

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 08/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Patientensicherheit

Fortbildung

Fetales Alkoholsyndrom:
Eine unterschätzte Entität

Forum

Insektensterben

Magazin

Nothilfe im Wandel

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 08 | 2018

Berufsfragen

Fehlervermeidung // Gottfried Huss	451
Runder Tisch // Thomas Fischbach	454
Optionen pädiatrischer Tätigkeit // Bernd Dieter Fenne	456
Wahlaufrufe	457
BKK STARKE KIDS	458
Politforum des BVKJ zum Thema Psychosomatik // Kathrin Jackel-Neusser	460
Pädiatrische Fallvignette 6 + 7 // Wolfgang Landendörfer	462
Kinderkommission des Bundestages nimmt Arbeit auf // Kathrin Jackel-Neusser	464
BVKJ bei NRW-Gesundheitsminister Laumann // Thomas Fischbach	467
Erratum	467

Fortbildung

Das Fetale Alkoholsyndrom // Hans-Ludwig Spohr	468
Impressum	472
10 Jahre Pädiatrisches Patenschaftsprojekt Prävention // Folkert Fehr	473
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	478
Welche Diagnose wird gestellt? // Charlotte Eisner	482
consilium: (Bakterielle) Infektionen und Pharmakotherapie bei Trisomie 21 // Peter Höger	486

Forum

Insektensterben // Thomas Lob-Corzilius	488
Das Leser-Forum	489
Ergebnisse KJA-Leserbefragung // Michael Platzkoster	490
Babylotse // Juliane Wittekop, Jasmin Lösche	491
Neue S3 Leitlinie // Klaus Skrodzki	494
Vermischtes	495
Update zum „FieberApp Register“ // David Martin	497



Internationale Nothilfe im Wandel

S. 499

Magazin

Internationale Nothilfe im Wandel // Joachim Gardemann	499
Ehrungen in Berlin // Regine Hauch	503
Abschied von Henner Rodeck // Werner Schmidt	504
Dr. Uwe Büsching zum 65. Geburtstag // Hermann Josef Kahl	505
Personalien	505
Fortbildungstermine des BVKJ	507
Pädindex	508
Nachrichten der Industrie	509
Wichtige Adressen des BVKJ	513

Titelbild: © ArtMarie – istock.com

Mehr Patientensicherheit durch Fehlervermeidung in der Praxis-Pädiatrie

Wer spricht schon gerne über Fehler? // Lieber reden wir über eigene Heldentaten und die Versäumnisse der anderen. Dennoch erinnern wir uns intensiv an unsere eigenen Irrtümer und Fehlerurteile. Wir beschäftigen uns lebenslang in unserem Gedächtnis oder in unseren Träumen mit ihnen. Dieser Beitrag enthält Definitionen, Angaben über Häufigkeiten von Fehlern, typische Fehler-Bereiche in der Praxis und bedrohliche Krankheitsbilder. Es fließen eigene Erfahrungen pädiatrischer Arbeit und Gutachtertätigkeit ein. Es wird die Frage gestellt, welche Rolle Emotionen bei kognitiven Fehlern spielen und schließt mit einigen selbstkritischen Fragen bei der Diagnosefindung ab. Auch wenn hier von Fehlern die Rede ist, können Pädiater beruhigt sein. Im statistischen Vergleich zu anderen Fachgruppen werden sie nur selten belangt.



Dr. Gottfried Huss

Was ist der Standard?

Sorgfalt und Vorgehen nach dem Standard gehören zu unseren Berufspflichten. Bei einem Behandlungsfehler (malpractice) ist häufig ein Abweichen vom medizinischen Standard ursächlich. Was ist ein Standard? Der Begriff Standard wird inflationär gebraucht und bleibt häufig unklar.

Der „Standard in der Medizin repräsentiert den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat.“ (Carstensen DÄB 1989).

Wer nicht sorgfältig arbeitet, handelt fahrlässig. Gutachter müssen Fehler (bei Diagnose, Aufklärung und Therapie) und

Gesundheitsschaden getrennt betrachten und erst in einem zweiten Schritt den möglichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden beurteilen. Der Terminus „**schicksalshafter Verlauf**“ geht von der Annahme aus, dass das, was geschehen ist, naturgesetzlich, gottgewollt und damit entschuldbar sei – oft beim genaueren Hinsehen eine irrierte Annahme.

Internationale Autopsieergebnisse ergeben, dass 15% aller klinischen Diagnosen falsch gewesen sind. Leider ergibt sich über Jahrzehnte hinweg trotz Einführung von CTs und anderen modernen Techniken keine wesentliche Verbesserung der Diagnosesicherheit. Das übermäßige Vertrauen in neuere Diagnose-Techniken ist selbst eine Fehlerquelle.

Fehler-Bereiche in der pädiatrischen Praxis

In der Praxis gibt es typische **neuralgische Bereiche**, die die ärztliche Arbeit und das Praxis-Management im Team betreffen:

- Prävention, Vorsorgen
- Medikamentöse Behandlung,
- Impfungen, Labor,
- Schnittstellen zur Klinik – Einweisungen und Patientenidentifikation.

Beim Erstkontakt, bei der telefonischen Beratung und Terminvergabe, bei der Triage und dem Erkennen von schwer-

kranken Kindern ist die MFA oft auf sich allein gestellt. **Nützlich sind schriftliche praxisinterne Verfahren**, welche festlegen, wer telefonisch beraten darf, wie die Triage mit Alarmsymptomen (red flags) erfolgt, bei welchen Anliegen in welcher Dringlichkeit Maßnahmen wie Durchstellen zum Arzt, Alarmierung des Notarztes und Terminvergabe in der Praxis erfolgen.

Um **peinliche Verwechslungen** auszuschließen und damit der richtige Patient die richtige Behandlung bekommt, muss der **Patient zu jedem Zeitpunkt unverwechselbar identifizierbar** sein und bewusst – auch mehrfach- nachgefragt werden – bei Zweifeln nach Geburtsdatum fragen.

Als **Beispiele aus der Arbeit einer Gutachterstelle** werden verschiedene Vorwürfe bei Früherkennung und Vorsorge in der pädiatrischen Praxis erwähnt:

- **Verspätete Diagnosestellung und Übersehen ff. Krankheitsbilder:**
 - Schwerhörigkeit,
 - Sehfehler,
 - Retinoblastom,
 - Katarakt,
 - Analatresie bei Neugeborenen,
 - Maldescensus testis,
 - Hüftdysplasie,
- Erwähnt werden auch die fehlerhafte Bewertung der Hüftsonographie und
- das Auftreten einer Hirnblutung nach versäumter Vitamin K-Prophylaxe bei Hausgeburt

Der Umgang mit Medikamenten ist per se fehlerbehaftet. Missverständliche Dosierungsangaben (ml,ML,DL) und Applikationsfehler (i.m., i.v., s.c., i.th.) sind häufig. Antiepileptika, Antikonzeptiva, Insulin, Herzmedikamente, BTM Medikamente, Antikoagulationen haben Nebenwirkungen Wechselwirkungen, die beachtet werden müssen. Ein doppelter Check bei Dosierungsberechnungen und die Ermutigung zum Feedback im Team – auch erwünscht vom Apotheker – sind wichtige Maßnahmen, um Dosierungsfehler gering zu halten. Wenn die Abgabe von Notfallmedikamenten wie Salbutamol, Kortison oder Hilfsmittel wie Inhalationshilfen durch den Apotheker nicht möglich ist oder verzögert wird, kann es zur unbeabsichtigten Verschlechterung kommen. Oft erfährt der verschreibende Arzt das erst später.

Ein Hinweis an Eltern und ein Vermerk auf dem Rezept kann das verhüten: **Erbitte zeitnahe Rückmeldung, falls Hilfsmittel oder Medikament nicht zeitnah abgegeben werden kann.**

Aus Fehlerberichtssystemen wie CIRS geht hervor, dass folgende Probleme bei Impfungen auftreten können:

- Kühlkettenfehler (Kühlschrank, Selbst-Transport in der Handtasche),
- Verabreichung einer Impfung, die nicht gewünscht wurde,
- Doppel-Impfungen bei nachlässiger Überprüfung vorheriger Impfungen,
- Zubereitungsfehler (Ampullen bleiben übrig – Impfung ohne Wirkstoff).

Auch hier können praxisinterne Absprachen und Arbeitsanweisung dabei helfen, die exakte Reihenfolge der Schritte festlegen: Überall nachsehen, Absprache, Eintrag zuerst, keine Impfung ohne Impfpass.

Unkollegiale Kommentare haben Folgen

Immer wieder kommt es zu Problemen bei der Kommunikation an der Schnittstelle ambulant – stationär. Bei dringlichen Einweisungen darf keine Zeit verloren gehen. Wenn ein schwerkrankes

Kind angekündigt ist und die Ankunft des Kindes im Krankenhaus sich aus irgendwelchen Gründen verzögert, sollte eine Rückmeldung erfolgen.

Unkollegiale Kommentare von weiter- und nachbehandelnden Kollegen wie: *Das war aber gerade noch rechtzeitig... wenn ihr Kind früher überwiesen worden wäre... wenn die Diagnose früher gestellt worden wäre... das hätte man nicht übersehen dürfen...* sind nicht nur ein Verstoß gegen die Berufsordnung. Sie haben auch Folgen: 25 % der Anschuldigungen, die zur Gutachterkommission gelangen, entstehen durch (oft) unsachliche Kritik an Kollegen gegenüber Patienten oder Angehörigen... (ÄBW 02-2016)

Viel Labor ist nicht bessere Medizin!

Die präanalytische Sorgfalt durch die MFA muss geschult werden. Der Rücklauf der Laborergebnisse soll gesichert und dokumentiert werden. Auch in der Praxis dürfen nur abgezeichnete Befunde archiviert werden. Diagnostische Tests bringen im medizinischen Alltag nur weiter, wenn die nachzuweisende Pathologie häufig ist. Um die totale Wahrscheinlichkeit eines pos. Testes bei einer Diagnose zu schätzen, muss die Sensitivität eines Testes mit der Wahrscheinlichkeit der Erkrankung multipliziert werden (Satz von Bayes). Diagnostische Tests beweisen oder widerlegen nichts. Da es keine 100 % akkuraten Tests gibt, erhöhen oder vermindern sie nur Wahrscheinlichkeiten. **Tests sind Bausteine zur Diagnose.** Diagnostische Tests werden regelmäßig überschätzt (z.B. Streptokokken-Schnellteste). Der Wert der guten klinischen Untersuchung wird unterschätzt.

Häufige Diagnosefehler in der Pädiatrie

Aus den Aufzeichnungen der Gutachterstellen stechen einige Diagnosegruppen in der Pädiatrie (ambulant und stationär) hervor:

Akutes Abdomen, Tumoren, Hodentorsion, Epiphysenlösung, Hüftdysplasien, Meningitis, Infusionskomplikationen, Hodenhochstand, Hodentorsion, Appendizitis, Pleuropneumonie, Sepsis bei FG und NG, Hirntumor.

Einige Diagnosen sind schwerwiegender: Appendizitis, Invagination, Sepsis, Meningitis, Hodentorsion.

Was haben diese Krankheitsbilder gemeinsam?

Es handelt sich um bedrohliche Krankheitsbilder, die rechtzeitig versorgt werden müssen und nicht übersehen werden dürfen. Initiale Symptome sind oft unspezifisch. Symptomfreie Intervalle wiegen in falscher Sicherheit. Die Erkrankungen können dennoch rasch fortschreiten. Zusatzuntersuchungen können täuschen (Sono, Labor, Doppler) Die Erfahrung und Ausbildung des Erstversorgers, Teamarbeit und rechtzeitige Einweisungen sind für die rasche Erkennung, Therapie und einen guten Ausgang wichtig.

Die Appendizitis ist bei Arzthaftpflichtfragen der Spitzenreiter. Allein 241 Fälle wurden zwischen 2000 und 2004 bei einer einzigen Gutachterkommission gemeldet. Jeder 5. Fall verläuft atypisch. Die Perforationsrate ist bei Kleinkindern hoch: 50% im 2.-3-LJ, 20-30% bis 5. LJ, 10% ab 5. LJ. Die Perforation muss nicht bedeuten, dass zu lange gewartet wurde. Häufig sind dennoch Vorwürfe über vermutet verspätete Diagnosestellung und Perforation. Für den Gutachter gilt nur das Dokumentierte. „Die unterlassene Kontrolluntersuchung ist die häufigste Ursache der Fehldiagnose. Die geplante Kontrolluntersuchung sollte zeitlich definiert sein und in der Behandlungsdokumentation festgehalten werden. Vage Empfehlungen zur Wiedervorstellung bei Verschlechterung werden zunehmend als nicht ausreichend angesehen.“ „Die ärztliche Dokumentation soll so ausführlich sein, dass belegt werden kann, dass an eine Appendizitis gedacht wurde“ (Vinz et al.)

Es kann helfen, furchtlos an das Schlimmste (worst case scenario) zu denken! „Wenn es einen Weg zum Besseren geben soll, erfordert das einen umfassenden Blick auf das Schlimmste.“ (Thomas Hardy) **Folgende Fragen sollte man sich immer stellen:**

- Was könnte schlimmstenfalls dahinterstecken?
- Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit?
- Was habe ich nachprüfbar unternommen, um einen ungünstigen Ausgang zu verhüten?

Die **Hodentorsion** kann in der Frühphase verkannt werden. Oft wird der Schmerz untypisch im Bauchraum oder der Nierenregion lokalisiert. Bei Unterbrechung der Blutzufuhr zum Hoden bleibt ein Zeitfenster von nur vier bis acht Stunden, um den Hoden zu retten. Bei Bauchschmerzen sollte immer das Genitale untersucht werden. Der Verlust eines Hodens wiegt schwer.

Maßnahmen zur Verhütung und Bearbeitung von Fehlern

Zur eigenen Sicherheit und zur Sicherheit der anvertrauten Patienten, müssen wir **ohne Scheu über Fehler sprechen** und behutsam vorgehen. Das kann mit vertrauten Mitmenschen und im Team erfolgen. Irren ist menschlich. Wenn die erlernte antike Führungskultur nur die Suche nach Schuldigen und Bestrafungen (Beichten und Büßen, Missetat und Strafe) beinhaltet, werden Fehler gerne verheimlicht und unter den Teppich gekehrt. Wenn in Praxen regelmäßige Teambesprechungen abgehalten werden, sollte über Beschwerden, kritische Ereignisse und Fehler offen gesprochen werden. Fehlerberichtssysteme werden leider freiwillig kaum genutzt. Dieter Conen, Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, nannte Charakteristika von **erfolgreichen Fehlerberichtssystemen**: Nicht bestrafend, vertraulich, zeitnah, systemorientiert.

Es ist eine gute berufsethische Tugend, in jeder Situation seine eigene Rolle und Denkweise zu hinterfragen. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der kognitiven Entscheidungsfindung beachtenswert. Eigene Wertevorstellungen und Präferenzen der Patienten können unsere Wahrnehmung verzerren (bias) und beeinträchtigen die klinische Entscheidungsfindung.

Kognitive Fehler in der klinischen Entscheidungsfindung nach Groopman

- **Diagnoseimpuls-Bias** (diagnosis momentum bias) – an der einmal gestellten Diagnose wird nicht mehr gerüttelt
- **Ankereffekt** (anchoring) – Tendenz an einer Diagnose festzuhalten
- **Bestätigungs-Bias** (confirmation bias) – Tendenz nach Fakten zu suchen, die nur den einen Verdacht erhärten



© Illustration courtesy of Malcolm Willett and the BMJ

- **Verfrühtes Schlussfolgern** (premature closure) – der Fall wird abgeschlossen, bevor alternative Erklärungen erwogen werden
- **Verfügbarkeits-Bias** (availability) – an was man sofort denkt
- **Repräsentativitäts-Bias** (representative bias) – atypische Varianten werden nicht berücksichtigt
- **Zuordnungsfehler** (attribution) – Tendenz Symptome falsch zuzuordnen

Sich seiner eigenen Denkweise bewusst werden

Retrospektive Analysen zeigen: Gefühle, Stress und Vorurteile beeinträchtigen die Wahrnehmung und die Fähigkeit, zuzuhören. Emotionen verzerren die Wahrnehmung. Stress, Überlastung, Überforderung, starke negative und starke positive Haltung – zu tiefe Gefühle zum Patienten beeinträchtigen die Fähigkeiten des Arztes.

Selbstwahrnehmungsfragen nach Borell Carrio:

- Wie beeinflusst meine frühere Erfahrung mein jetziges Vorgehen?
- Was könnte falsch sein von dem, was ich über den Patienten vermute?
- Wie kann ich aufmerksamer und zugewandter sein?
- Warum will ich diesen Fall jetzt sofort abschließen?
- Könnte ich was übersehen haben?
- Bin ich in der Komfort-Zone?
- Was würde ein von mir geschätzter Fach-Kollege in dieser Situation tun?
- Bin ich fachlich überfordert und muss andere fragen oder weiter überweisen?

- Ist mein Vorgehen nachvollziehbar für jemand, der hinterher liest oder fragt?
- Bin ich durch Müdigkeit, Eile, Animositäten oder Frust beeinträchtigt?
- Hatte ich Vorurteile gegenüber dem Patienten?

„Niemand kann von einem Arzt erwarten unfehlbar zu sein. Medizin ist eine im tiefsten Inneren unsichere Wissenschaft. Jeder Arzt macht Fehler bei Diagnose und Behandlung. Doch Häufigkeit und Schwere solcher Fehler können verringert werden, wenn der Arzt sich seiner eigenen Denkweise bewusst wird und sich fragt, wie er sie optimieren kann.“ (Groopman)

Anmerkung: Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung der Vorträge bei der Tagung des Paednet Südbaden in Titisee am 6.9.2017 und bei der Herbsttagung der ECPCP am 14.10.2017 in Velenje/ Slowenien. Die ECPCP wird 2018 eine Umfrage zum Thema „Error prevention in European primary paediatric care“ durchführen.

Literatur: Jerome Groopman: *Wie Ärzte ticken*, Südwestverlag 2007

Weitere Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Gottfried Huss MPH
79618 Rheinfelden

E-Mail: gorehuss@googlemail.com

Red.: WH

Runder Tisch zur Entwicklung einer Reduktions- und Innovationsstrategie bei Zucker, Fetten und Salz

Am 06. Juli 2018 fand im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) in Berlin und unter Vorsitz von Ministerin Julia Klöckner der **2. Runde Tisch zur Entwicklung einer Reduktions- und Innovationsstrategie bei Zucker, Fetten und Salz** statt. Vertreten waren die Lebensmittelindustrie, seitens der Wissenschaft das dem BMEL zuzurechnende Max Rubner Institut (MRI), die Deutsche Adipositasgesellschaft (DAG), die Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG), die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) sowie erstmalig die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ e.V.) sowie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.). Die pädiatrischen Verbände waren beim 1. Runden Tisch nicht eingeladen.

Unser öffentliches Auftreten hat Wirkung gezeigt – Industrie soll in die Pflicht genommen werden

Offensichtlich hatte unser öffentliches Eintreten für eine verbindliche Verbesserung der Ernährung von Kindern und Jugendlichen Wirkung gezeigt. Ministerin Julia Klöckner überraschte durch klare Worte, die sie an die Vertreter der Lebensmittelindustrie richtete. Sie erwartete konkrete Zielvereinbarungen zur Reduktion von Zucker, Fetten und Salz, nicht nur, aber besonders in Fertiggerichten. Hier stellte sie sich zweistellige Reduktionsquoten vor.

Auf unverbindliche Erklärungen setzte sie nicht länger, da der Handlungsdruck in der Politik gerade im Bereich der Kinderernährung stark zugenommen habe. Und wenn die Politik liefern müsse, dann gälte dies eben auch für die Industrie. Industrievertreter hatten zudem zugegeben,



V. l. n. r.: Dr. Thomas Fischbach (BVKJ), Prof. Dr. Matthias Blüher (Präsident Dt. Adipositasgesellschaft DAG); Barbara Bitzer (Deutsche Diabetesgesellschaft DDG, Geschäftsführerin), BM Julia Klöckner (BMEL), Dr. Sabine Gerlach (Mediensprecherin DAG), Prof. Dr. Berthold Koletzko (DGKJ)

dass sie bei entsprechendem Druck des Handels durchaus veränderungsbereit seien.

Klare Forderungen der Pädiatrie

BM Klöckner stellte klar, dass im Falle weiterer Handlungsverweigerung die Politik über Reduktionsmechanismen entscheiden würde. Eine Zuckersteuer nahm sie ausdrücklich nicht aus. **Professor Berthold Koletzko (DGKJ) und Dr. Thomas Fischbach (BVKJ)** wiesen mit Blick auf die Datenlage der KIGGS - Studie nochmals in aller Deutlichkeit auf ein dringliches Handeln hin. Zucker-, Fett- und Salzreduktion müssen jetzt kommen, abgerundet durch eine leicht verständli-

che visuelle Nährwertkennzeichnung wie den Nutriscore sowie eine Beschränkung der an Kinder gerichteten Lebensmittelwerbung. Mit Nährwertkennzeichnung und Lebensmittelwerbung will sich BM Klöckner aber erst nachrangig befassen, was wir sehr bedauert haben. Hier geht unser Kampf weiter, den wir mit den anderen Fachgesellschaften abgestimmt führen werden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Thomas Fischbach
51069 Köln
E-Mail: Thomas.Fischbach@uminfo.de
Präsident BVKJ

Red.: ReH

Optionen pädiatrischer Tätigkeit

Aus der Praxis in ein MVZ am Krankenhaus



Dr. med. Bernd Dieter Fenne

Vorbemerkung

Die meiste Zeit meines beruflichen Lebens habe ich gemeinsam mit einem Freund in einer Gemeinschaftspraxis gearbeitet. Aus gesundheitlichen Gründen und altersbedingt wollte mein Kollege seinen Praxisanteil abgeben. Daher beschlossen wir, unsere beiden Sitze zu verkaufen.

Letztendlich übernahm eine Kollegin einen Praxisanteil, der andere Sitz wurde vom MVZ des konfessionellen Krankenhauses vor Ort übernommen. Aus vertragsrechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass der Inhaber des Sitzes noch für eine gewisse Zeit im MVZ arbeitet – so kam ich also eher unfreiwillig zu meiner Tätigkeit dort: Für zunächst 31 Wochenstunden. Insgesamt habe ich zweieinhalb Jahre dort gearbeitet – von den niedergelassenen Kollegen in der Stadt mit Vorbehalt und Skepsis beobachtet.

Das Krankenhaus bietet alle Möglichkeiten der klinischen Versorgung einschließlich einer Level-1-Neonatalogie. Dem Haus angegliedert war ein großes Fachärzteezentrum, in dem mehrere niedergelassene Fachrichtungen (HNO, Urologie, Orthopädie, Radiologie, Phlebologie) tätig waren. Ein kleines Ärztehaus mit Arbeitsmedizin, Gynäkologie, Dermatolo-

gie und Laboratoriumsmedizin befindet sich auch auf dem Gelände des Krankenhauses. Das Fachärzteezentrum wird z. Zt. in ein MVZ des Krankenhauses überführt.

Das MVZ

Die schönen und hellen Räumlichkeiten des MVZ liegen in einem modernen Neubau mit externer Augenarztpraxis, einer hausärztlichen Internistin, einem Dialyse-Zentrum, einem ambulanten Operationszentrum, einer pulmonologischen und einer onkologischen Praxis – alle aus dem angrenzenden Krankenhaus. Im MVZ bestand bereits ein pädiatrischer Sitz, mit meinem Sitz kam ein weiterer hinzu, für den noch andere Kolleginnen/Kollegen vorgesehen waren: Pädiatrische Kardiologie, Neuropädiatrie, pädiatrische Endokrinologie.

Der ärztliche Leiter des MVZ war der Nephrologe, sehr erfahren, einfühlsam und engagiert. Der Verwaltungsleiter kam aus dem Krankenhaus. Alle MFA des MVZ unterstanden einer leitenden MFA aus dem Krankenhaus, wir Ärzte hatten keine Weisungsbefugnis den MFA gegenüber.

Die pädiatrische Praxis

Die Arbeitszeit von allen Mitarbeitern wurde mit der Stempeluhr erfasst und dokumentiert, Überstunden mussten von der leitenden MFA genehmigt werden, eine „Sachbearbeitungszeit“ gab es nicht. – Die Arbeitszeit war überschaubar.

Die Terminvergabe und der Kontakt mit der Praxis erfolgte und erfolgt über ein Call-Center in einer anderen Stadt – trotz unserer heftigen Gegenwehr. Hausbesuche waren nur sehr eingeschränkt möglich, auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Indikation eng gefasst wurde. Die Terminplanung war nicht immer einvernehmlich möglich, da das letzte Wort die leitende MFA hatte.

Die Zusammenarbeit mit dem Kinderzentrum des Krankenhauses und der Kinderchirurgie sowie der Zentralen Notaufnahme war immer gut, sie war aber nicht so intensiv und kommunikativ, wie ich mir das gewünscht hätte: Die Überleitung von Kindern in die Praxis hätte manchmal besser und geplanter erfolgen können. Auch bestanden gelegentlich Differenzen über die Versorgung chronisch kranker Kinder und von Notfällen.

Die Möglichkeit der Fortbildung war sehr gut, ebenso die Möglichkeit, Eltern zu informieren/weiterzubilden. Die Selektivverträge waren schwierig zu implementieren. Die GUV-Abrechnung war in der Praxis nicht möglich, da das nur den Unfallchirurgen im Haus erlaubt war. Jeder Kindergarten-Unfall musste in die zentrale Notaufnahmegeschick werden.

Auf die Abrechnung hatten wir wenig Einfluss (was sehr ungewohnt war) – das oblag den MFA. Es war immer alles „im Fluss“: Die Zusammensetzung der Praxen und der Mitarbeiter im MVZ änderte sich laufend.

Zusammengefasst:

- Der Umgang und die Zusammenarbeit mit den Patienten, ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und MFA hat immer Spaß gemacht.
- Die Arbeitszeiten können eher eingehalten werden als in einer niedergelassenen Praxis, was natürlich auch immer einen großen persönlichen Anteil hat.
- Ungewohnt war für mich, keine Verantwortung für die MFA zu haben – das letzte Wort hatte immer die leitende MFA.
- Praxisabläufe und Strukturen waren fest vorgegeben und ließen sich nur schwer – wenn überhaupt – ändern.
- Die Handhabung der Isolation von Kindern mit ansteckenden Krankheiten bzw. Kindern, die durch solche

Krankheiten besonders bedroht sind, war unzureichend.

- „Rote Zahlen“ werden ebenso wenig von den Chefs des MVZ hingenommen, wie man sie in der Praxis hingenommen hat – nur: Im MVZ hat man weniger Einflussmöglichkeiten darauf.
- Die Kommunikation mit den mir anvertrauten Patienten über ein Call-Center lehne ich ab.

Mein Fazit

Die Tätigkeit in einem MVZ habe ich als unpersönlicher empfunden als in einer eigenständigen Gemeinschaftspraxis.

Die Vertrautheit mit dem Arzt, mit den Mitarbeitern der Praxis kann der Patient in der Praxis besser und intensiver aufbauen. Außerdem zählt, so habe ich den Eindruck, für die Patienten mehr, dass sie einen Arzt ihres Vertrauens (gefunden) haben als die Möglichkeit, mehrere Fachärzte an einem Ort aufsuchen zu können. Auf dem Land sieht das ggf. ganz anders aus!

- **Für die bereits Niedergelassenen:** Habt keine Angst vor einem MVZ!
- **Für die, die sich niederlassen wollen:** Auch und gerade eine Gemeinschaftspraxis kann man so organisieren, dass alle zufrieden sind und Lebensqualität

haben: Die Patienten, die Mitarbeiter und die Ärztinnen/Ärzte.

- **Für die, die angestellt arbeiten wollen:** DAS MVZ gibt es nicht!

Nachtrag: Das Krankenhaus, zu dem „mein“ MVZ gehört, betreibt inzwischen vier MVZ.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Bernd Dieter Fenne
31134 Hildesheim
E-Mail: info@fennewilcken.de

Red.: WH

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND SACHSEN-ANHALT

Termingerecht findet vom 13.08. bis 03.09.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seines Stellvertreters, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 03.09.2018 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Roland Achtzehn, Wanzleben
Landesverbandsvorsitzender

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG

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

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

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

Dr. med. Roland Fressle, Freiburg
Landesverbandsvorsitzender

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

„BKK STARKE KIDS“

Bundesweite Neueinführung des Moduls „PädExpert®“ zum 01.07.2018 // „BKK STARKE KIDS“ wurde gemeinsam vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und den Betriebskrankenkassen entwickelt. Das Gesundheitsprogramm (www.bkkstarkekids.de) für Kinder und Jugendliche bis 17 Jahren erfreut sich seit dem 01.10.2015 sehr großer Beliebtheit, sowohl bei Kinder- und Jugendärzten als auch bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern. Über 5.000 teilnehmende Kinder- und Jugendärzte und rund 330.000 Kinder und Jugendliche von 66 teilnehmenden Betriebskrankenkassen (über 2/3 davon bundesweit) verdeutlichen die Attraktivität und hohe Akzeptanz des Vertrages.

BKK STARKE KIDS“ ist seit dem 01.07.2018 bundesweit um das telemedizinische Expertenkonsil „PädExpert“ ergänzt worden. Seltene und chronische Erkrankungen treten bei Kindern und Jugendlichen immer häufiger auf. In vielen Fällen muss ein fachärztlicher Schwerpunkt-Pädiater als Experte hinzugezogen werden. Angesichts langer Wartezeiten auf Facharzttermine, in ländlichen Gebieten auch angesichts weiter Anfahrtswege für Patienten, können auf diese Weise Arztbesuche beim Spezialisten eingespart werden, ohne dass dadurch ein Qualitätsverlust in der Behandlung entsteht.

Bei „PädExpert“ fungiert ein **hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt als Lotse** und zieht bei chronischen und/oder seltenen Erkrankungen virtuell einen spezialisierten Schwerpunktpädiater, Dermatologen oder Kinder- und Jugendpsychiater für Diagnostik und Therapieplanung hinzu. In Zeiten der Digitalisierung ist die Expertise der Spezialisten nicht mehr an den Standort der Praxis oder Klinik gebunden. Die notwendigen Informationen können per Internet zwischen Kinder- und Jugendarzt und Pädiatrie-Experte ausgetauscht werden, dieser

kann die Daten auswerten und Hinweise für die Diagnosestellung oder das weitere Vorgehen in der Therapie geben.

Bisherige Erkenntnisse im Rahmen eines Pilotversuches in Bayern zeigen, dass die Dauer, bis ein Besuch in einer Facharztpraxis stattfinden kann, etwa 25 Tage vergehen, während bei „PädExpert“ bereits nach rund 8 Tagen eine verlässliche Einschätzung und Empfehlung zur Erkrankung des Kindes vorliegt.

Statement BVKJ

„Als Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte liegt uns das Wohl der Kinder und Jugendlichen sehr am Herzen. Wir freuen uns, den Eltern im Rahmen von „BKK STARKE KIDS“ das telemedizinische Modul „PädExpert®“ anbieten zu können. Damit kann in kurzer Zeit eine kinderfachärztliche Expertise eingeholt werden, ohne dass die Eltern mit dem Kind den Spezialisten persönlich aufsuchen müssen. Fahrtkosten und der damit verbundene Zeitaufwand fallen weg, gleichzeitig lässt sich die Zeit der Ungewissheit, bis die fachärztliche Einschätzung beim Kinder- und Jugendarzt vorliegt, deutlich verkürzen.“

Eine telemedizinische Beratung kommt für Indikationen in Betracht, bei denen eine persönliche Patientenvorstellung beim pädiatrischen Facharzt nicht **zwingend** notwendig ist. „PädExpert“ beinhaltet insgesamt 14 Module, u.a. Autoimmunerkrankungen, Asthma und Rheuma.

Aktuell neu konzipiert wurden die Module zu den Indikationen „Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen“ und „Depressionen im Kindes- und Jugendalter“. Das Modul „Depressionen im Kindes- und Jugendalter“ soll die Sensibilität von Kinder- und Jugendärzten für das Vorliegen einer depressiven Störung erhöhen. Für dieses Modul konnten die Kinder- und Jugendpsychiater gewonnen werden. Das Modul „Kopfschmerzen“ ist auch deshalb so relevant, da sich gerade im Kindes- und Jugendalter hinter solchen somatischen Symptomen unerkannte Depressionen verbergen können.

Weitere Informationen finden sich auf der Homepage www.paedexpert.de.

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Politforum des BVKJ zum Thema Psychosomatik – „Wenn die Psyche leidet, leidet auch oft der Körper“

Das 18. Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik des BVKJ e.V. fand unter dem Motto „Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter“ am Mittwoch, den 13. Juni 2018, von 15 bis 17 Uhr in der „Vertretung des Landes Bremen“ in Berlin statt.

Durch die Diskussion und die anschließende Fragerunde führte sehr kompetent die Moderatorin und Fachjournalistin **Sabine Rieser**.

Vortrag des Präsidenten zum Thema Psychosomatik

Nach der Begrüßung durch die Bevollmächtigte des Landes Bremen, Ulrike Hiler, berichtete Dr. Fischbach zu Beginn des Politforums eindrucksvoll von einer Vormittagssprechstunde seiner Solinger Praxis: „Da ist zum Beispiel Valentin, fünf Monate, jede Nacht wacht er mehrmals auf und schreit und schreit und lässt sich nicht beruhigen. Die Eltern, die lange auf ein Kind gewartet haben und alles richtig machen wollen, sind verzweifelt ... Oder Clara, 15, mit einem angeborenen Herzfehler geboren und als Säugling operiert. Sie braucht täglich Medikamente. Aber nun verweigert sie diese plötzlich. Ihre alleinerziehende Mutter hat neulich entdeckt, dass Clara sich die Unterarme ritzt. Fast jeden Tag hat sie frische Wunden.“

Hieran zeige sich: „Wenn die Psyche leidet, leidet auch oft der Körper und reagiert mit Stresssymptomen und Schmerz. Und umgekehrt: körperliche Krankheiten und Schmerzen, aber auch ungünstige soziale und ökologische Umweltbedingungen und körperliche Krankheiten erzeugen Stress und können die Seele krank machen.“ Kinder- und Jugendärzte haben heute fast jeden Tag mit psychosomatischen Leiden zu tun, so Dr. Fischbach weiter. Damit sei die psychosomatische Grundversorgung eine hochak-

tuelle Aufgabe der Kinder- und Jugendmedizin.

30 Prozent der jungen Patienten mit Hinweise auf psychosomatische Störungsbilder

Bei zehn bis 30 Prozent der jungen Patienten finden sich heute Hinweise auf psychosomatische Störungsbilder. 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren können einer Risikogruppe von psychischen Auffälligkeiten zugeordnet werden.



Foto: © social & art tv

Als Ursachen für die erhöhten Zahlen nannte der Präsident unter anderem folgende Faktoren: Eltern trennen sich häufiger als noch vor einer Generation, viele Kinder wachsen in von Armut geprägten Verhältnissen ohne adäquate Entwicklungsanregungen, dafür aber mit unkontrolliertem Medienkonsum auf, neue Formen von Gewalt wie etwa Cybermobbing sind entstanden.

Ein weiterer Grund: „Chronisch kranke Kinder überleben dank des medizini-

schen Fortschritts, aber sie müssen mit ihren Einschränkungen zurechtkommen. Auch dies kann zu psychosomatischen Störungen und auch Krankheiten führen.“

Seit den 1980er Jahren beschäftigen sich Kinder- und Jugendärzte intensiv mit der psychosomatischen Medizin. Aus den USA kamen damals familientherapeutische Ansätze, Schriften der in den 1930er Jahren ins Exil gegangenen, ermordeten oder verbannten Autoren wie Antonovsky, Bettelheim und Korczak wurden neu entdeckt. Die jüngeren Ärzte bemühten sich zunehmend um eine ganzheitliche Betrachtungsweise ihrer Patienten.

Wichtige Wegbereiter waren der Kinderarzt und Psychotherapeut Gerd Biermann und Theodor Hellbrügge, der erste Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie und Gründer des Kinderzentrums München. Auf Basis der von der Bundesärztekammer herausgegebenen Texte zur Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen gründeten Kinder- und Jugendärzte überall in Deutschland Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen, die sich der Psychosomatik widmeten.

Neue neurowissenschaftliche Erkenntnisse, etwa die zur frühkindlichen Bindung, gewannen an Einfluss. Dr. Fischbach: „Man erkannte zunehmend, wie wichtig das Befinden der Mutter während der Schwangerschaft, die Geburt, die Interaktion zwischen den Eltern und dem Säugling, die liebevolle Entwicklungsanregung im Elternhaus für das Wohlbefin-

den des Kindes sind. Je sicherer ein Kind gebunden ist, je verlässlicher es Emotionen wahrnehmen kann, desto mehr Resilienz kann das Kind entwickeln.“

Was aber kann getan werden?

Kinder- und Jugendärzte, so der Präsident weiter, setzen sich seit Jahren für bessere Lebens- und Bildungschancen, besseren Kinderschutz und bessere Kitas und Schulen ein: „Aber unsere Hauptaufgabe in den Praxen bleibt dafür zu sorgen, dass die Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, das gestörte Essverhalten, das Ritzen und die vielen anderen psychosomatischen Störungsbilder nicht chronifizieren und das weitere Leben der Patienten und ihrer Familie prägen und Beziehungen belasten. Dafür stehen uns als Mittel zunächst kompetent geführte therapeutische Gespräche zur Verfügung. In vielen Fällen helfen sie schon den Familien; wo nicht, verweisen wir auf entsprechende professionelle Beratungs- und Therapieangebote.“

Doch trotz Qualitätszirkeln, Fortbildungen und psychosomatischer Arbeitskreise seien die Voraussetzungen, um den Patienten und ihren Familien zu helfen, mangelhaft, kritisierte der Präsident, der wie auch auf der Pressekonferenz zum Thema klare Worte an Politik und Presse richtete: „Wir Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen sind in Folge der chronisch mangelhaften Versorgungsplanung der Politik zur Zeit mehr als überlastet. Kommt dann noch eine Infektwelle wie im Winter dazu, bleibt kaum Zeit, uns mit den Sorgen und Nöten psychosomatisch erkrankter Patienten zu beschäftigen.“

Konkrete Forderungen hat der BVKJ in diesem Zusammenhang auch:

- eine bessere Versorgungsplanung mit neuen Kassensitzen mit neuem Geld in schlecht versorgten städtischen und ländlichen Gebieten
- eine Aufhebung der Budgetierung
- die Befreiung von zeitfressenden sinnlosen Arbeiten wie Infektfreiheitsbescheinigungen für Kitas und Schulen und weiterem ausuferndem Bürokratiewahn
- Und: Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen muss obligatorischer Teil der Weiterbildung werden für den pädiatri-

schen Nachwuchs. Leider habe es der 121. Deutsche Ärztetag in diesem Jahr in Erfurt vorgezogen, sich mit einem unter Federführung der Landesärztekammer Westfalen-Lippe eingebrachten entsprechenden Antrag nicht einmal zu befassen.

Lebendige Podiumsdiskussion – „Wir sind mehr als Vorsortierer!“

Bei der anschließenden Podiumsdiskussion äußerten sich die Diskutanten zu zahlreichen weiteren Facetten des Themas. **Dr. med. Gundolf Berg**, Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP), plädierte dafür, die psychosomatische Versorgung in die Hand von Experten zu legen: „Empathie reicht hier nicht aus!“ Er kritisierte, dass viele der Kinder und Jugendlichen, die dies eigentlich bräuchten, gar nicht bei den Kinder- und Jugendpsychologen und -psychiatern ankämen. Dr. Berg plädierte unter anderem für Kompetenzzentren, die die Versorgung der Betroffenen umfassend organisieren. Als positiv erachtete er, dass die Stigmatisierung von psychosomatisch Erkrankten – auch durch Veranstaltungen wie diese – beendet werde.

Dr. med. Alfred Freund, Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), stellte klar: „Wir Kinder- und Jugendärzte können mehr sein als Vorsortierer!“ Er betonte, dass man aber auch ausreichend Zeit für die Auseinandersetzung mit psychosomatischen Fragen benötigt.

Prof. Dr. med. Volker Mall, Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie, Kinderzentrum München betonte, dass psychische und somatische Erkrankungen immer schwieriger voneinander zu trennen seien. Er plädierte dafür, dass Psychosomatik in der Aus- und Weiterbildung eine noch größere Rolle spielt und „direkt am Patienten, nicht primär im Hörsaal“ stattfindet.

Prof. Dr. med. Gernot Sinnecker, Präsident des Verbands Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD), meldete sich aus dem Publikum zu Wort und betonte, dass die Psychosomatik bereits Teil der ärztlichen Weiterbildungsordnung sei, dies aber nicht überall entsprechend umgesetzt werde.

Die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, **MdB Maria Klein-Schmeink**, äußerte sich sehr positiv zur Rolle der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Neben diesen seien aber auch die Sozialpädagogen und die Kinderpsychologen und -psychiater gefragt – manche Akteure seien jedoch bei der notwendigen Vernetzung schnell überfordert, was sich ändern müsse, so die politische Expertin.

Die Podiumsteilnehmer plädierten in diesem Zusammenhang dafür, dass auch die finanziellen Fragen besser geklärt werden müssten. Nehme ein Kinder- und Jugendarzt beispielsweise an einem Austausch mit Experten der Kinder- und Jugendhilfe teil, so müsste auch der Praxisausfall vergütet werden

Maria Klein-Schmeink räumte ein, es gäbe noch vieles zu regeln: eine neue Versorgungsplanung für mehr Kinder- und Jugendärzte, ein Ende von Behandlungsbrüchen und z.B. eine Lösung, wenn Ziffern fehlten wie bei Komplexbehandlungen von Kindern psychisch kranker Eltern: „Wir können hier auch von den skandinavischen Ländern lernen, wo die Schulen generell mit Schulsozialarbeitern ausgestattet sind und wo ein Unterstützungsbedarf früh definiert wird.“

Weitere Informationen zum Thema:

- Ein Kurzvideo zum Politikforum können Sie hier ansehen: https://www.bvkj.de/fileadmin/video/Fachtagung_Psychosomatik.mp4
- Die Schwerpunktbroschüre „Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter“ kann im BVKJ-Shop bestellt werden unter www.bvkj-shop.de/
- Das Papier Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Stellungnahme der medizinischen Fachverbände für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ können Sie nachlesen unter www.bvkj.de

Korrespondenzadresse:

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

Der Honorarausschuss informiert

Pädiatrische Fallvignette 6

Schwerpunkthema // Stumpfes Bauchtrauma mit Schädelprellung



**Dr. med.
Wolfgang Landendörfer**

Fallbeschreibung:

Ein 22 Monate altes Kleinkind stürzt unter unklaren Umständen auf dem Freigelände der KITA vom Klettergerüst aus 1m Höhe auf Sandboden. Vorstellung in der Praxis in Begleitung der berufstätigen Mutter, die hierfür die Erwerbstätigkeit unterbrechen musste.

Befund:

Weinendes, sich auf dem Arm der Mutter anklammerndes Kleinkind, gibt selbst keine Auskunft

Bei eingeschränkter Beurteilbarkeit neurologisch in allen Qualitäten unauffälliges Kind ohne Hinweis auf Gleichgewichts- oder Koordinationsstörung
Prellmarke an der rechten Schläfe, keine weiteren äußeren Verletzungen sichtbar.
Palpation des Abdomen bei heftiger Gegenwehr kaum möglich

Maßnahmen:

Neurologische Untersuchung mit Prüfung von Gleichgewicht und Koordination

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in €
Primärversorgung:	125	Unfallbericht nach Muster F1050	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	6	Umfassende Untersuchung	15,66
	826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	7,38
	412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bis zum 2. Geburtstag	20,88
	420 x 3	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	5,96 x 3
	401	Zuschlag Duplexsonographie	25,17
	404	Zuschlag bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse	15,74

Erläuterung: Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden.
Die Untersuchungs- und Beratungsleistung darf in diesem Fall als umfassende Untersuchung nach GOP 6 (15,66 €) erfolgen, weil es sich um eine Kopfverletzung mit besonderem Untersuchungsaufwand handelt.
Die sonographische Untersuchung des Abdomens ist bei unklarem Unfallhergang zum Ausschluss einer Milz-/Leberuptur indiziert.
Die sonographische Untersuchung des ZNS nach GOP 412 ist bis zum zweiten Geburtstag möglich und kann – im Gegensatz zur GOÄ – auch transkranial erfolgen, falls die große Fontanelle bereits geschlossen ist. Die GOP 412 „ersetzt“ als höher bewertete Ziffer die GOP 410, so dass für die Untersuchung des Abdomens die GOP für Folgeorgane (3x GOP 420) zum Ansatz kommt.
Die Fremdanamneseerhebung in der KITA kann in der UV-GOÄ leider nicht abgerechnet werden, weil es in der UV-GOÄ die GOP 4 Fremdanamneseerhebung nicht gibt.

In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel eine Abrechnungssumme in Höhe von **111,89 €**.

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Sonographie des Abdomens und des Schädels
Ganzkörperuntersuchung
Fremdanamneseerhebung über Unfallgeschehen in der KITA durch MFA

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Pädiatrische Fallvignette 7

Schwerpunkthema // Fremdkörperentfernung Nase

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in €
Primärversorgung:	125	Unfallbericht nach Muster F1050	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	143	Kinderkrankenpflege-Verletztengeld	2,96
	1	Symptomorientierte Untersuchung	6,71
	1427	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Naseninneren	7,08
	602	Pulsoxymetrie	11,33
Erläuterung:	<p>Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden.</p> <p>Die GOP 143 bezieht sich eigentlich auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Erwachsenenbehandlung. Die GOP 143 darf auch für die Ausstellung der Bescheinigung zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes verwendet werden.</p> <p>Die GOP 1427 ist nur einmal abrechenbar; unabhängig von der Anzahl der Versuche und vom Erfolg.</p> <p>Die Pulsoxymetrie kann als ergänzende Untersuchung zum Aspirationsausschluss nach GOP 602 angesetzt werden.</p> <p>In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel eine Abrechnungssumme in Höhe von 37,26 €.</p>		

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Fallbeschreibung:

Dreijähriges Kind steckt sich in der KITA unbeobachtet eine Plastikperle in das linke Nasenloch.

Vorstellung in der Praxis in Begleitung der berufstätigen Mutter, die hierfür die Erwerbstätigkeit unterbrechen musste.

Befund:

Weinendes Kleinkind, wehrt sich heftig gegen Inspektion des Nasengangs,

gibt selbst keine Auskunft über Art des Fremdkörpers.

Blau schimmernde Perle mit zentraler Bohrung im unteren linken Nasengang

Maßnahmen:

Symptomzentrierte Untersuchung der Nase, tiefe Racheninspektion, Auskultation + Pulsoxymetrie z.A. Fremdkörperaspiration

Extraktion der Perle mittels Knopfsonde im zweiten Versuch im Abstand von 10 Minuten

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendörfer

90482 Nürnberg

E-Mail: praxis@dr-landendoerfer.de

Red.: WH

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

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

(02 21) 6 89 09 21



Die Kinderkommission des Bundestages nimmt wieder ihre Arbeit auf

Bereits zum neunten Mal hat die Kinderkommission wieder ihre Arbeit aufgenommen. Auf deren Homepage heißt es dazu: „Als Anwältin der Kinder und Jugendlichen ist die Kinderkommission auch Ansprechpartnerin für Verbände und Organisationen sowie Eltern und Kinder.“ Entsprechend ist die Kinderkommission auch in dieser Legislaturperiode wieder ein wichtiger Ansprechpartner für den BVKJ.

Historie

Die Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission oder kurz: KiKo) gibt es seit 1988. Sie ist ein Unterausschuss des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das bedeutet, sie ist kleiner als der Ausschuss selbst und hat die Aufgabe der Interessenvertretung für Kinder und Jugendliche. Alle ordentlichen Mitglieder der Kinderkommission sind ebenfalls im Familienausschuss vertreten und haben damit einen Zugang zum parlamentarischen Aktionsfeld, den nur ein Ausschuss bieten kann.

Zusammensetzung und Arbeitsweise

Die neue Kinderkommission setzt sich wie folgt zusammen:

- Bettina M. Wiesmann, CDU, Vorsitzende
- Susann Rührich, SPD (war bereits in der letzten Legislaturperiode dabei)

- Johannes Huber, AfD
- Matthias Seestern-Pauly, FDP
- Norbert Müller, DIE LINKE (war ebenfalls in der letzten Legislaturperiode dabei)
- Sven Lehmann, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die Mitglieder der Kommission wechseln sich im Vorsitz ab. Entsprechend der Fraktionsstärke ist die Abgeordnete Wiesmann die erste Vorsitzende. Sie erklärt zur konstituierenden Sitzung am 6. Juni 2018: „Sechs Fraktionen werden ihre Themen einbringen und so erwarte ich eine große Vielfalt an Fragen, denen die Kinderkommission nachgehen wird, um den Schutz, die Förderung und die Beteiligung von Kindern in Deutschland zu sichern. Mir liegen während meines Vorsitzes vor allem zwei Fragen am Herzen: Wie können wir Kindern in familiengerichtlichen Verfahren gerecht werden? Und: Wie können wir die Chancen der digitalisierten Gesellschaft ohne Risiken für die Kinder wahrnehmen, damit sie weiterhin frei und chancenreich aufwachsen können?“

Erste Themen

Die beiden ersten Sitzungen widmeten sich einem Expertengespräch zum Thema „Qualitätssicherung in Kindschaftsverfahren: Qualifizierung von Familienrichtern, Sachverständigen und Verfahrensbeiständen“. Auch die DAKJ hat kürzlich auf Initiative des BVKJ hin die Kinderkommission angeschrieben, weil wir gerne einmal gemeinsam zu allen aktuellen Fragen der Kinder- und Jugendmedizin vorsprechen würden. Eine Antwort steht bislang (Stand 28.6.18) noch aus, wir werden berichten.

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser
Politische Referentin des BVKJ
10115 Berlin
E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.:WH

Vier-Ländertreffen (Schweiz, Deutschland, Frankreich, Österreich)

im Rahmen der Jahrestagung der ÖGKJ/Linz

Samstag, 29. September 2018, 09.00-10.30
Ort: Hauptsaal des Design Centers Linz, Europaplatz 1, A-4020 Linz/Österreich

„Pädiatrische Primärversorgung im Jahr 2018 in Europa – wohin führt der Weg?“

Nationale(s)-Gesundheitssystem – päd. Primärversorgung – Spezialgebiete in der päd. Praxis – päd. Zukunftsperspektiven

Vorsitz: Ariane Biebl/Linz, Wilhelm Sedlak/Linz

Themen:

- Vorstellung der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme mit Perspektiven durch die nationalen Pädiatrieverbände
- Wie sieht die Primärversorgung in den einzelnen Ländern aus?
- Vergleich der Untersuchungen in der täglichen Praxis
- Was sind die Zukunftsperspektiven für Pädiater in der Praxis in Europa,

Schweiz

Jan Cahlik, Schweizer Berufsverband,

Deutschland

Prof. Ronald Schmid, Vizepräsident BVKJ

Frankreich

Andreas Werner, Chef der Niedergelassenen FR (deutsch)

Österreich

Peter Voitl, Wien

Organisation:

Wilhelm Sedlak, Linz ECPCP
(EUROPEAN CONFEDERATION OF PRIMARY CARE PAEDIATRICIAN)

Red.: WH

Die kinder- und jugendärztliche Versorgung in NRW sichern

BVKJ-Delegation bei NRW-Gesundheitsminister Laumann

Am 12. Juli 2018 trafen sich im Landtag NRW in Düsseldorf Gesundheitsminister Karl Josef Laumann (CDU) und Funktionsträger des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) zum Gedankenaustausch. Für den BVKJ nahmen der Präsident Dr. Thomas Fischbach sowie die beiden nordrhein-westfälischen Landesverbandsvorsitzenden Christiane Thiele (LV Nordrhein) sowie Dr. Burkhard Lawrenz (LV Westfalen-Lippe) teil. Das wichtigste Thema des Gesprächs war die zukünftige Sicherstellung der pädiatrischen Patientenversorgung angesichts der demographischen Entwicklung (Anstieg der Geburtenzahlen vs. Überalterung Fachgruppe der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte). Der Minister sprach sich klar für eine ambulante pädiatrische Versorgung aus. Die Vertreter des BVKJ plädierten für eine explizite Berücksichtigung des Fachgebietes im Masterplan 2020 (Vertiefungsabschnitt Primary Care) sowie eine bessere finanzielle Förderung der



v.l.n.r. Dr. Burkhard Lawrenz, Christiane Thiele, Minister Karl Josef Laumann, Dr. Thomas Fischbach

ambulanten pädiatrischen Weiterbildung – am besten in Weiterbildungsverbänden. Hierzu müssten die Förderstellen ausgeweitet und die Fördermittel prioritär den grundversorgenden Fachärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches zur Verfügung stehen. Dies

haben jedoch die Kassenärztlichen Vereinigungen entgegen dem Gesetzessinn unterlaufen und die Förderung nahezu allen Facharztgruppen geöffnet. Bei dem Gespräch machten die Kinder- und Jugendärzte dem Minister deutlich, dass die Politik den Begriff „Grundversorger“ rechtsverbindlich und präzise definieren muss, um eigenmächtige Interpretationen wie die der KV zu verhindern. Dieses Ansinnen stieß bei Minister Laumann auf offene Ohren. Des Weiteren will sich der Minister für eine Verbesserung der Impfraten insbesondere gegen Masern einsetzen. Hierzu entwickelt sein Haus derzeit eine Kampagne, die insbesondere die Gebiete in NRW erreichen soll, in denen die Impfraten besonders schlecht sind. Der BVKJ soll hier vorneweg mit eingebunden werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach
BVKJ-Präsident

Red.: ReH

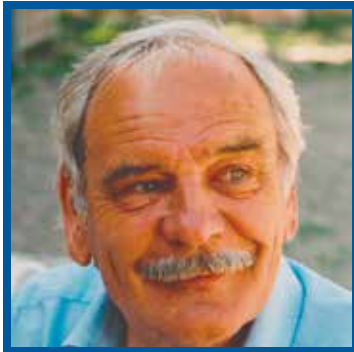
ERRATUM

Im Programmheft zum 46. Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb hat sich auf S. 54 bei den Referenten der Druckfehlerteufel eingeschlichen.

Bei der Referentin Dr. med. Shahrzad Bakhtiar muss es richtig heißen:

Universitätsklinik Frankfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Stammzelltransplantation und Immunologie,
Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt

Das Fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter



Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr

Vor gut 40 Jahren beschrieben Jones und Smith (1) aus dem Dysmorphology Department, Seattle USA, ein auffällig ähnliches Muster kraniofazialer Anomalien und zentralnervöser Dysfunktionen an elf Kindern, deren Mütter chronisch alkoholkrank waren und während der Schwangerschaft getrunken hatten.

Sie prägten den Begriff „fetal alcohol syndrome“ (FAS) und dokumentierten damit ein Krankheitsbild, das durch ein auffälliges Gesicht (kraniofaziale Dysmorphie), eine Wachstumsretardierung, eine verzögerte psychomotorische Reifung und eine gestörte geistige Entwicklung charakterisiert ist. Durch diese Veröffentlichung im „Lancet“ 1973 wurde das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) weltweit bekannt und bald als eine der wichtigsten Ursachen für eine angeborene geistige Entwicklungsstörung erkannt! Gleichwohl war dieses Syndrom schon 1968 unabhängig auch von französischen Autoren beschrieben, aber wissenschaftlich nicht hinlänglich wahrgenommen worden (2).

Der erste wissenschaftliche Hinweis auf pränatale Alkoholschäden stammt aus dem Jahr 1899 von dem Liverpoolscher Gefängnisarzt William Sullivan, der festgestellt hatte, dass Trinkerinnen, die schon Totgeburten und geschädigte Kinder zur Welt gebracht hatten, in der erzwungenen Abstinenz des Gefängnisses wieder gesunde Kinder gebären konnten (3).

Es gibt inzwischen zahlreiche Publikationen zur Inzidenz und Prognose, zum klinischen Bild und dem langzeitigen Entwicklungsverlauf (4–8). Trotz intensiver klinischer und vor allem tierexperimenteller Forschung ist die Ursache der intrauterinen Alkoholschädigung bis heute nicht eindeutig geklärt. Zahlreiche tierexperimentelle, klinische vor allem chromosomale, hormonelle und neuropathologische Einzelbefunde sind bisher publiziert worden, ohne dass eine überzeugende Pathogenese formuliert werden konnte. Eine interessante neuere Studie weist auf eine durch eine Transmitterstörung verursachte apoptotische Neurodegeneration als mögliche Ursache für die Entstehung des Fetalen Alkoholsyndroms hin (9).

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist zum einen, auf ein relativ häufiges Krankheitsbild aufmerksam zu machen, das durch die Vielgestaltigkeit seiner Symptome unterdiagnostiziert wird, und andererseits auf seine noch ungenügend bekannten persistierenden Folgen im Erwachsenenalter hinzuweisen.

Definitionen und klinisches Bild

Der teratogene Effekt des Alkohols auf den sich entwickelnden Fetus stellt ein Spektrum struktureller Anomalien, neurokognitiver Störungen und Verhaltensauffälligkeiten dar, die heute mit dem Terminus Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD) zusammengefasst werden (10). Die am stärksten betroffenen Kinder des Spektrums mit einem voll ausgeprägten Phänotyp werden als **Fetales Alkoholsyndrom (FAS)** bezeichnet. Die Diagnosestellung eines FASD bei Kindern und bei Adoleszenten ist für viele Ärzte in der täglichen Praxis oft schwierig, sodass zahlreiche Betroffene unentdeckt bleiben.

Die Schwierigkeit der Diagnosestellung liegt unter anderem daran, dass dem Syndrom ein richtungsweisendes, pathognomonisches diagnostisches Symptom fehlt und weder die Mütter noch die Umgebung in den Familien den chronischen Alkoholmissbrauch und seine Gefähr-

dung für den Fetus erkennen (11). Darüber hinaus ist Alkoholmissbrauch in der Öffentlichkeit und auch bei Ärzten oft noch zu stark tabuisiert, sodass die entsprechenden Verdachtsmomente auf eine Störung durch Alkoholabusus ausbleiben. In der Regel werden nur ausgeprägte Formen des FAS erkannt, unter anderem, weil die Mütter häufig schon in der Geburtsklinik als chronische Alkoholikerinnen diagnostiziert werden.

Sehr viel größere Schwierigkeiten stellt die Diagnose der weit häufiger vorkommenden Kinder mit geringeren phänotypischen Merkmalen dar, bei denen ein **partielles FAS (pFAS)** vorliegt. Leitsymptome sind Kleinwuchs, gering ausgeprägte Zeichen der sogenannten kraniofazialen Dysmorphie, unterschiedlich stark ausgeprägte Entwicklungsbeeinträchtigung mit psychopathologischen Symptomen sowie eine positive Anamnese für einen Alkoholmissbrauch durch die Mutter während der Schwangerschaft.

In Deutschland war das Syndrom erstmals von Majewski (6) zu Beginn der 1990er-Jahre beschrieben worden, der damals den heute in Deutschland nicht mehr gebrauchten Begriff der „Alkohol-embryopathie“ geprägt hatte.

Das Krankheitsbild ist neben seiner klinischen Relevanz auch von großer sozioökonomischer Bedeutung. In einer US-amerikanischen Publikation wurde 2005 festgestellt, dass die soziale Belastung durch FASD immens hoch ist. Neben dem individuellen Leid kommt es zum Verlust von Produktivität und hohen, teilweise lebenslangen Ausgaben für medizinische Versorgung und Rehabilitationsmaßnahmen. So wurden die jährlichen Kosten für das FASD 1998 in den USA auf etwa 4 Milliarden Dollar geschätzt (5).

Häufigkeit

Es gibt bisher für das Fetale Alkoholsyndrom keine gesicherten Angaben zur Inzidenz oder Prävalenz in Deutschland. Anhand internationaler Vergleichszahlen liegt die **Inzidenz für das FAS wie in allen Industriestaaten bei 0,5 bis 2 betroffene**

nen Neugeborenen /1 000 Geburten (12, 13). Somit ist in Deutschland jährlich mit 600 bis 1200 Neugeborenen mit einem voll ausgeprägten FAS zu rechnen.

Für die gesamte Bandbreite des FASD – also besonders FAS und partielles FAS – ist die Häufigkeit deutlich höher und liegt bei schätzungsweise vier bis sechs betroffenen Kindern auf 1.000 Geburten (12). Insgesamt kommen in Deutschland also jährlich bei konservativer Schätzung circa 3.000 bis 4.000 Neugeborene mit einem FASD zur Welt.

Dies ist eine enorm hohe Zahl und die unentdeckten Fälle sind weit in der Überzahl. Verlaufsuntersuchungen zu Inzidenzen liegen weltweit nicht vor, sodass keine Aussagen über eine mögliche Zunahme der FASD ableitbar sind. Eine scheinbare Zunahme der Prävalenz entsteht durch die erhöhte allgemeine Aufmerksamkeit für dieses Syndrom, sodass heute mehr Kinder als in der Vergangenheit diagnostiziert werden.

Die Diagnosefindung wird durch zwei weitere Faktoren zusätzlich erschwert. Zum einen sind heute viele betroffene Frauen politoxikoman, da sie oft neben dem Alkohol auch Nikotin, Tabletten und die öffentlich eher wahrgenommenen illegalen Drogen missbrauchen. Zum anderen lebt die große Mehrheit der diagnostizierten FASD-Kinder nicht bei ihren Eltern, sondern in Pflege- oder Adoptionsfamilien. Diese Kinder sind in der Regel ihren leiblichen Eltern wegen Vernachlässigung oder Kindsmisshandlung weggenommen worden. Über die Hintergründe der Trennung der Kinder von ihren leiblichen Eltern – nämlich den

chronischen Alkoholmissbrauch – sind die Pflegeeltern in den wenigsten Fällen aufgeklärt. Damit verliert sich vor allem bei älteren Kindern oder Jugendlichen oft die einzige Spur, die zur Diagnose führen könnte. Pflegeeltern tragen die große Last dieses Syndroms.

Sie merken bei allem persönlichen Einsatz, dass die Pflegekinder anders sind, als sie es sich wünschen. Diese Kinder sind nicht nur zu klein, untergewichtig und oft mikrozephal; sie zeigen Essstörungen, motorische Unruhe und ausgeprägte Schlafstörungen in der Säuglingszeit. Mit dem Heranwachsen sind die betroffenen Kinder mit bis zu 60 % ungewöhnlich häufig hyperaktiv, in ihrem Verhalten sprunghaft und unkontrolliert und in ihrer Aufmerksamkeit schwer beeinträchtigt, sodass neben der Intelligenzminderung eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) die am häufigsten zu diagnostizierende Störung ist (14, 15, e1). Wenngleich äußerlich oft wenig auffällig, sind Jugendliche mit FASD möglicherweise aggressiv oder auch depressiv und auf verschiedenste Weise in ihrer Entwicklung beeinträchtigt. So verstehen sie trotz guter Sprachkompetenz auch einfache und vor allem aber komplexe Zusammenhänge nicht, leiden an ihrer fehlenden Bindungsfähigkeit und ihrer Außenseiterrolle und überschreiten nicht selten die ihnen gesetzten Grenzen bis hin zu Gewalttätigkeit und Diebstahl (16, e2). Die schulische Laufbahn ist stark von der meist beeinträchtigten Grundintelligenz abhängig, sodass der Anteil von Schülern auf Schulen für lern- oder geistig Behinderte ungewöhnlich hoch ist. Aber auch

für die Normalbegabten bleibt in vielen Fällen wegen des auffälligen Verhaltens und ihrer Exekutiv-Funktionsstörungen nur der Weg in eine Schule für Lernbehinderte oder verhaltensauffällige Kinder.

Diagnostik

Für eine möglichst günstige Entwicklung der betroffenen Patienten ist eine frühe Diagnosestellung unverzichtbar.

Die früheren US-amerikanischen Leitlinien zur Terminologie der Schädigungen (17, 18) sind in der Zwischenzeit durch eine neuere diagnostische Klassifikation abgelöst worden (4-Digit-Diagnostic-Code), die allerdings nicht in deutscher Übersetzung vorliegt. So werden neuerdings zum FASD nicht nur das klinische Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und das partielle Alkoholsyndrom (pFAS), sondern auch die Sonderform der „Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders“ (ARND) gezählt.

Die Untersuchung nach dem 4-Digit-Diagnostic-Code (19, 20) basiert im Wesentlichen auf der Bewertung von vier Teilaspekten des Syndroms:

1. Liegt bei dem Kind ein Kleinwuchs/Untergewicht vor?
2. Liegt eine kraniofaziale Dysmorphie bei dem Patienten im Sinne auffälliger/ diskreter dysmorpher Stigmata im Gesicht vor?
3. Leidet der Patient an psychiatrischen Störungen mit Hinweis auf strukturelle und funktionelle ZNS-Störungen?
4. Liegt aktuell oder in der Anamnese ein Alkoholabusus der Mutter während der Schwangerschaft vor?



Abb. 1: Acht Monate alter Säugling mit den typischen Zeichen eines FAS (Code-Wert 4/4/4/4)

The 4-Digit Diagnostic Code

S. Astley, St. Clarren

(University of Washington, FAS Diagnostic Network, 3.ed., 2004)

- **Wachstumsstörung** (keine 1, mild 2, moderat 3, signifikant 4)
- **Faziale Dysmorphie** (keine 1, mild 2, moderat 3, schwer 4)
- **ZNS Schädigung** (keine 1, möglich 2, wahrscheinlich 3, definitiv 4)
- **Pränataler Alkohol** (nein 1, unbekannt 2, some risk 3, high risk 4)

entspricht im Wesentlichen der deutschen S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms

(Landgraf & Heinen 2013)

Prof. Dr. med. H.-L. Spohr

Abb. 2: FAS-Diagnostik nach dem 4-Digit Diagnostic Code (Asley & Clarren 2004)

Die Beurteilung erfolgt mithilfe eines umfangreichen Manuals, dem „diagnostic guide for fetal alcohol spectrum disorders“ (20). Die diagnostische Beurteilung der bei den Patienten erhobenen Befunde wird in den jeweiligen Bereichen bewertet, wobei „unwahrscheinlich“ oder „nicht vorhanden“ ein Punkt ergibt, „möglich“ oder „unbekannt“ zwei Punkte, „wahrscheinlich“ drei Punkte und „definitiv“ vier Punkte.

Mithilfe dieses entstandenen Zahlen-codes wird dann die Diagnose formuliert.

Beispiele:

1. **Kleinwuchs/Untergewicht:** Um vier Punkte zu erreichen, müssen mindestens einmal im Leben des Patienten beide Werte für Gewicht und Länge unterhalb der dritten Perzentile liegen.
2. **Kraniofaziale Dysmorphie:** Hier werden im Wesentlichen drei FAS-spezifische Merkmale erfasst, nämlich die Lidspaltenlänge der Augen, ein verstrichenes, eventuell verlängertes Philtrum und ein schmales Oberlippenrot.
3. **Strukturelle und funktionelle ZNS-Störungen:** Ein persistierender Mikrozephalus (Kopfumfang ≤ 3 . Perzentile), ZNS-Malformationen sowie Epilepsie und Zerebralparese werden in den Richtlinien zu den wichtigen strukturellen Störungen gezählt. Funktionelle Störungen werden falls

notwendig mit neuropsychologischen Testverfahren durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen untersucht.

4. **Alkoholmissbrauch durch die Mutter in der Schwangerschaft.** Gemäß den diagnostischen Richtlinien besteht für den Fetus ein Risiko, sofern seine Mutter chronisch Alkohol missbraucht, während der Schwangerschaft ständig getrunken hat oder mindestens einmal pro Woche betrunken war.

Die Beurteilung erfolgt durch den individuell ermittelten Codewert. Der Code 4/4/4/4 entspricht zum Beispiel dem Vollbild eines FAS. Das partielle FAS hat entsprechend weniger Punkte, zum Beispiel 3/3/4/3. Die kraniofaziale Dysmorphie ist bei der Diagnosestellung besonders wichtig, da nur sie spezifisch für das FAS ist. Dieses diagnostische Vorgehen entspricht weitgehend der deutschen S3-Leitlinie für FAS von 2013.

Differenzialdiagnostisch sind nur wenige andere Syndrome mit dysmorphen Symptomen – in der Regel durch einen Humangenetiker – auszuschließen (zum Beispiel Dubowitz-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, Velo-kardio-faziales-Syndrom).

Die Konstellation: „Mikrozephalie und Pflegekind“ sollte beim Pädiater unbedingt den Gedanken an das mögliche Vorliegen eines FAS / FASD auslösen!



Abb. 2: Vierjähriges Mädchen mit einem FAS

Verlaufsstudien

Mit den dargestellten diagnostischen Möglichkeiten kann bei Klein- und Schulkindern heute mit einiger klinischer Sicherheit durch den Kinder- und Jugendarzt die Diagnose gestellt werden. Das Schicksal der betroffenen Adoleszenten und erwachsenen FAS-Patienten ist allerdings bisher unter Ärzten nur ungenügend bekannt (21, 22).

Bislang wurden nur wenige Langzeitverläufe publiziert (14, 15, 16, 23). Besonders intensiv wurden in den USA die Langzeitfolgen von FAS untersucht. Ann Streissguth und ihre Mitarbeiter konnten die persistierenden Langzeitfolgen für Jugendliche und Erwachsene eindrucksvoll belegen.

Bis 1998 waren von dieser Arbeitsgruppe über 400 Patienten mit FAS/FASD diagnostiziert worden. Davon wurden mittels einer Querschnittsuntersuchung insgesamt 90 Patienten im Erwachsenenalter (mittleres Alter 25 Jahre) nachuntersucht (16). Die wichtigsten Befunde waren:

- Bei **90 % der Erwachsenen hatten psychische und andere Gesundheitsprobleme** vorgelegen (bei 61 % vorwiegend in Form von ADHS im Kindes- und Jugendalter und bei den Erwachsenen in circa 50 % der Fälle als Depression).
- **Schulunterbrechungen oder ein vorzeitiger Schulabbruch wegen Lern- oder Verhaltensstörungen hatten bei 60 % der Fälle** bestanden.
- Bei **60 % der Betroffenen war es zu Konflikten mit dem Gesetz** gekommen.
- 50 % der Erwachsenen hatten einen Freiheitsentzug erlitten (23 % wegen psychischer Störungen, 15 % durch stationäre Entzüge bei Alkohol-/Drogenabhängigkeit und 35 % wurden wegen krimineller Straftaten inhaftiert).
- **80 % der über 21-Jährigen benötigten personelle Unterstützung in der Lebensführung.**
- Die erwachsenen FAS-Patienten hatten große Probleme mit der Erwerbstätigkeit und waren zu **70 % arbeitslos und unselbstständig in ihrer Lebensführung.**

In ihrer Studie haben die Autoren auch „**protektive Faktoren**“ beschrieben, die das Ausmaß der persistierenden Langzeitfolgen der intrauterinen Schädigung

begrenzen. Hierzu zählten unter anderem ein Leben in einem **stabilen, fördernden „Zuhause“ für über 70 % der Lebensdauer; die Erstdiagnose vor dem 6. Lebensjahr, keine Gewalterfahrung gegen die eigene Person sowie die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen.**

Auch finnische und schwedische Langzeituntersuchungen sind zu ähnlichen Ergebnissen im Langzeitverlauf gekommen (24, e3, e4).

In Erweiterung der querschnittlichen amerikanischen und skandinavischen Untersuchungen hat unsere **Berliner Arbeitsgruppe** (Steinhausen, Willms, Spohr) über Ergebnisse einer prospektiven Langzeit-Studie zu den Folgen pränataler Alkohol-Exposition in einer altershomogenen Gruppe junger Erwachsener mit FAS und pFAS berichtet, bei denen die Diagnose in früher Kindheit gestellt wurde. Der Verlauf über 20 Jahre erlaubte eine definitive Abschätzung bleibender Behinderungen und Störungen bei den Patienten nach Kindheit und Jugend (22).

In der von den Autoren durchgeführten 20-Jahresverlaufs-Studie konnten sie 37 früher intrauterin alkoholexponierte Kinder evaluieren. Bei 22 dieser Patienten war ein FAS und bei 15 waren pFAS diagnostiziert worden. Entsprechend variierte die Intelligenz von geistig behindert bis Normalbegabung. Die durchschnittliche Dauer des Verlaufs betrug 20,5 (Standardabweichung 2,8) Jahre.

Die Ergebnisse zeigen, dass trotz Rückbildung der charakteristischen kraniofazialen Dismorphie einige FAS-Symptome, speziell der **Mikrozephalus (Kopfumfang auf oder unter der 3. Perzentile) bei der Hälfte der Betroffenen und in geringem Maße auch der Kleinwuchs und die Dystrophie besonders bei männlichen Patienten persistierten.** Gravierende Spätfolgen sind die **bleibenden schweren Verhaltensauffälligkeiten**, die in Verbindung mit der **Intelligenzminderung** nur begrenzte berufliche Qualifikationen und häufig eine Betreuungsabhängigkeit im Erwachsenenalter zur Folge haben. So lebten nur 29,5 % (11 von 37) der erwachsenen Patienten selbstständig, hingegen **70,5 % (26 von 37) in Abhängigkeit beziehungsweise unter Betreuung.** Von den inzwischen jungen Erwachsenen hatten trotz intensiver langjähriger schulischer und beruflicher Förderung **nur 13,5 % (5 von 37) einen Beruf erlernt oder verdienten ihren eigenen Lebensunterhalt; dagegen**

waren 86,5 % (32 von 37) Patienten ohne eine dauerhafte Beschäftigung und ohne Berufsausübung. Diese Befunde entsprechen den Ergebnissen der amerikanischen Studien, obwohl alle Kinder unserer Studie in ihrer Kindheit und Adoleszenz die oben erwähnten „protektiven Faktoren“ erfahren hatten.

Wichtig ist vor allem die Erkenntnis, dass hinsichtlich der Lebensbewältigung kein Unterschied zwischen den Patienten mit der Diagnose eines FAS oder eines partiellen FAS bestand.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend belegen die Langzeitstudien die verheerenden Folgen der intrauterinen Alkoholexposition bis in das Erwachsenenalter. Sie sind unabhängig von der primären phänomenologischen Diagnose in der Kindheit und begrenzen die Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung für die Betroffenen.

Somit sind Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen eine lebenslange Diagnose, deren Bedeutung im ärztlichen Bewusstsein hinlänglich verankert werden muss, um den Betroffenen bei ihren zahlreichen Problemen die gebotenen Hilfen zukommen zu lassen. Im Sinne dieser Forderung müssen vor allem Hausärzte, Gynäkologen und Geburtshelfer sowie Kinder- und Jugendärzte in Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern und klinischen Psychologen für die Früherkennung und weitere Behandlung der betroffenen Patienten sorgen. Die Behandlung

zielt im Wesentlichen auf die Verhinderung weiterer sekundärer Störungen und Schäden vornehmlich aufgrund der Intelligenzminderung und der mit ihr einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten.

Eine intensive psychosoziale Betreuung der Betroffenen ist auch im Erwachsenenalter erforderlich. Dabei ist eine über die Medizin hinausgehende interdisziplinäre Versorgung in Zusammenarbeit mit den Trägern psychosozialer Hilfen unabdingbar.

Schließlich ist eine breite Information nicht nur der Schwangeren, sondern der allgemeinen Öffentlichkeit über die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums speziell während der Schwangerschaft zu leisten, zumal eine definitive und wirksame Prävention nur auf diesem Wege geleistet werden kann.

Bei der Umsetzung dieses Ziels ist die Zusammenarbeit von Ärzten mit Selbsthilfegruppen außerordentlich hilfreich. Ebenso müssen gesellschaftliche und politische Verantwortungsträger sowie die Medien in diese Öffentlichkeitskampagnen eingeschlossen werden.

Klinische Kernaussagen

- Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist wahrscheinlich die häufigste angeborene kindliche Störung mit psychomentaler Retardierung
- Hoher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft führt zu einer permanenten teratogen bedingten Schädigung des Gehirns.



Abb. 3a, b: Erwachsener 31-jähriger Mann mit einem FAS adult (3b), daneben der gleiche Patient im Alter von elf Monaten (3a)

- Alkohol als eine verhaltensteratogene Substanz kann auch ohne offensichtliche körperliche Auffälligkeiten Störungen der Aufmerksamkeit sowie des Verhaltens und der Entwicklung verursachen.
- Die Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD) werden in der Praxis zu selten diagnostiziert. Die schwerste Ausprägung in Form des FAS ist durch Alkoholabstinenz in der Schwangerschaft vermeidbar.
- Da es keine kausale Therapie für die FASD gibt, stellen Frühdiagnose der

betroffenen Kinder und Aufklärung nicht nur der Frauen selbst, sondern auch der Allgemeinbevölkerung die wichtigste Präventionsmaßnahme dar.

- Die Diagnose pFAS ist keine harmlose Variante des FAS. Für das Leben der Patienten sind die Folgen oft gleich schwer zu tragen.

Da wir die unterste Grenze für eine „sichere und nicht schädigende“ Menge von Alkohol in der Schwangerschaft nicht kennen, gilt als Rat nur die Null-Option: Kein Tropfen Alkohol in der Schwangerschaft!

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr
FASD-Zentrum – Berlin
Löhleinstr. 23a, 14195 Berlin
Tel.: 030/8312844
E-Mail: h.spohr@online.de

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

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

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).
Druckauflage 12.367
lt. IVW II 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

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

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

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

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

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



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

10 Jahre Pädiatrisches Patenschaftsprojekt Prävention (PäPP) Heidelberg

Entwicklung und Implementierung eines longitudinalen Curriculums in der Pädiatrie mit ersten Ergebnissen zum Einfluss auf die Karriereentwicklung



Dr. Folkert Fehr¹

Dr. med. Ingrid Cop²

**Dr. med.
Hans Martin Bosse, MME³**

**PD Dr. Dr. med.
Sören Huwendiek, MME⁴**

**Dr. med.
Astrid Helling-Bakki, MA⁵**

Dr. med. Nikolas Boy⁵

Dr. med. Thomas Lutz⁵

¹ Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendliche, Karlsplatz 5, 74889 Sinsheim an der Elsenz

² Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendliche, Hauptstraße 107, 69207 Sandhausen

³ Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf UKD, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

⁴ Institut für Medizinische Lehre, Abteilung für Assessment und Evaluation, Medizinische Fakultät der Universität Bern, Konsumstrasse 13, CH-3010 Bern, Schweiz

⁵ Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik 1, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 430, 69120 Heidelberg

Medizinstudierende sollten den Stellenwert der Salutogenese erleben und die Bedeutung primärer Prävention und normaler kindlicher Entwicklung kennen lernen. Dafür ist die – für das ärztliche Handeln sehr bedeutsame – longitudinale Begleitung von Patienten erforderlich.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2007 das bundesweit einzigartige Projekt *Pädiatrisches Patenschaftsprojekt Prävention* (PäPP) an der Medizinischen Fakultät Heidelberg gegründet. Neun kinder- und jugendärztliche Akademische Lehrpraxen und das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg bieten seitdem jedes Jahr 16 Studierenden die Möglichkeit, ein Kind als „Pate“ von der Früherkennungsuntersuchung U3 an für zwei Jahre unter Supervision longitudinal zu begleiten und in Kleingruppen den Prozess zu reflektieren. Den Studierenden wird es ermöglicht, ihre kommunikativen Fertigkeiten durch ihre Beziehung zu Eltern und Kindern zu verbessern, Entwicklungsschritte der Kinder kennenzulernen und ihre zukünftige Rolle im Gesundheitssystem zu reflektieren.

Das Projekt erfreut sich einer großen Nachfrage, und wird durch die teilnehmenden Studierenden und Lehrärztinnen und -ärzte sehr positiv bewertet. Die intendierten Ziele zum Verständnis von Salutogenese und normaler kindlicher Entwicklung sowie das Erleben longitudinaler Kontakte und einer kleinen, ersten Rolle im Gesundheitssystem, konnten umgesetzt werden. Studierende streben danach häufiger eine Facharztausbildung in der Pädiatrie an.

Unser Projekt zeigt exemplarisch, wie eines der bedeutsamen Ziele des Masterplans Medizinstudium 2020, angehende Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihres

universitären Studiums an die primärversorgende ambulante Praxis heranzuführen, umgesetzt werden kann. Es ist an anderen Standorten zur Nachahmung empfohlen!

Einleitung

„Neue Krankheiten“ wie Übergewicht, motorische und sprachliche Entwicklungsverzögerung, Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und schulischer Entwicklung gefährden heute die Gesundheit von Kindern und verursachen der Gesellschaft zunehmend größere Probleme und Kosten. Kinder- und Jugendärzte müssen sich heute noch mehr als Fachleute für Prävention etablieren, um in diesen Verlauf einzugreifen.

Für eine gelungene primäre Prävention ist es dabei nötig, individuelle salutogenetische Faktoren identifizieren zu können, die einer gesunden Entwicklung eines Kindes förderlich sind. Die Interaktionen mit Eltern, Kindern und Jugendlichen mit dem Ziel, solche „Ressourcen“ zu fördern, haben große Bedeutung für den zukünftigen Umgang mit Gesundheit und das Risikoverhalten zukünftiger Generationen.

Angeregt von der Konferenz der *Association for Medical Education in Europe* (AMEE) 2004 für Lehrer, Forscher, Administratoren, Lehrplanentwickler, Dekane, Prüfer, Studierende und Auszubildende in Medizin und Gesundheitsberufen, haben sich die Initiatoren des „Pädiatrischen Patenschaftsprojekts Prävention“ (PäPP) mit der Vermittlung pädiatrischer Prävention im Medizinstudium weiter auseinandergesetzt.

Damit schon möglichst früh im Medizinstudium für diese Zusammenhänge sensibilisiert werden kann, wurde das bundesweit einzigartige Projekt der Patenschaft für Kindergesundheit initiiert.

In dem Projekt bekommen Studierende bereits im vorklinischen Studienabschnitt die Möglichkeit, als Paten eines Neugeborenen dessen Familie und seine ambulante pädiatrische Versorgung im Rahmen eines strukturierten Lehrangebots des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg über zwei Jahre zu begleiten.

Bisher waren pädiatrische Praxen wenig in die Ausbildung von Medizinstudierenden integriert: In einer Umfrage des Ausschusses Primärversorgung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) zur Lehre in der Pädiatrie 2016 zeigte sich, dass nur 15 % der deutschen Universitäten niedergelassene Pädiater am Pflichtunterricht für Medizinstudierende beteiligen und nur 15 % der Universitäten Kommunikationsschulungen im Fachbereich Pädiatrie in den Pflichtunterricht integriert haben (1).

Ziel dieses Programms ist die curriculare Integration der pädiatrischen Prävention – unter besonderer Berücksichtigung kommunikativer Kompetenzen – in die studentische Ausbildung. Spezifische Kompetenzen sollten erworben werden in Bezug auf das Verständnis von Salutogenese und normaler kindlicher Entwicklung sowie das Erleben longitudinaler Kontakte und einer kleinen, ersten Rolle im Gesundheitssystem.

Wir stellen die Entwicklung und Implementierung dieses Projekts dar sowie erste Ergebnisse zur Akzeptanz und zum Einfluss auf die Karriereentwicklung der Teilnehmer.

Methoden (Projektentwicklung und Implementierung)

2007 haben universitäre Kinder- und Jugendärzte gemeinsam mit Kollegen der

ambulanten Grundversorgung an der Universitätskinderklinik Heidelberg das Pädiatrische Patenschaftsprojekt Prävention (PäPP) etabliert. Dieses Projekt bietet Medizinstudierenden einen zweijährigen kombinierten Kurs, der bereits im zweiten vorklinischen Semester beginnt.

Teilnehmer und Lehrärztinnen und -ärzte

Neun kinder- und jugendärztliche Akademische Lehrpraxen aus dem Großraum der Medizinischen Fakultät Heidelberg nehmen an dem Projekt teil. Antrieb der jeweiligen Lehrärztinnen und -ärzte ist, einen Beitrag zu leisten, die aktuelle Ausbildung Medizinstudierender um longitudinale Aspekte sowie Aspekte der primären Prävention zu ergänzen. Zwei lehrverantwortliche Ärzte der Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neuropädiatrie, Stoffwechsel, Gastroenterologie, Nephrologie an der Universitätsklinik Heidelberg gestalten Inhalte und Struktur des Projekts mit.

Die Studierenden der Medizinischen Fakultät Heidelberg können sich nach einer einführenden Informationsveranstaltung mit einem Motivationsschreiben dafür bewerben, ein Kind ab der dritten Früherkennungsuntersuchung im Alter von ca. vier Wochen bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr zu begleiten und in seiner normalen Entwicklung unter Berücksichtigung der hierfür erforderlichen Ressourcen zu erleben. Unter den meist 50 bis 150 Bewerbern werden die 16 Patenschaftsplätze verlost.

Patenkinder

Aufgabe der Akademischen Lehrpraxen ist die zeitlich koordinierte Rekrutierung

von Familien mit mindestens einem älteren Kind, die einen Paten-Studierenden annehmen, sowie die Begleitung von Studierenden und Familie über die darauffolgenden zwei Jahre. Es werden nur „klassische“ Familien (mit Vater und Mutter) eingeschrieben, die mindestens ein gesundes Kind haben und bereit sind, sich zu Hause besuchen zu lassen. Damit ist gewährleistet, dass alle potentiellen Patenkinder aus „erfahrenen“ Familien stammen und damit bereits viel Sicherheit der Eltern im Umgang mit diesem weiteren Kind besteht. Der Geburtstermin der potentiellen Kinder muss zusätzlich innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen liegen, damit die Vorbereitungstreffen für alle synchron ablaufen können. Interessierte Eltern melden sich im Lehrsekretariat der Klinik für Allgemeine Pädiatrie. Dieses koordiniert die Zuordnung der Teilnehmer zu „ihrer“ Familie und „ihrem“ Kind.

Die Neugeborenen sollen reifgeborene gesunde Einlinge sein. Kommt es in einer Schwangerschaft oder bei einem Kind zu gravierenden Gesundheitsstörungen, zum Beispiel einer Meningoenzephalitis mit Residualsymptomen, wird eine Ersatzfamilie gesucht, da die Eltern durch die Studierenden erfahrungsgemäß noch zusätzlich überfordert sind.

Struktur und Inhalte des Projekts

Die Studierenden bereiten sich in insgesamt acht Kleingruppenseminaren inhaltlich auf die bevorstehenden fünf Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U7) vor, bei denen sie „ihre“ Familie zum Pädiater begleiten. Diese Seminare werden „intersektoral“ jeweils von einem Pädiater aus der Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg und einem aus der Praxis moderiert. Hinzu kommen drei Haus- bzw. Alltagsbesuche, um Familienstrukturen und -abläufe, sowie Ressourcen und Stressoren besser kennen und einschätzen zu lernen (siehe Grafik 1, Ablaufplan). Die Studierenden werden stets von den teilnehmenden Lehrärzten und im Rahmen der Seminare fachlich begleitet und in der Erweiterung ihrer Fähigkeiten und Erfahrungen gefördert.

Als Lernziele sind die Beobachtung und Begleitung der Entwicklung eines Kindes vom Ende der Neugeborenenzeit bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr

Losung der Studenten/Zuteilung	4. Gruppen-Treffen vor U6
1. Gruppen-Treffen vor U3 u U4	U6: (10.-12. LM)
U3: (4.-6. Lebenswoche)	3. Hausbesuch 10. LM
1. Hausbesuch nach U3 und Vorstellung beim Kinderarzt	5. Gruppen-Treffen 16 LM
U4 (3.-4. LM)	4. Hausbesuch 16.-18. LM
2. Gruppen-Treffen vor U5	6. Gruppen-Treffen 20. LM
U5 (6. LM)	Fest: Familien+Studenten+Ärzte
2. Hausbesuch 5.-6. LM	7. Gruppen-Treffen 24. LM
3. Gruppen-Treffen 9 Monate	U7: (21.-24. LM)

Abb. 1: Ablaufplan des Projekts

formuliert, sowie die Verfolgung von Entwicklungsschritten des gesunden Kindes, die Begleitung von alterstypischen Erkrankungen in der ambulanten Pädiatrie und der Ausbau kommunikativer und anderer zwischenmenschlicher Fähigkeiten, stets im Hinblick auf Salutogenesefaktoren. Konkrete übergeordnete Lernziele sind:

- Förderung des Verständnisses von Salutogenese in der Pädiatrie,
- Erleben und Reflektieren der normalen Entwicklung eines gesunden Kindes,
- Erlebnis- und Verständnisförderung longitudinaler Aspekte der ärztlichen Tätigkeit, sowie
- Selbsterfahrung der Studierenden in einer kleinen, verbindlichen ersten Rolle im Gesundheitssystem.

Eine klare Absprache wird zwischen Studierenden und beteiligten Ärztinnen und Ärzten getroffen, dass Studierende in diesem Rahmen keinerlei selbständige ärztliche Tätigkeiten einschließlich Beratung anbieten.

Alle Treffen und Erfahrungen der Studenten werden von diesen in strukturierten Portfolios dokumentiert und seitens der betreuenden Seminarleiter nachbesprochen. Vorab definierte Themenschwerpunkte werden außerdem von den Studierenden für die Seminare in Kurzreferaten aufgearbeitet und diskutiert.

Weitere Informationen zum Projekt sind zu finden unter <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/PaePP-Paediatische-Patenschafts-Projekt.126046.0.html>.

Wissenschaftlich wird das Projekt vom Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg begleitet u.a. mit der Fragestellung der weiteren Entwicklung der teilnehmenden versus nicht-teilnehmenden Studierenden. Finanziert wird das Projekt von der medizinischen Fakultät über „Fakultäre Mittel für Lehrprojekte“.

Ergebnisse

Das Patenschaftsprojekt erfreut sich seit nunmehr zehn Jahren einer hohen Nachfrage. Mitunter bewerben sich über 100 Studierende auf die 16 Plätze. Einer Ausweitung steht vor allem der Mangel an geeigneten Familien im Wege.

PäPP wird sowohl von den Studierenden als auch von den Familien und betreuenden Lehrärzten äußerst positiv bewertet: In einer Zwischenauswertung

wurden über 140 Studierende angeschrieben, ca. 40 % Teilnehmer und ca. 60 % Studierende aus der Kontrollgruppe, also Studierende, die sich beworben, aber keinen Platz für PäPP erhalten hatten. Die Rücklaufquote betrug ca. 80 % bei den Teilnehmern und ca. 35 % bei der Kontrollgruppe. Die überwältigende Mehrheit der Teilnehmer (>90 %) würden in jedem Fall wieder an einem solchen Projekt teilnehmen, sehr wenige waren unentschieden, keiner wollte nicht wieder teilnehmen.

Unter den Absolventen der Jahrgänge 2007 bis 2010 wurde eine weitere Online-Umfrage (SurveyMonkey®, www.surveymonkey.de) nach ihrer weiteren beruflichen Entwicklung durchgeführt. 55 der 64 (85 %) Absolventen nahmen an der Umfrage teil. 96 % von diesen hatten ihr Studium abgeschlossen und 82 % ihre Facharztausbildung bereits begonnen, wovon 14,5 % das Fach Pädiatrie wählten (Grafik 2). In einem Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 – Eine bundesweite Befragung“, wird angegeben, dass zwischen 9,9 % (Vorklinik), 8,6 % (Klinik) und max. 11 % (Praktisches Jahr) der Studierenden eine Facharztausbildung in der Pädiatrie anstreben (1). Die Erfahrungen aus PäPP haben also zumindest der Intention Pädiater zu werden nicht geschadet. Eine Limitation ist, dass hierzu keine Daten der Kontrollgruppe vorliegen.

Ungefähr die Hälfte der Studierenden geben nach Durchlauf des Projektes ihre PäPP-Teilnahme als prägend an, wobei insgesamt ca. dreiviertel der Studierenden der Frage voll zustimmen, ob sie durch PäPP ein Verständnis von der kindlichen Entwicklung sowie der Prävention im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin erlangt haben. 48 % der Studierenden haben den Eindruck, dass sie zwischenmenschliche Fähigkeiten ausbauen konnten und fast 60 % sehen sich geschulter in Bezug auf Belange der Familie (vgl. Grafik 3).

In Bezug auf die persönliche Familienplanung geben die befragten PäPP-Absolventen an, dass sie sich in 87 % ebenfalls Kinder wünschen, womit sie laut KBV-Bericht „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014“ mit den dort befragten, repräsentativen Medizinstudierenden übereinstimmen (2).

Diskussion

Die Teilnehmer an PäPP sowie die Lehrärztinnen und -ärzte sehen das Projekt sehr positiv. Studierende übernehmen eine erste kleine, aber verbindliche Aufgabe im medizinischen System. Ihnen begegnet zum ersten Mal (und leider oft das einzige Mal) im Studium der Aspekt einer longitudinalen Begleitung eines Gegenübers im medizinischen Kontext – ein sehr bedeutsamer Aspekt ärztlichen Handelns. Unser Projekt fördert bei den Teil-

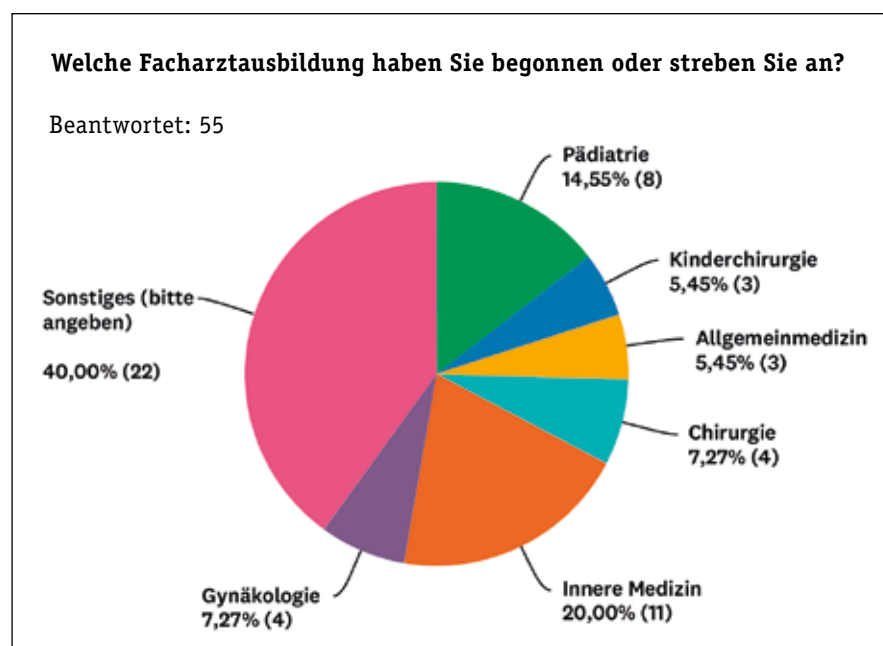


Abb. 2: Umfrage zur gewählten Facharztausbildung unter den PäPP-Absolventen der Jahrgänge 2007 bis 2010

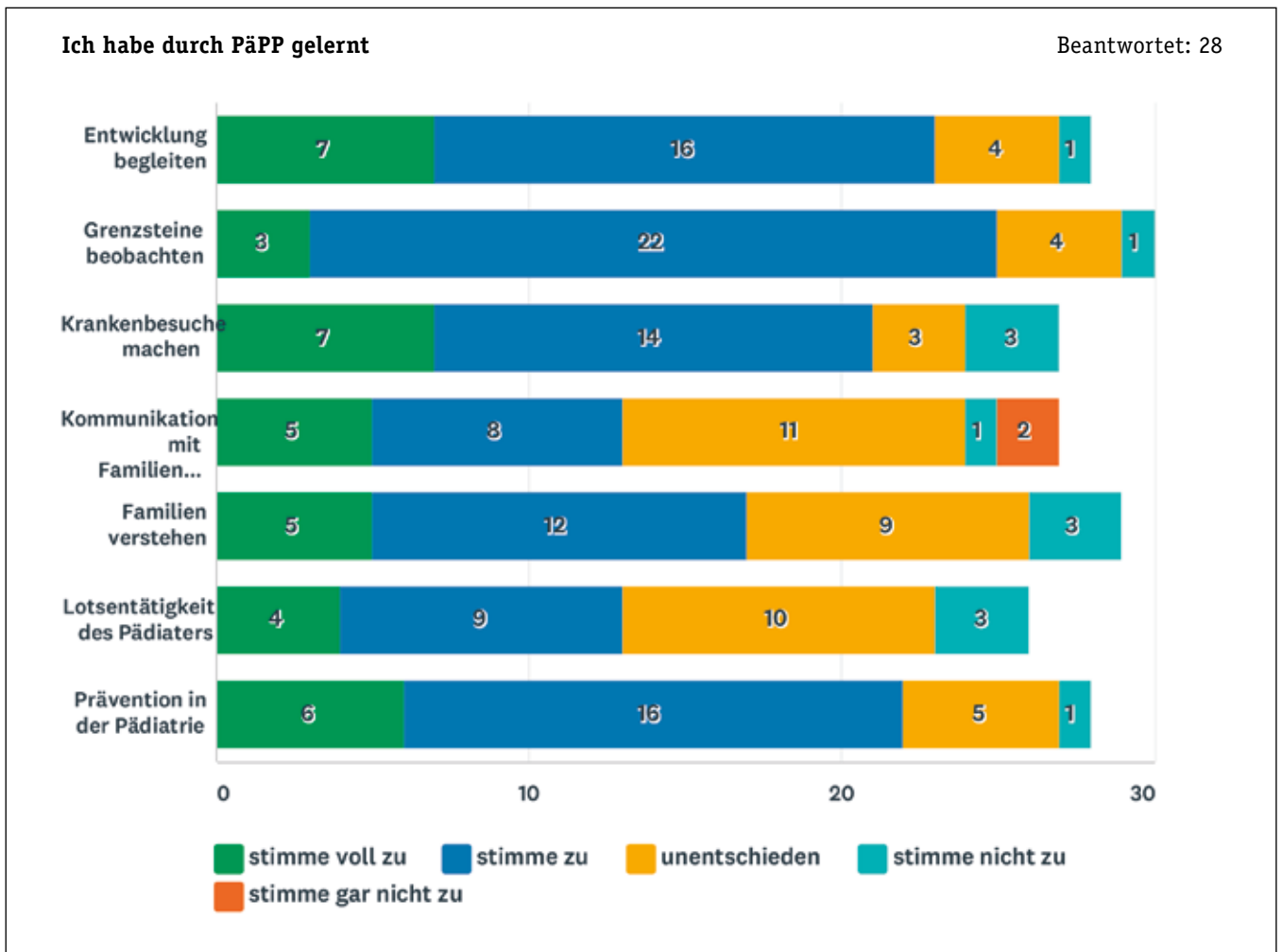


Abb. 3: Lernziele PÄPP Selbsteinschätzung

nehmern das Verständnis bezüglich einer normalen kindlichen Entwicklung und wichtige Belange einer Familie zu erkennen. Studierende können den Stellenwert primärer Prävention und die Bedeutung salutogenetischer Faktoren beim „Gesundbleiben“ schätzen. Die Studierenden konnten ihre zwischenmenschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausbauen und sehen sich aufmerksamer in Bezug auf Belange einer Familie.

Nach Abschluss der Teilnahme an PÄPP wählen 14,5 % der Teilnehmer eine Facharztausbildung zum Pädia- ter und geben an, dass sie von dem Projekt und den dort erlernten Inhalten insbesondere in Hinblick auf die kindliche Entwicklung und die Präventionsansätze in der ambulanten Pädiatrie profitieren. Dies stellt sicherlich eine gute Grundlage für das klinische Studium zu der vielleicht anschließenden Facharztweiterbildung

in der Pädiatrie dar. Im Jahr 2016 waren laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer 14.466 Pädia- ter tätig, wovon 50 % ambulant arbeiten (2). Somit sind 2 % aller praktizierenden Ärzte in Deutschland in der ambulanten Pädiatrie tätig und für die Grundversorgung 13,31 Millionen Minderjähriger in Familien in Deutschland zuständig (3). Dies verdeutlicht, wie wichtig die studentische Ausbildung im Bereich der Grundversorgung und Prävention in der Pädiatrie ist, die durch das Pädiatrische Patenschaftsprojekt Prävention vermittelt wird.

Natürlich ist die fundierte medizinische Ausbildung im Hinblick auf Erkrankungen, deren Entstehung und Therapie essentiell für die ärztliche Tätigkeit und auch die Nähe zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in diesen Bereichen, die die universitäre Ausbildung bietet. Nichtsdestoweniger muss ein struktu-

riertes Heranführen der Studierenden an ihren späteren Arbeitsalltag in der ambulanten Grundversorgung ebenfalls gewährleistet sein, was hier vorbildlich und im engen Kontakt von klinisch tätigen und niedergelassenen Kollegen erfolgt. Unser Projekt zeigt exemplarisch, wie eines der bedeutsamen Ziele des Masterplans Medizinstudium 2020, angehende Ärztinnen und Ärzte an die primär-versorgende ambulante Praxis heranzuführen, umgesetzt werden kann. Wir sehen mit nunmehr zehn Jahren Erfahrung, wie unser Projekt eine Verzahnung klinischer und ambulanter Ausbildung exemplarisch aufzeigt und denken, dass solche Projekte inhaltliche Impulse für die weitere konkrete Ausgestaltung des Masterplans Medizinstudium 2020 geben können. Ohne eine strukturierte Einbindung solcher Projekte in das Studium mit entsprechenden finanziellen

und personellen Mitteln ist allerdings eine flächendeckende Umsetzung für alle Studierende in Deutschland nicht möglich.

Eine wissenschaftliche Begleitung kann dabei helfen, PÄPP zu evaluieren. Ohne Ausbildungsforschung sind unsere Bemühungen um ein optimales Studium blind, eine „best evidence medical education“ nicht möglich, weil die Referenzen fehlen. Die Grenzen der PÄPP-begleitenden Forschung liegen auf der Hand: Vergleichsweise geringe finanzielle und personelle Ressourcen, kleine Zahlen, begeisterte Studierende und Lehrende. Wir erhoffen uns von einer modernen Ausbildung, dass mehr Studierende und Lehrende danach fragen, was durch einzelne Lehrveranstaltungen bezweckt werden soll, wie dies gemessen werden kann und wie sich übergeordnete Kompetenzen entwickeln.

Fazit für die Praxis

Nach zehn Jahren PÄPP lässt sich zusammenfassen, dass intendierte Ziele zum Verständnis von Salutogenese und normaler kindlicher Entwicklung sowie das Erleben longitudinaler Kontakte und einer kleinen, ersten Rolle im Gesundheitssystem, umgesetzt wurden und die Studierenden die entsprechenden Lernerfahrungen sammeln konnten.

Unser Projekt zeigt exemplarisch, wie eines der bedeutsamen Ziele des Masterplans Medizinstudium 2020, angehende Ärztinnen und Ärzte an die primär-versorgende ambulante Praxis heranzuführen, umgesetzt werden kann.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Folkert Fehr
Gemeinschaftspraxis für Kinder
und Jugendliche
Karlsplatz 5
74889 Sinsheim an der Elsenz
E-Mail: folkert.fehr@t-online.de*

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Die Therapie der Dellwarzen: Abwarten oder Behandeln?

Interventions for Cutaneous Molluscum Contagiosum

Van der Wouden JC et al., *Cochrane Database Syst Rev.*; 5: CD004767, Mai 2017

Infektionen mit Molluscum contagiosum sind seit mindestens 200 Jahren vor allem bei Kindern bekannt. Das Virus gehört zur Familie der Pockenviren und ist besonders an die Epidermis der menschlichen Haut adaptiert, deren lokale Immunantwort es umgehen kann. Die Basalmembran der Haut wird bei einer Infektion nicht durchbrochen. Dadurch entsteht keine systemische Immunantwort. Nach einer gewissen Zeit können sich jedoch lokale Immunantworten ausbilden, die zu einer Virus-Clearance führen. Viele Eltern ziehen eine Behandlung der spontanen Rückbildung aus sozialen und kosmetischen Gründen vor, auch um eine weitere Verbreitung der Infektion zu vermeiden. Van der Wouden et al. haben in einer Cochrane-Analyse nach der Evidenz für unterschiedliche, spezifische Behandlungsverfahren, einschließlich gezielter Abwartens, gesucht.

In vorhandenen Datenbasen (Cochrane Skin Group, Central, Medline, Embase, LILACS) und sechs Trial Registers wurde nach randomisierten Studien zur Behandlung von Molluscum contagiosum gesucht. Studien zu sexuell übertragenen Infektionen (einschließlich HIV) wurden ausgeschlossen. Zwei Review Autoren haben die Daten-Analyse unabhängig voneinander durchgeführt.

Im Vergleich zu vorangegangenen Analysen mit 11 eingeschlossenen Studien konnten 11 weitere Studien eingeschlossen werden. Somit konnten 22 Studien mit insgesamt 1650 Teilnehmern ausgewertet werden. In 20 Studien wurden die Auswirkungen einer lokalen Therapie und in 2 Studien einer systemischen Therapie erfasst. In 11 Studien mit 495 Teilnehmern wurden die

Auswirkungen einer topischen (9 Studien), systemischen (1 Studie mit Cimetiden über 4 Monate) und homöopathischen (1 Studie mit Calcareo carbonica über 15 Tage) Therapie untersucht. Für die nachfolgenden analysierten Untersuchungen zeigte sich, dass die untersuchten therapeutischen Verfahren kaum einen Einfluss auf eine schnellere Abheilung 12 Wochen nach Beginn der Behandlung der Infektion besaßen:

5 % Natrium-Nitrit in Kombination mit 5 %iger Salizylsäure zeigte sich wirksamer als Salizylsäure allein (Risk Ratio (RR) 3,50; 95 % KI 1,23-9,92; 1 Studie; 30 Studienteilnehmer);

5 % Imiquimod war weniger wirksam als Cryospray (RR 0,60; 95 % KI 0,46-0,78; 1 Studie; 74 Studienteilnehmer) und 10 % Kalium-Hydroxid (RR 0,65; 95 % KI 0,46-0,93; 2 Studien; 67 Studienteilnehmer); 10 % australisches Zitronen-Myrten-Öl zeigte sich im Vergleich zur Trägersubstanz Olivenöl mit einer RR von 17,88 (95 % KI 1,13-282,72; 1 Studie; 31 Studienteilnehmer) wirksamer als Olivenöl allein; 10 % Benzoyl-Peroxid-Creme war wirksamer als 0,05 % Tretinoin (RR 2,2; 95 % KI 1,01-4,79; 1 Studie; 30 Studienteilnehmer);

Jod war in Kombination mit Teebaumöl wirksamer (RR 0,20; 95 % KI 0,07-0,57; 1 Studie; 37 Teilnehmer) als Teebaumöl allein oder Jod allein (RR 0,07; 95 % KI 0,01-0,50; 1 Studie 37 Teilnehmer); 10 % Kaliumhydroxid scheint (unsicher) wirksamer als eine Kochsalzlösung zu sein (RR 3,50; 95 % KI 0,95-12,90; 1 Studie; 20 Studienteilnehmer); eine 2,5 %ige Kaliumhydroxid-Lösung ist weniger wirksam als eine 5 %ige Kaliumhydroxid-Lösung (RR 0,35; 95 % KI 0,12-1,01; 1 Studie; 25 Studienteilnehmer); homöopathisches Calcareo carbonica scheint wirksamer zu sein als Placebo (RR 5,57; 95 % KI 0,93-33,54; 1 Studie; 20 Studienteilnehmer); eine 10 %ige Povidon-Jod-Lösung plus ein 50 %iges Salizylsäurepflaster scheint wirksamer zu sein als Pflaster allein (RR 1,43; 95 % KI 0,95-2,16; 1 Studie; 30 Studienteilnehmer).

Keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede konnten für weitere Vergleiche nachgewiesen werden, wobei die meisten Vergleiche 2 unterschiedliche topische Behandlungen betrafen. Die Qualität der Ergebnisse wird durch kleine Fallzahlen, durch fehlende Verblindung (4 Studien) und viele Dropouts (3 Studien) eingeschränkt.

Keine der angewandten und analysierten Interventionen konnte bei der Wirksamkeit überzeugen. Viele waren mit unangenehmen lokalen Nebenwirkungen verbunden. Die vorhandene Evidenz spricht für keines der analysierten Verfahren, so dass das Warten auf die natürliche Rückbildung des Krankheitsbildes eine Behandlungsoption sein kann.

Kommentar

Sollen wir eine Infektion mit Molluscum contagiosum (MC) behandeln oder abwarten? Trotz einer hohen Prävalenz von zwischen 5,1 % bis 11,5 % dieser selbst-limitierenden viralen Erkrankung bei Kindern zwischen 0 bis 16 Jahren sind die epidemiologischen Daten lückenhaft. Die höchste Prävalenz wird nach Angaben aus unterschiedlichen Ländern im Alter von etwa 5 Jahren beobachtet. Die Virusinfektion führt zur Bildung kleiner Papeln auf der Haut, die einen Durchmesser von 3-5 mm besitzen und eine leichte zentrale Delle aufweisen, aus der sich bei Druck ein cremiges weißes Sekret entleert. Es wird angenommen, dass MC über Risse in die Haut eindringt. Kinder mit einer Atopie oder einer Immunschwäche (z.B. mit einer HIV-Erkrankung oder unter

einer MTX-Therapie) scheinen stärker betroffen zu sein. Dies gilt sowohl für die Ausbreitung, als auch für die Ausprägung der Effloreszenzen. Die Papeln sind oft von ekzematösen Hautveränderungen umgeben, die sich mit den Papeln zurückbilden. Eine einzelne Papele verschwindet nach etwa 2 Monaten. Da das Virus sich aber über Kratzen auf weitere Hautstellen verteilt, beträgt die mittlere Infektionsdauer zwischen 8 bis 12 Monate, manchmal auch länger. Auch im aktuellen Cochrane-Review-Update haben sich keine gesicherten Hinweise für eine befriedigende Wirksamkeit der angewandten Behandlungsverfahren ergeben. Die Curettierung der Hautläsionen vor allem an ungünstigen Stellen, wie zum Beispiel Augenlidern, wurde nicht in den Vergleich des Cochrane-Reviews einbezogen. Ein prospektiver Follow-up-Survey über 2

Monate an 73 Patienten nach Curettage weist nach 4 Wochen ein Behandlungsversagen von 66 % (42/64) und nach 8 Wochen von 45 % (25/55) auf. Risikofaktoren für ein Behandlungsversagen waren die Anzahl der Läsionen am Tag 0, die Anzahl der involvierten Stellen und eine atopische Dermatitis. Im Einzelfall sollte je nach Befall und Beeinträchtigung des Patienten abgesprochen werden, ob eine chirurgische oder eine pharmakologische Intervention durchgeführt werden soll. Es schadet in den meisten Fällen nicht, den natürlichen Heilungsverlauf abzuwarten.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

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

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

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal



Review aus
englischsprachigen Zeitschriften

**Vitamin D, anti-mikrobielle Peptide
und die Immunantwort
der Mundschleimhaut**

**Vitamin D-Mediated Induction of Innate Immunity
in Gingival Epithelial Cells**

McMahon L et al., Infect Immun 79(6): 2250-6, Juni 2011

Die Zahnfleischentzündung (Periodontitis) gehört bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu den häufigsten chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Mundhöhle. Vor allem bei Adipositas und schlechter Mundhygiene zeigen sich bereits im Kindes- und Jugendalter die ersten Symptome. Die Periodontitis entwickelt sich aus einem Biofilm pathogener Erreger, der sich unterhalb des Zahnfleischrandes bildet und zu einer verstärkten Entzündungsreaktion in der Umgebung der Zähne führt. Die immunologische Antwort ist zum Teil genetisch determiniert, wird aber erheblich durch Lebensstil-abhängige Faktoren wie Diabetes, Zuckerkonsum, Rauchen und, wie sich zunehmend zeigt, auch über den Vitamin D-Status beeinflusst.

Cathelicidine sind Peptide, die eine anti-mikrobielle Aktivität besitzen und Haut- und Schleimhäute vor eindringenden Erregern schützen. Sie werden in ihrer genetischen Expression durch Vitamin D beeinflusst. Das einzige beim Menschen dokumentierte Cathelicidin (LL-37) ist ein Peptid, das sowohl gegen Bakterien, als auch gegen Viren wirksam ist.

Die Aktivierung der angeborenen Immunantwort geschieht in typischer Weise durch Bakterien, bakterielle Produkte und Lipopolysaccharide über die Mustererkennung an Toll-like-Rezeptoren (TLR). Das aktive LL-37 wird dabei aus einer Vorstufe (hCAP-18) durch Proteolyse gebildet. In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass LL-37 Vitamin D-Response-Elemente enthält, durch deren Aktivierung die LL-

37-Expression induziert wird. Das LL-37-Gen kann auch direkt durch 1,25(OH)2D3 aktiviert werden. LL-37 besitzt chemotaktische Eigenschaften und trägt zur Reifung dendritischer Zellen bei. Dendritische Zellen werden den Zellen des Immunsystems zugeordnet und entwickeln sich aus Monozyten. Sie erkennen fremdartige, intrazellulär aufgenommene Strukturen, wie z. B. Mikroorganismen und deren Bestandteile, und leiten die Immunantwort ein. McMahon et al. haben den Einfluss von aktiviertem Vitamin D auf die angeborene Immunantwort von kultivierten Gingiva-Epithelzellen und die Expression von LL-37 untersucht.

Zur Messung der Vitamin D-Aktivität auf die angeborenen Abwehrfunktionen des Gingiva-Epithels (GE) wurden kultivierte GE-Zellen entweder mit aktiviertem Vitamin D (1,25(OH)2D3) oder Äthanol bis zu 24 Stunden inkubiert.

Bei den Untersuchungen konnte ein bis zu 13-facher Anstieg an LL-37 durch die Aktivierung der Vitamin D-Rezeptoren (VDR) mit 1,25(OH)2D3 nachgewiesen werden. Neben dem Anstieg der 1-alpha-Hydroxylase konnte in der Microarray-Analyse ein Anstieg weiterer, an der angeborenen Immunantwort beteiligter Genaktivitäten als Folge der Vitamin D-Stimulation beobachtet werden. Die CD14 Expression nahm nach 24 Stunden Behandlung mit aktiviertem Vitamin D um das 4-fache, der TREM-1 (Triggering Rezeptor exprimiert auf Myeloid Zellen) um das 16-fache zu. TREM-1 ist ein Verstärker der angeborenen Immunantwort in Makrophagen. Die Inkubation der Kulturen mit *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, einem Pathogen der Mundhöhle, und 1,25(OH)2D3 führte in den Gingiva-Zellkulturen zu einem Anstieg der antibakteriellen Aktivität. Die Autoren schließen aus ihren Untersuchungen, dass sie wohl erstmalig den Einfluss von aktiviertem Vitamin D auf die Immunabwehr von Gingiva-Epithelzellen nachweisen konnten.

Kommentar

Das Immunsystem der Schleimhäute besitzt drei Funktionen: Schutz des Organismus vor Infektionen, Verhinderung der Aufnahme von Antigenen und Mikroorganismen und die Modulation des Immunsystems als Antwort auf eine antigene Stimulation. Eine zunehmende Evidenz lässt immunregulatorische Funktionen von aktiviertem Vitamin D (1,25(OH)2D3) erkennen, das über Toll-Like-Rezeptoren (TLR) die Gen-Expression von anti-mikrobiellen Peptiden (AMP), wie zum Beispiel mit LL-37 (humanes Cathelicidin) und humanen beta-Defensinen (hBD), zur Infektbekämpfung beiträgt. McMahon et al. konnten zeigen, dass die inaktive Form des Vitamin D (25(OH)2D3) in Gingiva-Epithelzellen (GE) zu 1,25(OH)2D3 aktiviert werden kann und über eine nachfolgende Aktivierung der Genexpression zu einem Anstieg anti-mikrobiell wirkender Peptide führt. Mit aktiviertem Vitamin D3 stimulierte GE-Zellkulturen, denen *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* zugesetzt wird, weisen eine erhöhte antibakterielle Aktivität auf. Damit scheint aktiviertes Vitamin D die Mundhöhle vor bakteriellen Infektionen zu schützen. In den seltenen Fällen, in denen LL-37 fehlt (Morbus Kostmann) oder nicht ausreichend aus seiner Vorstufe hCAP-18 gebildet werden kann (Papillon-Lefèvre-Syndrom), leiden die Betroffenen unter schweren Periodontitiden und Zahnverlust. Auch die Ergebnisse des dritten

us-amerikanischen „National Health and Nutrition Examination Survey“ lassen einen Zusammenhang zwischen Vitamin D-Mangel und Periodontitis vermuten, der klinisch für Schwangere in einer Fall-Kontrollstudie von Boggess et al. bestätigt werden konnte. Die Supplementierung von Vitamin D stützt die Immunfunktionen der Mundhöhle, wie auch in weiteren Untersuchungen bestätigt werden konnte. Fehler bei der Aktivierung von LL-37, Vitamin D-Rezeptor-Polymorphismen und Vitamin D-Mangel können die Entstehung einer Periodontitis beeinflussen. Die Ergebnisse anderer Autoren dokumentieren, dass die Interaktion von Vitamin D mit dem Immunsystem nicht nur auf Gingiva-Zellen beschränkt bleibt. Diese Ergebnisse werfen ein Licht auf Vitamin D als eine wichtige Determinante der menschlichen Gesundheit. Kinder und Erwachsene mit einem Vitamin D-Mangel haben nicht nur eine gestörte Mineralisati-

on der Knochen und der Zähne, sondern auch, wie die Daten von McMahon nahelegen, eine geschwächte Abwehrfunktion der Gingiva und weiterer Grenzflächen. Der kürzlich von König et al. nachgewiesene Zusammenhang zwischen periodontalen Infektionen der Mundhöhle und der Genese der rheumatoiden Arthritis unterstreicht die Bedeutung der oralen Hygiene. Vielleicht ist es für Kinder- und Jugendärzte an der Zeit, mehr auf die orale Gesundheit zu achten und die bereits im Kindesalter und Jugendalter häufig auftretenden Zahnfleischentzündungen ernster zu nehmen. Sie beeinflussen, mehr als wir bisher vermutet haben, die spätere Gesundheit.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Informationen „Patientenorientieren Selbsterfahrung“ – Gruppe in Essen 2018/2019

Parallel zum Curriculum „Psychosomatische Grundversorgung“ in Bad Orb ist für maximal 15 Teilnehmer/Innen erneut in Essen eine anerkannte „Patientenorientierte Selbsterfahrung“ (statt Balint-Gruppe) über den vorgeschriebenen Zeitraum von mindestens 180 Tage geplant. Damit sind die zum Curriculum zusätzlich notwendigen 30 Stunden Balint-Gruppe oder Patientenorientierte Selbsterfahrung zum Erlangen der Berechtigung zur psychosomatischen Grundversorgung erfüllt.

Termine: 08.12.18 26.01.19 06.04.19 29.06.19
samstags von 10:00 bis 17:30 Uhr

Kursgebühr: 400 €

Die patientenorientierte Selbsterfahrung von 30 Unterrichtseinheiten im Rahmen des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der BÄK soll dazu beitragen, die eigene therapeutische Kompetenz zu verbessern.

Im Mittelpunkt steht das Selbstverständnis der eigenen berufsbezogenen Therapeutenpersönlichkeit.

Themen sind therapeutische Gesprächsführung, Wirkung als Therapeut, Wirkung des Patienten auf den Therapeuten, Methodenkompetenz in schwierigen Therapiesituationen. Kennenlernen und Reflektieren des Erlebens und Agierens der eigenen Person (Therapeuten-Selbst) insbesondere als Folge der eigenen Biografie oder bei herausfordernden, belastenden Therapiesituationen stehen im Mittelpunkt.

Ab sofort Anmeldung unter dr.kohns@t-online.de möglich. Sie erhalten dann weitere Informationen.

Dr. Ulrich Kohns

Welche Diagnose wird gestellt?

Dr. Charlotte Eisner

Anamnese

Ein 11-jähriges Mädchen stellt sich mit einem seit einem Jahr bestehenden Erythem periokulär bds. in der kinder-dermatologischen Sprechstunde vor. Bei Beginn vor einem Jahr sei ihr ein Encasing bei V.a. Sensibilisierung gegenüber Hausstaubmilben angeraten worden. Zur selben Zeit seien an den Handrücken bds. erythematöse Papeln über den Fingergrundgelenken aufgetreten. Seit über einem Jahr sei sie v.a. abends geschwächt und habe vor dem Schlafengehen Schmerzen an den Unterschenkeln bds.. Schwierigkeiten beim Kämmen der Haare, oder beim Treppensteigen werden verneint.

Untersuchungsbefund

11-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Periokulär befinden sich unscharf begrenzte Erythemherde Erythematöse, nicht schmerzhafte Papeln sind über den Fingergrundgelenken beider Hände zu erkennen. Schürzengriff problemlos möglich. Muskelkraft 5/5. Keine Calcinosis cutis. Keine Gelenk-Kontrakturen. Die Kapillarmikroskopie ist unauffällig. Nagelfalz an zwei Fingern verdickt. Keine Teleangiektasien, keine Schleimhaut-Ulzerationen.

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Fliederfarbenes Erythem der Augenlider



Abb. 2: Papeln über den MCP-Gelenken

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Diagnose

Juvenile Dermatomyositis

Die juvenile Dermatomyositis (DM) ist eine seltene Autoimmunerkrankung, die in variablem Umfang Haut und/oder Skelettmuskeln betrifft und unter Umständen mit Langzeitbehinderungen einhergehen kann. Ihre Inzidenz im Kindesalter liegt bei 0,1-0,4/100.000 pro Jahr. Die Ätiologie der Erkrankung ist nicht vollständig geklärt; diskutiert werden Zusammenhänge mit bestimmten HLA-Merkmalen wie z.B. HLA-B8. Häufig gehen der Erstmanifestation virale Infekte voran. Pathogenetisch spielen Ablagerungen von Immunkomplexen an Gefäßendothelien eine Rolle.

Die juvenile Dermatomyositis beginnt meist schleichend mit Abgeschlagenheit und gelegentlichen Muskelschmerzen, in einigen Fällen begleitet von Fieber. Mädchen sind häufiger als Jungen betroffen. Der Krankheitsbeginn zeigt einen Gipfel im sechsten Lebensjahr. Im Unterschied zur Dermatomyositis des Erwachsenen besteht keine Assoziation mit malignen Grunderkrankungen.

Extrakutane Manifestationen können den Gastrointestinaltrakt (Motilitätsstörungen, Hämorrhagien, Ulzerationen), Gelenke (Arthralgien, Arthritiden), Herz und Lunge (Pneumonie, diffus interstitielle Fibrose) betreffen. Eine zunehmende Muskelschwäche der oberen und unteren Extremität (proximale Muskelgruppen) ist typisch für die Dermatomyositis. Bei Progredienz sind auch kleinere Muskelgruppen, sowie Larynx-, Pharynx-, und Atemmuskulatur betroffen, die komplizierend zu Schluckschwierigkeiten,

Atemnot, sowie zu einer Aspirationspneumonie führen können.

Diagnostik

Die Diagnose einer juvenilen Dermatomyositis wird klinisch gestellt. Pathognomonisch sind die Gottron Papeln und das heliotrope Erythem, insbesondere in Zusammenhang mit den (nicht obligaten) klinischen Symptomen einer Muskelschwäche. Im Labor finden sich in 20-25% der Fälle antinukleäre Antikörper, in 20-30% Antikörper gegen MI-2. Die CK kann bis zu 50-fach erhöht sein. GOT, GPT und LDH sind meist ebenfalls erhöht. Sollte das klinische Bild nicht eindeutig sein, so können unterstützend MRT und evtl. eine Muskelbiopsie indiziert sein. Ebenso kann ein EMG hilfreich sein, um eine Myopathie darzustellen. Eine Biopsie der Haut kann bei einer rein dermalen Form der Dermatomyositis indiziert sein.

Differenzialdiagnosen

Mögliche Differenzialdiagnosen sind ein systemischer Lupus erythematoses (SLE) und Mischkollagenosen. Beim SLE treten typische Erytheme im Gesichtsbereich auf (Schmetterlingserythem). An den Finger- und Zehenendgliedern kann es beim SLE zu diffusen, unscharf begrenzten Erythemen und Plaques kommen. Weitere Ähnlichkeiten zwischen DM und SLE sind Fieber, Schwäche und Arthralgien. In 70% sind beim SLE anti-dsDNA-AK nachweisbar. Eine weitere mögliche Differenzialdiagnose ist eine postinfektiöse Polymyositis (z.B. durch Influenzaviren oder ECHO-Viren), bei der jedoch die typischen Hautsymptome

fehlen und die Muskelschwäche nicht anhaltend ist.

Therapie

Es gibt keine standardisierte Therapie der Dermatomyositis. Zur Vermeidung von Kontrakturen ist bei Muskelbeteiligung eine Physiotherapie wichtig. Eine systemische Therapie mit Prednisolon ist bei Schüben indiziert; bevorzugt wird eine Pulstherapie mit 30mg/kg KG/Tag für 3-5 Tage in Kombination mit einer steroidsparenden Behandlung mit Methotrexat, Azathioprin, Ciclosporin A oder einer intravenösen Immunglobulin. Lokal werden topischen Corticoide (Prednicarbat, Methylprednisolon, Mometason) oder Calcineurin-Inhibitoren (Tacrolimus) eingesetzt.

Literaturangaben

1. Robinson AB, Hoeltzel MF, Wahezi DM. Clinical characteristics of children with juvenile dermatomyositis: the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Registry. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014; 66:404-10
2. Hinze CH, Oommen PT, Dressler F. Development of practice and consensus-based strategies including a treat-to-target approach for the management of moderate and severe juvenile dermatomyositis in Germany and Austria. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2018;16(1):40
3. Ruperto N, Pistorio A, Oliveira S et al. Prednisone versus prednisone plus ciclosporin versus prednisone plus methotrexate in new-onset juvenile dermatomyositis: a randomised trial. *Lancet* 2016; 387: 671-678

Korrespondenzadresse:

Dr. Charlotte Eisner

Abt. Pädiatrische Dermatologie
und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

(Bakterielle) Infektionen und Pharmakotherapie bei Trisomie 21

Frage

Ich betreue in meiner Praxis ein Kind mit Trisomie 21, das aktuell an einer Staphylodermie bzw. Streptodermie leidet.

- Sollte die Erkrankung bei Kindern antibiotisch oral behandelt werden?
- Ich habe gehört, dass Kinder mit Trisomie 21 mitunter auf systemische Pharmakotherapien anders reagieren – ist diese Information korrekt und wenn ja: Wäre dann im vorliegenden Fall beispielsweise eine topische Antibiose zu bevorzugen?

Antwort

Die Begriffe „Strepto- bzw. Staphylo-dermie“ sind aus dermatologischer Sicht ungebräuchlich, da unpräzise, denn Streptokokken und Staphylokokken können eine Vielzahl unterschiedlicher eitriger Infektionen der Haut hervorrufen wie Impetigo contagiosa, Ekthymata, Erysipel, Phlegmone, Follikulitis, Furunkel, Abszesse. Die häufigste unter diesen ist die Impetigo contagiosa.

Bei Patienten mit M. Down besteht eine allerdings sehr unterschiedlich ausgeprägte Infektionsneigung, die sich vorwiegend durch gehäufte Infektionen der oberen Luftwege manifestiert, die schwerer und protrahierter verlaufen (können) als bei anderen Patienten (1). Bei Patienten mit Trisomie 21 besteht häufig eine leichte bis mäßiggradige Lymphozytopenie (T- und B-Zellen), eine verminderte Sti-

mulierbarkeit der T-Zellen, verminderte Bildung spezifischer Antikörper durch B-Zellen sowie eine verminderte Chemotaxis der neutrophilen Granulozyten (1).

Neben der immunologischen Disposition haben begleitende anatomische Anomalien entscheidenden Einfluss auf Schweregrad und Lokalisation der Infektionen. Hierzu zählen relative Stenosen von Gehörgang und oberen Luftwegen (Tracheomalazie), gastro-ösophagealer Reflux und angeborene Herzfehler, die bei Kindern mit Trisomie 21 häufiger auftreten.

Verschiedene Hautkrankheiten wie seborrhoische Dermatitis, Cheilitis, Lingua plicata, Alopecia areata, Syringome treten bei Patienten mit Trisomie 21 häufiger als in der Allgemeinbevölkerung (2,3) auf, *möglicherweise* auch verschiedene Hautinfektionen (Skabies, Tinea). Eine allgemeine Disposition zu gehäuften *schweren* Infektionen der Haut ist jedoch nicht bekannt (2). Die Trisomie-21-typischen vesikulopustulösen Effloreszenzen, die bei Patienten mit myeloproliferativen Erkrankungen beobachtet werden (4), sind nicht infektiöser Natur.

Die Behandlung „banaler“, d. h. umschriebener oberflächlicher kutaner bakterieller Infektionen unterscheidet sich nicht von der anderer Patienten: Bei oberflächlichen, monolokulären Infektionen (z. B. Impetigo contagiosa) kann, sofern keine Ausbreitungstendenz erkennbar ist, *lokal* antiseptisch behandelt werden (z. B. mit Polihexanid-Gel 0,04

oder 0,1 % NRF 11.69 oder mit wässriger Eosin-Dinatrium-Lösung 0,5-2,0 % NRF 11.95).

Bei ausgedehnten (multilokulären) Impetigoherden empfiehlt sich die *orale* Behandlung mit Amoxicillin oder Amoxicillin+Clavulansäure. Bei Abszessen ist meist eine Inzision indiziert, bei Erysipel meist und bei Phlegmonen *immer* eine parenterale antibiotische Therapie (Erysipel: Cefalexin oder Cefadroxil p. o. bzw. Penicillin, Ampicillin oder Cefazolin i. v., Phlegmone: Ampicillin/Sulbactam, Cefuroxim oder z. B. Clindamycin plus Penicillin i. v.).

Literatur:

1. Ram G, Chinen J. Infections and immunodeficiency in Down syndrome. *Clin Exp Immunol* 2011, 164, 9-16.
2. Bilgili SG et al. Mucocutaneous disorders in children with down syndrome: case-controlled study. *Genet Couns* 2011, 22, 385-392.
3. Dourmishev A et al. Cutaneous aspects of Down syndrome. *Cutis* 2000, 66, 420-424.
4. Nijhawan A et al. Vesiculopustular eruptions in Down syndrome neonates with myeloproliferative disorders. *Arch Dermatol* 2001, 137, 760-763.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Peter Höger
Abt. Pädiatrie und Abt. Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift/
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

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.

Kinder- und Jugendärzte warnen: Insektensterben bedroht auch die Zukunft unserer Kinder und Enkel

Kinder- und Jugendärzte fordern vor dem Hintergrund eines konstanten Rückgangs der gesamten Biomasse fliegender Insekten einen konsequenten, ökologischen Umbau der landwirtschaftlichen Produktionsweise. Allein dadurch kann die biologische Diversität der Insekten-, Vogel- und Pflanzenwelt in Deutschland und Europa und damit eine enkeltaugliche Zukunft unserer Kinder gesichert werden. Weder das Klima noch Änderungen im Landschaftsbild können laut Expertenmeinung als Erklärung für den Rückgang dienen. Vielmehr verantwortlich sind die intensiven Praktiken der Landwirtschaft wie die Nutzung von Pflanzenschutzmitteln, Dünger sowie die Beseitigung von Blühstreifen und Hecken entlang der Felder.



Foto: © Sergey Lavrentev – Fotolia.com

dato unerklärlichen Verschwinden von Arbeiterbienen. Als mögliche Ursachen des Völkerkollapses konnten einige Faktoren identifiziert werden wie die beiden parasitären Organismen *Varroa destructor*, eine Milbe, und die Mikrosporidien *Nosema spp. V. destructor* kann überdies pathogenes Material in Form von schädlichen Viren auf ihren Wirt übertragen. Auch bakterielle Brutkrankheiten wie die amerikanische und europäische Faulbrut können Bienenstämmen ernsten Schaden zufügen [3]. Zwar ist weltweit von 1961–2014 dank steigender Zahlen in Asien ein Wachstum der Bestände an domestizierten Bienenstöcken um etwa 55 % zu verzeichnen [4]. Gleichwohl sind geschätzte 40 % der wilden Bestäuber, insbesondere Bienen, vom Aussterben bedroht [4].

Dramatische Entwicklung

„Mehr als 75 % Rückgang der gesamten Biomasse fliegender Insekten in geschützten Gebieten in 27 Jahren“ – so betitelte das Forscherteam um Hallmann seine im Oktober 2017 veröffentlichte und seither oft zitierte Longitudinalstudie [1], in der in 63 Naturschutzgebieten Deutschlands über einen Zeitraum von 27 Jahren die gefangene Biomasse bei Fluginsekten analysiert wurde. Im Hochsommer, wenn die Insektenbiomasse ihr Maximum erreicht, konnte sogar ein Rückgang um 81,6 % festgestellt werden. An diesen massiven Verlusten sind nicht nur ohnehin gefährdete Arten wie Schmetterlinge, Wildbienen und Motten beteiligt, vielmehr ist die gesamte fliegende Insektengemeinschaft

betroffen. Weder das veränderte Klima noch Änderungen im Landschaftsbild können laut den Experten als Erklärung dienen, sie benennen dafür die intensiven Praktiken der Landwirtschaft wie die Nutzung von Pflanzenschutzmitteln und Dünger als auch die Beseitigung von Blühstreifen und Hecken entlang der Felder, denn 94 % der untersuchten Naturschutzgebiete sind von zunehmend durch Monokulturen geprägten Nutzflächen umschlossen.

Schon vor mehr als 10 Jahren waren in den USA ca. 23 % der Bienezüchter vom Phänomen des Völkerkollaps oder auch „Bienensterben“ betroffen [2], eine Beobachtung, die später auch in Europa gemacht wurde. Hierbei kam es bei der westlichen Honigbiene zu einem bis

Ursachen

Mitverantwortlich sind dafür auch die sog. Neonicotinoide, die bei Insekten neurotoxisch wirken und zu deren Paralyse und zum Tod führen [5]. Seit mehr als 20 Jahren wurden sie bevorzugt in der Saatgutbeize eingesetzt, so dass die daraus wachsende Pflanze vor saugenden und beißenden Schädlingen geschützt ist. Deren Pollen und Nektar dient Bienen wiederum als Nahrungsquelle. Viele Studien haben seither die schädliche Wirkung von Neonicotinoiden bewiesen [6]. Nach einem langen Entscheidungsprozess hat der zuständige EU-Ausschuss Ende April 2018 ein endgültiges Verbot für den Einsatz unter freiem Himmel – also auch für die Saatgutbeizung – und das Winterge-

treide verfügt, lediglich in geschlossenen Treibhäusern ist er noch erlaubt [7].

Auswirkungen

Die gravierenden Veränderungen der Biomasse und der Insektenzusammensetzung haben enorme mittel- und langfristige Konsequenzen: Wildbienen bestäuben zusammen mit ihren domestizierten Verwandten und anderen Insekten geschätzte 35 % der weltweiten Kulturpflanzen [8], darunter viele vitaminreiche Lebensmittel. Der vermutete monetäre Wert von Kulturpflanzen, welche direkt von Bestäubern beeinflusst werden, liegt jährlich bei 235–557 Milliarden US-Dollar [4]. Dieser Sektor der Landwirtschaft ist in den letzten 50 Jahren um 300 % angewachsen und somit überproportional zum Wachstum der gehaltenen Bienenvölker [9]. Auch fast 90 % der wildblühenden Pflanzen sind in gewissem Maße von Tierbestäubung abhängig [4]. In der Folge bewirkt das Insektensterben eine ökologische Kettenreaktion: Die Zahl und Vielfalt von Wildkräutern nimmt genauso ab wie die der Vögel.

Notwendige Maßnahmen: Umbau der landwirtschaftlichen Produktionsweise

Eine sinnvolle Maßnahme, die den massiven Rückgang an Insekten aufhalten könnte, ist z. B. die Förderung blühender Feldgrenzen. Eine kürzlich er-

schienene Publikation belegt, dass Kulturlandschaften, die eine höhere Dichte an Feldgrenzen haben, auch einen höheren Wildbienenreichtum aufweisen und dadurch die Bestäuberbewegung über größere Flächen erleichtert wird [10]. Als wichtiger Nebeneffekt könnte so auch ein Teil der Biodiversität von Wildpflanzen in Agrarlandschaften gewahrt werden.

Dieses Vorgehen entspricht prinzipiell auch der publizierten Sichtweise des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Danach steht ökologischer Landbau für ein „Wirtschaften im Einklang mit der Natur“, bei dem die natürlichen Ressourcen geschont und erhalten werden. So soll durch den Verzicht auf chemisch-synthetische Pflanzenschutzmittel und durch ein niedriges Düngenniveau eine, im Vergleich zu konventionell bewirtschafteten Flächen, erhöhte Artenvielfalt erreicht werden [11].

Im Einklang mit der Präsidentin des Bundesamts für Naturschutz, Frau Prof. Beate Jessel, fordern die Unterzeichner deshalb ein rasches und grundlegendes Umdenken in der Agrarpolitik. Jessel betont bei der Vorstellung einer Publikation zu „Naturschutz in der Agrarlandschaft“ am 4.6.2018: „Die EU sollte kein Geld mehr in Direktzahlungen stecken, die nach dem Gießkannenprinzip auf Landwirtschaftsflächen verteilt werden – weitgehend unabhängig davon, wie naturfreundlich oder -schädlich sie bewirtschaftet werden.“ Zusammen mit etlichen Experten fordert sie die Not-

wendigkeit einer deutlich verbesserten Finanzmittelausstattung für den Naturschutz mit gezielten Förderprogrammen für die nachhaltige und naturschonende Bewirtschaftung und die ländliche Entwicklung und lehnt damit Kürzungen ab, wie sie der Entwurf der EU-Kommission zur Haushaltsplanung ab 2021 vorsieht [12].

Die Unterzeichner sind davon überzeugt, dass nur durch den konsequenten, ökologischen Umbau der landwirtschaftlichen Produktionsweise die biologische Diversität der Insekten-, Vogel- und Pflanzenwelt in Deutschland und Europa und damit eine enkeltaugliche Zukunft unserer Kinder gesichert werden kann!

Literatur bei den Verfassern

Unterzeichner:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte – www.bvkj.de

Gesellschaft Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin – www.gpau.de

Kinderumwelt gGmbH – www.kinderumwelt.de

Dr. Thomas Lob-Corzilius, Kinder- und Jugendarzt, Allergologie, Kinderpneumologie, Umweltmedizin 49074 Osnabrück

E-Mail: thomas.lob@uminfo.de

Ricarda Dehmer, Bachelor of Science Biologie (TU Darmstadt) Frankfurt

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).

Kluge Kinder – langes Leben

von Dr. Jürgen Hower
KJA 6/2018, S. 365 ff.

Lieber Herr Hower, leben habe ich mal wieder einen von Ihren höchst informativen und

anregenden Artikeln gelesen (Kluge Kinder – langes Leben). Sie haben sich ganz offensichtlich Ihre analytische und kritische Sicht auf die „Dinge“ bewahrt – und können auch die komplexen Zusammenhänge so darstellen, dass sie gut verständlich sind. Es ist mir immer ein Vergnügen,

Ihren Ausflügen in die Wissenschaft zu folgen. Danke.

Dr. Hannsjörg Bachmann

Weberstr. 1, D-28832 Achim
Tel. 04202-881764

Red.: ReH

KJA Leserbefragung: Gute Noten für die Verbandszeitschrift!

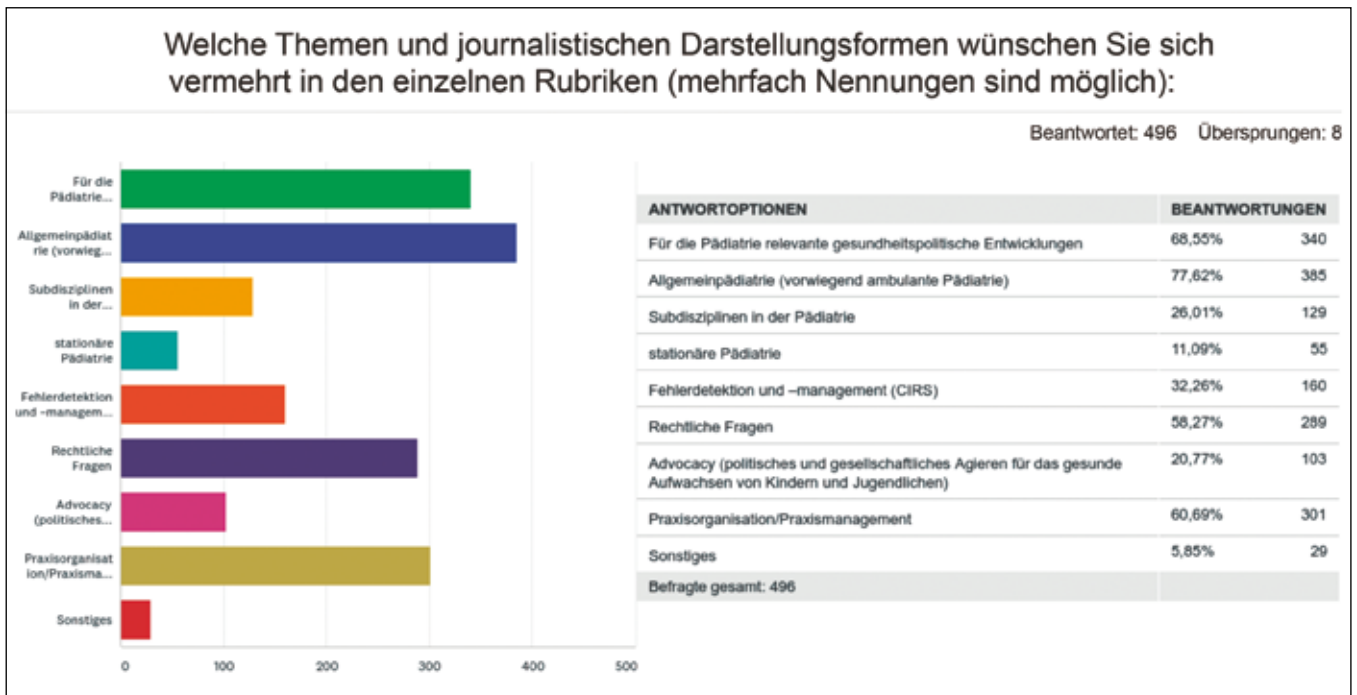
Die Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt stellte sich erneut dem Votum der Leserschaft. In der Zeit vom 14.4. bis Ende Mai 2018 waren die Abonnenten und Leser aufgefordert, ihre Meinungen zur Zeitschrift in einer Online-Umfrage darzulegen. 504 Leser nahmen dankenswerter Weise daran teil. Unter ihnen 44 Prozent Frauen und 56 Prozent Männer. Mit 73 Prozent waren die niedergelassenen Pädiater bei dieser Umfrage in der Überzahl. Zu 48 Prozent führten diese Pädiater Praxen mit 1000 bis 1500 Behandlungsfällen im Quartal

sitiv an, mehr als 47 Prozent fanden, dass die Umstellung gut oder sehr gut war. Von den Befragten wurde vielfach der Wunsch nach einem noch größeren Umfang des Fortbildungsteils geäußert.

So wundert es nicht, dass „Fortbildung“ bevorzugt gelesen wird, gefolgt von „Berufsfragen“, „Forum“ und „Magazin“. Allen Bereichen wird überdurchschnittliches Niveau attestiert. Dabei fühlen sich die Leser von den Inhalten der Rubriken „Fortbildung“ knapp vor „Berufsfragen“ und deutlicher vor „Forum“ und „Magazin“, besonders angesprochen.

sind zusätzlich an Sonderthemen diverser Spezialbereiche interessiert, wie aus den Subdisziplinen Neuropädiatrie, HNO, Zahnheilkunde u.v.m. und wünschen sich diese Inhalte in der KJA.

Fazit: Die redaktionellen Umstellungen seit 2016 sind bei den Lesern gut angekommen. Insgesamt wird der Zeitschrift ein vergleichsweise sehr hohes Niveau bescheinigt und viel gelesen. Die Rubriken Fortbildung und Berufspolitik sind in hohem Maße beliebt und gefragt. BVKJ Programmbeilagen finden eine sehr überdurchschnittliche Aufmerksamkeit.



pro Arzt. Die Menge der Einzel- und Gemeinschaftspraxen hält sich dabei mit je ca. 40 Prozent die Waage.

85 Prozent der 504 an der Umfrage teilnehmenden Leser attestierten der Zeitschrift ein überdurchschnittliches Niveau gegenüber anderen pädiatrischen Zeitschriften und bewerteten dies mit über 56 Prozent als gut und sehr gut.

Verlag und Redaktion waren aber im Besonderen an der Einschätzung der Befragten hinsichtlich einiger redaktioneller Umstellungen, die seit 2016 durchgeführt wurden, interessiert. Die überwiegende Mehrheit der Leser, fast 69 Prozent, sprach diese Umstellung überwiegend po-

Vermeehrt gewünscht werden folgende **Themen:** „Aus der Allgemeinpädiatrie“, „gesundheitspolitische Entwicklungen“, „Praxismanagement und -organisation“ sowie „rechtliche Fragen“.

Auch wichtig: fast 66 Prozent der Leser prüfen sofort die gelegentlich beigelegten BVKJ Programme auf Relevanz und 24,75 Prozent immerhin später. Nur 9,38 Prozent interessiert dies nicht. 77,67 Prozent der Befragten wollen eine kostenfreie anzeigenfinanzierte Zeitschrift statt einer 120 Euro teuren Abozeitschrift ohne Werbung bzw. einer elektronischen Ausgabe ohne Werbeeinhalte mit Kosten von ca. 100 Euro. 5,9 Prozent

Wir bedanken uns bei allen Teilnehmenden für dieses interessante Stimmungsbild! Redaktion und Verlag werden versuchen, viele der zahlreichen Anmerkungen soweit möglich aufzugreifen!

Die ausführliche Auswertung finden Sie in PädInform im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Platzkötter
Geschäftsführer
Hansisches Verlagkontor, 23566 Lübeck

Babylotse am Klinikum Neukölln: das soziale Frühwarnsystem in der Geburtsmedizin und in der Neonatologie

Zusammenfassung

Hintergrund: In der sensiblen Lebensphase rund um die Geburt sind Mütter in psychosozial belasteten Situationen gern bereit, passgenaue Hilfen, die in genau dieser Zeit angeboten werden, anzunehmen. Daher setzt das Programm Babylotse als Teil der Frühen Hilfen genau hier an, um so sozial-präventiv tätig zu werden.

Methodik: Bei allen Müttern, die im Klinikum Neukölln zur Geburt kommen, werden soziale Risikofaktoren standardisiert erhoben. Bei positivem Score oder Gesprächswunsch erfolgt ein Gespräch mit der Babylotsin, um den Unterstützungsbedarf zu ermitteln, der dann in die Wege geleitet wird.

Ergebnisse: In 2017 fanden 3.017 Geburten statt, 1.476 Mütter kamen aus Neukölln. Bei allen Frauen wurde der Risikoscore erhoben, bei 43,5 % war er auffällig. Für die Neuköllner Mütter ergaben sich 553 Beratungsfälle, von denen 50 wiederholte Kontakte und Vermittlungsangebote erforderten.

Schlussfolgerung: Das Programm ist sehr gut in den Klinikalltag integriert. In der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe haben die Babylotsen einen umfangreichen Hilfebedarf erfassen und Unterstützung vermitteln können.

Hintergrund

Die Geburt eines Kindes kann mit vielfältigen Herausforderungen und manchmal auch mit Krisen verbunden sein. In dieser Lebensphase ist es sinnvoll und hilfreich, wenn Familien praktische Unterstützung erhalten. Ein Teil der Familien ist aufgrund von schwierigen Lebenssituationen nicht in der Lage, sich die notwendige Unterstützung zu organisieren beziehungsweise diese zu nutzen. Das Fehlen positiver Ressourcen und das multiple Vorhandensein psychosozialer Belastungen können als Indikatoren für eine mögliche Entwicklungsbeeinträchtigung von Kindern betrachtet werden (1).

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, ist es notwendig, Strukturen zu etablieren, die unterschiedliche Problemlagen in Familien frühzeitig erkennen und die passende Hilfe initiieren. Dies ermöglichen die sogenannten **psychosozialen Frühwarnsysteme der Frühen Hilfen**, welche zum Ziel haben, psychosoziale Belastungen und kritische Lebenssituationen in Familien zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erfassen und den Familien präventive und nachhaltige Unterstützungsangebote zu vermitteln, welche das Wohl des Kindes, aber auch das Wohl der Familie fördern (2).

Das Projekt **Babylotse** ist eines dieser primären Präventionsprogramme, welches 2007 in Hamburg von der Stiftung SEEYOU entwickelt wurde und dessen Wirksamkeit durch standardisierte Arbeitsprozesse und Evaluation bestätigt wurde (3). Es verfolgt das Ziel, Familien rund um den Zeitraum von Schwangerschaft und Geburt darin zu unterstützen, eigene Ressourcen zu aktivieren, um die verantwortungsvolle neue Aufgabe als Eltern erfolgreich zu bewältigen. Die **Implementierung des Settings in die Geburtsmedizin** ermöglicht mit Hilfe eines Anhaltsbogens (Screening) eine frühzeitige, systematische und nicht stigmatisierende Erfassung der psychosozialen Belastungsfaktoren aller Schwangeren. Ein anschließendes Beratungsgespräch ermittelt den genauen Hilfebedarf und bahnt passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten an (3).

Die Lage im sozialen Brennpunkt

Das Vivantes Klinikum Neukölln befindet sich in einem sehr lebendigen Berliner Bezirk, welcher durch viele Gegensätze gekennzeichnet ist. Mit einer Einwohnerzahl von ca. 328.000 ist es einer der am dichtesten besiedelten Bezirke. Das durchschnittliche Alter liegt, aufgrund des überdurchschnittlichen Anteils von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei nur gut 41 Jahren. Zudem

ist der Anteil von Kindern unter 3 Jahren im Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken sehr hoch (4).

Hinsichtlich des Migrationshintergrundes lässt sich festhalten, dass der Bezirk mit 43,9 % den höchsten Migrationsanteil innerhalb Berlins aufweist. Die sozioökonomische Situation der EinwohnerInnen in Neukölln führt oft zu einem großen Unterstützungsbedarf, da der Bezirk bezüglich des Bildungsstands, der Abhängigkeit von Transferleistungen, der Erwerbslosenquote, der Kinderarmut sowie der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen von Kindern das Schlusslicht der Berliner Bezirke bildet. Im Ergebnis bedeutet das, dass **in Neukölln jedes dritte Kind in schwierigen sozialen Verhältnissen und damit mit erheblichen Risikofaktoren aufwächst**. Jedes **zweite Kind** ist von **Kinderarmut** betroffen.

Der Bezirk Neukölln finanziert erfreulicherweise seit 2015 das Programm Babylotse am Vivantes Klinikum Neukölln mit Geldern der Frühen Hilfen im Rahmen der **Neuköllner Präventionskette**. Diese ist eine abgestimmte, organisierte und ressortübergreifende Form der Zusammenarbeit aller Unterstützungssysteme im Bezirk.

Die Praxis der Babylotsen in Neukölln

Der Ablauf des **Programmes Babylotse** bietet als standardisiertes Verfahren sowohl den MitarbeiterInnen in der Klinik als auch den Frauen eine Verlässlichkeit sowie die Sicherheit der professionellen Qualität (3). Die psychosozialen Risikofaktoren werden mit Hilfe des Anhaltsbogens durch die MitarbeiterInnen der Klinik für Geburtsmedizin beginnend bei der Anmeldung zur Geburt oder bei pränatalen Terminen in der Klinik erhoben. Die Angaben des Anhaltsbogens erfassen ausschließlich Daten, die ohnehin für die medizinische und soziale Anamnese benötigt werden. Der Anhaltsbogen verbleibt anschließend bis zur Geburt im

klinikinernen Dokumentationssystem. Gibt es zu diesem Zeitpunkt bereits Hinweise auf einen erhöhten Risikoscore (≥ 3) oder den Wunsch der Frau nach einem Beratungsgespräch, kann bereits zu diesem Zeitpunkt eine erste Kontaktaufnahme zur Babylotsin erfolgen. Spätes-

tens nach der Geburt werden bei allen Müttern diese Anhaltsbögen erhoben.

Die Teilnahme am Projekt ist grundsätzlich freiwillig. Alle Mitarbeiterinnen des **Programmes Babylotse** sind Angestellte der Klinik und haben somit einen Einblick in die notwendigen Patientenda-

In diesem Gespräch werden die bestehende familiäre Situation sowie die vorhandenen Ressourcen eruiert und gemeinsam mit der Frau der mögliche Hilfebedarf ermittelt. Bei Bedarf unterstützen die Babylotsinnen auch bei der Kontaktaufnahme oder nehmen selbst Kontakt zu den weiter betreuenden Institutionen auf und vermitteln so die entsprechenden Hilfen. Im Anschluss der Vermittlung einer Hilfe erkundigen sich die Babylotsinnen **nach ca. vier Wochen** und nach **ca. drei Monaten** noch einmal telefonisch bei der Familie, ob die vorhandenen Hilfen als ausreichend wahrgenommen werden oder ob sich der Hilfebedarf eventuell geändert hat und die Familie erneut Unterstützung benötigt. Frauen, deren Anhaltsbogen einen erhöhten Risikoscore aufweist, die aber aufgrund einer Entbindung am Wochenende oder einer ambulanten Geburt nicht im Rahmen des Klinikaufenthalts erreicht werden können, wird im Anschluss telefonisch beziehungsweise postalisch ein Beratungsangebot unterbreitet.

Ergebnisse

Von den insgesamt 3.017 stattfindenden Geburten im Jahr 2017 konnte bei allen 3.017 Frauen der Anhaltsbogen erfasst werden, damit lag die **Erfassungsquote bei 100 %**. Von den 3.017 gescreenten Frauen hatten 1.706 (56,6 %) einen Score < 3 und können somit hinsichtlich bestehender Risikofaktoren als **unauffällig** eingestuft werden. 1.311 (43,5 %) der gescreenten Frauen hatten hingegen einen Score ≥ 3 und gelten somit nach dem im Babylotsenprogramm vorgegebenen Risikoscore als **auffällig**. Durch die Finanzierung des Bezirks Neukölln liegt das Hauptaugenmerk der Versorgung derzeit auf den Frauen aus dem Bezirk Neukölln. Die folgende Auswertung bezieht sich dementsprechend auf diese im Bezirk Neukölln lebenden Frauen. Von den 1.476 gescreenten Frauen aus Neukölln hatten 860 Frauen (58,0 %) einen unauffälligen Risikoscore und 616 Frauen (42,0 %) einen erhöhten Risikoscore. 519 dieser 616 Frauen wurde während des Klinikaufenthalts ein Beratungsgespräch durch die Babylotsinnen angeboten (Abbildung 1). 34 der Neuköllner Frauen konnten durch den Sozialdienst oder die Psychologinnen in der Klinik erreicht werden. Damit wurden also insgesamt 553 Mütter erreicht. 63 Frauen wurden aufgrund einer Entbin-

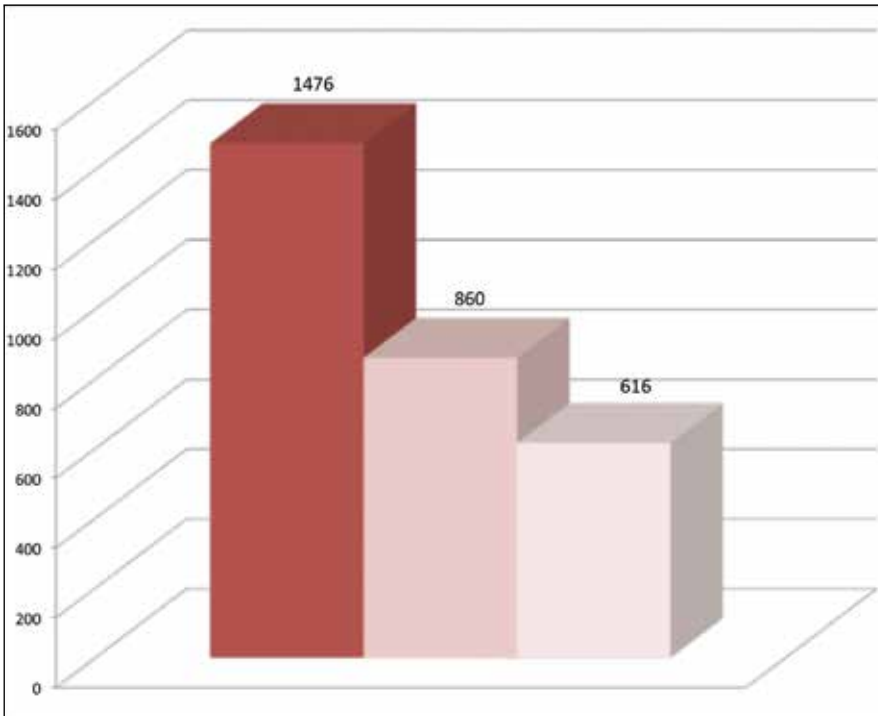


Abb. 1: ■ Frauen mit Screening aus Neukölln
 ■ Frauen mit unauffälligem Score (<3) aus Neukölln
 ■ Frauen mit auffälligem Score (<3) aus Neukölln

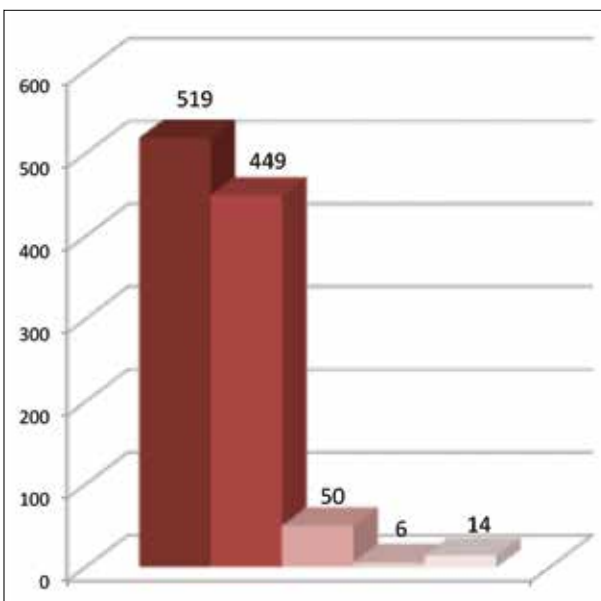


Abb. 2: ■ Kontaktaufnahme durch Babylotsin Kurzfall
 ■ Kontaktaufnahme durch Babylotsin Intensivfall m. Monitoring
 ■ Kontaktaufnahme durch Babylotsin Babylotse + Psychosomatik
 ■ Kontaktaufnahme durch Babylotsin Babylotse + Sozialdienst

ten. Persönliche Daten der Frauen werden nur nach deren schriftlicher Einwilligung an die jeweiligen Kooperationspartner weitergeben.

Nach der Geburt wird der Anhaltsbogen durch zwei eigens hierfür eingestellte Mitarbeiterinnen um die Daten der Geburt und ggf. fehlende Angaben ergänzt und den Babylotsinnen übergeben. Die Babylotsinnen nehmen noch während des Klinikaufenthalts Kontakt zu den Frauen mit einem erhöhten Risikoscore auf und bieten ihnen ein erstes Beratungsgespräch an.

derung am Wochenende, einer ambulanten Geburt beziehungsweise wegen fehlender Kontaktdaten nicht erreicht. Diese Frauen konnten auch per Anruf beziehungsweise durch das Versenden einer Postkarte nicht mehr erreicht werden.

Aus den 519 Beratungsangeboten hat sich bei 449 Frauen ein so genannter Kurzfall ergeben (Abbildung 2). Dies bedeutet, dass die Frauen im Rahmen des Beratungsgesprächs in der Klinik ein- bis zweimal kontaktiert wurden, ihnen Informationsmaterial ausgehändigt werden konnte oder die Vermittlung einer Hebamme erfolgen konnte. Aus 50 Beratungsangeboten ergaben sich im Jahr 2017 so genannte **Intensivfälle**. Als Intensivfälle gelten die Beratungsgespräche die mit drei oder mehr Kontaktaufnahmen einhergehen und die eine Vernetzung zu einem Kooperationspartner der **Frühen Hilfen** oder einer hochschwelliger Hilfe erfordern. Bei 20 Beratungsangeboten ergab sich eine parallele Kontaktaufnahme durch die Babylotsinnen sowie durch den Sozialdienst oder die Psychologinnen innerhalb der Klinik.

Fallbeispiel

Eine 35-jährige Frau, die sich in der 34. Schwangerschaftswoche befindet und ihr viertes Kind erwartet, hat in der Geburtsmedizinischen Ambulanz einen Termin zur Anmeldung. Bei der Erhebung der Sozialanamnese durch eine Ärztin wird deutlich, dass sich die schwangere Frau in einer schwierigen Lebenssituation befindet, da sie sich gerade von ihrem Lebensgefährten getrennt hat und mit ihren Kindern in einer 2,5 Zimmer-Wohnung lebt. Die Ärztin empfiehlt ihr die Kontaktaufnahme zu den Babylotsinnen und sucht mit ihr gemeinsam deren Büro auf. Dort kann ein zeitnahe Beratungstermin vereinbart werden. Im Rahmen des ersten Beratungsgesprächs wird deutlich, dass bisher keine Hebamme für die postpartale Betreuung kontaktiert worden war und es verschiedene Fragen zur finanziellen Versorgung sowie zur Betreuung der drei größeren Kinder während der Geburt gab. Bis zur Entbindung konnte eine Hebamme vermittelt werden, die die Nachsorge im häuslichen Umfeld übernimmt. Hinsichtlich der finanziellen Fragen konnten die Anträge für das Eltern- und Kindergeld vorbereitet werden, ein Unterhaltsvorschuss wurde bean-

tragt, und die Schwangere erhielt weitere Informationen, welche Möglichkeiten ihr perspektivisch zur finanziellen Entlastung zustehen. Bezüglich der Betreuung der Kinder während der Geburt konnte die Schwangere soziale Ressourcen aktivieren, so dass die Kinder in diesem Zeitraum versorgt waren. Zudem konnte bei der Krankenkasse ein Antrag auf Haushaltshilfe vorbereitet werden, der gemeinsam mit der Schwangeren vorausgefüllt wurde. Nach der Geburt wurden noch die Fragen zur standesamtlichen Meldung des Kindes geklärt, der Antrag auf Haushaltshilfe bei der zuständigen Krankenkasse gestellt und ein Familienpflegedienst, welcher die Ausführung der Haushaltshilfeleistung übernahm, installiert.

Diskussion

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt deutlich, dass gerade Frauen mit einem erhöhten Risikofaktor den Zugang zu Unterstützungsangeboten nur schwer oder auch gar nicht finden. Dies liegt zum einen daran, dass das Schamgefühl, Unterstützung zu benötigen, hoch ist. Sobald die heimische Tür dann aber einmal geschlossen ist, ist der Schritt nach außen zu schwer. Zwar ist die Vielfalt der Unterstützungsangebote in den letzten Jahren erfreulich gewachsen; hierbei aber den Überblick über die passende Hilfe zu bekommen, kann durchaus eine Herausforderung darstellen. Durch die Anbindung des Programms **Babyotse** direkt in der Geburtsmedizin wird die Chance eröffnet, die Frauen gerade in der sensiblen Phase rund um die Geburt zu erreichen, sie mit dem nötigen Wissen zu versorgen und ihnen so die Tür zum Hilfesystem zu öffnen. Die Erfahrung zeigt, dass das Programm Babyotse dazu beiträgt, dass die frühe Inanspruchnahme der Hilfen zu einer stabileren Annahme der Hilfen führt.

Im Ergebnis kann das Programm Babyotse die Lücke zwischen dem Gesundheitssystem und der Jugendhilfe schließen und so als Bindeglied beider Systeme fungieren. Der Fokus liegt dabei auf der Stärkung elterlicher Ressourcen sowie der Befähigung der Eltern, das Leben mit Kindern selbständig und eigenverantwortlich zu gestalten.

Perspektivisch wird gerade mit Hilfe der Techniker Krankenkasse das Pro-

gramm Babyotse um das **Ergänzungsprojekt „Familienotse“** erweitert werden. Dieses Projekt möchte die Neuköllner Familien in einem Ortsteil von Neukölln nicht nur zum Zeitpunkt der Geburt unterstützen, sondern den Familien auch darüber hinaus bis zum Übergang in die Kita bzw. bis zum 3. Lebensjahr des Kindes zur Seite stehen.

Schlussfolgerung

Das Projekt Babyotse leistet einen großen Dienst im präventiven Kinderschutz, um von Beginn an den Familien und deren Kindern einen idealen Start zu ermöglichen. Durch die Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe können die Babylotsen einen umfangreichen Hilfebedarf sehr frühzeitig vermitteln und gezielter in die verschiedensten Unterstützungsmöglichkeiten vernetzen. Es ist ein Projekt, welches die Chancengleichheit aller Kinder stärkt und so auf einen positiven Effekt auf die Eltern-Kind-Beziehung und letztlich auf die kindliche Entwicklung zielt.

Literatur bei den Autorinnen.

Korrespondenzanschriften:

Juliane Wittekop, Jasmin Lösche,
Babylotsen, Vivantes Klinikum Neukölln,
12351 Berlin
E-Mail: Babyotse.knk@vivantes.de
juliane.wittekop@vivantes.de
jasmin.loesche@vivantes.de

Juliane Wittekop¹, Jasmin Lösche¹,
Hannes Rehfeldt², Jacqueline Filz¹,
Susanne Ouwendijk¹, Babette Ramsauer³,
Dietmar Schlembach³, Rainer Rossi⁴

¹ Babylotsen, Klinik für Geburtsmedizin, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

² Präventionsbeauftragter, Netzwerkkoordinator Bundesstiftung Frühe Hilfen, Bezirksamt Neukölln, Berlin

³ Klinik für Geburtsmedizin, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

⁴ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

* beide Autorinnen trugen in gleicher Weise zu dieser Arbeit bei

Interessenkonflikt:

Es besteht kein Interessenkonflikt

Red.: WH

Neue S3 Leitlinie „ADHS im Kindes-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter“



Dr. med. Klaus Skrodzki

Bis 2007 gab es bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zwei Leitlinien für das Störungsbild ADHS: die Leitlinie „Hyperkinetische Störungen“ der Kinder- und Jugendpsychiater und die Leitlinie „ADHS bei Kindern und Jugendlichen“ der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V..

Seit nunmehr neun Jahren wurde an einer gemeinsamen Leitlinie gearbeitet, die für alle Altersgruppen gelten und dem höchsten Level S3 entsprechen sollte. Nun ist sie endlich fertig.

Für den S3-Level schreibt die AWMF ein umfassendes Prozedere bei der Literaturrecherche, der Evidenzbasierung und bei der Konsensbildung vor. Die Einbindung aller direkt oder indirekt beteiligten Fachgruppen und der Patienten soll zum größtmöglichen Konsens unterschiedlicher Fachbereiche führen.

Wer hat mitgearbeitet?

Mit Prof. Tobias Banaschewski als Leitlinien-Koordinator arbeiteten in der Steuerungsgruppe Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten und Patientenvertreter zusammen. Die erarbeiteten Texte wurden in zwei Konsensuskonferenzen mit Vertretern von

über 30 Fachgruppen und Patientenorganisationen überarbeitet und abgestimmt.

Was ist in der Leitlinie neu für die Praxis?

Bei entsprechenden Auffälligkeiten fordern die Autoren eine umfassende Diagnostik durch Fachleute, um ADHS von anderen Störungen abzugrenzen. Das sollte bei Kindern und Jugendlichen ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ein psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche oder ein Kinder- und Jugendarzt mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS sein.

Als erste therapeutische Maßnahme stehen bei allen Schweregraden der Störung psychoedukative Maßnahmen im Vordergrund, bei der der Patient und seine relevanten Bezugspersonen über ADHS aufgeklärt werden, ein individuelles Störungskonzept entwickelt wird und Behandlungsmöglichkeiten dargestellt werden, um eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Bei Kindern unter sechs Jahren soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden. Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden. Bei ADHS von einem leichten Schweregrad soll primär psychosozial interveniert werden. In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden. Im Unterschied zu früheren Empfehlungen soll bei moderater ADHS nach einer umfassenden Psychoedukation bei Bedarf eine pharmakologische Behandlung oder eine Kombination von pharmakologischer Behandlung mit Psychotherapie angeboten werden. Bei schwerer ADHS soll primär eine Pharmakotherapie nach einer intensiven Psychoedukation angeboten werden. Mögliche Substanzen sind Methylphenidat, Atomoxetin, Lisdexamfetamin und Guanfacin.

Die vorliegende Evidenz für die Wirksamkeit der Medikamente macht diese Änderungen der Empfehlung sinnvoll.

Psychoedukative Maßnahmen, die Betroffenen und Eltern Strategien für den Umgang mit ADHS vermitteln sollen, haben einen hohen Stellenwert. Sie sollen grundsätzlich Bestandteil jedes Behandlungsplans sein und gehören sowohl zu Beginn, als auch im Verlauf der Behandlung immer dazu. Psychotherapie – insbesondere Verhaltenstherapie – wird vor allem dann empfohlen, wenn entsprechende Begleiterkrankungen, eine besondere Schwere der Symptomatik oder der Lebensumstände vorliegen.

Regelmäßige Kontrollen mit Überprüfung der aktuellen Lebenssituation, der sich daraus ergebenden Probleme und des weiteren Bedarfs an Therapie – auch der medikamentösen Therapie – sollen alle sechs Monate durchgeführt werden. Blutdruck und Puls sollen dabei überprüft werden, bei Kindern und Jugendlichen auch Größe und Gewicht. Regelmäßige Laborkontrollen und EKG-Ableitungen sind nicht empfohlen, außer bei Hinweisen auf entsprechende anamnestische und klinische Auffälligkeiten beim Patienten oder seiner Familie.

Neu ist auch, dass damit erstmals in Deutschland eine gemeinsame Leitlinie im Konsens aller wesentlich an der Versorgung bei ADHS beteiligten Fachgruppen erstellt wurde und dies für Patienten in jedem Lebensalter.

Insgesamt bietet diese neue Leitlinie eine sicherere Handlungsempfehlung für die Diagnostik und Therapie bei ADHS und den Umgang mit diesen Patienten im Praxisalltag.

Korrespondenzadresse:

Dr. Klaus Skrodzki
91301 Forchheim
Im Vorstand der AG ADHS e.V.
und von ADHS Deutschland e.V.
E-Mail: skrodzki@skrodzki.franken.de

Red.: ReH

Kleinkinder sind Hochrisikogruppe bei Brandverletzungen



Foto: © antic - Fotolia.com

Jährlich werden deutschlandweit über 30.000 Kinder mit thermischen Verletzungen ambulant und 6.000 Kinder stationär behandelt. Darauf weist der Arbeitskreis „Das schwerbrandverletzte Kind“ hin. Verbrühungen, Feuer und Flammen, Kontaktverbrennungen, Strom sowie Verpuffung und Explosion führen zu gesundheitlichen Schäden mit oft lebenslanger Beeinträchtigung. Der Unfallschwerpunkt liegt klar im häuslichen Umfeld. Eine Auswertung des Arbeitskreises „Das schwerbrandverletzte Kind“ zeigt, dass Säuglinge und Kleinkinder eine Hochrisikogruppe darstellen.

Die Auswertung bezieht sich auf ca. 1.200 Patienten in spezialisierten Kliniken. 75 Prozent der jungen Patienten sind

zum Zeitpunkt der Aufnahme jünger als vier Jahre. Das Säuglings- und Kleinkindesalter stellt somit eine Hochrisikogruppe dar. 70 Prozent der Kinder haben eine Verbrühung und Jungen sind laut der Auswertung im Vergleich zu Mädchen doppelt so häufig wie Mädchen betroffen.

Gefahr durch Schnellwasserkocher

Typischerweise dominieren in der Hochrisikogruppe Verbrühungen durch heiße Flüssigkeiten. Schon der Inhalt einer Tasse genügt, um 30 Prozent der Körperoberfläche eines 0 bis 4-jährigen Kindes zu verletzen. In den letzten Jahren haben vor allem Unfälle mit Schnellwasserkochern durch Ziehen am herabhängenden Stromkabel dramatisch zugenommen. Das typische Verletzungsmuster besteht in einer Verbrühung von Gesicht, Rumpf und Oberschenkeln.

Strom und offenes Feuer

Kontaktverbrennungen, Strom und Verbrennungen mit Feuer betreffen etwas ältere Kinder, die durch ihre Neugier durch Zündeln mit Streichhölzern und Kerzen in Kontakt mit Feuer geraten. Die

häufigsten Zündquellen für Textilbrände sind außerdem Adventsgestecke, Laternen und Wunderkerzen, Zigaretten, Gasflammen und der Holzkohlegrill. Insbesondere der Einsatz von Brandbeschleunigern führt jedes Jahr zu erheblichen Verletzungen durch Verpuffung vor allem im Gesicht. Der unvorsichtige Gebrauch von Böllern und Feuerwerkskörpern bei Jugendlichen führt oft zu schweren Verbrennungen, Augenverletzungen und Hörschäden.

Prävention und spezialisierte zeit- und fachgerechte Behandlung sind die Schlüsselfaktoren, Komplikationen und lebenslange Stigmatisierung betroffener Kinder zu vermeiden. Auf ihrer Jahrestagung am 25. und 26. Mai in Berlin diskutierten die Experten des Arbeitskreises „Das schwerbrandverletzte Kind“ Forschungsergebnisse zu innovativen Wundauflagen, dem enzymatischen Debridement, Konzepte schmerzärmerer Verbandswechsel durch virtuelle Realität sowie das sogenannte „Medical Needling“ zur Behandlung von Narben. In einem Workshop wurden Tipps und Tricks der Anwendung praxisnah vermittelt.

Red.: ReH

Warum reiche Kinder so gut beim Marshmallow-Test abschneiden

Der Marshmallow-Test ist einer der berühmtesten Tests der Sozialwissenschaften: Man legt einen Marshmallow vor ein Kind und erklärt: Wenn du ihn nicht sofort isst, sondern 15 Minuten wartest, bekommst du auch noch einen zweiten. Dann verlässt man den Raum. Die Studie an 90 Kindern, in den Sechzigerjahren von dem Psychologen Walter Mischel an der Stanford Universität begonnen und in den Neunzigerjahren veröffentlicht, suggerierte bislang: Wer es als Kind schafft, geduldig zu bleiben, hat als Erwachsener mehr Erfolg in Schule und auch Beruf. Somit schien der Test Voraussagen für die Zukunft machen zu können.

Eine neue, wesentlich größer durchgeführte und detaillierter ausgewertete Studie der New York University zeigt jetzt offenbar, dass es vor allem die finanzielle Si-

tuation der Eltern ist, die die Entscheidung der Kinder beeinflusst. Je mehr Geld die Eltern haben, je höher der Bildungsgrad in der Familie, desto sicherer fühlt sich das Kind, desto länger kann es warten, desto besser lernt es, auf kurzfristige Belohnungen zugunsten langfristiger größerer Ziele zu verzichten. Kinder aus armen Familien machen dagegen früh die Erfahrung, dass

es mal etwas zu essen gibt, mal nicht, dass ein zweiter Marshmallow irrelevant ist, wenn man mit gutem Grund annehmen kann, dass einem schon der erste vielleicht wieder weggenommen wird, wenn man zu lange wartet. Die unsichere wirtschaftliche Situation der Familie prägt also den späteren Erfolg des Kindes, nicht sein Talent zu warten, so die neue Studie.



Foto: © pololia - Fotolia.com

Revisiting the Marshmallow Test: A Conceptual Replication Investigating Links Between Early Delay of Gratification and Later Outcomes

Tyler W. Watts, Greg J. Duncan, Haonan Quan

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0956797618761661>

Red.: ReH

Mit Antistigma-Spot gegen Vorurteile und politische Diskriminierung: Psychische Erkrankungen können Jeden treffen

Finn ist acht Jahre alt, er leidet an einer Angststörung. Aber Finn ist auch ein Abenteurer. Mit einer selbstgebastelten Rakete rennt er los um abzuheben. Wie er über die leere Landstraße ins Weite läuft, sehen wir in dem AntistigmaSpot des Bundesverbandes für Angehörige psychisch erkrankter Menschen (BAPK) e. V. Ebenfalls u. a. zu sehen: Daniel, der Gipfel erstürmt und seine Essstörung überwindet, Andrea, die versucht, eine gute Mutter zu sein trotz ihrer Schizophrenie.

„Für Angehörige zählt nicht die Krankheit, sondern der Mensch.“ Mit dieser Botschaft möchte der BAPK in seinem Antistigma-Spot die Aufklärung und das Verständnis der Öffentlichkeit für die Betroffenen und im Besonderen auch für deren Familien und Freunde fördern.

Laut Bundesgesundheitsministerium leidet fast jeder dritte Mensch im Laufe seines Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Weltweit zählen Depressionen, Alkoholerkrankungen, bipolare Störungen und Schizophrenien zu den häufigsten Erkrankungen. Tendenz steigend. Trotzdem werden psychische Erkran-

kungen weiterhin oftmals tabuisiert. Viele Menschen reagieren mit Verunsicherung und Ängste auf das Thema. Die Betroffenen, ihre Familien und Freunde sind mit Ausgrenzung und Stigmatisierung konfrontiert.

„Was wir brauchen ist Verständnis und keine geänderten Gesetze, sagt Dr. Caroline Trautmann, Geschäftsführerin des BAPK mit Blick auf das bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG). „Wir möchten zeigen, dass jeder Mensch psychisch erkranken kann. Aber auch, dass viele Betroffene mit ihrer Krankheit gut leben und an der Gemeinschaft teilhaben können. Das ist nicht zuletzt der Verdienst ihrer Familien und Freunde. Auch ihnen ist diese Kampagne gewidmet!“

Der Kampagnen-Spot ist auf youtube und auf der Homepage des BAPK e.V. zu sehen
<https://www.bapk.de/startseite.html>.



Info: Der BAPK e.V. ist eine Selbsthilfeorganisation und Solidargemeinschaft von Familien mit psychisch Kranken. Als Familien-Selbsthilfe Psychiatrie setzt sich der Bundesverband gemeinsam mit seinen Mitgliedern in 15 Landesverbänden auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen für die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen und ihren Angehörigen und Freunden ein. Hauptanliegen ist die Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus tritt er für eine optimale psychiatrische und psychosoziale Versorgung psychisch erkrankter Menschen ein, die sich an ihrer Lebensqualität und am Stand der Forschung orientiert und die Patienten sowie ihre Angehörigen ernst nimmt.

Red.: ReH

AOK-Familienstudie: Dicke Väter, faule Kinder

Viele Familien in Deutschland bewegen sich zu wenig, die Kinder spielen lieber am Handy, viele Eltern sind übergewichtig. Trotzdem fühlen sie sich gut. Das verdeutlicht die am 2.7. veröffentlichte Umfrage im Rahmen der „AOK-Familienstudie 2018“, die das IGES-Institut unter rund 5.000 Müttern und Vätern im Auftrag des AOK-Bundesverbandes durchgeführt hat. Zwar bewegen sich 45 Prozent der befragten Eltern täglich mit ihren Kindern, für jede dritte Familie spielt körperliche Aktivität in der Freizeit aber überhaupt keine Rolle. Ein Grund könnte der zeitliche Stress von Eltern sein, den 40 Prozent der Befragten als größten Belastungsfaktor ansehen. Nicht verwunderlich ist demnach auch, dass es nur 28 Prozent der Eltern gelingt, Sport und Fitness zu betreiben.

Die verschiedenen Belastungsfaktoren scheinen sich grundsätzlich aber nicht negativ auf das Wohlbefinden von Eltern auszuwirken. Denn 76 Prozent geben an, dass sie ihren Gesundheitszustand als sehr

gut oder gut bewerten (2014: 69 Prozent). Auffällig ist jedoch ein anderes Problem der Eltern: 36 Prozent von ihnen sind laut Umfrage übergewichtig, 22 Prozent adipös – oft sind es die Väter.

Weitere Ergebnisse der Umfrage:

Medienkonsum: Statt draußen zu spielen, daddeln Kinder besonders an freien Tagen auf Smartphone und Tablet: 59 Prozent der Kinder von vier bis sechs Jahren nutzen Medien länger als die von Experten empfohlene halbe Stunde am Tag, am Wochenende liegt dieser Wert sogar bei 84 Prozent. Ähnlich sieht es bei Kindern von sieben bis elf Jahren aus.

Stressfaktoren: 40 Prozent der Befragten gaben an, dass zeitlicher Stress der größte Belastungsfaktor in ihrem Leben sei. Gegenüber der letzten Erhebung der AOK vor vier Jahren ist dieser Stressfaktor leicht gesunken: von 46 Prozent auf 40 Prozent. Die finanzielle Belastung ist ebenfalls weiter gesunken: Von 33 Prozent 2010 auf 27 Prozent 2018. Was zunimmt, sind part-

nerschaftliche Probleme: von 14 Prozent auf 20 Prozent.

Gesundheit: 76 Prozent der Eltern bewerten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (2014: 69 Prozent). Befragte Paare fühlten sich zu 77 Prozent gut, Alleinerziehende zu 69 Prozent. Aber: 36 Prozent der Eltern sind übergewichtig, 22 Prozent adipös. Bei den Vätern fallen 72 Prozent in eine der beiden Kategorien, bei den Müttern 50 Prozent.

Infrastruktur: Ein Schritt in Richtung mehr Bewegung wären gesicherte Fahrradwege, gut erreichbare Sportplätze, Schwimmbäder oder Spielplätze. „Kinder, die laut Eltern in einem attraktiven Wohnumfeld leben, bewegen sich im Schnitt an 3,8 Tagen pro Woche und damit 27 Prozent mehr als Kinder, die diese Bedingungen gar nicht vorfinden (3,0 Tage pro Woche). Ähnlich sieht es auch beim gemeinsamen Radfahren aus“, sagen die Wissenschaftler.

Red.: ReH

Damit Eltern gut informiert ihren fiebernden Kindern helfen können

Update zum BVKJ/BMBF Kooperationsprojekt „FieberApp Register“ mit den Universitäten Witten/Herdecke, Tübingen und Mainz // Zusammen mit sechs Beratern des BVKJ (Drs Klaus Rodens, Folkert Fehr, Till Reckert, Martin Lang, Steffen Lüder, Annette Suhr-Wallem und Karin Geitmann und später Dr. Klaus Fischbach) sind ein Kurzvideo, ein FeverApp Entwurf und Informationsmaterial für die FieberApp Registerstudie entwickelt worden. Nun gehen wir in die zweite Phase der Antragsstellung beim BMBF für die Realisierungsphase. Geplant ist eine App, die den Eltern wissenschaftlich begründete Informationen zum Umgang mit Fieber bietet und eine Dokumentationsmöglichkeit, die den Forschern wiederum erlaubt zu sehen, ob die Eltern mit dieser Information gut umgehen können. So sollen unnötige Medikamentengaben, Nebenwirkungen, Antibiotikaresistenzen, Überdosierungen und Vorstellungen in der Notaufnahme vermindert werden: Paracetamol und Ibuprofen stehen nach Alkohol in den meisten Bundesländern an der Spitze der Vergiftungsstatistiken.



StuRP (Studierende in Referenz-Praxen) Projekt überprüft, wie gut die Güte und Akzeptanz der FieberApp funktioniert

Integriert in dem Protokoll der FieberApp Registerstudie ist eine neue Idee, um Referenzdaten zu generieren ohne die Praxen zu belasten, und Eltern beim Umgang mit der App zu helfen und Verbesserungsmöglichkeiten protokollieren.

Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen, die Interesse haben, an StuRP teilzunehmen, finden im Folgenden dazu Information und können sich bei david.martin@uni-wh.de melden.

Nach der Bewilligung der Förderung wird ein Zeitraum von vier Monaten benötigt, um die App auf der Grundlage von Nutzerstudien weiterzuentwickeln und zu verfeinern, danach (Mitte 2019) wird die App den Referenzpraxen zunächst wie folgt zur Verfügung gestellt:

Soft Launch: Das Projekt „Studierende in Referenz-Praxen“ (StuRP) ist unsere Lösung zur Überprüfung unserer Kernhypothese, Repräsentativität und Validierung. Die Bewertung unserer Kernhypothese erfordert mindestens 2400 aufgezeichnete Fieberepisoden. Obwohl eine weit über diese Zahl hinausgehende Beteiligung erwartet wird, beabsichtigen wir, unsere Kernhypothese anhand von zwölf Praxen, nachfolgend „Referenz Praxen“ genannt, zu überprüfen, um unsere Daten zu validieren und die Repräsentativität zu bewerten. Zu diesem Zweck

Zur Zeit sind wir dabei, alle Leitlinien von 195 Ländern zu überprüfen – und finden keine zwei, die sich in allen Punkten einig sind. Gegenwärtige Hypothesen der Wissenschaft sind:

- Es gibt keine Temperaturgrenze, ab der Antipyretika gegeben werden müssen (1, 2)
- Antipyretika schützen nicht vor Fieberkrämpfen (3),
- Das Immunsystem, und möglicherweise Antibiotika(!), wirken besser bei Fieber (4–6)
- Ein Kind im Fieberanstieg braucht Wärme, bis Hände und Füße warm sind (ob das Kind zum Schwitzen ge-

bracht werden soll, wie in vielen Ländern Usus, ist bisher nicht sicher geklärt) (7)

- (Waden)wickel dürfen gemacht werden, aber nicht kalt und nur zur Verbesserung des Wohlbefindens (7)
- Zum Trinken anbieten, aber nicht forcieren (8)

Diese und weitere Hypothesen sollen mittels der FieberApp Registerstudie in größerem Umfang überprüft werden – und dabei die Qualität und das Niveau der Kommunikation über Fieber mit den Eltern unterstützt werden. Rückblickend und vorab herzlichen Dank allerseits!

werden zwölf Medizinstudenten per Interviewverfahren ausgewählt und im Fiebermanagement und der FieberApp geschult, um dann jeweils für vier Wochen eine Referenzpraxis zu besuchen. Dort werden die Studierenden eine interaktive Besprechung mit den MitarbeiterInnen anbieten in der PraxisassistentInnen, ÄrztInnen sowie die Studierenden voneinander und von dem zur Verfügung gestellten Materialien lernen, und dann gemeinsam mit ihnen einen Elternabend zum Thema Fieber abhalten. Während der Woche stellen die Studierenden die FeverApp allen die Praxis aufsuchenden Eltern vor, unterstützen die Eltern beim sofortigen Download der App (bringen portables WLAN mit) und evaluieren auftretende Probleme (Soft Launch der FeverApp). Die Eltern erhalten ein Informationsblatt über das FeverApp-Register und werden gefragt, ob sie bereit sind, eine Einverständniserklärung (nach EU-DSGVO) zu unterzeichnen, die es den Studierenden erlaubt, Daten aus ihren medizinischen Unterlagen einzusehen, um die Qualität der App- und Registrierungs-

daten zu verbessern und eine Referenz und Validierung zu ermöglichen. Am Ende der Woche treffen sich die Studierenden mit Fieber-App-Koordinatoren, um die Ereignisse der Woche zu überprüfen und die Informationen, die App und den Rekrutierungsprozess zu optimieren. In der folgenden Woche kehren sie zurück und wiederholen den Vorgang. Im Laufe des folgenden Jahres werden die Studierenden alle drei Monate ihre jeweilige Referenzpraxis besuchen und mit den ÄrztInnen und AssistentInnen sprechen, um die Zufriedenheit des medizinischen und pflegerischen Personals sowie der Eltern mit der FeverApp zu evaluieren und dies dem Projektleiter zu berichten. Nach einem Jahr kehren sie in die Praxis zurück und sammeln Diagnosen, fieberhafte Erkrankungen und Symptome, Rezepte aus den Patientenakten – insofern dazu die Erlaubnis noch besteht. Wir schätzen, circa 20 Patienten pro Tag und Praxis rekrutieren zu können und so auf insgesamt 2400 Patienten zu kommen, was einer mehr als ausreichende Stichprobe für die Prüfung

der Kernhypothese an einer kontrollierten Referenzpopulation entspricht.

Alle Medizinstudenten an der UWH müssen ein vierwöchiges wissenschaftliches Projekt unter der Leitung eines Professors durchführen. StuRP bietet dafür einen idealen Rahmen, und besonders motivierten und begabten Studenten wird die Möglichkeit geboten, ihre Doktorarbeit über dieses Projekt zu schreiben.

Literatur beim Verfasser

Univ.-Prof. Dr. med. David Martin
 Department Humanmedizin, Fakultät für
 Gesundheit der Universität Witten/
 Herdecke, Gemeinschaftskrankenhaus
 Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke,
 Germany, Tel: +49 2330 62 4760
 Fax: +49 2330 62 3810
 E-Mail: david.martin@uni-wh.de
<https://www.uni-wh.de/ifim>
<https://www.uni-wh.de/gkls>

Red: ReH

Empfehlungen zur Prävention von dysreguliertem Gebrauch digitaler Medien bei Kindern und deren Familien – Entwicklung einer druckfähigen Vorlage

Bitte bestellen bei Ihrer regionalen KV!

Eine Million Broschüren mit Empfehlungen zur Prävention von dysreguliertem Gebrauch digitaler Medien hat die DAK drucken lassen und an die regionalen KVn versendet. Bei diesen regionalen KVn können Sie nun 100, 500 oder auch 1000 dieser Empfehlungen bestellen. Wenn es dabei Probleme gibt, dann bitte mich über Pädinform informieren!

Unser Auftrag war die Entwicklung einer druckfähigen Vorlage. Diese druckfähige Vorlage konnte und kann jeder auch downloaden: (https://www.bvkJ.de/fileadmin/pdf/presse/Paediatrische_Empfehlungen_fuer_Eltern_zum_achtsamen_Bildschirmmediengebrauch

oder <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/>). Aber es bestanden erhebliche Zweifel, ob eine größere Zahl von Pädiatern 1000 Exemplare auf eigene Faust drucken lassen würden. Also wurde nach einer Möglichkeit gesucht, den Druck zu finanzieren; schließlich war die DAK-Gesundheit bereit, dafür die Kosten zu übernehmen. Die KBV, die den Druck nicht selber bezahlen konnte, erklärte sich bereit, die Verteilung zu übernehmen, indem sie der Druckerei die Angaben übermittelte, wie viele dieser DINA 4 Blätter an die jeweiligen KVn zu senden sind. Die KVn werden dann zudem von der KBV gebeten, ihren Mitgliedern mitzuteilen, dass die Empfehlungen nunmehr abrufbar sind.

Die Verteilung der Medieninformationsblätter erfolgt also analog den Unfallmerkblättern. Sie können bei den jeweiligen KVn bestellt werden. Dadurch sollte es möglich sein, dass möglichst viele Eltern diese Empfehlungen erhalten.

Bitte machen sie regen Gebrauch von der Bestellmöglichkeit bei Ihrer regionalen KV, damit möglichst viele Eltern die Empfehlungen zur Prävention von dysreguliertem Gebrauch digitaler Medien bei Kindern und deren Familien erhalten.

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

Red: ReH



Carrefour bei Port au Prince in Haiti 2010

Internationale Nothilfe im Wandel

Vom Genozid 1994 in Ruanda bis zur Ebola-Epidemie 2014 in Sierra Leone: Joachim Gardemann arbeitet seit zwanzig Jahre als Pädiater bei der internationalen Nothilfe des Deutschen Roten Kreuzes. In dieser Zeit hat sich die Internationale Nothilfe stark verändert. Für unsere Zeitschrift beschreibt er diesen Wandel.



Prof. Dr. Joachim Gardemann

Die pädiatrischen Krankenhausabteilungen einschließlich ihrer ernährungsmedizinischen Einheiten sind bei Natur- oder Gewaltkatastrophen eigentlich immer die größten Stationen in stationären Einrichtungen der Hilfsorga-

nisationen. Alleine schon aufgrund der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung in den meisten von Krisen und Katastrophen betroffenen Ländern, haben dort bei der medizinischen Versorgung die Geburtshilfe und die Pädiatrie eine überragende Bedeutung. Gleichzeitig stellen Kinder und hierbei besonders die unter Fünfjährigen die sensibelste Risikogruppe für Infektionen und Mangelernährung dar. In der öffentlichen Wahrnehmung bestimmen jedoch akutmedizinische und besonders auch chirurgische Maßnahmen das Bild der Nothilfe. Allerdings belegt eine Analyse der vorhandenen epidemiologischen Daten aus Nothilfeinsätzen immer wieder, dass nach sehr intensiver kurzfristiger medizinischer Akuthilfe die Sicherstellung der Behandlung von lokal allgemein vorherrschenden Gesundheitsstörungen die oberste Priorität genießt. Im Januar 2010

errichteten Deutsches und Finnisches Rotes Kreuz im Ortsteil Carrefour bei Port-au-Prince in Haiti ein mobiles Referenzkrankenhaus mit circa 120 stationären Betten und einer großen Ambulanz. Im Zeitraum von Januar bis November 2010 wurden in diesem zu seiner Zeit größten Krankenhaus in Haiti 295 Erdbebenopfer operativ-chirurgisch erstversorgt.

Gleichzeitig fanden dort 2051 Entbindungen statt, 4999 Kinder unter fünf Jahren wurden wegen Atemwegsinfektionen, 1198 Kinder unter fünf Jahren wegen wässriger Durchfälle und 2379 Patienten wegen Malaria behandelt.

Die stille Katastrophe

Es gibt in den Ländern des globalen Südens auch bei Abwesenheit akuter Katastrophen schon nicht genügend gut ausgestattete Gesundheitszentren, sie werden

Foto: © DRK, Stefan Trappe

aufgrund schlechter Transportbedingungen zu spät erreicht, die Behandlung ist nicht von ausreichender Qualität oder für die Betroffenen zu teuer. Das trägt zu einer Katastrophe im Stillen bei: jedes Jahr sterben in den ärmeren Ländern der Welt immer noch sechs Millionen Kinder, ein Großteil an Mangelernährung und Durchfall. Auch Luftwegsinfektionen als Todesursache sind innerhalb der vergangenen zehn Jahre kaum rückläufig. Solche Todesfälle wären durch einfache, preisgünstige Maßnahmen nahezu vollständig vermeidbar. Damit die lebensrettenden Maßnahmen auch für die ärmere Bevölkerung zugänglich und wirksam werden, bedarf es langfristiger Investitionen in die Gesundheitssysteme ärmerer Länder, Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Gesundheitsdiensten sowie tragbarer Finanzierungsmodelle für die Behandlung.

Klein, schnell und nachhaltig

Das weltweite Nothilfe-Programm der „Emergency Response Units“ (ERU) der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) ist daher in Ausrüstung und Personalausstattung von der Alarmierung an auf sofortige Zusammenarbeit mit der jeweils betroffenen nationalen Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaft ausgerichtet, um innerhalb weniger Wochen dauerhaft in deren Bestand übernommen zu werden.

Noch bis Anfang der neunziger Jahre wurden für die internationale Nothilfe letztlich die organisatorischen Katastrophenschutzeinheiten der nationalen Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaften entsandt. Die Erfahrungen nach dem Erdbeben in Armenien 1988 und bei der Flüchtlingsversorgung während des Golfkrieges 1991 vor dem Hintergrund einer grundlegend veränderten weltpolitischen Lage, führten jedoch zu einem Umdenken in Richtung schnell verfügbarer kleinerer Soforthilfemodule, gemäß einem weltweit festzulegenden technischen Standard. Es hatte sich nämlich immer wieder gezeigt, dass das benutzte Material technisch zu anspruchsvoll und dadurch auch zu störungsempfindlich und kostenintensiv war und sich für eine nachhaltige Eingliederung in lokale Einrichtungen am Einsatzort nicht eignete. Ebenso hatte die Entsendung größerer personeller Kontingente die ohnehin geschwächten Koordi-

nationsstrukturen im Einsatzgebiet immer wieder zusätzlich belastet. Erstmals nach dem Genozid in Ruanda 1994 wurde daher in den Nachbarländern zur Versorgung der Flüchtlinge ein modularisiertes System kleiner und schnell verfügbarer Nothilfeinheiten mit Erfolg eingesetzt. Dieses „Baukastensystem“ der Nothilfeinheiten des Roten Kreuzes bekam bald den Namen „Emergency Response Units“ (ERU) und hat sich seit nunmehr 20 Jahren an sehr vielen Schauplätzen weltweit bewährt.

Als erste Grundbausteine des ERU-Systems wurden von der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) zwei medizinische Module entwickelt, die in Europa flugfertig verpackt eingelagert und innerhalb von 24 Stunden an jeden beliebigen Katastrophenort verbracht werden können, um dort für vier bis fünf Wochen völlig unabhängig und ohne logistische Unterstützung von außerhalb die medizinische Erstversorgung aufzunehmen. Von Anfang an arbeiten diese Module in Zusammenarbeit mit nationalen Rot-

kreuz- bzw. Rothalbmondgesellschaften zusammen und eine Übergabe an die lokalen Partner wird angestrebt. Nach Einsatzende verbleibt das Modul im Gastland, um dort bei zukünftigen Katastrophen selbstständig eingesetzt zu werden. Diese beiden medizinischen Grundmodule sind die Basic Health Care Unit und das Referral Hospital.

Die Basic Health Care Emergency Response Unit ist ein Modul zur notfallmäßigen Basisversorgung für 30.000 Menschen, das in insgesamt acht Zelten zu je 30m² untergebracht ist, aber ebenso in bestehenden Gebäuden genutzt werden kann. Die medizinische Versorgung erfolgt gemäß den Grundsätzen einer Primary Health Care, wie sie 1978 in Alma-Ata von der Weltgesundheitsorganisation festgelegt wurde. Die Ausstattung besteht aus Ambulanz, Basislabor, Geburtshilfe, kleiner Chirurgie sowie zwölf Überwachungsbetten. Diese ERU kann bei Bedarf in ein Cholera-Hospital, ein Feeding-Centre oder in eine Basis zur Massenimpfung umgewandelt werden. Die Ausstattung wird durch Generatoren,



Kenema in Sierra Leone 2014

Foto: © DRK, Mario Lennartz



Foto: © IFRC, Maja Tammi

Kenema in Sierra Leone 2014

zwei geländegängige Fahrzeuge, Kommunikationseinrichtungen und die komplette Unterkunft für das Personal ergänzt. Die ERU ist nach Eintreffen vor Ort innerhalb von 24 Stunden einsetzbar und wird von einer Ärztin oder einem Arzt, zwei Krankenpflegepersonen oder Hebammen sowie zwei Technikern betrieben, die durch weitere zehn bis fünfzehn einheimische Fachleute komplettiert werden. Diese personelle Ausstattung der Emergency Response Unit erlaubt die Einarbeitung jeweils einiger auch bislang unerfahrener Delegierter während ihres ersten Auslandseinsatzes. Die Basic Health Care Emergency Response Unit kann immer auch als erste und schnell verfügbare Grundkomponente der humanitären Soforthilfe eingesetzt werden und ist modular den jeweiligen Erfordernissen vor Ort entsprechend erweiterbar.

Das ERU Referral-Hospital wird zur notfallmäßigen stationären Krankenversorgung von etwa 200 000 Menschen ein-

gesetzt und wird ebenfalls als Zelthospital vorgehalten. Die Ausstattung besteht aus einem OP-Zelt mit einem oder zwei Operationstischen, Labor, Röntgen, Kreissaal und einer großen Ambulanz, die international auch als „outpatient department“ (OPD) bezeichnet wird. Für die stationäre Versorgung stehen 150 Betten in den Abteilungen Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie zur Verfügung. Auch hier wird die Ausstattung durch geländegängige Fahrzeuge, Generatoren, sanitäre Anlagen und Unterkunft für das Personal ergänzt. Das Hospital ist nach Eintreffen vor Ort etwa innerhalb von 48 Stunden operativ. Das internationale medizinische Team der Föderation umfasst folgende fachärztliche Kompetenzen: Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesiologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Hinzu kommen acht Krankenpflegepersonen, eine Hebamme, eine Medizinisch-technische Assistentin, eine Radiologieassistentin, fünf Techniker und drei Fach-

leute für Logistik und Verwaltung. Dieses Team wird durch 50 bis 80 einheimische Kolleginnen und Kollegen komplettiert. Das ERU Referral Hospital wurde unter anderem nach dem Genozid in Ruanda, während der NATO-Angriffe auf Jugoslawien, nach dem Erdbeben im iranischen Bam, nach der Tsunamikatastrophe und nach dem Erdbeben in Haiti eingesetzt und hat sich unter diesen schwierigsten Bedingungen bestens bewährt.

Aufgrund veränderter Rahmenbedingungen wurde die Trennung zwischen Einheiten der Daseinsversorgung (Water and Sanitation) und Einheiten der Gesundheitsversorgung aufgegeben und so um einen Schwerpunkt Hygiene-Promotion ergänzt. Die Einheiten setzen sich heute aus Fachmodulen und unterstützenden Modulen zusammen, die sich aufteilen in Personalversorgung, Winterausstattung, Verwaltungsausstattung, Kommunikation, Infrastruktur und technische Unterstützung. Im Bereich der Trinkwasserversorgung und Hygienesicherung können verschieden große Module durch Sedimentation und/oder Filtration sowie chemische Nachbehandlung Trinkwasser gemäß Sphere-Standard bereitstellen und die Grundhygiene für große Bevölkerungsgruppen sicherstellen und fördern.

Wie wird man DRK-Arzt im Ausland?

Von ärztlichen Auslandsdelegierten des Deutschen Roten Kreuzes wird grundsätzlich Facharztstandard erwartet, da im Einsatz eigenverantwortliche Fachlichkeit und Führungskompetenz verlangt wird. Nach einer Bewerbung beim Generalsekretariat des DRK sind zunächst internetbasierte Grundlagenmodule und anschließend ein zehntägiges praktisches Training der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) und ein Sicherheitslehrgang zu absolvieren. Nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildungen und der Aufnahme in die Personalreserve sollten die künftigen Auslandsdelegierten konkrete Absprachen mit ihren Dienststellen bzw. Arbeitgebern über die Modalitäten einer möglichen Freistellung oder Abordnung treffen. Die dadurch im Einsatzfall entstehenden Kosten werden vom DRK übernommen, sodass eine rasche Verfügbarkeit erfahrener Mediziner aus ihrem

Zur Person

Der Pädiater Joachim Gardemann, Jg 55, hält die Professur für die Gebiete der Humanbiologie und der humanitären Hilfe an der Fachhochschule Münster. Dort ist er auch seit 2001 Leiter des Kompetenzzentrums Humanitäre Hilfe und seit Januar 2015 Mitglied im Koordinierungsausschuss Humanitäre Hilfe beim Auswärtigen Amt. Immer wieder arbeitet Gardemann auch bei Internationalen Einsätzen als Kinder- und Jugendarzt und/oder Teamleiter mit dem Roten Kreuz (DRK, IFRC und ICRC). Für sein Engagement erhielt er zahlreiche nationale und internationale Auszeichnungen.

jeweiligen beruflichen Alltag möglich wird. (<https://www.drk.de/mitwirken/wie-werde-ich-auslandsdelegierter/>)

Als Pädiater in der Ebola-Bekämpfung

Trotz vielfältiger Einsätze in Natur- und Gewaltkatastrophen stellt jedes neue Szenario auch die erfahrenen Auslandsdelegierten immer wieder vor neue Herausforderungen. So mussten beispielsweise die mobilen klinischen Einrichtungen (ERUs) im Rahmen der westafrikanischen Ebola-Epidemie von 2014 und 2015 grundlegend modifiziert werden, um eine sichere Isolation Infizierter unter den eingeschränkten Bedingungen vor Ort zu gewährleisten.

Der Verfasser war im Oktober und November 2014 Leiter der Ebola-Behandlungseinheit der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) in Kenema in Sierra Leone. Unter seiner Leitung waren dort ständig etwa 200 lokale Mitarbeiter aus Pflege und Technik sowie etwa 30 internationale Delegierte tätig. In diesem Zeitraum wurden dort alleine 295 serologisch bestätigte Ebola-Patienten behandelt, von denen 132 verstarben. Die dortige Letalitätssrate von 42 Prozent lag demnach sehr deutlich unter der Sterblichkeit in den Heimatdörfern ohne Behandlung, was für die Infizierten das wichtigste Argument darstellte, sich freiwillig in die Isolation zu begeben.

Der Ebola-Kindergarten

In der Frühphase des Ebola-Ausbruchs wurden in Westafrika generell alle unter fünfjährigen Kinder serologisch positiver erkrankter Mütter ebenfalls im Hochrisikobereich der Behandlungszentren untergebracht (rote Zone), da eine bereits erfolgte Ansteckung durch Stillen und Pflege unvermeidlich erschien. Im Oktober 2014 eröffnete die Einrichtung des Roten Kreuzes in Kenema jedoch als erste einen sogenannten „Ebola-Kindergarten“ zur separaten Unterbringung der symptomfreien Kleinkinder erkrankter Mütter. (IOU: interim observation unit for children of admitted patients). Als pädagogische und pflegerische Betreuungspersonen konnten als erste immunisierte Einsatzkräfte lokale Ebola-Überlebende eingesetzt werden, die oftmals auch einen



Kenema in Sierra Leone 2014

beruflichen Hintergrund in der Pflege hatten und allgemein als „survivor nurses“ bezeichnet wurden. Da im „Ebola-Kindergarten“ nur die jungen Kontaktpersonen infizierter Mütter ohne eigene Krankheitssymptome betreut wurden, konnten die „survivor nurses“ auf eine geschlossene komplette Schutzausrüstung verzichten und daher ohne Einschränkung der Einsatzzeit und der Wahrnehmungsfähigkeiten arbeiten. Bei ersten Anzeichen einer möglichen Erkrankung wie Spielunlust oder Traurigkeit mussten die Kinder aus dem „Ebola-Kindergarten“ allerdings sofort in den Infektionsbereich verlegt werden, um eine Ansteckung der anderen Kinder zu vermeiden. Am 27. November 2014 konnten vier Kinder von mit

Ebola infizierten, erkrankten oder bereits verstorbenen Müttern nach 21 Tagen Inkubationszeit bei voller Gesundheit entlassen werden. Der „Ebola-Kindergarten“ hatte wenigstens ihre Leben gerettet.

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. med. M. san.
Joachim Gardemann
Fachhochschule Münster
Johann-Krane-Weg 23, 48149 Münster
Tel.: 0251 83 65 441
E-Mail: gardemann@fh-muenster.de
<https://www.fh-muenster.de/humanitaere-hilfe/index.php>

Red.: ReH

Ehrungen in Berlin



Silberne Ehrennadel für Dr. Martin Tiedgen

Dr. Martin Tiedgen engagierte sich zeit seines aktiven Berufslebens vor allem für die Weiterbildung des pädiatrischen Nachwuchses. Seit 1995 arbeiteten kontinuierlich AIPLer und Weiterbildungsassistenten in seiner großen Praxis. Seit 2009 besteht ein Weiterbildungsverbund mit den benachbarten Kinderkliniken. Junge Ärzte im dritten Weiterbildungsjahr arbeiten für ein bis eineinhalb Jahren in der Praxis mit, nehmen aber weiterhin an den Notdiensten in der Klinik teil. Mit dieser Art von Netzwerk leistete Tiedgen Pionierarbeit.

Lang ist auch die Liste der Ämter, die Martin Tiedgen im und für den BVKJ ausgefüllt hat.

Er hat einen der deutschlandweit ersten Kinderärztlichen Notdienste von Niedergelassenen an der örtlichen Kinderklinik etabliert, hat gemeinsam mit einem

Kollegen das Harburger Pädiater-Treffen gegründet und damit einen von allen Kollegen geschätzten Qualitätszirkel.

Über ein Jahrzehnt lang hat er sich als stellvertretender Vorsitzender des BVKJ-Landesverbandes Hamburg eingesetzt, er hat als Mitglied des Honorarausschusses und als Honorarbeauftragter für Hamburg mitgearbeitet an der EBM-Reform 2000plus und hat hier insbesondere für die neu geschaffenen Kapitel der schwerpunktorientierten Pädiatrie gesorgt.

Seit 2001 bis letztes Jahr war er als pädiatrischer Experte beim GBA für das DMP-Asthma zuständig und hat bundesweite Fortbildungen zum Thema durchgeführt und schließlich auch erreicht, dass Kleinkinder endlich in das Programm aufgenommen werden. Ein Segen für die betroffenen Kinder und ihre Eltern.



Silberne Ehrennadel für Dr. Hans-Ulrich Neumann

Dr. Hans-Ulrich Neumann ist bereits am 1.1.1979 in den BVKJ eingetreten, also lange bevor er sich niederließ. Für den Berufsverband hat er dann viele Jahre lang segensreich gewirkt. In der KV Hamburg in verschiedenen Gremien, etwa im Beratenden Fachausschuss Hausärzte und in der Vertreterversammlung. In der Ärztekammer engagierte er sich zum Beispiel im Arbeitskreis häusliche Gewalt und in der Fortbildungsakademie. Viele Jahre war er zudem Facharztprüfer und Prüf-

arzt in der KV Hamburg. Die Fort- und Weiterbildung für Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinärzte und Gynäkologen in Hamburg hat er viele Jahre lang maßgeblich durch Organisation, Moderation und Referententätigkeit geprägt, ebenso den regelmäßig stattfindenden Impftag, den Hamburger Pädiatrietag und die Reihe „Pädiatrie zum Anfassen“. Acht Jahre lang war er Vertreter, dann sechs Jahre lang Landesverbandsvorsitzender des BVKJ im Landesverband Hamburg.



Ehrenurkunde des BVKJ für Monika Traute

Monika Traute ist Redaktionsleiterin und Projektleiterin des Patientenportals wie zum „kinderärzte-im-netz“.

In der Laudatio anlässlich der Verleihung der BVKJ-Ehrenurkunde dankte BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach der studierten Lebensmittelchemikerin für den Aufbau und die jahrelange kompetente und zuverlässige Betreuung des Portals, ebenso für ihre Mitarbeit im Re-

daktionsteam der Praxiszeitschriften des BVKJ: bei jung & gesund und Kinderpraxis. Seit 2014 arbeitet sie mit an der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“. Zugleich hat sie das Portal www.kinder-und-jugendreha-im-netz aufgebaut und betreut es seitdem. Auch dafür gab es herzlichen Dank, verbunden mit der Hoffnung, dass die Geehrte noch lange für den BVKJ tätig sein wird.



Silberne Ehrennadel für Dr. Jörg Hornivius

Der Mönchengladbacher Kinder- und Jugendarzt Dr. Jörg Hornivius ist seit 1999 in zahlreichen Funktionen für den BVKJ aktiv: alleine elf Jahre, bis 2010, als Bezirksobmann für Mönchengladbach, seit 2005 als Delegierter des Landesverbandes Nordrhein und als Honorarbeauftragter des BVKJ, seit 2016 auch Mitglied im Inneren Honorarausschuss und schon seit 2007 Mitglied in der Finanzkommission des BVKJ. Darüberhinaus setzt er sich in der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, in deren Notdienst-Ausschuss und im beratenden Fachausschuss Hausärzte für die Interessen seiner Kollegen und da-

mit auch für die ihnen anvertrauten Patienten ein. In seiner Laudatio erwähnte BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach nicht nur die zahlreichen weiteren ehrenamtlichen Engagements seines Kollegen, unter anderem für das Projekt „Kids aktiv“ und im Verein „Zornröschen“ gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen, sondern auch das ungewöhnliche Hobby des Geehrten, mit dem er Kollegen und Patienten gerne von Zeit zu Zeit verblüfft: Zaubern.

ReH

Abschied von Henner Rodeck

Man muss nur lange genug leben, um richtig alt zu werden und damit berufen zu sein, von Altersgenossen und pädiatrischen Weggefährten, den Jüngeren kaum noch bekannt, Abschied nehmen zu können und noch einmal an sie zu erinnern. Keller, Joppich, Asperger, Hungerland, Ewerbeck, Hellbrügge – wer waren sie?

Nun ist Prof. Dr. Heinrich Rodeck an der Reihe, den die Freunde Henner nannten, nicht, ohne dabei zugleich auch an seine liebenswerte Frau Käthe zu denken.

Am 20. Juni ist er im Alter von 97 Jahren friedlich eingeschlafen, sicher in der frohen Gewissheit eines Wiedersehens mit seiner lieben Frau. Seit sie nicht mehr an seiner Seite war, hat ihm das Leben wohl keinen so rechten Spaß mehr gemacht.

Meiner Frau und mir war es vergönnt, immer wieder einmal mit den Rodecks zusammenzukommen, ihre Gastfreundschaft zu genießen, sei's im schönen Haus am Rosenweg in Recklinghausen, oder dem gemütlichen auf Sylt. Munter waren unsere Reden, berufs- und zeitkritisch, nachdenklich, lebensbejahend. Viele lustige Kartengrüße gingen zwischen uns hin und her und Henners Witze waren nicht von schlechten Eltern. So muss ich ihm nun heute noch diesen letzten Gruß schicken.



1990 konnte ich als damaliger Präsident des Berufsverbandes der Kinderärzte ihm eine Laudatio widmen zur Verleihung der Ehrenmitgliedschaft. Ich darf daraus zitieren:

Am 1. November 1920 in Gladbeck/Westfalen geboren, studierte er in Halle, Münster, Würzburg und München Medizin, unterbrochen durch Kriegsdienst. Physiologie und Physiologische Chemie waren zunächst sein Arbeitsgebiet, ehe er in Düsseldorf seine pädiatrische Laufbahn begann bei Göbel und Klinke.

Vielseitig waren seine wissenschaftlichen Interessen, dazu Aufenthalte in den USA und Kanada. Doch trotz aller Erfolge fand er bei seiner Arbeit nicht die Befriedigung, die er sich als Kinderarzt erhofft hatte. Im Bewusstsein seiner Verantwortung als Mensch, Christ

und Arzt sagte er der Wissenschaft ade und folgte dem Ruf in die unmittelbare helfende Pädiatrie als Chefarzt der Datteln Kinderklinik. Nur eine Persönlichkeit wie Heinrich Rodeck konnte in kurzer, aber sehr harter Zeit dieses kleine Krankenhaus zu einer der größten deutschen Kinderkliniken machen, Modell für eine moderne Kinderklinik schlechthin.

Die Auseinandersetzung mit dem harten Alltag der praktischen Pädiatrie brachte den Professor unvermeidlich mit der Berufs- und Standespolitik in Berüh-

rung. Ihm war klar, dass eine Verbindung hergestellt werden müsse zwischen den beiden Lagern der Pädiatrie. So lernten wir uns kennen und schätzen. Immer stärker fühlte er sich dem Berufsverband verbunden. Zwischen uns beiden entwickelte sich mit der Zeit ein freundschaftlich verstehendes Miteinander.

Die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis verbesserte sich. Seine vielen wichtigen Vorträge auf Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen begründet auf seinem großen Bildungsschatz, trugen wesentlich zur Selbsterkenntnis der Pädiater bei, aber auch zur kritischen Analyse unserer Gesellschaft, in der Kinder und Familien besonders bedroht sind. Auf seinen dringenden Rat, dabei auch die Jugendlichen nicht zu vergessen, hörten damals nur wenige.

Sein Vorbild als Arzt, Wissenschaftler, Lehrer und gläubiger Mensch, aber auch als Zoon Politicon mit großem Verantwortungsbewusstsein erlaubt es, ihn zu den großen Pädiatern unserer Zeit zu zählen. Danken wir ihm also für sein Tun und Wirken.

Valet, lieber Henner!

Korrespondenzadresse:

Dr. Werner Schmidt
Ehrenpräsident BVKJ
93049 Regensburg

Red.: WH

Dr. Uwe Büsching zum 65. Geburtstag

Uwe Büsching wurde am 30. August 1953 in Gummersbach geboren. In die Schule ging er in Bielefeld-Sennestadt und bestand dort das Abitur 1973. Es folgten Zivildienst und eine Ausbildung zum Krankenpfleger.

Ab 1976 begann Dein Studium, Uwe. Dein akademischer Weg führte Dich – wie die Studenten in den Zeiten der deutschen Romantik – über mehrere Universitäten, von Bielefeld über Münster nach Kiel. Die Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt hast Du in Bethel absolviert. Seit 1990 bist Du niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in Bielefeld-Schildesche.

Lieber Uwe, Du hattest und hast eine Fülle von berufs- und gesundheitspolitischen Funktionen, die gar nicht alle aufgezählt werden können. Deine vielen Aktivitäten in der KVWL, in der ÄKWL und besonders im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte zielten immer auf den Schutz der Kinder und Jugendlichen und auf die Verbesserung ihrer Gesundheit. Die Jugendmedizin ist in Deutschland untrennbar mit Deinem Namen verbunden. Die großartigen Kongresse in Wei-



mar, die Du maßgeblich gestaltet und inhaltlich auf einem hohen Niveau über all die Jahre gehalten hast, sprechen eine eigene Sprache.

Dein persönlicher Einsatz – ob viele Jahre im Vorstand oder als Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin – ist grandios, teils furios und hat Deine Mitstreiter so manches Mal fast zur Verzweiflung gebracht. Die Planung, Umsetzung und Durchführung der BLIKK-Studie ist Dein Verdienst. Ohne Deinem unfassbar großen Einsatz hätte der BVKJ diese wichtige Erfahrung nicht gemacht. Die Tatsache, dass Du ein solches Projekt realisiert hast, hat etwas mit Deiner Kreativität und Deinen Visionen zu tun, auch mit Deiner intellektuellen Fähigkeit, wissenschaftliche Studien konstruktiv, mit Elan und mit Beharrlichkeit zu Ende zu führen.

Etwas muss Dir schon als Anlage in die Wiege gelegt worden sein: Ideenreichtum, Intelligenz, situationsbezogenes, teils schnelles „handling“ und kluge vorausschauende Planung. Das gehört mindestens dazu, um einen Vierspänner erfolgreich zu führen. Du konntest das schon

als kleiner Bub. Und diese „Anlage“ hast Du offensichtlich in Deinem ganzen Leben weiterentwickelt und stets verfeinert.

So hast Du zusammen mit Deiner sympathischen und klugen Frau (Diplom-Psychologin) den Kurs über die Psychosomatische Grundversorgung konzipiert und viele Male vor einer begeisterten pädiatrischen Hörerschaft gehalten. Auch die Inhalte dieses Kurses sind von höchster Qualität, was Euch beide auch damit belohnt hat, dass alle Veranstaltungen schon früh ausgebucht waren. Für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind diese Kurse von unschätzbarem Wert.

Lieber Uwe, Du weißt, ich könnte noch viel über Dein Engagement in den verschiedenen pädiatrischen Bereichen berichten. Allein der Platz reicht hier nicht. Wir gratulieren Dir herzlich zu Deinem Geburtstag, wünschen Dir alles Gute, Gesundheit und viel Freude am Leben, Dir und Deiner großen Familie.

Korrespondenzadresse:

Dr. Hermann Josef Kahl
40237 Düsseldorf
E-Mail: praxis@freenet.de

Red.: WH

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im September 2018

65. Geburtstag

Frau **Brigitte Herzog-Kersten**, Bremen, am 01.09.1953
Herr Dr. med. **Christoph Möllering**, Berlin, am 02.09.1953
Herr Dr. med. **Michael Armann**, Tübingen, am 02.09.1953
Herr Dr. med. **Dietrich Braun**, Braunschweig, am 04.09.1953
Frau Dipl.-Med. **Ingrid Stiller**, Wildau, am 08.09.1953
Frau **Blanca Vicen Banzo**, Nürnberg, am 10.09.1953
Frau Dr. med. **Thea Unger**, Berlin, am 15.09.1953
Frau Dr. med. **Roswitha Kustin**, Berlin, am 21.09.1953
Frau Dr. med. **Carola Fiedler**, Eisenberg, am 22.09.1953
Herr **Heiner Blessenohl**, Marl, am 23.09.1953
Frau Dr. med. **Cornelia Ehringhaus**, Ludwigshafen, am 23.09.1953
Herr Dr. med. **Gerd Neubüser**, Rathenow, am 24.09.1953
Herr Dipl.-Med. **Thomas Rath**, Landsberg am Lech, am 24.09.1953

Herr Prof. Dr. med. **Michael Radke**, Rostock, am 25.09.1953
Frau Dr. med. **Michaela Schönhärl-Mönks**, Haan, am 25.09.1953
Frau Dr. med. **Gudrun Schumann**, Bützow, am 29.09.1953
Frau Dr. med. **Bettina Meinel**, Lappersdorf, am 30.09.1953

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Wolfgang Hamm**, Freiburg, am 18.09.1948
Herr Diplom- Biologe **Heinz Werner Wallenstein**, Frechen, am 20.09.1948
Frau Dr. med. **Almut Rogall-Knebel**, Hamburg, am 21.09.1948
Frau Dr. med. **Margarete Mund**, Schriesheim, am 23.09.1948
Herr Ltd. Med. Dir a.D. Dr. med. **Hubertus Grandel**, Regenstein, am 24.09.1948

Herr Dr. med. **Bernd Dieter Fenne**, Hildesheim, am 25.09.1948
 Herr Dr. med. **Ulrich Fegeler**, Oranienburg, am 26.09.1948
 Herr Dr. med. **Hans-Christoph Sengespeik**, München, am 30.09.1948

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Hartwig Hußmann**, Hamburg, am 02.09.1943
 Herr Dr. med. **Johannes Zimmermann**, Wuppertal, am 03.09.1943
 Frau Dipl.-Med. **Maria Huhn**, Dresden, am 06.09.1943
 Frau Dr. med. **Ursula Lenk**, Schönfeld, am 06.09.1943
 Herr Dr. med. **Wolfdieter Schiecke**, Eutin, am 11.09.1943
 Frau Dr. med. **Ingrid Armbruster**, Mannheim, am 11.09.1943
 Frau Dr. med. **Helena Schweppe-Nickl**, Boldolz, am 13.09.1943
 Herr **Horst Lommatzsch**, Zwickau, am 14.09.1943
 Herr Dr. med. **Kuang Yung Tjhen**, Rottenburg, am 17.09.1943
 Frau **Christiane Rang**, Erfurt, am 20.09.1943
 Frau Dr. med. **Hildegard Peus**, Essen, am 28.09.1943
 Frau Dr. med. **Jutta Vogel**, Heidelberg, am 29.09.1943
 Herr Dr. med. **Jens Tessmar**, Schriesheim, am 29.09.1943
 Herr Dr. med. **Alois Neudecker**, Mühldorf, am 29.09.1943

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Ingrid Müller**, Rostock, am 01.09.1938
 Herr Dr. med. **Gerd Danneil**, Borken, am 01.09.1937
 Herr Dr. med. **Manfred Marz**, Augsburg, am 02.09.1931
 Herr Dr. med. **Christoph Funk**, Biberach, am 04.09.1937
 Frau Dr. med. **Dagmar Albrecht**, Düsseldorf, am 04.09.1937
 Herr Dr. med. **Georg Walther**, Menden, am 04.09.1938
 Herr Dr. med. **Lothar Rupprecht**, Oberhausen, am 05.09.1937
 Frau Dr. med. **Christa Schweiger**, Eschborn, am 07.09.1935
 Herr OMR Dr. med. **Frank-Jörg Gutsmuths**, Leipzig, am 08.09.1933

Herr Dr. med. **Eckhard Bempohl**, Gräfelfing, am 08.09.1936
 Herr Dr. med. **Heinz-Joachim Hermes**, Magdeburg, am 09.09.1938
 Frau Dr. med. **Sigrid Weber**, Hochheim, am 09.09.1935
 Frau Dr. med. **Dorothea Sack**, Kreuzlingen, am 11.09.1938
 Herr Dr. med. **Werner Schneider**, Schwetzingen, am 11.09.1932
 Herr Dr. med. **Klaus-Diedrich Nissen**, Hamburg, am 12.09.1936
 Herr Dr. med. **Hans E. Duven**, Marburg, am 13.09.1936
 Herr Dr. med. **Eberhard Ziehank**, Reichenbach, am 14.09.1936
 Herr Dr. med. **Karl vom Bauer**, Trier, am 14.09.1934
 Frau SR Dr. med. **Käte Geschke**, Burgstädt, am 14.09.1934
 Frau Dr. med. **Marie Luise Tjaden**, Ritterhude, am 16.09.1937
 Herr Dr. med. **Rudolf Kemmerich**, Weinstadt, am 16.09.1936
 Herr Dr. med. **Siegfried Kroll**, Mainz, am 22.09.1938
 Herr Dr. med. **Gerald Charlot**, Wuppertal, am 23.09.1938
 Herr Dr. med. **Eberhard Kreikemeier**, Kronshagen, am 23.09.1925
 Frau **Mona Prehn**, Röttingen, am 23.09.1934
 Frau SR Dr. med. **Gertraud Jeschkeit**, Halle, am 24.09.1934
 Frau **Susanne Behrendt-Linke**, Berlin, am 25.09.1922
 Frau Dr. med. **Anita Kahlow-Mardus**, Berlin, am 25.09.1931
 Frau Dr. med. **Brunhilde Kleibeler**, Berlin, am 25.09.1936
 Herr Dr. med. **Siegfried Adler**, Eberswalde, am 26.09.1927
 Frau Dr. med. **Maria-Luise Koch**, Hamburg, am 27.09.1926
 Herr Med.Dir. **Walter Pösch**, Bremen, am 28.09.1932
 Frau Dr. med. **Hanni Zeinert**, Kolkwitz, am 30.09.1935

Wir trauern um:

Herrn Dr. **Hartmut Morgenroth**, Ratingen
 Herrn Prof. Dr. med. **Heinrich Rodeck**, Recklinghausen
 Herrn Dr. **Ludwig Seitz**, Dortmund

Im Monat Juni durften wir 12 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau **Silke Bundschuh**
 Frau **Viktoria Eleftheriadou**
 Herrn **Paul Felten**
 Frau **Daniela Meyer**
 Frau Dr. med. **Sona Mohadjer**
 Frau Dr. med. **Martina Vetter**



Brandenburg

Frau Dr. med. **Karina Maria Köhler**



Hessen

Herrn **Jan Bauer**



Rheinland-Pfalz

Frau **Elena-Laura Dumitrescu**



Sachsen

Frau **Anne Fehrs**
 Frau **Désirée Schrader**



Bayern

Frau Dr. med. **Kathrin Bastidas Correa**
 Frau Dr. med. **Ina Breitweg**
 Frau **Kristina Sabo**
 Frau Dr. med. **Carola Schum**



Nordrhein

Frau **Renin Irena Lazevski**
 Herrn Dr. med. **Stephan Lysko**
 Herrn Dr. med. **Malte Müller-Albrecht**
 Herrn **Pascal Rodens**



Thüringen

Frau Dr. med. **Margrit Neubauer**



Westfalen-Lippe

Frau **Nura Idris**

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

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

25. August 2018

Immer etwas Neues in Halle (Saale)

Auskunft ⑤

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen/
Dr. Stefan Renz, Hamburg/
Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe/
Dr. Volker Dittmar, Celle
Auskunft: ②

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald, Auskunft: ①

22. September 2018

Immer etwas Neues in Bonn

Auskunft ⑤

11.-14. Oktober 2018

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

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

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

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

10. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

10.-11. November 2018

Praxisabgabeseminar in Fulda

Auskunft ⑤

21. November 2018

Immer etwas Neues in München

Auskunft ⑤

30. November-1. Dezember 2018

8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

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

1. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Oldenburg

Auskunft ⑤

8. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Stuttgart

Auskunft ⑤

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Wie die Darmflora uns vor Allergien schützt

Der Darm enthält etwa 70 Prozent aller Immunzellen des menschlichen Körpers, sodass die Darmflora eine Schlüsselrolle für das Immunsystem einnimmt. Im Säuglingsalter wird die Darmflora maßgeblich durch Muttermilch beeinflusst. Sie hat damit einen Einfluss auf das gesamte spätere Leben. Denn eine gesunde Darmflora im Säuglingsalter sorgt für ein stabiles und gesundes Darmmilieu auch im späteren Alter, was wiederum Voraussetzung für eine gute Infektabwehr sowie Schutz vor Allergien ist.

Eine ausgewogene Darmmikrobiota ist unser Schutz von innen. Sie zeichnet sich durch eine Balance zwischen wünschenswerten und potenziell schädlichen Bakterien aus und ist ein wichtiger Bestandteil der körpereigenen Abwehr. Denn durch den Wettstreit um Nährstoffe sowie die Produktion antimikrobieller Peptide wird das Wachstum von Krankheitserregern verhindert. Zudem stärkt sie die Barrierefunktion im Darm gegen Pathogene.

Muttermilch fördert eine vielfältige Darmmikrobiota

Die Entwicklung einer gesunden Darmmikrobiota beginnt bereits in der Schwangerschaft und dauert etwa bis ins Kleinkindalter an. Während der Schwangerschaft gelangen Bakterien über die Plazenta vom mütterlichen in den kindlichen Organismus. Zudem beeinflusst die Art der Geburt den weiteren Aufbau der Darmflora. Während man bei Kaiserschnittkindern in erster Linie mütterliche Hautbakterien und Bakterien des Krankenhausumfelds findet, kommt es bei einer natürlichen Geburt zu einer direkten oralen Übertragung von mütterlichen Darm-, Haut- und vaginalen Bakterien. Damit haben Kinder bereits durch die Geburt unterschiedliche Voraussetzungen für die Ausprägung der Darmflora und damit für die Entwicklung des Immunsystems.

Bei der weiteren Entwicklung spielt auch der Faktor Ernährung und insbesondere Muttermilch eine große Rolle. Die in Muttermilch enthaltenen prebiotischen Oligosaccharide und Probiotika

haben eine synbiotische Wirkung. Zum einen enthält Muttermilch Bakterien (Probiotika), die eine Rolle bei der Besiedlung des Darms spielen. Zum anderen begünstigen die enthaltenen Muttermilch-Oligosaccharide eine bifidusdominante Darmflora, indem sie das Wachstum dieser Bakterien fördern. Bifidusbakterien schaffen durch die Produktion von Essig- oder Milchsäure eine saure und damit antibakterielle Umgebung und hemmen so das Wachstum von Krankheitserregern. Die Besiedlung des Darms mit Bifidusbakterien stimuliert zudem den Aufbau des Immunsystems und kann vor Infektionen und Allergien schützen.

Durch die Einführung unterschiedlicher Nahrungsmittel im Rahmen der Beikost und Kleinkindernährung wird die Besiedlung des Säuglingsdarms mit einer erhöhten Anzahl und Diversität an Bakterien gefördert. Ab einem Alter von ungefähr drei Jahren ist die Darmflora dann zu einem einzigartigen und stabilen mikrobiellen Ökosystem im Darm entwickelt und ähnelt der eines Erwachsenen.

Ein Ungleichgewicht der Darmmikrobiota begünstigt Allergien

Aufgrund äußerer Faktoren wie einem Kaiserschnitt, Antibiotikabehandlung sowie Luftverschmutzung kann die Balance der Bakterienzusammensetzung beeinträchtigt werden und dies kann zu einem Ungleichgewicht führen. Diese sogenannte Dysbiose kann Infektionen, Autoimmunerkrankungen, Adipositas oder Diabetes hervorrufen. Durch die Abnahme

der Bifidobakterien und eine Zunahme von potenziell pathogenen Keimen kann sich zudem das Risiko, Allergien zu entwickeln, erhöhen.

Denn Säuglinge, die keine Allergie aufweisen, besitzen die Fähigkeit der „oralen Toleranz“ – die Fähigkeit des Immunsystems, Abwehrreaktionen gegenüber Fremdeiweißen zu unterdrücken. Diese Fähigkeit kann durch eine Dysbiose jedoch beeinträchtigt werden. So zeigte eine Studie, dass sich die Darmflora von gesunden Säuglingen wesentlich von der allergischer Säuglinge unterscheidet, wobei Letztere weniger Bifidobacteriaceae, Streptococcaceae, Enterobacteriaceae, und Enterococcaceae enthält. Diese Zusammenhänge können auf die besondere Rolle einer bifidusdominanten Darmflora als Schutzfaktor vor einer Allergieentwicklung hindeuten.

Neue Ernährungskonzepte für nicht gestillte Säuglinge, um die Darmflora zu stärken

Da eine Dysbiose im Säuglingsalter die Entwicklung der oralen Toleranz verzögern und eine Rolle bei der Entstehung von Nahrungsmittelallergien wie der Kuhmilchproteinallergie spielen kann, empfiehlt es sich, die Darmflora nicht gestillter Säuglinge gezielt durch neue Ernährungskonzepte zu stärken.

**Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH,
Frankfurt am Main**

Lediglich ein Drittel der Kinder mit angeborenem Herzfehler verfügt über vollständigen Impfschutz

Aktuelle Studiendaten vom ESPID-Kongress 2018 // Kinder mit einem angeborenem Herzfehler weisen im Vergleich zu gesunden Kindern niedrigere Impfraten bei fast allen Standardimpfungen auf. Dies zeigt eine aktuelle Studie von Wacker-Gussmann et al., die im Rahmen des ESPID-Kongresses^A vorgestellt wurde. Lediglich 33,6 % der untersuchten Kinder waren vollständig geimpft, davon nur 6,7 % im von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlenen Zeitraum.¹ Impfungen wie z. B. Prevenar 13[®] (PCV13) können einer Pneumokokken-Infektion vorbeugen und die Serotypen, die in der Vergangenheit am häufigsten krankheitsauslösend waren, bei Kleinkindern nachhaltig zurückdrängen. Dies unterstreicht eine ebenfalls auf dem Kongress vorgestellte Studie: Mehr als acht Jahre nach Einführung treten die im Impfstoff PCV13 enthaltenen Pneumokokken-Serotypen bei Kindern kaum noch auf.²

Die Grundimmunisierung hat für Kinder mit chronischen Grunderkrankungen einen besonderen Stellenwert. Betroffene Kinder können ein geschwächtes Immunsystem haben und sind daher möglicherweise für Infektionen und schwere Verläufe von Infektionskrankheiten anfälliger, wie z. B. verursacht durch Pneumokokken. Eine am Deutschen Herzzentrum in München durchgeführte Studie widmete sich dieser Fragestellung und evaluierte den Impfstatus von Kindern mit angeborenem Herzfehler.¹ In die prospektive Studie waren 657 Kinder mit angeborenem Herzfehler von 2–17 Jahren eingeschlossen. Das Durchschnittsalter lag bei 9,8 (\pm 4,8) Jahren. Da die Empfehlung für Impfungen gegen Varizellen und Pneumokokken bei Kindern mit angeborenem Herzfehler bereits seit dem Jahr 2001 gilt, konnten die Ergebnisse auf die STIKO-Empfehlungen 2014 bezogen werden. Als Vergleich dienten Durchschnittswerte von gesunden Kindern aus Schuleingangsuntersuchungen.

Nur 33,6 % der untersuchten Kinder hatten alle Standardimpfungen gemäß den STIKO-Empfehlungen erhalten. Ausschlaggebend für die niedrigen Impfraten war unter anderem die Impfung gegen Pneumokokken: Nur etwa jedes zweite

untersuchte Kind war gemäß der Empfehlungen im empfohlenen Zeitraum gegen diese Erreger geimpft. Mit reduzierten Immunisierungsraten fiel auch die Impfung gegen Varizellen auf. Im Vergleich dazu lag die Impfrate bei gesunden Kindern für Pneumokokken bei 78 % und für Varizellen bei 72 %.

73 % der Kinder mit angeborenem Herzfehler wurden gegen Meningokokken und 76 % gegen Hepatitis B geimpft. Die Meningokokken- und Hepatitis B-Impfungen bei gesunden Kindern erreichten dagegen Raten von 82 % bzw. 88 %. Mit Ausnahme der Masern-Mumps-Röteln-Impfungen waren die Impfraten in der Vergleichsgruppe der gesunden Kinder für alle angegebenen Impfungen höher als in der Studienpopulation.¹ Da Personen mit chronischen Erkrankungen des Herzens ein erhöhtes Risiko für Pneumokokken-Erkrankungen aufweisen, ist diese Impfung für Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit unabhängig vom Alter indiziert und besonders wichtig.^{3,4}

PCV13-Serotypen nahezu verschwunden

Für die Impfung gegen Pneumokokken steht unter anderem der 13-valente Impfstoff PCV13 zur Verfügung, der im Dezember 2009 eingeführt wurde. Seit

Verfügbarkeit der höhervalenten Impfung ist der Anteil der Pneumokokken-Serotypen, die in PCV13 enthalten sind, an den untersuchten Isolaten invasiver Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) gesunken – so das Ergebnis einer weiteren auf dem diesjährigen ESPID vorgestellten Studie.² Für den Zeitraum Juli 2016 – Juli 2017 erhielt das Deutsche Referenzzentrum für Streptokokken 116 Isolate von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) von Kindern \leq zwei Jahren. Vor Einführung der Pneumokokken-Impfung (2005/2006) wurden 154 Fälle registriert: ein Rückgang um 25 %. Im Vergleich zum Zeitraum 2011/2012 nahmen die Fälle jedoch wieder um 55 % zu. In 16 der aktuellen Isolate wurden Pneumokokken-Serotypen nachgewiesen, die in PCV13 enthalten sind. Der Anteil dieser Serotypen an allen typisierten Serotypen ging von 88 % vor Einführung der Impfung im Vergleichszeitraum 2005/2006 auf 14 % im Zeitraum 2016/2017 zurück. Konkret wurde in der Altersgruppe \leq zwei Jahren eine Reduktion der Serotypen 1 (-100 %), 6A (-100 %), 7F (-100 %) und 19A (-90 %) beobachtet. Die Anzahl an Isolaten des Serotyp 3 zeigte keine Reduktion. Serotyp 5 bleibt in Deutschland selten. Die häufigsten nicht-Vakzine Serotypen waren 15A/B/C, 10A, 23B, 22F, 24F and 12F.² Mehr als acht Jahre nach Einführung treten die im Impfstoff PCV13

^A European Society for Paediatric Infectious Diseases, 29.5. – 3.6.2018, Malmö, Schweden

enthaltenen Pneumokokken-Serotypen somit bei Kindern in Deutschland kaum noch auf.² Um diesen Trend aufrecht zu erhalten und von einem Herdeneffekt zu profitieren, sind konstant hohe Impfraten notwendig.

Relevanz der Impf-Compliance

Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz der Pneumokokken-Impfung bei der Prävention von Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter. Entscheidend für eine Reduktion der Krankheitslast ist eine vollständige Grundimmunisierung. Die STIKO empfiehlt folgende Impfungen für die unterschiedlichen Personengruppen.⁴

- **Säuglinge:**
Standardimpfung mit drei Dosen im Alter von 2, 4 und 11 bis 14 Monaten mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff wie z.B. PCV13. **Frühgebo-**

rene (< 37. Schwangerschaftswoche) erhalten eine zusätzliche Dosis im Alter von 3 Monaten.

- Personen mit **angeborenen oder erworbenen Immundefekten bzw. Immunsuppression und anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis:** Eine **sequentielle Impfung** mit PCV13 gefolgt von PPSV23 nach 6–12 Monaten. PPSV23 darf erst ab einem Alter von 2 Jahren gegeben werden.
- Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 15 Jahren mit einer **sonstigen chronischen Erkrankung** des Herzens oder der Atmungsorgane, der Leber oder der Niere, Stoffwechselkrankheiten sowie neurologischen Krankheiten: Eine **sequentielle Impfung** mit PCV13 gefolgt von PPSV23.

Die Kosten werden für Risikogruppen sowie alle Babys und Kleinkinder bis

2 Jahre von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.⁵

Quellen

- 1 Wacker-Gussmann A et al. Primary immunisation according to STIKO recommendations among children with congenital heart disease. Poster XX. ESPID 2018, Malmö, Schweden.
- 2 van der Linden S et al. Effects of 8 years of immunization with higher-valent pneumococcal conjugate vaccines on children in Germany. Abstract ESPID 2018, Malmö, Schweden.
- 3 Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung für die Aktualisierung der Empfehlungen zur Indikationsimpfung gegen Pneumokokken für Risikogruppen. Epid Bull 2016; 37:385–406.
- 4 Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Epid Bull 2017; 34:333–80.
- 5 Schutzipfungs-Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss, Stand: 20. Mai 2017 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/>.

*Nach Informationen von
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin*

Neue Erkenntnisse: Prä-, Pro- und Synbiotika im Allergiegesehen

Nutricia-Mittagssymposium im Rahmen der GPGE 2018 // Bei der Entstehung von Allergien spielt die mikrobielle Vielfalt eine zentrale Rolle. Inwiefern sich das Mikrobiom und seine Zusammensetzung beeinflussen lassen und welche Auswirkungen dies auf das Allergiegesehen hat, thematisierten zwei Vorträge Ende April beim Nutricia-Mittagssymposium im Rahmen der 33. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. in Freiburg.

Dem Zusammenhang zwischen Allergie und mikrobieller Vielfalt in Körper und Umwelt widmete sich Prof. Dr. med. Claudia Traidl-Hoffmann (Inhaberin des Lehrstuhls für Umweltmedizin, Technische Universität München). Allergie, machte Traidl-Hoffmann dabei deutlich, gehöre zu den wenigen immunologischen Erkrankungen,

die von Gesundheit zu Krankheit geht, aber auch wieder zurück. Umweltfaktoren wie das Mikrobiom spielten dabei eine zentrale Rolle. Das Ziel sei letztlich, durch epidemiologische Analysen zu verstehen, wie genau Umweltfaktoren den Menschen beeinflussen, um dann negative und positive Faktoren zu identifizieren.

Es sei bekannt, dass kaiserschnittgeborene Kinder ein höheres Allergierisiko haben als auf dem natürlichen Wege geborene Säuglinge, die über den Vaginaltrakt Mikroben aufnehmen. Dass das erhöhte Allergierisiko jedoch nicht mit der Art der Geburt zusammenhängt, sei kürzlich widerlegt worden, da sich die Mikrobiome von vaginalgeborenen und

Kaiserschnitt-Kindern überlappten und mit der Zeit angingen. Vielmehr hänge das erhöhte Allergierisiko mit der Art der während des Kaiserschnitts verabreichten Antibiotika zusammen, vermutete Traidl-Hoffmann. Die Frage jedoch nach guten und schlechten Keimen sei nicht so leicht zu beantworten. So zeige eine aktuelle Studie mit unterschiedlichen Untergruppen des zumindest auf der Haut als regulatorisch geltenden *Staphylococcus epidermidis*, dass der eine Keim die Entwicklung von Hautkrebs unterstütze, während der andere diese hemme. „Wenn wir auch Mikroben oder Keime identifizieren“, fasste Traidl-Hoffmann zusammen, „sind wir noch nicht so weit, dass wir sagen können: Der ist gut, der ist schlecht. Hier muss man noch einmal in die Tiefe gehen und die Funktionen der einzelnen Keime untereinander und vor allem im Zusammenspiel mit menschlichen Grenzflächen analysieren.“ Entscheidend sei jedoch die Diversität des Mikrobioms. So haben Vergleiche der gesunden und läsionalen Haut eines Patienten mit atopischem Ekzem gezeigt, dass die Vielfalt der Mikroben absinkt. Dabei verringerte sich jedoch nicht die Anzahl der Spezies, vielmehr werde das Mikrobiom von *Staphylococcus aureus* überwuchert, von dem seit längerem bekannt sei, dass er Neurodermitis triggere. Um diesen Keim zu reduzieren, habe man auf Basis des Mikrobioms mit Oligosacchariden und Probiotika interveniert. Dabei konnte im Reagenzglas gezeigt werden, dass Pro- und Präbiotika T-regulatorische Zellen aktivieren und somit Entzündungen hemmen können.

Die These, dass eine Diversität der Mikroben entscheidend sei, werde auch durch Daten zu Darm- oder Mund-Mikrobiota bestätigt. So gelte: Je mehr Allergien eine Person aufweise, desto geringer sei auch die Diversität im Darm.

Einzelne Mikrobiomanalysen seien momentan jedoch noch ohne Konsequenz für die Klinik. Die grundlegende Erkenntnis sei die Rolle der mikrobiellen Diversität: „Zukünftig werden wir über das Mikrobiom intervenieren können, um Erkrankungen zu heilen oder zu verhindern. Noch sind wir nicht so weit und müssen insbesondere auch hier die Präzisionsmedizin und die individualisierte

Intervention schaffen“, schloss Traidl-Hoffmann. Notwendig dafür seien weitere Untersuchungen in Form von Interventionsstudien.

Daran anschließend unterteilte Dr. Adam Fox (Guy's & St Thomas' Hospital, London) das kindliche Mikrobiom, welches entscheidend für die Entwicklung einer Immuntoleranz sei, grob in zwei Typen: Auf der einen Seite stehe das gesündere, vielfältigere, säuglingstypische Mikrobiom, welches den Grundstock für eine gute Darmgesundheit lege. Auf der anderen eine weniger gesunde, weniger vielfältige Mikrobiota, welche mehr der von Erwachsenen ähnelte. Diese Dysbiose sorge für ein erhöhtes Allergierisiko. Die zentrale Frage sei nun, wie sich das Mikrobiom rechtzeitig von einem Zustand in den anderen verändern ließe. Als Ausgangspunkt diene die wirtschaftswissenschaftliche Nudge-Theorie, die den Einfluss minimaler Eingriffe auf komplexe Systeme untersuche, erklärte Fox. „Wenn wir Prä- und Probiotika oder beides in Form von Synbiotika verwenden können, um die Entwicklung der Mikrobiota von einer weniger gesunden zu einer gesünderen, vielfältigeren, kindlicheren Form zu beeinflussen, dann hat das womöglich den Einfluss auf die klinischen Ergebnisse, den wir uns versprechen.“

Den Effekt, welchen eine synbiotische Kombination auf das Mikrobiom und die klinischen Ergebnisse habe, untersuchen mehrere Interventionsstudien. Dazu gehört auch eine laufende Studie, welche sich mit der Frage befasst, wie schnell Kinder mit einer IgE-vermittelten Kuhmilchproteinallergie (KMPA) aus der Allergie hinauswachsen. Detaillierte Ergebnisse hingegen wurden bereits für die multizentrische, doppelblinde randomisierte ASSIGN-Studie publiziert. An dieser Studie nahmen 71 Kinder mit non-IgE-vermittelter KMPA teil. Die eine Hälfte erhielt eine reguläre nonallergene Spezialnahrung auf Basis einer Aminosäurenformel (AAF-Nahrung, Neocate® Infant). Die andere bekam eine AAF-Spezialnahrung, welche mit Prä- und Probiotika in Form von Oligofruktose, Inulin und Bifidobakterien breve M-16V angereichert war (Neocate® Syneo). Dass die Kombination aus Synbiotika und

AAF-Nahrung sicher und effektiv in der Behandlung von KMPA ist, war bereits im Vorfeld gezeigt worden. Um das Mikrobiom der allergischen Kinder nicht nur untereinander, sondern auch mit dem gesunder Säuglinge vergleichen zu können, wurde außerdem eine Kontrollgruppe mit nichtallergischen, gestillten Kindern hinzugezogen. Die teilnehmenden Kinder mit KMPA blieben in den ersten Wochen bei ihrer Nahrung und konnten später wechseln, wobei jedoch die meisten bei der bisherigen Spezialnahrung blieben.

Als Marker dienten bestimmte Bakterien, die mit einer gesünderen Mikrobiota assoziiert sind, darunter auch Bifidobakterien. „Nach acht Wochen mit der Interventionsnahrung konnte man einen signifikanten Anstieg an Bifidobakterien bei den Kindern beobachten, die Synbiotika erhielten“, erklärte Fox. Gleichzeitig gingen die mit einem erwachseneren Mikrobiom und höheren Allergierisiko assoziierten Eubakterien und Clostridien zurück. Die Daten zeigten außerdem, dass der Effekt konstant sei. Denn auch nach 12 und 26 Wochen hielt das Verhältnis von Bifidobakterien, Eubakterien und Clostridien an. Dies war auch nach sechs Monaten zu beobachten, als eine Mehrheit der Kinder die nonallergene Spezialnahrung bereits abgesetzt hatte, da sie aus der Allergie herausgewachsen waren.

Die Studie zeigte außerdem, dass sich insbesondere die gastroenterologischen Beschwerden besserten. Ebenso wurde deutlich, dass Kinder, die Synbiotika erhielten, seltener an Infektionen litten. Auch dermatologische Behandlungen kamen bei Kindern mit atopischem Ekzem seltener zum Einsatz, wenn sie die AAF-Nahrung mit Synbiotika erhielten. Die vorliegenden Daten zeigten also, resümierte Fox, dass der Einsatz von Prä- und Probiotika die Dysbiose beeinflusse und die Darm-Mikrobiota dahingehend fördere, dass die Zusammensetzung der Darm-Mikrobiota mehr der von gesunden, gestillten Kindern gleiche.

**Nach Informationen von
Nutricia GmbH, Erlangen**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen: Tel.: 0221/68909-15

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de