

# KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 02/19  
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



## Berufsfragen

Das TSVG oder:  
ein halbes Jahr  
Abwehrkampf

## Fortbildung

„Wachstum“, das Mantra  
der Kinderheilkunde, aber  
bitte nicht in die Breite!

## Forum

Millionen für  
Kinderkliniken

## Magazin

Vom „Monstrum“  
zur „Fehlbildung“

**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 02 | 2019

### Berufsfragen

|  |    |
|--|----|
| Das TSVG oder: ein halbes Jahr Abwehrkampf // Kathrin Jackel-Neusser                       | 2  |
| Entwicklung der Facharztanerkennungen // Wolfram Hartmann                                  | 4  |
| 365 Tage, 24 Stunden erreichbar für Patienten // Daniel Gröschl                            | 6  |
| Weiterbildung in der Praxis // Ludwig Stapenhorst  | 8  |
| Erfahrungen mit der Weiterbildung // Zoi Galanou   | 10 |
| Fachtagung „Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen // Kathrin Jackel-Neusser | 12 |
| Medizin trifft Pädagogik // Peter Borusiak   | 14 |
| Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse des BVKJ zur DV                                   | 20 |
| PädExpert® - Aktueller Stand   | 22 |
| Tdap und DGUV // Jörg Hornivius  | 23 |
| Wohin mit dem Geld? // Tilo Croonenberg  | 24 |

### Fortbildung

|  |    |
|--|----|
| Adipositas bei Kindern // Berthold Koletzko  | 26 |
| KiDSafe – Verbesserung der Arzneimittelsicherheit // Antje Neubert                                   | 30 |
| Highlights aus Berlin: Guideline und Schulung zur Suizidprävention // Viktor Kacic, Frank Zimmermann | 34 |
| Welche Diagnose wird gestellt? // Charlotte Eisner   | 39 |
| Review aus englischsprachigen Zeitschriften  | 42 |
| consilium: Zitrusallergie // Sebastian Dick  | 44 |

### Forum

|   |    |
|---|----|
| Millionen für Kinderkliniken                                      | 46 |
| Impressum   | 46 |
| Schulweg: Wer läuft, kann besser logisch denken // Regine Hauch   | 47 |
| Jugendmedizin – ein Auslaufmodell? // Michael Achenbach           | 48 |
| Anzahl der Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen leicht rückläufig | 49 |
| Das Leser-Forum   | 50 |
| Sozialbericht für Deutschland // Wolfram Hartmann                 | 51 |
| Unbegrenzte Möglichkeiten // Georg Bingel                         | 52 |



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

### Magazin

|  |    |
|--|----|
| Vom „Monstrum“ zur „Fehlbildung“ // Niklas Lenhard-Schramm | 54 |
| Buchtipps  | 56 |
| Prof. Dr. Frank Riedel zum 65. Geburtstag // Klaus Gritz   | 57 |
| Nachruf auf Prof. Dr. Hansjörg Cremer // Heike Bause       | 58 |

### Mitteilungen aus dem Verband

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Personalien                  | 60 |
| Wahlergebnisse               | 61 |
| Assistentenkongress 2019     | 62 |
| Fortbildungstermine des BVKJ | 63 |
| Pädindex                     | 64 |

### Nachrichten aus der Industrie

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Wichtige Adressen des BVKJ | 73 |
|----------------------------|----|

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe sind das Programmheft für den 25. Kongress für Jugendmedizin in Weimar, sowie in Teilen das Programmheft für die 32. Pädiatrie zum Anfassen in Worms beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

# Das TSVG oder: ein halbes Jahr Abwehrkampf



Kathrin Jackel-Neusser

Es ist schon manchmal etwas frustrierend, wenn man sich nicht prioritär mit konstruktiven Aufgaben beschäftigen kann, sondern seit einem halben Jahr einen Kampf führt gegen ein Gesetz, das nun wirklich keiner braucht.

## Historie und gemeinsame Aktionen

Vieles stand im Koalitionsvertrag, was der Gesundheitsminister gut hätte umsetzen können. Maßnahmen für bessere Impfraten und für eine flächendeckende Versorgung mit Impfstoffen und anderen wichtigen Arzneimitteln? Wir warten noch darauf. Maßnahmen zur Eindämmung der Bürokratie in den Arztpraxen? Nichts Konkretes hierzu, nur Sonntagsgreden à la „Wir wollen den Bürokratieabbau jetzt.“ Die Besserstellung der sprechenden Medizin? Können wir so im TSVG noch nicht finden.

Darüber hinaus kommunizieren wir natürlich stets unsere Forderungen, wie man die Pädiatrie stärken könnte: in unseren Politikgesprächen, in unseren Stellungnahmen, auch jetzt wieder zum TSVG (siehe unsere Homepage unter Presse/Forderungen und Stellungnah-

men). Hier erwarten wir, dass die Politik endlich reagiert, statt uns mit diesem TSV-Gesetz zusätzlich zu belasten!

**Erfreulicherweise haben mittlerweile weit über hundert Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte den Brandbrief (wir berichteten in der letzten Ausgabe) an die Bundestagsabgeordneten gesendet**, dies war in der Plenardebatte zum TSVG im Dezember auch deutlich geworden, wo Gesundheitspolitiker auch auf die Kinder- und Jugendärzte und deren Sorgen verwiesen.

**Im Namen von Präsident Dr. Fischbach: Danke ganz herzlich für Ihre Unterstützung!**

## Erste Lesung zum TSVG im Bundestag

Bei der ersten Beratung über den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) (Drucksache 19/6337, 19/6436) am Donnerstag, 13. Dezember 2018, im Bundestag verlangten die Oppositionsfaktionen zahlreiche weitere Regelungen. Die weiteren eingeführten Anträge wurden ebenfalls zur federführenden Beratung an den **Gesundheitsausschuss** überwiesen.

Mit dem Gesetzentwurf der Regierung sollen wie berichtet u.a. die Terminservicestellen zu Servicestellen für die ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt werden. Auch Haus- und Kinder- und Jugendärzte sollen vermittelt werden. Die **Terminservicestelle** soll über eine bundesweit einheitliche Notdienstnummer sowie über das Internet ständig erreichbar sein. Das Mindestsprechstundenangebot der Ärzte wird auf mindestens 25 Stunden pro Woche erweitert u.v.m. (s. auch Artikel von Dr. Gröschl in dieser Ausgabe).

In der Debatte kritisierte die Opposition vehement die vorgesehene Stufenregelung für die Psychotherapie und forderte die Streichung des entsprechenden Passus. Laut Gesetzentwurf sollen Patienten, die eine Psychotherapie benötigen, zunächst von einem Experten begutachtet

werden, der die Dringlichkeit des Falls bewertet. Nach Ansicht der Opposition wäre ein solches Vorgehen für die Patienten unzumutbar. Es gibt nun mittlerweile erste Signale, dass diese Regelung wieder gestrichen werden könnte.

## Kritik der Opposition

Die **gesundheitspolitische Sprecherin der FDP im Bundestag, Christine Aschenberg-Dugnus**, betonte, mit der Erhöhung der Sprechstundenzahl würden all jene Mediziner frustriert, die diese Vorgabe bereits erfüllten. Sie rügte überdies den hohen Verwaltungsaufwand der Ärzte. Die Zeit könnte besser für die Patienten genutzt werden. Die FDP erläuterte außerdem ihren Antrag zum TSVG, der sich mit der Regionalisierung der Bedarfsplanung mit der Niederlassungsfreiheit als Regelfall befasst (19/6417). Die Fraktion will den Gemeinsamen Bundesausschuss verpflichten, die Bedarfsplanung bis 1. Juli 2019 anzupassen und die Niederlassungssperren in regionale Verantwortung zu geben. Die Zulassungsbeschränkungen bei medizinischer Überversorgung sollten in eine Kann-Regelung umgewandelt werden, wobei die Niederlassungsfreiheit der Regelfall sein solle. Die Regelungen zu zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf und Sonderbedarf sollten bestehen bleiben, so die Fraktion. Für ländliche und strukturschwache Gebiete will die FDP einen Strukturzuschlag einführen.

**Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen)** bezweifelte, dass mit den Zuschlägen für bestimmte Ärzte das Grundproblem der Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten gelöst werden könnte. Nötig sei mehr Kooperation zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie zwischen den Gesundheitsberufen. Auf dem Land finde sich kaum noch ein Arzt, das sei vor allem für chronisch Kranke ein riesiges Problem. Die Mediziner ließen sich lieber in Städten nieder. Zudem platzten die Notfallaufnahmen aus allen Nähten. Der Gesetzentwurf gebe auf

die wichtigen Fragen keine strukturellen Antworten.

Die AfD will mit ihrem ersten Antrag (19/6419) zum TSVG die Bevorzugung von Importarzneimitteln beenden, die Importquote abschaffen und die Arzneimittelsicherheit verbessern. Die Verpflichtung des Apothekers, ein Importarzneimittel in Fällen, in denen der Arzt es nicht ausdrücklich verordnet hat, solle aufgehoben werden. Im zweiten Antrag (19/6423) tritt die Fraktion für ein einheitliches Prüfverfahren zur fachlichen Eignung ausländischer Ärzte aus Nicht-EU-Staaten ein.

Die **Regierungsfractionen** äußerten erstaunlicherweise selbst Kritik am TSVG, so sagte **Erich Irlstorfer (CSU)**, den Dr. Fischbach tags zuvor getroffen hatte: „Ich denke, dass man in diesem parlamentarischen Prozess Ihre berechtigten oder unberechtigten Punkte (...) diskutieren sollte. Lassen Sie uns das doch diskutieren. Werte Kolleginnen und Kollegen, Sie werden doch auch die Einwände der Kinder- und Jugendärzte bekommen haben, die bei uns in einer hohen Anzahl eingegangen sind.“...

Wie Sie sehen, haben es die Brandbriefe also zumindest in das Bewusstsein der verantwortlichen Gesundheitspolitiker geschafft.

Auch die **SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Karl Lauterbach** und die gesundheitspolitische Sprecherin **Sabine Dittmar** kritisierten viele Aspekte des TSVG. Bleibt also zu hoffen, dass dieses noch deutlich und in unserem Sinne überarbeitet wird.

### Kleine Zwischenerfolge der Lobbyarbeit

Positiv zu berichten ist, dass der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum TSVG die geplante generelle Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung sowie MVZ in der Hand von großen Ketten deutlich kritisiert hat. Unsere Argumente wurden teils 1:1 aufgegriffen! Diese Aspekte wurden auch von der Bundesregierung anerkannt, die sich in einer Gegenäußerung dazu positionierte. Hier ist also noch alles offen.

Um nichts unversucht zu lassen, sprachen wir kürzlich auch mit den beiden parlamentarischen Staatssekretären im BMG, am 18. 10. 18 mit Sabine Weiss (Dres. Fischbach und Peter) und am 29.11.18 mit



(im Uhrzeigersinn, unten links): Dr. Reinhard Bartzky, Dr. Sigrig Peter, Kathrin Jackel-Neusser, Dr. Thomas Gebhart, Dr. Thomas Fischbach

Dr. Thomas Gebhart, beide CDU (mit Dres. Bartzky, Fischbach, Peter und K. Jackel-Neusser).

Beide Staatssekretäre zeigten großes Verständnis für die Sorgen des BVKJ und bekräftigten deutlich ihre Wertschätzung für die Arbeit der Kinder- und Jugendärzte. Dr. Fischbach äußerte in beiden Gesprächen ausführlich seine Bedenken bzgl. des TSVG: Die Konsequenzen wären u.a. ein befürchteter Ansturm auf attraktive statt auf unterversorgte Standorte durch die generelle Niederlassungsfreiheit, eine Auslagerung von Krankenhausleistungen in MVZ bei gleichzeitigem Ausdünnen der Töpfe der niedergelassenen Pädiater und ein Auszehren der Grundversorgung durch spezialversorgende gewinnorientierte MVZ. Dr. Gebhart konnte dies großteils gut nachvollziehen, betonte aber, Ursache des TSVG sei gewesen, dass man unterversorgte Gebiete stärken wollte. Die Kritik von allen Seiten, auch aktuell vom Bundesrat, nehme man im BMG aber zur Kenntnis. Das parlamentarische Verfahren sei ja gerade erst angelaufen und das TSVG könne noch entsprechend angepasst werden, betonte er.

Er versprach, dass das BMG überlege, wie man **die rein gewinnorientierten MVZ einschränken** könne. Gleichwohl

müsse man dem Trend und Wunsch der Niedergelassenen zur Anstellung Rechnung tragen. Dr. Fischbach plädierte dafür, dass den **niedergelassenen Pädiatern erleichtert werden solle, ihre Praxis zu vergrößern und hier Ärzte anzustellen**.

Unter anderem ging es in dem Gespräch auch um die **Kinder-Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (AUs)**. Als Ziel führend erachteten alle Gesprächsteilnehmer, bei den Kinder-AUs analog zu den Erwachsenen AUs **erst am dritten Tag** einen Besuch beim Arzt vorzusehen. Hier wollte Dr. Gebhart überlegen, wie man dies ggf. umsetzen könnte.

Dr. Fischbach plädierte für ein weiteres **Weiterbildungsförderungsprogramm** das auch wirklich in der ambulanten Pädiatrie ankomme. Dr. Gebhart regte vor sich aus einen regelmäßigen Austausch einmal jährlich an, was dankend angenommen wurde.

#### Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser  
Leiterin der Stabsstelle für Politik und Kommunikation  
10115 Berlin  
E-Mail: [kathrin.jackel-neusser@uminfo.de](mailto:kathrin.jackel-neusser@uminfo.de)  
Red.: WH

# Entwicklung der Facharztanerkennungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin seit 2005

Die Anzahl der Gebietsanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin befindet sich seit 11 Jahren auf einem etwa gleichen Niveau und schwankt um die Zahl von 600 Anerkennungen pro Jahr. Der Anteil der Kolleginnen ist seit 2005 von 60,42 % auf 76,95 % im Jahr 2017 gestiegen. Die Zahlen sagen nichts darüber aus, in welchem Umfang und wo die Kolleginnen und Kollegen, die ihre Gebietsanerkennung erlangt haben, tätig sind.

Weitere Zahlen zur Ärztestatistik bis 2017 habe ich bereits in Heft 5/2018 dieser Zeitschrift veröffentlicht.

## Es gibt deutlich mehr ausbildende Ärzte

Vor drei Jahren wurde die Förderung der ärztlichen Weiterbildung verbessert. Das zeigt offenbar Wirkung: In deutlich mehr Praxen werden nun Ärzte ausgebildet als zuvor. Insgesamt 11.271 Vertrags-

ärzte haben 2017 einen Weiterbildungsassistenten beschäftigt. Das sind exakt 1.874 oder gut ein Fünftel mehr als noch zwei Jahre zuvor. Die höchsten Zuwachsraten sind bei den Augenärzten (von 516 auf 645) und Pädiatern (von 442 auf 609) zu verzeichnen.

Auslöser für diesen Zuwachs dürfte das „Förderprogramm Weiterbildung“ gewesen sein, das mit dem Versorgungsstärkungsgesetz Mitte 2015 eine höhere Förderung der Weiterbildung gebracht hat. Mit dem Programm war unter anderem die Anzahl der Förderplätze angehoben worden. Der monatliche Förderbetrag beträgt seitdem nicht mehr 3.500, sondern 4.800 €.

Der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister hebt in einer Mitteilung der KBV die positiven Wirkungen von Weiterbildungsassistenten für ausbildende Praxen hervor: „Junge Ärzte, die Teile ihrer Weiterbildung im ambulanten Bereich absolviert haben, lassen sich später eher nieder.“ Zudem entlasteten sie den Praxisalltag, ermöglichten fachlichen Austausch und entwickelten sich unter Umständen zum Nachfolger.

Laut Ärztemonitor 2018 hat inzwischen nahezu die Hälfte der befragten Vertragsärzte eine Befugnis zur Weiterbildung. Zudem gaben 58 Prozent der Befragten an, in den nächsten fünf Jahren einen Weiterbildungsassistenten in ihrer Praxis beschäftigen zu wollen. Ärzte, die in ihrer Praxis weiterbilden wollen und sich für eine Förderung interessieren, könnten sich an ihre KV wenden, so die KBV.

Die KV gibt auch Auskunft, in welchen Fachrichtungen eine Förderung in der Region möglich ist. Die Förderbeträge werden bekanntlich von KVen und Kostenträgern jeweils zur Hälfte getragen. Ausgezahlt werden sie laut KBV an den Praxisinhaber, der den Arzt in Weiterbildung beschäftigt in Form eines Zuschusses zum Bruttogehalt des Weiterzubildenden.

Tab. 1: Facharztanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin (Gesamt/Frauenanteil) (Quelle: BÄK)

| Jahr | Insgesamt | Frauen       |
|------|-----------|--------------|
| 2005 | 518       | 313 (60,42%) |
| 2006 | 594       | 369 (62,12%) |
| 2007 | 581       | 377 (64,89%) |
| 2008 | 594       | 395 (66,50%) |
| 2009 | 622       | 435 (69,94%) |
| 2010 | 564       | 385 (68,26%) |
| 2011 | 633       | 445 (70,30%) |
| 2012 | 596       | 427 (71,64%) |
| 2013 | 634       | 465 (73,34%) |
| 2014 | 683       | 502 (73,50%) |
| 2015 | 664       | 497 (74,85%) |
| 2016 | 647       | 486 (75,12%) |
| 2017 | 616       | 474 (76,95%) |

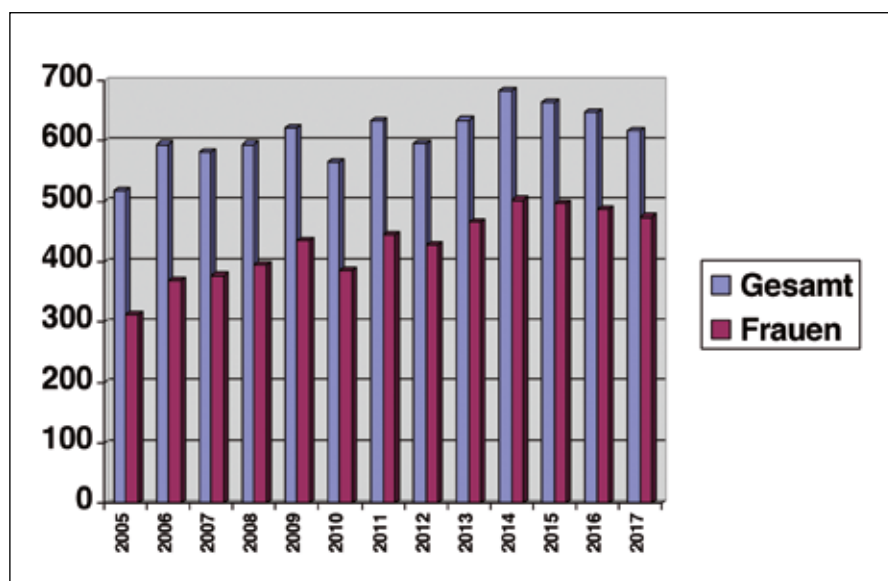


Abb. 1: Facharztanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin (Gesamt/Frauenanteil)

### Korrespondenzanschrift:

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

# 365 Tage, 24 Stunden erreichbar für Patienten, es sei denn...

„Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte.“ Dieses Ziel hat der Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TVSG). Dabei müssen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte (Vertragsärzte) grundsätzlich ohnehin 365 Tage, 24 Stunden am Tag, für Patienten erreichbar sein. Klingt unglaublich, ist aber wahr. Natürlich gibt es Ausnahmen, die im Ergebnis zu einem weitgehend „normalen“ Berufsalltag führen. Wir beantworten, warum dies so ist und wie sich all dies in die berufspraktische Arbeit u.a. der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin einfügt. Besonders zu beachten bleibt dabei die Erreichbarkeit außerhalb von Sprechstunden- und Notdienstzeiten.



Dr. Daniel Gröschl

## Sprechstundenpräsenzpflicht

Vertragsärzte sind verpflichtet, Sprechstunden anzubieten. Ziel ist es, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der gesetzlich Versicherten zu gewährleisten. Der zeitliche Sprechstundenumfang richtet sich nach der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Vertragsarztzulassung). Denn aus ihr folgt der Auftrag des Arztes zur vollen oder hälftigen Versorgung gesetzlich versicherter Patienten. Bei **vollem Versorgungsauftrag** müssen Ärzte derzeit **wöchentlich mindestens 20 Sprechstunden** zur Verfügung stehen, bei **hälftigem mindestens 10 Sprechstunden**.

Dass diese Pflicht als Sprechstundenpräsenzpflicht bezeichnet wird, liegt daran, dass der Vertragsarzt diese Sprechstunden in der Praxis **persönlich anbieten und erbringen muss**. Im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) heißt es zwar, der Vertragsarzt sei „gehalten“

jene Sprechstunden anzubieten, jedoch ist dies irreführend. Denn es handelt sich ganz klar um eine Pflicht, so das Bundessozialgericht im Jahr 2003.

Grund ist die bereits erwähnte ausreichende und zweckmäßige Versorgung der gesetzlich Versicherten. Diese Versorgung haben innerhalb des in Deutschland solidarisch finanzierten Gesundheitssystems Krankenkassen und u.a. Ärzte zu gewährleisten (§ 70 SGB V) und die KVen haben sie sicherzustellen (§ 75 SGB V). Wegen dieser Gewährleistungspflicht ist es grundsätzlich und damit **über die Sprechstundenpräsenzpflicht** hinaus sogar so, dass Vertragsärzte rund um die Uhr dienstverpflichtet sind.

## Notdienste und dauerhafte Erreichbarkeit

Von dieser Verpflichtung wird jeder einzelne Vertragsarzt jedoch wiederum entlastet. Und zwar dadurch, dass die gesamte Ärzteschaft den **Notfalldienst** bzw. **vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst** organisiert. Als Gegenleistung muss jeder Vertragsarzt, auch angestellte Ärzte und reine Privatärzte den Notfalldienst als gemeinsame Aufgabe aller Ärzte gleichwertig mittragen. So jedenfalls beschrieb es das Bundessozialgericht (BSG) im Jahr 2011.

Im Rahmen von ambulanten Notdiensten besteht daher – wie in der Sprechstunde auch – eine zwingende Pflicht mindestens zur Untersuchung und, wenn medizinisch erforderlich, auch zur Behandlung von Patienten.

Wiederholt haben wir in der anwaltlichen Beratung Fälle erlebt, in denen Ärzte während ihres Notdienstes Patienten abgewiesen haben, ohne sie zu untersuchen, obgleich die Patienten von massiven Beschwerden berichteten. So etwas darf nicht passieren. Selbst wenn Patienten mit solchen Beschwerden beim notdiensthabenden Arzt anrufen, dürfen sie nicht leichtfertig abgewiesen, sondern müssen untersucht werden. Ziel ist es, den Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlung ärztlich adäquat zu versorgen.

Die Ärzte haben sich zudem **für den Notdienst fortzubilden**. Und das müssen sie auf Anforderung auch nachweisen können. Zum Notdienst verpflichtete Ärzte sind – je nach Notdienstordnung ihrer jeweiligen LÄK bzw. KV – berechtigt, den Notdienst durch bei ihnen angestellte Ärzte mit erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung ausführen zu lassen. Dafür bedarf es weder eines Antrages noch einer Genehmigung, sondern lediglich einer Mitteilung. Bei Einteilung in einen fachspezifischen Notdienst muss der benannte Arzt der entsprechenden Fachgruppe angehören.

## Versorgung außerhalb von Sprechstunden- und Notdienstzeiten

Diese Notdienste entlasten den einzelnen Vertragsarzt von der Pflicht, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Sie entlasten also von der Dienstbereitschaft rund um die Uhr. Weil diese grundsätz-

lich gilt, sind **Vertragsärzte verpflichtet, auch außerhalb von Sprechstunden und Notdienstzeiten erreichbar zu sein**. Das Bundessozialgericht (BSG) entschied im Jahr 2001 und auch 2011, dass Vertragsärzte außerhalb der Sprechzeiten in den Grenzen der Zumutbarkeit und Üblichkeit auch für Notfallbehandlungen und für andere wichtige Fälle tätig sein können.

365 Tage, 24 Stunden am Tag für Patienten erreichbar; natürlich geht das nicht. Und selbstverständlich muss der Vertragsarzt nicht Tag und Nacht in der Praxis anwesend oder persönlich am Telefon erreichbar sein. Es muss jedoch eine **besondere Handhabung für die Zeit zwischen den Sprechstunden** geben, also **besonders außerhalb der Dienstzeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes**.

Es reicht nicht aus, über den Praxisanrufbeantworter oder die Homepage auf die nächste Sprechstunde zu verweisen, auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst, auf ein Krankenhaus oder den Rettungsdienst (112). Der Patient muss konkrete Informationen erhalten, wie er Hilfe erreichen kann und zwar seinen Arzt selbst, eine namentlich benannte Vertretung oder den Bereitschaftsdienst. Der lapidare Hinweis, man solle sich an die umliegenden Ärzte wenden, ist völlig unzureichend. Denn angesichts einer womöglich schnell benötigten Hilfe soll Patienten unnötiges Herumtelefonieren erspart werden.

Patienten in einem Notfall nicht zu helfen, kann folgenreich sein. Dies kann schnell zu zivil- und berufsrechtlichen Verfahren führen. Auch in strafrechtlicher Hinsicht könnten sich Fragen stellen.

### Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Vor dem beschriebenen Hintergrund der Pflicht zur Gewährleistung einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung wird aktuell der Entwurf des TSVG diskutiert. „Gesetzlich Versicherte sollen schneller Arzttermine bekommen“, so steht es auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.

Neben weiteren Änderungen soll deshalb mit dem TSVG die **Sprechstundenpräsenzpflicht bzw. das Mindest-**

**sprechstundenangebot bei vollem Versorgungsauftrag von 20 auf 25 Stunden erhöht** werden. Im TSVG heißt es dazu u.a. (Regierungsentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz [TVSG], S. 2):

„Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, werden ausgeweitet. Das erweiterte Sprechstundenangebot wird mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert.“

Aufgabe der Terminservicestellen soll es auch künftig sein, Versicherten in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Beabsichtigt wird, dass die Servicestellen auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine geöffnete Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz vermitteln. Sofern ein lebensbedrohlicher Notfall vorliegt, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, soll die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiterleiten.

Das TSVG wird vermutlich im Sommer des Jahres 2019 in Kraft treten. Aktuell, am 13. Dezember 2018, fand die erste Lesung im Bundestag statt. Möglicherweise kommt es also noch zu Änderungen. Am 23. November 2018 hatte der Bundesrat eine Stellungnahme zum Entwurf des TSVG veröffentlicht. Er sprach sich insbesondere dafür aus, dass die zeitnahe Terminvermittlung auch für die ärztlichen Untersuchungen von Kindern – die U1 bis U9 – gelten solle.

### Vertretung bei Sprechstunden oder Notdienst

Das TSVG wird allerdings nichts an den Grundsätzen für Vertretungen bei Sprechstunden oder Notdiensten ändern. Im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und damit ihrer Sprechstundenpräsenzpflicht sind Vertragsärzte verpflichtet, persönlich für die Versorgung ihrer Patienten zur Verfügung zu stehen. Im Fall der Abwesenheit muss ihre Vertretung geregelt sein (vgl. bereits umfangreich: Netzer-Nawrocki, Kinder- und Jugendarzt, 2017, Nr. 11, S. 710 - 711).

Eine **Vertretung ist ausschließlich dann zulässig**, wenn ein Vertretungsfall vorliegt. Und ein solcher liegt nur in **vier Fällen** vor, nämlich bei

- Krankheit,
- Urlaub,
- Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder bei
- Teilnahme an einer Wehrübung.

Für **Vertragsärztinnen** gibt es einen fünften Fall. Sie können sich in **unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten** lassen. Der oder die Vertretene muss selbst für einen Vertreter sorgen, damit die Patientenversorgung sichergestellt ist.

Dauert die Abwesenheit länger als eine Woche an, muss sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gegenüber angezeigt werden. Die Mitteilung kann formlos oder über KV-Formulare erfolgen. Innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten kann sich ein Vertragsarzt bis zu einer Dauer von kumuliert drei Monaten ohne Genehmigung vertreten lassen. Danach bedarf es einer Genehmigung.

Liegt kein Vertretungsfall vor, lässt sich ein Vertragsarzt dennoch vertreten und rechnet er die Leistungen des Vertreters ab, so ist dies rechtswidrig. Rechnet ein Vertragsarzt Leistungen ab, die ein Vertreter erbracht hat, ohne dies in der Abrechnungs-Sammelerklärung anzugeben, so ist auch dies rechtswidrig.

Denn die Abgabe einer ordnungsgemäßen Sammelerklärung ist Voraussetzung für die Entstehung eines wirksamen Vergütungsanspruchs. Ist die Sammelerklärung unrichtig, so entfällt ihre Garantiewirkung dafür, dass die ärztlichen Leistungen persönlich erbracht wurden. Und dann darf die KV das gesamte Honorar zurückfordern. Sie muss sich nicht auf das vom Vertreter für die erbrachte Leistung gezahlte Honorar beschränken. Und ein solcher Vorgang erfüllt schnell den strafrechtlichen Tatbestand des Abrechnungsbetruges.

Derartige Vorgänge erleben wir in der anwaltlichen Praxis eigentlich nicht, wenn es um Vertretungen im Notdienst geht. Auch hier gilt der Grundsatz, dass zum Notdienst eingeteilte Ärzte/MVZ

den Notdienst grundsätzlich persönlich zu leisten haben. Sie dürfen sich allerdings von einem anderen Arzt, der entweder Vertragsarzt, Arzt mit einer erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung oder einem Arzt, der in das Vertreterverzeichnis aufgenommen ist, vertreten lassen. Auch der Diensttausch ist möglich. Er ist aber rechtzeitig vorzubereiten, zu regeln und mitzuteilen. Für all dies gilt die Notdienstordnung im Bereich der jeweiligen Landeärztekammer.

### Fazit

Nach dem bisherigen Stand des TVSG soll die Sprechstundenpräsenzpflicht künftig von 20 auf 25 Stunden ausgewei-

tet werden. Außerhalb von Sprechstunden und vertragsärztlichem Notdienst müssen Patienten bei ihrem Arzt konkrete Informationen erhalten können, um Hilfe zu bekommen. Entweder muss der Arzt selbst helfen oder die Telefonnummer seines Vertreters oder des Notdienstes/ Bereitschaftsdienstes angeben. Ein knapper Verweis auf die nächste Sprechstunde, den Bereitschaftsdienst, auf ein Krankenhaus oder den Rettungsdienst reicht nicht.

Notdienst ist verpflichtend, weil er den einzelnen Vertragsarzt im Rahmen seiner Dienstbereitschaft rund um die Uhr belastet. Im Notdienst sind alle Patienten zumindest im Hinblick auf das Vorliegen eines Notfalls zu untersuchen und, wenn medizinisch erforderlich, auch zu behandeln.

Vertretungen sind zulässig. Es muss aber immer ein Vertretungsfall vorliegen. Anderenfalls wäre die Vertretung und diesbezügliche Abrechnung rechtswidrig. Eine deshalb nicht ordnungsgemäße Abrechnung lässt ihre Garantiefunktion entfallen. Die Kassenärztliche Vereinigung darf dann Honorar zurückfordern.

---

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Daniel Gröschl  
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht  
40213 Düsseldorf  
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de  
www.moellerpartner.de

Red.: WH

---

# Weiterbildung in der Praxis (Kooperationsmodell Klinik/Praxis)

## Erfahrungen mit der Weiterbildung in einer pädiatrischen Praxis aus Sicht des Praxisinhabers



Dr. med. Ludwig Stapenhorst

### Beschreibung der Praxis

Ich leite eine Kinder- und Jugendarztpraxis im Raum Köln, welche das gesamte Spektrum der Diagnostik, Therapie und Prävention akuter sowie chronischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen abdeckt. Ein besonderer Schwerpunkt der Praxis liegt in der Behandlung

nierenkranker Kinder sowie von Kindern mit rheumatologischen Erkrankungen.

Die Praxis wird von mir geleitet, Fr. Dr. Higgins ist auf meinen zweiten Kassensitz als Kinder- und Jugendärztin mit Schwerpunkt Kinderrheumatologie angestellt.

Es werden vier Kinderkrankenschwestern und drei MFA beschäftigt, zwei der Kinderkrankenschwestern und eine der MFA sind ausgebildete Präventionsassistentinnen, eine der Kinderkrankenschwestern ist zusätzlich ausgebildete Erzieherin und Familienberaterin.

Wir bieten zusätzlich zu den üblichen Leistungen einer Kinderarztpraxis Ultraschalluntersuchungen, eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik (BUEVA, BUEGA, ET6-6R) und eine psychosomatische Grundversorgung an. Es besteht die Möglichkeit einer qualifizierten Familienberatung nach familylab.de in unserer Praxis.

2015 habe ich die Weiterbildungsermächtigung für die allgemeine Pädiatrie für zwei Jahre erhalten. Zusätzlich habe ich eine Weiterbildungsermächtigung für den Schwerpunkt Kindernephrologie für sechs Monate.

### Rahmenbedingungen

Anfang des Jahres 2016 habe ich mich erstmals um eine Weiterbildungsassistentin bemüht. Im Oktober 2016 habe ich dann mit Fr. Dr. Reich, welche zu dem damaligen Zeitpunkt noch eine volle Stelle in der Kinderklinik in Gummersbach hatte, auch eine geeignete Kandidatin gefunden. Sie wurde dann zum 01.03.2017 auf einer halben Stelle angestellt. Im Oktober 2017 habe ich mit Fr. Galanou eine weitere Assistentin aus der Kinderklinik Gummersbach auf die verbliebene halbe Stelle eingestellt.

Die Weiterbildung der Assistenzärztinnen erfolgt in Kooperation mit der Kinderklinik in Gummersbach. Diese Kooperation sieht vor, dass die Assistenzärztinnen mit jeweils einer halben Stelle sowohl in der Kinderklinik Gummersbach als auch in meiner Praxis arbeiten. Die beiden wechseln sich jeweils wöchentlich in Klinik und Praxis ab, sodass immer nur eine Assistenzärztin in der Praxis ist. Es hat sich gezeigt, dass diese Form des wöchentlichen Wechsels für alle Beteilig-



ten deutlich angenehmer und effektiver ist. Sämtliche Bereitschaftsdienste werden in der Klinikwoche abgeleistet und beeinträchtigen die Praxisabläufe nicht.

## Weiterbildungsablauf

Dadurch, dass **beide Assistenzärztinnen schon im vierten Weiterbildungsjahr** waren, verfügten sie über eine breite, klinische Erfahrung und waren in der Beurteilung und Behandlung gängiger Krankheitsbilder schon sehr sicher.

In den ersten beiden Arbeitswochen erfolgte eine Einweisung in die allgemeinen Praxisabläufe: Hierzu gehörten Terminmanagement, Praxissoftware, Bedienung der medizintechnischen Geräte wie Sonographie, EKG, Lungenfunktion und Praxislabor, erklären der Grundlagen der Abrechnung sowohl EBM als auch GOÄ.

Ebenso sollten die Assistenzärztinnen in diesem Zeitraum alle anfallenden Arbeiten am Patienten (Blutentnahmen mit Point of Care Analysen, Erhebung der Körpermaße, Blutdruck messen, Hör- und Sehtest, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktion), welche sonst durch unsere Kinderkrankenschwestern und MFAs erledigt werden, selber durchführen und erlernen.

Die Einarbeitung in die **neuen Arbeitsfelder Vorsorgeuntersuchungen, Entwicklungsdiagnostik und Impfungen** gelang bei beiden sehr schnell. Schon nach kurzer Zeit waren beide Kolleginnen so gut eingearbeitet, dass sie akute Patientenvorstellungen und Impftermine selbstständig durchführten, etwas später dann auch Vorsorgen und Entwicklungsgespräche.

Absehbar schwierige Patientenvorstellungen, unklare Krankheitsbilder oder kompliziert anmutende sozialpädiatrische Fragestellungen/Familienkonstellationen werden noch vor dem Termin besprochen. Gemeinsam wird das Vorgehen bezüglich Diagnostik und Therapie festgelegt.

Es besteht immer die Möglichkeit kurzfristig Rücksprache bezüglich eines Patienten zu halten bzw. einen Patienten gemeinsam zu untersuchen. Die behandelten Patienten werden nach der Sprechstunde bezüglich Krankheitsbild, Dokumentation und Abrechnung besprochen. Am Ende der Arbeitswoche erfolgt eine Übergabe von Patienten welche ggfs. in der darauffolgenden Woche weiterbehandelt werden müssen (dies erfolgt dann vorzugsweise durch die jeweils andere Assistenzärztin).

Beide Assistenzärztinnen waren nach ca. 3 Monaten so gut eingearbeitet, dass Termine, insbesondere von Erstvorstellungen gezielt an sie vergeben werden. Die Termindauer beträgt außer bei Impfungen 30 Minuten, bei Vorsorgen teilweise auch länger, so dass ausreichend Zeit für eine Behandlung ohne Zeitdruck besteht. Folgetermine werden bei der zuvor behandelnden Assistenzärztin vergeben. Dies soll den Assistenzärztinnen ermöglichen die Entwicklung des Kindes oder einer Erkrankung zu begleiten und so genau das Arbeitsspektrum der ambulanten Pädiatrie zu erarbeiten welches in der Klinik nicht angeboten wird. Beide Kolleginnen sind von unseren Patienten und deren Eltern gut angenommen worden. Viele Patienten vereinbaren nach einem ersten Kontakt gerne Folgetermine bei einem der beiden.

Neben der unmittelbaren Patientenversorgung ist die **Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen mit dem örtlichen Frühförderzentrum und dem Jugendamt möglich**. Es besteht die Möglichkeit Fortbildungen und Kongresse zu besuchen, an den entstehenden Kosten beteilige ich mich nach vorheriger Absprache.

## Problemfelder

Da die Assistenzärztinnen sehr selbstständig und zügig arbeiten, ist die Zahl der Patienten, welche sich zeitgleich in der Praxis befinden, teilweise sehr hoch. Obwohl wir sechs Behandlungszimmer haben, staut es sich aber gelegentlich, da zwei der Behandlungszimmer auch für die Vorbereitung der Vorsorgen, Entwicklungstestungen, EKG, LuFu etc. gebraucht werden.

Hier ist eine gute Planung der Praxisabläufe notwendig, damit keine längeren Wartezeiten oder Leerläufe anstehen.

## Betriebswirtschaftliche Betrachtung

Es besteht eine **finanzielle Förderung durch die KV**. Aufgrund der hohen Nachfrage der Förderung ist es mir leider nur für eine der beiden halben Stellen gelungen, eine vollständige Förderung zu bekommen. **Gefördert wird eine halbe Stelle mit 2.400 €/Monat**, welche mindestens in gleicher Höhe als Bruttogehalt an die Weiterbildungsassistentin weitergegeben werden müssen. Die **Sozialabgaben** werden von mir getragen, ebenso ein **vereinbartes 13. Monatsgehalt**. Die Zahlungen müssen ge-

genüber der KV durch Übermittlung der Gehaltsabrechnungen nachgewiesen werden.

Auch wenn durch die Weiterbildungsassistenten eigentlich keine Leistungsanforderung erfolgen soll, akzeptiert **die KV eine Überschreitung der Quartalzeit um 10-20%**. So sollte es auch ohne die finanzielle Förderung durch die KV möglich sein, eine Weiterbildungsassistentin zu finanzieren. Hierfür ist aber ein konsequentes Bedienen von extrabudgetären Leistungen, Sonderverträgen und gegebenenfalls ein mehr an Zeit für Privatpatienten notwendig. Selbst, wenn sich nicht das gesamte Gehalt refinanzieren lässt, sehe ich Vorteile für mich: Eine Entlastung insbesondere von Akutvorstellungen, eine permanente Anforderung sich inhaltlich-fachlich zu hinterfragen, Praxisabläufe zu optimieren und so „up to date“ zu bleiben.

## Fazit

Eine Weiterbildung gleichzeitig in Klinik und Praxis hat sich für alle Seiten sehr bewährt. Den Assistentinnen gibt es die Möglichkeit einen fundierten Einblick in die ambulante Pädiatrie zu bekommen und sie für die spätere Niederlassung oder die angestellte Arbeit in der Praxis zu begeistern.

Der Praxisinhaber wird in der alltäglichen praktischen Arbeit entlastet. Für uns entstanden Freiräume, unsere Schwerpunkte Kinderneurologie und Kinderreumatologie intensiver zu verfolgen.

Obwohl unsere Patientenzahlen steigen, kann ein gutes Terminmanagement Wartezeiten auf einen Termin und die Wartezeit in der Praxis verkürzen. Beide Ärztinnen haben sich sehr gut in das bestehende Team eingefügt und sind auch menschlich eine große Bereicherung für die Praxis. Nach meinen guten Erfahrungen würde ich auch in den nächsten Jahren gerne Ärzte/Ärztinnen weiterbilden und die Inhalte und die Struktur meiner Weiterbildung weiter verbessern.

### Korrespondenzanschrift:

*Dr. Ludwig Stapenhorst*

*Kinder- und Jugendärzte Hürthpark  
50354 Hürth*

*E-Mail: dr-stapenhorst@kinderaerzte-huerth.de*

*www.kinderaerzte-huerth.de*

*Red.: WH*

# Erfahrungen mit der Weiterbildung in einer pädiatrischen Praxis aus Sicht der Assistenzärztin

*Seit etwa einem Jahr arbeite ich als Weiterbildungsassistentin zu 50% in der Kinderklinik Gummersbach und zu 50% in der Kinder- und Jugendarztpraxis von Dr. Stapenhorst. Meine Motivation zu diesem Modell ist der Wunsch, zusätzlich zu meiner klinischen Tätigkeit Erfahrungen über die Arbeit in einer pädiatrischen Praxis zu sammeln. Die spätere Niederlassung ist für mich eine Option, welche ich auf diesem Weg prüfen kann.*



Zoi Galanou

## Meine Erfahrungen

- Im Vergleich zur Klinik beschäftigt sich eine pädiatrische Praxis zwar weniger mit schweren Notfällen, befasst sich aber mit einem **breiteren Krankheitsspektrum** im Vergleich zur Klinik, wo man sich z.B. auf die neonatologischen Krankheitsbilder in einer Neointensivstation oder auf die onkologischen Erkrankungen auf einer Station für Kinderonkologie fokussiert. Die Beurteilung eines Exanthems oder die Behandlung einer hartnäckigen Neurodermitis sind nicht selten Denksportaufgaben. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Hyposensibilisierung werden im Krankenhausbereich so gut wie gar nicht erlernt.
- Die Patienten werden bei akuten und chronischen Krankheiten weitestge-

hend in der Praxis betreut, sodass der stationäre Bereich entlastet wird. Von einer gut strukturierten Zusammenarbeit dieser zwei Bereiche profitieren nicht nur wir als Ärzte, sondern auch unsere Patienten, die unter unserer ärztlichen Anleitung zeitgerecht und effizient behandelt werden.

- In der Praxis hat die **Arzt-Patient Beziehung einen intensiveren Charakter**. Im Krankenhaus behandeln wir meistens uns vorher unbekannte Patienten und müssen deren Vertrauen und vor allem das ihrer Eltern gewinnen. Leider ist es aber häufig der Fall, dass es bei kritischen Eltern oder voll belegter Station keine ausreichende Zeit gibt, dieses Vertrauen in Ruhe aufzubauen. Viele von uns hatten bereits Situationen, wo die zügige Behandlung eines Kindes im stationären Setting aufgrund von Misstrauen seitens der Eltern verhindert wurde. Im Praxisumfeld begleitet und schult man seine Patienten über einen langen Zeitraum. Dies schafft eine Vertrauensbasis, welche eine reibungslose Behandlung sehr erleichtert.
- Im Gegensatz zu der Klinik hat die **Prävention** in einer pädiatrischen Praxis einen hohen Stellenwert. Die Aufklärung und Beratung zu Themen wie Allergieprävention, Ernährung, gesundem Lebenswandel erfolgt genauso konsequent wie eine notwendige Erziehungsberatung, Hilfestellungen bei Schulproblemen oder

Verhaltensauffälligkeiten. Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ist ein Ansprechpartner für die ganze Familie und wie die Eltern ein Vorbild für die Kinder.

- Nicht zuletzt bekomme ich **Einblicke in die Abrechnung, die Budgetierung und ganz allgemein die Praxisführung**, welche für die Praxis als Unternehmen von Bedeutung ist. Die reine Ausbildung im Krankenhaus bereitet uns für einen späteren Einstieg in die Praxis diesbezüglich nicht ausreichend vor.

## Fazit

Aus diesen Gründen finde ich, dass die **kombinierte Ausbildung in Krankenhaus- und Praxis** uns Assistenten **umfassend und bestens für den Facharztwerb und einer möglichen späteren Niederlassung vorbereitet**. Ich hoffe, dass es in der Zukunft mehr Unterstützung von Ärztekammer, KVen und Berufsverbänden gibt, sodass sich noch weitere Praxen finden, die eine Weiterbildung anbieten.

## Korrespondenzanschrift:

Zoi Galanou  
 Kinder- und Jugendärzte Hürthpark  
 50354 Hürth  
 E-Mail: [dr-galanou@kinderarzte-huerth.de](mailto:dr-galanou@kinderarzte-huerth.de)  
[www.kinderarzte-huerth.de](http://www.kinderarzte-huerth.de)

Red.: WH

# Fachtagung „Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung: Aktuelle und zukünftige Herausforderungen“

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) am 20.11.18

„**Psychische Gesundheit ist ein wichtiges Fundament für gesundes Aufwachsen und soziale Teilhabe**“ // *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen haben in den vergangenen 10 Jahren im Rahmen der ärztlichen Versorgung an Bedeutung gewonnen. Deshalb widmete das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) am 20.11.18 eine Fachtagung diesem Thema. Nach Abrechnungsdaten, die das ZI auswertete und auf der Veranstaltung in Berlin vorstellte, erhielten im vergangenen Jahr 14,5 Millionen Patienten unter 18 Jahren eine F-Diagnose. Etwa 40 Prozent entfielen davon auf Entwicklungsstörungen.*



Kathrin Jackel-Neusser

## Jeder vierte Patient unter 18 Jahren ist betroffen

Nach der **Auswertung der Abrechnungsdaten** aus der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre **2009 bis 2017** erhält jedes vierte Kind oder Jugendliche (3,2 Millionen) mindestens in einem Quartal eine F-Diagnose. Jeder Sechste bekommt in zwei Quartalen eine solche Diagnose gestellt. Insgesamt, sagte Dr. Annika Steffen vom ZI, sei bei der Diagnoseprävalenz seit 2014 eine Stabilisierung eingetreten.

## Dr. Fischbach: Prävention ist zentral

Dr. Fischbach, der neben vielen weiteren hochrangigen Vertreterinnen und Vertretern einen Vortrag hielt, erläuterte die Veränderung des Krankheitsspektrums bei Kindern und Jugendlichen in

den letzten beiden Jahrzehnten, die sogenannten „Neue Morbiditäten“, mit einer Verschiebung von akuten zu chronischen, von somatischen zu psychischen Erkrankungen.

So lägen bei ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten vor, davon 6 % mit behandlungsbedürftigen Störungen (KiGGS 2. Welle, Bella 4. Welle). Dr. Fischbach beklagte in seinem Vortrag den Umstand, **wonach jeder 3. Junge und jedes 4. Mädchen aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status psychisch auffällig** sei, dagegen nur jedes 15. Mädchen und jeder 8. Junge aus Familien mit hohem Status. „Hier muss man ansetzen und auch Prävention leisten“, so Dr. Fischbach. „Psychische Gesundheit ist ein wichtiges Fundament für gesundes Aufwachsen und soziale Teilhabe.“

Dr. Fischbach erläuterte, dass die Kinder- und Jugendärzte in der Regel die erste Anlaufstelle für diese Kinder und Jugendlichen sind.

### Zur Rolle der Kinder- und Jugendärzte:

- Sie haben einen flächendeckenden und niedrigschwelligen Zugang zu allen Familien
- Sie verfügen über fachliche Kompetenz in der Verbindung von Soma und Psyche
- Sie erleben Eltern-Kind-Interaktion und erhalten einen differenzierten Blick auf mögliche psychische und soziale Belastungen von Eltern und Kind
- Sie bekommen oft Vertrauensvorsprung und sind kontinuierliche Ansprechpartner.

### Wichtig sei folgendes Vorgehen:

Generell sei Prävention natürlich besser als Krisenmanagement: Hier setze ein Früherkennungssystem an. Folgendes **gestuftes Vorgehen** sei dabei Ziel führend:

- primäre und sekundäre Prävention von psychischen Erkrankungen
  - Identifikation von Vulnerabilitäten
  - möglichst frühe Interventionen
  - Überleitung ins interprofessionelle Netzwerk „Frühe Hilfen“ mit Angeboten zu Integration, finanziellen Unterstützung und mobiler Heilpädagogik bzw.
  - Weiterleitung zur spezifischen Diagnostik und Therapie an KJÄ mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie, kinder- u. jugendpsychiatrische Fachärzte, ein SPZ oder an spezielle Beratungsstellen
- Dr. Fischbach erläuterte in diesem Zusammenhang, was bezüglich **des Themenkomplexes Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie innerhalb des BVKJ organisiert** sei:
- Fortbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ (seit 2011)
  - Schwerpunkt-Themen: Seelische Kindergesundheit (2015), Kinder- und Jugendschutz (2016), Psychosomatik (2018) sowie dazugehörige Broschüren, Tagungen und Kongresse
  - Früherkennungsuntersuchen: Ergänzung um thematische Fragebögen
  - Sozialpädiatrische Module (BKK Starke Kids)
  - EBM GOP 04355 und 04356 (inkl. dazu entwickelter Fortbildungen)

- Ausschuss Psychosomatik und Psychotherapie
- AG ADHS

### Weitere Fakten der Tagung

In weiteren Vorträgen wurde dargestellt, dass bei **ADHS** der Trend leicht nach oben gehe, die Diagnoseprävalenz lag 2016 bei 4,3 Prozent, 2009 waren es im Schnitt noch 4,1 Prozent. Die Unterschiede zwischen den Regionen seien nach wie vor aber sehr hoch, die Prävalenzen variieren hier zwischen 1,6 und fast zehn Prozent. Besonders im Würzburger Raum gebe es einen ADHS-Cluster, berichtete **Dr. Manas Akmatov** vom ZI. Ebenso habe sich in Ost-Niedersachsen ein Schwerpunkt herausgebildet. Überdiagnosen bestünden dort, wo viele Kinder- und Jugendpsychiater niedergelassen sind, sagte Akmatov.

Nach einer weiteren Studie, die **Ann-Katrin Meyrose** vom Universitätskli-

nikum Hamburg-Eppendorf, vorstellte, litten **etwa 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Auffälligkeiten**. Zwei Drittel „sind in der Fachversorgung angekommen“, so Meyrose. Vom übrigen Drittel würden aber immerhin rund 87 Prozent von Allgemein- sowie Kinder- und Jugendärzten behandelt. Meyrose betonte, dass das Augenmerk künftig darauf gerichtet werden müsse, die jungen Patienten an Fachärzte weiter zu leiten. Das würde Pädiater und Hausärzte entlasten. An anderer Stelle betonte Frau Meyrose, dass die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfeleistung durch lange Wartezeiten bei der Behandlung der Kinder und Jugendlichen gebremst werde.

**Dr. Fischbach** wiederum hob in seinem Vortrag die hohe Bedeutung der Kooperation der versorgenden Fachgruppen hervor. Als positives Beispiel nannte er die Stellungnahme der medizinischen Fachverbände AGPPS, BVKJ, DGKJ, DG-

KJP und VLKKD (2016) „Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. Wichtig, so Dr. Fischbach, sei immer die gegenseitige Unterstützung und Kooperation in der flächendeckenden ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung.

*Hier weitere Informationen*  
<https://www.zi.de/veranstaltungen/zi-forum/20-november-2018/>

---

#### **Korrespondenzadresse:**

*Kathrin Jackel-Neusser  
Stabstelle Politik und Kommunikation  
Chausseestr. 128/129  
10115 Berlin  
Tel: 030-280 47510  
E-Mail: [kathrin.jackel-neusser@uminfo.de](mailto:kathrin.jackel-neusser@uminfo.de)  
Red.: WH*

---

# Medizin trifft Pädagogik

## Regelungen für Medikamentengabe durch Lehrer

(Erstveröffentlichung in Heft 6-2018 der Kinderärztlichen Praxis. Wir danken dem Verlag Kirchheim für die Abdruckgenehmigung)



Prof. Dr. med. Peter Borusiak

### Einleitung

Im Dezember 2008 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ beschlossen [1]. Dieses Gesetz konkretisiert die bestehenden Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel, ihre Chancengleichheit in der Gesellschaft zu fördern. Diese gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft, die „Inklusion“, ist der Leitgedanke der Behindertenrechtskonvention. Viele Aspekte der Inklusion – vor allem auch Probleme – werden momentan am Schulsystem festgemacht. **Inklusion** geht weit hierüber hinaus, hat allerdings tatsächlich im Arbeitsalltag der deutschen Pädagogen erheblich an Bedeutung gewonnen. Durch die zunehmende Zahl von Schülern, die inklusiv beschult werden, kommen in steigendem Maß auch medizinische Aspekte auf die Lehrer zu. Früher wurden in erster Linie Schüler mit chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes oder Asthma im Regelschulsystem beschult. Aktuell werden zunehmend Schüler mit anderen körperlichen Erkrankungen, auch Mehrfachbehinderungen mit Cerebralpareesen, Epilepsien und weiteren Einschränkungen im Regelschulsystem betreut. Häufig taucht daher auch die Frage auf, wie denn mit Medikamentengaben oder auch Notfallsituationen umzugehen ist. Dies spiegelt sich in zunehmenden Hilfsstellungen seitens der Kultusministerien wieder, die wir im Folgenden in der Übersicht darstellen. Die meisten dieser Erlasse, Richtlinien und Hilfsstellungen sind in den vergangenen Jahren erarbeitet worden. Sie stellen die Grundlage des Handelns für die Lehrer dar.

Vielen Pädiater, sei es in Klinik oder Praxis, sind die Details dieser Regelungen unbekannt, obwohl sie eine erhebliche Bedeutung für den Arbeitsalltag haben. Wie

so häufig sind wir als Mediziner mit einem Schnittstellenproblem konfrontiert. Dieses betrifft in dem Fall die Schnittstelle zwischen Medizin und pädagogischem System. Die Sichtweise der verschiedenen Systeme ist naturgemäß etwas unterschiedlich, so dass wir eine Hilfestellung für den Alltag geben wollen.

### Erlasse in den Bundesländern

Fast alle Bundesländer haben inzwischen Hilfestellungen, die unter verschiedenen Bezeichnungen seitens der zuständigen Ministerien herausgegeben werden: Verwaltungsvorschrift (BW, MV), Handreichung (BE, HH, NRW, TH), Rundschreiben (BB), Richtlinie (HE, ST), Handlungsempfehlung (BY, RP, SL), Regelung (NI), Hinweise (SN). Bei den meisten dieser Papiere handelt es sich um Vorschriften und Erlasse, die in den letzten 5 Jahren erschienen sind. Als wichtige gemeinsame rechtliche Grundlage ist in fast allen Ausführungen festgehalten, dass **Lehrer diese Tätigkeiten nur freiwillig übernehmen und nicht gezwungen werden können**. Grundlage ist zunächst auch die Unterscheidung zwischen **medizinischen Maßnahmen** und **medizinischen Hilfsmaßnahmen**, die in vielen dieser Vorschriften und Handreichungen getroffen wird (Tab. 1).

Die überwiegende Zahl der vorliegenden Dokumente sieht einerseits eine Vertretungsregelung, dann auch eine **Unterweisung der Lehrkräfte beispielsweise durch Eltern oder Ärzte** vor. Auch ist zumeist eine Regelung für schulische Veranstaltungen außerhalb der Schulen, z.B. Wandertage oder Schullandheimaufenthalte, getroffen (Ausnahme BW, HB, HE, SN). Die Ausführlichkeit der jeweiligen Hilfestellungen ist sehr unterschiedlich. Die meisten der Darstellungen gehen auch kaum auf spezielle Erkrankungen ein. Ausnahme ist häufig der Diabetes mellitus. Aus medizini-

### Abkürzungsverzeichnis

Die Abkürzungen der Bundesländer entsprechen den auf EU-Ebene vereinbarten Abkürzungen der Regionen.

|    |                        |
|----|------------------------|
| BW | Baden-Württemberg      |
| BY | Bayern                 |
| BE | Berlin                 |
| BB | Brandenburg            |
| HB | Bremen                 |
| HH | Hamburg                |
| HE | Hessen                 |
| MV | Mecklenburg-Vorpommern |
| NI | Niedersachsen          |
| NW | Nordrhein-Westfalen    |
| RP | Rheinland-Pfalz        |
| SL | Saarland               |
| SN | Sachsen                |
| ST | Sachsen-Anhalt         |
| SH | Schleswig-Holstein     |
| TH | Thüringen              |

### Weitere Abkürzungen

|      |  |
|------|--|
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung          |
| ISB  | Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung |
| ÖGD  | Öffentlicher Gesundheitsdienst                         |

**Tab. 1:** Unterschiede zwischen medizinischen Hilfsmaßnahmen und medizinischen Maßnahmen

|                             | Definition   | Tätigkeiten  |
|-----------------------------|--|--|
| Medizinische Hilfsmaßnahmen | Medizinische Hilfsmaßnahmen sind Unterstützungsleistungen, die zum Zweck der medizinischen Versorgung dienen. Diese Maßnahmen sind nicht mit einem Eingriff in die körperliche Integrität verbunden und bedürfen somit keine fachliche Ausbildung.                       | Erinnern an die Einnahme von Medikamenten<br>Richten von Medikamenten<br>Verabreichen von Tabletten, Saft, Tropfen, Zäpfchen, Spray<br>Messen des Blutzuckers<br>Einstellen eines Insulinpens<br>Bedienen einer Insulinpumpe<br>die Insulinabgabe mittels eines Pens oder subkutaner Injektionen*<br>Zuführung von Sondennahrung |
| Medizinische Maßnahmen      | Medizinische Maßnahmen sind Tätigkeiten, die eine fachliche Ausbildung im medizinischen Bereich voraussetzen. Da es sich dabei um körperliche Eingriffe handelt, dürfen sie aus rechtlichen Gründen nur von medizinischem Fach- oder Pflegepersonal durchgeführt werden. | Legen von Sonden<br>Einführen von Kathetern<br>Verabreichen von Spritzen<br>Intubieren<br>Absaugen von Schleim/Sputum (z. B. bei Kindern mit Mukoviszidose)  |

\*Unterrichtung und Anleitung der Lehrkräfte durch medizinisches Fachpersonal oder eine anwendungsbezogene Qualifizierung ist im Vorfeld erforderlich.

**Tab. 2:** Schriftlich festzuhalten sind...

|   |
|---|
| Vereinbarung zwischen den Eltern und der Lehrkraft (und der Vertretungskraft) im Einvernehmen mit der Schulleitung zur Medikation/zur Erinnerung der/-s Schülerin/-s an die Medikamenteneinnahme/zur Überwachung von Maßnahmen, die durch das Kind selber in der Schule durchgeführt werden |
| Anweisung des behandelnden Arztes bezüglich der Medikation (Einnahmezeitpunkte, Dosierungsanleitung, Verabreichungsanleitung ggf. besondere Aufbewahrungshinweise des Medikaments)/der Vorgehensweise im Notfall  |
| Änderungen in der verordneten Medikation/Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Medikamentengabe bzw. eine Verweigerung seitens der/-s Schülerin/-s  |
| Fortlaufende Dokumentation der Maßnahmen  |
| Datenschutzerklärung-Einwilligung   |
| Schweigepflichtentbindung   |

schersicht ist es bemerkenswert, dass es in einigen Richtlinien auch besondere Hinweise zum Umgang mit Zeckenbissen gibt [2, 3, 4].

### Allgemeine Regelungen

Nach Angaben der Kultusministerien sollte die **Verabreichung von Medikamenten** nur dann erfolgen, wenn bestimmte Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Zusätzlich wird in vielen Handlungshilfen auf das Subsidiaritäts-

prinzip hingewiesen: Lehrer sollen erst dann tätig werden, wenn die Gabe von Medikamenten nicht auf den Zeitraum außerhalb der Unterrichtszeit verlagert werden kann, keine Schulpflegedienste oder ambulante Pflegedienste zur Verfügung stehen. Erklärt sich die Lehrkraft freiwillig für die Durchführung von medizinischen Maßnahmen bereit, soll eine schriftliche Vereinbarung zwischen der Lehrkraft, den Sorgeberechtigten und der Schulleitung geschlossen werden. Diese soll alle wesentlichen Aspekte der

Medikamentengabe in der Schule regeln. Darüber hinaus wird zumeist eine **genaue ärztliche Verordnung** gefordert. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird in allen Bundesländern ausdrücklich auf die schriftliche Fixierung von Informationen und Vereinbarungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen durch Lehrer in der Schule stehen, hingewiesen (s. Tab. 2). Viele der Handreichungen der Ministerien enthalten auch Mustervereinbarungen.

### Regelungen für den Notfall

Jede Lehrkraft ist so wie jeder Bürger insbesondere in Notfällen verpflichtet, erste Hilfe zu leisten. In den Handreichungen wird der Akzent auf die Notfallsituationen gesetzt, die bei chronisch kranken Kindern im Rahmen einer regelmäßigen Verabreichung von Medikamenten eintreten können.

Je nach Grunderkrankung kann es zu akuten Verschlechterungen kommen: Exazerbation bei Asthma, Hypo- oder Hyperglykämien bei Diabetes, Anfälle bei Epilepsien. Damit die Lehrkräfte auf die unvorhergesehenen Situationen und Reaktionen (z. B. Nebenwirkungen) vorbereitet sind, wird in den Hilfestellungen

darauf hingewiesen, dass entsprechende Notfallregelungen für solche Situationen zu treffen sind. Es wird als wichtig erachtet, dass die Lehrkräfte über die möglichen Komplikationen im Vorfeld aufgeklärt werden – dies ist aus medizinischer Sicht nur zu unterstützen. **Bei besonders gefährdeten Kindern kann ein ärztlicher Notfallplan (Schüler-Notfall-Pass) mit genauen Anweisungen zum Vorgehen hilfreich sein.**

Besonders zu beachten sind die Hinweise der Länder darauf, welche Maßnahmen Lehrer im Notfall ergreifen dürfen. Die meisten Handreichungen weisen darauf hin, dass in Notfällen ausnahmsweise nicht nur medizinische Hilfsmaßnahmen, sondern auch medizinische Maßnahmen zulässig sind. Es ist oft von den Umständen des Einzelfalls sowie von den individuellen Möglichkeiten des Helfers abhängig, welche medizinischen Maßnahmen ergriffen werden. In der Handreichung aus Hessen ist z. B. folgende Aussage zu finden: „Sollte im Notfall eine Injektion (intramuskulär) notwendig sein, ist diese vorzugsweise in den Oberschenkel zu verabreichen“ [2]. Für Schleswig-Holstein gilt dagegen: „Intravenöse oder intramuskuläre Injektionen dürfen grundsätzlich nicht durch Aufsichtskräfte verabreicht

werden, soweit sie nicht über eine besondere Aus- oder Vorbildung hierfür verfügen. Sinngemäß gilt dieses Verbot auch für die Notfallbehandlung aus irgendwelchen Medikamentenvorräten im Sinne: „Ich habe hier etwas für Sie“ – dieses ist eine Aufgabe der Ärztinnen oder Ärzte“ [4].

## Regelungen für außerschulische Aktivitäten, Schwimm- und Sportunterricht

In den meisten Bundesländern ist die Teilnahme des betroffenen Kindes an außerschulischen Aktivitäten (Klassenfahrten, Ausflüge) und am Schwimm- und Sportunterricht gesondert geregelt. Die Teilnahme ist in diesen Fällen von mehreren Faktoren abhängig und benötigt im Vorfeld eine gute Vorbereitung. In erster Linie soll mit den Sorgeberechtigten geklärt werden, inwieweit die Teilnahmen möglich und was dabei zu beachten ist. Sollten Schüler nicht in der Lage sein sich selbst z. B. mit Medikamenten zu versorgen, so müssen andere Personen (Sorgeberechtigte, dazu beauftragte Lehrkraft oder Fachkräfte eines mobilen Pflegedienstes) diese Tätigkeiten übernehmen.

## Positivbeispiele

Hervorgehoben werden können mehrere, auch weiterführende Informationsseiten, teilweise auch mit speziellen Hinweisen für bestimmte Erkrankungen. In Bayern werden diese beispielsweise über das Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB) bereitgestellt, in Hessen existiert ein eigenes Portal zum Thema „Schule & Gesundheit“ [2, 5]. Beispielhaft seien der Link zur Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über „Chronische Erkrankungen im Kindesalter – Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule“ und auch ein Link zu den Angeboten der Darmstädter Kinderklinik zu „Informationen für LehrerInnen und ErzieherInnen“ erwähnt.

Einschränkend muss gesagt werden, dass auf mehreren Seiten die Informationen allerdings auch schon etwas in die Jahre gekommen sind und eine Auffrischung vertragen könnten. Manche Informationen bzw. Materialien und Links sind versteckt und schwer zu finden. (Die Zusammenstellung der Empfehlungen der einzelnen Bundesländer finden Sie in PädInform im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“)

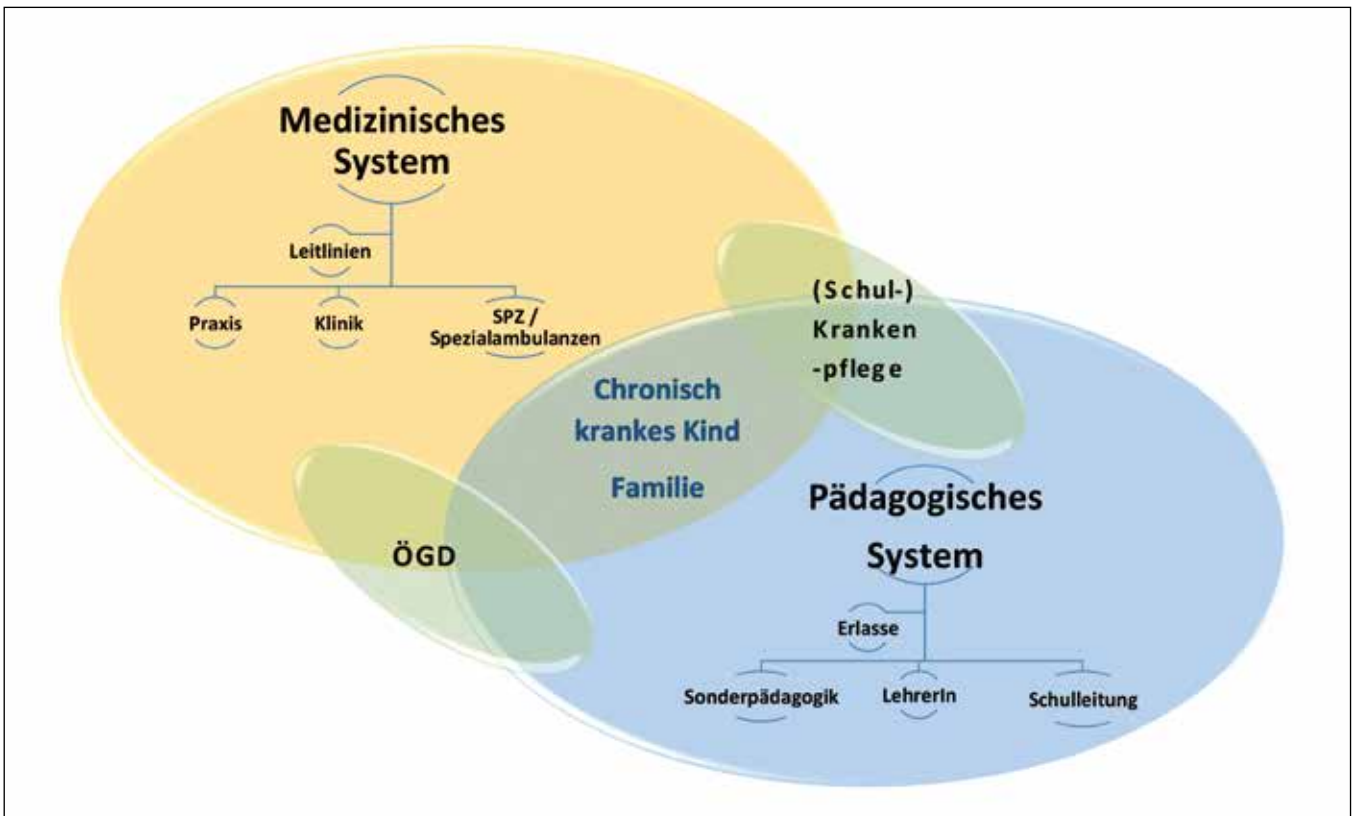


Abb. 1: Darstellung möglicher involvierter Systeme und Schnittstellen

## Diskussion

Wir haben in der obigen Übersicht dargestellt, welche Vorgaben für Lehrer bei der Verabreichung von Medikamenten bestehen. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass der behandelnde Pädiateer im jeweiligen Bundesland Kenntnis von diesen Vorschriften hat, um dadurch sicherzustellen, dass auch ein möglichst reibungsloser Übergang zwischen medizinischem und pädagogischem Bereich möglich ist. Im täglichen Kontakt erleben wir häufig eine deutliche Verunsicherung, da Lehrer zumeist in ihrer Ausbildung bislang nicht ausreichend auf die medizinischen Erkrankungen vorbereitet sind. Die Sichtweise im pädagogischen System ist überwiegend durch die rechtliche Seite bzw. von der Verantwortungsübernahme gekennzeichnet, wohingegen im medizinischen System eher die Hilfsaspekte und integrativen Funktionen im Vordergrund stehen.

Hilfreich können sachliche Informationen sein. Beispielhaft kann das Informationspaket „Schule und Epilepsie“ des Epilepsie Bundes-Elternverbandes genannt werden [6]. Solche Informationspakete stehen für mehrere Erkrankungen zur Verfügung und müssen dann allerdings auch von den Lehrern erst einmal „verdaut“ werden können. Wir wissen von Patientenbefragungen, dass die überwiegende Mehrzahl der Eltern, die einen ersten epileptischen Anfall ihres Kindes miterlebt haben, der Meinung ist, dass das Kind stirbt. Dies wird bei Lehrern in ähnlicher Form der Fall sein, da es sich bei epileptischen Anfällen nun einmal häufig um durchaus für Laien erschreckende Vorgänge handelt, wenngleich die medizinische Bedrohlichkeit geringer einzuschätzen ist.

Weitere Möglichkeiten, die Schnittstelle zu verbessern, ergeben sich über Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der (Schul-) Krankenpflege. **Interessant ist hierbei, dass praktisch keine der Hilfestellungen der Kultusministerien auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verweist.** Die Kapazitäten und Möglichkeiten des ÖGD sind zwar regional sehr unterschiedlich, allerdings lohnt sich nach Auffassung der Autoren zumindest eine Erkundigung, was an Hilfestellungen möglich ist. Auch die **Einbeziehung von Schulpflegekräften** kann erhebliche Erleichterungen

erbringen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand in Brandenburg [7].

Auffällig ist noch, dass in den Handreichungen praktisch **keine Hinweise für den Umgang mit psychischen Erkrankungen** zu finden sind. Eine Zusammenstellung von Links oder Materialien könnte eine Erleichterung im Arbeitsalltag darstellen. Es existieren hierzu auch gute Informationsseiten, die Lehrern bei bestimmten Fragestellungen mehr Sicherheit geben können. Als Beispiel kann die Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema „Essstörungen“ genannt werden [8]. Neben generellen Informationen gibt es dort auch Hilfestellungen, wenn der Verdacht aufkommt, dass bei einer Schülerin oder einem Schüler eine Essstörung vorliegt.

Da die Lehrer zunehmend inklusiv beschulte Kinder unterrichten, würden sie sicher auch gerne auf Fortbildungen zu diesem Thema zugreifen. Diese werden aber kaum oder gar nicht angeboten. Typischerweise wird der interdisziplinäre Dialog als sehr hilfreich erlebt, so dass wir hierfür eine weitere Lanze brechen wollen. So wie der Lehrer gefordert ist, sich mit den medizinischen Aspekten seiner Schüler auseinanderzusetzen, so ist auch der Arzt gefordert, sich mit den Vorgaben im pädagogischen System auseinanderzusetzen. Mit diesem Artikel soll ein weiterer Anstoß dazu gegeben werden. Die jeweiligen länderspezifischen Regelungen sind in der zusätzlichen Tabelle im „supplementary material“ online einzusehen.

## Wesentliches für die Praxis

Lehrer werden im Alltag durch die zunehmende Zahl inklusiv beschulter Kinder und Jugendlicher häufiger auch mit Erkrankungen konfrontiert. Ein Austausch zwischen medizinischem und pädagogischem System ist sinnvoll. Die Kenntnis von Hilfestellungen für Lehrer in den jeweiligen Bundesländern seitens der Ministerien kann auch für Ärzte die Kommunikation erleichtern. Eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen und anderen beteiligten Bereichen ist für die Betroffenen von hohem Nutzen.

### Korrespondenzadresse:

- Yuliya Mazheika (1), Renate Weber (2), Peter Borusiak (1, 3, 4)  
 (1) Wagener-Stiftung für Sozialpädiatrie, Emsdetten  
 (2) Mittelschule München Moosach an der Leipziger Straße 7, München  
 (3) Sozialpädiatrisches Institut – Kinderzentrum Bremen,  
 (4) Universität Witten/Herdecke, Witten

### Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Peter Borusiak,  
 Sozialpädiatrisches  
 Institut – Kinderzentrum Bremen  
 Friedrich-Karl-Straße 55, D-28205 Bremen  
 E-Mail: peter.borusiak@gesundheitnord.de

### Interessenkonflikte:

Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) vorliegt.

### Referenzen

1. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2008) Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35. Verfügbar unter: <http://www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf> [14.03.2018]
2. Hessisches Kultusministerium (2015) Richtlinien zur Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen an Schulen. Verfügbar unter: <http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/index.php?id=5164> [14.03.2018]
3. Bayerisches Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst (2016) Medikamentengabe durch Lehrkräfte an Schulen. Verfügbar unter: [http://www.cms-bitforbit.com/newsimages/files/kms\\_medikamentengabe\\_durch\\_lehrkrfte\\_an\\_schulen\\_19\\_08\\_2016.pdf](http://www.cms-bitforbit.com/newsimages/files/kms_medikamentengabe_durch_lehrkrfte_an_schulen_19_08_2016.pdf) [14.03.2018]
4. Ministerium für Bildung und Frauen (2008) Lernen am anderen Ort. Verfügbar unter: [http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/III/Service/Broschueren/Bildung/LernenAmAnderenOrt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/III/Service/Broschueren/Bildung/LernenAmAnderenOrt.pdf?__blob=publicationFile&v=1) [14.03.2018]
5. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung. Verfügbar unter: <https://www.isb.bayern.de/schulartuebergreifendes/schule-und-gesellschaft/gesundheits-und-schule/> [15.03.2018]
6. Epilepsie Bundes-Elternverbandes. Schule und Epilepsie. Verfügbar unter: <http://www.epilepsie-elternverband.de/services/infomaterial/lehrerpaket/> [14.03.2018]
7. AWO Potsdam. Machbarkeitsstudie zur Einführung von Schulpflegekräften. Verfügbar unter: <https://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegekraefte.pdf> [15.03.2018]
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Essstörungen. Verfügbar unter: <https://www.bzga-essstoerungen.de/lehr-und-fachkraefte/lehr-und-fachkraefte0/> [15.03.2018]

Red.:WH



# Auszüge aus den Berichten der Ausschüsse des BVKJ zur Delegiertenversammlung (DV) 2018

(Die vollständigen Ausschussberichte finden Sie zusammen mit allen anderen Berichten zur DV in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell)

## Ausschuss Kind, Schule, ÖGD

### Mitglieder:

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues (Sprecherin), Dr. Matthias Brockstedt, Dr. Hans-Helmut Brill, PD Dr. Erika Sievers (kooptiert)

### 1. Unterstützung durch den BVKJ

Der Ausschuss dankt dem BVKJ, insbesondere Herrn Dr. Fischbach, in der Unterstützung u.a. zum diesjährigen Kongress des BVÖGD im April 2018 durch eine entsprechende Pressemitteilung und eine ausführliche Stellungnahme (siehe Homepage des BVKJ) mit Verweis auf die gemeinsamen Handlungsempfehlungen aller pädiatrischen Fachgesellschaften:

[https://dakj.de/wp-content/uploads/2017/03/2017\\_Handlungsempfehlungen\\_BVKJ-DAKJ-DGKJ-DGSPJ\\_final.pdf](https://dakj.de/wp-content/uploads/2017/03/2017_Handlungsempfehlungen_BVKJ-DAKJ-DGKJ-DGSPJ_final.pdf)

u.a. auch Bezug auf den Koalitionsvertrag: *...Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein.*

*...Wir werden die Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin fördern.*

[https://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.html](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.html)

### 2. Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz zur Stärkung des ÖGD

Aktuell wurde durch die GMK der ÖGD in seinem Selbstverständnis gestärkt. So heißt es hier u.a.: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein

unverzichtbarer Teil eines modernen Sozialstaats. Er gehört neben der ambulanten und stationären Versorgung zur Basis des Gesundheitswesens. Der ÖGD nimmt im Rahmen der Daseinsvorsorge öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr, ist zivilgesellschaftlich orientiert und arbeitet partnerschaftlich mit vielen Akteuren zusammen. Dies gilt für alle Ebenen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, von den Bundesbehörden über die Landesebene bis hin zu den Gesundheitsämtern.“... <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html>

### 3. Schuleingangsuntersuchung

[https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/Forderungen\\_des\\_BVKJ\\_Schuleingangsuntersuchungen\\_3.pdf](https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/Forderungen_des_BVKJ_Schuleingangsuntersuchungen_3.pdf)

### 4. Neufassung des SGB VIII (Jugendhilfe)

Hier laufen erneut zahlreiche Initiativen, die sogenannte „große Lösung“ in der jetzt beginnenden Legislaturperiode umzusetzen, es sind neue Arbeitsgruppen zu erwarten. Achtung: eine **unabhängige fachärztliche Begutachtung** ist nicht gesichert! Hier sollte im Schulterschluss mit der DGSPJ, dem BVKJ und natürlich durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste eine unabhängige, fachärztliche Begutachtung gefordert werden. Der bisherige § 35 a SGB VIII ist in den Entwürfen weggefallen! Es darf nicht sein, dass die Jugendhilfe alleine über das Ausmaß der Teilhabeeinschränkung und als Geldgeber über die preiswerteste „Maßnahme vor Ort (billigster Anbieter wird ohne Qualitätsnachweis ausgesucht) und in Gruppe“ entscheiden kann. Beabsich-

tigtes und erklärtes Ziel ist die Kostenbegrenzung / Kostenminderung! Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf eine qualifizierte, **unabhängige** Begutachtung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin oder auch durch Kinder- und Jugendpsychiater im Falle der seelischen Behinderung.

Diese Begutachtungen zu Behinderung und Teilhabeeinschränkung werden neben der ICD – 10 Kodierung auch eine Stellungnahme nach ICF-CY erfordern. Die Umsetzung in den Begutachtungs-Alltag ist noch mühsam; beim ÖGD Kongress in Osnabrück (25.4. – 28.4.2018) gab es konkrete Workshops zum Thema, zusätzlich ein „besonderer“ Vortrag zu diesem Thema. Weitere Aktivitäten werden folgen.

### 5. Stellungnahmen und Vertretung von BVKJ und Ausschuss

Durch den Ausschuss wurden und werden zahlreiche Stellungnahmen erstellt, diverse Mandate/Termine wurden und werden im Auftrag des BVKJ (aber auch des KJGD im BVÖGD) wahrgenommen:

- „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“
- Dialogforum „Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“ (BMFSFJ)
- „Forum Kinder- und Jugendgesundheit“ (BMG)
- AG Grundlagenpapier „Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ (BMG)
- Bundesarbeitsgemeinschaft „Gesundheit und Frühe Hilfen“
- AG beim BMFSFJ „Kinder psychisch kranker Eltern“ (Dr. Trost-Brinkhues, Dr. Peter)

- g) Nationale Stillkommission (BFR) durch Frau PD Dr. Erika Sievers
- h) Kongress Europäische Schulgesundheit EUSUHM
- i) „Kooperationspartner“-Tag und Kongresse des BVKJ
- j) Stellungnahmen zum BTHG, erneute Beteiligung zur Neufassung des SGB VIII
- k) Fortschreibung der Länderinitiative des KJGD: Surveillance des Impfstatus in 6., 8. und 10. Klassen (gemeinsam mit Frau Dr. Ellsäßer)
- l) Übersicht erstellt zu den schulärztlichen Gutachten zur Einschulungsuntersuchung: 14 von 16 Bundesländern mit der Untersuchung im Jahr vor Schulbeginn haben ein in wesentlichen Teilen übereinstimmendes Gutachten, fester Bestandteil ist Screening des Entwicklungsstandes schulischer Vorläuferfähigkeiten, 9 Bundesländer nutzen SOPESS (Sozialpädiatrisches Screening zum Schulbeginn)
- m) Weiterbildungsermächtigungen Pädiatrie bestehen in den KJGDs der Bundesländer: zahlreiche Ermächtigungen, 6 Monate bis 18 Monate!
- n) Beteiligung an den jährlichen Schwerpunktthemen mit den entsprechenden Beiträgen und Vorträgen
- o) Leitlinie FASD abgeschlossen, Leitlinie Kinderschutz erscheint im Herbst 2018
- p) Frühe Hilfen „Qualitätszirkel“ sowie Bundesinitiative / Bundesstiftung Frühe Hilfen
- q) Gemeinsamer Besuch mit Dr. Fischbach und Frau Dr. Peter bei Frau Dr. Giffey am 20.08.2018

## 6. Frühe Hilfen/NZFH

S. Bericht in Heft 6/2018 dieser Zeitschrift, S. 318-320

Frau Dr. Trost-Brinkhues ist sowohl Mitglied im Beirat als auch als beratendes Mitglied der „Steuerungsgruppe“ der „Bundesstiftung“ Frühe Hilfen beim BMFSFJ. Die Fortführung der Finanzierung wird nicht mehr in Frage gestellt. Die Bedeutung der gesamten Kinder- und Jugendmedizin und auch des ÖGD/KJGD ist allen bewusst, die Unterstützung durch die BzGA und den Beirat wird regelmäßig deutlich.

## 7. Steigende Geburtenraten/ Kinderzahlen

Entgegen der bisher erwarteten Kinderzahlen sind ein Geburtenanstieg und die zunehmende Zahl an Kindern bis 15 Jahre **um 10 %** in den letzten 5 Jahren zu verzeichnen. Die Verteilung in den Regionen ist sehr unterschiedlich, diese Entwicklung gilt es in allen Bereichen zu kommunizieren. Die Handlungsbedarfe für BVKJ und KJGD – in Kita und Schule – sind deutlich ansteigend (auch durch die neuen Morbiditäten). Es kommt zu einem stetig anwachsenden Anteil Neugeborener aus Familien mit Migrations- und Fluchthintergrund.

## 8. Seiteneinsteigende Flüchtlingskinder und -jugendliche

In einigen Bundesländern sind die schulärztlichen Untersuchungen von „seiteneinsteigenden“ Kindern und Jugendlichen bereits Pflicht, in anderen wird „heftig daran gearbeitet“. Die Personaldecke des KJGD ist oft dafür nicht ausreichend, trotzdem sehen alle darin eine wichtige Aufgabe. Die inhaltliche Weiterentwicklung wird gemeinsam verfolgt. Die große Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter den Asylbewerbern, Geburtenrate in Deutschland, Familiennachzug, ... - eine große Gruppe mit besonderen Belastungen erfordert weiter gemeinsame Aktivitäten von BVKJ und KJGD. Zur medizinischen Altersfeststellung wurde eine Pädiatrie-übergreifende, sehr differenzierte Stellungnahme erarbeitet, die im Grundtenor die Instrumentalisierung eines vermeintlich genauen medizinischen Verfahrens für den Regelfall ablehnt.

## 9. Schulkrankenschwestern/ Schulgesundheitsfachkräfte

Die Modellprojekte in Hessen (freier Träger) und in Brandenburg (unter Beteiligung des ÖGD), zeigen gute Erfolge. Hier kann Gesundheitsförderung und Prävention und auch die Versorgungsqualität chronisch kranker Kinder in den Schulen vor Ort verbessert werden. Ein entsprechendes Fortbildungs-Curriculum wurde erarbeitet. Ein Positionspapier, gemeinsam mit der DGSPJ, zur Versorgung der Kinder in Kita und Schulen existiert. **Gesundheitsförderung und Prävention mit BVKJ und KJGD (ÖGD).**

## 10. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche

Dieses Thema steht ja in direktem Zusammenhang mit dem vorherigen: ca.10 % der Kinder bei Einschulung, ansteigend 15 % / bis zu 20 % der Jugendlichen leiden bis zum Ende der Schullaufbahn bereits an einer chronischen Erkrankung unterschiedlichen Ausmaßes und mit unterschiedlichen Konsequenzen für den Schulalltag. Auch hier ist – wie bei den Kindern und Jugendlichen mit (drohenden) Behinderungen – Inklusion und Teilhabe ein großes Thema. Der KJGD hat hier unseres Erachtens eine wichtige (auch gesetzlich verankerte) Aufgabe in der „betriebsmedizinischen“ Begleitung der Kinder und Jugendlichen in jedweder Gemeinschaftseinrichtung, auch für die Träger und das Personal in den Einrichtungen. Aktueller Beitrag zu diesem Thema: pädiatrische praxis 90, 270–282 (2018)

## 11. Inklusion

In den verschiedenen Bundesländern zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen für eine „ernstgemeinte“ Inklusion von behinderten Kindern und Jugendlichen. Eine vergleichende Übersicht ist als Thema für den KJGD/BVÖGD Kongress 2019 ist geplant, die grundsätzlichen Probleme sind durchaus auch in dem zähen Ringen um das BTHG und die Neufassung des SGB VIII (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz) zu erkennen. Die Länderaktivitäten und Schulgesetze sind in diesem Bereich sehr unterschiedlich, erste Gegenbewegungen zu Schulschließungen und Förderpädagogik „zum Nulltarif“ sind erkennbar. Auch mit der Thematik von Therapien in der Ganztagesbetreuung von Kita und Schule hat sich die GMK 2018 befasst, siehe hierzu der Beschluss zur „Therapie in Schule“

<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=720&jahr=>

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues

### Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

# Informationen aus der BVKJ-Service GmbH

## PädExpert® – Aktueller Stand

### Vereinfachung der Abrechnung bei GKV-Fällen

Wir freuen uns Ihnen mitteilen zu können, dass die **PädExpert®**-Abrechnung vereinfacht wurde. Die Abrechnung wird nach Abschluss eines Falles aus dem **PädExpert®**-System automatisch in das **HCMB-Portal** übermittelt, so dass keine separate Abrechnung über **Paed.Selekt** mehr notwendig ist. Lediglich die **PädExpert®**-Teilnahmeerklärungen der Versicherten werden dann noch aus **Paed.Selekt** heraus gedruckt, um zu gewährleisten, dass nur korrekt ausgefüllte Teilnahmeerklärungen der Versicherten mit eingedrucktem QR-Code an die Fa. Helmsauer geschickt werden. **Ab dem 1.1.2019** steht dieser Dienst für Sie zur Verfügung. Der „alte“ Abrechnungsweg via **Paed.Selekt** wird **für Altfälle bis 31.3.2019** offenbleiben.

### Nutzung der Ampelschaltung für Schwerpunktpädiater

Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, die Schwerpunktpädiater an die konsequente Nutzung der **Ampelschaltung** in **PädExpert®** zu erinnern. Stellen Sie die Ampel auf grün, so weiß der anfragende Arzt, dass Sie verfügbar sind. Ist die Ampel auf gelb gestellt, signalisieren Sie eine eingeschränkte Erreichbarkeit, rot bedeutet, dass Sie für Anfragen derzeit nicht erreichbar sind.

Nachfolgende Übersicht zeigt Ihnen, welche Module über **PädExpert®** gespielt werden können (Stand Dezember 2018) und von welchen Krankenkassen diese aktuell bezahlt werden. Die BVKJ-Service GmbH ist in weiteren Verhandlungen mit Krankenkassen, die Interesse an der Kostenübernahme von telemedizinischen Leistungen haben. Zudem kommen fortlaufend neue Indikationen in das System (Tab.).

### Abrechnung von PKV-Fällen bei allen aktiven Modulen

Seit dem **1.07.2018** können Sie **PädExpert®** nun auch privat abrechnen & IGeLn.

Die Abrechnung von privaten/IGeL-Fällen erfolgt über die **Helmsauer Verrechnungsstelle für Ärzte**. Eine Anleitung zur Abrechnung von PKV-Fällen finden Sie nachstehend.

### Anleitung PKV/IGeL-Abrechnung Telemedizin/ PädExpert®

- In **PädExpert®** sind zwei Formulare für die Abrechnung der PKV/IGeL-Telemedizinfälle hinterlegt. Sowohl das Formular zur „Einwilligung zur Einbindung zur Privatliquidation“ als auch das Formular zur „PKV **PädExpert®** Inanspruchnahme“ müssen durch den Patienten unterschrieben und im Original in der Patienten-

**Tab.:** Module, die über **PädExpert®** verwendet werden können (Stand Dezember 2018) und von welchen Krankenkassen diese aktuell bezahlt werden

| Aktive Module   | PKV/IGeL | BARMER | AOK NordOst (Brandenburg) | AOK Bayern | BKKen des BKKstarke Kids-Vertrages | BKKen des GWQ-Vertrages |
|---|----------|--------|---------------------------|------------|------------------------------------|-------------------------|
| Autoimmunthyreoiditis                                     | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Depression  | x        | x      | x                         |            | x                                  | x                       |
| Impffragen  | x        |        |                           |            | x                                  | x                       |
| Instabiles Asthma Bronchiale                              | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Juvenile idiopathische Arthritis - Unklarer Gelenkschmerz | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Kuhmilchweißallergie                                      | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Pubertas Präcox   | x        | x      | x                         |            | x                                  | x                       |
| Systemische Immuntherapie                                 | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Unklare Anämie  | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Unklare Hauterkrankungen                                  | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Unklarer Kopfschmerz                                      | x        | x      | x                         |            | x                                  | x                       |
| Unklares EKG  | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Willebrand-Jürgens-Syndrom                                | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Zöliakie  | x        | x      | x                         | x          | x                                  | x                       |
| Entwicklungsauffälligkeiten                               | x        |        |                           |            |                                    |                         |
| Hämaturie   | x        |        |                           |            |                                    |                         |
| Ikterus prolongatus                                       | x        |        |                           |            |                                    |                         |
| Anfallsartige (paroxysmale) Ereignisse                    | x        |        |                           |            |                                    |                         |
| Proteinurie   | x        |        |                           |            |                                    |                         |
| Unklarer Sonografie-Befund                                | x        |        |                           |            |                                    |                         |

akte abgelegt werden. Diese Formulare werden nicht weitergeleitet.

- Die Leistung wird in **PädExpert®** von Ihnen erfasst. Daraufhin erfolgt automatisch die Übermittlung der Abrechnungsdaten aus **PädExpert®** an die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH.
- Wenn erstmalig von Ihnen ein PKV/IGeL-Telemedizinfall in **PädExpert®** gestartet wird, erhält die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH eine Benachrichtigung darüber. Daraufhin wird Ihnen automatisiert ein Antragsformular zur Abrechnung

von Privatliquidationen der PKV-Telemedizinleistungen zugesandt. Dieses senden Sie bitte ausgefüllt und unterzeichnet an die Verrechnungsstelle zurück. Sobald das Antragsformular dort vorliegt, bekommen Sie schriftlich eine Kundennummer mitgeteilt und alle aktuellen und künftig eingereichten PKV-Telemedizinfälle werden automatisch abgerechnet.

- Die Abrechnungsdaten werden in der Verrechnungsstelle weiterverarbeitet. Die Rechnung wird an den Patienten gestellt. Das Honorar wird an Sie ausbezahlt.

Die durch den **BVKJ-Honorar Ausschuss** beschlossene Übersicht zu den GOÄ Vergütungsziffern (A15, A60, A5298) und den Steigerungssätzen ist zu Ihrer Information im **PädExpert®**-System hinterlegt.

---

**Korrespondenzanschrift:**

*BVKJ-Service GmbH*

*51069 Köln*

*www.bvkj-service-gmbh.de*

*E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de*

*Red.: WH*

---

## Der Honorar Ausschuss informiert

---

### Tdap und DGUV



**Dr. med. Jörg Hornivius**

In mehreren Rundschreiben hat die deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Stellung genommen zur **Impfung von Tetanus nach Arbeitsunfällen beziehungsweise Schulunfällen**. In einem Rundschreiben vom 17.5.2011 wurde mitgeteilt, dass die gesetzlichen Unfallversicherungsträger nur die Kosten der Tetanol Monoimpfung übernehmen. Ein Rundschreiben vom 1. August 2017 informiert über die problematische Beziehung von Monoimpfstoff gegen Tetanus.

Die DGUV geht davon aus, dass es in absehbarer Zeit nur noch Kombinationsimpfstoffe gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis geben wird. Die Unfallversicherungsträger sind nach wie vor der Auffassung, dass sie bei einer Kombinationsimpfung nur für den Kostenanteil der Tetanusimpfung zuständig sind und die gesetzlichen Krankenkassen an den Impfstoffkosten zu beteiligen sind. Das ist abrechnungstechnisch jedoch nicht möglich.

**Aus diesem Grund empfiehlt die DGUV den Unfallversicherungsträgern die vollen Kosten für den Kombinationsimpfstoff zu erstatten.**

Das letzte **Rundschreiben der DGUV D 07/2018 vom 13. März 2018** stellt noch ein einmal klar, dass die Unfallversicherungsträger die Kombinationsimpfung nach Empfehlung der STIKO bezahlen. **Nicht übernommen von den Unfallversicherungsträgern werden späterer Folgeimpfungen zum Aufbau einer Grundimmunisierung.**

Dies bedeutet für uns Kinder und Jugendärzte, dass wir im Rahmen eines Schulunfalles eine Auffrischung mit Tdap durchführen können und die Kosten des Impfstoffes als besondere Kosten bei den

Unfallversicherungsträger eingereicht werden können.

Der Einbau der besonderen Kosten für Tdap in Höhe von 37,33 € in das Formular F 1050 ist für jede Praxissoftware unterschiedlich und muss mit Hilfe des betreuenden Systems gelöst werden.

**Natürlich darf dieser Impfstoff nicht zu Lasten der GKV über den Sprechstundenbedarf bestellt werden!**

**Quellen:**

D 05/2011

[https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv2\\_nordwest/archiv\\_d11/pdf\\_archiv\\_d11/lv2\\_d05\\_11.pdf](https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv2_nordwest/archiv_d11/pdf_archiv_d11/lv2_d05_11.pdf)

D 08/2017

[https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv2\\_nordwest/archiv\\_d2017/lv2\\_d08\\_2017.pdf](https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv2_nordwest/archiv_d2017/lv2_d08_2017.pdf)

D 03/18

[https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv9\\_suedost/archiv\\_d2018/lv9\\_d03\\_2018.pdf](https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv9_suedost/archiv_d2018/lv9_d03_2018.pdf)

D 07/2018

[https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv8\\_suedwest/archiv\\_d2018/lv8\\_d7\\_2018.pdf](https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv8_suedwest/archiv_d2018/lv8_d7_2018.pdf)

---

**Korrespondenzanschrift:**

*Dr. med. Jörg Hornivius*

*Mitglied im Honorar Ausschuss des BVKJ*

*41061 Mönchengladbach*

*E-Mail: aesculix@aol.com*

*Red.: WH*

---

# Wohin mit dem Geld?

**D**as Jahr ist noch jung, die guten Vorsätze noch frisch, Zeit sich auch einmal ein paar Gedanken über das liebe Geld zu machen. Kinder- und Jugendärzte sind Idealisten und leben eher bescheiden. Aber genau deshalb sammelt sich bei einigen mit der Zeit ein nettes Sümmchen auf dem Konto an. Einfach liegenlassen und warten, dass die Inflation es auffrisst? Eine eher

schlechte Idee. Anlegen? Gerne, aber wie? Als Redaktion können, wollen und dürfen wir Ihnen keine Tipps geben, was Sie mit Ihrem Geld machen. Außer einem: kümmern Sie sich weiterhin engagiert um Ihre Patienten und deren Eltern und ordnen Sie Ihr Vermögen so, dass es von selbst läuft. Dazu möchten wir Ihnen von heute an ein wenig Einblick in die Möglichkeiten geben, die der Markt

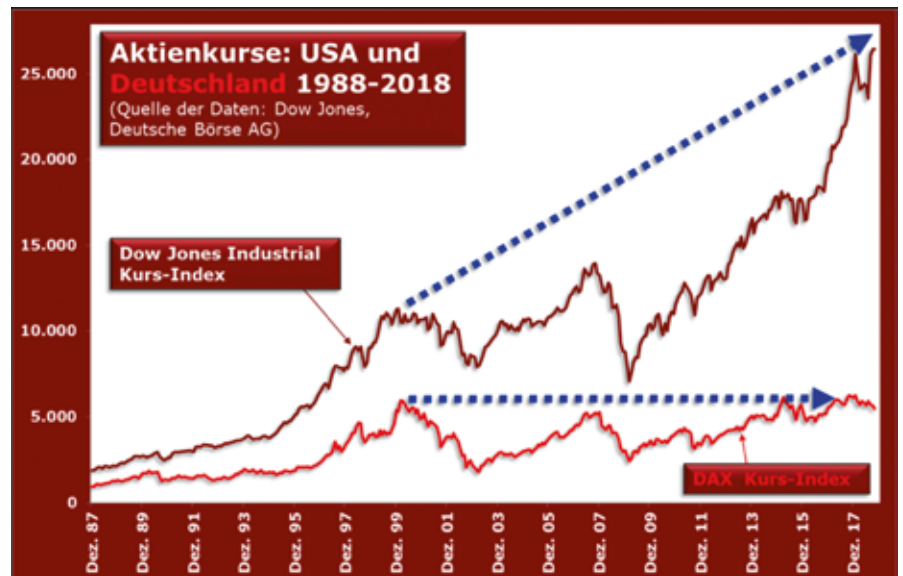
für Sie bereithält. Als „Coach“ haben wir Tilo Croonenberg gewinnen können. Croonenberg ist unabhängiger Vermögensberater bei VM Vermögens-Management GmbH in Düsseldorf. Beginnend mit dieser Ausgabe beantwortet er in unserer Zeitschrift Vermögensfragen.

ReH

**Wer Aktien besitzt, hatte in den letzten Jahren viel Grund zur Freude – vor allem wenn er oder sie amerikanische Aktien hatte. Diese sind rasant stärker gestiegen als deutsche Aktien. Warum nur?**



Tilo Croonenberg

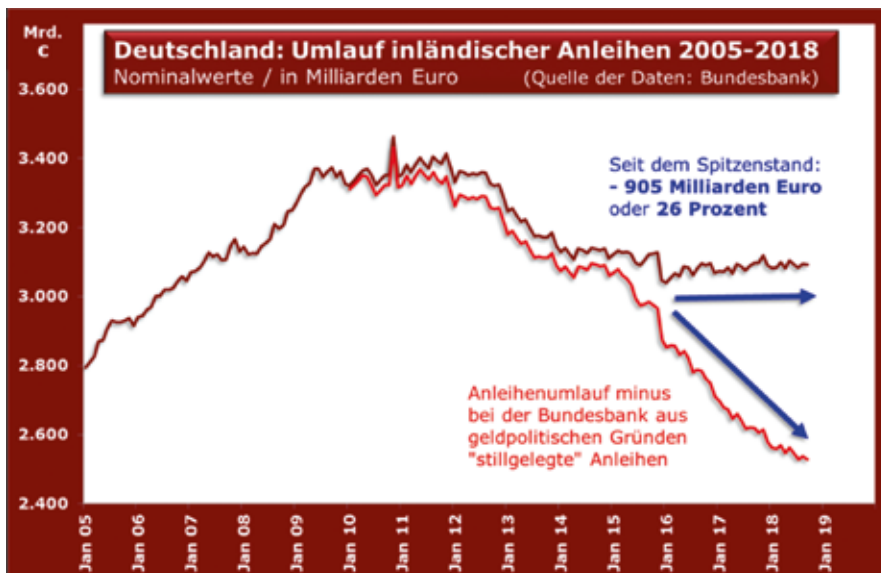
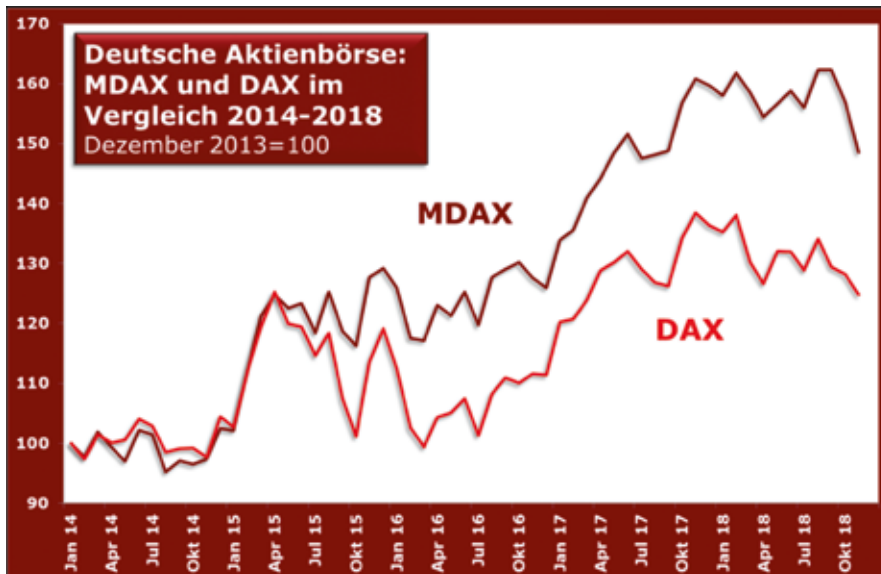


**Z**ur Erinnerung noch einmal die Entwicklung des deutschen DAX (rote Linie ganz unten) und des Dow Jones (braune Linie ganz, ganz oben). Beide enthalten 30 Top-Werte. Wie Sie an der Grafik sehen, ist der Dow Jones seit Anfang dieses Jahrzehnts raketengleich nach oben geschossen, der deutsche Index dümpelt dagegen eher vor sich hin.

An der günstigen Bewertung kann das nicht liegen. Denn amerikanische Aktien sind laut einer Untersuchung des Internationalen Währungsfonds (IWF) deutlich teurer. Schauen wir uns mal die Entwicklung des Kurs/Gewinn-Verhältnisses seit 2013 an. Also wieviel mal die Aktien im Schnitt den Jahresgewinn des jeweiligen Unternehmens kosten. Die blaue Linie zeigt die Entwicklung für die USA, damit verglichen werden Japan (rot), Deutschland (gelb) und Italien (grün). Sie sehen: die amerikanischen



Quelle:  
World Economic Outlook,  
International Monetary Fund |  
October 2018, Seite 6  
<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2018/09/24/world-economic-outlook-october-2018>



Aktien sind seit 2016 im Verhältnis zu ihrem tatsächlichen Wert ganz schön teuer geworden.

Aber es müssen ja auch nicht immer die Aktien aus dem Dax sein, werden Sie

nun vielleicht sagen. Immerhin gibt es da ja auch noch die Aktien aus der zweiten Reihe. Sie finden sich zusammengefasst im M-Dax. Und der hat seit 2015, s. Grafik 3, den großen Bruder Dax locker ab-

gehängt. Doch der Triumph währte nicht lange. Im Moment stehen die Kleinen hierzulande kräftig unter Druck.

Und was ist mit Anleihen? werden Sie vielleicht jetzt fragen, wenn Sie Ihr Geld partout in Deutschland lassen wollen. Bis Ende des Jahres lief noch der riesige Feldversuch der Europäischen Zentralbank (EZB), Unmengen an Anleihen am Markt aufzukaufen. Ich zeige Ihnen das mal am naheliegenden Beispiel der Deutschen Bundesbank. In einem Markt, der ohnehin schrumpft (siehe braune Linie oben), haben die Bundesbanker im Auftrag der EZB auch deutsche Anleihen in ihre Portefeuilles gepackt. Als Anleger bleibt Ihnen nur der klägliche Rest, wie Sie an der roten Linie sehen: über 860 Milliarden Euro weniger als noch 2010. Anders ausgedrückt: über ein Viertel der Anleihen von damals können Sie gar nicht kaufen, selbst wenn Sie wollten.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit meinem kleinen Exkurs einen neuen und vielleicht auch anderen Blick auf das Geschehen der Börsenmärkte geben konnte. Greifen Sie aber bitte nicht direkt zum Hörer und rufen „Ihren“ Banker an, sondern überlegen Sie ganz in Ruhe, was zu tun ist.

Welche Quintessenz man aus dieser Entwicklung der letzten Jahre ziehen kann, ist nicht 100 prozentig prognostizierbar. Meine Sichtweise werde ich Ihnen in der nächsten Ausgabe schildern.

#### Korrespondenzanschrift:

Tilo Croonenberg  
 VM Vermögens-Management GmbH  
 Berliner Allee 10  
 40212 Düsseldorf  
 E-Mail: [t.croonenberg@vmgruppe.de](mailto:t.croonenberg@vmgruppe.de)

Red.: ReH

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

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



# Europäische Akademie für Pädiatrie (EAP): Adipositas bei Kindern – ein globales Gesundheitsproblem

**Einführung** // Die Europäische Akademie für Pädiatrie (European Academy of Paediatrics, EAP, <http://eapaediatrics.eu>; Abb. 1) dient als Dachorganisation europäischer pädiatrischer Gesellschaften, in der aus Deutschland sowohl der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) als auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Mitglieder sind. Young EAP ist das Netzwerk der nationalen Vertreter des pädiatrischen Nachwuchses im Rahmen der EAP (<http://eapaediatrics.eu/young-eap/>). Young EAP hat derzeit Mitglieder aus 25 Ländern. Neben anderen Aktivitäten gibt Young EAP regelmäßig Informationen in einem Blog heraus, in dem zu aktuellen Herausforderungen im Bereich der Kindergesundheit Stellung genommen wird (<http://eapaediatrics.eu/newsletter-article/young-eap-blog-may-2018-protecting-children-tobacco/>). Im aktuellen Blog nimmt Young EAP zur Adipositas bei Kindern Stellung, eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit des 21. Jahrhunderts. Der Inhalt soll hier wiedergegeben werden.

Dr. Sian Copley<sup>1</sup>

Dr. Lenneke Schrier<sup>2</sup>

Dr. Veronica Said Pullicino<sup>3</sup>



Prof. Dr. med.  
Berthold Koletzko<sup>4</sup>

für die „Young European Academy of Paediatrics (Young EAP)“

1 North East & North Cumbria School of Paediatrics, Newcastle upon Tyne, Großbritannien

2 Willem-Alexander Kinderklinik, Universität Leiden, Niederlande

3 Mater Dei Hospital, Malta

4 Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der LMU – Ludwig-Maximilians-Universität München

Im Jahr 2016 verfasste die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) einen Bericht zur Bekämpfung der Adipositas bei Kindern (Ending Childhood Obesity, ECHO) und betonte, dass sich die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen weltweit in den letzten 40 Jahren etwa verzehnfacht hat (1). Im Jahr 2016 waren schätzungsweise 41 Millionen Kinder unter fünf Jahren von Übergewicht oder Fettleibigkeit betroffen. Eine noch größere Anzahl von Kindern ist durch falsche Ernährung und andere prägende Risikofaktoren schon von Geburt und früher Säuglingsphase an mit einem erhöhten Risiko für eine spätere Entwicklung von Fettleibigkeit belastet (2). In absoluten Zahlen leben mehr übergewichtige und fettleibige Kinder in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen als in Ländern mit hohem Einkommen. Innerhalb vieler Länder besteht für bestimmte Subgruppen wie Kinder aus Migrantenfamilien sowie aus sozioökonomisch benachteiligten Familien ein besonders hohes Risiko, fettleibig zu werden. Für Deutschland zeigen die im März 2018 aktuellen Daten aus der nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KIGGS) eine im Vergleich

zu den Ergebnissen vor zehn Jahren eine erschreckende Zunahme der Disparität: das kindliche Risiko für Adipositas ist in sozioökonomisch benachteiligten Familien bei Mädchen 4,1fach und bei Jungen sogar 4,4fach höher als bei hohem sozioökonomischen Status (3) (Abbildung 2).

## Aktuelle Situation

In der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind heute 30-70 % der Erwachsenen übergewichtig und 10-30 % adipös, eines von drei elfjährigen Kindern ist übergewichtig oder adipös. Mehr als 60 % der Kinder, die vor der Pubertät übergewichtig sind, bleiben auch als Erwachsene übergewichtig. Nach den neuesten, im Mai 2018 auf dem Europäischen Kongress für Adipositas (European Obesity Congress) in Wien vorgestellten Daten der Initiative zur Adipositasüberwachung der WHO Europa (WHO European Childhood Obesity



Abb. 1: Logo der European Academy of Paediatrics, Dachorganisation nationaler pädiatrischer Organisationen in Europa

Surveillance Initiative, COSI) gehört die Adipositasprävalenz in den südeuropäischen Ländern zu den höchsten der Welt. Zwischen 2015 und 2017 waren die Fettleibigkeitsraten bei Kindern in Zypern, Griechenland, Italien, Malta, San Marino und Spanien am höchsten, etwa jeder fünfte Junge war adipös (18 % bis 21 % der Jungen), die Häufigkeit der Fettleibigkeit bei Mädchen war etwas niedriger.

Mit dem weiter steigenden Lebensstandard sind Gewichtszunahme und Fettleibigkeit eine zunehmende Bedrohung für die Gesundheit. Dr. João Breda, Leiter des Büros für Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten der WHO Europa, wies darauf hin, dass ein Kind mit Fettleibigkeit im Erwachsenenalter fünf- bis siebenmal häufiger adipös ist als Kinder, die nicht adipös sind. Dies wirkt sich negativ auf die lebenslange Gesundheit aus. Adipositas ist für sich eine chronische Krankheit und zudem ein Schlüsselfaktor in der Entwicklung anderer chronischer und nichtübertragbarer Krankheiten. Bei jungen Erwachsenen führt eine Adipositas zu einem Verlust von 12 bis 19 gesunden Lebensjahren (4).

Adipositas ist eine der Hauptursachen für das Auftreten nicht-übertragbarer chronischer Erkrankungen, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädische Probleme und andere signifikante Morbidität. Die ansteigende Adipositasprävalenz ist zudem verantwortlich für das zunehmende Auftreten von Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen und Erwachsenen. Typ-2-Diabetes wiederum ist mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Todes und dem Auftreten ernster Behinderungen und beeinträchtigter Lebensqualität verbunden. Darüber hinaus kann Adipositas einen wichtigen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen haben, z. B. wenn sie mit Mobbing und mit Selbstwertproblemen konfrontiert sind.

Rasche soziale und wirtschaftliche Entwicklungen haben das Umfeld, in dem Kinder aufwachsen, dramatisch verändert hin zu stärker adipogenen Umweltbedingungen. Kinder und Familien die sich heute häufig für verarbeitete Lebensmittel entscheiden, verzehren vermehrt energiereiche (energiedichte) Lebensmittel und sind einer hohen Zufuhr von Zucker und zuckerhaltigen Getränken ausgesetzt. Eine Steuer auf zuckerhaltige

Getränke, wie sie in Großbritannien, Mexiko und zahlreichen anderen Ländern eingeführt wurde, adressiert einen Teil des Verzehr von ungesunden Produkten. Eine solche Besteuerung zuckerhaltiger Getränke wird von der WHO (1) und in Deutschland von der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)

empfohlen, in welcher auch BVKJ und DGKJ Mitglieder sind. Allerdings sind geschätzte 87 % der ungesunden Lebensmittel, die Kinder verzehren, nicht von einer Zuckersteuer abgedeckt.

Zusätzlich sind gute Standards für die Vermarktung ungesunder Lebensmitteloptionen ein wichtiger Faktor. Nur

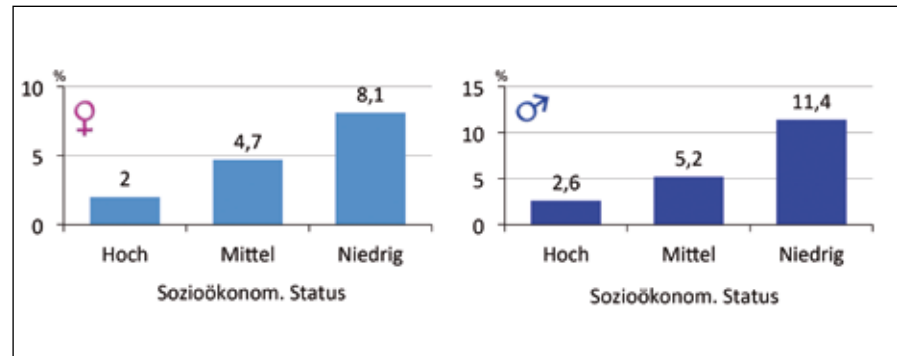


Abb. 2: Erschreckend hohe, 4,1- bis 4,4-fache Disparität der Adipositasprävalenz (%) bei Mädchen und Jungen in Deutschland in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status. Nach Daten der KIGGS-Welle 2 (3).



Abb. 3: Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt einen sektorübergreifenden Ansatz über den gesamten Lebensverlauf zur Bekämpfung der kindlichen Adipositas. Modifiziert nach (1).



1,2 % der Lebensmittelwerbung in Großbritannien konzentrieren sich auf Obst und Gemüse, und der Gemüseverkauf ist rückläufig. Eine Zunahme des sitzenden Lebensstils durch Fernsehen und elektronische Medien trägt zur Adipositas in der Kindheit bei. Eine Arbeitsgruppe der Europäischen Akademie für Pädiatrie (EAP) und der **European Childhood Obesity Group** hat kürzlich unterstrichen, dass es einen starken Zusammenhang zwischen der Fettleibigkeit in europäischen Ländern und der Mediennutzung und dem Ausmaß der medialen Werbung an Kinder gibt. Die Task Force empfiehlt, dass Kinder- und Jugendärzte routinemäßig Eltern und Jugendliche zur Verwendung von Massenmedien in der Familie befragen, sie über die allgemeinen Risiken informieren, sie über den sicheren Umgang mit sozialen Medien informieren und sicherstellen, dass sie die Empfehlungen für eine gesunde Ernährung, angemessene körperliche Aktivität und Schlaf kennen.

In dem oben zitierten COSI-Bericht der WHO Europa wurde festgestellt, dass trotz der hohen Raten im Zeitraum 2015-2017 in den letzten zehn Jahren in Griechenland, Italien, Portugal, Slowenien, Irland und Spanien ein signifikanter Rückgang der Prävalenz von Adipositas beobachtet wurde. In Deutschland zeigen die Daten der Welle 2 der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KIGGS) keinen weiteren Anstieg der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahren (3). Das ermutigt uns. Obwohl es noch einen langen und steinigen Weg zur Überwindung der „Adipositas-Pandemie“ gibt, gibt es in der Tat Hoffnung auf Besserung, wenn Kinder- und Jugendärzte, Behörden, politische Entscheidungsträger und Familien gemeinsam für einen besseren und gesünderen Lebensstil arbeiten. Kinder- und Jugendärzte können eine führende Rolle spielen, indem sie sich für die Rechte von Kindern auf leichten Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln und Getränken und einen aktiven Lebensstil einsetzen und vor den schädlichen Auswirkungen von Werbung und unangemessenem Marketing geschützt werden. Schon in jungen Jahren gesunde Verhaltensweisen zu etablieren, ermöglicht Kindern, eine gesunde Wachstumskurve zu entwickeln. Dies erfordert einen sektorübergreifenden Ansatz über den gesamten Lebensverlauf hinweg (Abbildung 3).

### Was kann Young EAP beitragen

Young EAP versucht, Kinder- und Jugendärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe auf diese Herausforderungen aufmerksam zu machen und ermutigt sie, übergewichtige und adipöse Kinder proaktiv zu identifizieren und zu betreuen. Präventive Beratung sollte schon während der Schwangerschaft und bei Familien mit Säuglingen beginnen (5) und während der ganzen Kindheit fortgeführt werden. Die Beratung sollte sich auf gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und sitzende Lebensweise, und andere relevante Lebensstilfaktoren wie z. B. ausreichender Schlaf und Tabakrauchen konzentrieren. Techniken wie motivierende Befragung (Motivational Interviews) können verwendet werden, um Lebensstiländerungen zu erreichen und sollte in der pädiatrischen Grundausbildung (common trunk of paediatric training) geschult werden.

Young EAP fordert Politiker, andere Entscheidungsträger und Krankenkassen auf, die negativen Auswirkungen und die finanziellen Belastungen durch Fettleibigkeit und ihre Komplikationen in ihre Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Übergewicht und Adipositas nur bei den derzeit in Deutschland betroffenen Kindern und Jugendlichen verursacht Kosten von 145 Milliarden Euro (6). Young EAP erwartet von den politischen Entscheidungsträgern, in gesundheitsfördernde Initiativen und Anreize in Schulen und Familien zu investieren, um Adipositas bei Kindern vorzubeugen. Gerade angesichts der wachsenden Zahl von Familien mit Kindern, die in Ballungsräumen leben, sollte mehr in sichere Außenbereiche für körperliche Aktivitäten für Kinder und Familien investiert werden. Kinder verbringen viel Zeit in der Schule, mit einer rasch zunehmenden Zahl von Kindern in Ganztagschulen. Deshalb kann mehr Zeit für körperliche Aktivität in Schulen, verbindliche Standards für gesunde Optionen der Schulverpflegung und die Elimination zuckerhaltiger Getränke aus Vorschulen und Schulen einen erheblichen Nutzen für die kindliche Gesundheit haben.

Darüber hinaus sind Maßnahmen erforderlich, um die gesündere Wahl zur leichteren Wahl zu machen. Dazu gehören die Beschränkung der an Kinder gerichtete Werbung für Lebensmittel und die einfache Etikettierung von Lebensmitteln auf der Vorderseite auf der Basis von Nähr-

wertprofilen. Eine solche einfache, für alle Familien leicht verständliche Kennzeichnung der gesundheitlichen Wertigkeit von Lebensmitteln ist der von der Regierung in Frankreich eingeführte NutriScore (7). Analog zur in Europa verpflichtend vorgeschriebenen Kennzeichnung des Energieverbrauchs von Elektrogeräten mit Buchstaben und Farben (von grün bis rot) werden Lebensmittel auf der Packungsvorderseite mit einer fünfstufigen Farb- und Buchstabenskala gekennzeichnet (Abbildung 4). Die Bewertung erfolgt auf der Grundlage von gesundheitlich ungünstigen Eigenschaften (hoher Gehalt an Energie, Zucker, gesättigten Fetten, Salz) und gesundheitlich günstigen Eigenschaften (hoher Gehalt an Gemüse, Obst, Ballaststoffen und Eiweiß). Durch die gut erkennbare und verständliche Kennzeichnung können sich Verbraucher leicht für gesündere Lebensmittel entscheiden, andererseits wird für Hersteller ein Anreiz erzeugt, ihre Produkte zu reformulieren und gesündere Rezepturen anzubieten. Die in Frankreich durchgeführten Untersuchungen zeigen den Wert der NutriScore-Kennzeichnung als effektives Hilfsmittel für eine gesündere Ernährung der Bevölkerung. Die NutriScore-Kennzeichnung wird von der WHO Europa und in Deutschland von der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und deren Mit-



**Abb. 4:** Eine einfach verständliche Kennzeichnung einer guten, gesundheitsfördernden Nährstoffzusammensetzung von Lebensmitteln auf der Packungsvorderseite wurde in Frankreich mit dem NutriScore eingeführt ([www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)). Nach dem Vorbild der in Europa verbindlich vorgeschriebenen Kennzeichnung des Energieverbrauchs von Elektrogeräten werden Lebensmittel in fünf abgestuften Kategorien mit Buchstaben und Farben gekennzeichnet, auf der Basis ungünstiger (hoher Gehalt an Energie, Zucker, gesättigte Fette, Salz) und günstiger Inhaltsstoffe (Obst, Gemüse, Ballaststoffe, Eiweiß).



**Abb. 5:** Die nicht gewinnorientierte Internetplattform Open Food Facts (<http://de.openfoodfacts.org>) bietet eine kostenlose App für Handy und andere Mobilgeräte an, mit welcher der Barcode von verpackten Lebensmitteln erfasst und unmittelbar der NutriScore für das Produkt angezeigt werden kann. Hiermit können Familien beim Einkauf leichter gesündere Produkte erkennen und auswählen.

gliedern BVKJ und DGKJ unterstützt. In Deutschland findet eine solche Kennzeichnung noch nicht statt. Kinder- und Jugendärzte können jedoch Familien als Einkaufshilfe die von einer französischen gemeinnützigen Initiative entwickelte Handy-App „Open Food Facts“ empfehlen (<http://de.openfoodfacts.org>). Hiermit kann im Supermarkt der Barcode von verpackten Lebensmitteln durch das Handy gescannt und dann unmittelbar der NutriScore auf dem Handy angezeigt werden, sodass Familien beim Einkauf gesündere Lebensmitteloptionen auswählen können (Abbildung 5).

Insgesamt ist es wichtig, dass nachhaltige Verbesserungen in allen Sektoren, in Schulen, zu Hause, im Gesundheitswesen, in der Lebensmittelwirtschaft, in Gemeinden und im öffentlichen Sektor erreicht werden, um der Adipositasepidemie Einhalt zu gebieten und die Gesundheit der Kinder zu schützen.

*Literatur bei den Verfassern.*

**Korrespondierender Autor:**

Prof. Dr. med. Berthold Koletzko  
Dr. von Haunersches Kinderspital  
Lindwurmstr. 4, 80337 München  
Tel.: 089/44005-2826  
E-Mail: [Berthold.Koletzko@med.uni-muenchen.de](mailto:Berthold.Koletzko@med.uni-muenchen.de)

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

*Red.: Huppertz*

# KiDSafe – Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Kindern und Jugendlichen

*Kinder sind bei der Behandlung mit Arzneimitteln sowohl hinsichtlich deren Sicherheit als auch der Datenlage zur Wirksamkeit benachteiligt. Die off-label Anwendung von Arzneimitteln ist häufig unumgänglich, weil entsprechende Zulassungsstudien fehlen. Darüber hinaus gibt es oft keine altersgerechten Darreichungsformen oder valide Daten zur Dosisanpassung. Damit sind Kinder deutlich erhöhten Risiken ausgesetzt. Dieses Versorgungsdefizit in der medikamentösen Therapie von Kindern und Jugendlichen soll mit dem Projekt KiDSafe reduziert werden.*



**Priv.-Doz. Dr. Antje Neubert<sup>1</sup>**

**Prof. Dr. Michael Urschitz<sup>2</sup>**

**Prof. Dr. Matthias Schwab<sup>3,4,5</sup>**

**Prof. Dr. Dr. Wolfgang Rascher<sup>1</sup>**

1 Kinder und Jugendklinik, Universitätsklinikum Erlangen

2 Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

3 Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie, Stuttgart

4 Abteilung Klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

5 Department für Biochemie und Pharmazie, Universität Tübingen, Tübingen

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF16021 gefördert. Die Arbeit wurde desweiteren unterstützt von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

**K**iDSafe wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Nach erfolgreicher Evaluation könnte die neue Versorgungsform, PaedPharm genannt, in die Regelversorgung integriert werden.

PaedPharm besteht aus drei Modulen:

- 1) Das Arzneimittelinformationssystem PaedAMIS
- 2) regelmäßige Qualitätszirkel (PaedZirk) und
- 3) ein optimiertes Meldesystem für Un-erwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler (PaedReport).

PaedPharm hat zum Ziel, die Durchführung einer evidenzbasierten Pharmakotherapie zu erleichtern und die Arzneimitteltherapiesicherheit bei Kindern und Jugendlichen zu erhöhen. Im Rahmen des Projekts KiDSafe wird der Effekt von PaedPharm in zwölf Clusterregionen bestehend aus jeweils einer Kinderklinik und rund 20 Arztpraxen geprüft.

## Einleitung

Die Verordnung von Arzneimitteln für Kinder ist wegen der häufigen off-label Anwendung, die medizinisch oft unumgänglich ist, für den Pädiater mitunter schwierig. Darüber hinaus gibt es oft keine altersgerechten Darreichungsformen oder valide Daten zur Dosisfindung- und -anpassung. Damit sind Kinder deutlich erhöhten Risiken ausgesetzt und bei der Behandlung mit Arzneimitteln sowohl hinsichtlich deren Sicherheit als auch der Datenlage zur Wirksamkeit benach-

teiligt. Das Risiko für Medikationsfehler ist erhöht. Internationale Zahlen zeigen, dass Medikationsfehler bei Kindern und Jugendlichen bis zu dreimal häufiger auftreten als bei Erwachsenen [1]. Im Rahmen des Medikationsprozesses treten Fehler besonders häufig bei der ärztlichen Verordnung auf [2, 3].

Seit der Jahrtausendwende gibt es intensive Bemühungen, die Versorgung von Kindern durch regulatorische Maßnahmen zu verbessern. Die EU-Kinderarzneimittelverordnung (1901/2006/EC) hat, durch die verpflichtende Berücksichtigung der Interessen der Kinder bei der Entwicklung von innovativen Arzneimitteln, die Behandlung mit neuen Medikamenten für Kinder verbessert.

Der Ansatz der EU, mittels eines neuen Zulassungsverfahrens für Kindermedikamente (Paediatric Use Marketing Authorization [PUMA]) durch Anreize für die Pharmazeutischen Unternehmer auch Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz auf den Markt zu bringen, ist zum jetzigen Zeitpunkt wenig erfolgversprechend. Zurzeit gibt es nur vier Präparate, die mittels dieses Verfahrens zugelassen wurden (Buccolam® (Midazolam), Hemangiolo® (Propranolol), Sialanar® (Glycopyrronium-bromid gegen Sialorrhö), Alkindi®) (Hydrocortison). Somit ist zu erwarten, dass sich an der off-label Anwendung von Medikamenten mit abgelaufenem Patentschutz bei Kindern kaum etwas ändern wird und Kinder weiterhin benachteiligt sind. Der Arzt ist verpflichtet, nach dem Stand der Wissenschaft zu behandeln.

Der Zugang zum aktuellen Stand des Wissens bezüglich der Dosierung und Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen mittels systematischer Recherchen und Analysen und die Bereitstellung dieser Informationen ist ein wichtiger Ansatz, die pädiatrische Arzneimitteltherapie zu verbessern [4, 5].

Das Projekt KiDSafe, beantragt von der Kinder- und Jugendklinik Erlangen mit Unterstützung der DGKJ (Abb. 1), hat zum Ziel mit der Einführung der neuen Versorgungsform „PaedPharm“ evidenzbasiertes, pädiatrisch-pharmakologisches Wissen pragmatisch in die Praxis zu bringen. Das Bewusstsein für die korrekte Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen soll gestärkt, Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) erkannt und Medikationsfehler (MF) vermieden werden. Damit wird die Patientensicherheit verbessert.

Der vorliegende Artikel stellt das Projekt KiDSafe und seine Umsetzung vor.

**Methodik**

Das Projekt KiDSafe wird über den Innovationsfonds des Gemeinsamen



Abb. 1: KiDSafe Logo

Bundesausschusses gefördert. Über den Innovationsfonds geförderte Projekte implementieren und evaluieren eine Intervention im Gesundheitswesen, welche die sektorübergreifende Patientenversorgung verbessern soll. Angestrebt ist, dass positiv evaluierte Interventionen (neue Versorgungsformen) in die Regelversorgung übernommen und damit auch dauerhaft finanziert werden [6].

Im Projekt „KiDSafe“ wird „PaedPharm“ bestehend aus drei Modulen implementiert (Abb. 2):

Modul 1 **PaedAMIS** ist das Kernstück der neuen Versorgungsform. Es ist ein digitales Kinderarzneimittelinformationssystem, welches über eine webbasierte Plattform strukturierte und evidenzbasierte Informationen zu Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche bereitstellt. Neben Angaben zu Indikationen, Dosierung und zum Zulassungsstatus finden sich Informationen zu spezifischen Nebenwirkungen und verfügbaren Präparaten.

Das Modul 2 **PaedZirk** beinhaltet Qualitätszirkel, welche für den Medikationsprozess sensibilisieren und pädiatrisch-pharmakologische Fragestellungen beantworten.

Modul 3 **PaedReport** optimiert das Spontanerfassungssystem zur Meldung von (möglichen) UAW bei Kindern und Jugendlichen, sodass es noch effektiver zur Generierung von Signalen zur Arzneimittelsicherheit, vor allem von off-label eingesetzten Arzneimitteln, beiträgt.

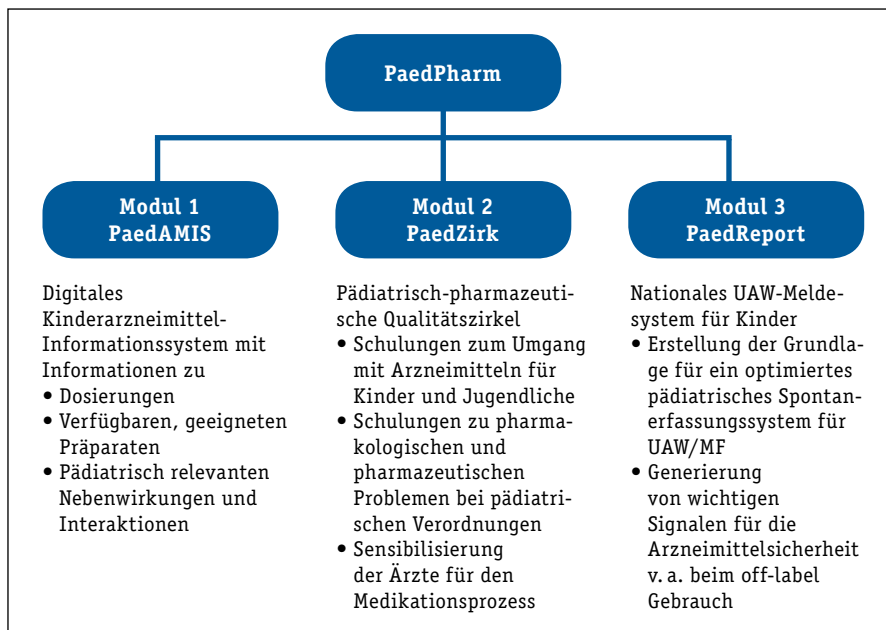


Abb. 2: Die 3 Module der neuen Versorgungsform PaedPharm

Das Projekt KiDSafe wird seit dem 1.7.2017 für drei Jahre mit 6 Mio € gefördert.

**Implementierung**

Im Rahmen des Projekts wird die Intervention **PaedPharm** in zwölf räumlichen Clustern implementiert. Ein Cluster besteht dabei aus einer Kinderklinik in Deutschland und durchschnittlich 20 umliegenden Arztpraxen (Kinderarztpraxen, Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Praxen für Allgemeinmedizin) (Abb. 3). Die Implementierung der Module in den Clustern erfolgt gemäß dem Studiendesign (siehe Evaluation) randomisiert sequentiell.

**Evaluation**

Der Effekt von **PaedPharm** auf die Arzneimitteltherapie in der ambulanten Versorgung wird umfänglich evaluiert. Diese externe und von der Implementierung unabhängige Evaluation erfolgt durch das Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Analysiert werden die Machbarkeit der Intervention, die Veränderungen in den Prozessen, die praktische Umsetzung und die Effekte der Versorgungsform auf die Inzidenz von UAW und MF, die zu einer stationären Aufnahme führen. Während die Intervention auf der Ebene von niedergelassenen Arztpraxen erfolgt, wird der Erfolg auch auf Patientenebene in den beteiligten Kliniken erfasst. Das Vorgehen der Evaluation entspricht den aktuellen internationalen Empfehlungen des Medical Research Council UK für die Evaluation komplexer Interventionen [7, 8].

Das Studiendesign ist eine Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit gestuftem Interventionsbeginn (sog. Stepped-Wedge Design vom Querschnittstyp). Die Randomisierung erfolgt dabei nicht wie beispielsweise in Arzneimittelstudien üblich auf Patientenebene, sondern auf Praxis- bzw. Klinikebene (sog. Cluster), da die Intervention auch auf dieser Ebene eingeführt wird und es nicht möglich ist, Patienten der gleichen Praxis unterschiedliche Interventionen zukommen zu lassen [9]. Das Stepped-Wedge Design sieht dabei vor, dass jedes Cluster in der Kontrollphase startet und die Intervention gestuft zeitversetzt (d. h.

in Schritten) in den Clustern eingeführt wird. Dadurch können Periodeneffekte, z.B. zeitliche Hintergrundtrends für das Auftreten von UAW/MF, erfasst und in der Analyse berücksichtigt werden. Darüber hinaus erleichtert es auch die praktische Umsetzung, da die Implementierung der Intervention nicht zeitgleich in allen Clustern erfolgen muss.

Das primäre Ziel auf Praxisebene ist, die Arzneimitteltherapie durch die Intervention so zu verbessern, dass die Inzidenz von UAW und MF, die zu einer stationären Aufnahme führen, um ein Drittel gesenkt wird. Sekundär wird das Verordnungs- und Meldeverhalten in den Teilnahmepraxen evaluiert.

**Ergebnisse**

Bisher existierte in Deutschland kein allgemein anerkanntes, evidenzbasiertes Standardwerk für Kindermedikamente und pädiatrische Dosierungen, die dem Arzt die off-label Anwendung erleichtern und das Risiko für die kleinen Patienten in Grenzen hält.

Seit 2014 wird an der Kinder- und Jugendklinik Erlangen eine solche Datenbank entwickelt und durch das BMG mit einer Anschubfinanzierung gefördert. Aufgrund des hohen Aufwands, alle Präparate einer systematischen Recherche zu unterziehen, besteht seit 2017 eine Kooperation mit den Herausgebern des niederländischen Kinderformulariums, das neben Dosisinformationen schon einen integrierten Dosisrechner enthält.

Die im Rahmen des BMG-Projekts entwickelte Datenbank wird in KiDSafe erweitert und einer umfänglichen Evaluation nach höchsten wissenschaftlichen Standards in der Praxis unterzogen.

Das Projekt KiDSafe wird, unter der Leitung des Universitätsklinikums Erlangen, von zehn Konsortialpartnern durchgeführt und von drei Kooperationspartnern unterstützt. Ergänzt wird das Konsortium durch acht weitere teilnehmende Kinderkliniken. (Abb. 3) Auch der BVKJ ist aktiv an diesem Projekt beteiligt und unterstützt die Umsetzung vollumfänglich. Für alle teilnehmenden Kliniken liegen positive Ethikvoten der zuständigen Ethikkommissionen (n=13) vor. Die erste Sequenz beginnt mit der Schulung der Intervention im Oktober 2018, die letzte Schulungsphase beginnt im Juli 2019.

**Diskussion**

Mit dem Projekt KiDSafe besteht erstmalig in Deutschland die Möglichkeit einen umfänglichen Beitrag für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu leisten.

Ansätze, gut recherchierte Arzneimittelinformationen speziell für Kinder den Ärzten elektronisch zugänglich zu machen, gibt es bereits in verschiedenen europäischen Ländern [5, 10].

Das niederländische Kinderformularium ist das derzeit umfassendste Nachschlagewerk für Kinderarzneimittel. Die hinterlegten Informationen beruhen auf systematischen Reviews der Primärliteratur, die dann in einem nationalen Editorial-Board abgestimmt wurden. Das System ist browserbasiert frei im Netz zugänglich und wird ausschließlich aus

öffentlichen Mitteln gefördert. Die umfängliche Nutzung der Datenbank hat die wissenschaftlichen Grundlagen für die Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen verdeutlicht und zu einer Harmonisierung des Verschreibungsverhaltens in den Niederlanden geführt [5].

In der Schweiz ist die Verfügbarkeit von harmonisierten Daten zur Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern seit dem 01.01.2018 gesetzlich festgeschrieben. Die Regierung lässt zu diesem Zwecke aus öffentlichen Mitteln von dem eigens gegründeten Verein SwissPedDose eine entsprechende Datenbank erstellen [11].

Im Rahmen von KiDSafe wird nun auch in Deutschland erstmalig eine Datenbank mit evidenzbasierten Informationen zur Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen den An-



**Abb. 3:** Am Projekt teilnehmende Kliniken: UK Aachen, Klinikum Chemnitz, Klinikum Coburg, UK Erlangen, Klinikum Krefeld, Klinikum Landshut, UK Leipzig, UM Mainz, UK Minden, UK Rostock, Klinikum St. Augustin, UK Wuppertal

wendern zur Verfügung gestellt und der Nutzen vollumfänglich evaluiert. Das eröffnet zum einen die Möglichkeit, diese Datenbank zu erweitern und basierend auf den Anforderungen der Nutzer zu optimieren. Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass nach erfolgreicher Evaluation die Datenbank in die Regelversorgung übernommen und somit eine dauerhafte Finanzierung ermöglicht wird.

Der Erfolg des Projekts hängt zu einem großen Teil von der Bereitschaft von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten ab, das neue Versorgungsangebot zu nutzen und zu bewerten. Den teilnehmenden Arztpraxen wird für die Dauer der Studie das digitale Arzneimittelinformationssystem kostenlos zur Verfügung gestellt. Der Zugriff erfolgt via Benutzername und Passwort über den Internetbrowser bzw. das Smartphone.

Darüber hinaus werden im Rahmen von Qualitätszirkeln regelmäßig lokale, zertifizierte Fortbildungen zum Thema

Arzneimitteltherapie angeboten. Neben fachlichen Referaten besteht hier auch die Möglichkeit, in der Praxis auftretende Fragen und Probleme zu diskutieren und entsprechendes Feedback zu erhalten.

Die Meldung von Unerwünschten Arzneimittelereignissen an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist ein wichtiges Instrument zur Überwachung von Arzneimittelrisiken. Im Rahmen der Berufsordnung sind Ärzte verpflichtet UAW und MF zu melden. Allgemein sind die Melderaten aber gering. Bei Kindern wurden 2008 nur halb so viele UAW gemeldet wie bei Erwachsenen, obwohl es in dieser Altersgruppe besonders wichtig ist, alle relevanten UAW weiterzugeben. Am Projekt KiDSafe teilnehmende Arztpraxen werden unterstützt, dieser Verpflichtung nachzukommen, sodass relevante UAW gemeldet werden und in die Bewertung der Arzneimittelsicherheit eingehen können.

Die Teilnehmer des Projekts erhalten eine an die GOÄ angelehnte Vergütung. Wichtiger ist jedoch der Beitrag, den jede teilnehmende Praxis leistet, damit dieses Projekt erfolgreich umgesetzt wird. Das ist der Grundstein für eine positive Evaluation und nachfolgende Einführung in die Regelversorgung, was auch eine bessere Vergütung bedeutet.

*Literatur bei den Verfassern*

**Korrespondenzanschrift:**

PD Dr. Antje Neubert  
 Kinder- und Jugendklinik  
 Loschgestr. 15, 91054 Erlangen  
 Tel. 09131-8536874  
 Email: antje.neubert@uk-erlangen.de

**Interessenkonflikt:**

Die Autoren erklären,  
 dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

*Red.: Huppertz*

**Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:**

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

**oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:**

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis  
 bzw. ein Jobsharingsangebot

**www.paediatricboerse.de**

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

**Zentraler Vertreternachweis**

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

## Highlights aus Berlin

# Guideline und Schulung zur Suizidprävention – Fortbildung für Kinder- und Jugendärzte



Dr. med. Viktor Kacic<sup>1</sup>



Dipl.-Psych.  
Frank Zimmermann<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters (KPPKJ) am Klinikum Aschaffenburg. Dozent, Prüfer und Supervisor in der Psychotherapieausbildung. Leitung der AG Kinder und Jugend des Nationalen Suizidprogramm für Deutschland (NaSPro).

<sup>2</sup> Bis 2017 leitender Psychologe der KPPKJ am Klinikum Aschaffenburg. Anschließend überwiegend in eigener Praxis als Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Darmstadt tätig. Dozent, Prüfer und Supervisor in der Psychotherapieausbildung. Leitung der AG Kinder und Jugend des Nationalen Suizidprogramm für Deutschland (NaSPro).

Die steigenden Prävalenzen von Suizidgedanken und suizidalem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen erfordern dringende Maßnahmen zur effektiven Suizidprävention. Eine wichtige – auch angesichts der schwierigen kinderpsychiatrischen Versorgungslage oft zentrale – Rolle nimmt hierbei der Kinder- und Jugendarzt ein. Als zentrale ärztliche Bezugsperson besitzt er die Vertrauensgrundlage und ist z.B. durch Verordnungen und Krankschreibungen auch bei psychischen Erkrankungen meist als Erster gefragt. Andererseits bestehen typischerweise Unsicherheiten in der Einschätzung und im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen.

Vor diesem Hintergrund gründeten die Autoren die **NaSPro (Nationales Suizid Präventionsprogramm)-Initiative „Sprich mich an!“** (Abb. 3) zur Schulung von Kinder- und Jugendärzten und anderen professionellen Helfern.

Ausgeführt werden hierzu Inhalte und Rahmenbedingungen. Mit der berufspolitischen Unterstützung der Bundesärztekammer und der Fachverbände für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) soll eine erhöhte Sicherheit im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen erreicht werden. Das Konzept wurde zuletzt auch auf dem diesjährigen Kongress des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ) in Berlin vorgestellt.

### Hintergrund

Suizid ist unter Jugendlichen weiterhin die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen. Vollendete Suizide sind bis zu dreimal häufiger bei Jungen, Suizidversuche bis zu dreimal mehr bei Mädchen festzustellen.

In einer Untersuchung bei 14-16 jährigen Schülern berichteten 14,4 % der Befragten über Suizidgedanken in den vergangenen zwölf Monaten und 39,4 % bezogen auf ihr gesamtes junges Leben (1).

Suizidalität steht bei schätzungsweise 90 % der Fälle im Zusammenhang mit einer psychischen Störung, insbesondere der Depression.

Ätiologisch bedeutsam für die Entwicklung von Suizidalität sind neben genetisch dispositionellen insbesondere psychosoziale Risikofaktoren in der familiären und schulischen Entwicklung.

Hier spielen beispielsweise „**Mobbing**“-Erfahrungen eine zentrale Rolle.

Bei Kindern und Jugendlichen stellt zudem die **Impulsivität** – auf der Basis eines sogenannten „physiologischen Frontalhirnsyndroms“ - entwicklungsbedingt einen besonderen Risikofaktor dar.

### Primäre Suizidprävention

Als hoch wirksam zur primären Suizidprävention gilt unter anderem die **Methodenrestriktion** (Abschließen von Medikamenten, Absichern von „Hotspots“ wie Brücken, Eisenbahnstrecken usw.) (Abb. 1,2,4).

Wie sehr auch pädagogisch gut gemeinte mediale Projekte sich an lange bekannten „**Medienguidelines**“ orientieren sollten, zeigen die dramatischen Anstiege der Nachahmungssuizide („Werthereffekt“) am Beispiel der Serie „Tod eines Schülers“ aus den 80er-Jahren (2).

In Bezug auf die aktuelle Ausstrahlung der Netflixserie „Tote Mädchen lügen nicht“, liegen bereits Statistiken über anschließend massiv erhöhte Google-Anfragen zum Thema „wie bring ich mich um?“ vor. Zudem gibt es Berichte über Suizidversuche und Suizide im Zusammenhang



© Deutsche Bahn AG/Georg Wagner

Abb. 1: Ungesicherte Bahnstrecke



© Deutsche Bahn AG/DB Arriva

Abb. 2: Gesicherte Bahnstrecke

Jugendlichen nach Befinden und gegebenenfalls auf Suizidgedanken besonders wichtig.

### Rolle des Kinder- und Jugendarztes

Der Kinder- und Jugendarzt hat wie der Hausarzt eine wesentliche Bedeutung in der Primärprävention von Suizidalität:

- Er kennt den Patienten und oft die Familie und gilt als Vertrauensperson.
- Er ist erste Anlaufstelle für körperliche und psychische Probleme.
- Er behandelt - auch aufgrund des Fachärztemangels und langer Wartezeiten - depressive Symptome.
- Er verschreibt z.B. Antidepressiva.
- Er unterschreibt Atteste zur Krankmeldung für die Schule oder Ausbildung.

Studien mit erwachsenen Patienten zeigen, dass diese oft kurz vor dem Suizidversuch noch zur hausärztlichen Sprechstunde kommen.

Schulungen von Hausärzten führen zu einer signifikanten Reduktion der Suizidrate, welche typischerweise jedoch nach Aussetzen der Schulung ebenso deutlich wieder ansteigt (3,4).

Hausärzte wie auch Kinder- und Jugendärzte besitzen durch ihre Rolle zwar die bestmögliche professionelle Beziehungsgrundlage, erleben sich jedoch typischerweise nicht genügend ausgebildet hinsichtlich Diagnostik und Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen.

Dies hat auch damit zu tun, dass die Feststellung von Suizidalität fachlich dem Kinder- und Jugendpsychiater und dem approbierten Psychotherapeuten vorbehalten ist.

Eine erhöhte Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen auf Seiten des Kinder- und Jugendarztes wäre wünschenswert, da dadurch frühzeitiger der suizidalen Gefährdung entgegengewirkt werden kann.

Unterstützt von der Bundesärztekammer (Berlin) und den Berufsfachverbänden für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) ist es erstmals möglich, die wenig hilfreiche Festlegung „nur der

mit der Serie. Genaue Zahlen sind allerdings erst 2019 zu erwarten.

Jugendliche kommunizieren mittlerweile am meisten über „Messengerdienste“ (v.a. „WhatsApp, Facebook). Daher gilt es, v.a. einen Zugang zu diesen und anderen sozialen Medien zu finden.

Suizidpräventive Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen bestehen unter anderem in der **Schulung und Beratung von Schulen (Lehrer, Schüler, Eltern) und Jugendhilfeeinrichtungen,**

aber auch der nichtpsychiatrischen Ärzte.

Eine wesentliche suizidpräventive Rolle spielen **stabile und vertrauensvolle Interaktionserfahrungen (Familie, Freunde, Partner)**. Das Scheitern wichtiger Beziehungen, massiv erlebte Kränkungen und Zurückweisungen, das Gefühl „nicht mehr dazuzugehören“ bilden eine wesentliche Grundlage für Selbstwertminderungen, die im Zusammenspiel mit weiteren Risikofaktoren Suizidalität auslösen können.

In dieser Phase ist das **interessiert-teilnahmevolle Ansprechen des Kindes oder**



Psychiater und Psychotherapeut soll/kann Suizidalität feststellen“ zu differenzieren.

### Die Initiative des nationalen Suizid Präventionprogramms für Deutschland (NaSPro)

Im Sinne der oben beschriebenen suizidpräventiven Bedeutung gründeten die Autoren die Initiative „**Sprich mich an!**“ mit dem Ziel die Sicherheit von Kinder- und Jugendärzten im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen zu erhöhen, diese „anzusprechen“ und auch „ansprechbar“ für die Suizidgedanken der Kinder und Jugendlichen zu sein (Abb. 3).

### Inhalte des Schulungskonzeptes

In vielen Gesprächen vor unserer ersten Schulung von 20 kinder- und jugendärztlichen Praxen aus dem Raum Aschaffenburg-Miltenberg in der Pilotphase 2017 konnten wir feststellen, dass sich kinder- und jugendärztliche Kollegen im Umgang mit selbstverletzendem und der Abgrenzung gegenüber suizidalem Verhalten überwiegend überfordert fühlen. Dieses Überforderungsgefühl führt andererseits zu Hemmungen, diese Themen anzusprechen.

Ziel der Schulung ist es daher, dass sich Kinder- und Jugendärzte kompetenter im Umgang mit diesen Patienten fühlen und dadurch selbstverletzendes und suizidales Verhalten aktiv ansprechen, sicherer einschätzen und die richtigen Behandlungsschritte einleiten können.

**Eine große Herausforderung** in der pädiatrischen Untersuchung erscheint zunächst schon die Einschätzung, ob ein selbstverletzendes Verhalten eines Jugendlichen suizidal motiviert ist. In den überwiegenden Fällen dient das „**Nicht-suizidale selbstverletzende Verhalten**“ (NSSV) einem Abbau von erlebter innerer (depressiver) Anspannung.

Vermittelt wird, wie der Kinder- und Jugendarzt durch spezifische, gezielte Fragen und körperliche Untersuchungen (Intensität und Qualität der „Ritzspuren“) bereits zu einer besseren und sichereren **Gefährdungseinschätzung** kommen kann, bevor es gegebenenfalls zu einer weiteren fachärztlich (psychotherapeutischen)/psychiatrischen Diagnostik und Behandlung kommt.

Aufgrund des kurzfristig sehr wirksamen Spannungsabbaus und der wiederholten Bestätigung negativer Denkmuster ist die Compliance, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen, bei Jugendlichen, die sich selbstverletzen, häufig gering.

Die Teilnehmer der Fortbildung erfahren daher nicht nur etwas über Grundlagen im Umgang mit NSSV, sondern haben im praktischen Teil auch die Möglichkeit, eine **kurze, effektive Interventionstechnik** („Therapeutic Assessment“ nach Ougrin) einzuüben, mit der sie Jugendliche nach NSSV erfolgreich zur Aufnahme einer weiteren Psychotherapie motivieren können.

Vermittelt werden weiterhin **epidemiologische Daten zum suizidalen Verhalten** von Kindern und Jugendlichen: Hierbei geht es sowohl um die aktuellsten Daten hinsichtlich **Suizidraten, Suizidversuche und Suizidmethoden**, aber auch um Veränderungen in den letzten Jahren für Jungs und Mädchen in den jeweiligen Altersgruppen.

Neben ätiologischen Modellen zur Entwicklung suizidalen Verhaltens werden die entscheidenden **Risikofaktoren und Gefährdungsanzeichen** bei Jugendlichen vorgestellt.

Die bei weiterhin erschreckenden Zahlen dennoch erfreuliche Reduktion der Suizide in Deutschland in den letzten 20 Jahren, beruht zu einem wesentlichen Teil auf dem Wissen und der Umsetzung geeigneter Mittel der **Suizidprävention**. In der Schulung werden diesbezüglich weiterhin bestehenden Mythen wissenschaftlichen Fakten gegenüber gestellt.

Verdeutlicht wird unter anderem die hohe suizidpräventive Bedeutung des „Ansprechens“ eines emotional belasteten Jugendlichen.

Dabei wird vor dem Hintergrund von wissenschaftlichen Studien dargelegt, dass der einfache Satz „Kann ich dir irgendwie helfen?“ lebensrettend sein kann.

Auch die Methodenrestriktion - beispielsweise das Verschließen von Medikamenten oder das Absichern von Brücken, Eisenbahnschienen in der Nähe von psychiatrischen Kliniken (Abb. 1,2,4), der Schulung von „Gatekeepern“ und dem „Zugang zu sozialen Medien“ werden im Schulungsprogramm ausführlich dargestellt.

Vor dem Hintergrund gesicherter Kenntnisse über eine effektive Suizidprävention werden **praktische Konsequenzen für den Kinder- und Jugendmediziner** im Umgang mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen („Guidelines“) formuliert. So ist es zum Beispiel dringend geboten, Krankschreibungen nur im Zusammenhang mit einem psychiatrischen Konzept zu verbinden. Weitere Handlungsempfehlungen betreffen unter anderem Möglichkeiten der kontrollierten Medikamentenverordnung oder der Methodenrestriktion



Abb. 3: Poster "Sprich mich an!"



Abb. 4: Gesicherte Brücke

© Prof. Dr. Thomas Reisch

Das zentrale theoretisch und praktisch vermittelte Kernthema der Schulung besteht darin, **Risikofaktoren und Gefährdungshinweise für Suizidalität** zu erkennen und die Gefährdungslage richtig einzuschätzen.

Neben Falldemonstrationen (Videos) erhalten die Teilnehmer die Möglichkeit, in Kleingruppen eine **gezielte Fragetechnik zur Exploration von Suizidalität und eine Gefährdungseinschätzung einzuüben**. Dargestellt werden dann die Entscheidungskriterien für ein **psychiatrisches Konsil** und die Einleitung eines **Notfallprocedere auch etwa für den Fall, dass es keine Einwilligung** des Patienten gibt. **Juristische Grundlagen** werden hierzu ausführlich vermittelt.

Schließlich gilt es mit den Teilnehmern zu erarbeiten, wie die vermittelten Strategien im Umgang mit suizidal gefährdeten Kindern und Jugendlichen auch **zeitlich-organisatorisch in eine alltägliche Praxisroutine** integriert werden können.

## Schulungsrahmen

Für die Durchführung hat sich bislang ein fester Klinikstandort bewährt.

Neben organisatorischen Vorteilen erscheint dieser Rahmen auch geeignet für die Vernetzung von Klinikmitarbeitern und niedergelassenen Kollegen. Die Schulung wird von Dr. Victor Kacic und Dipl.-Psych. Frank Zimmermann geleitet. Die vorgesehene Kursgröße liegt bei 20 Teilnehmern. Analog der Ausbildung für Kinder- und Jugendpsychiater sowie für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten umfasst sie 16 Einheiten (à 45 Min.) Jeder Teilnehmer erhält abschließend ein Zertifikat. Im Anschluss besteht die Möglichkeit im Rahmen eines digitalen Verteilers regelmäßig aktuelle Informationen zu erhalten. Im Sinne der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Konzepts sollen von den Teilnehmern Evaluationsbögen zur Anwendung der „Guidelines“ ausgefüllt werden.

Die Rückmeldungen bilden zudem die wissenschaftliche Grundlage einer geplanten „Multicenter-Studie“, welche die Relevanz dieser wichtigen primärpräventiven Maßnahme für die Gesundheitspolitik betonen soll.

*Literatur bei den Verfassern*

### Korrespondenzanschriften

*Dr. med. Viktor Kacic  
KPPKJ am Klinikum  
Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg  
E-Mail: viktor.kacic@klinikum-ab-alz.de  
Dipl.-Psych. Frank Zimmermann  
Praxis für Psychotherapie  
Wilhelminenstraße 57, 64285 Darmstadt  
E-Mail: zimmermann.darmstadt@t-online.de*

### Interessenkonflikt:

*Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.*

*Red.: Keller*

## Welche Diagnose wird gestellt?

Charlotte Eisner

### Anamnese

Ein 11.5 jähriges Mädchen stellt sich mit bekanntem genitalem Lichen sclerosus in der kinderdermatologischen Sprechstunde vor. Seit Monaten seien nun im Bereich der Schultern und Arme, sowie am Bauch weiße Flecken zu sehen.

### Untersuchungsbefund

11.5 jähriges Mädchen in gutem AEZ. Anogenital findet sich eine typische „8-er Figur“ mit Erythem und weißlicher Verfärbung sowie einer leichten Sklerosierung. Im Bereich der Schulter und der Arme zeigen sich multiple konfettiartige, sklerotische Plaques.

**Hautbiopsie Bauch/Histologischer Befundbericht (PD Dr. H. Kutzner, Institut für Dermatohistopathologie Friedrichshafen):**

Wechselnd breite, weitgehend abgeflachte Epidermis, Hyalinose des Papil-



**Abb. 1:** Porzellanfarbene, rundliche Narben im Bereich der Schulter



**Abb. 2:** Ebenso im Bereich der Arme

larkörpers mit Angiektasien und basal bandförmig abschließendem lymphozytären Infiltrat. Keine Pilze. Kein Anhalt für Bösartigkeit.

**Welche Diagnose wird gestellt?**

# Diagnose

## Genitaler und extragenitaler Lichen sclerosus (LS)

Beim Lichen sclerosus (frühere Bezeichnung Lichen sclerosus et atrophicus, LSA) handelt es sich um eine chronisch-entzündliche, nicht infektiöse, bevorzugt im Anogenitalbereich, aber auch extragenital vorkommende, phasenweise auftretende Autoimmunerkrankung. Frauen und Mädchen sind 3-10 Mal häufiger als Männer und Jungen betroffen. Meist vergehen Jahre, die korrekte Diagnose gestellt wird. Unbehandelt verursacht die Erkrankung progressive Vernarbungen sowie u.U. Verklebungen. Da viele Patienten vor Scham nicht zum Arzt gehen, ist die genaue Prävalenz unbekannt. Etwa 7-15 % der Fälle treten vor der Pubertät auf. Mädchen erkranken meist im Grundschulalter. Meist kommt es in der Pubertät zu einer Abnahme der Krankheitsaktivität. Im Erwachsenenalter treten häufig Rezidive auf; nur in etwa 25 % der Fälle kommt es zu einer spontanen Remission.

Die Ätiologie des LSA ist bisher nur unvollständig bekannt. In klinischer und histologischer Hinsicht bestehen viele Ähnlichkeiten zur Morphea (lokalisierte Sklerodermie). Als Hinweis auf eine genetische Disposition ist bei 10 % der Betroffenen die Familienanamnese positiv. Im Serum von 70 % der LS-Patienten ließen sich spezifische IgG-Antikörper gegen extrazelluläres Matrix-Protein (ECM1) nachweisen, welches in der epidermalen

Zelldifferenzierung eine Rolle spielt. Es wird von einem Zusammenspiel aus immunologischer Dysfunktion, genetischer Prädisposition und möglichen Triggerfaktoren ausgegangen.

In 6-11 % werden extragenitale Manifestationen (bevorzugt an den Handgelenken, dem Nacken und am Rumpf) als porzellan-weiße Flecken und Knötchen beobachtet, die zu Plaques konfluieren können. Von der extragenitalen Form des LS sind häufiger Erwachsene betroffen. Die extragenitalen Läsionen sind meist asymptomatisch; selten wird über Juckreiz berichtet.

### Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Aufgrund der möglichen extragenitalen Manifestation ist die Untersuchung des gesamten Integuments indiziert. Beim genitalen LSA wird initial häufig an eine Candida-Infektion als Ursache für genitalen Juckreiz gedacht. Weitere Differenzialdiagnosen sind Genitalexzeme, Vitiligo, Psoriasis vulgaris und Lichen planus. Im Gegensatz zum Lichen planus sind die Vaginal- und die Mundschleimhaut frei.

### Therapie

Therapie der Wahl (sowohl des genitalen als auch des extragenitalen LS) ist die Anwendung potenter topischer Steroide (TCS, bei Kindern Klasse III: Mometasonfuroat). Ein rascher Therapiebeginn ist zur Verhinderung von Komplikationen entscheidend. Es wurden verschiedene Therapieschemata beschrieben;

wir behandelten im Genitalbereich mit Monovo® Salbe 2 x tgl. über 4 Wochen, sowie anschließend mit Tannolact® Creme (synthetischer Gerbstoff) 2x tgl. Therapiebegleitend wurden Tannolact Bäder® 1x tgl. für 4 Wochen gemacht.

Alternative Therapieoptionen beinhalten die „off-label“ Behandlung mit topischen Calcineurininhibitoren Tacrolimus (Protopic®-Salbe).

In 75-95 % wird durch die Therapie mit TCS ein Sistieren der Progredienz und Rückbildung des Juckreizes erzielt. Regelmäßige klinische Kontrollen sind aufgrund des möglichen chronischen Verlaufs empfehlenswert.

#### Literaturangaben

Moinzadeh P, Kreuter A, Krieg T, Hunzelmann N. Morphea/lokalisierte Sklerodermie und extragenitaler Lichen sclerosus. *Hautarzt*. 2018; 69: 892-900

Pope E, Laxer RM. Diagnosis and management of morphea and lichen sclerosus and atrophicus in children. *Pediatr Clin North Am*. 2014; 61: 309-19

Lis-Święty A, Skrzypek-Salamon A, Ranoz-Janicka I, Brzezińska-Wcisło L. Localized scleroderma: clinical and epidemiological features with emphasis on adulthood- versus childhood-onset disease differences. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31: 1595-1603 3.

Tong LX, Sun GS, Teng JM. Pediatric Lichen Sclerosus: A Review of the Epidemiology and Treatment Options. *Pediatr Dermatol*. 2015; 32: 593-9

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Charlotte Eisner  
Abt. Pädiatrische Dermatologie  
und Allergologie  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstraße 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger



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

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

**(02 21) 6 89 09 21**



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Gibt es eine Verbindung zwischen dem Vitamin D-Status, den Exekutivfunktionen und der selbst wahrgenommenen psychischen Gesundheit bei Jugendlichen?

**Linking Vitamin D Status, Executive Functioning and Self-Perceived Mental Health in Adolescents Through Multivariate Analysis: A Randomized Double-Blind Placebo Control Trial**

Grung B et al., *Scand J Psychol*; 58(2): 123-130, April 2017

**S**tudien lassen für das Erwachsenen- und Seniorenalter vermuten, dass Vitamin D die kognitiven Funktionen, die mentale Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden beeinflusst. Eine vorhandene, aber noch unzureichende Evidenz stützt auch die Hypothese, dass Vitamin D in die Hirnentwicklung im Kindes- und Jugendalter eingreift und sie beeinflusst. Mit dieser randomisierten Placebo-kontrollierten Doppelblind-Studie haben die Autoren untersucht, welchen Einfluss die Vitamin D-Supplementierung auf die kognitive Leistungsfähigkeit und die selbst wahrgenommene psychische Gesundheit einer Gruppe norwegischer Jugendlicher im Winter besitzt.

Fünfundzwanzig Jugendliche im Alter zwischen 13-14 Jahren (32 Mädchen, 18 Jungen) aus zwei Schulen in Bergen wurden randomisiert und einer Interventionsgruppe (8 Jungen, 17 Mädchen) oder einer Kontrollgruppe (10 Jungen, 15 Mädchen) zugeordnet. Die Probanden in der Interventionsgruppe erhielten täglich eine Vitamin D Perle mit 38 µg (entsprechend 1520 IE Vitamin D), die Probanden in der Kontrollgruppe eine Placebo-Perle mit Olivenöl. Vor (Vorprüfung im Dezember/Januar) und nach (Nachprüfung im April/Mai) der Interventionszeit von 4 Monaten wurden die Teilnehmer einem Testverfahren ausgesetzt, das

aus einer Blutabnahme, der Durchführung von zwei kognitiven Tests (Tower of Hanoi [ToH] und Tower of London [ToL]) und einer Youth-Self-Report-Version der Child Behavior Checklist bestand. Der ToH ist ein bekanntes mathematisches Strategiespiel. Bei diesem Spiel werden nach Größe geordnete Scheiben von einem Stab auf zwei weitere Stäbe bewegt, wobei die Reihenfolge der Größe beibehalten werden muss. Die Komplexität des Spiels steigt mit zunehmender Anzahl der Züge und Scheiben. Der ToL-Test ähnelt dem ToH-Test und wird in der Neuropsychologie zur Erfassung der Exekutivfunktionen verwendet.

Die multivariate Datenanalyse zeigte, dass Teilnehmer mit einem niedrigen Vitamin D-Status bei dem „Tower of London-Test“ und den schwierigeren Teilaufgaben bei dem „Tower of Hanoi-Test“ schlechter abschnitten. Sie wiesen ein geringeres allgemeines Wohlbefinden und tendenziell öfter Externalisierungsproblemen und Aufmerksamkeitsstörungen auf. Beim Vortest betrug der mittlere 25-Hydroxy-Vitamin-D-Serumspiegel 42 nmol/L (entsprechend 16,8 ng/ml), was allgemein als Mangel definiert wird. Die Supplementierung mit Vitamin D führte in der Interventionsgruppe erwartungsgemäß zu einem signifikanten Anstieg des Vitamin-D-Serumspiegels auf einen mittleren Wert von 62 nmol/L 25(OH)D (entsprechend 24,8 ng/ml). Im Ergebnis konnte die Interventionsgruppe ihre Leistung bei den anspruchsvollsten Teilaufgaben des ToH-Test verbessern, während sich bei den leichteren Aufgaben kein Unterschied zeigte.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Vitamin-D-Serumstatus mit Werten >50 nmol/L (>20 ng/ml) die kognitiven Leistungen und das allgemeine Wohlbefinden norwegischer Jugendlicher im Winter positiv beeinflusst.

### Kommentar

Für das Erwachsenenalter konnte gezeigt werden, dass der Vitamin D-Status und die Vitamin D-Aufnahme longitudinal konsistent mit der Qualität der Kognition verbunden sind. Die Studie von Grung et al. bestätigt erstmals die Beziehung zwischen Vitamin D-Serumstatus, Kognition und allgemeinem Wohlbefinden bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 14 Jahren. Bereits die kurzfristige 4-monatige winterliche Supplementierung des Vitamin D-Serumstatus, von einem mittleren Wert von 42 nmol/L (16,8 ng/ml), was nach allgemeiner Definition als Mangel aufgefasst wird, auf einen mittleren Wert von 62 nmol/L (24,8 ng/ml), erhöhte die kognitive Leistungsfähigkeit und das allgemeine psychische Wohlbefinden im Vergleich zur Kontrollgruppe. Wenn die Ergebnisse auch der Bestätigung an einem größeren Kollektiv bedürfen, werfen sie doch Fragen nach dem angemessenen Vitamin D-Serumspiegel im Kindes- und Jugendalter in Deutschland und ihrer Interpretation auf.

Die „Stellungnahme der gemeinsamen Expertenkommission zu Vitamin D-haltigen Produkten (Revision 1.1 2017)“ am Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit und am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt zum Vitamin D-Status in Deutschland folgendes aus:

„25-(OH)-Werte gleich oder über 50 nmol/L (20 ng/ml) sollen sicherstellen, dass 99% der Bevölkerung einen adäquaten Vitamin D-Status aufweisen, während bei 25-(OH)D-Werten <50 nmol/L (<20 ng/ml) das Risiko einer nichtadäquaten Versorgung in Bezug auf die Knochengesundheit ansteigt. Bei der Mehrheit der Bevöl-

kerung in Deutschland liegt kein Vitamin-D-Mangel vor. Jedoch erreicht mehr als die Hälfte der Bevölkerung nicht die wünschenswerte Konzentration des Markers 25-(OH)D von 50 nmol/L im Blut. Bei ca 15% der Bevölkerung liegt die durchschnittliche 25-(OH)D-Serumkonzentration weit unter 25 nmol/L (<10 ng/ml).“

In einer gemeinsamen Stellungnahme der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie ist eine Vitamin D-Gabe nur dann indiziert,

„wenn neben einer erniedrigten Serumkonzentration an 25(OH)D ein sekundärer Hyperparathyreoidismus und/oder eine radiologisch gesicherte Rachitis (Anmerkung d. Rezensenten: und damit eine kindliche Erkrankung) vorliegen“. „Ein unter 20 ng/ml liegender Vitamin D-Serumspiegel hat ohne das Vorliegen von weiteren Risikofaktoren für sich allein noch keine sicher pathologische Bedeutung.“

Das würde bedeuten, dass erst Erkrankungen wie eine radiologisch gesicherte Rachitis und ein Hyperparathyreoidismus als Indikation für ein Vitamin D Supplementierung vorliegen müssen? Damit würde die Möglichkeit der Prävention des Vitamin D-Mangels ungenutzt bleiben. Mit einer Studie von Priebel et al. aus der Universitätsklinik Eppendorf, bei der an über 675 Personen aller Altersgruppen eine Beckenkammbiopsie durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass bei Vitamin D-Serumwerten <75 nmol/L (<30 ng/ml) in 10% der Biopsien noch histologisch Knochenmineralisationsstörungen nachgewiesen werden können. Kühnisch et al. konnten zeigen, dass eine Hypomineralisation der Zähne mit einem niedrigen Vitamin D-Status assoziiert ist. Das unter einem ausreichenden und höheren Vitamin D-Status vermehrt exprimierte Osteocalcin beeinflusst nicht nur die Mineralisation der Zähne und des Skelettsystems, sondern auch die kognitiven Funktionen, was in Tierversuchen, in klinische Studien an Erwachsenen und jetzt auch an norwegischen Jugendlichen nachgewiesen werden konnte.

Werte unter 25 nmol/L (10 ng/ml) liegen nach Angaben der Expertenkommissionen bei 15% der Bevölkerung vor und können bei Kindern zur Rachitis und bei Erwachsenen zur Osteomalazie führen. Mehr als die Hälfte aller Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen weisen im Jahresdurchschnitt Werte <50 nmol/L (<20 ng/ml) auf und besitzen damit definitionsgemäß nicht die wünschenswerte optimale Vitamin D-Versorgung.

Die Empfehlungen der deutschen Expertenkommissionen, eine Vitamin D-Therapie bei Kindern >2 Jahre und Jugendlichen nur bei Mangelkrankheiten und bei vorliegenden Risikofaktoren durchzuführen, entsprechen nicht den Empfehlungen anderer Länder wie z.B. Skandinavien, USA, Kanada und UK. Diese Länder ergänzen im Gegensatz zu Deutschland mehrere Grundnahrungsmittel mit Vitamin D und empfehlen die ergänzende regelmäßige Gabe eines Supplements für Kinder und Jugendliche (in Finnland bis zum Alter von 18 Jahren). Die Anhebung der D-A-CH Empfehlungen zur Vitamin D-Aufnahme von 200 IE auf 800 IE im Jahr 2012 dürfte nicht grundlos durchgeführt worden sein, hat aber erwartungsgemäß, wie in anderen Ländern auch, zu keiner Verbesserung des mittleren Vitamin D-Status geführt.

Die Studie von Grung hat an norwegischen Jugendlichen gezeigt, dass ein ausreichender Vitamin D-Status von >50 nmol/L (>20 ng/ml) nicht nur für die Knochenmineralisation, sondern auch für die Kognition und das allgemeine Wohlbefinden von Bedeutung sein kann. Wenn der Schwellenwert von >50 nmol/L nicht über die solare Exposition, sondern nur über angereicherte Nahrungsmittel oder Supplemente erreicht werden kann, sollte über eine Supplementierung nachgedacht werden.

---

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

---

# Zitrusallergie

## Frage

Ich behandle einen vier Jahre alten Jungen, dessen Vater eine Orangenallergie hat (Schleimhautschwellungen im Rachenraum), weshalb in der Familie üblicherweise keine Orangen und andere Zitrusfrüchte konsumiert werden. Das Kind hat allerdings schon mehrfach Capri-Sonne erhalten, ohne dass es zu Problemen kam. Vor einem Jahr reagierte das Kind auf den Genuss einer Orange mit einer Ganzkörperurtikaria, woraufhin wohl mit Antihistaminika therapiert wurde. Im Herbst kam es nach dem Genuss eines Orangen-Kinderpunsch zu Gesichtsrötung und nicht genauer zu eruierenden Atembeschwerden, die sich an der frischen Luft besserten. Ob Zitronensaft und Zitruschalen in üblicherweise verzehrten Lebensmitteln der Familie enthalten sind, weiß die Mutter nicht.

- Welche Art der Testung schlagen Sie vor?

## Antwort

Die Symptome des Vaters (Schleimhautschwellungen im Rachenraum) weisen auf ein orales Allergiesyndrom (OAS) nach Einnahme von Orangen hin. Das OAS, auch „Pollen-Nahrungsmittelallergie-Syndrom“ genannt, ist eine Art von Nahrungsmittelallergie, die durch Aromen, Nüsse, rohe Früchte und Gemüse hervorgerufen werden kann. Das bekannteste Symptom ist der Mund- und Rachen-Juckreiz, der nach der Einnahme von Nahrung in den Mund schnell einsetzt und in der Regel nach dem Verschlucken der Nahrung noch einige Minuten anhalten kann. Die Häufigkeit von OAS mit Pollenallergie liegt bei ungefähr 5-8 %, ca. 1-2 % der Patienten mit OAS

und Pollenallergie können extreme Reaktionen, wie z. B. Anaphylaxie, zeigen.

Die Hauptallergene von Zitrusfrüchten sind Cit s 1, Cit s 2 und Cit s 3, welche prinzipiell allergische Reaktionen hervorrufen können. Zur Gruppe der Zitrusarten gehören u. a. Mandarine, Orange, Pampelmuse, Grapefruit und Zitrone.

Eines der Hauptallergene in frischen und verarbeiteten Orangen ist das Cit s 2. Der Gehalt an Cit s 2 wurde u.a. in einer japanischen Studie aus dem Jahr 2017 in frischen Orangen bestimmt. Hier war die Konzentration von Cit s 2 viel höher als beispielsweise in verarbeiteten Lebensmitteln. Dies könnte erklären, warum das von Ihnen beschriebene Kind keine klinischen Symptome nach dem Verzehr von Capri-Sonne geboten hat. Andererseits sei eine Urtikaria am ganzen Körper nach Einnahme einer ganzen bzw. frischen Orange aufgetreten, was wiederum die These stützt, dass die Konzentration des Hauptallergens (Cit s 2) in den Früchten selbst um ein Vielfaches höher ist. Vermutlich ist die Konzentration von Cit s 2 in einem frisch zubereiteten Orangen-Kinderpunsch verglichen mit Produkten aus dem Lebensmittel-Handel ebenfalls höher. Dies könnte die Gesichtsrötung mit folgender Dyspnoe erklären.

Diagnostisch liegt die Sache bei dem von Ihnen behandelten Kind auf der Hand: Erreicht die Einnahme der Hauptallergene (Cit s 2), besonders bei Verzehr frischer Orangen bzw. anderer Zitrusfrüchte, einen gewissen Schwellenwert, so kommt es offensichtlich zu klinischen Symptomen. Dies scheint bei Einnahme von industriell hergestellten Produkten wie Capri-Sonne nicht der Fall zu sein.

Aus meiner Sicht besitzt das Kind eine Allergie auf Zitrusfrüchte. Vom Verzehr dieses Obstes in frischer Form sollte den

Eltern abgeraten werden. Allerdings sollten die Eltern auch beruhigt werden, da schwere Reaktionen bzw. Anaphylaxien nach Einnahme von Zitrusfrüchten insgesamt selten sind. Wie oben bereits erwähnt, zeigen nur ca. 1-2 % der Patienten mit OAS (und Pollenallergie) extreme Reaktionen wie z. B. eine Anaphylaxie. In der Literatur finden sich insgesamt sehr wenig diesbezügliche Fälle. Lediglich über einen Patienten mit einer echten Anaphylaxie nach Einnahme von Mandarine aus dem Jahr 2007 wurde berichtet.

Um die Allergie einzelner und frischer Nahrungsmittel, wie z. B. Orangen, zu dokumentieren, würde sich in diesem Fall der Prick-to-Prick-Test (= Prick-zu-Prick-Test) anbieten. Hierbei wird die Prick-Lanzette zuerst in das Nahrungsmittel und dann in die Haut gestochen und das Ergebnis in der Folge dann bewertet. Eine Mittestung von NaCl und Histamin in der Nähe des eigentlichen Testareales versteht sich von selbst. Um die Diagnostik gänzlich zu vervollständigen bzw. abzuschließen, sollte bei Vater und Kind auch ein konventioneller Allergietest (Prick-Test oder RAST) bezüglich der Standard-Allergene durchgeführt werden. Da Kreuzallergien zwischen Pollen und Zitrusfrüchten bekannt sind und gehäuft im Rahmen einer Gräserpollenallergie auftreten, wäre eine Sensibilisierung auf Gräser in unserem klinischen Fall, zumindest beim Vater, sehr wahrscheinlich.

*Literatur bei InfectoPharm*

### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Sebastian Dick, Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie und Kinder-Pneumologie Lange Str. 1, 33129 Delbrück

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.

## Land NRW: Millionen für Kinderkliniken

**M**it der Einzelförderung von Investitionen in Krankenhäuser ergreift die Landesregierung effektive Maßnahmen gegen die Unterfinanzierung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Rund 33,8 Millionen Euro flossen noch kurz vor Jahresende in den 2018 festgelegten Förderschwerpunkt „Qualitätsverbesserung der Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen sowie Versorgung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen“.

„Mit der Einzelförderung als neues Finanzierungsinstrument verbessern wir die Gesundheitsversorgung im Land aktiv und zielgerichtet. (...) Auch in den kommenden Jahren werden wir noch mehr Geld in die Hand nehmen, um den Gesundheitsstandort Nordrhein-Westfalen gezielt zu stärken“, erklärte NRW-Gesundheitsminister Laumann. Vorbehaltlich der Zustimmung des Haushaltsgesetzgebers und der geplanten Umsetzung des Krankenhausstrukturfonds auf Bundesebene stehen den Kranken-

häusern in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 insgesamt 206,5 Millionen Euro zusätzlich an staatlichen Fördermitteln zur Verfügung. Davon bringt das Land alleine 101,5 Millionen Euro auf. 105 Millionen Euro kommen vom Bund für den Krankenhausstrukturfonds.

### Kinderkliniken in Dortmund, Leverkusen und Datteln bekommen Geld

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) hat insgesamt sieben Förderanträge aus sechs verschiedenen Kliniken bewilligt.

So wurden dem **Klinikum Dortmund** zwei Anträge bewilligt, deren Förderhöhe sich insgesamt auf rund zwölf Millionen Euro beläuft: Rund 7,6 Millionen Euro sollen in die Schwerpunkte Kinderonkologie, Kinderpalliativmedizin, Seltene Tumorerkrankungen und Transitionsstationen investiert werden. Rund 4,3 Millionen Euro werden in die Schwerpunkte

operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Tumoren, angeborenen Fehlbildungen und anderen Seltenen Erkrankungen investiert.

Dem **Klinikum Leverkusen** wurde ein Antrag bewilligt, dessen Förderhöhe sich auf rund 1,5 Millionen Euro beläuft. Die Summe soll in Maßnahmen für eine Palliativeinheit für Kinder und Jugendliche investiert werden. Diese soll die bereits bestehende Erwachsenenpalliativstation ergänzen.

Der **Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln** wurde ein Antrag bewilligt, dessen Förderhöhe sich auf rund 6,5 Millionen Euro beläuft. Die Summe soll in den Ausbau der Palliativstation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene investiert werden. Geplant ist ein Erweiterungsbau für Kinderschmerztherapie und pädiatrische Palliativversorgung.

Red.: ReH

## IMPRESSUM

# KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

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

Druckauflage 13.267  
lt. IVW IV 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 Verlagkontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagkontor 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. 52 vom 1. Oktober 2018

**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](http://www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise)

© 2019. 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.

# Schulweg: Wer läuft, kann besser logisch denken



Die Kommission „Kinder- und Jugendsport“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) hat eine Stellungnahme zum Thema Aktiver Schulweg verfasst. Warum der Schulweg so wichtig für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist, was Laufen mit dem Denkvermögen zu tun hat und warum es nützlich ist, in der Nähe einer Schule zu wohnen, darüber sprach mit unserer Zeitschrift Dr. Wolfgang Lawrenz, DGSP-Referent für Kinder- und Jugendsport.

## Was hat Bewegung mit dem Schulweg zu tun?

Viele Kinder werden mit dem Auto zur Schule gebracht, der Schulweg wird also zu großen Teilen passiv zurückgelegt. Dies ist problematisch, da somit ein Großteil der Kinder und Jugendlichen die von der WHO empfohlenen 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität pro Tag nicht erreicht. In verschiedenen Studien wurde ermittelt, dass Schüler, die den Schulweg aktiv zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen, täglich circa 20 Minuten mehr moderate bis intensive körperliche Aktivität absolvieren als Kinder, die mit dem Auto oder öffentlichen Verkehrsmitteln zur Schule kommen. Es kann also allein durch den Schulweg etwa ein Drittel der von der WHO für diese Altersgruppe empfohlenen körperlichen Aktivität erreicht werden. Daher gibt es in vielen europäischen Ländern und den USA Bestrebungen, einen aktiven Schulweg zu fördern. Ein Beispiel hierfür ist der „walking school bus“, bei dem die Kinder sich an „Haltestellen“ treffen und gemeinsam zur Schule gehen, teilweise mit, teilweise ohne Begleitung von Erwachsenen. Schülerinnen und Schüler, die ihren Schulweg im Rahmen solcher Projekte zu Fuß zurücklegen, empfinden die zusätzliche Zeit, die sie in der Natur verbringen und das soziale Miteinander auf dem gemeinsamen Schulweg als besonders positiv.

## Was hat der Schulweg mit dem Denkvermögen zu tun?

Es gibt einige interessante Studien, die zeigen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen,

die den Schulweg aktiv zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen, besser ist. So schnitten diese Schülerinnen und Schüler bei einem Mathematikleistungstest besser ab als die Kinder, die zur Schule gebracht wurden. Insbesondere Mädchen zeigten auch bezüglich anderer kognitiver Fähigkeiten wie Sprachvermögen, numerischem Denken und logischem Denken bessere Ergebnisse, wenn sie den Schulweg aktiv zurücklegten.

## Warum fällt es Eltern so schwer, ihre Kinder laufen zu lassen?

Häufig wird argumentiert, dass der Weg zur Schule wegen des Straßenverkehrs zu gefährlich sei. Interessanterweise konnte gezeigt werden, dass die Unfallhäufigkeit in der Umgebung von Schulen geringer wird, wenn mehr Schüler zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule kommen; der Schulweg wird also sicherer, wenn er aktiv zurückgelegt wird.

Ein wichtiger Aspekt bei der Entscheidung, wie der Schulweg zurückgelegt wird, ist die Entfernung zur Schule. So legen Schülerinnen und Schüler den Weg sehr viel häufiger zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück, wenn die Entfernung unter 800 bis 1300 m liegt. Auch Verpflichtungen der Eltern oder der Kinder haben Einfluss. So wird der Schulweg häufiger aktiv zurückgelegt, wenn dies gut in den Zeitplan der Eltern und der Kinder passt. Eine besonders große Rolle spielt die Einstellung der Eltern. Wenn diese selbst den Weg zur Arbeit zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen, kommen in der Re-



Foto: © Stuart Monk - Fotolia.com

## Mit dem Elterntaxi geht es schneller, aber das Denken leidet

gel auch die Kinder zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule.

## Was soll die Stellungnahme der Kommission Kinder- und Jugendsport der DGSP nun bewirken?

Die Stellungnahme zielt darauf ab, dass mehr Schülerinnen und Schülern den Schulweg aktiv zurücklegen, also zu Fuß oder mit dem Fahrrad. Dafür muss bei den Eltern das Bewusstsein für die positiven Aspekte des aktiven Schulwegs, wie die Steigerung der körperlichen Aktivität, das bessere soziale Miteinander und die geringere Unfallgefahr geschaffen werden. Kinder- und Jugendärzte können das Thema beispielsweise bei den Vorsorgeuntersuchungen kurz vor der Einschulung ansprechen. Aber auch die Schulen und die kommunale Politik sollten in die Diskussion eingebunden werden, um entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen aktiven Schulweg fördern können.

ReH



# Jugendmedizin – ein Auslaufmodell?

**L**iebe Kolleginnen, liebe Kollegen, nachdem die Teilnehmerzahlen für den größten europäischen Jugendmedizin-Kongress in den letzten Jahren tatsächlich rückläufig waren, stiegen 2018 erstmals die Anmeldungen wieder deutlich an. 500 Teilnehmer/Innen nahmen am Jugendmedizin-Kongress des BVKJ 2018 in Weimar teil. Diese Zahl stimmt uns hoffnungsfroh und bestätigt unser neues Konzept eindrucksvoll: das gesamte Spektrum der Jugendmedizin an einem Wochenende, bzw. im Wesentlichen an einem Vortragstag zu präsentieren.

So wollen wir es 2019 wieder halten, unter dem diesjährigen Motto: „Orientierung“. Diesmal zeitlich noch weiter in den Frühling hinein, mit der Aussicht auf sonnige Tage in Weimar, bei dem auch mal ein Besuch im Straßenkaffee oder ein Spaziergang durch die Altstadt und in den wunderschönen Parks möglich werden sollte. Das könnte auch die übrige Familie zum Mitreisen ermuntern.

Wie wichtig ein Jugendmedizinkongress tatsächlich ist, zeigen uns u.a. die Pressemeldungen einiger Krankenkassen aus dem Sommer 2018. Techniker<sup>1</sup>, AOK<sup>2</sup>, usw. – sie alle beklagen die niedrigen und weiter sinkenden Teilnahmequoten an der J1. Zur Erhöhung der Akzeptanz der Jugendgesundheitsuntersuchung, die schon seit ihrer Einführung die geringsten Teilnahmequoten aller Us aufwies, bedarf es aber nicht nur der Anstrengungen der Kinder- und Jugendärzte.

Wir haben ein strukturelles Versorgungsproblem, wobei an vielen Stellen die Anforderungen an uns ansteigen. Zu

nennen wären hier exemplarisch: Höhere Geburtenraten, die Zunahme psychosomatischer Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen, gestiegene Betreuungsintensität auch bei ‚banalen‘ Erkrankungen, mehr Impfungen und zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen.

Unsere bereits jetzt hohen Arbeitszeiten lassen sich nicht weiter vermehren, auch nicht durch aktuelle Forderungen, statt 20 doch 25 Stunden pro Woche zu arbeiten. Hier wird die Realität in unseren Praxen sträflich verkannt. Populismus statt echter Problemlösung, Wähler besänftigen – echte Versorgungsverbesserung sieht anders aus. Die Konsequenz für jeden einzelnen von uns lautet nicht „noch mehr arbeiten“ sondern „Schwerpunkte setzen“. Wir gehen davon aus, dass diese Schwerpunkte nicht ausschließlich an den persönlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte orientiert sind, sondern auch die Bedürfnisse und Eigenschaften der Jugendlichen berücksichtigen.

Und die Realität in den Praxen? „Wir haben gerade keine Termine für die J1 frei, rufen Sie doch bitte nächstes Jahr noch einmal an.“ Dieser schnell am Telefon daher gesagte Satz ist nichts anderes als ein kalter Abschied. Doch wohin schicken wir die Jugendlichen? Zu den durch die Altersstruktur und den Nachrückermangel ähnlich gebeutelten Allgemeinmediziner\*innen? Wohl eher in das medizinische Nirwana. Und damit blei-

ben Jugendliche, die am schlechtesten medizinisch versorgte Altersgruppe in unserem Land.

**Wir Kinder- und Jugendärzte beken-  
nen uns zur Jugendmedi-  
zin!** Aber wir stellen fest, dass die Rahmenbedingungen für unsere Jugendlichen und für uns momentan extrem ungünstig sind. Aber damit sich dies ändert, gibt es auch in diesem Jahr den Jugendmedi-

zinkongress in Weimar des BVKJ.

Wir bleiben hartnäckig!

Und bleiben Sie es auch. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme vom 24.-26. Mai 2019. Gerne auch wieder mit dem kompletten Praxisteam, ein spannendes Fortbildungsangebot für MFAs ist ebenfalls wieder vorgesehen.

1 aus: <https://www.tk.de/tk/mobil/pressemitteilungen/bundesweite-pressemitteilungen/986604>

2 aus: HYPERLINK „<https://www.aok.de/pk/nordwest/inhalt/nicht-einmal-jeder-vierte-teenager-in-westfalen-lippe-geht-zu-den-jugenduntersuchungen/>“ <https://www.aok.de/pk/nordwest/inhalt/nicht-einmal-jeder-vierte-teenager-in-westfalen-lippe-geht-zu-den-jugenduntersuchungen/>\_\_

## Für den Ausschuss Jugendmedizin

Michael Achenbach

58840 Plettenberg

E-Mail: [m.achenbach@gmail.com](mailto:m.achenbach@gmail.com)

Dr. Burkhard Ruppert

13469 Berlin

E-Mail: [dr.bruppert@gmail.com](mailto:dr.bruppert@gmail.com)

## NRW will Kinderschutz stärken

**D**ie nordrhein-westfälische Landesregierung stärkt den Kinderschutz im größten Bundesland. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hatte dazu im November 2018 zwei neue Förderaufrufe veröffentlicht: Zum einen konnten Kinderschutzambulanzen einen Antrag auf Förderung der Personalkosten des medizinischen Personals stel-

len, soweit diese Kosten nicht anderweitig finanziert sind. Pro Kinderschutzambulanz konnte hier für das Jahr 2019 ein Betrag von bis zu 30.000 Euro beantragt werden. Kinderschutzambulanzen bilden einen wichtigen Baustein im Hilfesystem der Versorgung von Kindern, die Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch geworden sind.

Zum anderen wird der Aufbau eines landesweiten Kompetenzzentrums „Kinderschutz im Gesundheitswesen“ gefördert. Das geplante Kompetenzzentrum soll die Akteure im Gesundheitswesen in Fragen der Diagnostik, Sicherung von Befunden, Handlungs- und Rechtssicherheit sowie Qualifizierung unterstützen und beraten. Die konkrete Fördersumme wird

sich aus dem Leistungsangebot ergeben. Der Entwurf des Landeshaushalts für das Jahr 2019 sieht insgesamt im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitshilfe für Maßnahmen des Kinderschutzes 2,5 Millionen Euro vor.

„Kinder brauchen ohne Wenn und Aber den Schutz der Gesellschaft und des Staates, wenn sie Opfer von Straftaten werden oder ihnen diese drohen. Darum stärken wir den Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen noch einmal deutlich. Wir müssen auch im Gesundheitswesen die richtigen Strukturen haben, damit Kindern wirksam geholfen werden kann“, sagte Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann am 16. November 2018 in Düsseldorf. Die Kinderschutzambulanzen und das geplante Kompetenzzentrum sollen hier nicht „nur“ reaktiv, sondern

vor allem auch präventiv tätig werden. Minister Laumann: „Es geht auch darum, Belastungssituationen in Familien und mögliche Zeichen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch so früh wie möglich zu erkennen, damit Straftaten und Gewalttaten erst gar nicht passieren.“

Viele Kinder in Nordrhein-Westfalen werden im Laufe ihres Lebens Opfer von Misshandlung und Missbrauch oder sind in ihrem Wohl gefährdet. Laut Polizeilicher Kriminalstatistik wurden 2017 in Nordrhein-Westfalen 2.872 Kinder und 6.365 Jugendliche Opfer einer Gewalttat. Nach Angaben von IT.NRW haben die Jugendämter in Nordrhein-Westfalen in knapp 39.500 Fällen im Rahmen ihres Schutzauftrags eine Einschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorgenommen. Eltern, Angehörige und Betreu-

ende sind häufig unsicher im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen und wissen nicht, an wen sie sich wenden können, um Hilfe zu bekommen. Hierzu braucht es vor allem schnelle Hilfe, die niedrigschwellig und ortsnahe erreichbar ist. Beim Erkennen von Kindeswohlgefährdungen, Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch leisten die Akteure im Gesundheitswesen einen unverzichtbaren Beitrag. Sie sollen künftig – zum Beispiel bei der diagnostischen Sicherung oder der Einleitung von Interventionen – besser unterstützt werden.

*Mehr Infos:*

<https://www.mags.nrw/kinderschutz>.

*Red.: ReH*

## Anzahl der Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen leicht rückläufig

Nach aktuellen Angaben des Statistischen Bundesamtes ist bei den 10- bis 19-Jährigen die Zahl der Fälle von Alkoholintoxikationen mit Krankenhausaufenthalt von 2016 (22.309 Fälle) auf 2017 (21.721 Fälle) um 2,6 Prozent zurückgegangen. Dennoch warnen die Bundesdrogenbeauftragte und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) weiterhin vor den gesundheitlichen Folgen von hohem Alkoholkonsum. Denn immer noch kommt es besonders häufig bei männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren zu Alkoholintoxikationen. Bei ihnen liegt die Quote – trotz eines Rückgangs um 2,5 Prozent – bei 528 Fällen auf 100.000 Personen dieses Alters. Auch bei den gleichaltrigen weiblichen Jugendlichen liegt die Quote immer noch vergleichsweise hoch mit 376 Fällen auf 100.000 Personen bei einem Rückgang um 2,0 Prozent.

**Dr. med. Heidrun Thaiss**, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), betonte: „Die aktuellen Daten zu den Alkoholintoxikationen junger Menschen weisen zwar in die richtige Richtung, aber ihre Anzahl ist nach wie vor zu hoch. Jeder einzelne

Fall ist einer zu viel. Deshalb bleiben zielgruppenspezifische Präventionsangebote wie die BZgA-Kampagne ‚Alkohol? Kenn dein Limit.‘ auch in Zukunft unverzichtbar, um jungen Menschen einen verantwortungsvollen, kritischen Umgang mit Alkohol zu vermitteln und dazu beizutragen, das Rauschtrinken konsequent zu reduzieren.“

**Dr. Volker Leienbach**, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), erklärte: „Vor allem Schulen und das Freizeitsetting sehen wir als wichtige Lebenswelten für die Entwicklung von entsprechender Gesundheits- und Präventionskompetenz. Daher bauen wir in Schulen und in Kommunen die Angebote für Jugendliche und Multiplikatoren in der Beratung gemeinsam weiter aus.“

**Info:**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt seit 2009 die Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) durch. Sie richtet sich an 16- bis 20-Jährige und wird flankiert von der BZgA-Kampagne „Null

Alkohol – Voll Power“ für 12- bis 15-Jährige sowie der Erwachsenenkampagne von „Alkohol? Kenn dein Limit.“

[www.null-alkohol-voll-power.de](http://www.null-alkohol-voll-power.de)

[www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info)

[www.kenn-dein-limit.de](http://www.kenn-dein-limit.de)

[www.alkoholfrei-sport-geniessen.de](http://www.alkoholfrei-sport-geniessen.de)

**Die Studiendaten der BZgA zum Thema**

- BZgA-Studie „Der Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsener in Deutschland 2016“

[www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/](http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/)

- Faktenblatt zur Studie

[www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention/](http://www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/suchtpraevention/)

**Kostenlose Bestellung**

**der BZgA-Materialien unter:**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln

Online-Bestellsystem:

[www.bzga.de/infomaterialien](http://www.bzga.de/infomaterialien)

Fax: 0221/8992257

E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

*Red.: ReH*

## 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).

**Ein Film, ein Shitstorm und der Versuch einer Erklärung** von Dipl.-Psych. Dietmar Langer und „Elternschule“ – ein Film im Fadenkreuz der öffentlichen Kritik von Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf, KJA Heft 12/2018-1/2019, S. 807 ff.



Ich fand die Beiträge zum Film „Elternschule“ nicht ausgewogen. Zuerst stellt die Hauptperson des Films, der Psychologe Langer, seine Meinung dar, dann kommt als „Kritik“ eine Nacherzählung dieser Meinung durch Herrn Tegtmeier-Metzdorf. Angereichert mit einem Exkurs über Elternbett, Langzeitstillen und die Frage, ob man Säuglinge „einfach schreien lassen darf“. Nur: darum geht es in dem Film gar nicht. Die Babys und Kleinkinder weinen in dem Film nicht „einfach so“, sie weinen vielmehr, weil sie von ihren Müttern getrennt werden, um ein so genanntes „Trennungstraining“ zu durchlaufen. Dadurch sollen sie das ihrer Störung angeblich zugrunde liegende „Trennungstrauma“ überwinden lernen (ob es sich bei dieser Störung nun um eine Neurodermitis, Asthma oder eine „Regulationsstörung“ handelt). Ich finde, dass die von Herrn Tegtmeier-Metzdorf mit harten Worten kritisierte Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie solche Außenseitermethoden zurecht beanstandet – so wie das inzwischen ja

auch die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin tut. Statt den Kollegen HRP öffentlich über dessen Irrtümer aufzuklären (diese hätten sich in einem persönlichen Gespräch im Vorfeld ja vielleicht klären lassen) wären Informationen zu dem Film interessanter gewesen, er wird ja bald im Fernsehen laufen. Da sollten wir Kinderärzte dann zumindest die dort gezeigten Therapiebausteine kennen, wie etwa „Stressimpfungstraining“, „Bindungs-Trennungstraining“ und unmodifizierte Extinktion als „Schlafverhaltenstraining“. Wer sich dafür interessiert, kann sich auf meinem Blog unter [kinder-verstehen.de/bvkJ](http://kinder-verstehen.de/bvkJ) in die Hintergründe einlesen. Klar, die Diskussion um langes Stillen, Elternbett etc. ist auch interessant – aber in dem Film geht es nicht darum.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Herbert Renz-Polster  
88267 Vogt

Red.: ReH

## DGAAP

### Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

Machen Sie mit!  
Werden Sie Mitglied!  
Informationen und Mitgliedsanträge auch unter [www.dgaap.de](http://www.dgaap.de)

# Datenreport des Statistischen Bundesamtes 2018 – Sozialbericht für Deutschland

(veröffentlicht am 14.11.2018)

## Gesundheit, Bildung, Lebenschancen: Wie Armut unsere Kinder belastet

Fast jedes sechste Kind in Deutschland ist von Armut bedroht. Und das hat Folgen: Die Betroffenen essen ungesünder, machen weniger Sport und haben schlechtere Bildungschancen.

*In Deutschland leben immer weniger Kinder. Ihre derzeitige und zukünftige Lebenssituation wird immer noch entscheidend durch ihre soziale Herkunft geprägt. So steigen die Chancen von Kindern auf hohe Bildungsabschlüsse, wenn die Eltern selbst einen hohen Bildungsstand haben. Kinder aus Elternhäusern mit niedrigerem sozioökonomischem Status haben zudem schlechtere Chancen, gesund aufzuwachsen. Das subjektive Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in den Schulen variiert stark nach Schulform. Trotz guter Wirtschaftslage stagniert der Anteil der armutsgefährdeten Kinder. Kinder und Jugendliche in Haushalten mit alleinerziehenden Müttern oder Vätern sind dabei am stärksten von Armut gefährdet.*

## Zahl der Kinder in Deutschland ist in den letzten 20 Jahren um 14 % gesunken

2017 lebten nach Ergebnissen des Mikrozensus 13,4 Millionen Personen **unter 18 Jahren** in Privathaushalten. Dies entspricht einem **Anteil von 16 % an der Bevölkerung**. In den vergangenen 20 Jahren ist die Zahl der Kinder bundesweit um 14 % gesunken: 1997 waren es noch 15,7 Millionen. Damals hatten sie einen Anteil von 19 % an der Gesamtbevölkerung.

## Je gebildeter und wohlhabender die Eltern, desto gesünder die Kinder

Die **gesundheitliche Situation von Kindern hat sich in den vergangenen Jahren verbessert**. Die soziale Herkunft wirkt sich jedoch stark auf die Gesundheit aus: **Kinder aus Elternhäusern mit**

**niedrigerem sozioökonomischem Status haben schlechtere Chancen, gesund aufzuwachsen**. Das beginnt schon vor der Geburt. Etwa 30 % der Mütter mit niedrigem sozioökonomischem Status rauchen während der Schwangerschaft; bei Müttern mit hohem sozioökonomischem Status sind es nur 2 %. Die gesundheitlichen Ungleichheiten setzen sich im Lebensverlauf fort. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status haben öfter psychische Probleme oder sind verhaltensauffällig. Sie treiben auch seltener Sport, ernähren sich ungesünder und sind häufiger übergewichtig.

## Bildungschancen von Kindern in Deutschland hängen stark vom Bildungsstand ihrer Eltern ab

In Deutschland wird die Schulwahl nach wie vor vom familiären Hintergrund bestimmt. Im Jahr 2017 hatte mit **65 % die überwiegende Mehrheit der Schülerinnen und Schüler an Gymnasien Eltern mit Abitur oder Fachhochschulreife**. Dagegen wuchsen nur wenige Gymnasiastinnen und Gymnasiasten bei Eltern auf, die einen Hauptschulabschluss (7 %) oder keinen allgemeinbildenden Abschluss (2 %) besaßen. Umgekehrt verhielt es sich bei Kindern, die auf **Hauptschulen** gingen: Lediglich 16 % hatten Eltern mit Abitur oder Fachhochschulreife. Über die Hälfte der Hauptschülerinnen und Hauptschüler lebte hingegen bei Eltern, die einen Hauptschulabschluss (42 %) oder keinen allgemeinbildenden Abschluss (14 %) aufwiesen.

## Steigende Kinderarmut erschwert kulturelle, soziale und politische Teilhabe

Im Jahr 2017 waren **14,4 % der Kinder unter sechs Jahren armutsgefährdet**. Für Kinder im Alter von **sechs bis elf Jahren lag dieser Anteil bei 14,5 %**. Kinder und Jugendliche von **12 bis 17 Jahren waren mit 16,7 % überdurchschnittlich armutsgefährdet**. Im Durchschnitt wa-

## Geburten in Deutschland

| Jahr | geborene Kinder           |
|------|---------------------------|
| 2011 | 662.685                   |
| 2012 | 673.544                   |
| 2013 | 682.069                   |
| 2014 | 714.927                   |
| 2015 | 737.575                   |
| 2016 | 792.131                   |
| 2017 | 785.000 (vorläufige Zahl) |

Quelle: Statistisches Bundesamt

ren 15,2 % aller Menschen unter 18 Jahren von Armut bedroht. Mittlerweile haben **36 % aller Kinder in Deutschland einen Migrationshintergrund**. Das bedeutet, dass das Kind selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. **Kinder mit Migrationshintergrund (33,3 %) sind häufiger armutsgefährdet als Kinder ohne Migrationshintergrund (12,7 %)**.

**Kinderarmut ist nicht ausschließlich materielle Armut und somit auch nicht nur mithilfe materieller Leistungen zu lösen**. Materieller Mangel kann zu sozialer Stigmatisierung führen. Ein wesentlicher Aspekt ist die Frage nach kultureller, sozialer, aber auch politischer Teilhabe, die für in Armut lebende und von Armut gefährdete Kinder und Jugendliche besonders erschwert wird. Armut wirkt in alle Bereiche des Lebens, sie beeinflusst Bildungs- und Lebenschancen stark.

### Herausgeber:

© Statistisches Bundesamt  
 Pressestelle, Verbreitung mit  
 Quellenangabe erwünscht  
 Kontakt:  
 Telefon: +49 (0)611 / 75-3444  
 Telefax: +49 (0)611 / 75-3976  
 presse@destatis.de, www.destatis.de

### Zusammenstellung:

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

# Unbegrenzte Möglichkeiten – der Himmel ist das Limit

Unter diesem Motto fand die diesjährige National Conference and Exhibition der American Academy of Pediatrics (AAP) vom 02. bis 06. November in Orlando, USA statt. Angemeldet waren 19.662 Gäste, davon 10.208 Pädiater aus den USA, sowie 2.342 aus dem Rest der Welt. Es fanden über 200 Veranstaltungen statt, die Industrie war mit 360 Ausstellern vertreten.



**A**us der Vielzahl der behandelten Themen seien einige beispielhaft hervorgehoben.

## Antibiotika Update

Im Antibiotika Update legten John Bradley aus San Diego und Brian Williams aus Wisconsin ihren Schwerpunkt auf Infektionen des Magen-Darm-Trakts. Immer noch zähle die Appendicitis zur Domäne der Chirurgen, es gebe aber Ansätze, bei nicht perforierter Appendicitis Studien zur konservativen Behandlung mit Antibiotika zu implementieren. Dabei würde aber die Mitarbeit der Chirurgen – noch? – zu wünschen übrig lassen.

Zehn Prozent aller Menschen in den USA haben eine Penicillinallergie anamnestisch; werden sie standardisiert getestet, haben einer Studie zufolge in Pediatrics aus 2017 100 von 100 Kindern mit „low risk allergy“ (Hautveränderungen) keinen positiven Prick- bzw. Epikutantest.

Ein bislang nicht zu klärendes Phänomen ist der Rückgang von MRSA. Gleichzeitig ist eine deutliche Zunahme von z.B. ESBL zu verzeichnen.

Die Zukunft in der Behandlung bakterieller Infektionen liegt nach Meinung der Autoren in der Phagentherapie. Daten

dazu gebe es aus Japan, die ganz zukunftsweisend seien.

## Atopisches Ekzem, Nahrungsmittelallergien

„Die Pathogenese des atopischen Ekzems ist definitiv entschlüsselt“ so Marissa Perman aus Philadelphia. Neben genetischen Faktoren zeichnen sich u.a. Leben in der Großstadt, schwarze Hautfarbe und Mittelschichtzugehörigkeit als Risikofaktoren ab. Seit 1960 hat sich die Prävalenz des atopischen Ekzems verdreifacht.

Bei neueren Therapien fand der Phosphodiesterase 4 Inhibitor Crisaborole, in einer z.B. zweiprozentigen Creme, als Option Erwähnung. Bislang vorliegende Daten berichten nur von gelegentlichem Brennen als Nebenwirkung.

Man geht aufgrund von Schätzungen davon aus, dass circa sechs Millionen Kinder bis 18 Jahre in den USA eine Nahrungsmittelallergie haben. Die sogenannte LEAP Studie (Learning Early About Peanut Allergy) zeigte deutlich, dass die frühe Exposition von Hochrisikokindern mit potenten Allergenen wie Erdnuss, Eier, Fisch, Milch u.a. einen positiven Einfluss auf die spätere Allergieentwicklung hat (Michael Pistiner, Massachusetts).

Im weitesten Sinne mit Allergien beschäftigte sich Shaista Safder aus Orlando mit dem heiklen Thema „Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensibilität“ (NCGS). In den USA umfasst der glutenfreie Nahrungsmarkt ein Volumen von 15 Milliarden Dollar pro Jahr, ein Riesengeschäft. In einer Studie aus 2015 waren bei Erhebungen glutenfreie Backprodukte 250 Prozent teurer als herkömmliche.

Die Diagnose einer NCGS ergibt sich laut Autorin nach Ausschluss einer Zö-

liakie bzw. NM Allergie aufgrund einer Symptombeschreibung des Patienten anhand eines standardisierten Fragebogens vor und nach sechs Wochen glutenfreier Ernährung.

Aufgrund des Modetrends glutenfreier Ernährung ist neben den teureren Lebensmitteln auch auf mögliche Mangelernährung zu achten.

Abschließend noch ein paar Topics:

- Unter den vielen Impfstoffen gibt es nur drei, die streng intramuskulär (im.) appliziert werden müssen (HPV, HepB und Tollwut) Mary Ann Jackson, Kansas.
- Vitamin D senkt Mortalität, Infekthäufigkeit und hilft auch bei Depressionen, keine eindeutige Evidenz gibt es jedoch bzgl. Krebs, Typ2 Diabetes, Adipositas, Hypertonie und Herz-Kreislauferkrankungen (Jyothsna Gattineni, Texas).
- Erfreulich ist der deutliche Rückgang des Konsums herkömmlicher Zigaretten bei Jugendlichen, erschreckend aber, dass der Konsum von E-Zigaretten von 2017 auf 2018 hochgerechnet um 75 Prozent zugenommen hat. Aufklärung tut not, dass z.B. JUUL (in USA mit beliebtestes „E-Zigarette“, auch das „Iphone der E-Zigaretten“ genannt) die Gehirnentwicklung jugendlicher negativ beeinflusst und süchtig macht (Deep Camenga, Yale).

Die nächste Jahrestagung der AAP findet vom 25. bis 29.10. 2019 in New Orleans statt.

## Korrespondenzanschrift:

Dr. Georg Bingel  
Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin  
21218 Seevetal  
E-Mail: Georg.Bingel@t-online.de

Red.: ReH

# Vom „Monstrum“ zur „Fehlbildung“

**Gesellschaftliche Wahrnehmungen vorgeburtlicher Schädigungen von der Antike bis in die Gegenwart** // Seit jeher sind Menschen geboren worden, die von jenem körperlichen Erscheinungsbild abweichen, das den Zeitgenossen als „normal“ galt. Doch was als konstant erscheinen mag, ist zugleich dem historischen Wandel unterworfen. Über die gesamte Menschheitsgeschichte hat sich der soziale Umgang mit den verschiedenen Formen der angeborenen Andersartigkeit tiefgreifend verändert. Er unterlag stets bestimmten kulturellen Wahrnehmungsregimen, wurde dabei von religiösen und sozialmoralischen Normen durchwirkt und war überdies Ausdruck eines zeitgebundenen medizinischen Wissens. Das Deutungsspektrum reichte von vergottender Mystifizierung bis zu anprangernder Dämonisierung, was sich nicht zuletzt in den Benennungspraktiken spiegelt. Der Umgang mit angeborenen Abweichungen vom Bild des „Normalen“ verrät daher immer auch etwas über den Geist und die Zeit, in denen sich jene bewegten, die über das „Andersartige“ berichten.



Dr. Niklas Lenhard-Schramm

Bereits aus der Steinzeit kennen wir Felsmalereien, die Menschen mit „zu viel“ oder „zu wenig“ Gliedmaßen abbilden. Wenngleich die Mythologien fast aller älterer Kulturkreise solche und andere, körperliche Sonderwesen kennen (etwa Zwerge, Wotan, Sphinx), wissen wir über den Umgang mit ihnen kaum etwas. Dies ändert sich mit der Antike, aus der nicht nur zahlreiche ähnliche Mythengestalten bekannt sind (etwa Sirenen, Zyklopen, Janus), sondern die uns auch zahlreiche Schriftzeugnisse bietet. Diese deuten Fehlbildungen meist als Wunder oder göttliche Zeichen, wie die etymologischen Ursprünge der Begriffe *teratolos* und *monstrum* zeigen. Eine der bekanntesten – und uns heute als am grausamsten erscheinende – Handhabung ist aus Sparta bekannt, wo Neugeborene mit Fehlbildungen zum Sterben in der Wildnis ausgesetzt wurden. Auch sind Äußerungen der großen Philoso-

phen überliefert. Während Platon empfahl, Neugeborene mit Fehlbildungen zu verbergen, wandte sich Aristoteles dagegen, fehlgebildete Kinder aufzuziehen. Ähnlich den Hochkulturen Ägyptens und Babyloniens räumte das römische Recht dem Vater die Tötung eines „missgestalteten“ Kindes ein. Auch Cicero berichtete über diesen Umgang mit den als „abnorm“ empfundenen Gestalten. Prägend für die griechisch-römische Antike blieb insgesamt eine Haltung, die Neugeborenen mit Fehlbildungen das Lebensrecht absprach.

## Behinderte zur Belustigung auf dem Jahrmarkt

In der römischen Spätantike begann sich dieser Umgang allmählich zu wandeln. Immer öfter wurden Fehlbildungen nun als „Laune der Natur“ begriffen, die zunehmend der Unterhaltung dienten. Auf gesonderten Märkten (*forum morionum*) wurden Menschen mit Behinderung zur Belustigung präsentiert, bisweilen auch als Kuriositäten feilgeboten. Obwohl diese Menschen als „minderwertig“ galten, kann man dies als ersten, wenn auch zaghaften Schritt zur sozialen Integration verstehen, wurde ihre Daseinsberechtigung doch nicht mehr gänzlich verneint.

Dies wurde durch die christliche Tradition in gewisser Weise fortgesetzt, erhielten doch auch Menschen mit Fehlbildungen Zugang zu den nun aufkommenden Spitälern. Doch zugleich wurden Fehlbildungen immer stärker an Vorstellungen von Schuld und Sühne gebunden. Prägend war hier vor allem die Lehre des Augustinus, die „Missgeburten“ hätten

ihre Gestalt dem Willen Gottes zu verdanken. Auch blieb ein krasser Aberglaube vorherrschend, der in Fehlbildungen ein Teufelswerk erblickte. Eine geschlechtliche Vereinigung der Mutter mit dem Teufel wurde ebenso angenommen wie das Unterschieben eines „Wechselbalges“, unter anderem von Luther. Menschen mit Fehlbildungen und ihre Angehörigen wurden insoweit nicht nur dämonisiert, sondern sahen sich auch weiterhin religiös motivierter Verfolgung ausgesetzt, die vor allem während der Hexenverfolgung im 16. und 17. Jahrhundert einen tödlichen Höhepunkt fand.

## Die Medizin entdeckt die „Missgestaltungen“

Vor diesem Hintergrund liegen bis ins hohe Mittelalter unzählige Schriftquellen vor, die über „Missbildungen“ berichten. Eine eingehende Kasuistik erfuhren diese Fälle aber nicht und detaillierte Darstellungen sind ebenso wenig bekannt. Dies änderte sich im 16. Jahrhundert. Mit dem zunehmenden Interesse an physiologischen und anatomischen Zusammenhängen in der Medizin der Renaissance wurde auch angeborenen „Missgestaltungen“ eine neue Aufmerksamkeit zuteil. Neben anderen Medizinern berichteten vor allem Jakob Ruf (1505–1558) und Ambroise Paré (circa 1510–1590) über Fehlbildungen. Auch sind zahlreiche Abbildungen aus dem 16. Jahrhundert überliefert. Von dieser Zeit an besteht eine kontinuierliche Tradition der kasuistischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der „Missbildungen“.

Mit dieser Entwicklung begann sich auch die Ursachendeutung zu verschieben. Galten „Missgestaltungen“ zunächst als Omen, Gottesstrafe oder Laune der Natur, so wurde seit dem 16. Jahrhundert die mythische und numinose Interpretation allmählich zurückgedrängt, obschon betroffene Menschen auch weiterhin als Kuriositäten auf Jahrmärkten und in Gruselkabinetten zur Schau gestellt wurden. Durch die verstärkte Auseinandersetzung mit „Missbildungen“ brachen sich neue Erklärungsmuster Bahn. Als Ursachen für Missbildungen wurden nunmehr sowohl die Disposition der Eltern als auch Umwelteinflüsse vermutet, wenngleich auch solche Erklärungsansätze nicht selten von theologisch-moralischen Deutungsmustern durchsetzt blieben.

Ab Beginn des 19. Jahrhundert bildete sich dann eine wissenschaftliche Lehre von den Fehlbildungen, die bald als „Teratologie“ firmierte. Als deren Begründer gelten Étienne Geoffroy Saint-Hilaire (1772–1844) und sein Sohn Isidore (1805–1861) sowie Johann Friedrich Meckel (1781–1833). Erstmals betrieben sie eine experimentelle Erforschung und bemühten sich um eine Systematisierung der Erscheinungsformen. Infolgedessen erlebte die teratologische Forschung einen raschen Aufschwung. So war zu Beginn des 20. Jahrhunderts bekannt, dass sowohl genetische Faktoren als auch Umwelteinflüsse verschiedener Art für embryonale Entwicklungsstörungen verantwortlich sein können. Doch die genauen Mechanismen der Teratogenese blieben im Dunkeln, zumal sich die Teratologie vorwiegend mit dem toten Körper auseinandersetzte und der Blick auf die Fehlbildungen *in statu nascendi* damit verschlossen blieb.

Nach einem Höhepunkt im 19. Jahrhundert erfuhr die Teratologie mit der Wende zum 20. Jahrhundert einen massiven Bedeutungseinbruch. Während sie die zentralen Erkenntnisprobleme nicht zu lösen vermochte und sich die kasuistische Auseinandersetzung mit Missbildungen weitgehend erschöpft hatte, verlagerte sich die nach wie vor virulente Frage der Ätiologie in andere Fachdisziplinen, etwa in die pathologische Anatomie oder die Embryologie. Als überaus folgenreich erwies sich in Deutschland, dass teratologische Problemstellungen zunehmend von eugenischen und rassistischen Ansätzen usurpiert wurden. Insoweit bemächtigten sich nun Denksysteme der Deu-

tungshoheit über die „Missbildungen“, die diesen Problemkreis vornehmlich genetisch interpretierten. Wenngleich die Bedeutung peristatistischer Faktoren für die Fehlbildungsentstehung nicht völlig aus dem wissenschaftlichen Gesichtsfeld verschwand, wurde sie doch damit weitgehend an den Rand gedrängt.

### Der „Volkskörper“

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 avancierte die genetische Perspektive dann zu einer Art medizinisch-ideologischen Staatsräson. Auch wenn die fruchtschädigende Wirkung bestimmter Umwelteinflüsse keineswegs bestritten wurde, richtete sich das hauptsächliche Erkenntnisinteresse einschlägiger Experten doch auf die Beseitigung „minderwertiger“ Anlagen aus dem Erbgut des „Volkskörpers“. Damit war bei Fehlbildungsfällen auch die Aufmerksamkeit automatisch auf genetische Ursachen hingelenkt, nicht zuletzt auf massiven Druck des Staates, der eine Meldung von (erblich bedingten) Missbildungen ab dem 18. August 1939 verbindlich dekretierte. Die politische wie wissenschaftliche Sozialisation verfestigte insoweit ein eugenisches Denkschema, dessen Beharrungskraft fortwirkte und auch nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes den Problemkreis der „Missbildungsursachen“ vor allem auf Fragen der „Erbgesundheit“ hinlenkte.

### Menschengemachte Fehlbildungen

Nach dem Krieg kam eine neue Debatte hinzu, die das allgemeine Problem der Ätiologie bald völlig dominieren sollte. Es war die Frage nach den Auswirkungen radioaktiver Strahlung, besonders infolge des Fallouts nach Kernwaffenversuchen. Wie eine Erhebung der Bundesregierung zur „Zunahme von Mißgeburten“ von 1958/59 zeigte, stellte dieser Zusammenhang zunächst alle anderen teratogenen Agentien in den Schatten. Das hatte mehrere Gründe. Die atomare Rüstung im Kalten Krieg und die latente Gefahr eines nuklearen Infernos hielt dieses Problem im öffentlichen Raum dauerhaft wach. Entscheidend war dabei, besonders für den medizinischen Diskurs, dass die Debatte um die Auswirkungen radioaktiver Strahlen die Fragen der teratogenen und

der mutagenen Umwelteinflüsse besonders eng miteinander verknüpfen konnte. Damit konnten die nach wie vor wirkmächtigen Denkmuster in den einschlägigen medizinischen Fachdisziplinen problemlos aufgegriffen und fortgeführt werden. Doch zugleich verschob sich die Wahrnehmung der Verantwortlichkeit. Fehlbildungen erschienen nunmehr vor allem als menschengemacht, als Begleiterscheinung der Industrialisierung und Technisierung der modernen Welt.

Diese Deutung erhielt noch einmal starken Auftrieb, als der Contergan-Skandal der westdeutschen Öffentlichkeit ab Ende 1961 den Atem verschlug. Für die Wahrnehmung von Fehlbildungen war der Skandal um das fruchtschädigende Schlafmittel aus zwei Gründen von kaum zu überschätzender Bedeutung. Zum einen blieb das Thema mit den Bildern und Biographien der Kinder über die gesamten 1960er-Jahre in den Medien präsent. Die Debatte war Ausdruck eines grundstürzenden Liberalisierungsprozesses der westdeutschen Gesellschaft, wirkte aber stets auch auf diesen zurück. Über alle weltanschaulichen und politischen Grenzen hinweg artikulierten die betroffenen Familien ihre Interessen und fanden damit großes Gehör. Dabei half – zum anderen –, dass der Contergan-Skandal als ein soziales Versagen wahrgenommen wurde, denn als das Modemedikament seiner Zeit stand Contergan für die Risiken von Konsum und modernem Leben. Es war die Gesellschaft, die verantwortlich erschien, was dem Fall und dem Umgang mit den Opfern seine besondere Prägung verlieh.

Letztlich trieb die mediale Thematisierung Contergans eine Diskussion voran, die ab den 1960er-Jahren die Wahrnehmung von Menschen mit Fehlbildungen und Behinderung erheblich wandelte. Denn neben der medizinisch-wissenschaftlichen Erforschung rückten nun verstärkt neue Probleme in den Mittelpunkt. Fragen der gesellschaftlichen Integration und des richtigen sozialen Umgangs gewannen nun immer mehr an Raum. Dabei änderte sich auch der Sprachgebrauch. War zu Beginn der 1960er-Jahre der Begriff „Missgeburt“ auch in offiziellen Dokumenten keine Seltenheit, so verschwanden solche Bezeichnungen doch allmählich mit der wachsenden Sensibilität für diskriminierende Benennungspraktiken. So wird heute auf das Präfix „Miss-“ in diesem Zusammen-

hang weitgehend verzichtet, weist es doch jedem Nomen seinen größtmöglichen Fehl- oder Mangelzustand zu. Mit den kulturwissenschaftlich geprägten *disability studies*, die Behinderung als soziales und insoweit historisch wandelbares Konstrukt begreifen, behandeln wir das Thema heute auf einem Reflexionsniveau, das so in der Geschichte zuvor noch nicht erreicht wurde. Doch die wechselvolle

Geschichte zeigt auch: Wie sich der Umgang mit angeborener Andersartigkeit in Zukunft gestalten wird, ist keineswegs vorherbestimmt, sondern offen.

*Literatur beim Verfasser*

*Der Autor arbeitet als Historiker an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster*

**Korrespondenzanschrift:**

*Dr. Niklas Lenhard-Schramm  
Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Historisches Seminar  
Domplatz 20-22, 48143 Münster  
Tel.: 0251/83-25454  
E-Mail: niklas\_schramm@gmx.de*

*Red.: ReH*

## Buchtipp

Bernhard Stier  
**Manual Jungenmedizin  
Orientierungshilfe für  
Pädiater, Hausärzte und  
Urologen**  
Springer-Verlag, essentials, 2017,  
Softcover, € 14,99  
ISBN 978-3-658-17322-7

### Kurzleitfaden für den Praxis- und Klinikalltag

Jungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendlichenalter machen statistisch mehr als 50% der Klientel in unseren pädiatrischen Praxen aus. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Vorstellungsanlässe betrifft dabei Erkrankungen, die ausschließlich beim männlichen Geschlecht auftreten: Balanitis, Hodenhochstand, Hypospadie, Phimose – um nur ein paar wenige zu nennen.

Wir sind als Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte diejenigen, bei denen Expertise in der Diagnose, Beratung und Therapie vorausgesetzt wird, gerade auch bei Störungsbildern, die – aus vielen Gründen – gerne unter der Gürtellinie verborgen bleiben.

Fragen Sie sich selber: Bin ich hier wirklich Experte mit einem fundierten Wissen? Wenn wir ehrlich zu uns sind: In manchem ja, aber ganz sicher nicht überall. Und genau dafür benötigen wir eine solche Orientierungshilfe.

Wenn Sie sich anhand dieses hundert Seiten starken Kompendiums kompetent gemacht haben,

- können Sie medizinisch unsinnige Beschneidungen verhindern, weil es erfolgversprechende konservative Behandlungsmethoden bei physiologischen Vorhautverengungen gibt, bzw. notwendige Beschneidungen indizieren, wenn Sie den Lichen sclerosus als

Verursacher der pathologischen Phimose ausmachen können.

- können Sie kleine Tragödien und unsägliche Fehlberatungen und frustrierende Therapieversuche ersparen helfen. Nämlich dann, wenn der Jugendliche sich endlich getraut, seine Sorge anzusprechen, er könnte eine Geschlechtskrankheit haben, und Sie ihm erklären können, dass seine Hornzipfel am Eichelrand eine Normvariante darstellen, die jeder fünfte junge Mann aufweist.
- können Sie vermutlich die spätere Fertilität des Jungen verbessern, weil Sie frühzeitig eine Varikozele erkannt haben und einer Operation zugeführt haben. Die Dunkelziffer bei der rechtzeitigen Erkennung von Varikozelen liegt nämlich immer noch sehr hoch.
- und noch viel mehr.

Was Bernhard Stier mit seinem über viele Jahre vertieften Erfahrungswissen in diesem kompakten kleinen Buch darstellt, ergänzt unser Praxiswissen und gibt uns die notwendige Sicherheit im Umgang mit dem nicht zu kleinen Feld jungenmedizinischer Erkrankungen.

**Korrespondenzanschrift:**

*Dr. med. Klaus Rodens  
89129 Langenau  
E-Mail: klausrodens@t-online.de*

*Red.: WH*





# Eine gute Restlaufzeit!

## Prof. Dr. Frank Riedel zum 65. Geburtstag

*Als sich der 1954 geborene Prof. Dr. Frank Riedel um die Chefarztposition des AKK (Altonaer Kinderkrankenhaus) bewarb, geschah das vor dem Hintergrund einer viel versprechenden Karriere: Medizinstudium in Kiel, Lübeck und Düsseldorf, Weiterbildung am Royal Hospital for Sick Children in Edinburgh (Schottland) und an den Universitätskinderkliniken Lübeck und Hannover, Habilitation (Pädiatrische Pneumologie und Allergologie) während seiner Zeit als Oberarzt an der Uni-Klinik in Marburg, außerordentlicher Professor als Leitender Oberarzt an der Uni-Klinik in Bochum.*



### Chefarzt und ärztlicher Direktor in Hamburg

Während seiner Arbeit als Chefarzt der pädiatrischen Abteilung des AKK übertraf er alle Erwartungen – nicht nur auf fachlicher Ebene. Das Krankenhaus befand sich in kritischer wirtschaftlicher Situation. Eine strukturelle Neuausrichtung war erforderlich. Das AKK bildete mit der Universitätskinderklinik eine Gesellschaft, in der man sich über den regionalen Ausbau von Schwerpunkten verständigte. Er schuf den „Lufthafen“ für dauerbeatmete und andere pulmonologisch erkrankte Patienten. Apparative Innovation und mehrere umfangreiche bauliche Veränderungen waren notwendig. Das Haus wuchs, wächst weiter und genießt Wohlwollen und Förderung der Gesundheitsbehörde und das großzügige Mäzenatentum vieler Hanseaten. Das bewirkt auch bei den Mitarbeitern einen Motivationsschub, zu dem sicher auch die Persönlichkeit Riedels beigetragen hat.

Zu seinem Abschied aus der Klinik nach 17-jähriger Arbeit als Chefarzt und ärztlicher Direktor sandten 2014 viele Kol-

legen aus dem klinisch-wissenschaftlichen Bereich Grußbotschaften, die seine Persönlichkeit schildern: Er zeichne sich aus durch Sachkompetenz, Disziplin, Weitblick, Engagement, Durchsetzungsvermögen, Gradlinigkeit, Empathie, sei uneitel und herzlich mit feinsinnigem Humor. Während jahrelanger Zusammenarbeit im Vorstand des AKK macht man die Erfahrung: Er kann geduldig zuhören, ist ein Mann der leisen Töne, bleibt stets höflich, behält aber beharrlich sein Ziel im Auge.

### Riedels Bedeutung für den BVKJ

Der Berufungskommission für Prof. Riedel gehörte auch ein niedergelassener Kollege an, der den Bewerber über seine Meinung zu den pädiatrischen Gesellschaften, die Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Klinikern und anderen Problemen der damaligen Verbandspolitik befragte. Die Antworten waren differenziert und gefestigt. In den folgenden Jahren blieb Riedel seiner Auffassung treu:

- Sein Vorgänger Prof. Blunck hatte in Zusammenarbeit mit unserem Berufsverband und der KV den Notdienst niedergelassener Kollegen während der sprechstundenfreien Zeiten im AKK etabliert. Riedel setzte diese Zusammenarbeit intensiv fort.
- Gern nahm er unsere Anregung auf, die Kompetenz der Pädiater für Jugendliche auch durch eine entsprechend jugendgerechte Raumgestaltung im Krankenhaus zu demonstrieren. Mit Hilfe einer großzügigen Spende von 75.000 € der Firma Glaxo Smith Kline wurde nach dem Entwurf des bekannten Hamburger Innenarchitekten Volker Möller eine Jugendpflegeeinheit eingerichtet. Für Unterhaltung und Verbindung zu den Angehörigen und Freunden ist mit

Telefon, Internetanschluss und Fernsehen in behaglicher Umgebung gesorgt (KJA 10/2002 S.776).

- Besonders verdienstvoll war die Schriftleiter Tätigkeit für den „Kinder- und Jugendarzt“, die Prof. Riedel gemeinsam mit Prof. Christen (Hannover) in der Sparte „Fortbildung“ für zehn Jahre übernommen hatte. Während dieser Zeit erfuhr die Zeitschrift eine deutliche Bereicherung an Fachbeiträgen kompetenter Autoren und wurde durch die Schaffung neuer Rubriken belebt. Die Verdienste des Schriftleiter-Duos hat der BVKJ mit der Verleihung der Ehrennadel in Silber 2014 gewürdigt.

### Aufbruch in die Dritte Welt

Überraschend für viele Kollegen, Weggefährten und Mitarbeiter zog Riedel sich noch vor Erreichen der Altersgrenze aus seiner verantwortungsvollen Position als Klinikchef zurück, um eine neue Herausforderung anzunehmen. Nach einer tropenmedizinischen Weiterbildung im Hamburger Bernhard-Nocht-Institut nimmt er seit Herbst 2014 über den DAAD eine Lehrtätigkeit für Studenten an der Adama Technical and Science University in Äthiopien wahr (s. Bericht im KJA 2/20016).

Diesen Dienst wird Prof. Dr. Frank Riedel wohl auch noch eine Weile leisten. Und damit über seinen 65. Geburtstag hinaus, zu dem ihm unser Verband in dankbarer Erinnerung herzlich gratuliert.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Klaus Gritz  
21354 Bleckede  
E-Mail: Klaus@Gritz.de

Red.: WH

# Nachruf Professor Dr. Hansjörg Cremer

Nach einem langen, glücklichen und erfüllten Leben verstarb am 1. März 2018 im Alter von 86 Jahren Professor Dr. med. Hansjörg Cremer aus Heilbronn. Professor Cremer wurde 1931 in Heilbronn als Sohn eines Kinderarztes geboren. Nach dem Medizinstudium absolvierte er seine Ausbildung als Kinderarzt an verschiedenen Stationen, zuletzt an der Uniklinik Freiburg, wo er sich später extern habilitierte. 1965-1974 war er leitender Oberarzt der Kinderklinik Karlsruhe. 1975 wurde er Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Heilbronn, ein akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg. 1982 verlieh ihm die Heidelberger Fakultät eine außerplanmäßige Professur. Im Jahr 1996 trat er in den Ruhestand.

Seit 1998 war er Ehrenmitglied des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e.V., 2012 wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ernannt.

Der Interessenschwerpunkt von Prof. Cremer war zeitlebens die Pädiatrische Dermatologie. Durch seine brillante Beobachtungsgabe und sein detektivisches Gespür war er an der Beschreibung und Einordnung von Hauterkrankungen im Kindesalter maßgeblich beteiligt. Er leistete Pionierarbeit auf dem Gebiet des Kawasaki-Syndroms, in dem er schon 1978 die ersten Erkrankungsfälle in der Bundesrepublik Deutschland registrierte und die die Arbeitsgemeinschaft „Mucocutanes Lymphknoten-Syndrom“ ins Leben rief. Seine Liebe zur Fotografie verband er mit seinem beruflichen Interesse an der pädiatrischen Dermatologie und baute über Jahrzehnte eine hervorragend strukturierte pädiatrisch-dermatologische Bilder-Datenbank auf und veröffentlichte einen Bildatlas häufiger Hautkrankheiten im Kindesalter.

Seine Bilder-Datenbank machte er für jeden Kinder- und Jugendarzt zugänglich; er überführte sie in den Bestand des „Netzwerkes interdisziplinäre Pädiatrische Dermatologie“ (NipD), welches er maßgeblich 2003 mitgegründet hatte. Die Interdisziplinarität war ihm zeitlebens besonders wichtig; neben Kinder- und Hautärzten sind auch Kinder-

Gefäß- und Plastische Chirurgen, interventionelle Radiologen und Humangenetiker im NipD engagiert. 2014 hat er seine Vorstandstätigkeit abgegeben und wurde auf Antrag der Mitglieder zum ersten Ehrenmitglied des NipD ernannt.

Nicht zuletzt müssen noch die Hämangiome erwähnt werden, mit denen sich Prof. Cremer während seiner Laufbahn intensiv beschäftigte und deren Therapieoptionen durch ihn maßgeblich mitentwickelt wurden. So war er 2008 Ko-Autor der ersten interdisziplinären AWMF-Leitlinie für „Hämangiome im Säuglings- und Kleinkindalter“ und Mitherausgeber eines Buches „Hämangiome – Diagnostik und Therapie in Bild und Text“. 2008 hat er nach dem Erstbericht über die Wirkung von Propranolol bei komplizierten Hämangiomen als einer der ersten dieses Therapieverfahren in Deutschland eingeführt und direkt einen Artikel zu diesem revolutionären Thema in der Monatsschrift verfasst.

Er war nicht nur Pionier im medizinisch-fachlichen Bereich. Professor Cremer ging schon früh andere Wege in der Mitarbeiterführung. So konnten schon in der 80er-Jahren alle Kollegen bei der Einstellung neuer Ärzte mitbestimmen. Auch die Frauenquote war ihm wichtig; 50% der Ärzte sollten Frauen sein. Die heute in vielen Kliniken als Innovation gelobte Teilzeitanstellung war schon damals von Professor Cremer gelebte Nähe zu seinen Mitarbeitern. Neben seiner außerordentlichen fachlichen Kompetenz und seiner großen Leistungen



für die Pädiatrie allgemein und für die pädiatrische Dermatologie im speziellen bleiben seinen Schülern und Kollegen sicherlich die regelmäßigen „Tea Times“ im heimischen Garten in Erinnerung, zu denen auch im hohen Alter eingeladen wurde. Seine aus England stammende Ehefrau Zinnia bereicherte nicht nur die Runde mit britischem Humor und englischem Gebäck,

sondern hielt ihrem Mann ein Leben lang den Rücken frei. Ihre vier Kinder und die 11 Enkelkinder sorgen dafür, dass es im Hause Cremer nie langweilig wird.

Diejenigen, die das Glück hatten, Professor Cremer als Chef zu haben, denken gerne an die fundierte Ausbildung und Förderung sowie die außerklinischen gemeinsamen Unternehmungen zurück. Professor Cremer war in der Lage, gepaart mit viel Humor, Menschen zu führen und zu begeistern. Er formte so ein Team, das füreinander einstand. Für viele von uns war er nicht nur Klinikdirektor, sondern auch ein guter Freund.

Professor Hansjörg Cremer war und bleibt ein großes Vorbild – in beruflicher und menschlicher Hinsicht.

*Dr. Heike Bause*

*Dr. Michael Mühlshlegel,*

*74384 Laufen,*

*E-Mail: michaelandreas@t-online.de*

*Dr. Marc Pleimes*

*Dr. Markus Schneider*

*Red.:WH*

## DGKJ-Repetitorium Pädiatrie

**Anbieter:** Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

**01.-03.03.2019 in Göttingen**

**Leitung:** Prof. Dr. Jutta Gärtner

**Programm und Anmeldung:** [www.dgkj.de/termine/](http://www.dgkj.de/termine/)



## Geburtstage im März 2019

### 65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Gabriele Dolk**, Berlin, am 01.03.1954  
 Frau Dipl.-Med. **Majd Maarouf**, Berlin, am 01.03.1954  
 Herr **Guido Bürk**, Herne, am 02.03.1954  
 Herr Dr. med. **Bernd Zimmer**, Wackernheim, am 03.03.1954  
 Herr Dr. med. **Henning Meyer-Hohnloser**,  
 Wiesloch, am 04.03.1954  
 Frau **Helga Meiners**, Meppen, am 04.03.1954  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schrader**, Herne, am 06.03.1954  
 Frau **Valentina Manukow**, Potsdam, am 08.03.1954  
 Herr Dr. med. **Armin Liebscher**, Heroldsberg, am 08.03.1954  
 Frau **Kerstin Weber**, Berlin, am 12.03.1954  
 Frau Dipl.-Med. **Ursula Hörnlein**, Strausberg, am 15.03.1954  
 Herr Dr. med. **Jürgen Hintze**, Mühlheim, am 15.03.1954  
 Herr Dr. med. **Anthony M. Ruhl**, Frankfurt, am 17.03.1954  
 Frau **Sonja Pems**, Nürnberg, am 19.03.1954  
 Frau Dr. med. **Gabriela Kreller-Laugwitz**,  
 Adelsdorf, am 19.03.1954  
 Frau Dr. med. **Kirsten Stollhoff**, Hamburg, am 19.03.1954  
 Frau Dr. med. **Eva Maria Bolay**, Münster, am 21.03.1954  
 Frau Dipl.-Med. **Gudrun Drieß**, Erfurt, am 22.03.1954  
 Herr Dr. med. **Ansgar Schmidt**, Siegen, am 26.03.1954  
 Herr Dr. med. **Daruk Marsan**, Krefeld, am 27.03.1954  
 Frau PD Dr. med. **Annette Queißer-Wahrendorf**,  
 Mainz, am 30.03.1954

### 70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Helga Lotz-Neumcke**,  
 Garmisch-Partenkirchen, am 01.03.1949  
 Frau **Andrea Kleinerüschkamp**, Verl, am 03.03.1949  
 Frau Dr. med. **Christine Nahrendorf**,  
 Magdeburg, am 05.03.1949  
 Herr Dr. med. **Stephan Zaum**, Aachen, am 06.03.1949  
 Frau Dr. med. **Elke Herm**, Bad Oeynhausen, am 06.03.1949  
 Herr Dr. med. **Werner Stöckigt**, Wuppertal, am 10.03.1949  
 Frau Dr. med. **Ursula Schick**, Frankfurt, am 11.03.1949  
 Herr Dr. med. **Hans-Josef Hermwille**, Dülmen, am 26.03.1949  
 Frau Dr. med. Dr. rer. nat. **Renate Blütters-Sawatzki**,  
 Münzenberg, am 29.03.1949  
 Herr Dr. med. **Hans-Christian Gottschalk**, Görlitz, am 30.03.1949  
 Herr **Jürgen Connette**, Saarlouis, am 30.03.1949

### 75. Geburtstag

Herr **Christian K. D. Moik**, Aachen, am 03.03.1944  
 Frau Dr. med. **Dorothea Asensio**, Neunburg, am 03.03.1944  
 Herr Dr. med. **Rolf-Peter Willigmann**, Karlsruhe, am 07.03.1944  
 Herr Dr. med. **Eberhard Wahnschaffe**,  
 Bad Aibling, am 08.03.1944  
 Herr Dr. med. **Konrad Schnirch**, Dessau-Roßlau, am 09.03.1944  
 Frau Dr. med. (Ro) **Viorica Petrescu**, Schwelm, am 09.03.1944  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Gempp**, Konstanz, am 10.03.1944  
 Herr Dr. med. **Christian Stornowski**,  
 Titisee-Neustadt, am 11.03.1944

Frau Dr. med. **Emilia Doaga**, Wolfsburg, am 20.03.1944  
 Herr Prof. Dr. med. **Dieter Weitzel**, Taunusstein, am 20.03.1944  
 Herr Dr. med. **Albert Schaaff**, Heroldsberg, am 21.03.1944  
 Herr Dr. med. **Jürgen Hoffmann**, Bad Homburg, am 21.03.1944  
 Frau Dr. med. **Heike Pansegrau**, Dresden, am 22.03.1944  
 Herr Dr. med. **Alexander von Willmann**,  
 Moosburg, am 23.03.1944  
 Frau **Evelyn Kramer-Pfeilschifter**, Oberursel, am 26.03.1944

### 80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Erich Thesen**, Trier, am 01.03.1936  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Sabel**, Gummersbach, am 01.03.1938  
 Herr Dr. med. **Diya Hadid**, Pentling, am 03.03.1938  
 Herr PD Dr. med. habil. **Wolfgang Kotte**, Radeburg, am 03.03.1936  
 Frau Dr. med. **Gertrud Merz**, Engelskirchen, am 03.03.1926  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Trausel**, Pesterwitz, am 04.03.1939  
 Frau Dr. med. **Barbara Reinboth**, Berlin, am 04.03.1938  
 Herr Dr. med. **Jürgen Bergan**, Bautzen, am 05.03.1938  
 Herr Dr. med. **Werner Hiedl**, Freising, am 05.03.1938  
 Herr Dr. med. **Malte Hey**, Nördlingen, am 05.03.1930  
 Frau Dr. med. **Rosemarie Klingele**,  
 Dittelbrunn, am 06.03.1937  
 Frau Dr. med. **Paula Maria Hölscher**,  
 Ludwigshafen, am 07.03.1920  
 Herr Prof. Dr. med. **Klemens Stehr**, Spardorf, am 07.03.1930  
 Herr Dr. med. **Olaf Ganssen**, Velbert, am 08.03.1935  
 Herr Dr. med. **Helmut Gramer**, Bergheim, am 09.03.1936  
 Frau Dr. med. **Karla John**, Seligenstadt, am 09.03.1939  
 Herr Dr. med. **Jürgen Bierwisch**, Hof, am 09.03.1939  
 Herr Dr. med. **Horst Penner**, Staufen, am 09.03.1936  
 Frau Dr. med. **Gertrud Nordwall**, Köln, am 09.03.1924  
 Herr Dr. med. **B. Twan Ting**, Baesweiler, am 10.03.1937  
 Herr Dr. med. habil. Medizinalrat **Werner Friedrich**,  
 Gera, am 12.03.1937  
 Frau Dr. med. **Hella Specht**, Hamburg, am 12.03.1938  
 Herr Prof. Dr. med. **Dietrich Feist**, Ladenburg, am 12.03.1935  
 Herr Dr. med. **Michael May**, Bamberg, am 13.03.1937  
 Frau SR Dr. med. **Renate Appenfelder**, Dresden, am 13.03.1937  
 Herr Dr. med. **Jamal Faridi**, Köln, am 14.03.1931  
 Herr MR Dr. med. **Peter Jähn**, Zwönitz, am 15.03.1939  
 Frau Dr. med. **Beate Schlichting**, Buchloe, am 15.03.1938  
 Frau Dr. med. **Irmgard Krause**, Löwenstein, am 15.03.1930  
 Herr MR Dr. med. **Karl-Hermann Seefeldt**,  
 Prenzlau, am 18.03.1939  
 Herr Dr. med. **Anatol Kurme**, Hamburg, am 18.03.1936  
 Frau Dr. med. **Edelgard Posern**, München, am 19.03.1934  
 Herr Dr. med. **Peter Altherr**, Landau, am 19.03.1938  
 Frau Dr. med. **Helga Jaffe**, Krefeld, am 20.03.1934  
 Frau Dr. med. **Elisabeth Gercke-Huntemann**,  
 Essen, am 20.03.1929  
 Frau Dr. med. **Eugenie Schmitz-Hauss**, Willich, am 22.03.1938  
 Herr Dr. med. **Jürgen Kegel**, Berlin, am 23.03.1939  
 Herr Prof. Dr. med. **Volker v. Loewenich**,  
 Frankfurt, am 23.03.1937  
 Frau Dr. med. **Margret Herten**, Köln, am 24.03.1922  
 Frau Dr. med. **Hella Nagel**, Ulm, am 24.03.1938  
 Herr Dr. med. **Gerhard Kleine-Westhoff**,  
 Paderborn, am 25.03.1937

Frau Dr. med. **Lisette Strnad**, Griesheim, am 26.03.1932  
 Herr Dr. med. **Friedrich Kayser**, Oldenburg, am 27.03.1925  
 Herr Dr. med. **Klaus Müller**, Bamberg, am 27.03.1939  
 Herr Dr. med. **Karl Bauer**, Böblingen, am 27.03.1935  
 Herr PD Dr. med. **Dietrich Anders**, Marburg, am 28.03.1939  
 Frau Dr. med. **Jutta Ehrengut**, Hamburg, am 29.03.1932  
 Herr Dr. med. **Wolfgang Schlieter**, Sonthofen, am 29.03.1934  
 Herr Dr. med. **Hans-Christof Schoenebeck**,  
 Berlin, am 30.03.1936  
 Frau Dr. med. **Irmtraut Käfer**, Delingsdorf, am 31.03.1936

**Wir trauern um:**

Herrn Dr. med. **Philipp Basken**, Neukeferloh  
 Herrn Dr. med. **Eckehart Derda**, Leck  
 Frau Dr. med. **Margit Esklony**, Suderburg  
 Herrn Dr. **Paul Ritscher**, Uetersen  
 Frau Dr. med. **Ludwina Schmitt**, Bad Kissingen  
 Frau Dr. med. **Elisabeth von Laer**, Bielefeld  
 Frau Dr. med. **Kornelia Weide**

**Im den Monaten Nov./Dez. durften wir 49 neue Mitglieder begrüßen.**

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



**Bayern**

Frau Dr. med.  
**Julia Birnbaum**  
 Frau Dr. med. **Claudia Delles**  
 Herr Dr. med. **Jan Ripper**



**Mecklenburg-Vorpommern**

Herrn **Joseph Baier**



**Nordrhein**

Herrn Dr. med.  
**Dirk Kamitz**  
 Frau **Rumyana Kiryakova**



**Niedersachsen**

Herrn Dr. med.  
**Rolf-Hendrik Blömer**  
 Herr Dr. med. **Jan Edler**  
 Herr Dr. med.  
**Michael van Husen**



**Sachsen-Anhalt**

Frau Dr. med.  
**Christine Höding**



**Berlin**

Herrn Dr. med.  
**Thorsten Löbbert**

**Ergebnis**

*der Wahlen im Landesverband Mecklenburg-Vorpommern des Berufsverbandes  
 der Kinder- und Jugendärzte e.V. – Wahlperiode 2018-2022*

**Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:**

- 1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:**  
**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 1. Ersatzdelegierter:**  
**3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Ersatzdelegierter:**  
**Schatzmeisterin:**

Dr. Andreas Michel, Greifswald  
 Steffen Büchner, Güstrow  
 Dr. Dirk Olbertz, Rostock  
 Hagen Straßburger, Rostock  
 Dr. Helga Tost, Greifswald

**Ergebnis**

*der Wahlen im Landesverband Sachsen des Berufsverbandes  
 der Kinder- und Jugendärzte e.V. – Wahlperiode 2018-2022*

**Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:**

- 1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:**  
**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 3. Delegierte:**  
**3. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 4. Delegierte:**  
**1. Ersatzdelegierte:**  
**2. Ersatzdelegierte:**

Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul  
 Dr. Martin Völker, Singwitz  
 Dr. Carola Hoffmann, Dresden  
 Dr. Bettina Tittel, Dresden  
 Dr. Melanie Ahaus, Leipzig  
 Dr. Skadi Springer, Leipzig



## Donnerstag, 28. März 2019

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

## Freitag, 29. März 2019

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

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

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

## Samstag, 30. März 2019

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

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

## Sonntag, 31. März 2019

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

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

## Samstag, 30.03. und Sonntag, 31.03.2019

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

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

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

## Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. R. G. Schmid

## Ausführliches Programm:

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

## Infos und Anmeldung:

BVKJ e.V., Team Fortbildung  
per Mail: [bvjkj.kongress@uminfo.de](mailto:bvjkj.kongress@uminfo.de)

## Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

• Teilnahme am 28.03.2019: 95,-€

• Teilnahme vom 29.-31.03.2019: 310,-€

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

• Teilnahme am 28.03.2019: 190,-€

• Teilnahme vom 29.-31.03.2019: 520,-€

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

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

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

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

### Ich möchte teilnehmen:

am Donnerstag, 28.03.2019      Mein Klinik-Seminarwunsch: \_\_\_\_\_

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

von Freitag, 29.03. bis Sonntag 31.03.2019

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

an der Stadtrallye, Freitagabend       Abendveranstaltung im Restaurant Nolle, Samstag

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_; Alternativ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum / Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_

# Fortbildungstermine

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

**9. März 2019**

**28. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des LV Mecklenburg-Vorpommern**

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

**13. März 2019**

**Immer etwas Neues in Frankfurt**

Auskunft ⑤

**23. März 2019**

**Seminar für MFA in Dresden des LV Sachsen**

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

**28.-31. März 2019**

**16. Assistentenkongress in Berlin**

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid  
Auskunft ⑤

**6.-7. April 2019**

**8. Praxis-Motivationsworkshop in Berlin des LV Berlin**

Leitung: Dr. Steffen Lüder  
Auskunft: [sprung-in-die-praxis.de](http://sprung-in-die-praxis.de)

**13. April 2019**

**32. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des LV Rheinland-Pfalz und Saarland**

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms /  
Dr. C. von Buch, Bad Kreuznach  
Auskunft ①

**4.-5. Mai 2019**

**3. Freischwimmer-Workshop für Praxisstarter in Berlin des LV Berlin**

Leitung: Dr. Steffen Lüder  
Auskunft: [freischwimmer-workshop.de](http://freischwimmer-workshop.de)

**10.-11. Mai 2019**

**29. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des LV Thüringen**

Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt  
Auskunft ①

**24.-26. Mai 2019**

**25. Kongress für Jugendmedizin in Weimar**

Leitung: Dr. Burkhard Ruppert, Berlin  
Auskunft ⑤

**14.-16. Juni 2019**

**49. Kinder- und Jugendärztetag**

Jahrestagung des BVKJ e. V. in Berlin  
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden  
Auskunft ⑤

**14.-16. Juni 2019**

**14. Praxisfieber-live Kongress für MFA in Berlin**

Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen  
Auskunft ⑤

**24.-25. August 2019**

**23. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck der Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein u. Niedersachsen**

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

**4. September 2019**

**Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock**

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald  
Auskunft ①

**14. September 2019**

**Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden**

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

**21. September 2019**

**Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg**

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben  
Auskunft ①

**10.-13. Oktober 2019**

**47. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V. in Bad Orb**

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

**2. November 2019**

**bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller**

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

**9.-10. November 2019**

**17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern**

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

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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

# Herausforderung Transition bei Patienten mit Phenylketonurie

Die Phenylketonurie (PKU) wird meist schon beim Neugeborenen-Screening diagnostiziert. Die daraufhin eingeleitete, proteinarme Diät müssen die Patienten lebenslang einhalten, da ihnen sonst eine schwere geistige Behinderung droht (1). Was so einfach und einleuchtend klingt, ist in der Realität oft schwer durchführbar. Besonders Jugendliche vernachlässigen ihre Therapie, wenn sie nicht mehr durch den Kinderarzt betreut werden. Eine gut organisierte Transition ist daher dringend erforderlich.

Eine strenge Diät, Spezialnahrungsmittel und die Einnahme von Supplementen (Aminosäuren, Mineralstoffe, Vitamine) stellen eine tägliche Herausforderung für die Betroffenen dar. Da die angeborene Stoffwechselerkrankung wenig bekannt ist, erfahren sie zudem kaum Verständnis von den Mitmenschen. Doch auch für die behandelnden Ärzte ist die Erkrankung nicht leicht zu handhaben. Lange Zeit waren keine Leitlinien mit verbindlichen Phenylalanin (Phe)-Zielwerten oder Untersuchungen verfügbar. Diese Situation hat sich mit der im Jahr 2017 erschienen Leitlinie verbessert (2). Demnach ist der frühere Kenntnisstand überholt – wonach eine erhöhte Phe-Konzentration nach dem 10. Lebensjahr keine Auswirkung auf das zentrale Nervensystem habe. Im Gegenteil: Erhöhte Phe-Werte im Blut führen zu Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und der psychischen Gesundheit (3).

## Anhaltender Diät- und Therapiebedarf

„Studien zeigen uns, dass die neurologischen und neuropsychologischen

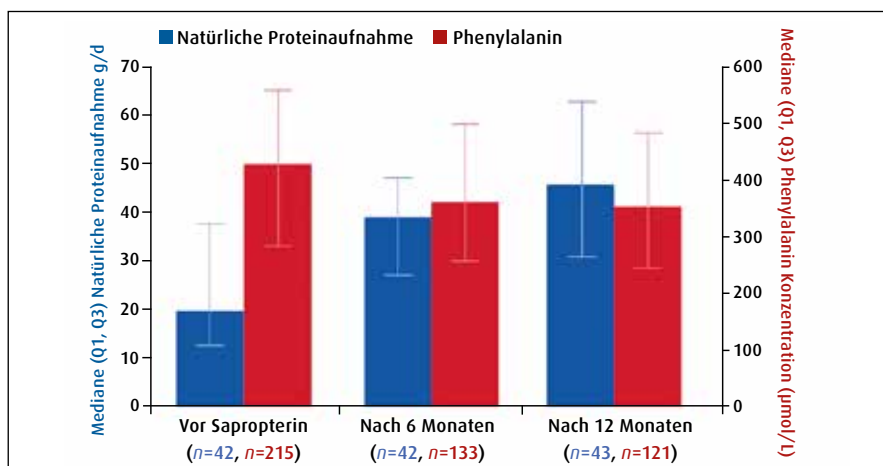


Abb. 1: Mediane Aufnahme natürlichen Proteins und mediane Phe-Werte im Blut vor der Behandlung mit Sapropterin sowie 6 und 12 Monate nach Beginn der Sapropterin-Behandlung bei PKU-Patienten (12).

Symptome auch später noch zunehmen“, erklärte Dr. Nesrin Karabul, Endokrinologikum Frankfurt. Die Kinderärztin verwies auf ein systematisches Review und Metaanalyse mit PKU-Patienten ab 16 Jahren. Insbesondere bei spät oder nicht behandelten, aber auch bei frühzeitig behandelten Patienten fand sich eine erhöhte Prävalenz folgender Symptome: verminderte Aufmerksamkeit, Hyper-

aktivität, schlechte Gedächtnisleistung, emotionale und soziale Probleme, fehlende Selbstständigkeit, Depressionen, Angststörungen sowie Epilepsie bzw. Krämpfe (4). „Schon junge PKU-Patienten zwischen 12 und 16 Jahren wiesen Störungen auf, die gesunde Gleichaltrige nicht zeigten“, betonte Karabul. Dazu kommt, dass PKU häufig mit Diabetes, Adipositas und weiteren Komorbiditäten vergesellschaftet ist (5). Entsprechend schwer fällt es den Betroffenen, einen Bildungsabschluss zu erreichen und eine Ausbildungsstelle zu bekommen.

Aus medizinischer Sicht belegen die Daten, dass sowohl die Therapie als auch die Diät häufig über das 18. Lebensjahr hinaus erforderlich sind und die ärztliche Betreuung nach der Transition nicht abbrechen sollte. Zumal eine fehlende diätetische Betreuung zugleich bedeutet, dass der Zugang zu Supplementen und Nahrungsergänzungsmitteln für die Betroffenen erschwert ist. Eine Transitionssprechstunde eignet sich sehr gut

### Steckbrief Phenylketonurie (1)

- die autosomal-rezessive Erbkrankheit betrifft in Europa 1 von 10 000 Neugeborenen
- Ursache ist ein genetisch bedingter Mangel des Enzyms Phenylalanin-Hydroxylase (PAH)
- PAH katalysiert den Abbau von Phenylalanin (Phe) zu Tyrosin und benötigt dafür den Kofaktor Tetrahydrobiopterin (BH4), welcher als Chaperonin fungiert
- bei defektem PAH oder BH4-Mangel kommt es zur Hyperphenylalaninämie (HPA)
- der Schweregrad der PKU (mild, moderat, schwer) wird anhand der Phe-Konzentration im Blut bestimmt
- die diätetische Behandlung mit Phenylalanin-armer Ernährung wurde erstmals von Horst Bickel im Jahr 1953 beschrieben. 2018 wäre er 100 Jahre alt geworden.

zur unterstützenden Betreuung von Jugendlichen. Sie kann beispielsweise die Kontrolle der Phe-Konzentration, des physischen und psychischen Gesundheitszustands sowie eine Schulung der Diät und die Überprüfung der Adhärenz umfassen.

### Leistungsfähigkeit erhalten

In der neuen europäischen Leitlinie wird bei Werten von 360-600 µmol/L zu einer Behandlung bis zum 12. Lebensjahr geraten, liegt die Phe-Konzentration über 600 µmol/L ist die Therapie lebenslang erforderlich (2). Wie wichtig es ist, die Zielwerte einzuhalten, zeigt sich, wenn die Diät nach einer Unterbrechung wieder aufgenommen wird. Dadurch kommt es zu einer deutlichen Leistungssteigerung, besserer Aufmerksamkeit und gesteigerter Lebensqualität (6-8).

Neben der Diät steht mit Sapropterin (Kuvan®) eine synthetische Form des PAH-Kofaktors BH4 zur Verfügung (9). Bei 30-50% der Patienten kann das Medikament die Phe-Werte im Blut wirksam d.h. um mindestens 30% senken (10). Wie der PKU-Experte Prof. Friedrich Trefz, aus Reutlingen betonte, sollte das Ansprechen auf Sapropterin bei jedem – auch bei erwachsenen Patienten – über mindestens vier Wochen getestet werden. Ein großer Vorteil dieser Therapie ist die erhöhte Phe-Toleranz, welche eine bessere Kontrolle der Phe-Werte sowie eine Lockerung der Diät ermöglicht (11, 12, Abb. 1).

Aufgrund der höheren Aufnahme von Mikronährstoffen könnte sich die Ernährung deutlich verbessern, was für normales Wachstum und Entwicklung essentiell ist. Die Sicherheit und Verträglichkeit von Sapropterin sind gut definiert. Häufigste Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Rhinorrhoe, Halsschmerzen, Diarrhoe und Erbrechen (9).

### Fazit

Eine dauerhafte Therapie wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand der PKU-Patienten aus. Sapropterin kann bei einem Teil der Patienten die in jedem Lebensalter wichtige Einhaltung der Zielwerte erleichtern. Für junge Erwachsene sollten mehr Betreuungsangebote bzw. Transitionssprechstunden angeboten werden.



**Interview**  
**Dr. Nesrin Karabul,**  
**Endokrinologikum**  
**Frankfurt**

**Frage:** Wie sieht die Versorgung junger PKU-Patienten in Deutschland aus?

**Antwort:** Im Kleinkindalter ist die Versorgung sehr gut, mit Schulbeginn wird es schon schwieriger und bei Jugendlichen ist die Versorgungssituation oft problematisch. Nur etwa einer von fünf jungen PKU-Patienten bleibt an ein Zentrum angebunden und wird gut betreut und regelmäßig kontrolliert. Die übrigen erhalten keinerlei Betreuung mehr, sie gelten als 'lost of Follow-up'.

**Frage:** Welche Erfahrungen machen Sie mit Patienten, die nach der Kindheit nicht weiter therapiert werden?

**Antwort:** Junge Frauen sehen wir oft zu Beginn der Schwangerschaft wieder und können sie dann engmaschig betreuen. Junge Männer mit PKU kommen teilweise wieder in unser Zentrum zurück, wenn Konzentrationsprobleme oder Schlafstörungen auftreten. Häufig leiden junge PKU-Patienten auch unter einem neurologischen Teufelskreis. Dieser ist durch Mangelerscheinungen aufgrund einer veganen Ernährung und hohe Phenylalanin-Werte charakterisiert. Dadurch kommt es zu kognitiven Defiziten, Angstzuständen und Depressionen, die mit sozialen Problemen einhergehen. Die zunehmende Isolation verschärft die psychischen Probleme und es entsteht eine Abwärtsspirale.

**Frage:** Wie verläuft ein Wiedereinsteig in die Therapie?

**Antwort:** Oft motiviert der Partner oder die Partnerin den Betroffenen zu einem Arztbesuch. Die Wiederaufnahme der Diät, die korrekte Einnahme von Supplementen und gegebenenfalls von Medikamenten führen häufig zu einem Aha-Erlebnis. Auf einmal sind die PKU-Patienten deutlich fitter – und am Wochenende werden Unternehmungen möglich, die zuvor aufgrund ihrer Fatigue nicht zu machen waren. So

war das zum Beispiel bei einem 16-Jährigen, der seine vegetarische Ernährung aus Gewohnheit beibehält, dadurch jedoch Mangelernährung und neurologische Probleme erfuhr. Nach dem Wiedereinsteig in die Therapie – auf Druck seiner Freundin – war er deutlich vitaler.

**Frage:** Welche Vorteile bestehen bei einer medikamentösen Therapie mit Sapropterin?

**Antwort:** Da Sapropterin die Phenylalanin-Toleranz erhöht, können sich die jungen Patienten 'Ausnahme-Tage' leisten, an denen sie mehr natürliches Eiweiß essen. Das erhöht ihre Flexibilität im Alltag und verbessert die Lebensqualität. Außerdem lassen sich mit Sapropterin die Phenylalanin-Werte besser einhalten.

**Frage:** Wie gestalten Sie die Transitionssprechstunde?

**Antwort:** Wichtig ist, die Betroffenen und ihre Eltern gut auf die Transition vorzubereiten. Wir machen das ambulant, im Rahmen von zwei Terminen mit den 16- bis 17-Jährigen bzw. 17- bis 18-Jährigen, gemeinsam mit ihren Eltern sowie einem Erwachsenentherapeuten und einem Stoffwechselmediziner. Dabei sollen die Jugendlichen verstehen, dass sie zukünftig selbstverantwortlich mit ihrer Erkrankung umgehen müssen, wir sie jedoch weiterhin unterstützen. Für den Pädialter ist es sehr hilfreich, wenn er sich ein Netzwerk mit den übernehmenden Ärzten – beispielsweise Internisten oder Gynäkologen – aufbauen kann.

**Frage:** Was wünschen Sie sich zukünftig für die Langzeitbetreuung von PKU-Patienten?

**Antwort:** Schön wäre, wenn mehr Erwachsenenmediziner Interesse an Stoffwechselerkrankungen zeigen würden. Die Patienten sollten nicht auf ihre PKU eingegrenzt werden. Da sie heute deutlich älter werden als früher, entwickeln sie auch entsprechende Krankheiten wie etwa Bluthochdruck oder Prostatabeschwerden, die ebenfalls therapiert werden müssen. Daher ist eine multidisziplinäre Betreuung erforderlich.

**Autorin:** Dr. Marion Hofmann-Aßmus

#### Literatur

- 1 Blau N et al. Lancet 2010; 376: 1417-27
- 2 van Spronsen et al. Lancet Diabetes Endocrinol, 2017; 5:743-756
- 3 Weglage, et al. Mol Genet Metab 2013; 110: 44-48
- 4 Bilder DA et al. Mol Genet Metab 2017; 121: 1-8
- 5 Trefz FK et al. Poster ACMG Annual Clinical Genetics Meeting 2018
- 6 Bik-Multanowski M et al. J Inherit Metab Dis 2008; 31:415-418
- 7 Finkelson L et al. J Inherit Metab Dis 2001; 24:515-516
- 8 Gassio R et al. Acta Paediatr 2003; 92:1474-1478
- 9 Fachinformation Kuvan Stand: 04.2018
- 10 Levy HL et al. Lancet, 2007; 370:504-10
- 11 Trefz FK et al. J Pediatr 2009; 154:700-707

12 Trefz FK et al. JIMD Rep. 2015; 23:35-43

**Quelle:** Meet the Expert: „Diätetische und medikamentöse Therapie der Phenylketonurie“, am 24.10.2018 in Frankfurt, veranstaltet von BioMarin Deutschland GmbH

Die vollständigen Verschreibungsinformationen zu Kuvan® finden Sie in der Zusammenfassung der Produkteigenschaften. [https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/kuvan-epar-product-information\\_de.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/kuvan-epar-product-information_de.pdf)

**Die Sonderpublikation wurde finanziell unterstützt von der BioMarin Deutschland GmbH.**



# Neurowoche 2018: Einsatz von Nusinersen (Spinraza®) bei SMA

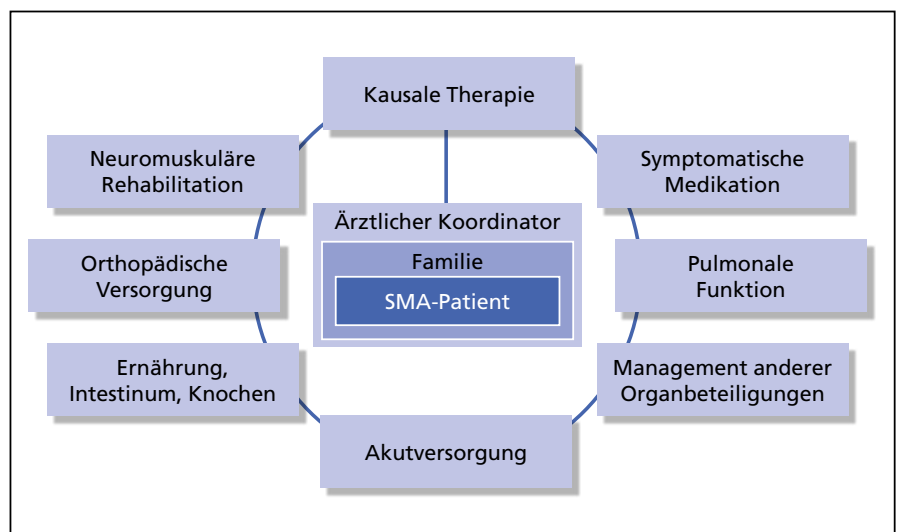
*Spinale Muskelatrophie (SMA) ist eine neurodegenerative, Erkrankung, die je nach Ausprägung und Alter bei Neuropädiatern oder Neurologen behandelt wird. In der Regel ist ein koordiniertes, interdisziplinäres Behandlungskonzept nötig. Hierzu zählt seit Mitte 2017 die medikamentöse Therapie der 5q-assoziierten SMA mit Nusinersen. Auf der Neurowoche 2018 in Berlin berichteten Experten über ihre klinischen Erfahrungen mit dem Genmodulator.*

**P**rof. Dr. Andreas Hahn, Gießen, PD Dr. Tim Hagenacker, Essen, sowie Prof. Dr. Janbernd Kirschner, Freiburg im Breisgau, sprachen auf Biogen-Veranstaltungen **über aktuelle Studiendaten** und klinische Praxiserfahrungen mit Nusinersen bei SMA. SMA kann zu einer progredienten Schwächung und Atrophie der Muskulatur **führen**. Auch wenn die Erkrankung bei Patienten mit der später einsetzenden SMA-Form (erste Symptome im Alter  $\geq 6$  Monate) oft langsamer verläuft, ist sie ohne krankheitsmodifizierende Behandlung progredient. Bemerkbar macht sich dies durch eine Verschlechterung oder sogar den Verlust vorhandener motorischer Funktionen.

## Nusinersen-Therapie bei Erwachsenen

Betroffen sind von SMA neben Säuglingen und Kleinkindern auch Jugendliche und Erwachsene. Bei erwachsenen Patienten lässt sich unter einer Behandlung mit Nusinersen eine Stabilisierung oder sogar Besserung motorischer Einschränkungen erzielen, erläuterte Dr. Hagenacker. Ein Ziel ist daher zumindest eine Stabilisierung der Krankheit, bevor Fähigkeiten verloren gehen. Selbst zum Teil geringe motorische Verbesserungen könnten für die Lebensqualität relevant sein: etwa die vermehrte Beweglichkeit der Finger, um die Eigenständigkeit im Alltag oder berufliche Fähigkeiten zu erhalten.

Bei Patienten mit der infantilen SMA-Form (erste Symptome im Alter  $\leq 6$  Monate) wurden Wirksamkeit und



**Abb. 1:** Patienten mit einer gesicherten SMA-Diagnose sollten aufgrund der Vorteile eines interdisziplinären Therapiemanagements an ein neuromuskuläres Zentrum verwiesen werden. Listen für Therapiezentren für SMA bei Kindern und Erwachsenen bietet die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. auf <http://bit.ly/SMA-DGM>.

Verträglichkeit in der Zulassungsstudie ENDEAR klinisch nachgewiesen. Auch bei älteren Kindern zwischen 2-15 Jahren wurden in der zweiten zulassungsrelevanten Studie CHERISH (erste Symptome im Alter  $> 6$  Monate) sowie in den offenen Studien CS2 und CS12 alltagsrelevante motorische Verbesserungen aufgezeigt.

Die aktuellen Zwischenauswertungen der NURTURE-Studie mit präsymptomatischen Säuglingen und Kleinkindern verdeutlichten laut Hahn, dass der Verlauf der SMA umso besser beeinflussbar ist, je früher die Krankheit erkannt und behandelt werde. 100 Prozent der 25 Studienteilnehmer konnten frei sitzen und

88 Prozent waren gehfähig. Experten wie Prof. Kirschner sprechen sich daher dafür aus, SMA in das generelle Neugeborenen-Screening aufzunehmen.

Ein SMA-Gentest kann einem Anfangsverdacht die Zeit bis zur Diagnostik verkürzen. Hierfür bietet eine Diagnostik-Initiative niedergelassenen Ärzten ein kostenfreies Test-Kit an, das online auf [www.sma-diagnostics.com](http://www.sma-diagnostics.com) oder telefonisch angefordert werden kann (Service-Hotline: 0800-4430420, Mo.-Fr. 8-16 Uhr).

**Nach Informationen der Biogen GmbH, Ismaning**

# Neue Studie zu natürlicher Kinderarznei

*In einer aufwändigen Versuchsreihe untersuchten Forscher des Fraunhofer-Institutes für Toxikologie und Experimentelle Medizin (ITEM) in Hannover, wie Bronchobini®, ein natürliches Kinderarzneimittel, bei akuten Infekten der Atemwege auf die Immunantwort wirkt. Das Ergebnis stellte Dr. Sabine Wronski auf dem 8. Berliner Kongress für Kinder- und Jugendmedizin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. vor.*

Jahr für Jahr, wenn es draußen regnet, stürmt und schneit, erkranken Millionen von kleinen und großen Patienten an akuten Atemwegserkrankungen.

## Übertragung durch humane Rhinoviren

Hauptauslöser dafür sind die humanen Rhinoviren (HRV), die beim Niesen oder Husten in die Luft gelangen. Sie werden vom Nächsten eingeatmet und infizieren in der Lunge vor allem die Atemwegsepithelzellen. Diese wiederum alarmieren über verschiedene Signalwege das Immunsystem. „Wir haben solche Infektionen an lebenden Gewebeschnitten von Mauslungen ex vivo nachgestellt“, erklärte Dr. Sabine Wronski, Leiterin der Arbeitsgruppe Infektion & Immunologie im unabhängigen Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Experimentelle Medizin (ITEM) in Hannover. „Jede Lungenscheibe misst acht bis zehn Millimeter im Durchmesser und ist ca. 250 Mikrometer dick“, fügte die Wissenschaftlerin hinzu, „und repräsentiert ein kleines Stück intakten, lebenden Lungengewebes mit erhaltener Mikroanatomie der Atemwege und Alveolen, sowie dem Vorhandensein von Immunzellen.“

## Aufwändige Studie zu natürlicher Kinderarznei

Ziel dieser Versuchsreihe, die Wronski auf dem 8. Berliner Kongress für Kinder- und Jugendmedizin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. im vergangenen Dezember den Pädiatern im Symposium vorstellte, war es, zu untersuchen, wie Bronchobini®, ein natürliches Kinderarzneimittel von Heel, auf die durch Rhinoviren ausgelöste Immunantwort wirkt und welche Signalwege es

moduliert. Das Medikament enthält eine Kombination natürlicher Wirkstoffe wie Isländisch Moos, Drosera und Bryonia, die akute Entzündungen der Atemwege lindern und den Körper dabei unterstützen, den Infekt zu überwinden sowie Husten zu stillen. „Die Lungengewebschnitte haben wir mit dem Rhinovirus HRV Serotyp 1b infiziert und parallel mit Bronchobini-Wirkstofflösung in verschiedenen Konzentrationen behandelt“, erläuterte Wronski. Als Kontrolle nutzten die Fraunhofer-Forscher nicht infizierte Lungenschnitte, um unspezifische Reaktionen auszuschließen. Das Ergebnis der Studie: Die mit den Wirkstoffen des natürlichen Kinderarzneimittels behandelten Lungenpräparate zeigten dosisabhängig eine deutlich reduzierte Ausschüttung des Proteins IP-10, einem zentralen Mediator der antiviralen Immunantwort, sowie weiterer Zytokine, welche von infizierten Zellen ausgeschüttet werden und Immunzellen rekrutieren.

## Effekt auf die Immunantwort untersucht

„Das spricht für eine reduzierte HRV-induzierte Immunantwort unter Bronchobini-Behandlung“, betonte die Forscherin aus Hannover. Eine Analyse der Genexpression zeigte, dass die Wirkstoffe des Kinderarzneimittels eine Vielzahl von Signalwegen modulieren. Vor allem regulierte es den antiviralen Interferon (IFN)-Signalweg herunter – ein weiterer Hinweis, dass die Infektion unterdrückt wird. „Im gesunden Gewebe dagegen aktivierte Bronchobini den IFN-Signalweg“, erklärte Wronski. „Das spricht dafür, dass es möglicherweise präventiv wirkt, indem es die Abwehr bereits vorstimuliert und eine dann auftretende Infektion besser und schneller abgewehrt werden könnte.“

## Kinder sind das Feuer der Influenza

Wie wichtig es ist, Kinder (und Erwachsene) sicher durch die Infekt-Saison zu bringen, verdeutlichte der Kinder- und Jugendarzt Christopher Schäfer aus Itzehoe. Insbesondere an der saisonalen Influenza, der echten Virusgrippe, erkrankten hierzulande jedes Jahr pro Saison 15 bis 40 Prozent der Kinder, so der niedergelassene Pädiater in seinem Vortrag im Rahmen des Berliner Kongresses. Im Gegensatz zu den akuten Atemwegsinfekten zeichnet sich die Influenza dadurch aus, dass die Symptome wie Fieber, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, trockener Husten und Appetitlosigkeit plötzlich ausbrechen. Das Problem: „Kinder sind und bleiben die Hauptüberträger“, betonte der Experte. „Sie sind das Feuer der Influenza, weil sie die Erreger länger ausscheiden als Erwachsene und durch den engen Kontakt zu Familienmitgliedern und anderen Kindern einen größeren Verteiler für die Viren haben.“ Sie kann zur Lungen- und Mittelohrentzündung sowie zu neurologischen Komplikationen führen. Weltweit sterben zwischen 28.000 und knapp 112.000 Kinder an den Folgen einer Influenza, warnte Schäfer. Dennoch wird diese ernste Erkrankung oft unterschätzt. So sind in Deutschland nur fünf bis 20 Prozent der Kinder gegen Influenza geimpft. Der Kinderarzt plädierte dafür, alle Kinder, die älter als sechs Monate sind, gegen die echte Virusgrippe zu impfen und die besonders gefährdeten Säuglinge unter sechs Monaten durch konsequente Impfung aller Schwangeren zu schützen.

**Quelle:** Symposium „Influenza, grippaler Infekt und Husten...?“ im Rahmen der Pädiatrischen Fortbildung Berlin 2018, 1. Dezember 2018, Veranstalter: Heel, Baden-Baden

**Autorin:** Ute Wegner, Berlin

**Nach Informationen von Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden**

# ADHS: Beim Übergang ins Erwachsenenalter ist Kooperation gefragt

*Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeichnet sich durch eine facettenreiche Symptomatik mit einem häufig ins Erwachsenenalter persistierendem Verlauf aus. Wie eine reibungslose Weiterbehandlung gelingen kann, war Thema einer Podiumsdiskussion im Rahmen des BKJPP-Kongresses.\* Wenn der behandelnde Kinder- und Jugendpsychiater die Transition schon frühzeitig einleitet, den Patienten auf diesem Weg begleitet und dem weiterbehandelnden Erwachsenenpsychiater alle erforderlichen Informationen an die Hand gibt, können Lücken in der Versorgungskette vermieden werden.*

**A**DHS ist keine rein pädiatrische Erkrankung, sondern bleibt bis zu 80% der betroffenen Kinder und Jugendlichen auch im Erwachsenenalter bestehen [1]. „Der Irrglaube, eine ADHS wachse sich aus, existiert aber immer noch“, kritisierte Alexander Gort Golzarandi, Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik Köln. Zudem wird das Krankheitsbild in der Erwachsenenpsychiatrie noch nicht generell akzeptiert. In der Adoleszenz verändern sich Art und Ausprägung der Leitsymptome, was die Diagnose erschweren kann. Die hypermotorische Komponente schwächt ab, Komorbiditäten wie Depression oder Abhängigkeitserkrankungen kommen vielfach hinzu. Das kann dazu führen, dass lediglich die komorbide Störung diagnostiziert bzw. therapiert wird, nicht aber die zugrunde liegende ADHS. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bleiben auch im Erwachsenenalter häufig bestehen und können den Betroffenen erhebliche Probleme bei der Strukturierung und Organisation des Tagesablaufs und bei der Bewältigung der neuen Aufgaben in Ausbildung und Beruf bereiten. Für viele Patienten ist die Übergangsphase zum Erwachsenenalter auch mit einem Wohnortwechsel und dem Beginn einer Ausbildung oder eines Studiums verbunden, was sie zeitlich einspannt und die Suche nach einem Psychiater erschweren kann. Andererseits muss die weitere Behandlung und die Kontinuität der Verordnungen sichergestellt werden, um die bisher erreichten Therapieerfolge nicht zu gefährden, hob Golzarandi hervor.

## Transition – eine Gemeinschaftsaufgabe

Wie schwierig die Transition für die Patienten ist, verdeutlichte N. Müller, der

seine ADHS-Diagnose bereits als Kind erhielt. Der 21-jährige Student weiß aus eigener Erfahrung, wie schwierig sich die Suche nach einem Psychiater gestalten kann, der sich um die weitere Behandlung kümmert und zudem man als Patient ein gutes Vertrauensverhältnis aufbauen kann. „Am Ende leidet der Patient.“

Wie und wann die Übergangsphase durchgeführt wird, sollte man am Funktionsniveau des jeweiligen Patienten festmachen, riet Dr. Christian Konkol, Chefarzt an der Fachklinik für Psychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik in Bad Salzflun. Wichtig ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient. So kann der bisher behandelnde Arzt entscheidend dazu beitragen, dass in der Übergangsphase keine Versorgungslücken entstehen. Daher appellierte Golzarandi an seine Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Transition schon frühzeitig vorzubereiten. „Nutzen Sie die Zeit zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr und begleiten Sie Ihre Patienten in dieser Übergangsphase!“

## Kontinuität ist entscheidend

Wenn die ADHS-typischen Symptome und Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter fortbestehen, ist nach der neuen S3-Leitlinie „ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ weiterhin eine medikamentöse Behandlung indiziert [2]. In jedem Lebensalter sollte eine medikamentöse Therapie in ein multimodales therapeutisches Gesamtkonzept mit psychoedukativen, psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen Maßnahmen eingebettet sein – abhängig von der individuellen Symptomatik, komorbiden Störungen, dem Funktionsniveau und den Präferenzen des Patienten [2]. Für Kindern und Jugendlichen mit moderater bis schwerer ADHS sollte frühzeitig der Ein-

satz von Stimulanzien wie beispielsweise Methylphenidat (MPH) erwogen werden [2]. Retardierte MPH-Präparate (z.B. Medikinet® retard oder Kinecteen®) mit der Möglichkeit zur einmal täglichen Einnahme können im Hinblick auf die Adhärenz, nichtretardierte Darreichungsformen (z.B. Medikinet®) in Bezug auf die Eindosierung von Vorteil sein. Wenn MPH nicht in Frage kommt, steht mit Dexamfetamin (Attentin®) nach einem initialen Therapieversuch mit MPH eine effektive und gut steuerbare Alternative zur Verfügung.

Für die Therapie von Erwachsenen mit ADHS wird MPH (z.B. Medikinet® adult) als einziges zugelassenes Stimulans empfohlen (Empfehlungsgrad A) [2]. „Voraussetzung für die Weiterverordnung im Erwachsenenalter ist eine gesicherte Diagnose der ADHS bei zuvor erfolgreich behandelten Patienten“, so Konkol. Die Vorbefunde des Kinder- und Jugendpsychiaters sind hilfreich, um die Kontinuität der Wirksamkeit und Verträglichkeit aus dem Verlauf heraus zu begründen. Dennoch sollte der weiterbehandelnde Psychiater im Anamnesegespräch die Symptomatik und die Beeinträchtigungen erheben und dokumentieren, um einen möglichen Regress von vornherein zu vermeiden.

## Quelle

Coffee and Cake Conference „Lost in Transition – (K)einen Schritt weiter?“, veranstaltet von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH am 16. November 2018 bei der Jahrestagung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (bjkpp) in Magdeburg

## Literatur

- 1 Barabesi WJ et al. Pediatrics 2013; 131: 637-644
- 2 S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, AWMF-Registernummer 028-045

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

# Neue Ära für die Ernährung von Säuglingen durch Humane Milch Oligosaccharide

Spezielle Kohlenhydrate der Muttermilch jetzt auch in Säuglingsmilchnahrung / Erste positive Hinweise auf das Immunsystem in Studien gezeigt

**H**umane Milch Oligosaccharide (HMO) sind spezielle Kohlenhydrate, die fast nur in Muttermilch vorkommen. Sie sind in der Muttermilch die drittgrößte Komponente nach dem Milchzucker und den Milchfetten. HMO werden in der Brustdrüse der Mutter gebildet. Erstmals ist es gelungen, einige dieser Kohlenhydrate so herzustellen, dass sie mit den HMO in Muttermilch strukturidentisch sind und somit in Säuglingsmilchnahrung eingesetzt werden können. „Der Gehalt an HMO war bislang der größte Unterschied in der Zusammensetzung zwischen Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung“, erklärt Professor Clemens Kunz, „denn in Kuhmilch befinden sich, wenn überhaupt, vergleichsweise sehr wenige dieser Milcholigosaccharide.“ Der HMO-Forscher vom Institut für Ernährungswissenschaften der Justus-Liebig-Universität in Gießen sagt, dass die zunehmende Verfügbarkeit einzelner HMO der Beginn einer neuen Phase kindlicher Ernährung sei.

Es gibt immer mehr Forschungshinweise darauf, dass HMO für eine gesunde Entwicklung des Säuglings wichtig sind. Diese betreffen:

- die Förderung des Wachstums bestimmter nützlicher Bifidusbakterien und die Hemmung schädlicher Bakterien. Damit unterstützen HMO die Entwicklung eines gesunden Darm-Mikrobiom, das positiv auf das Immunsystem wirkt. Im Zusammenhang damit wird über weniger Durchfälle, Blähungen oder Verstopfung berichtet. Das Mikrobiom des Darms umfasst beispielsweise Bakterien, Pilze, Viren und Stoffwechselprodukte.
- HMO können als „Andockstationen“ für Bakterien und Viren, die Krankheiten verursachen, angesehen werden.

Diese Pathogene heften sich an HMO an und werden zusammen mit diesen im Stuhl ausgeschieden.

- die Stärkung der Darmbarriere-Funktion, indem HMO verhindern, dass sich Krankheitserreger an die Darmzellen anhaften.
- 1 bis 2 Prozent der HMO gelangen unverändert in den Blutkreislauf und zeigen eine potentielle Wirkung auf das Immungleichgewicht.

## Studien mit HMO in Säuglingsmilchnahrung

Neue Studien dokumentieren: Säuglingsmilch mit zugesetzten HMO ist sicher, gut verträglich und unterstützt das altersgerechte Wachstum. Erste Studien zeigen, dass die Zugabe von HMO ein Mikrobiom ähnlich dem beim gestillten Säugling fördert.<sup>1,2,3</sup> Außerdem weisen Daten darauf hin, dass bestimmte Erkrankungen – insbesondere Bronchitis – seltener auftreten. Auch der Gebrauch von Antibiotika und fiebersenkenden Medikamenten ist niedriger.<sup>1</sup> Dies alles sind Kriterien, die auf ein gut funktionierendes Immunsystem hinweisen.

Aktuell werden HMO in Deutschland ausschließlich in einer Säuglingsmilchnahrung von Nestlé eingesetzt. Es handelt sich um 2'-Fucosylaktose (2'FL) und Lakto-N-neo-Tetraose (LNnT). Sie machen bei der Mehrzahl der Frauen mehr als 40 Prozent der HMO in der Muttermilch aus. Beide HMO werden sowohl von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) als auch der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) als sicher bewertet.<sup>4, 5</sup> Nicht vergleichbar mit diesen HMO sind laut Kunz die Präbiotika Galacto- und Fructose-Oligosaccharide (GOS, FOS): Ein bedeutender Unterschied liegt darin,

dass beide, sowohl FOS als auch GOS, in der Muttermilch nicht vorkommen. Sie werden vielmehr aus pflanzlichen Bestandteilen oder Kuhmilch durch Aufspaltung von Milchzucker gebildet. Die dabei entstehenden Moleküle haben keine strukturelle Ähnlichkeit mit den HMO, so Kunz. Außerdem gäbe es bisher auch keine Studie, die belegt, dass die Wirkungen von GOS/FOS auf das Immunsystem vergleichbar mit denen von HMO sind.

Weitere Fachinformationen zu HMO finden Sie auf dem Wissens-Portal für medizinische Fachkräfte:  
[www.nestlenutrition-institute.de](http://www.nestlenutrition-institute.de).

### Quellen:

1. Puccio G et al.: Effects of Infant Formula With Human Milk Oligosaccharides on Growth and Morbidity: A Randomized Multicenter Trial. *JPGN* 2017;64: 624–631.
2. Marriage BJ et al.: Infants Fed a Lower Calorie Formula With 2'FL Show Growth and 2'FL Uptake Like Breast-Fed Infants. *JPGN* 61.6 (2015): 649–658.
3. Goehring KC et al.: Similar to Those Who Are Breastfed, Infants Fed a Formula Containing 2'-Fucosyllactose Have Lower Inflammatory Cytokines in a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nutrition*, 146 (2016), 12, 2559–2566.
4. Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA): Safety of lacto-N-neotetraose as a novel food ingredient pursuant to Regulation (EC) No 258/97, *EFSA J.* 2015; 13(7):4183.  
Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA): Safety of 2'-O-fucosyllactose as a novel food ingredient pursuant to Regulation (EC) No 258/97, *EFSA J.* 2015; 13(7):4184.
5. GRAS-Status Datenbank der Amerikanische Behörde für Lebensmittel und Arzneimittel (FDA): *Gras Notice* No 546; *Gras Notice* No 547.

**Nach Informationen von Nestlé Nutrition GmbH, Frankfurt a.M.**

## Häufig wiederkehrende Erkältungen

*Eine Erkältung allein ist störend genug und oft mit einigen Tagen Ausfallzeit verbunden. Rezidiert der Atemwegsinfekt, können die Symptome immer wieder auftauchen und den Körper stark fordern. Untersuchungen belegen, dass Imupret® N bei Atemwegsinfekten, wie Erkältungen, wertvolle Unterstützung bietet. Es wirkt in jeder Phase der Erkältung, unterstützt den Körper bei der Abwehr von Erkältungserregern und mildert den Erkältungsverlauf.*

### Patienten mit häufig wiederkehrenden Erkältungen

Kennen Sie das auch? In Ihrer Praxis häufen sich Patienten mit wiederkehrenden Atemwegsinfekten, wie Erkältungen. Was Ihre Patienten jetzt benötigen, ist Ihr Rat um die Erkältungssymptome schnell in den Griff zu bekommen und wieder fit zu werden. Das hierzulande traditionell bei ersten Anzeichen und während einer Erkältung verwendete, pflanzliche Medikament Imupret® N hat in einer explorativen, osteuropäischen Studie, an der 40 Patienten mit rezidivierenden Atemwegsinfekten teilnahmen, überzeugt. Neben einer Basistherapie erhielten Patienten der Verum-Gruppe ergänzend Imupret® N, Patienten der Kontrollgruppe stattdessen Lokalantiseptika. Vier Monate nach Behandlungsende wurde die Häufigkeit wiederkehrender Atemwegsinfekte, anhand von Symptomen wie Halsschmerzen, in beiden Gruppen verglichen.<sup>1</sup> In der Imupret® N-Gruppe erlitten 5 % der Patienten ein Rezidiv, während dies in der Kontrollgruppe fünfmal häufiger der Fall

war (25 %). Nun gilt es, die ersten, positiven Erkenntnisse dieser Pilotstudie mittels größer angelegter Studien zu verifizieren.

### Imupret® N wirkt in jeder Phase der Erkältung

Durch die Kombination aus 7 heimischen Heilpflanzen kann Imupret® N in die Pathogenese eines Atemwegsinfektes eingreifen. Es unterstützt die Erkältungsabwehr, indem es die Aktivität der natürlichen Killerzellen (NK-Zellen) – um bis zu 140 % erhöht.<sup>2</sup> NK-Zellen sind Teil unseres unspezifischen Immunsystems und patrouillieren permanent im Körper, um geschädigte oder Virus-infizierte Zellen zu inaktivieren. Frühzeitig eingenommen, kann Imupret® N dem vollen Ausbruch der Erkältung auf diese Weise aktiv entgegenwirken.

Außerdem hilft Imupret® N die Virenvermehrung dosisabhängig zu hemmen und somit die Erkältungserreger zu bekämpfen.<sup>2</sup> Damit stellt die 7-Pflanzen-Kombination auch bei bereits voll ausgebrochenen Erkältungen eine gute The-

rapieergänzung zu rein symptomatisch wirkenden Präparaten dar.

### Fazit

Imupret® N wirkt in jeder Phase der Erkältung und unterstützt den Körper bei der Abwehr von Erkältungserregern. Diese Wirkeigenschaft des traditionell bei ersten Anzeichen und während einer Erkältung verwendeten Medikaments trägt dazu bei, die Häufigkeit wiederkehrender Atemwegsinfekte zu reduzieren. Die besonders gute Verträglichkeit macht Imupret® N zu einem bewährten Präparat für die ganze Familie. Es ist in Tropfen- und Drageeform erhältlich, die Tropfen sind bereits für Kinder ab 2 Jahren geeignet.

### Literatur:

1. Kryukov I. et al., Medical Council (2016), 17:42-44.
2. Wosikowski K. et al., Planta Med (2013), 79-PB48.

**Nach Informationen von Bionorica SE, Neumarkt**

## Das 6. PUMA-Arzneimittel Slenyto® ist zugelassen

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) erteilte kürzlich die Zulassung für Slenyto®, das 6. PUMA-Arzneimittel (Pediatric Use Marketing Authorisation). Damit kann InfectoPharm Anfang 2019 ein besonders kindgerechtes, innovatives Arzneimittel auf den Markt bringen.

Slenyto® sind retardierte Melatonin-Minitabletten zur Therapie von Schlafstörungen bei Kindern von 2 bis 18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störungen oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlaf-

hygienemaßnahmen nicht ausreichend helfen. Die Minitabletten haben einen Durchmesser von nur etwa 3 mm und sind sowohl geschmacks- als auch geruchsneutral. Die an der Studie teilnehmenden Kinder hatten keinerlei Schwierigkeiten bei der Einnahme, obwohl Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen oft sehr sensibel auf Geruchs- und Geschmacksreize reagieren. Slenyto® wird in den zwei Wirkstärken von 1 und 5 mg verfügbar sein.

Momentan leben annähernd eine Million Kinder in Europa mit der Diagnose

Autismus. Sie leiden überproportional häufig an Schlafstörungen (50–86 %) verglichen mit gleichaltrigen, normal entwickelten Kindern (1–6 %)<sup>1</sup>.

- 1 Mindell, J.A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F., Roth, T. & Banas, B. (2006). Pediatrics, 117, e1223-1232.

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

### Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

### Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

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

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

**Dr. med. Roland Ulmer**

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

### Pressesprecher des BVKJ e.V.

**Dr. med. Hermann Josef Kahl**

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

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

**Dr. med. Reinhard Bartezky**

E-Mail: dr@bartezky.de

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

## Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

### Fortbildung:

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

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

**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](http://www.bvkj.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**Geschäftsführer und  
Syndikusanwalt:**

**Dr. P.H. Andreas Plate**

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

**Geschäftsstellenleiter:**

**Armin Wölbeling**

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Ansprechpartnerin Bereich  
Fortbildung/Veranstaltungen:**

**Yvonne Rottländer**

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

**Leiterin der Stabsstelle  
Politik und Kommunikation,  
Büro Berlin**

**Kathrin Jackel-Neusser**

Tel.: 030/28047510

## BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

[www.bvkj-service-gmbh.de](http://www.bvkj-service-gmbh.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**Geschäftsführerin:**

**Anke Emgenbroich**

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

**Service-Team:**

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

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

## Sonstige Links

**Kinderärzte im Netz**

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

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin**

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

**Kinderumwelt gGmbH und PädInform®**

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

**Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**

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