätzungsweise **30 Prozent aller Antibiotika-Verordnungen unnötig**. Dies gilt insbesondere für Atemwegserkrankungen, denn viele Antibiotikarezepte werden wegen eigent-

lich harmlosen Atemwegsinfekten ausgestellt. Da diese jedoch zu 90 Prozent von Viren ausgelöst werden, sind Antibiotika auch deshalb meist wirkungslos. Zudem steigt das Risiko von Resistenzbildungen.

Prof. Dr. Altiner, Direktor der Universitätsmedizin Rostock erklärt das so: „Oft spielt die von Ärzten empfundene Erwartungshaltung der Patienten eine Rolle. Patienten denken z. B., dass sie mit einem Antibiotikum schneller wieder gesund werden. Die Erwartungshaltung der Patienten wird aber dennoch häufig überschätzt. Auch werden aus der falschen Annahme heraus, damit auf der „sicheren Seite“ zu stehen noch zu oft Breitspektrum-Antibiotika verordnet. Deutschland muss sich im internationalen Vergleich in Bezug auf einen rationalen Umgang mit Antibiotika in der ambulanten Versorgung aber nicht verstecken. RESIST

schafft hier den Rahmen noch besser zu werden.“

Das Projekt **RESIST** setzt auf Aufklärung und auf die Arzt-Patienten-Kommunikation. Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV, sagt: „Besonders begrüße ich es, dass das Projekt nicht nur auf die Vermeidung von Antibiotikaresistenzen zielt, indem wir Ärzte unser Ordnungsverhalten überdenken und parallel die Patienten sensibilisieren, sondern dass wir mit **RESIST** auch das ausführliche Arzt-Patienten-Gespräch fördern. Dementsprechend setzt **RESIST** eine Behandlungssituation voraus, in der eine ausführliche Beratung nötig ist. Dieser Ansatz ist richtig und sollte zielstrebig verfolgt werden.“

Das Modellvorhaben von vdek, Ersatzkassen, KBV und KVen wird mit rund **14 Millionen** Euro aus Mitteln des Innova-

tionsfonds gefördert. Das Projekt **RESIST** wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert, und zwar durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock (UMR) in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Erste Ergebnisse sollen Ende 2019 vorliegen.

Patienten aus den genannten Regionen sollten sich bei ihren Ärzten erkundigen, ob sie an dem Projekt teilnehmen. Interessierte Ärzte, die an dem Projekt teilnehmen wollen, sollten sich an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung wenden.

**Zusammenstellung:**

Dr. Wolfram Hartmann  
57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

# Aufbau von „Zentralen Frühe Hilfen“

## **Gesundheitlichen Betreuung für geflüchtete Frauen und Kindern durch Fachkräfte Frühe Hilfen (Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen) als wirksamer Schlüssel für eine bessere Integration // Ausgangssituation: Bei der kontroversen Diskussion um Flüchtlinge, ihre Integration, aber vor allem bei dem Thema „Innere Sicherheit“ wird immer wieder vergessen, dass es tausende geflüchtete Frauen und Kinder gibt, die in großer Not sind. Sie haben jetzt alle „ein Dach über dem Kopf“, aber ist das wirklich genug? Was wissen wir über die persönliche Situation von geflüchteten Frauen und Kindern, können wir uns ihre Nöte, ihre Ängste sowie die Gegenwarts- und Zukunftssorgen überhaupt vorstellen? Wenn wir verhindern wollen, dass sich eine neue „Parallel-Gesellschaft“ entwickelt, dann muss unser Ziel sein vor allem den geflüchteten Frauen und Kindern Schutz zu geben und die Möglichkeit unsere Gesellschaft kennenzulernen und sich in ihr einzuleben.**



Prof. Dr. Adolf Windorfer

### **Wichtige Stellung der Frauen und Hilfe durch „Lotsin“**

Frauen sind in erster Linie auch für die Erziehung ihrer Kinder verantwortlich. Nur wenn Frauen unsere Gesellschaft akzeptieren können, werden sie in der Lage sein die Kinder auch in diesem Sinne positiv zu beeinflussen und zu erziehen. Wir müssen daher alles daran setzen neben den Männern auch ganz gezielt den **geflüchteten Frauen und Kindern eine neue Perspektive** und die Möglichkeit für eine realistische Lebensplanung zu geben

Frauen und Kinder aus Flüchtlingsfamilien haben verstörende Kriegs- und Fluchterfahrungen gemacht. Sie leiden unter Isolierung, Vereinsamung und haben gesundheitliche und psychosomatische Störungen.

Und da ist es **für Frauen wichtig** zu wissen:

An wen können sie sich während einer Schwangerschaft wenden, an wen bei Erkrankungen des Kindes in den ersten Lebensjahren, vor allem auch an wen wegen vielfältiger eigener körperlicher und psychosomatischer Leiden, die für uns



möglicherweise scheinbar „Alltagsprobleme“ sind?

Bei vielen gesundheitlichen Problemen der Frauen ist eine ärztliche Betreuung oft gar nicht, oder erst als zweiter oder dritter Schritt erforderlich. Wichtiger ist es, dass eine **speziell geschulte weibliche Fachkraft** aus dem Gesundheitsbereich sich als „**Lotsin**“ der Sorgen der Frauen und Kinder annimmt.

### **Gesundheitliche Hilfe als Zugang und Schlüssel zur Integration**

Fachkräfte Frühe Hilfen haben einen niedrigschwelligen Zugang zu Müttern und ihren Kindern. Sie leisten eine Gesundheits-Betreuung im physischen und im psychischen Bereich und erlangen schnell das Vertrauen der Menschen, indem sie ganz konkret und praxisnah bei vielen Alltagsproblemen helfen und unterstützen.

Das gilt ebenso für die gesundheitliche Hilfe für geflüchtete Frauen und

Kinder. Für viele dieser Frauen ist es sehr schwierig, sich bei ihren Gesundheitsproblemen einer fremden, nicht aus dem Gesundheitsbereich kommenden Person anzuvertrauen. Mit der gesundheitlichen Betreuung kann ein Vertrauensverhältnis zu den Müttern aufgebaut werden. Dies ist ein Türöffner für das Ansprechen und Lösen vieler drängender emotionaler und psychosozialer Fragen.

Basierend auf einem Konzept der **Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER** zum Aufbau von „Zentralen Frühe Hilfen“ fördert die **niedersächsische Landesregierung** modellhaft in drei niedersächsischen Kommunen den Betrieb von zunächst drei Einrichtungen dieser Art.

Alle drei Zentralen Frühe Hilfen sind gut erreichbare Anlaufstellen vor allem für geflüchtete Frauen und Kinder. Wir brauchen aber dringend mehr von derartigen Einrichtungen auf kommunaler Ebene. Dafür möchten wir werben.

### **Struktur und Aufgaben der „Zentralen Frühe Hilfen“**

Eine Zentrale Frühe Hilfen steht unter der Leitung einer Fachkraft Frühe Hilfen und beinhaltet sowohl eine Komm-Struktur (Gesundheitssprechstunde) wie auch aufsuchende Betreuung in den Familien selbst. Die Inanspruchnahme ist von Familie zu Familie ganz verschieden.

Die Information über eine Zentrale Frühe Hilfen geschieht durch Auslegen von Flyern an den verschiedensten Stellen – auch bei Ärzten – vor allem aber durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“.

Sowohl in der Gesundheitssprechstunde wie bei der aufsuchenden Betreuung im häuslichen Umfeld können sämtliche gesundheitlichen und emotionalen Probleme von Frauen und Kindern besprochen werden. Die **Fachkräfte Frühe Hilfen** schätzen die Problemlagen ein, vermitteln bei Bedarf ärztliche Behandlungen. Sie helfen bei „banalen“ gesundheitlichen Störungen von Kindern

und Erwachsenen wie z. B. bei einfachen Hautproblemen, bei Fragen der Ernährung, raten zu Impfungen und stehen für „typisch weibliche“ Themen und zur Schwangerschaftsverhütung zur Verfügung.

Es ist aber auch Hilfe bei unterdrücktem Verhalten von Männern, bei Gewalt gegenüber Frauen und Kindern möglich.

Darüber hinaus motivieren die Fachkräfte Frühe Hilfen Frauen und Mütter zu mehr Selbstständigkeit, etwa auch da-

zu, konsequent die deutsche Sprache zu erlernen.

**Fazit**

Wir konnten in den vergangenen Monaten zeigen, dass eine strukturierte und professionelle gesundheitliche und sozialmedizinische Betreuung eine wichtige Grundlage für das Einleben von geflüchteten Frauen und Kindern in dieses neue Leben, in die neue „Heimat“ ist. Dies kann eine gute Grundlage für eine bessere

Zukunft und für die für uns alle so wichtige Integration sein.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Adolf Windorfer  
 Kuratoriumsvorsitzender Stiftung  
 EINE CHANCE FÜR KINDER  
 Rühmkorfstr. 1, 30163 Hannover  
 E-Mail: [adolf.windorfer@eine-chance-fuer-kinder.de](mailto:adolf.windorfer@eine-chance-fuer-kinder.de)  
[www.eine-chance-fuer-kinder.de](http://www.eine-chance-fuer-kinder.de)

Red.: WH

**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).

**Die Realität der Weiterzubildenden**  
 von Dr. Sebastian Bartels,  
 KiJuA 2017, Heft 7, S. 390 ff.



**System immer mehr aus dem Mittelpunkt des ärztlichen Handelns...**“ muss man vorbehaltlos zustimmen.

Was mir in dem Artikel fehlt, ist der Anspruch an die Faszination und Infra-gestaltung der „Medizin“.

**DIE MEDIZIN erlaubt eine unendliche (Lebens-)Gestaltung! Das ist ein Privileg!** Die Breite der Medizin reicht von einem wertungsfreien „Man kann sie betreiben als Job mit „work-life-balance“ nach heutiger Definition, bis hin, dass die Medizin „Life“ und keine Arbeit bedeutet. Was folglich nicht geht: der jungen Generation vorzuwerfen, Ihr fehle es an Engagement, noch zu unterstellen wie neulich in der FAZ, kein guter Arzt sein zu können, wenn man in der Medizin seine „Lebensgestaltung“ sieht.

**Was muss sich ändern?**

„Die Medizin“ muss wissensbegierigen jungen Menschen so präsentiert und vorgelebt werden, dass mit der Wahl des Faches der Wunsch zur Mitgestaltung und Entwicklung gefördert wird und nicht dessen Konsum.

Die derzeitige „Zukunftsvorstellungen der jungen Kolleginnen und Kollegen“ wie sie von Sebastian Bartels beschrieben wurden, machte mich, der schon

als beginnender Assistent in der Uni-Kinderklinik Mainz alles wollte, nur nicht als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt arbeiten, sehr traurig: A) dass derzeitig nur noch 20 Prozent in der Klinikarbeit und B) nur noch 32 Prozent als selbständig Niedergelassene ihre Zukunft sehen. Dies lässt den Schluss zu, dass der Hälfte der jungen Kollegen(-innen) eine selbständige, gestalterische Medizin auszuüben abhanden gekommen oder nicht mehr vermittelt worden ist! Genau darin sehe ich als einer von der „Älteren Generation“, als ein „Medizin-Ausbilder“ und Privilegiertes, der mit Medizin auch noch die Welt (derzeit China) bereisen durfte, das Hauptproblem: Die „Deutsche Medizin“ im Sinne Humboldts ist verloren gegangen. Die Verschulung des Studiums wie in China treibt einen zumindest engagierten Hochschullehrer zur Verzweigung. Es kann keinen Spaß machen und Kreativität fördern, wenn die Semesterferien zur Berufsfindung fehlen, wenn detailliertes Wissen jedes so wichtigen Professors abgefragt wird (muss ein Student wissen, was eine Fallo-Tetralogie ist?), obwohl dieses Wissen heute in jedem I-Phone besser gespeichert und abrufbar vorliegt. Die Folge ist, dass sogar noch ÄiW's ihre ihnen „zustehende“ strukturierte Fortbildung einfordern.

**D**er Artikel des BVKJ-Assistentensprecher Sebastian Bartels hat mich ungemein erfreut.

Dem Satz „... Gesundheit ist in Deutschland von einem wertvollen Gut zum Verbrauchsprodukt geworden. ... Der Patient rückt in einem solchen

Dass fertige Ärzte und Ärztinnen bis zu ihrer Rente „Fortbildungspunkte“ sammeln müssen, damit sie ihre Lizenz nicht verlieren. Es ist ein gesellschaftliches Armutzeugnis. Wann wird ein Arzt eigentlich erwachsen? Wann kümmert er sich, seinem Beruf, das heißt den Patienten verpflichtet, so um sein Wissen, dass er jedem Patienten beruhigt ins Gesicht oder das der Angehörigen blicken kann, auch in Kenntnis der eigenen Grenzen. Nach dem derzeitigen vorgeschriebenen Curriculum eines werdenden Arztes scheint ein selbstverantwortliches Erwachsenwerden schlecht möglich zu sein. Keiner sträubt sich, da wir mittlerweile alle „chinesisch“ erzogen werden, mit dem „I-Phone“-Wissen, das in die vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sehenden Auszubildenden hinein gepaukt wird, die Medizin zu gestalten. Die Klausuren, mit denen dieses Wissen geprüft wird, haben nur das Ziel, dass die Hochschule X im Ranking nicht mehr Schlusslicht sondern sich auf Platz X+ „hoch geprüft“ hat. Wer bleibt auf der Strecke? Die Studierenden und werdenden Ärzte und: die MEDIZIN für die Patienten.

### Was also müsste sich an der (kinder- und jugendärztlichen-) Medizin ändern?

1. Abschied von der Vorstellung, dass unser derzeitiger (Medizin-)Lebensstil selbstverständlich ist.
2. Die Patienten wieder in den Mittelpunkt stellen; Patienten sind nicht für Ärzte, Schwestern und Verwaltung da, sondern umgekehrt.
3. Ärzte und Ärztinnen einen gestalterischen Freiraum erlauben und frühzeitig anbieten damit umzugehen. Konkret: nach Erlernen der vorklinischen und klinischen Grundlagenfächer Konzentration auf klinische Basis- und Kernfächer mit theoretischem und praktischen Umgang des Wissens der Inneren Medizin, mit ihren Differenzialdiagnosen und Pathophysiologie (z. B. Siegenthaler). Die Medizin für das Kind oder andere Fächer darauf lebenslang aufbauend.
4. Das Ausbildungsziel wissensbasierte Selbstständigkeit: Mitgestaltung von Medizin in Klinik und Forschung im

internationalen Austausch statt durch Leitlinien und „Dr.-Google“ reduzierter klinischen Alltag.

So ausgebildete Ärzte(-innen) wären auch in der Lage, das System „Medizin“ aus den Händen derer zu nehmen, die es missbrauchen und ausbeuten.

Das Resultat: eine humanere Gesellschaft, kostengünstigere Medizin.

*“Well, if it doesn't hit you the first time, I don't think it will ever hit you,” Ruth Pfau, BBC 2010.*

*In dankbarer Erinnerung an DIE Lepraärztin Dr. Ruth Pfau, verstorben am 8.8.2017 Karachi, Pakistan.*

---

#### **Korrespondenzadresse:**

*Prof. Dr. Dietmar Schranz  
Klinikum der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main  
E-Mail: dietmar.schranz@kgu.de*

*Red.: ReH*

---

## Wie stillfreundlich ist Deutschland?

Neues internationales Forschungsprojekt checkt Einflussfaktoren auf das Stillen



In Deutschland werden 34 Prozent der Säuglinge vier Monate ausschließlich gestillt - deutlich weniger als in einigen Nachbarländern. Es besteht zudem kaum Überblick über Strukturen, Akteure und Maßnahmen zur Stillförderung in Deutschland. In einem zweijährigen internationalen Projekt werden nun stillförderliche und -hinderliche Faktoren systematisch erfasst. Das Ergebnis ist Grundlage, um gezielt effiziente und nachhaltige Maßnahmen zu planen und zu begleiten.

Das Projekt wird auf Initiative des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft vom Netzwerk Gesund ins Leben und der Nationalen Stillkommission gemeinsam mit der Universität Yale durchgeführt.

Die gesundheitsförderlichen Auswirkungen des Stillens für Mutter und Kind sind unbestritten und hinreichend belegt. Doch ob und wie viele Mütter stillen und wie lange, hängt von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab: auf der individuellen Ebene z. B. vom Alter der Mutter oder ihrem sozioökonomischen Status. Auch auf der gesellschaftlich-politischen Ebene gibt es stillförderliche und -hinderliche Faktoren, wie die soziale Akzeptanz des Stillens, neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung, Gesetze, politische Unterstützung, die Struktur des Gesundheitssystems u. v. m.

In dem neuen Forschungsprojekt wird nun systematisch ermittelt, wo genau eine wirksame, effiziente und nachhaltige Stillförderung ansetzen sollte. Dazu wird die aktuelle Situation der Stillförderung in Deutschland abgebildet: Welche Initiativen und Maßnahmen gibt es bereits? Welche Strukturen werden für die Stillförderung genutzt? Welche Akteure sind wichtige Ideen- und Impulsgeber? Die Erkenntnisse aus dem anschließenden Soll-Ist-Vergleich liefern wichtige Daten für die Planung, Initiierung und Begleitung von Maßnahmen und Kampagnen für die Stillförderung und den Stillschutz. So kann das gesundheitsförderliche Potenti-

al des Stillens bestmöglich ausgeschöpft werden.

Die Grundlage für das Forschungsvorhaben bildet das an der Universität Yale entwickelte so genannte Breastfeeding-Gear-Modell. Es verfolgt einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz und integriert alle relevanten Handlungsfelder rund ums Stillen, die wie Zahnräder ineingreifen: von einer öffentlichkeitswirksamen Anwaltschaft, über gesetzgeberische Maßnahmen und Monitoringaktivitäten bis hin zu Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

In Deutschland wird in einem ersten Schritt eine Kommission mit 15 Expertinnen und Experten aus Politik, Praxis, Wissenschaft und Medienlandschaft gebildet, die „zahnrad“-relevante Informationen recherchieren und bewerten. In einem weiteren Schritt werden dann Handlungsbedarfe und zukünftige Maßnahmen für die Stillförderung in Deutschland abgeleitet. Eine intensive Öffentlichkeitsarbeit begleitet den wissenschaftlichen Prozess, um die Wahrnehmung des Stillens und der gesundheitlichen Vorteile in Bevölkerung und Fachkreisen zu erhöhen.

Das Vorhaben ist auf zwei Jahre angelegt.

**Nähere Informationen zum Vorhaben:**  
[www.gesund-ins-leben.de/becoming-breastfeeding-friendly](http://www.gesund-ins-leben.de/becoming-breastfeeding-friendly)

Red.: ReH

## Daten zum gesunden und sicheren Aufwachsen von Kindern

Die Internetseite „**Daten zum gesunden und sicheren Aufwachsen von Kindern**“ (<http://www.ifh.forschungsverbund.tu-dortmund.de/>) stellt aus unterschiedlichen amtlichen Statistiken Grundauswertungen und Analysen zu Lebenslagen und Gesundheit junger Kinder sowie zu staatlichen Unterstützungsangeboten für

deren Familien, aber auch zum Umfang von Gewalt und erfolgten Schutzmaßnahmen zusammen. Dabei werden nur solche Quellen berücksichtigt, die regelmäßig, flächendeckend und über die jeweilige ganze Grundgesamtheit Daten erheben.

Die Erstellung der Seite erfolgt im Rahmen eines **Projektes zur Entwick-**

**lung eines Indikatorenmodells Frühe Hilfen.** Das Projekt wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Es ist geplant, die hier veröffentlichten Daten sukzessive zu erweitern und diese zu einem Indi-



katorenset für ein regelmäßiges Monitoring der Frühen Hilfen weiterzuentwickeln.

## Frühe Hilfen

„Frühe Hilfen sind ein neues, die bestehenden Sozialleistungssysteme ergänzendes und verbindendes Versorgungselement für werdende Eltern sowie Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland.“ (Bundesinitiative Frühe Hilfen, Bericht 2016, S. 5).

Frühe Hilfen erfordern die Zusammenarbeit und Vernetzung unterschiedlicher Akteure aus Kinder- und Jugendhilfe, **Gesundheitswesen**, Schwangerschaftsberatung, **Frühförderung** und der flankierenden materiellen Unterstützung im Rahmen der Grundsicherung.

Frühe Hilfen haben in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Mit dem Inkrafttreten des **Bundeskinderschutzgesetzes** wurden sie 2012 auch gesetzlich verankert. Die Bundesinitiative Frühe Hilfen unterstützt mit aktuell ins-

gesamt 51 Millionen Euro jährlich Bundesländer, Städte, Landkreise und Gemeinden bei ihrem Engagement für die Frühen Hilfen.

## Vernachlässigung ist häufigste Gefährdungsform

In über 70 % der Gefährdungslagen von **unter 3-jährigen Kindern**, die 2015 in Jugendämtern bekannt wurden, spielten Formen der Vernachlässigung eine Rolle. **Vernachlässigungen** stellen somit die mit deutlichem Abstand **häufigste Gefähr-**

**dungsform für junge Kinder** dar, die sich u. a. durch einen Mangel an Zuwendung, Anregung und Versorgung auszeichnet. Die zweithäufigste Gefährdungsform in dieser Altersgruppe sind psychische Misshandlungen in rund einem Fünftel der vom Jugendamt geprüften Fälle, gefolgt von körperlichen Misshandlungen in 16 % und sexuelle Gewalt in 1 % der Fälle.

### Zusammenstellung:

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

## Liebe Leserin, lieber Leser des Kinder- und Jugendarztes,

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

ReH

## Armutgefährdung von Kindern wächst

**A**lleinerziehende und ihre Kinder sind überdurchschnittlich armutsgefährdet. Dies zeigen die neuen Zahlen des statistischen Bundesamtes, veröffentlicht im August. 42,4 Prozent der Alleinerziehenden-Haushalte im früheren Bundesgebiet und 46,9 Prozent dieser Haushalte in den neuen Ländern waren 2016 armutsgefährdet. Während in Berlin 34,5 Prozent der Alleinerziehenden-Haushalte von Armut bedroht waren, traf dies in Sachsen-Anhalt auf 60,0 Prozent der Alleinerziehenden-Haushalte zu.

Ein besonders hohes Armutsrisiko haben auch Erwerbslose. Mehr als die Hälfte (52,9 Prozent) der Erwerbslosen im früheren Bundesgebiet und mehr als zwei Drittel der Erwerbslosen in den neuen Ländern (66,9 Prozent) waren 2016 armutsgefährdet. Im Vergleich der Bundesländer gibt

es noch größere Unterschiede: Während 2016 in Baden-Württemberg 43,4 Prozent der Erwerbslosen armutsgefährdet waren, waren es in Sachsen-Anhalt 75,6 Prozent.

### Was heißt „armutsgefährdet“?

Für die Berechnung von Armutsgefährdungsquoten kommen mehrere Datenquellen der amtlichen Statistik in Betracht. Auf europäischer Ebene und auf Bundesebene (insbesondere im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung) wird zur Berechnung von Indikatoren, die die Einkommensarmut und -verteilung betreffen, die Statistik „Leben in Europa“ (EU-SILC) als Datengrundlage herangezogen. Daneben werden im Rahmen der Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik auch Armutsgefährdungsquoten ge-

messen am Landes- beziehungsweise regionalen Median berechnet. Hierzu wird das mittlere Einkommen (Median) im jeweiligen Bundesland beziehungsweise in der jeweiligen Region herangezogen. Dadurch wird den Unterschieden im Einkommensniveau zwischen den Bundesländern beziehungsweise Regionen Rechnung getragen. Regionale Einkommensunterschiede werden zum Teil durch Unterschiede im Preisniveau (insbesondere im Mietniveau) ausgeglichen. Dies kann dazu führen, dass die Armutsgefährdung gemessen am Bundesmedian in prosperierenden Regionen unterschätzt und andererseits die Armut in Regionen mit einem relativ niedrigen Einkommensniveau überschätzt wird.

Red.: ReH

## auf den ● gebracht

## Deutschlands vergessene Kinder gehen uns alle an

**D**eutschland strotzt vor wirtschaftlicher Stärke, vergisst dabei aber seine Schwächsten. Wir lassen es zu, dass die soziale Zukunft eines Kindes wesentlich von der sozialen Herkunft seiner Eltern abhängt. Wir lassen Familien, die Hilfe brauchen allein und riskieren damit, dass die Kinder dieser Familien keine Chance haben, ihre Kompetenzen zu entfalten, ein gutes Leben zu führen und zum Gemeinwohl beizutragen. Dabei sind die Fakten allen, die es wissen wollen, längst bekannt: Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (ca. 15 Prozent der Kinder eines Geburtsjahrganges), aber häufig auch aus Familien mit Migrationshintergrund weisen frühkindlich deutlich häufiger geringere Entfaltung der Sprache, der Kognition und des Sozialverhaltens auf. Gut die Hälfte dieser Kinder (insgesamt etwa 11 Prozent = ca. 70.000) wird keinen Schulabschluss erhalten und nur über (teure) Förder- und Reintegrationsprogramme in das Sozialleben eingegliedert werden und ein eigenständiges auskömmliches Einkommen erzielen können. Statt dessen werden viele von ihnen

später von Sozialtransferzahlungen leben, perspektivlos, mutlos und abgehängt. Und dieses Leben werden sie weitergeben an ihre Kinder: Armut gebiert Armut, mangelnde liebevolle Anregung in der Familie wird ebenso wie ihr Gegenteil an die nächste Generation „vererbt“ und lässt selbst die größten Begabungen verkümmern. Ich meine: damit dürfen wir uns nicht abfinden. Wir müssen den Familien helfen und – wo es nicht anders geht – auch kompensieren, was sie alleine ihren Kindern nicht zu geben vermögen. Wir brauchen heute dringlicher denn je sozialräumliche Anlaufstrukturen, die sowohl die Eltern in ihren erzieherischen Fähigkeiten und sozialen Bedürfnissen unterstützen als auch helfen, ihre Kinder durch so früh wie möglich eingesetzte Entwicklungsstimuli ihre Grundfähigkeiten entfalten zu lassen (z. B. über viel mehr und besser ausgestattete Familienzentren). Nur so wird eine Gleichheit der Chancen auf eine gute Schul-/Ausbildungs- und letztlich Sozialprognose realisierbar. Wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können dadurch helfen, dass wir immer wieder den Finger

in die gleich bleibend große Wunde legen, dass wir unsere Gesellschaft immer wieder darauf hinweisen, jährlich Zig Tausende von in die Wiege gelegten Talenten zu verschleudern, wenn sie keine frühkindlich wirksamen Hilfen entwickelt. Und wir können uns mit unserer Expertise in bereits bestehende Strukturen mit einbinden und helfen sie besser zu machen und weiterzuentwickeln. Das Gesundheitswesen kann das Problem nicht heilen, aber sich zum Anwalt der Kinder machen.

Info: Der sozioökonomische Status umfasst ökonomische (Einkünfte; Vermögen etc.) wie auch Kriterien der Bildung (Schulabschluss; Ausbildung etc.). Ein niedriger ökonomischer Status bedeutet sowohl Einkommensarmut als auch Bildungsferne.

Dr. Ulrich Fegeler

1615 Oranienburg

E-Mail: u.fe@t-online.de

Red.: ReH

## Aus dem Staub gemacht

Die Feinstaubbelastung durch den Straßenverkehr ist in Deutschland deutlich zurückgegangen. Die Grenzwerte werden nur noch an einem einzigen Standort überschritten.

**A**m Neckartor<sup>4</sup> ist eine vielbefahrene Straße in Stuttgart – und der Messcontainer für die Luftqualität steht in einer Häusercke an einer Ampel mit Hanglage. Deshalb verwundert es kaum, dass am Neckartor seit Einrichtung der Messstation im Jahr 2005 die bundesweit höchsten Belastungen mit Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>) und Feinstaub gemessen werden (Grafik):

Von den zehn Standorten mit der höchsten Feinstaubbelastung in Deutschland ist „Am Neckartor“ in Stuttgart der einzige, der den Grenzwert im Jahr 2016 öfter überschritten hat als erlaubt.

Die Grenzwerte sind unterschiedlich ausgelegt: Bei den PM<sub>10</sub>-Emissionen darf das zulässige Tageslimit von 50 Mikrogramm pro Kubikmeter (µg/m<sup>3</sup>) nur an 35 Tagen überschritten werden. Das zulässige Jahresmittel von 40 µg/m<sup>3</sup>



Foto: © mikanaka – istock.com

wird ohnehin seit einiger Zeit nirgendwo mehr überschritten. Anders beim Stickstoffdioxid: An vielen Messpunkten, insbesondere an den Straßen in Innenstädten, wird der Grenzwert von 40 µg/m<sup>3</sup> im Jahresmittel teilweise deutlich überschritten.

Fazit: Die Feinstaubbelastung in deutschen Städten ist stark zurückgegangen. Stickoxide bleiben aber weiter ein Problem.

Die Crux: Der Ausstoß von Stickoxid und jener von Feinstaub hängen eng zusammen. Im Motor entsteht je nach Temperatur eher mehr Feinstaub oder mehr Stickoxid. Durch Partikelfilter erhöht sich ferner der NO<sub>2</sub>-Anteil im Abgas. Zudem entstehen Stickoxide, wenn die Filter durch Abbrennen der gesammelten Partikel regeneriert werden. In der Summe geht die Senkung des Partikel ausstoßes daher mit erhöhten NO<sub>2</sub>-Emissionen einher.

Trotzdem war es richtig, zuerst den Feinstaubausstoß zu reduzieren. Denn während die Belastung durch Stickoxid lokal auftritt, ist Feinstaub mobil. Wer etwa direkt an der Messstation am Stuttgarter Neckartor steht, ist tatsächlich einer hohen Belastung durch NO<sub>2</sub> ausgesetzt. Doch schon der Gang in eine Seitenstraße oder in ein Gebäude senkt die Belastung spürbar.

## Sinnvolle Maßnahmen gegen Stickoxid

Ganz anders beim Feinstaub: Die Partikel breiten sich mit dem Wind leicht aus. Dieser Belastung kann man also nicht so gut ausweichen wie der durch Stickoxid. Zudem sind Fein- und Feinstaub viel gesundheitsschädlicher als NO<sub>2</sub>.

Die Stickoxidbelastung lässt sich durch eine Reihe von Maßnahmen bekämpfen. Die derzeit diskutierte Einrichtung von

Umweltzonen ist aber keine besonders gute Idee – denn so würden die Belastungen nur verlagert: Viele Autofahrer würden die Umweltzone umfahren, also längere Wege in Kauf nehmen, und die Stickoxidbelastung woanders erhöhen.

Besser geeignet sind Maßnahmen, mit denen stark frequentierte Straßenzüge besser durchlüftet werden, Alternativen

wie der öffentliche Nahverkehr, der Ausbau von Radwegen und Carsharing – und eine Verknüpfung dieser Optionen. Auch alternative Antriebe können die NO<sub>2</sub>-Belastung reduzieren.

Quelle: *iwd*

Red.: *ReH*

## Mit „Frühen Hilfen“ Schwangere und Familien weiter stärken

**D**r. Katarina Barley hat die Verwaltungsvereinbarung zur Bundesstiftung Frühe Hilfen unterzeichnet. Damit stellt der Bund künftig Ländern und Kommunen Geld für den Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen und die psychosoziale Unterstützung von Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr zur Verfügung.

Schwangere und Familien mit kleinen Kindern können also auch künftig auf Frühe Hilfen bauen: Das Bundesfamilienministerium stellt im Rahmen der

Bundesstiftung ab 2018 dauerhaft jährlich 51 Millionen Euro für Frühe Hilfen zur Verfügung.

Mit der im Bundeskinderschutzgesetz geregelten Bundesinitiative Frühe Hilfen sind zunächst seit 2012 in nahezu allen Kommunen Netzwerke Frühe Hilfen entstanden. In 86 Prozent der geförderten Kommunen gibt es Angebote von Familienhebammen oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. In gut drei Viertel aller geförderten Kommunen sind Geburtskliniken in

die Netzwerke Frühe Hilfen eingebunden. Die nun gemeinsam von Bund und Ländern unterzeichnete Verwaltungsvereinbarung ermöglicht, die in den vergangenen Jahren aufgebauten Angebote der Frühe Hilfen zur Unterstützung für Familien im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen dauerhaft zur Verfügung zu stellen.

Red.: *ReH*



Foto: © mikanaka - istock.com

Geborgenheit ist eine Frage der Beziehungsqualität

## Jedes dritte Kind fühlt sich vernachlässigt



*Etwa jedes dritte Kind fühlt sich von seinen Eltern zu wenig beachtet. Das ist das Hauptergebnis einer im Juni dieses Jahres veröffentlichten Untersuchung der Universität Bielefeld im Auftrag der Bepanthen-Kinderförderung. Rund 1.000 Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 16 Jahren aus Berlin, Leipzig und Köln wurden dafür befragt. Ein Drittel der Kinder gab an, Sicherheit und Geborgenheit zu vermissen. Unter den Jugendlichen ist es fast die Hälfte. Zwar würden die materiellen Bedürfnisse oft erfüllt, nicht aber die emotionalen, ergab die Studie.*

*Unsere Zeitschrift sprach mit Reinert Hanswille, Leiter des Instituts für systemische Familientherapie in Essen und Autor des Handbuchs systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.*

### **Wieviel Zeit sollten Eltern ihren Kindern am Tag widmen und ist Geborgenheit überhaupt eine Frage von Stunden?**

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Wie Sie es in ihrer Frage schon andeuten, handelt es sich dabei nämlich nicht (nur) um eine Frage der Quantität. Geborgenheit, vertrauens- und liebevolle Eltern-Kind-Beziehungen sind eine Frage von Qualität in der Beziehung. Diese „Beziehungsqualität“ wird vor allem durch die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit und die Bindungs- und Beziehungserfahrungen der Eltern in ihrer eigenen Kindheit und Jugendzeit geprägt. Sie wird aber eben nicht durch die Menge an gemeinsa-

mer Zeit von Eltern und Kind bestimmt, sondern durch die Empathie, die Resonanzfähigkeit der Eltern, die Bereitschaft für direkte Kontakte etc., und die aktuelle Belastung diese abrufen zu können.

Die Studie suggeriert ein wenig, dass wir es hier mit einem neuen Phänomen zu tun haben. Ich glaube das nicht. Viele Studien der Bindungsforschung kommen schon seit Jahren zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland viele Kinder gibt, die in ihren Elternhäusern nicht sicher gebunden sind. Das ist teilweise beeinflusst durch nationalsozialistische Pädagogik, die in ihren Grundannahmen auch nach dem Krieg weiter Bedeutung hatte und in

vielen Erziehungsratgebern noch bis weit in die 70er- Jahre zu lesen war. Das heißt, wir haben in Deutschland viele Großeltern und Eltern, die in ihren Familien nicht oder nur wenig erfahren haben, was es bedeutet, Kinder sicher zu binden, weil sie selbst nicht sicher gebunden wurden und sich verlassen und auf sich gestellt fühlten. Diese Eltern haben selbst noch Hunger nach Liebe und Geborgenheit, Sehnsucht nach einem sicheren Hafen, nach Aufmerksamkeit und Beachtung oder sind selbst so auf der Suche danach, dass sie ihre Kinder zu wenig im Blick haben können und auch ihren Kindern dieses Gefühl nicht geben. Sie denken dann



manchmal, wenn sie ihren Kinder materiell alles geben und alle Wünsche erfüllen, tolle Urlaube gestalten, teure Hobbys ermöglichen etc., würden sie ihnen dadurch zeigen, dass sie sie lieben und ihnen Geborgenheit und Sicherheit geben – doch das ist natürlich ein Irrtum.

Aber dabei geht es nicht darum, dass die Eltern versagen oder etwas falsch gemacht haben, sondern dass sie gelernte Bindungsmuster weitergeben – wie es die Bindungsforschung eindrücklich zeigt. Sie geben ja einfach nur weiter, wie sie es selbst erfahren haben.

Grundsätzlich könnte man vielleicht sagen, Zeit ist nur dann sinnvoll, wenn sie mit guter Bindung und Aufmerksamkeit für das Kind gefüllt ist.

### **Was bedeutet es für die Entwicklung von Kindern, wenn sie sich nicht beachtet fühlen?**

Ich würde die Frage gerne etwas umformulieren: Was ist in einer Familie los, wenn Kinder nicht genug Beachtung erhalten und wie reagieren und entwickeln sich die Kinder dann? Denn es ist ja eigentlich schon zu spät wenn das Kind zu wenig Beachtung erfährt, dann stimmt etwas nicht auf der Erwachsenen- respektive, der Elternebene. Das Verhalten der Kinder ist eine Reaktion auf die Dissonanz, die sie bei den Erwachsenen wahrnehmen. Dieser Prozess, der durch unterschiedlichste Faktoren in der Familie und in deren Umfeld ausgelöst sein kann, erstreckt sich oft über einen längeren Zeitraum und ist natürlich in einer Studie nicht wirklich abzubilden.

Wenn Kinder nicht genug gesehen, gehalten, beachtet etc. werden, dann könnte es eine Entwicklung sein, dass sie vermehrt unruhige oder auffällige Verhaltensweisen zeigen, in den Schulleistungen schwanken, sich sehr angepasst verhalten, Ängste entwickeln oder auch andere Verhaltensweisen, die oft als Signal für ein Bedürfnis nach mehr Aufmerksamkeit gewertet werden. In manchen Familien entwickeln sich diese Verhaltensweisen als Folge von Konflikten und Belastungen der Eltern, vielleicht auch einer Krise im Elternpaar oder haben selbst tiefliegende unversöhnte Bedürfnisse und Wünsche, was dann schnell einen Teufelskreis auslösen kann – die Eltern benötigen mehr Zeit und Aufmerksamkeit für sich, haben mehr Konflikte untereinander, die Kinder reagieren auf diese Verunsicherung

und zeigen vielleicht verstärkt auch ein problematisches Verhalten, was bei den Eltern wieder zu mehr Stress führt etc.

Deshalb ist es wichtig, wenn solche Anzeichen beobachtet werden, schnell über Veränderungen nachzudenken oder sich um eine systemische Familienberatung zu kümmern, damit die neuen negativen Stress- und Konfliktmuster sich nicht etablieren und/oder sich die problematischen Verhaltensweisen nicht zu psychischen Erkrankungen entwickeln.

### **Kinder- und Jugendärzte erleben überforderte und unsichere Eltern, die sich in ihren Jobs aufreiben oder ohne Perspektive leben. Was können sie diesen Eltern raten, wenn sie sie nicht gleich zum Therapeuten schicken wollen? Wie sieht sinnvoll verbrachte Familienzeit aus?**

Ich hatte ja schon darüber gesprochen, dass Kinder eher wie Seismographen reagieren. Ihre Aktionen und Verhaltensweisen sind meist Reaktionen auf das Verhalten und Erleben der Eltern. Natürlich gibt es auch andere Faktoren, wie den Medienkonsum, eine somatische Erkrankung eines Kindes oder schulische Aspekte etc., aber meist lenkt das nur ab von den Schwierigkeiten, Konflikten und Themen innerhalb der Familie. Deshalb ist es nicht so einfach zu sagen, welche Veränderung oder Hilfe angezeigt ist: Müssen beispielsweise die Eltern über ihre Ehe sprechen oder eigene Themen diskutieren und verändern oder geht es um die Beziehung zwischen Kindern und den Eltern oder um die Stärkung elterlicher Kompetenzen?

Wenn die Eltern sich nur vornehmen, sich jetzt mehr Zeit zu nehmen, oder sich gar noch mehr Stress machen, um Zeit für die Kinder zu haben, zeugt das zwar von gutem Willen und mag die Kinder erfreuen, kann aber auch wieder Probleme erzeugen. Denn was geschieht, wenn die Kinder, trotz der Anstrengung der Eltern, ihr Verhalten nicht ändern, oder den verstärkten Kontakt gar nicht wollen, oder die Eltern ihre Bemühungen enttäuscht abbrechen, wenn sie nicht den erhofften Erfolg sehen etc.?

Familien und Kinder sind keine Maschinen, deshalb helfen auch keine Ratschläge in der verallgemeinerten Form: Mache hiervon etwas mehr oder tue das nicht und dann wird sich dein Kind so und so verhalten.

Letztendlich würde ich tatsächlich dazu ermuntern, die Scheu zu verlieren, zum Familientherapeuten zu gehen, denn das ist eine sehr gute Idee und zeugt von viel Verantwortungsbewusstsein bei den Eltern. Häufig können durch eine rechtzeitige Begleitung von Familien als auffällig gewertete Verhaltensweisen, spätere Erkrankungen und Symptome von Kindern und Jugendlichen verhindert werden. Diese Therapien sind, wenn die Familien rechtzeitig kommen, häufig kurz und effektiv und führen zu deutlichen Veränderungen und mehr Zufriedenheit und günstigen Entwicklungen in der Familie. Die systemische Therapie hat dabei nicht die Idee, dass man zum Therapeuten geht, weil man psychisch oder psychiatrisch erkrankt ist. Sie geht vielmehr davon aus, dass die Therapie eine Entwicklungsunterstützung ist, die die Ressourcen der Familien anregen will, um so das Zusammenleben zu stärken und gemeinsam Liebe, Spaß und Freude in der gemeinsamen Zeit zu erleben.

Die systemische Therapie versteht Entwicklungen in einer Familie als zirkuläre Prozesse, d. h. die Familienmitglieder beeinflussen sich durch ihr Verhalten gegenseitig. Dabei sind die Eltern/Erwachsenen besonders gefordert, den Kindern Einladungen für eine positive Entwicklung zu geben.

Diese Prozesse sind sehr komplex, da sie sich nicht nur zwischen den Familienmitgliedern abspielen, sondern auch durch den Kontext beeinflusst werden wie z. B. die Arbeitswelt, die Schwiegerfamilien, die Freunde, die Schule und – ganz zentral – durch die Lebensgeschichten und Erfahrungen der Eltern.

### **Das Gute zum Schluss:**

Die Studie der Bielefelder Wissenschaftler zeigt auch einige sehr positive Studienergebnisse:

- Sich Wohlfühlen in der Familie hängt weder vom Bildungsgrad der Eltern noch von der sozialen Lage ab. – Auch ausländische Wurzeln spielen keine Rolle.
- Kinder von Alleinerziehenden sind sogar noch zufriedener als Altersgenossen, die mit Mutter und Vater aufwachsen – 80 Prozent gegenüber 71 Prozent.

ReH

# Berliner Ärztekammer ehrt Dr. Wolfram Singendonk mit Georg-Klemperer-Medaille

**M**it der Georg-Klemperer-Medaille ehrt die Berliner Ärztekammer einmal jährlich Berliner Ärztinnen und Ärzte, die „die Tugenden der bedingungslosen Zuwendung zum Patienten, die Neugier auf das Erkennen von Zusammenhängen in der Medizin, ..., die Offenheit, Problemen auf neuen Wegen zu begegnen (aufweisen) sowie ... alle, die um das Wohl kranker Menschen bemüht sind, zu fördern und am eigenen Wissen teilhaben zu lassen.“ Georg Klemperer, der als Arzt, Hochschullehrer und Herausgeber des Standardlehrbuches „Grundriss der klinischen Diagnostik“ in Berlin wirkte, vereinte alle diese Tugenden.

Mit Dr. Wolfram Singendonk ehrt die Berliner Ärztekammer einen pädiatrischen Kollegen, der sich in herausragender Weise um die Weiterbildung in Klinik und Praxis bemüht hat. Es ist damit das vierte Mal, dass innerhalb der elfjährigen Geschichte der Georg-Klemperer-Medaille ein pädiatrischer Kollege geehrt wird. 1983 eröffnete Dr. Singendonk gemeinsam mit seiner Kollegin Dr. Elke Jäger-Roman eine Gemeinschaftspraxis in Berlin-Schöneberg mit kinderrheumatologischem Schwerpunkt. Von Anfang an wurden dort pädiatrische, aber auch all-

gemeinmedizinische Assistentinnen und -assistenten weitergebildet. Die Freude an der Weiterbildung führte ihn dazu, dass er ehrenamtlich über viele Jahre als stellvertretender Vorsitzender im Weiterbildungsausschuss der Berliner Ärztekammer und als Prüfungsvorsitzender für die pädiatrischen Prüfungen wirkte. 22 Jahren beeinflusste er maßgeblich die Inhalte der Berliner Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und justierte das Prüfungswesen neu. Neben der Qualität der Weiterbildung ging es ihm wesentlich auch um die Qualität der Prüfer, für die er ein eigenes Training entwickelte. Es war nur folgerichtig, dass er sich in der DGAAP um die Erstellung des Curriculums zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung von Assistenten in der Praxis einsetzte, welches in neuartiger Weise sowohl die Ziele der Weiterbildung als auch die Prüfung der erworbenen Kompetenzen festlegt. Daneben war Wolfram Singendonk Mitglied der Ethikkommission sowohl der Berliner Ärztekammer als auch der Charité und Mitglied in der Arzneikommission der Ärztekammer. Dr. Wolfram Singendonk hat sich nachhaltig um die Qualität der der pädiatrischen Grundversorgung verdient gemacht.



Wir gratulieren Wolfram Singendonk zu seiner verdienten Ehrung und wünschen ihm noch viele kreative Jahre.

---

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Ulrich Fegeler  
16515 Oranienburg  
E-Mail: [ul.fe@t-online.de](mailto:ul.fe@t-online.de)

Red.: ReH

---

## Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

**Bitte nehmen Sie teil!**



## Buchtipps

Franz Wienand

### Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch

Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 2015, 416 Seiten, 52 Abb., € 69,00  
ISBN 978-3-17-021007-3

Franz Wienand

### Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien

Grundlagen und Praxis  
Ein Handbuch

Mit einem Geleitwort von Gerd Lehmkuhl

Kohlhammer

Projektive Testverfahren stimulieren die Probanden mit vieldeutigem Material zum Erzählen, Formdeuten oder Zeichnen. Die Ergebnisse erlauben sowohl einen Blick in die innere Welt der Testperson, auf ihr Erleben, ihre Emotionen und ihre Beziehungsgestaltung als auch auf Fertigkeiten, Kreativität und Fantasie. Damit gelingt ein tieferes Verständnis über die symptomzentrierte Sicht hinaus. Unter Einbeziehung von Anamnese, Verhaltensbeobachtung und Ergebnissen psychometrischer Testverfahren können Hypothesen generiert und überprüft sowie vordergründige Widersprüche eventuell aufgeklärt werden.

In seinem gut 400 Seiten starken Buch widmet sich Franz Wienand zunächst den theoretischen Grundlagen projektiver Testverfahren, um im Weiteren, teilweise unter Mitarbeit von zwei weiteren Auto-

ren, sehr umfassend und systematisch die bekannten (wie den Sceno-Test) und auch die weniger verbreiteten Testverfahren detailliert darzustellen. Im Geleitwort stellt Gerd Lehmkuhl zutreffend fest, dass diese Tests in Vergessenheit zu geraten drohen. Derart gibt es auch kaum aktuelle Weiter- oder Neuentwicklungen. Allerdings hat die projektive Testdiagnostik noch einen festen Platz bei vielen Psychotherapeuten um einen „narrativen Zugang“ (Lehmkuhl) zum Patienten zu finden, was Wienand mit einer Umfrage in 135 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem Jahr 2000 von Bölte u. a. belegt. Die „objektiven“ Leistungsverfahren dominieren aber allerorten. Projektive Testverfahren dienen dem Ziel, in der Art der Gestaltung der Ergebnisse tiefe Einblicke in die psychische Struktur der Testperson zu ermöglichen. In der Verhaltensbeobachtung werden zudem die Empfindungen des Testleiters, quasi als Klangkörper seines Gegenübers, miteinbezogen und reflektiert. Damit können dann Hypothesen über das Bedingungsgefüge im Verhalten und Erleben des Patienten generiert werden. Derart haben projektive Testverfahren primär eine qualitativ-heuristische Ausrichtung, so dass die gängigen Testgütereigenschaften auf sie nicht passen. Dadurch ergeben sich auch höhere Anforderungen an Ausbildung und Erfahrung des Testleiters.

Die Testdarstellung im Buch von Wienand ist untergliedert in zeichnerische, verbal-thematische, spielerische und Formdeutungsverfahren. Schließlich kommen noch Bindungs- und Familien-diagnostik und Verfahren in der Begutachtung in den Blickpunkt. So können sich Interessierte einen Überblick verschaffen und vielleicht ihre Testbatterie sinnvoll erweitern. Veranschaulichende und den Text auflockernde Abbildungen sind leider dünn gesät und durchweg in Schwarz-Weiß gehalten; bei der Abhandlung zum Rorschach-Test gibt es zum Beispiel nicht eine einzige beispielhafte Wiedergabe von einem der Klecksbilder. Davon abgesehen schließt das Buch eine

Lücke und kann vielleicht auch Anteil an einer wünschenswerten Wiederbelebung des Einsatzes von projektiver Diagnostik haben.

Niedergelassene Pädiater müssen die Wirtschaftlichkeit ihrer Praxis im Auge behalten. Deshalb interessieren im Zusammenhang mit dem Thema des Buches auch die Abrechnungsdetails, die darin aber nicht abgehandelt werden. Zur Vervollständigung sei dies hiermit angefügt: Projektive Testverfahren können gemäß der Psychotherapie-Richtlinie nur von Pädiatern mit dem Zusatz Psychotherapie abgerechnet werden. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) findet sich diese Leistung unter der Gebührenordnungsposition (GOP) 35302 beschrieben. Sie wird im Fünfminutentakt mit 4,80 € honoriert, damit deutlich höher als die die GOP 35300 und 35301 für die Anwendung von standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahren, welche jeweils nur 2,92 €/5 min erbringen. Die Abrechnung von projektiven Testverfahren bewirkt keinen Ausschluss von der hausärztlichen Vorhaltepauschale 04040, wie das bei dem Ansetzen von Psychotherapiezielfür Kinder- und Jugendärzte paradoxerweise der Fall ist.

In der aktuell noch gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird die Durchführung eines aufwendigeren projektiven Verfahrens (z. B. Rorschach-Test oder Thematischer Apperzeptionstest) unter der GOP 855 mit 75,74 € beim 2,3-fachen Satz honoriert, bei kürzeren Verfahren (z. B. Wartegg-Zeichen-Test oder Sceno-Test) mit 12,17 € (GOP 857). Mit den größeren projektiven Tests bezüglich des Aufwands vergleichbare Entwicklungs- und Intelligenztests kommen mit der GOP 856 nur auf 37,97 €.

#### Korrespondenzadresse:

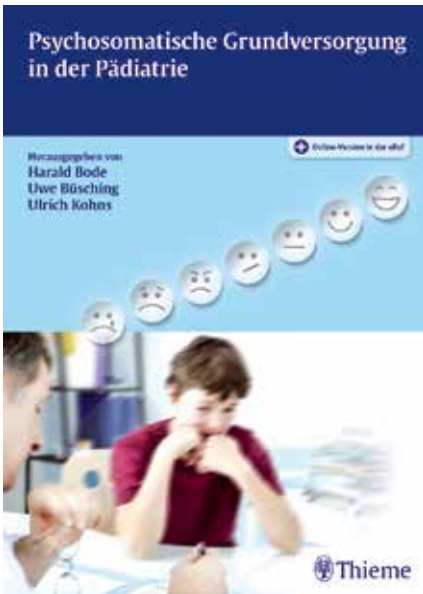
Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf

E-Mail: [dr.harald.tegtmeier@t-online.de](mailto:dr.harald.tegtmeier@t-online.de)

Red.: ReH

## Buchtipps

Bode, Büsching, Kohns  
**Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie**  
 Verlag Thiehm, Stuttgart, 2016  
 288 S., 16 Abb., € 99,99  
 ISBN 978-3-132023512



**I**ch sage es gleich vorweg: ein solches Buch hat für all diejenigen, die in der kassenärztlichen Praxis die pädiatrische Grundversorgung (paediatric primary care, PPC) in Deutschland betreiben, gefehlt. Die Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen, in der etwa 90 Prozent der pädiatrischen Arzt/Patienten-Kontakte stattfinden, wird zunehmend als eigenständiges Fach mit eigenständigen Frage- und Problemstellungen begriffen und benötigt dringend Lehr- oder Handbücher, die praktikable Antworten auf die thematischen Anforderungen des Praxisalltages geben können.

Die vorliegende „Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie“ hat folgerichtig nicht den Anspruch, ein umfassend wissenschaftliches Lehrbuch sein, sondern will alltagstaugliches und aktuelles Wissen zu den typischen psychosomatischen Szenarien in der alltäglichen Praxis vorlegen. Bode, Ulm; Büsching, Bielefeld; Kohns, Essen, die Herausgeber, sind allesamt ausgewiesene und langjährig erfahrene Sozialpädiater bzw.

Psychosomatiker. Auf dem Hintergrund, dass psychosomatische Gesundheitsstörungen – vom Schreibbaby, vom chronischen Kopf- und Bauchschmerz bis hin zu Verhaltensstörungen –, und da auch immer mehr chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit ihrer ganz besonderen psychischen Vulnerabilität und Bedürfnislage einen deutlich größeren Anteil als zuvor in der Praxis bilden, musste ein Buchkonzept her, welches anlassbezogen in knapper und übersichtlicher Form psychosomatische Kontexte erläutert und Vorschläge zu einer zeitnahen Umsetzung entsprechender Therapie und Beratung entwickelt. Neben den drei Herausgebern sind es vierzehn weitere Autoren/Innen aus Kliniken, Spezialambulanzen und der Praxis, die in insgesamt 29 Kapiteln das große Spektrum der psychosomatischen Grundversorgung auffächern.

Das Buch beginnt mit einleitenden Kapiteln zu Frage des Stellenwertes der psychosomatischen Grundversorgung, zur Affekt- und Bindungsentwicklung und zur Theorie der psychosomatischen Krankheitsmodelle. Es folgen sehr empfehlenswerte Kapitel zur Gesprächsführung, zur biografischen und vor allem psychosomatischen Anamneseerhebung und zur Diagnostik, *aufgeteilt in die mehrdimensionale Bereichsdiagnostik, Familien- und Beziehungsdiagnostik, körperlich neurologische Diagnostik, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik und zur psychischen Befunderhebung*. Dieses ganz zentrale Diagnostikkapitel enthält viele wertvolle Tipps und Hinweise, die den Unerfahrenen durch die zahlreichen Untiefen möglicher Fehler navigieren. Sympathisch ist z. B. der Hinweis, dass Testergebnisse (hier bei der Entwicklungstestung) von der Tagesform des Patienten und der Beziehung zum Testleiter abhängen (s. 63) (und ergo relativ zu sehen sind). Zur Objektivierung der formalen Testergebnisse gehören demzufolge immer die Verhaltensbeobachtung des Probanden und die entsprechende Einschätzung der Ergebnisvalidität.

Nach Kurzkapiteln zu psychotherapeutischen Konzepten und den Prinzipien der Pharmakotherapie werden die großen psychosomatischen Themenbereiche

abgehandelt: Regulations- und Anpassungsstörungen des frühen Kindesalters, Ausscheidungsstörungen, Essstörungen, Schmerzen (Bauch-, Kopf-, Herz-, Muskel- und Skelettschmerzen sowie Thoraxschmerzen), Synkopen, Affektkrämpfe, nicht-organische respiratorische Störungen bzw. motorische Störungen, die Sexualität von Kindern und Jugendlichen, dazu die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Störungen der Aufmerksamkeit mit und ohne Hyperaktivität sowie Störungen des Verhaltens. Alle Kapitel sind auf die Bedürfnisse der Praxis zugeschnitten und großenteils mit charakteristischen Fallbeispielen garniert.

Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen ist ein ausgedehntes Kapitel gewidmet, welches zunächst allgemein das Modell von Krankheitsadaptation und -bewältigung beschreibt und dann auf die psychosomatischen Störungen der spezifischen Erkrankungen (u. a. Asthma bronchiale, Epilepsie, Zerebralparese und körperliche Behinderungen usw.) en détail eingeht. Hier finden sich viele wichtige Hinweise und Tipps für den oder die pädiatrische Grundversorger/in. *Das kleine Kapitel Transition hätte eigentlich in den Kontext der psychosomatischen Grundversorgung chronisch kranker Kinder gehört, ist zwar vorhanden, aber findet sich weiter hinten, allenfalls ein Schönheitsfehler. Sehr gut ist die Idee, am Schluss des Buches einen Blick in die aktuelle Versorgungswirklichkeit psychosomatisch kranker Kinder und Jugendlicher zu werfen.*

Zusammenfassend hat mir die Lektüre dieses Buches große Freude bereitet. Es bietet dem psychosomatisch Interessierten eine umfassende und wirklichkeitsnahe Einsicht in die psychosomatischen Themen und Problemstellungen bei der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen und weist realistische Wege zu ihrer Lösung. Unbedingt lesen!

### Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Fegeler  
 13595 Berlin  
 E-Mail: u.fe@t-online.de

Red.: ReH



# Fortbildungstermine

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter: [www.bvkj.de/kongresse](http://www.bvkj.de/kongresse)

## 5.-8. Oktober 2017

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

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

## 25. Oktober 2017

### „Immer etwas Neues“ in München

Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## 4. November 2017

### BVKJ Landesverbandstagung in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/Dr. Ulrike Gitmans, Rhau-  
derfehn  
Auskunft: ③

## 8. November 2017

### „Immer etwas Neues“ in Nürtingen

Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## 11.-12. November 2017

### Praxisabgabe-Seminar in Fulda

Auskunft: ⑤

## 11.-12. November 2017

### 15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ LV Bayern in Bamberg

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

## 15. November 2017

### „Immer etwas Neues“ in Münster

Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## 22. November 2017

### „Immer etwas Neues“ in Leverkusen

Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

#### ① CCJ GmbH

Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, [ccj.hamburg@t-online.de](mailto:ccj.hamburg@t-online.de)  
oder Tel.: 040-7213053, [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)

#### ② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214  
[kongresse@schmidt-roemhild.com](mailto:kongresse@schmidt-roemhild.com)

#### ③ DI-TEXT

Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536  
[Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de)

#### ④ Interface GmbH & Co. KG

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399  
[info@interface-congress.de](mailto: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](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

## Geburtstage im November 2017

### 65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Barbara Schmitt**, Frankfurt, am 01.11.1952  
 Frau **Janett Schaleika**, Trossingen, am 01.11.1952  
 Frau Dr. med. **Karin Ordyniak**, Berlin, am 04.11.1952  
 Herr Dr. med. **Eckhard Hoffmeier**, Dortmund, am 04.11.1952  
 Herr Dr. med. **Burkhard Adis-Dutschmann**, Ulm, am 05.11.1952  
 Frau Dipl.-Med. **Renate Hoffmann**, Beetzsee, am 05.11.1952  
 Frau Dr. med. **Monika Weber**, Saarlouis, am 06.11.1952  
 Herr Dr. med. **Helmut Baar**, Oberhausen, am 06.11.1952  
 Frau Dr. med. **Claudia Skibinski**, Berlin, am 07.11.1952  
 Frau Dr. med. **Susanne Harms**, Hamburg, am 10.11.1952  
 Herr Dr. med. **Albrecht Schröder-Schröer**, Much, am 11.11.1952  
 Frau Dr. med. **Christine Sturm**, Memmingen, am 13.11.1952  
 Frau Dr. med. **Ingrid Rohland**, Erding, am 13.11.1952  
 Frau **Gisa Poischbeg**, Bad Laer, am 17.11.1952  
 Frau Dr. med. **Gabriele Heusch**, Düsseldorf, am 18.11.1952  
 Herr Dr. med. **Stefan Macher**, Berlin, am 20.11.1952  
 Herr Dr. med. **Wilm-Dieter Jach**, Kandel, am 20.11.1952  
 Frau Dipl.-Med. **Christiane Höfer**, Landau, am 29.11.1952

### 70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Klaus Chelius**, Köln, am 02.11.1947  
 Herr Dr. med. **Heinrich J. Siepen**, Bergheim, am 03.11.1947  
 Herr Dr. med. **Christian Niesterok**, Walluf, am 08.11.1947  
 Frau **Heidrun Zöllner-Schmidt**, Hamburg, am 10.11.1947  
 Herr Dr. med. **Thomas Spribille**, Schwerin, am 13.11.1947  
 Herr Dr. med. **Klaus-Dieter Thies**, Bremen, am 14.11.1947  
 Frau **Ursula Brodel**, Tornesch, am 14.11.1947  
 Frau Dr. med. **Sybille Köpf-Sommerfeld**, Berlin, am 15.11.1947  
 Herr Dr. med. **Helmut Kuke**, Kirchlengern, am 26.11.1947

### 75. Geburtstag

Herr SR Dr. med. **Christoph Prager**, Zwickau, am 02.11.1942  
 Frau Dr. med. **Helga Polster**, Plauen, am 04.11.1942  
 Frau Dr. med. **Sieglinde Philipp**, Wolfsburg, am 07.11.1942

Herr Dr. med. **Rolf Ringert**, Alzenau, am 09.11.1942  
 Frau Dr. med. **Ursula Jans**, Neukirchen-Vluyn, am 11.11.1942  
 Herr **Hartmut Ebeling**, Mössingen, am 13.11.1942  
 Herr Dr. med. **Reinhard Hetzer**, Glückstadt, am 14.11.1942  
 Herr Dr. med. **Ulrich Speidel**, Aalen, am 15.11.1942  
 Herr Dr. med. **Lutz Nolte**, Burgdorf, am 17.11.1942  
 Frau Dr. med. **Margarethe Heider**, Cremlingen, am 23.11.1942

### 80. Geburtstag und älter

Herr Prof. Dr. med. **Heinrich Rodeck**, Recklinghausen, am 01.11.1920  
 Herr MR Dr. med. **Christian Töpfer**, Fürstenberg, am 01.11.1934  
 Frau Dr. med. **Elisabeth Jürß**, Altenhagen, am 02.11.1932  
 Frau Dr. med. **Ursula Schmitz**, Nettetal, am 02.11.1925  
 Herr Dr. med. **Hermann Stapper**, Johannesberg, am 04.11.1932  
 Herr Dr. med. **Christof Schütz**, Lappersdorf, am 04.11.1930  
 Frau Dr. med. **Hildegard Schneider**, Edingen-Neckarhausen, am 05.11.1921  
 Frau Dr. med. **Ingeborg Waldmann**, Krefeld, am 06.11.1929  
 Herr Prof. Dr. med. **Werner Kirsch**, St. Ingbert, am 06.11.1936  
 Herr Dr. med. **Kurt Weimar**, Wiesbaden, am 07.11.1927  
 Frau Dr. med. **Tilla Gritzmann**, Stuttgart, am 07.11.1934  
 Frau Dr. med. **Christel Merkel**, Hettstedt, am 07.11.1937  
 Herr Dr. med. **Ludolf Carstens**, Hamburg, am 10.11.1936  
 Frau Dr. med. **Helge Schöppe**, Hannover, am 11.11.1930  
 Herr Dr. med. **Christoph Atzler**, Nittendorf, am 12.11.1933  
 Herr Dr. med. **Harut Kassabian**, Rottach-Egern, am 12.11.1936  
 Frau Dr. med. **Margot Puschmann**, Tönisvorst, am 12.11.1926  
 Herr Dr. med. **Götz Götzinger**, Witten, am 13.11.1936  
 Herr Dr. med. **Karl-Ernst Sudhoff**, Leer, am 14.11.1922  
 Herr Dr. med. **Jürgen Brunberg**, Würzburg, am 15.11.1937  
 Herr Dr. med. **Josef Lang**, Stade, am 15.11.1934  
 Frau Dr. med. **Edith Stern**, Viechtach, am 15.11.1937  
 Frau Dr. med. **Anna Ernst**, Kaarst, am 17.11.1936  
 Herr Dr. med. **Hans Emil Fredrich**, Backnang, am 17.11.1935  
 Herr Prof. Dr. med. **Dieter Lüders**, Seesen, am 21.11.1929  
 Herr Dr. med. **Eberhard Schölzke**, Remscheid, am 21.11.1935  
 Herr Dr. med. **Claus Hager**, Ingolstadt, am 25.11.1933  
 Herr Dr. med. **Hans-Jürgen Poppe**, Rostock, am 25.11.1937  
 Herr Dr. med. **Heinz Schmidt-Rohr**, Wiesloch, am 27.11.1922  
 Herr Dr. med. **Helmut Jung**, Hamburg, am 28.11.1934

**Im Monat August durften wir 18 neue Mitglieder begrüßen.**  
 Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,  
 sie öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



#### Brandenburg

Frau **Sabine Matena-Pöschke**  
 Frau Dr. med.  
**Jeannine Rettschlag**



#### Sachsen

Frau **Kristin Steglich**



#### Westfalen-Lippe

Frau **Maren Antoni**



#### Hessen

Frau Dr. med.  
**Corinna Bornhäuser**



#### Sachsen-Anhalt

Frau **Sarah Krull**  
 Frau **Yvonne Kuhn**

# Symptome der akuten Bronchitis erfolgreich behandeln

*Extraktkombination aus Thymian und Efeu vermindert Hustenanfälle deutlich*

Gerade in den ersten Lebensjahren stellen Atemwegsinfektionen eine häufige Diagnose dar. Um den Kindern eine unnötige Belastung durch ein Antibiotikum zu ersparen, sollte man die Ursache der Infektion ermitteln und wenn möglich symptom-orientiert therapieren. Der Kinderpneumologe Dr. R. Riedl-Seifert erklärt an welchen einfachen Parametern man sich orientieren kann, um zu entscheiden, wie wahrscheinlich eine bakterielle Infektion ist. Und welchen Vorteil bzw. Nachteil ein Antibiotikum gegen eine

symptomorientierte Therapie mit Antipyrese und Phytotherapeutikum, wie einer Extraktkombination aus Thymian und Efeu (Bronchipret® Saft TE), hat.

„Vor allem in den Wintermonaten und mit Beginn der Krippen- und Kindergartenzeit werden viele Kinder zu Dauerpatienten“, berichtete der niedergelassene Kinderarzt und Kinderpneumologe aus Kassel. Bei manchen Kindern treten in einem Jahr bis zu 12 Atemwegsinfektionen auf.<sup>1</sup> Von den oft sehr heftigen Symptomen sind insbesondere die Jüngsten betroffen. Wie

Riedl-Seifert ausführte, zeichnen sich dafür einige Besonderheiten verantwortlich. Beispielsweise sind die Atemwege eng und der Atemwiderstand entsprechend groß, während eine funktionstüchtige Kollateralventilation fehlt. „Zusätzlich verfügen die kindlichen Atemwege über eine besonders hohe Dichte an schleim- und sekretproduzierenden Becherzellen. Schon bei vergleichsweise leichten Entzündungen kann es daher zu erheblicher Sekretproduktion und schweren Hustenanfällen kommen“, verdeutlichte Riedl-Seifert.

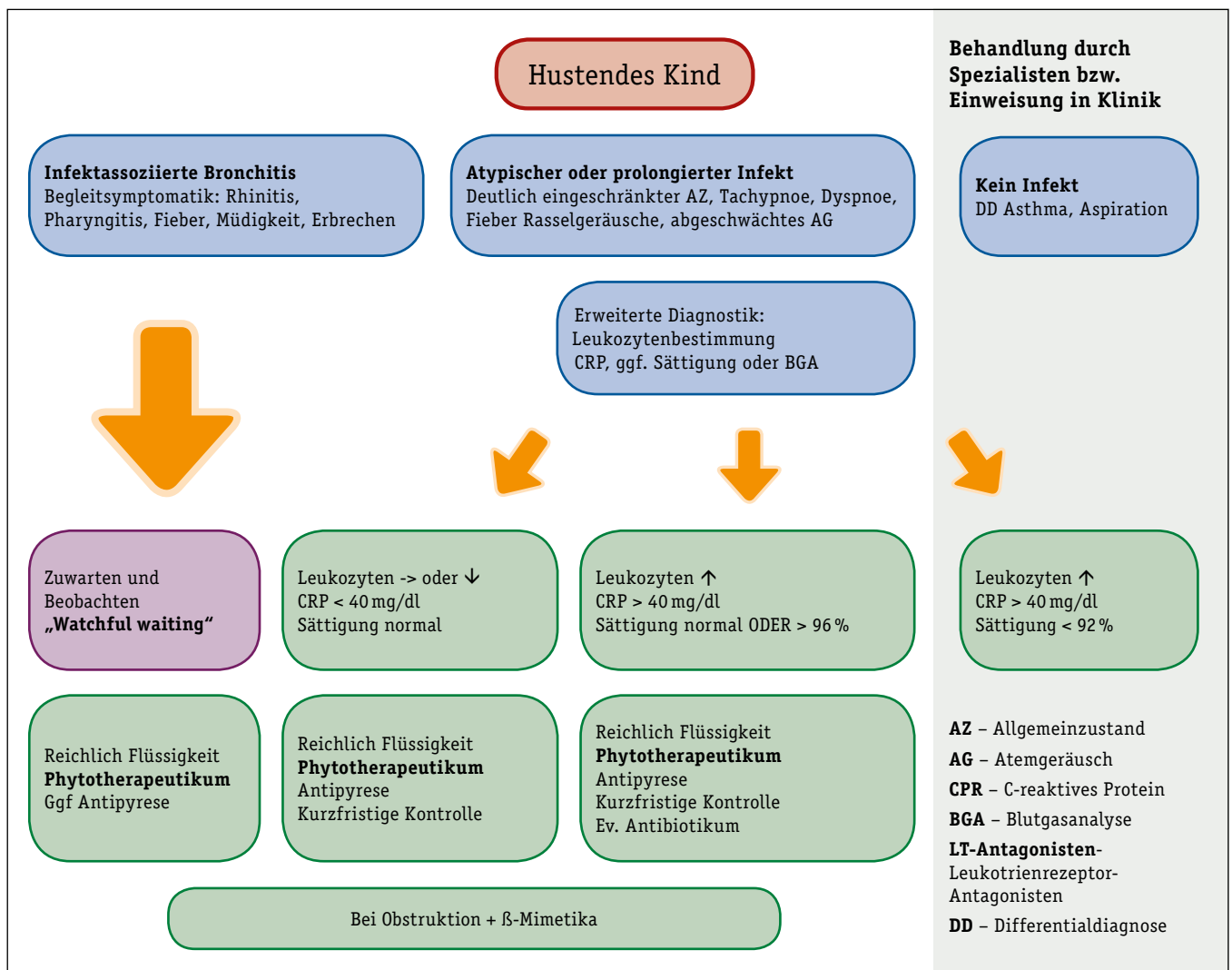


Abb. 1: Abklärung der Infektionsursache bei Husten; Quelle: Dr. Roland Riedl-Seifert, Dr. Teresa Riedl-Seifert

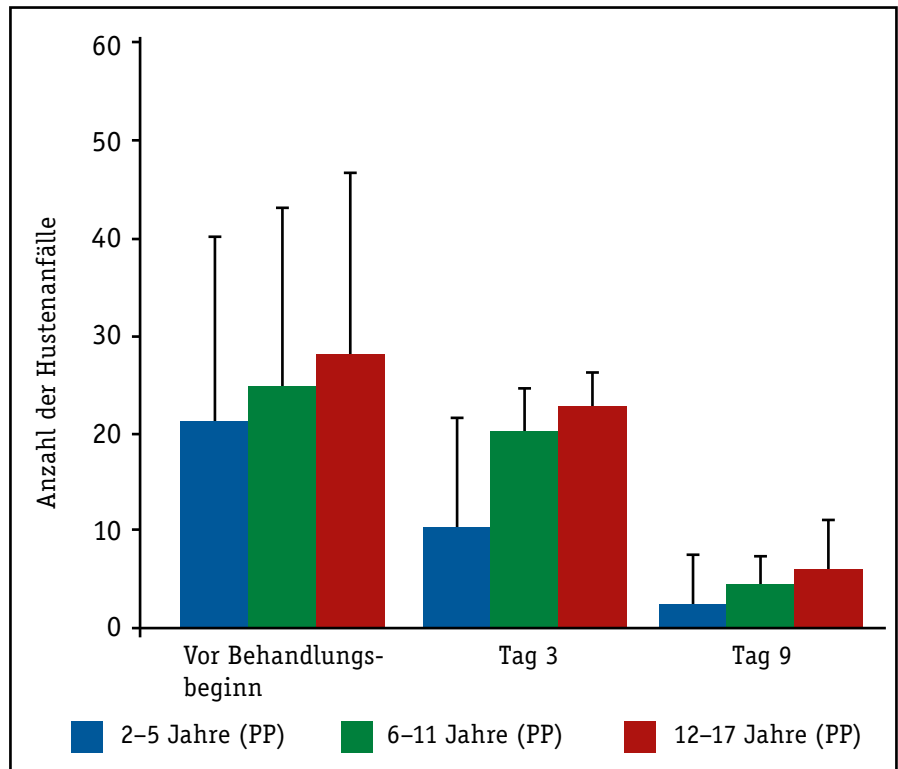
## Antibiotika umsichtig einsetzen

Atemwegsinfektionen gehen meist auf Viren zurück und erfordern daher eine symptomorientierte Therapie. Dennoch wird häufig vorschnell und ohne Kenntnis der Ursache ein Antibiotikum verordnet. Darauf weist auch das kürzlich veröffentlichte Konsensuspapier der pädiatrischen Fachgesellschaften und Berufsverbände hin.<sup>2</sup> „Geröteter Rachen belegte Zunge, hohes Fieber, Unruhe, Husten verstopfte Nase, geschwollene Lymphknoten und Tachypnoe sind per se kein Grund, ein Antibiotikum zu verordnen“, so Riedl-Seifert, dessen Einschätzung durch die Empfehlung der Autoren des Konsensuspapiers bestätigt wird. Denn unbegründet eingesetzte Antibiotika führen keine rasche Besserung herbei, sondern können vielmehr sekundäre Komplikationen hervorrufen. Dazu zählen Diarrhoe aufgrund der gestörten Darmflora, Pilzinfektionen wie Soor und insbesondere die Gefahr, dass sich multiresistente Keime entwickeln.

## Infektionsursache ermitteln

Die Erkrankung verläuft in der Regel so typisch, dass keine weitere Differenzialdiagnostik erforderlich ist. Bei einem apathischen Kind mit hohem Fieber und Verdacht auf Sauerstoffmangel sollte ein Blutbild erstellt und ggf. die Sauerstoffsättigung gemessen werden. „Mit Hilfe einer einfachen, in jeder Praxis durchführbaren Bestimmung der Leukozyten, lässt sich rasch und mit hoher Zuverlässigkeit zwischen viralen und bakteriellen Infektionen differenzieren“, erklärte der Kinderpneumologe aus Kassel. Auch die Erhebung des CRP-Wertes könne die Differenzierung viraler und bakterieller Infekte unterstützen. [Abb. 1 Abklärung der Infektionsursache bei Husten] In unklaren Fällen lässt sich der Einsatz von Antibiotika häufig durch engmaschige Kontrolle und damit verbundener verzögerter Antibiotikaverordnung vermeiden.<sup>2</sup>

Liegt eine typische infekassozierte Bronchitis mit begleitender Rhinitis, Pharyngitis, Fieber, Müdigkeit und Erbrechen vor, ist laut Dr. Riedl-Seifert keine erweiterte Diagnostik erforderlich. Neben ausreichender Flüssigkeitszufuhr und ggf. Antipyrese kann ein Phytotherapeutikum die Symptome lindern.



**Abb. 2:** Anzahl der Hustenanfälle vor Behandlungsbeginn, an Tag 3 und Tag 9 Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt nach Altersgruppen (PP: gesamt N = 1044; 2-5 Jahre N = 315; 6-11 Jahre N = 378; 12-17 Jahre N = 351).

Eine Extraktkombination aus Thymian und Efeu hat sich bei Kindern und Jugendlichen mit akuter Bronchitis und produktivem Husten gut bewährt. Das Präparat wirkt antiphlogistisch und sekretnormalisierend. Zudem beruhigt es den Hustenreiz.

## Symptome erfolgreich lindern

In einer nicht-interventionellen Studie mit über 1000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 17 Jahren wurden Nutzen und Verträglichkeit der Extraktkombination untersucht.<sup>3</sup> Die Teilnehmer litten seit maximal zwei Tagen unter produktivem Husten mit mindestens zehn Hustenanfällen pro Tag. Sie erhielten den Hustensaft gemäß der gültigen Fachinformation.<sup>4</sup> Der Behandlungserfolg wurde anhand der klinischen Symptomatik mittels Bronchitis Severity Score (BSS) gemessen.

Bis zum vierten Behandlungstag sank der mittlere BSS-Wert von 8,8 auf 4,8 Scorepunkte und verringerte sich nach einer Behandlungsdauer von zehn Tagen weiter auf 1,3 Scorepunkte. Somit hatte sich der mittlere BSS-Wert bei allen Altersgruppen bereits nach vier Tagen fast halbiert.

Die Hustenintensität zeigte ebenfalls eine klinisch relevante Verbesserung (Abb. 2). So reduzierte sich die Anzahl der täglichen Hustenanfälle von anfänglich 25,1 ( $\pm 24,2$ ) auf 4,7 ( $\pm 10,8$ ) zu Behandlungsende und somit um insgesamt 81,3%. Die Mehrheit der Patienten (86,0%) sprach bereits an Tag vier auf die Behandlung an, nur 5,0% wurden als Non-Responder eingestuft.

Diese, an einem großen Patientenkollektiv erhobenen Daten zeigen zudem, dass die Thymian-Efeu-Kombination nebenwirkungsarm und sehr gut verträglich ist. Damit bietet sich das Präparat zur Primärtherapie einer unkomplizierten akuten Bronchitis bereits für Kleinkinder an.

**Autorin:**  
Dr. Marion Hofmann-Aßmus, Fürstenfeldbruck

- Literatur:**
- 1 Couriel JM. Cambridge University Press, 1998; 406-27
  - 2 Simon A. et al., Monatsschr Kinderheilkd 2017; 165:711-724
  - 3 Marzian O. MMW-Fortschr. Med. Originalien II/2007; 149: 69-74
  - 4 Fachinformation Bronchipret® Saft TE, Status Juli 2002

**Nach Informationen von**  
**Bionorica SE, Neumarkt**



# Vergleichsstudie belegt Nutzen

*Kopflaustherapie mit Goldgeist forte // In der Therapie von Kopflausbefall besteht die Wahl zwischen zugelassenen Arzneimitteln und Medizinprodukten ohne formelle Zulassung. Letztere hemmen physikalisch das Atmungssystem der Läuse, während Arzneimittel Kopfläuse auf Pyrethrin- oder Pyrethroidbasis zunächst lähmen und schließlich abtöten. Jedoch wurde die Wirksamkeit der Arzneimittel in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt. Ausschlaggebend sind Resistenzen, die im Ausland beobachtet werden. Das Arzneimittel Goldgeist forte (Pyrethrumextrakt) erzielt dagegen in Deutschland effektive Tilgungsraten und erweist sich als gut verträglich. Darauf deuten neuere Studienergebnisse hin.*

Arzneimittel gegen Kopfläuse stehen im Verdacht, nicht mehr ausreichend zu wirken. Resistenzen sollen schuld sein. Für Goldgeist forte wurden zuletzt allerdings Daten veröffentlicht, die weiterhin auf eine hohe Wirksamkeit schließen lassen. In ihrer randomisierten und kontrollierten Studie<sup>1</sup> verglichen Forscher um Luise Wolf vom Forschungsinstitut Cardiosec die Wirksamkeit des Arzneimittels Goldgeist forte mit der eines mineralölbasierten Medizinproduktes (Mosquito med Läuseshampoo 10). Eingeschlossen wurden insgesamt 107 Kinder, die älter als ein Jahr waren und einen nachgewiesenen Kopflausbefall aufwiesen. 53 Probanden erhielten zwei Behandlungen mit dem Medizinprodukt (Verumgruppe), 54 Kinder zwei Behandlungen mit Goldgeist forte (Kontrollgruppe). Die beiden Anwendungen erfolgten gemäß Packungsbeilage im Abstand von 7 Tagen. Das Untersuchungsziel lag bei einer Heilungsrate von über 70 Prozent kopflausfreien Patienten nach 10 Tagen.

Die Heilungsraten waren in beiden Gruppen hoch und übererfüllten das vordefinierte Behandlungsziel, so das Ergebnis der Wissenschaftler. Im Detail erzielte Goldgeist forte nach 10 Tagen eine um natürliche Reinfestationen bereinigte Heilungsrate von 94 Prozent, das getestete Medizinprodukt eine Heilungsrate von 96,1 Prozent. Der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Eine Überlegenheit eines der beiden Produkte konnte nicht gezeigt werden. Ein weiteres positives Ergebnis: Beide Produkte wurden gut vertragen, wobei in beiden Gruppen bei einigen Patienten mildes Brennen und Juckreiz auftraten.

Die Forscher zeigten sich überrascht, dass die Heilungsrate für Goldgeist

forte höher war, als in der Literatur üblicherweise berichtet wird. Dies hänge womöglich auch damit zusammen, dass Resistenzen in Deutschland verglichen mit anderen Ländern weniger verbreitet sind. In der Literatur finden sich häufig Diskussionen zum Wirkungsverlust speziell pyrethrum- und pyrethroidhaltiger Kopflausarzneimittel. Wirkungslücken werden meist mit der Ausbreitung pyrethroidresistenter Läusepopulationen in Verbindung gebracht, die aber laut Robert-Koch-Institut<sup>2</sup> in Deutschland bislang nur vereinzelt vermutet werden. Wolf und ihre Kollegen führen diese Sonderstellung auf die in Deutschland traditionell stärkere Verschreibungskontrolle für pyrethroidhaltige Kopflausmittel zurück.

Erstmals wurde in dieser Studie auch eine Pyrethrum-Verbindung in der für Deutschland zugelassenen Original-Formulierung (Goldgeist forte) klinisch überprüft. Dies ist insofern relevant, weil Ergebnisse aus Studien mit im ausländischen Markt befindlichen, zum Teil abweichenden Pyrethrum-Produkten nicht auf Deutschland übertragbar sind. Auf die Bedeutung weist Dr. Hendrik Stukenbrock, QP des Goldgeist-Herstellers Eduard Gerlach GmbH, in einem im Deutschen Ärzteblatt<sup>3</sup> publizierten Kommentar hin. Demnach enthält Goldgeist forte eine Pyrethrum-Formulierung mit insgesamt sechs unterschiedlich aktiven Pyrethrin-Verbindungen. Diese sind in ihrem Verhältnis monografiekonform standardisiert und erzeugen einen bereiten Wirkfächer, der Kopfläuse zunächst paralyisiert (Knock-Down-Effekt) und schließlich abtötet (Kill-Effekt).

Darüber hinaus wird Pyrethrum in Goldgeist forte mit dem als Resistenzbrecher bekannten Antioxidans Piperono-

nylbutoxid synergisiert. Beide Formulierungsspezifika haben zur Folge, dass Goldgeist forte auch gegenüber Läusen, die aufgrund genetischer Mutation über eine Knock-Down-Resistenz verfügen, klinisch wirksam bleiben kann.

Dass entsprechende Resistenzmechanismen nicht zwingend zu Wirkungsverlusten bei pyrethrin- und pyrethroidbasierten Arzneimitteln führen müssen, konnte in Anwendungsbeobachtungen sowie in zwei randomisierten, kontrollierten Studien der Universität Kiel<sup>4</sup> bereits früher nachgewiesen werden. Bei den bekannten Resistenzmustern handelt es sich um eine Mutation des sogenannten KDR-like-Gens. Durch diese Form der Resistenz tritt der Knock-Down zwar verzögert ein. Die gleichmäßige sowie ausreichend lange und intensive Benetzung der Haare sorgt aber dafür, dass selbst mobile Läuse kontinuierlich einer letalen Wirkstoffdosis ausgesetzt sind. So kann der Kill-Effekt auch bei einer verzögerten Lähmung der Läuse eintreten und den Behandlungserfolg gewährleisten.

#### Quellen:

1. Wolf L, Eertmans F, Wolf D, Rossel B, Adriaens E: Efficacy and safety of a mineral oil-based head lice shampoo: a randomized, controlled, investigator-blinded, comparative study. *PLoS One* 2016; 11: e0156853.
2. RKI: Ratgeber für Ärzte – Kopflausbefall, Stand 2008; [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Kopflausbefall.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Kopflausbefall.html)
3. Stukenbrock H: Wirksamkeit von Pyrethrum-Extrakten. *Dtsch Ärztebl* 2017; 114: 250.
4. Bialek R, Zelck UE, Fölster-Holst R: Permethrin treatment of head lice with knockdown resistance-like gene. *N Engl J Med* 2011; 364: 386-7.

**Nach Informationen von  
EDUARD GERLACH GmbH, Lübecke**

# Husten bei Kindern mit belegter Wirksamkeit gut verträglich lindern

*Prospan® als rationales Phytopharmakon // Bei Kindern treten Erkältungen sehr viel häufiger auf als bei Erwachsenen: Sie erkranken im Durchschnitt zehn- bis zwölfmal im Jahr an einem grippalen Infekt, häufig kombiniert mit einer Infektion der Atemwege inklusive akuter Bronchitis. Flüssige Hustensäfte sind hier eine kindgerechte Therapieempfehlung, da sie einfach zu schlucken sind und genau dosiert werden können. Viele Eltern wünschen für ihre Kinder pflanzliche Präparate mit belegter Wirksamkeit. Eine effektive Behandlungsoption ist beispielsweise der Prospan® Hustensaft mit Kirscheschmack, dessen sehr gute Wirksamkeit sowie Verträglichkeit wissenschaftlich belegt sind.<sup>1</sup>*



zeigt auch eine nicht-interventionelle Studie (>1.000 Kinder, 6-12 Jahre, mit akuter Bronchitis), bei der die Compliance der Patienten bei knapp 93 % lag.<sup>10</sup>

## Therapieoption für Kinder: zuckerfrei

Prospan® Hustensaft kann mit dem beigefügten Messbecher gut dosiert werden und ist einfach zu schlucken. Dabei enthält der Saft weder Zucker noch Alkohol, sein fruchtiger Kirscheschmack macht ihn zu einer Therapieoption, die besonders gut für die Behandlung von Kindern mit Husten geeignet ist. Der Saft kann bei Kindern ab dem ersten Lebenstag eingesetzt werden. Bis zum Alter von einem Jahr sollte allerdings immer Rücksprache mit dem Arzt gehalten werden, da Husten bei Säuglingen nicht unterschätzt werden darf.

**Autorin:** Martina Freyer

### Quellen:

1. Lang C et al., *Planta Med* 2015; 81: 968-974.
2. Kraft K et al., *Ztschr Phytotherapie* 2004; 25: 179-181. Retrospektive Datenerhebung, Auswertung der Aufzeichnung aus pädiatrischen Praxen anhand strukturierter Fragebögen, Zeitraum Januar bis Juni 2002, über 52.000 Kinder (0 – 12 Jahre), keine Erhebung der Anwendungsdauer.
3. Maidannik V et al., *Ped Tocol Gyn* 2003; 4: 1-7.
4. Mansfeld HJ et al., *MMW* 1998; 140: 26-30.
5. Runkel F et al., *Pharmazeutische Zeitung* 2005; 4: 19-25.
6. Wolf A et al., *Phytomedicine* 2011; 18: 214-18.
7. Schulte-Michels J et al., *Pharmazie* 2016; 71:158.161.
8. Dos Santos MD et al., *Biol Pharm Bull* 2006; 29: 2236-40.
9. Park KH et al., *Biol Pharm Bull* 2009; 2029-33.
10. Lang C et al., *Z Phytother* 2015; 36:192-6.

**Nach Informationen der Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG, Niederdorfelden**

**A**b Herbst sind Erkältungskrankheiten die häufigste Ursache für einen Besuch beim Kinder- und Jugendarzt: Meist handelt es sich dabei um unkomplizierte Infekte der Atemwege. Husten ist dabei eines der Begleitsymptome, das besorgte Eltern in die Praxis führt. Im Behandlungsalltag geht der Wunsch nach effektiver Linderung der Symptome oft mit der Priorisierung von pflanzlichen und gut verträglichen Naturheilmitteln einher.

## Rationale Phytotherapie gibt Eltern Sicherheit

Doch gerade bei pflanzlichen Arzneimitteln ist die Wirkung nicht immer wissenschaftlich untersucht. Zu den rationalen Phytopharmaka mit umfassender Datenlage zählt der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® – enthalten in Prospan®. Seine Effektivität, die sehr gute Verträglichkeit sowie das gute Nutzen/Risiko-Verhältnis sind umfassend belegt und beruhen auf einer breiten Datenbasis von mehr als 65.000 Patientendaten.<sup>1</sup>

Auch eine retrospektive Datenerhebung an mehr als 52.000 Kindern mit einer symptomatischen Atemwegserkrankung stützt

diese Ergebnisse. Die Analyse von Kraft und Koautoren zeigte, dass lediglich bei 0,22 % der in der Datenerhebung enthaltenen retrospektiven Patientenfälle unerwünschte Nebenwirkungen auftraten.<sup>2</sup>

## Mit 4-fach-Kraft des Efeus komplexes Hustengeschehen angehen

Bei Beschwerden einer akuten Bronchitis ist Prospan® in der Lage, gleichzeitig kausal wie symptomatisch verschiedene respiratorische Beschwerden zu behandeln: Als wirksame Therapieoption zur Linderung von Entzündungen der Atemwege begegnet Prospan® mit dem Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® dem komplexen Hustengeschehen mit der 4-fach-Kraft des Efeus. Es löst den Schleim und fördert das Durchatmen<sup>3-6</sup>, so dass der Hustenreiz gelindert wird. Für den Extrakt konnten in einem Zellkultur-Experiment zudem anti-inflammatorische Eigenschaften gezeigt werden<sup>7</sup>, was bisherige Daten zur Entzündungshemmung untermauert.<sup>8,9</sup> Die gute Verträglichkeit bildet die Basis für eine gute Therapietreue, die bei Kindern mit häufigen Atemwegserkrankungen besonders wichtig ist. Das

Foto: © Engelhard Arzneimittel

# Neue Daten bestätigen den Impferfolg des Rotavirus-Impfstoffs von GSK

- *Neue Daten finden Einzug in aktualisierte Fachinformation*
- *Nachweis der Effektivität gegen weitere Genotypen erweitert Evidenzbasis*
- *Anhaltender Impferfolg unter Anwendungsbedingungen über vier Jahre*



Der Rotavirus-Impfstoff von GSK (Rotarix) hat in neuen Studien seine Effektivität und seinen anhaltenden Impferfolg bestätigt. In früheren klinischen Studien wurde die Wirksamkeit gegen Gastroenteritiden, verursacht durch die häufigsten Genotypen G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] und G9P[8] bereits nachgewiesen. Daneben wurde die Wirksamkeit gegen die seltenen Rotavirus-Genotypen G8P[4] und G12P[6] gezeigt. In aktuellen Beobachtungsstudien wurden nun Effektivitätsdaten gegen die zusätzlichen Genotypen G9P[4] und G9P[6] generiert und in die Fachinformation aufgenommen.<sup>1</sup>

Die Rotavirus-Genotypen-Verbreitung ist weltweit sehr unterschiedlich und kann sich im Laufe der Zeit verändern. Zur Erweiterung der bestehenden Datenlage auf Basis von klinischen Studien wurde die Effektivität von Rotarix unter Anwendungsbedingungen untersucht. Die Effektivitätsdaten aus USA, Mexiko, Bolivien, Malawi und Taiwan berücksichtigen die Rotavirus-Genotypen-Zirkulation auf dem nord-, mittel und südamerikanischen Kontinent sowie dem afrikanischen und asiatischen Kontinent. Im Rahmen von Beobachtungs-

studien konnte die Effektivität gegen die zwei zusätzlichen Genotypen G9P[4] und G9P[6] nachgewiesen werden, die zur Zeit der klinischen Studierhebung nicht zirkulierten.<sup>1</sup>

## Rotarix beweist seine Stärke in der Anwendung

Rotarix basiert auf dem attenuierten, humanen Rotavirusstamm vom Serotyp G1P[8], der in Deutschland dominiert. Die aktualisierte Datenbasis bestätigt die breite Abdeckung des Impfstoffs gegen neun Genotypen: G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8], G8P[4], G12P[6], G9P[4] und G9P[6]. In Europa überwiegen derzeit die Genotypen G1, G2, G3 und G4, während weltweit zudem verstärkt der Typ G9 auftritt. Mit dem human-attenuierten Rotavirus-Impfstoff sind Säuglinge daher auch bei Auslandsaufenthalten oder sich verändernder Genotypen-Verbreitung im eigenen Land (beispielsweise auch durch Migration) geschützt.

## Anhaltender Impferfolg unter Anwendungsbedingungen über vier Jahre

Welchen Einfluss hat die Rotavirus-Impfung langfristig? Nach Impfstoffeinführung wurden die Auswirkungen auf die Mortalität sowie die Entwicklung der Hospitalisierungsrate kontinuierlich untersucht. Zwei bis vier Jahre nach der Einführung des Impfstoffes zeigten Studien eine Abnahme der durch jeglichen Durchfall verursachten Mortalität zwischen 17 % und 73 % bei Kindern im Alter von unter fünf Jahren in Panama, Brasilien und Mexiko.

Der anhaltende Impferfolg spiegelt sich auch in einem Rückgang der Hospitalisierung seit Einführung des Rotavirus-Impfstoffs wider. In einer retrospektiven Datenbank-Studie, die in

Belgien bei Kindern im Alter von fünf Jahren und jünger durchgeführt wurde, betrug zwei Jahre nach der Einführung des Impfstoffs die direkte und indirekte Auswirkung der Impfung auf Rotavirusbedingte Hospitalisierungen zwischen 64 % (95 % KI: 49; 76) und 80 % (95 % KI: 77; 83). In ähnlichen Studien, die in Armenien, Australien, Brasilien, Kanada, El Salvador und Sambia durchgeführt wurden, wurde zwischen zwei und vier Jahren nach der Einführung des Impfstoffes eine Reduktion der Hospitalisierung von 45 % bis 93 % gezeigt. Der Rückgang von Krankenhaus-Aufenthalten für nachweislich bis zu vier Jahren reflektiert den anhaltenden Impferfolg des Rotavirus-Impfstoffs unter Anwendungsbedingungen nach Impfung, der zusammen mit den neuen Daten zur Effektivität nun auch in der aktualisierten Fachinformation Einzug gefunden hat.<sup>1</sup>

Die STIKO empfiehlt in Deutschland seit Juli 2013 die Impfung gegen Rotaviren als Standardimpfung für alle Säuglinge.<sup>2</sup> Primäres Impfziel ist die Reduktion schwerer Rotavirus-Infektionen und insbesondere dadurch verursachte Krankenhausbehandlungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Impfsreihe sollte möglichst früh im Alter von 6 bis 12 Wochen begonnen werden und muss je nach Impfstoff (bestehend aus zwei oder drei Dosen) bis zur 24. beziehungsweise 32. Lebenswoche abgeschlossen sein.<sup>2</sup> Bei Gabe des Zwei-Dosen-Impfstoffs (Rotarix) kann die Impfsreihe gegen Rotaviren schon im Alter von zehn Wochen beendet werden.

### Literaturnachweise:

1. Fachinformation Rotarix, Stand April 2017
2. Bundesgesundheitsblatt (2013, 56:955-956), EpiBull 34 und 35/2013

**Nach Informationen von  
GlaxoSmithKline GmbH, München**



# Gezielte Pharmakotherapie der ADHS. Früh und konsequent handeln

*Wissenschaft für die Praxis – dies ist das Konzept einer neuen, zertifizierten Fortbildungsreihe von Shire. Auf Basis aktueller wissenschaftlicher Evidenz diskutierten Experten aus Klinik und Praxis über die moderne, alltagsgerechte Pharmakotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sie machten deutlich: Neue Erkenntnisse und medikamentöse Therapieoptionen wie Lisdexamfetamin (▼Elvanse®) und Guanfacin retard (▼Intuniv®) ermöglichen es, die Pharmakotherapie noch individueller auf die Bedürfnisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen anzupassen.*

**M**it einem hochaktuellen Programm bietet „Fokus ADHS“ neueste Erkenntnisse aus der internationalen Forschung und Gelegenheit zum persönlichen Austausch über zeitgemäße Therapiestrategien. Der Chair, Prof. Dr. Benno Schimmelmann, Kinder- und Jugendpsychiater aus Hamburg, und weitere Referenten berichteten exklusiv für „Fokus ADHS“ vom „6<sup>th</sup> World Congress on ADHD“ in Vancouver/Kanada und stellten daraus neueste wissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis vor. Unter dem Motto „Handeln wir früh und konsequent genug!“ diskutierten die Teilnehmer in Workshops und Meet-the-Expert-Runden.

## Neue Therapieziele im Blick

„Es ist bemerkenswert, was alles möglich ist, wenn Therapieziele und Therapiestrategien zusammenpassen“, betonte Workshop-Leiter Dr. Klaus-Ulrich Oehler, Kinder- und Jugendpsychiater aus Würzburg. Anders als noch vor einigen Jahren habe man heute den gesamten Tag der Kinder und Jugendlichen im Blick, mit Therapiezielen wie soziale Integration und Akzeptanz in der Peer-Group. Die Aufgabe des Arztes sei es, neu auftretende Beeinträchtigungen rasch zu identifizieren, die Therapie entsprechend individuell zu optimieren und den Therapieerfolg regelmäßig zu überprüfen, so Oehler.

## Wirkstoffe mit langer Wirkdauer für die optimierte Behandlung

Mit Blick auf die Pharmakotherapie wies Oehler darauf hin, dass innovative Therapieoptionen mit hohen Effekt-

### Lisdexamfetamin (1)

- Prodrug-Stimulans
- Dualer Wirkmechanismus gegenüber MPH
- Verbessert die ADHS-Kernsymptomatik mit einer hohen Effektstärke von 1,8 vs. Placebo
- Nachgewiesene Wirkdauer: 13 Stunden nach Einnahme
- Einfache und flexible Einnahme als Kapsel oder gelöst, mit oder ohne Frühstück
- Feine Titrationsschritte durch die Dosierstärken 20/30/40/50/60/70 mg

### Guanfacin retard (2)

- Selektiver Alpha<sub>2A</sub>-adrenerger Rezeptoragonist
- Postsynaptischer Wirkansatz
- Nicht BtM-pflichtig
- Verbessert die Kernsymptomatik innerhalb von 3 Wochen
- Wirkt bis zu 24 Stunden
- Einnahme 1 x täglich, morgens oder abends

(1) Fachinformation Elvanse®, Mai 2017

(2) Intuniv® Fachinformation, Juni 2017

stärken und langer Wirkdauer zur Verfügung stünden, die es zu nutzen gelte. So sei es möglich, noch individueller das passende Medikament für den einzelnen Patienten und dessen Bedürfnisse auszuwählen. Die Medikation sollte den Tag des Kindes so lange abdecken, dass alle Herausforderungen gemeistert werden können.

Mit der höchsten Effektstärke (1, 8) aller ADHS-Pharmaka<sup>1</sup>, einer Wirkdauer von bis zu 13 Stunden nachgewiesen bei Kindern von 6–12 Jahren<sup>2</sup> und den flexiblen Einnahmemöglichkeiten<sup>3</sup> sei Elvanse® eine gute Alternative für Patienten, bei denen Methylphenidat (MPH) nicht zufriedenstellend wirkt.

Kinder- und Jugendliche mit ADHS, die eine Alternative zu Stimulanzien benötigen, zum Beispiel aufgrund von Nebenwirkungen, Kontraindikationen oder weil Stimulanzien bzw. eine BtM-pflichtige Medikation nicht erwünscht sind, können hingegen von dem Alpha<sub>2A</sub>-adrenergen Rezeptor-Agonisten Intuniv® profitieren. Mit einer Wirkdauer von bis zu 24 Stunden nachgewiesen für die Dosierungen von 3 und 4 mg<sup>4</sup> – unabhängig davon, ob die Einnahme morgens oder abends erfolgt – verbessert

das Nicht-Stimulanz alle Bereiche der ADHS-Kernsymptomatik.<sup>5</sup> Die Experten waren sich einig: Um den Therapieerfolg sicherzustellen ist eine frühzeitig einsetzende Langzeittherapie, eine kontinuierliche Überprüfung von Symptomatik, Beeinträchtigungen, Funktionalität und Lebensqualität sowie die bedarfsgerechte Anpassung der medikamentösen Therapie notwendig.

### Quelle:

„Fokus ADHS. Gezielte Pharmakotherapie in der Praxis – handeln wir früh und konsequent genug!“, zertifizierte Fortbildungsveranstaltung von Shire, 9.–10.6.2017, Berlin und 30.6.–1.7.2017, München. „Fokus ADHS“ ist mit 10 CME-Punkten zertifiziert.

### Referenzen:

1. Coghill D et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2013 Oct; 23 (10): 1208–18
2. Wigal SB et al. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2009; 3: 17
3. Fachinformation Elvanse®, Mai 2017
4. Biederman J et al. Pediatrics 2008; 121 (1): e73–84
5. Hervas A et al. Eur Neuropsychopharmacol 2014; 24 (12): 1861–72
6. Fachinformation Intuniv®, Juni 2017

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



## Beschwerdefrei durch die Allergiesaison

*AllergoConjunct® Augentropfen bei allergischer Bindehautentzündung*

Etwa jeder Fünfte in Deutschland leidet insbesondere während der Allergiesaison unter akuter allergischer Bindehautentzündung (Konjunktivitis). Sie kann plötzlich und unverhofft auftreten und wird zumeist durch Pollenflug, aber auch durch Hausstaub oder Tierhaare ausgelöst. Ein Unikat, das als Fixkombination schnelle Hilfe in derartigen allergischen Akut-Situationen leistet, ist AllergoConjunct®. Die Augentropfen im Mehrdosisbehältnis (10 ml, PZN 9493642) enthalten das abschwellend wirksame alpha-Sympathomimetikum Tetryzolin sowie das Antihistaminikum Antazolin. Dadurch werden sowohl Symptome (Augenrötung, Juckreiz) als auch Ursache (Freisetzung von Entzündungs-

mediatoren) schnell und wirksam bekämpft. Dies zeigte sich eindrucksvoll in einer randomisierten, multizentrischen, doppelblinden Studie gegenüber Levocabastin (Weitgasser et al.), wobei eine signifikant schnellere Besserung der subjektiven und objektiven Beschwerden unter der Fixkombination Tetryzolin/Antazolin (AllergoConjunct®) festgestellt wurde. AllergoConjunct® Augentropfen sind als apothekenpflichtiges Arzneimittel bereits für Kinder ab 2 Jahren zugelassen und bis zu einem Alter von 12 Jahren erstattungsfähig. Seit 1.5.2017 wird das Präparat wieder von Infecto-



Pharm vertrieben. Zur Beratung in Arztpraxis und Apotheke werden auf Anfrage kostenlos Patientenratgeber zur Verfügung gestellt.

**Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH**

## Mücken abwehren und Juckreiz lindern

*Aufgekratzte Mückenstiche bilden eine Eintrittspforte für Krankheitserreger. Zum Schutz vor Entzündungen ist eine effektive Prophylaxe indiziert bzw. nach einem Stich eine wirksame Juckreizlinderung.*

Rund 50 verschiedene Stechmückenarten gibt es in Deutschland. Ihre Stiche verursachen starken Juckreiz und/oder schmerzhaftes Brennen. Vor allem Kinder werden rasch zum Kratzen verleitet. Die möglichen Folgen: lokale Entzündungen und bei starkem Kratzen sogar die Bildung von Narbengewebe. Von zentraler Bedeutung ist daher eine effektive Mückenabwehr, die einen langanhaltenden Schutz bietet und gut verträglich ist. Diese Anforderung erfüllt die Prophylaxe mit dem pflanzenbasierten Wirkstoff PMD (p-Menthan-3,8-diol). Für ein Intensiv-Schutzspray mit PMD wurde in verschiedenen Untersuchungen ein breites Wirkpotenzial gegen unterschiedliche Mückenarten nachgewiesen, unter anderem auch gegen Gelbfieber- und Tigermü-

cken (Überträger des Zika-Virus). Weitere Pluspunkte sind die Schwitzfestigkeit und Wasserbeständigkeit des Intensiv-Schutzsprays, das aufgrund seiner guten Verträglichkeit bereits bei Kindern ab einem Jahr angewendet werden kann.

Hat eine Mücke bereits zugestochen, ist eine wirksame Juckreizlinderung gefragt, um das Aufkratzen des Stichs zu verhindern. Als einer der wichtigsten Juckreizmediatoren gilt Histamin, das von aktivierten Mastzellen als Reaktion auf Proteine ausgeschüttet wird, die mit dem Speichel der Mücke in das Gewebe gelangen. Histamin löst durch Bindung an kutanen Histaminrezeptoren eine lokale Entzündungsreaktion mit Schwellung, Rötung und Juckreiz aus. Vor diesem Hintergrund ist die Anwendung

eines topischen Antihistaminikums wie Bamipin sinnvoll, das genau dort angreift, wo der Juckreiz seine Ursache hat: Es hemmt die Bindung von freiem Histamin an den kutanen Histaminrezeptoren. Topisches Bamipin wirkt antiallergisch und abschwellend und bietet in kühler Gel-Grundlage eine schnell wirksame und lang anhaltende Juckreizlinderung. Aufgrund seiner guten Hautverträglichkeit kann topisches Bamipin bereits bei Kleinkindern eingesetzt werden. Wirtschaftlich bleibt die Verordnung auch noch nach dem 12. Lebensjahr – mit einer Empfehlung auf dem Grünen Rezept.

**Nach Informationen von Medice Arzneimittel Pütter GmbH, Iserlohn**

### Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: [thomas.fischbach@uminfo.de](mailto:thomas.fischbach@uminfo.de)

### Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: [sigrid.peter@uminfo.de](mailto:sigrid.peter@uminfo.de)

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

E-Mail: [praxis@schmid-altoetting.de](mailto:praxis@schmid-altoetting.de)

**Dr. med. Roland Ulmer**

E-Mail: [dr.roland.ulmer@kinderaerzte-lauf.de](mailto:dr.roland.ulmer@kinderaerzte-lauf.de)

### Pressesprecher des BVKJ e.V.

**Dr. med. Hermann Josef Kahl**

Tel.: 0211/672222

E-Mail: [praxis@freenet.de](mailto:praxis@freenet.de)

### Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

**Dr. med. Reinhard Bartzky**

E-Mail: [dr@bartzky.de](mailto:dr@bartzky.de)

*Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)*

## Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

### Fortbildung:

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

E-Mail: [hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de)

**Prof. Dr. med. Florian Heinen**

E-Mail: [florian.heinen@med.uni-muenchen.de](mailto:florian.heinen@med.uni-muenchen.de)

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

E-Mail: [p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de](mailto:p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de)

**Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller**

E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-kliniken.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-kliniken.de)

### Berufsfragen, Forum, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann (WH)**

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)

**Regine Hauch (ReH)**

E-Mail: [regine.hauch@arcor.de](mailto:regine.hauch@arcor.de)

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, [www.bvkj.de](http://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](mailto:michael.stehr@uminfo.de)

**Geschäftsstellenleiter:**

**Armin Wölbeling**

Tel.: 0221/68909-0

[armin.woelbeling@uminfo.de](mailto:armin.woelbeling@uminfo.de)

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

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

[doris.schomburg@uminfo.de](mailto:doris.schomburg@uminfo.de)

**Teamleiterin Bereich  
Gremien/Funktionsträger**

**Martina Scharschmidt**

Tel.: 0221/68909-10

[martina.scharschmidt@uminfo.de](mailto:martina.scharschmidt@uminfo.de)

**Teamleiterin Bereich  
Fortbildung/Veranstaltungen:**

**Monika Kraushaar**

Tel.: 0221/68909-15

[monika.kraushaar@uminfo.de](mailto:monika.kraushaar@uminfo.de)

**Politische Referentin  
des BVKJ in Berlin:**

**Kathrin Jackel-Neusser**

Tel.: 030/28047510

## BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

[www.bvkj-service-gmbh.de](http://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](mailto:anke.emgenbroich@uminfo.de)

**Service-Team:**

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: [bvkjservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)

## Sonstige Links

**Kinderärzte im Netz**

[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin**

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

**Kinderumwelt gGmbH und PädInform®**

[www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php](http://www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php)

**Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**

[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)