

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 08/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen
Editorial

Fortbildung
Der Morbus Duchenne
wird behandelbar!

Forum
Kinderkommission

Magazin
Säuglingsheime

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

INHALT 08 | 2019

Editorial

Editorial // Thomas Fischbach 437

Berufsfragen

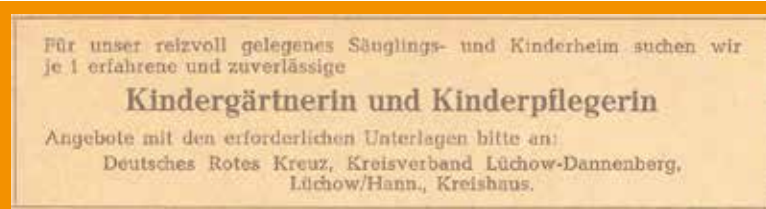
Starke-Familien-Gesetz // Kathrin Jackel-Neusser 442
 BVKJ sauer auf Ministerin Klöckner // Sigrid Peter 443
 Arbeitsrecht: Neue Vorgaben beim Einsatz vom Honorararzt als Vertretungsarzt // Andreas Plate, Christian Krapohl 444
 Bericht vom 49. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin // Wolfram Hartmann 446
 Toleranzfristen bei Vorsorgeleistungen // Marcus Heidemann 448
 Bericht über die Sitzung des BVKJ-Länderrates // Martin Lang 449
 Telemedizinische Angebote auf der Praxis-Homepage einstellen // Anke Emgenbroich 453
 UNICEF-Studie zu Familienpolitik in OECD- und EU-Staaten // Wolfram Hartmann 454

Fortbildung

Aktuelle Situation der Behandlung von Patienten mit Duchenne Muskeldystrophie // Ulrike Schara 456
 Appendizitis bei Kindern und Jugendlichen: operative oder konservative Therapie? // Jens Dingemann, Benno M. Ure 460
 Vibrationsunterstützte Physiotherapie im Kindes- und Jugendalter // Ibrahim Duran 464
 Review aus englischsprachigen Zeitschriften 468
 Welche Diagnose wird gestellt? // Anna-Therese Mücke 471
 consilium: Übertragung einer IgE-vermittelten Allergie durch Stammzelltransplantation // Hans-Jürgen Laws 474

Forum

Aktuelles aus der Kinderkommission des Bundestages // Wolfram Hartmann 476
 Wohin mit dem Geld? // Tilo Croonenberg 478
 Genitalverstümmelung verletzt Menschen- und Kinderrechte // Renate Bernhard 480
 Kampf um eine einfache Lebensmittelkennzeichnung // Wolfram Hartmann 482
 Wie stillfreundlich ist Deutschland // Sigrid Peter 483
 Kinderernährung im Fokus // Hermann Kalhoff 485



Zur Geschichte des Säuglingsheims

S. 489

Magazin

Zur Geschichte des Säuglingsheims // Felix Berth 489

Mitteilungen aus dem Verband

Wahlaufruf 492
 Ehrungen und Preisverleihungen des BVKJ 493
 Personalien 495
 Fortbildungstermine des BVKJ 496

Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ 505

Impressum

440

Anmerkung der Redaktion: In den Bezeichnungen „Kinder- und Jugendarzt“ bzw. „Kinder- und Jugendärzte“ in dieser Zeitschrift sind grundsätzlich die Geschlechter „weiblich“, „männlich“ und „divers“ enthalten, bis der Deutsche Rechtschreibrat eine einheitliche Bezeichnung beschließt. Dies gilt auch für den Titel „Kinder- und Jugendarzt“.

Titelbild: © pixdeluxe - iStock.com

Editorial

Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e. V. zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgungsgesetz – DVG, Entwurf vom 15.5.2019)



Dr. med. Thomas Fischbach



Dr. P.H. Andreas Plate



Kathrin Jackel-Neusser

Vorbemerkungen

Positiv sehen wir, dass der Gesetzentwurf sich einem der großen Probleme unserer Gesundheitsversorgung widmet: Die schon bestehenden, künftig aber noch wachsenden Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mit einer Zunahme der Anzahl chronisch Kranker und Multimorbider bei gleichzeitigem Fachkräftemangel sowie einer nicht ausreichenden Versorgung strukturell schwacher Regionen. Um diesen Herausforderungen wirksam zu begegnen, muss künftig u.a. auch auf Telemedizin sowie auf mehr Gesundheitskompetenz der Patienten gesetzt werden. Der BVKJ sieht hier – über unsere Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen hinaus – den Mehrwert für das gesamte deutsche Gesundheitssystem. Zu begrüßen ist weiter, dass die Entwicklung digitaler Angebote auch in Deutschland gefördert und angegangen wird, damit wir hier nicht von der globalen Entwicklung abgehängt werden.

BVKJ hat sich bereits intensiv mit den Möglichkeiten der Telemedizin befasst und in die Versorgung eingeführt

Der BVKJ engagiert sich schon lange in Themen der Telemedizin und entwickelte schon früh eigene Anwendungen. Ausdrücklich befürworten wir, weitere Anwendungen wie z.B. den **Impfausweis, die Kinder- und Jugend-Vorsorgeuntersuchungen in die elektronische Patientenakte** zu integrieren und die Versicherten bei der Nutzung der elektronischen Patientenakte zu unterstützen.

Wir sehen es vielmehr als nicht nachvollziehbares Defizit unseres Gesundheitssystems, dass diese Anwendungen bislang noch nicht verfügbar sind. Wir unterstützen ausdrücklich, dass die Anwendung von Telemedizin z.B. durch die Ausweitung von Telekonsilien und eine Vereinfachung der Durchführung von Videosprechstun-

den gestärkt werden soll. Uns ist bewusst, dass die digitale Technik zunehmend Einzug in die Praxen halten wird.

Unsere generelle Offenheit als Verband gegenüber der Telemedizin wird dadurch deutlich, dass wir als einer der ersten Verbände mit **PädExpert®** ein telemedizinisches Expertensystem entwickelt haben. Das telemedizinische Expertenkoncil **PädExpert®** soll die wohnortnahe ambulante Kinder- und Jugendmedizin verbessern – insbesondere von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen oder bei seltenen Erkrankungen. Mit **PädAssist®** und **Päd-Home®** haben wir diese Angebote noch weiter ausgebaut. Es wird Zeit, dass telemedizinische Anwendungen bundesweit und niedrigschwellig verfügbar sind.

Grenzen der Telemedizin aus Sicht des BVKJ und Forderungen

Gleichzeitig ist klar, dass die Telemedizin ihre sinnvollen Grenzen hat. Diese Angebote können bei Patienten gut genutzt werden, die nicht mehr für jeden Termin in eine Praxis gehen müssen. Bei Kindern kommt es jedoch in den meisten Fällen darauf an, ihren Körper unmittelbar zu untersuchen. Hier kommt die Telemedizin an ihre Grenzen. Daher fordern wir die innovative Verbindung zwischen pädiatrischen Versorgungsstrukturen und telemedizinischen Anwendungen. Wir unterstützen eindringlich die Forderung der VV der KBV, dem Parlament der KBV, dass die KVen und die KBV beim Digitalisierungsprozess ein aktiver und gleichberechtigter Akteur in der ambulanten Versorgung sein müssen.

Wir bekräftigen die auf dem letzten Deutschen Ärztetag zum Ausdruck gebrachte Kritik, dass den Krankenkassen das Recht eingeräumt werden soll, im Zuge innovativer digitaler Projekte ihren Versicherten Versorgungsangebote durch Dritte erbringen zu lassen ohne Beteiligung von Vertragsärzten und -psychotherapeu-

ten. Trotz der teilweise „komplizierten“ Umsetzung der TI durch die Selbstverwaltung in der Vergangenheit sehen wir eine Zusammenarbeit der Partner der Selbstverwaltung als notwendig an. Nur so können Fehlentwicklungen durch mangelnde Kooperation verhindert werden.

Das Gesundheitssystem benötigt nicht einen weiteren „digitalen Gesundheitssektor“, der eine weitere Schranke zur ambulanten und stationären Versorgung aufbaut. Gleichzeitig fordern wir wie die VV der KBV den Gesetzgeber auf, es den KVen und der KBV zu ermöglichen, Digitalisierungsprozesse in der ambulanten Versorgung sowohl mit eigenen Mitteln als auch mit solchen der Krankenkassen aktiv zu entwickeln. Dafür bedarf es auch der notwendigen Kompetenzen zur Datenverarbeitung: „Damit die Grundprinzipien der freien Arztwahl und des risikoselektionsfreien Zugangs zur ärztlichen Versorgung im digitalen Zeitalter erhalten bleiben, muss der Gesetzgeber die Etablierung einer digitalen Versorgungsplattform – mit der gebotenen **Datensicherheit** – zur Aufgabe der KVen und der KBV machen und deren Finanzierung sicherstellen“, heißt es in dem entsprechenden Beschluss der VV.

Unsere Sorge ist, dass die im DVG geplanten neuen Regelungen für digitale Gesundheitsanwendungen vor allem die – meist wirtschaftlichen – Interessen der Krankenkassen, der Industrie und von Investoren fördern. So sollen für die Erstattungsfähigkeit digitaler Angebote niedrigere Standards gelten als für andere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ferner wird das Sammeln von Daten und deren Auswertung nur den Krankenkassen ermöglicht.

Zwar sehen wir die Notwendigkeit der modernen Nutzung von medizinischen Daten, Routinedaten der Krankenversicherung und neu sich aufbauenden Datenquellen. Aber wir sehen uns hier als **Sachwalter unserer jungen Patienten, bei denen sich eine reine Kommerzialisierung verbietet**. Vielmehr sollte Deutschland endlich die Daten des Gesundheitssystems zur verbesserten Steuerung von Patienten und der Evaluation der medizinischen Versorgung nutzen, um einen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung zu schaffen. Die mangelnde Datenbasis bei der Bewertung der Einführung einer Impfpflicht zeigt klar die bestehenden Defizite.

Zum Entwurf DVG im Einzelnen

• **Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Zu § 31 a SGB V – Entwurf DVG

Zur Ergänzung des § 31 Absatz 3 Satz 3: Anschluss Apotheken an TI: Die Anbindung der Apotheken an die TI nach § 291a Absatz 7 Satz 1 bewerten wir grundsätzlich sehr positiv.

• **Zu § 68a SGB V – Entwurf DVG Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen**

Es ist wichtig, dass Gesetzliche Krankenkassen „digitale Innovationen“ nicht als Anlass nehmen, alleine und direkt die Versorgung zu steuern. Sicherlich haben die Krankenkassen ein Interesse an einer guten Versorgung, in der der Patient im Mittelpunkt steht, aber sie haben ebenso den Anreiz Leistungskosten zu reduzieren. Unsere Sorge ist, dass weniger unter medizinischen, sondern mehr unter finanziellen Aspekten gesteuert wird. Es wäre eine schlechte Weichenstellung, wenn die Kassen selber die Versorgung ihrer Versicherten übernehmen. Das DVG sollte hier keine falschen Anreize setzen.

Ärzte und ihre Selbstverwaltung sind im DVG vor allem als Ausführende, nicht aber als eigenständige Akteure eingebunden. Dies ist aber nicht im Interesse der Versicherten. Vielmehr sollten Patientensicherheit sowie die Qualität der Versorgung in den Mittelpunkt von digitalen Innovationen gestellt werden. Der Nutzen digitaler Innovationen muss an diesen Zielen gemessen werden. Wir fordern hier klar: Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie ihre Standesvertretungen müssen aktive und gleichberechtigte Partner im Digitalisierungsprozess sein. Ebenso müssen sie wie die Berufsverbände, das Recht bekommen, sich an der Entwicklung von Konzepten aktiv zu beteiligen.

• **Zu § 75b SGB V – Entwurf DVG**

IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

Positiv werten wir, dass es einen jährlichen Prozess geben wird, mit dem die Sicherheit des Systems bewertet wird. Hier muss gewährleistet sein, dass die Anforderungen nicht zu Lasten der

Betriebskosten der ambulanten Leistungserbringer gehen.

Die Verschlüsselung und IT-Sicherheit insgesamt müssen sicherstellen, dass das Arztgeheimnis zwischen Arzt und Patienten gewahrt werden, insbesondere, wenn Ende-zu-Ende Verschlüsselung eingesetzt wird. Die eingesetzte Technik und Methodik müssen so ausgestaltet sein, dass sie von Arzt und Patient einfach und damit fehlerfrei eingesetzt werden können.

Die Haftungsfragen der Digitalisierung stehen am Anfang einer juristischen Diskussion. Hier müssen die Verantwortungsbereiche eindeutig zwischen den Beteiligten definiert werden. Nur so lässt sich ein klares Verantwortungskonzept im Haftungsfall klären. Möglicherweise sollte das BMG hier eine entsprechende Begleitforschung initiieren. Wir stehen hier als Partner zur Verfügung.

• **Zu § 87 SGB V – Entwurf DVG**

Elektronische Patientenakte/ Bewertung der Leistungen

Die Verwaltung und Speicherung von Daten für die elektronischen Patientenakte (ePA) sind aktuell noch einzuschätzen. Den gesetzlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss hierfür begrüßen wir ausdrücklich. Dieses Ergebnis sollte aber sehr genau seitens des Bundesgesundheitsministeriums untersucht werden. Neben schon erhöhten Aufwendungen und Komplikationen bei der Umsetzung der TI im Gesundheitssystem, muss ein erhöhter Dokumentationsaufwand bei der ePA adäquat vergütet sein. Das Zurückdrängen von gefaxten Arztbriefen sehen wir zum aktuellen Zeitpunkt kritisch, weil die Umsetzung der TI noch schleppend ist.

• **Zu § 125 Absatz 2 Nummer 1 SGB V – Entwurf DVG Thema**

Wir sehen die elektronische Verordnung als wichtige Komponente an.

• **Zu § 134 – Entwurf DVG**

Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge und Verordnungsermächtigung.

Grundsätzlich sehen wir die Regulierung der digitalen Gesundheitsanwen-

dungen als positiv an. Bisher werden digitale Gesundheitsanwendungen sehr heterogen und nicht sicherheitsorientiert gehandhabt. Dies resultiert bereits aus der bisher sehr heterogenen und nicht sicherheitsorientierten Situation von aktuellen digitalen Gesundheitsanwendungen. Jedoch sollte hier die Systematik der Verordnungen von Medizinprodukten beibehalten werden. Die medizinische Versorgungsqualität kann nur gewährleistet werden, wenn der behandelnde Arzt in dem Prozess der digitalen Gesundheitsanwendungen beteiligt ist.

• **Zu § 139e SGB V – Entwurf DVG: Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, Verordnungsermächtigung**

Aus den vorgenannten Gründen bewerten wir das Verzeichnis in der Verantwortung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte als positiv.

• **Zu § 140a Absatz 4 SGB V wird folgender Absatz 4 a eingefügt SGB V – SGB V – Entwurf DVG 18. Nach § 140a Absatz 4 wird folgender Absatz 4a angefügt:**

Die Ergänzungen der Regelungen der integrierten Versorgung bewerten wir als positiv. Jedoch schlagen wir eine Ergänzung vor, dass ebenso die bisher an der besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V Beteiligten hier Vertragspartner sein können. Es erscheint mit dem Gesetzgeberwillen, die breite Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen zu fördern, im Widerspruch zu stehen. Danach könnte beispielsweise die Service-Gesellschaft des BVKJ e.V. kein Vertragspartner werden, obwohl diese Gesellschaft durch alte Vertragsformen schon digitale Gesundheitsanwendungen anbietet.

Ergänzungsvorschlag:

„(4a) Krankenkassen können Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten [und nach § 140a Abs. 3 zugelassenen Beteiligten] nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Bei Verträgen mit Herstellern digitaler Anwendungen ist eine ärztliche Einbindung sicherzustellen, wenn über eine in-

dividualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlügen hinaus diagnostische Feststellungen getroffen werden. Bei dem ärztlichen Angebot nach Satz 1 muss es sich in der Regel um einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt handeln. Die Einzelheiten über die Beteiligung nach den Sätzen 2 und 3 sind indem Vertrag nach Satz 2 zu regeln.“

• **Zu § 291h Elektronische Patientenakte**

Wir begrüßen wie weiter oben bereits zum Ausdruck gebracht, dass die Patientinnen und Patienten auf eine ePA zugreifen können sollen. Es ist zu erwarten, dass sich damit u.a. auch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessert, dass wichtige Informationen (z.B. zum Impfstatus) nicht mehr verloren gehen und dass die Autonomie der Patientinnen und Patienten gestärkt wird. Wir weisen aber darauf hin, dass insbesondere die vielfältige Sorgerechtssituation von Kindern und Jugendlichen (getrennt lebende Eltern, gemeinsames Sorgerecht oder alleiniges Sorgerecht) bei der Nutzung zur berücksichtigen ist. Nur die Eltern können letztverantwortlich qua ihres Sorgerechtes hinsichtlich der Anwendung von Gesundheitsanwendungen für ihre Kinder entscheiden.

Wir begrüßen, dass die Gesellschaft für Telematik die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen hat, dass 1. Daten über den Patienten in einer ePA nach Absatz 1 bereitgestellt werden können und 2. Versicherte für die ePA nach Absatz 1 Daten zur Verfügung stellen können.

Leider wird hier aber nicht präzisiert, welche technischen und organisatorischen Verfahren hierfür geeignet sein könnten, um „Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen“.

Dazu steht in (1) nur Folgendes: „Sie sollen geeignet sein, weitere medizinische Daten des Versicherten verfügbar zu machen. Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. März 2021 die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Zugriffsberechtigte nach § 291a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe g) auf Daten der elektronischen Patientenakte zugreifen können. Die Gesellschaft

für Telematik hat bis zum 1. Januar 2022 die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Daten der elektronischen Patientenakte bei einem Wechsel der Krankenkasse in eine andere von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte übertragen werden können. Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. März 2021 die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass folgende Daten der Versicherten elektronisch in der elektronischen Patientenakte nach Absatz 1 bereitgestellt und von den Versicherten genutzt werden können:

1. Daten nach § 22 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes (Impfpausweis),
2. Daten zum Nachweis der regelmäßigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 55 Absatz 1 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 (Zahn-Bonusheft),
3. Daten gemäß der nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und Absatz 4 in Verbindung mit § 26 beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Untersuchungsheft für Kinder),
4. Daten gemäß der nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 in Verbindung mit § 24c bis 24f beschlossenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterpass).

Hierzu folgende Bewertung:

Die gewählten Inhalte der ePA begrüßen wir ausdrücklich. Es ist durchaus im Interesse unserer Patientinnen und Patienten, wenn Daten des Impfpausweises, der Zahn-Untersuchungen sowie Daten des Untersuchungsheftes für Kinder auf dieser gespeichert werden. Hier bieten wir unsere umfassende Zusammenarbeit an. Die Untersuchungshefte für Kinder sollten schnellstmöglich digital verfügbar sein. Wir weisen auf die Vorarbeiten in einem Projekt Gemuki-Assist (Anlage 1) und Kalkulation U-Heft (Anlage 2) hin. Das beteiligte Fraunhofer Institut verfügt über umfassende Expertise. Auch die pädiatrischen Verbände sind hier ausreichend zu beteiligen.

Folgendes ist uns zum Punkt 1. (1. Daten nach § 22 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes (Impfpausweis) wichtig:

Die Möglichkeit, Impfungen künftig in digitaler Form dokumentieren zu können, begrüßen wir ausdrücklich. Nötig ist hier aber eine Präzisierung im Gesetzestext, damit nicht parallel eine Dokumentation auf Papier und digital erfolgt. Dies würde für Arztpraxen einen erheblichen zusätzlichen Aufwand bedeuten. Bei einer Parallelbedienung bestünde außerdem die Gefahr, dass die Informationen zum Impfstatus des Versicherten nicht übereinstimmen. Ebenso muss genauer definiert werden, wie die Daten der bisherigen Impfaufweise digitalisiert werden können. Dies ist sehr wichtig, um die geplante Impfpflicht zu flankieren und den Effekt der Impfpflicht messbar zu machen. Es wäre sinnvoll, die elektronische Bestätigung einer durchgeführten Impfung mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem Siegel zu versehen. Damit würde klargestellt, dass der Übertrag der papiergebundenen Dokumentation in den Impfaufweis – sofern der Arzt, der die Impfung durchgeführt hatte, nicht erreicht werden kann – durch das Gesundheitsamt zu erfolgen hat. Sollte der Arzt die Impfung in den digitalen Ausweis übertragen müssen, muss dieser Mehraufwand vergütet werden.

Zu (3) folgende Rückmeldung, wo es heißt:

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege und der weiteren in § 291a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe g genannten Berufe, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Forschung im Gesundheitswesen maßgeblichen Bundesverbänden und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten.(...)

Wir weisen darauf hin, dass wir als behandelnde Ärzte und Ärztinnen der Kinder und Jugendlichen und als von den ePA-Neuerungen wesentlich betroffene Berufsgruppe hier als Berufsverband der Kinder- und Jugend-

ärzte unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Schlussbemerkung

Aufgrund der kurzen Frist zur Stellungnahme konnten wir nicht alle Aspekte umfassend und abschließend bewerten. Insbesondere ist die Stellungnahme keine juristische Begutachtung von Vorschlägen im Entwurf. Gerne aber arbeiten wir mit unserer Expertise daran mit, dass das DVG ein Gesetzesvorhaben wird, das den Patientinnen und Patienten auch wirklich einen klaren Mehrwert bietet und gleichzeitig Lösungen generiert, die auch praktikabel für die umsetzenden Ärztinnen und Ärzte und (in unserem Kontext) die Medizinischen Fachangestellten und Kinderkrankenpflegefachkräfte sind.

Verfasser

Dr. med. Thomas Fischbach,
Präsident des BVKJ e.V.
Dr. P.H. Andreas Plate,
Geschäftsführer & Syndikusanwalt
des BVKJ e.V.
Kathrin Jackel-Neusser,
Leiterin der Stabsstelle Politik
und Kommunikation

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln,
Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221)68909-34,
andreas.plate@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 Wilhelmsstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wil-

helmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln, Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-texte.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

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

Druckauflage 12.267
lt. IWW II 2019

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, Christa Becker, Köln, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552

Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsorganisation:** Petra Tristram, Tel.: (0201) 8130-309, Fax: (0201) 8130-412, E-Mail: tristram@verlag-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

© 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.

Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro

Starke-Familien-Gesetz

Familien mit kleinen Einkommen stärken und faire Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe für Kinder schaffen. Das sind die Ziele des Starke-Familien-Gesetzes. Der Bundesrat hat am 12. April dem Starke-Familien-Gesetz zugestimmt. Der Gesetzentwurf wurde von Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil gemeinsam erarbeitet. Das Gesetz soll nun stufenweise in Kraft treten: Für die Änderungen beim Kinderzuschlag gelten die Stichtage 1. Juli 2019 und 1. Januar 2020. Die Änderungen bei den Leistungen zu Bildung und Teilhabe kommen überwiegend zum 1. August 2019.

Ziel des Gesetzes

Ziel des Gesetzes ist, Familien mit kleinen und mittleren Einkommen wirksamer vor Armut zu schützen, den Bedarf von Kindern zu sichern und dafür zu sorgen, dass sich auch bei kleinen Einkommen Erwerbstätigkeit lohnt. Zu diesem Zweck wird der **Kinderzuschlag erhöht** und neugestaltet und es werden die **Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaketes verbessert**. Besonders profitieren Alleinerziehende durch das Starke-Familien-Gesetz.

Neugestaltung des Kinderzuschlags

Der Kinderzuschlag unterstützt Eltern, die erwerbstätig sind, aber trotzdem finanziell kaum über die Runden kommen. Er sorgt dafür, dass diese Familien nicht wegen ihrer Kinder auf den Bezug von Arbeitslosengeld II („Hartz IV“) angewiesen sind.

Der Kinderzuschlag wird in zwei Schritten neugestaltet: **Zum 1. Juli 2019** wird er von jetzt maximal 170 Euro auf 185 Euro pro Monat und Kind erhöht, für Alleinerziehende geöffnet und deutlich entbürokratisiert.

Zum 1. Januar 2020 entfallen die oberen Einkommensgrenzen und Einkommen der Eltern, das über ihren eigenen Bedarf hinausgeht, wird nur noch zu 45 Prozent, statt heute 50 Prozent, auf den Kinderzuschlag angerechnet. Durch diese Maßnahmen fällt keine Familie mehr aus dem Kinderzuschlag heraus, wenn die Eltern nur etwas mehr verdienen und sie können von ihrem selbst erwirtschafteten

Das Starke-Familien-Gesetz



eteten Einkommen etwas mehr behalten. Wer mehr arbeitet, hat also mehr in der Tasche. Der Kinderzuschlag wird so gerechter. Zudem wird ein erweiterter Zugang zum Kinderzuschlag für Familien geschaffen, die in verdeckter Armut leben, das heißt Leistung nach dem SGB II nicht nutzen, obwohl sie einen Anspruch haben.

Leistungen für Bildung und Teilhabe

Wo Kinder und Jugendliche aufgrund des geringen Einkommens ihrer Familien in besonderer Weise von Ausschluss bedroht sind, eröffnet das Bildungs- und Teilhabepaket Chancen auf Teilhabe. **Zum 1. August 2019** wird das Bildungs- und Teilhabepaket verbessert:

- Das **Schulstarterpaket** steigt von 100 Euro auf 150 Euro und wird in den Folgejahren dynamisiert.
- Die **Eigenanteile der Eltern** für das gemeinsame Mittagessen in Kita und Schule sowie für die Schülerbeförderung **fallen weg**.
- Darüber hinaus **kann eine Lernförderung auch beansprucht** werden, wenn die Versetzung nicht unmittelbar gefährdet ist.

Mit der Maßnahme werden die Eltern nicht nur finanziell entlastet, sondern es fällt auch eine Menge Bürokratieaufwand für Eltern, Dienstleister und Verwaltung weg.

Zusätzlich zum Starke-Familien-Gesetz werden mit dem Gute-KiTa-Gesetz alle Eltern, die Kinderzuschlag, Leistungen aus dem Zweiten Buch Sozialgesetz-

buch (SGB II) oder Wohngeld beziehen, in Zukunft von KiTa-Gebühren befreit.

Mehr Kinder profitieren vom Kinderzuschlag

Auch die Zahl der berechtigten Kinder wird mit der Reform spürbar ausgeweitet. Beim reformierten Kinderzuschlag sind künftig rund **zwei Millionen Kinder anspruchsberechtigt**. Bislang waren es nur circa 800.000. **Anspruch auf Bildungs-**

und Teilhabeleistungen haben alle Kinder, für die Kinderzuschlag, Leistungen aus dem SGB II oder Wohngeld bezogen werden. Für diese Leistungen werden künftig sogar rund **vier Millionen Kinder anspruchsberechtigt** sein. Ziel muss sein, dass alle, die anspruchsberechtigt sind, die verbesserten Leistungen auch in Anspruch nehmen. Die neuen Möglichkeiten werden nun bekanntgemacht und Bürokratie abgebaut, um den Zugang für alle einfacher zu machen.

Links: bmfjsfj.de/bmfjsfj/service/gesetze/starke-familien-gesetz/131178
bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw12-de-starke-familien-gesetz-628892

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser
Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation des BVKJ
Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

BVKJ sauer auf Ministerin Klöckner

In der letzten Juni-Woche hat der BVKJ in insgesamt drei Sitzungen im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) versucht, verbindliche Vorgaben für die Reduktion von Zucker, Fett und Salz in Fertigprodukten erreichen – vergeblich.

Mitarbeit muss in Frage gestellt werden, da die Politik unverändert sinnvolle Lösungen blockiert

„Wir haben versucht, uns mit unserem medizinischen Fachwissen konstruktiv an den Prozess- und Zielvereinbarungen einzubringen. Die Ministerin hat uns dazu ausdrücklich eingeladen. Doch es stellt sich immer mehr heraus, dass wissenschaftliche Erkenntnisse bei den konkreten Reduktionszielen kaum berücksichtigt werden“, zeigte sich Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin des BVKJ, nach den Gesprächen mit Ministerin Julia Klöckner (CDU) enttäuscht.

„Die Ministerin setzt mit ihrer Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten weiterhin auf Freiwilligkeit und den Konsens mit der Industrie. Deren Ziele bleiben jedoch weit hinter dem zurück, was aus wissenschaftlicher Sicht nötig wäre, um dem Anstieg von Übergewicht

vor allem bei Kindern und Jugendlichen zu stoppen. So bleibt die **Nährwertkennzeichnung** weiterhin freiwillig. Bereits bestehende, wissenschaftlich evaluierte Kennzeichnungen will die Ministerin nicht einsetzen. Stattdessen hat das Max-Rubner-Institut eine alternative Nährwertkennzeichnung entwickelt, die nun in den Sommermonaten in einer Verbraucherbefragung untersucht werden soll“.

Auch in der **Bewertung von Lebensmitteln**, die an Kinder gerichtet sind, gebe es immer noch keine einheitliche Regelung zwischen dem Ministerium und der Lebensmittelindustrie. „Wenn nun als Ergebnis der letzten Sitzung des Begleitgremiums zur Reduktions- und Innovationsstrategie vereinbart wird, dass in Joghurts, die speziell Kinder ansprechen, nicht mehr Zucker enthalten sein soll als in den Produkten für Erwachsene, ist das aus unserer Sicht nicht nur völlig unzureichend, sondern auch zynisch.“

Die pädiatrischen Verbände hätten sich wiederholt gemeinsam für strengere

und zeitlich schnellere Maßnahmen wie Besteuerung von Softdrinks, Werbeverbot für Lebensmittel an Kindern und eine für den Verbraucher verständliche und die Kaufentscheidung beeinflussende Nährmittelkennzeichnung ausgesprochen. „Wir bleiben bei diesen wissenschaftlich wohlbegründeten Forderungen und hoffen, dass die Ministerin sich unseren Argumenten nicht verschließt und die Nationale Reduktionsstrategie doch noch zu einem Erfolg führen wird. Anderenfalls müssen wir darüber nachdenken, ob wir uns nicht besser aus dem Begleitgremium zurückziehen. Denn wir sind nicht bereit, mitzuarbeiten, wenn unsere Mitarbeit praktisch wirkungslos bleibt.“

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin
10115 Berlin
E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Arbeitsrecht: Neue Vorgaben beim Einsatz vom Honorararzt als Vertretungsarzt – Was folgt daraus für pädiatrische Praxen?

Ausgangslage // Der Ärztemangel im deutschen Gesundheitssystem machte den Einsatz von Honorarärzten in den letzten Jahren zu einem gängigen Verfahren, um Engpässe insbesondere in Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung zu überbrücken. Aufgrund der Frage nach der Sozialversicherungspflicht solcher Tätigkeit gab es zahlreiche Verfahren vor den Sozialgerichten.



Andreas Plate



Christian Krapohl

Nun hat das Bundessozialgericht (BSG) diesen Sachverhalt in einer aktuellen Entscheidung höchstrichterlich geklärt. Dieser Beitrag zeigt die Kriterien der Sozialversicherungspflicht gemäß der Entscheidung des Bundessozialgerichts auf und überträgt diese Kriterien auf die Tätigkeit von Honorarärzten in der vertragsärztlichen Versorgung bei

Kinder- und Jugendärzten. Hierbei geht es nicht um eine abstrakte Risikobewertung. Vielmehr erfolgten bereits zahlreiche Prüfverfahren der Rentenversicherung (Statusfeststellung nach § 7a SGB IV, Meldepflichten nach §§ 28p, 28q SGB IV). Hier lauern finanzielle Risiken für Praxisinhaber, weil sie nachträglich für Vertretungsärzte, die als Honorararzt tätig waren, Sozialversicherungsbeiträge bezahlen müssen.

Aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Aktenzeichen: B 12 R11/18 als Leitfall)

Das BSG bewertet grundsätzlich Honorarärzte als regelmäßig sozialversicherungspflichtig. Danach sind die „Ärzte, die als Honorarärzte in einem Krankenhaus tätig sind, in dieser Tätigkeit regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen, sondern unterliegen als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht.“ (Aktenzeichen B 12 R 11/18 R als Leitfall).“

Die Tätigkeit als Arzt schließt eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht von vornherein wegen der besonderen Qualität der ärztlichen Heilkunde als Dienst „höherer Art“ aus. Die Grundlage der Entscheidung ist, ob die Betroffenen weisungsgebunden beziehungsweise in eine Arbeitsorganisation eingegliedert sind. Das letzte Merkmal ist bei Ärzten in einem Krankenhaus regelmäßig gegeben, weil dort ein hoher Organisationsgrad vorhanden ist, auf

den die Betroffenen keinen eigenen, unternehmerischen Einfluss haben.

Dabei sind Anästhesisten – wie in dem entschiedenen Fall – bei einer Operation in der Regel Teil eines Teams, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen kooperieren muss. Ebenso ist die Tätigkeit als Stationsarzt regelmäßig mit der Voraussetzung verbunden, dass sich die Betroffenen in die vorgegebenen Strukturen und Abläufe einfügen. Im entschiedenen Fall war die eine Ärztin wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst und überwiegend im Operationssaal tätig. Hinzu treten muss, dass Honorarärzte ganz überwiegend personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses bei ihrer Tätigkeit verwenden. Somit war die Ärztin gleichwertig wie beim Krankenhaus angestellte Ärzte vollständig eingegliedert in den Betriebsablauf. Es bestanden keine unternehmerischen Entscheidungsspielräume bei ihrer Tätigkeit als Honorarärztin im Krankenhaus. Die Höhe des Honorars ist nur ein Aspekt und war im Fall nicht entscheidungsrelevant.

Das Bundessozialgericht wies darauf hin, dass ein eventueller Fachkräftemangel im Gesundheitswesen keine Auswirkung auf die rechtliche Beurteilung hat. Das Gericht stellte fest: „Sozialrechtliche Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht können nicht außer Kraft gesetzt werden, um eine Steigerung der Attraktivität des Berufs durch eine von Sozialversicherungsbeiträgen ‚entlastete‘ und deshalb höhere Entlohnung zu ermöglichen.“

Die entscheidende Norm für die Entscheidung war der § 7 Absatz 1 SGB IV: Danach ist eine Beschäftigung als nicht selbständige Arbeit zu bewerten, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis, wenn die Tätigkeit nach Weisungen erfolgt und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers vorliegt. Die Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers.

Anwendung auf den Honorararzt in der ambulanten Versorgung

Fraglich ist nun, ob und wie diese Grundsätze auf die Situation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu übertragen sind.

Als Ausgangsfall für eine Bewertung wählen wir den Honorararzt, der als Vertreter für einen zugelassenen Vertragsarzt in einer Praxis arbeitet. Nach § 32 Absatz 1 Zulassungsverordnung in Verbindung mit § 14 Absatz 1 Bundesmantelvertrag kann sich der Vertragsarzt bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertretung bis zu 12 Monaten ist im Zusammenhang mit einer Entbindung möglich (s. auch Beitrag in Heft 11/2017).

Der Vertragsarzt darf sich nur von einem Kollegen mit abgeschlossener Weiterbildung in demselben Fachgebiet vertreten lassen, in dem er zugelassen ist. Das kann ebenso ein im Krankenhaus tätiger Arzt sein, weil die vertragsärztliche Zulassung keine Voraussetzung für die Vertretung ist. Der Vertreter darf nur Leistungen durchführen und abrechnen, für die der Vertragsarzt qualifiziert und zugelassen ist. In der Gemeinschaftspraxis können sich Vertragsärzte, welche die gleiche fachliche Qualifikation besitzen und dem gleichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gegenseitig vertreten. Bei einer Vertretung über eine Woche muss der Vertragsarzt die Vertretung bei der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigen, die entsprechende Formulare zur Verfügung stellt.

Nach § 7 Absatz 1 SGB IV sind Anhaltspunkte für eine Beschäftigung die nichtselbständige Tätigkeit, also eine

Tätigkeit nach Weisung und die Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers. Fraglich erscheint es also, ob die Vertretungstätigkeit in einer Arztpraxis eine nichtselbständige Tätigkeit im Sinne der vorgenannten Vorschrift ist. Der Vertretungsarzt unterliegt nicht den direkten Weisungen des zu vertretenden Arztes. Vielmehr übt er die Tätigkeit im Rahmen seiner eigenen beruflichen Qualifikation aus. Dies deutet auf eine Selbständigkeit hin. Der Vertretungsarzt ist nur zulässig tätig, wenn er sich genau im Zulassungsstatus des zu vertretenden Arztes bewegt.

Daraus entsteht allerdings ein starkes Indiz dafür, dass der Arzt, verbunden mit der Rechtsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Vertreter, weisungsgebunden handelt. Ebenso ist er im Vertretungsfall in die Arbeitsorganisation der Praxis eingebunden. Dies zeigt sich insbesondere an der Einbindung in die Terminplanung mit Patienten. Hinzu kommt bei der Bewertung, dass der Vertretungsarzt die sachlichen und persönlichen Ressourcen der Praxis nutzt.

Ebenso bei den Kriterien wirtschaftliches Risiko und unternehmerische Freiräume ist eine selbstständige Tätigkeit nicht erkennbar. Der Vertretungsarzt wird unabhängig vom wirtschaftlichen Ergebnis der Arztpraxis vergütet. Somit ergibt sich kein wirtschaftliches oder unternehmerisches Risiko für den Vertretungsarzt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass dem Honorararzt in der Arztpraxis mit den Honorararzt im Krankenhaus gleich zu behandeln ist. Daraus folgt die Sozialversicherungspflicht für diese Tätigkeit.

Das Gesetz ermöglicht die Absicherung gegen unliebsame Überraschungen. Die verbindliche Klärung des Sozialversicherungsstatus kann mit dem sog. Statusfeststellungsverfahren nach § 7a SGB IV bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erreicht werden. Vorteil des Verfahrens ist, dass die Beitragspflicht erst mit dem Bescheid eintritt, sofern der Antrag innerhalb von einem Monat nach Tätigkeitsaufnahme gestellt wird. Dies hilft schon einmal für die Fälle, in denen ein nur kurzfristiger Einsatz, z.B. für die Sommerferien von zwei Wochen, erfolgt, da die Bearbeitung wahrscheinlich länger dauern wird. Aber auch in länger angelegten

Fällen hilft die Klärung des Sozialversicherungsstatus sowohl dem Praxisinhaber als auch dem Honorararzt.

Wenn sich ein Sozialversicherungsstatus im Nachhinein ohne vorherige Prüfung durch die Rentenversicherung als unzutreffend herausstellt, drohen Gefahren für beide Seiten. Den Praxisinhaber können Geldstrafen und Beitragsnachforderungen mitunter für mehrere Jahre treffen, dem Sozialversicherungspflichtigen könnten Sozialleistungen im Leistungsfall verweigert werden.

Fazit

Aktuell ist die komplette Urteilsbegründung des Bundessozialgerichts noch nicht verfügbar. Aber es ist schon erkennbar, dass der Einsatz von Honorarärzten in bisheriger Form zur Vertretung in der Arztpraxis nicht mehr ratsam ist. Es sind einfach zu viele juristische Risiken beim Einsatz des Honorararztes zu erwarten, weil die DRV diese Aktivitäten als sozialversicherungspflichtige Tätigkeit bewertet. Anwaltlich ist zu raten, den vertretenden Arzt auf Basis eines Rahmenvertrages, der ein Kontingent an Stunden nach Bedarf ermöglicht, in der Praxis einzustellen. Diese Umsetzung erfolgt im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses. Eine Alternative stellt die Zusammenarbeit mit Agenturen dar, die medizinisches Personal vermitteln und eine entsprechende Genehmigung für die Arbeitnehmerüberlassung haben.

Korrespondenzadresse:

Dr. P.H. Andreas Plate
LL.M. Medizinrecht, Münster
Geschäftsführer & Syndikusanwalt
Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e. V.,
www.bvkJ.de

Christian Krapohl
Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht | Fachanwalt für Arbeitsrecht
Möller & Partner, Rechtsanwälte
Düsseldorf
<https://www.m-u-p.info>

Interessenkonflikt:

Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des BVKJ e.V. tätig. Red.: WH

Bericht vom 49. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin

Festliche Eröffnung am Freitag, 14. Juni 2019 // Erfreulicherweise ist es durch den tatkräftigen Einsatz von Präsident Dr. Fischbach, Vizepräsidentin Dr. Peter und der Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation, Kathrin Jackel-Neusser, gelungen, dass erstmals eine amtierende Ministerin bei der festlichen Eröffnung eines Kinder- und Jugendärztetages die Eröffnungsrede hielt.



© Alle Fotos: Christian Kruppa

von links Dr. Fischbach, Frau Dr. Giffey, Frau Dr. Peter

Berlin-Neukölln, wo sie ja Bürgermeisterin war und wo auch der Veranstaltungsort Estrel-Convention-Center liegt, mit all seinen Problemen hinwies, die sowohl für die Politik als auch für die medizinische Versorgung immense Herausforderungen beinhalten. 80 % der Kinder und Jugendlichen im Berliner Bezirk Neukölln leben in einem schwierigen sozialen Umfeld und benötigen intensive Unterstützung von außen, wie z.B. Förderung in der Nachmittagsbetreuung einschl. Mahlzeiten.

Zunächst begrüßte Prof. Dr. Keller als Tagungsleiter die Gäste und machte Ausführungen zum Schwerpunktthema „Entwicklung“ des diesjährigen „Kinder- und Jugendärztetages“. Weitere Punkte in seiner Begrüßungsrede waren umweltmedizinische Aspekte, die Erziehung zur Medienmündigkeit und die bisher unabsehbaren Folgen des ungezügelter Medienkonsums von Kindern und Jugendlichen.



Frau Dr. Franziska Giffey bei ihrer Eröffnungsansprache

Alle auch für den BVKJ wichtigen Themen wie Bildungsferne, Kinderrechte, Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Kinderschutz, Reform des Kinder- und Jugendhilferechts, Medizinische Kinderschutzhotline, Neuordnung der Kinder- und Jugendpolitik, moderne Familienpolitik, Einfluss digitaler Medien auf die Kindergesundheit, Impfpflicht entsprechend dem Entwurf aus dem BMG und Reform des Kinder- und Jugendschutzgesetzes hat sie angesprochen und dabei mehrfach betont, wie wichtig ihr die enge Zusammenarbeit mit dem BVKJ ist und wie sehr sie diese Zusammenarbeit schätze.

Weiterhin führte sie aus, dass inzwischen jährlich über 5 Milliarden € in die frühe Bildung, Betreuung und Förderung fließen. 4 Millionen Kinder und Jugendliche brauchen in Deutschland staatliche Unterstützung.

Es sei eine weitere Förderung der Erzieherinnen und Erzieher in den Kindertageseinrichtungen geplant, die Ausbildungsgebühren sollten abgeschafft und die Qualität in den Kindertageseinrichtungen deutlich erhöht werden. In diesem Zusammenhang wies sie auch auf das in ihrer Amtszeit verabschiedete „Gute-Kita-Gesetz“ hin, das am 01.01.2019 in Kraft getreten ist (Link: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/kinderbetreuung/mehr-qualitaet-in-der-fruehen-bildung/das-gute-kita-gesetz/zehn-wege-zu-besseren-kitas/viele-wege-zu-besseren-kitas/135400>).

Zudem lobte sie das Engagement des BVKJ im Bündnis gegen das Schütteltrauma und teilte mit, dass die bisher befristete Stelle des Beauftragten gegen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, nun aufgrund eines Beschlusses der Bundesregierung entfristet sei.



Prof. Dr. Keller

Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Franziska Giffey, hielt eine mit anhaltendem Beifall gewürdigte Eröffnungsrede, in der sie auf den sozialen Brennpunkt



Dr. Fischbach und Frau Dr. Franziska Giffey

Ein wichtiger Punkt in ihren Ausführungen war auch das „Starke-Familien-Gesetz“, das wesentliche Verbesserungen für Familien aus prekären Verhältnissen

bringe (s. auch entsprechenden Beitrag von Frau Jackel-Neusser in diesem Heft). Frau Giffey hofft sehr, dass auch die Kinder- und Jugendärzte bei ihren zahlreichen Kontakten mit betroffenen Familien auf die neuen Möglichkeiten dieses Gesetzes hinweisen und somit den Eltern helfen, die ihnen zustehenden Leistungen auch in Anspruch zu nehmen. Dazu wird es ein einfach gestaltetes Faltblatt aus dem BMFSFJ geben, das auch den pädiatrischen Praxen zur Verfügung gestellt werden soll.

Sie sieht die weiterhin bestehende Kinderarmut in Deutschland als große Herausforderung für die Gesellschaft an und will sich politisch für deren Bekämpfung mit allen Mitteln einsetzen.

Zum Schluss ihrer auf große Zustimmung beim Publikum stößenden Ausführungen wies Frau Ministerin Dr. Giffey darauf hin, dass nach einer neuen UNICEF-Studie über kinderfreundliche Länder (s. auch entsprechenden Beitrag in diesem Heft) Deutschland erfreulicherweise auf Platz 6 vorgerückt ist (Link: <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2019/studie-familienfreundliche-politik/194182>).

Präsident Dr. Thomas Fischbach zeigte sich in seiner Ansprache sehr erfreut über Ausführungen von Frau Ministerin Dr. Giffey und die gute Zusammenarbeit mit ihrem Ministerium. Er betonte in seiner Rede die wichtige Aufgabe von familienorientierten Lotsen und aufsuchenden Hilfen für eine Chancengleich-

heit aller Kinder und wies noch einmal eindringlich darauf hin, wie wichtig eine qualitativ gute Kita-Ausstattung und ein flächendeckender Ausbau der Frühen Hilfen für die Kinder ist.

Alle Themen, die Frau Ministerin Giffey angesprochen hat, seien seit vielen Jahren auf der Agenda des BVKJ und der BVKJ arbeite unter seiner Führung intensiv daran, allen Kindern und Jugendlichen ein bestmögliches gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang lobte er, dass das Thema „Impfpflicht“ nun endlich in der Politik angekommen sei und entsprechende Gesetze zur Ausrottung impfpräventabler Erkrankungen in den politischen Gremien beraten würden.

Auch die aktuellen Probleme der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen schnitt er an und forderte eine bedarfsgerechte Planung der Versorgung und eine deutliche Erhöhung der Medizinstudienplätze.



Dr. Fischbach

Der wissenschaftliche Leiter des parallel stattfindenden 14. Kongresses Praxisfieber-live für die medizinische Fachangestellte in der Kinder- und Jugendarztpraxis, **Dr. Michael Mühlischlegel**, begrüßte die MFA sehr herzlich und zeigte sich erfreut über die anhaltend hohen Teilnehmerzahlen.



Fotos: Christian Kruppa

Die Kongressleiter Prof. Dr. Keller und Dr. Mühlischlegel

Im Jahr 2020 feiert der BVKJ auf dem 50. Kinder- und Jugendärztetag vom 19. bis 21. Juni in Berlin sein 50-jähriges Bestehen und hofft, dass aus diesem Anlass ganz viele seiner Mitglieder und Funktionsträger nach Berlin kommen, um auch nach außen ein starkes Signal zu setzen.

Verfasser:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Partner der Kinder- und Jugendärzte



GEMEINSAM
ADHS
BEGEGNEN
MEDICE – DIE ERSTE WAHL



Der Honorarausschuss informiert

Toleranzfristen bei Vorsorgeleistungen

Im April verkündete die KV-Westfalen-Lippe (KVWL) plötzlich eine deutliche Einschränkung der Fristen für das Hüftultraschallscreening. Offensichtlicher Anlass war eine Nachfrage der KVWL bei der KBV, die zunächst aus rechtlichen Gründen eine Einschränkung der Fristen in einen engen Rahmen gemäß der Kinderrichtlinie empfohlen hatte. Entsprechende Interventionen des BVKJ-Honorarausschusses haben nun zu einer umfassenden Korrektur dieser Auslegung geführt und darüber hinaus auch bei anderen Fristen Klarstellungen zu Gunsten der Kinder- und Jugendärzte erreichen können.



Dr. Marcus Heidemann

Sonografie der Säuglingshüfte im Rahmen des Screenings

Ziffer 01723 beschreibt die „**Sonographische Untersuchung der Säuglingshüften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Abschnitt C Kapitel III der Kinder-Richtlinie**“. In dieser Richtlinie wiederum steht:

„Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen wird in der 4.-5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der dritten Früherkennungsuntersuchung durchgeführt.“

Nur aus diesem Satz hat nun zunächst die KVWL und später auch die KBV vorläufig eine Abrechnung außerhalb des Zeitraums 4.-5. LW ausgeschlossen. Im

Ergebnis hätte dies eine Privatabrechnung jeder verspäteten Hüftultraschalluntersuchung zur Folge gehabt oder schlimmer noch, wenn Eltern nicht bereit gewesen wären dieses zu bezahlen, ein Rückfall in alte Zeiten, in denen Kinder dem Risiko einer unentdeckten Hüftdysplasie ausgesetzt gewesen sind.

Aufgrund dieser problematischen Situation haben wir umfangreiche Argumente vorgebracht, die nach erneuter Prüfung letztendlich zur **vollständigen Anerkennung der BVKJ-Auslegung** geführt haben.

- In der Kinderrichtlinie wird im Rahmen der U3 als Inhalt aufgeführt: „Durchführung oder Veranlassung der Hüftgelenkssonographie“. Eine Veranlassung wäre schlicht nicht mehr möglich, wenn die U3 spät in der Frist oder sogar im Toleranzzeitraum der U3 erfolgen würde.

Tab. 1: Leistungen mit Zeitfenster gemäß KVWL in Abstimmung mit KBV

GOP	Leistungslegende	Zeitfenster von- bis
01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetriescreenings	Toleranz der U2 (3.-14. Lebenstag) und ggf. Leistungen die mit der U2 veranlasst wurden.
01703	Pulsoxymetriescreening	Toleranz der U2 (3.-14. Lebenstag) und ggf. Leistungen die mit der U2 veranlasst wurden.
01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	Toleranz der U2 (ab 3. Lebenstag) – U5 (8. Lebensmonat und ggf. Leistungen die mit der U2, U3, U4 oder U5 veranlasst wurden.
01705	Neugeborenenhörscreening	Toleranz der U2 (ab 3. Lebenstag) – U5 (8. Lebensmonat und ggf. Leistungen die mit der U2, U3, U4 oder U5 veranlasst wurden.
01706	Kontroll-AABR	Toleranz der U2 (ab 3. Lebenstag) – U5 (8. Lebensmonat und ggf. Leistungen die mit der U2, U3, U4 oder U5 veranlasst wurden.
01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening	Ab 2. Lebenstag- Toleranz der U3 (8. Lebenswoche) und ggf. Leistungen die mit der U2 oder U3 veranlasst wurden.
01709	Screening auf Mukoviszidose	Ab 2. Lebenstag- Toleranz der U3 (8. Lebenswoche) und ggf. Leistungen die mit der U2 oder U3 veranlasst wurden.
01722	Sonographische Untersuchung der Säuglingshüften	Toleranz der U2 (ab 3. Lebenstag) – U3 (8. Lebenswoche und ggf. Leistungen die mit der U2 oder U3 veranlasst wurden.

- Ebenso würde der Inhalt der U4 ad absurdum geführt, denn dort wird in der Kinderrichtlinie die Kontrolle des vorliegenden Befundes des Hüftscreenings aufgeführt. Die ergibt aber nur dann Sinn, wenn ein eventuell nicht durchgeführtes Screening auch noch veranlasst und somit auch abgerechnet werden kann.
- Im Vorsorgeheft findet sich bei der U4 dieser Hinweis sogar noch expliziter. So heißt es auf der Ergebnisseite der U4 im Vorsorgeheft:
„Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:
 - Neugeborenen-Hörscreening
 - Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation“
 Auch hier wird deutlich aufgeführt, dass ein nicht erfolgtes Screening auch gemäß der Kinderrichtlinie noch zu veranlassen ist.

Alle Argumente haben dann erfreulicherweise zu einer Revision der Auslegung durch die KBV geführt und zu einer **Abrechnung bis zum Ende der 8. Lebenswoche, bzw. bei dann veranlassten Leistungen auch darüber hinaus** (ggf. mit Begründung in der Abrechnung).

Toleranzfristen bei weiteren Präventionsleistungen bei Neugeborenen

Aufgrund der bei den anderen Vorsorgeleistungen des Neugeborenenalters gleichartig anwendbaren Argumentationen, haben wir in einem zweiten Schritt nun auch um eine Überprüfung der jeweiligen Fristen gebeten. Hierzu wurde auch aus verschiedenen KVen immer wieder von Mitgliedern über Streichungen berichtet. Auch hierzu hat sich die KVWL dann in Absprache mit der KBV

ausführlich geäußert und sich auf die in der Tabelle 1 ersichtlichen Fristen festgelegt.

Die Auslegung der KVWL ist formal natürlich nicht direkt auf die anderen KVen übertragbar. Wenn jedoch in anderen KV-Bereichen die angesprochenen Leistungen gestrichen werden, so sollte unter Verweis auf die zwischen KBV und KVWL festgelegten Fristen und die dazu vorgebrachten Begründungen Widerspruch eingelegt werden. Der Honorar-ausschuss bzw. die Landes-Honorarbeauftragten werden hierzu bei Bedarf mit weiteren Hilfen zu Seite stehen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Marcus Heidemann
33605 Bielefeld

E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH

Bericht über die Sitzung des BVKJ-Länderrates am 15. Juni 2019 in Berlin

Spahn'sche Gesetzesflut – unterschiedliche Auswirkungen in den Bundesländern // Turnusgemäß tagte der Länderrat zum Kinder- und Jugendärzte-Tag im Juni in Berlin. Schwerpunkt der Sitzung war die Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in den Ländern, aber auch neue Gesetzesinitiativen, beispielsweise das Masernschutzgesetz, das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) u.a., die voraussichtlich 2020 in Kraft treten werden.



Dr. Martin Lang

- **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**
Im Mai ist das TSVG in Kraft getreten. Während die befristete Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung und

auch die offenen Sprechstunden für uns Kinder- und Jugendärzte abgewendet werden konnten, gibt es einige wichtige Neuerungen für die Praxis. Über dieses Gesetz wurde in der Verbandszeitschrift (s. auch die Hefte 4, 5, 7-2019) bereits ausführlich berichtet. Auch über die Einführung des **bundesweiten Notfall- und Bereitschaftsdienstes** mit der Nummer 116117 unter der Leitung der kassenärztlichen Vereinigungen hat der BVKJ in Heft 7-2019 informiert. Eine erste Analyse des Honorarausschusses über die Auswirkungen des TSVG hat der BVKJ bereits in Heft 7-2019 veröffentlicht. Der Länderrat hat sich umfassend mit den Auswirkungen der Gesetzgebung befasst. Auch über die Einführung der **elektronischen Patientenakte (ePa)** für das

Smartphone/Tablet zur hat der BVKJ seine Mitglieder in Heft 7-2019 dieser Zeitschrift informiert.

- **Verbesserte Weiterbildungsförderung**
Die Weiterbildungsförderung für die grundversorgenden Fachärzte (Gynäkologen, Augenärzte, Pädiater) wird gesetzlich verbessert. Im §75a des SGB V wird die Zahl der zu fördernden Fachärzte auf 2.000 Stellen bundesweit erhöht. Weiterhin werden die Kinder- und Jugendärzte namentlich als zu fördernde Fachgruppe herausgehoben (§75a, Abs.9). Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Landesausschüsse (paritätisch vertreten durch Vertreter der KVen und der Krankenkassen), diese politische Forderung umsetzen. In der Vergangenheit wurden die Angebote von Förderstellen in den einzelnen

Landes-KVen sehr heterogen gehandhabt.

- **GBA-Beschluss zur Bedarfsplanung**

Fast zeitgleich zum TSVG hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine **Anpassung der Patienten-Verhältniszahlen für Pädiater** beschlossen. In der Planung werden die bislang 5 Siedlungsstrukturtypen zu zwei Versorgungsstrukturen zusammengefasst, dem Ballungsraum (Typ1) und dem ländlichen Versorgungsraum (Typ2-5). Die pro Arztzulassung zu versorgende Patientenzahl (unter 18 Jahren) wird durchschnittlich um 15 % gesenkt.

Auch diese Regelung hat unterschiedliche Konsequenzen in den verschiedenen Bundesländern und Regionen. In den meisten Ballungsräumen und ihren Einzugsgebieten führt es zu keiner Verbesserung der Zulassungsmöglichkeiten. Hingegen wird in bislang schon schwach versorgten Gebieten der Mangel an pädiatrischen Arztsitzen noch gravierender erscheinen. Die Landesausschüsse der Länder-KVen sind aufgefordert, die Verteilung der 401 neuen pädiatrischen Zulassungen bis Ende dieses Jahres für die Regionen festzulegen.

- **Digitales Versorgungsgesetz (DVG)**

Dr. Fischbach berichtete über den aktuellen Referentenentwurf zum **digitalen Versorgungsgesetz (DVG)**. Darin

werden den Krankenkassen umfangreiche Möglichkeiten eröffnet die digitale Patientenversorgung zukünftig direkt zu steuern. Die Patientendaten der Praxen sollen über die Telematikinfrastruktur und entsprechende IT-Weiterentwicklungen an die Krankenkasse geleitet werden, wo sie gesammelt und anonymisiert ausgewertet werden können (big data). Die **elektronische Patientenakte ePa** wird ausgebaut und soll verbindlich die Impfdaten und die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen digital verwalten.

Der BVKJ hat dem BMG eine erste Stellungnahme vorgelegt (s. auch das Editorial in diesem Heft).

Im Länderrat werden die **fortgeschrittenen Möglichkeiten der verbands-eigenen Telemedizin** als ärztlich selbstbestimmter Gegenentwurf zur industriellen Digitalisierung aufgezeigt. Das Telekonsil **PädExpert®** erfreut sich zunehmender Akzeptanz, insbesondere auch für Privatpatienten und IGEL-Honorierung. Gleiches entwickelt sich bei den **digitalen Verhaltenstagebüchern (PädAssist)** und der **Videosprechstunde (PädHome)**. Beide Betreuungsmodule können sehr einfach über die **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** dem Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Im Länderrat wird der verstärkte Einsatz unserer eigenen telemedizinischen Produkte empfohlen. Es erscheint wichtig, dass wir in Anbetracht der rasch

zunehmenden Digitalisierung unserer Versorgungswelt, eigene Erfahrungen und Aspekte einbringen können.

Beschluss-Antrag:

„Der Länderrat empfiehlt dem Vorstand, sich mit dem Thema „Ausbildung“ zu beschäftigen und eine Beschlussvorlage dazu den Delegierten der diesjährigen DV vorzulegen. Eine kurze Projektskizze mit Angaben zu Kosten wird nachgereicht.“

Wahlen in den Bundesländern

in den vergangenen Monaten wurden folgende Landesverbandsvorsitzende und ihre Vorstandteams gewählt oder im Amt bestätigt:

- Dipl. med. Detlef Reichel in Brandenburg,
- Dr. Ralf Möbus in Hessen,
- Dr. Lothar Maurer in Rheinland-Pfalz.

Der Länderrat bittet alle Mitglieder zukünftig durch hohe Wahlbeteiligungen die zunehmende politische Bedeutung der Pädiater in den ärztlichen Selbstverwaltungsorganisationen zu stärken und unsere Verbandsorgane mit zu gestalten.

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Lang, Länderratsvorsitzender
86150 Augsburg

E-Mail: Dr.Lang@jugendmedizin.de

Red.: WH



Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

Telemedizinische Angebote auf der Praxis-Homepage einstellen

Pädiatrische Praxen, die telemedizinische Leistungen für ihre Patienten anbieten, können diese auch auf ihrer Praxis-Homepage beschreiben. Auf der Patientenseite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) – www.kinderaerzte-im-netz.de (mit über 1 Million Besuchern im Monat der reichweitenstärkste Internetauftritt zur Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland) – wird dieser Service nun automatisch für alle Praxen eingestellt, die am Telekonsil „PädExpert“ teilnehmen oder die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ im Einsatz haben, um z.B. an Termine, Impfungen und Vorsorgen zu erinnern.



auch für den angefragten Experten. Gerade in Zeiten von überfüllten Praxen ist dieses schnelle Kommunikations-System sehr gut geeignet, um eine zeitnahe Abklärung für die Patienten zu ermöglichen. Praxen, die diesen Dienst anbieten, erhalten nun automatisch auf ihrem Praxiseintrag bei www.kinderaerzte-im-netz.de eine Information für ihre Patienten, der den bisherigen Eintrag ergänzt.



PraxisApp
Mein Kinder- und Jugendarzt

Telekonsil des BVKJ

Immer mehr Eltern suchen im Internet nach Kinder- und Jugendärzten, die auch telemedizinische Behandlungen anbieten (inzwischen sind etwa 1.000 niedergelassene Pädiater beim Telekonsil des BVKJ – „PädExpert“ – registriert). Mithilfe dieses Programms können hausärztlich tätige Pädiater ihre Fachkollegen aus vielen verschiedenen Bereichen, wie Pneumologie, Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie oder Neuropädiatrie

u.a., online kontaktieren, wenn sie einen unklaren Befund abklären möchten oder einen Tipp zur Weiterbehandlung eines chronisch kranken Patienten haben möchten. Die Antwort kommt innerhalb von einem Tag und erspart Ärzten wie Patienten oft mühsame Telefonate, lange Wartezeiten oder unnötige Arztbesuche.

Zudem wird die digitale Anfrage inzwischen von mehr als 80 Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie allen Privaten Krankenkassen (PKV) sehr attraktiv vergütet – für den anfragenden Arzt, wie

Praxis-APP „Mein Kinder- und Jugendarzt“

Gleiches gilt auch für Praxen, die die **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** für ihre Patienten vorhalten, um diese an Termine, Impfungen und Vorsorgen zu erinnern. Neu ist auch die Möglichkeit, Patienten außerhalb von Praxisterminen mithilfe von **digitalen Tagebüchern** zu kontrollieren. Diese Tagebücher, die für die Indikationen

- instabiles Asthma,
- Rheuma,

- Kopf- und Bauchschmerzen,
 - sowie bei einem Verdacht auf ein Schreibaby (Schlafstagebuch)
- verfügbar sind, können in die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ je nach Patient individuell eingespielt werden. Der Zeitaufwand dafür ist minimal und wird – ebenso wie die Kontrolle der eingegebenen Werte – bundesweit von den allermeisten Betriebskrankenkassen (im Rahmen des **Starke-Kids-Vertrages**) sowie in Bayern und Nordrhein von der Barmer vergütet. Und auch dieses Angebot wird von allen PKV bundesweit erstattet. Informationen dazu werden ebenfalls auf dem Praxisauftritt bei „Kinderärzte-im-Netz“ automatisch eingestellt.

Video Tutorials zur Information

Für alle diese neuen telemedizinischen Angebote stehen inzwischen auch kurze **Video-Tutorials** zur Verfügung. Diese erklären ganz einfach, wie Telemedizin in der pädiatrischen Praxis einzuführen ist – vom ersten Anlegen eines Falles bis zur Abrechnung. Diese Videos eignen sich auch für Medizinische Fachangestellte (MFAs), die bei der Einführung von telemedizinischen Angeboten in der Praxis eine wichtige Rolle einnehmen, insbesondere bei der Kommunikation mit den Eltern und Sorgeberechtigten.

Inzwischen gibt es erste Praxen, die damit fünfstelligen Honorare zusätzlich generieren – extrabudgetär. Es lohnt sich

in jedem Fall mitzumachen – ein Internetanschluss in der Praxis genügt. Jedes BVKJ-Mitglied kann sich sofort registrieren auf der Webseite www.paedexpert.de.

Informationen und die Anmeldung zur PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ finden Sie unter:

<https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt/>

Korrespondenzanschrift:

Anke Emgenbroich

BVKJ Service GmbH

Sean Monks

www.kinderaerzte-im-netz.de Red.: WH

UNICEF-Studie zu Familienpolitik in OECD- und EU-Staaten

Schweden, Norwegen, Island, Estland und Portugal stehen an der Spitze einer neuen Studie des UNICEF-Forschungsinstituts Innocenti zur familienfreundlichen Politik in 31 Industrieländern. Griechenland, Zypern, Großbritannien, Irland und der Schweiz schneiden mit Blick auf die politischen Rahmenbedingungen für Familien am schlechtesten ab.

Ausgewertet wurden dafür vergleichbare Daten zu Schlüsselindikatoren für familienfreundliche Politik aus 31 Ländern der Europäischen Union (EU) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), aus denen vollständige Daten vorliegen. Zu den Indikatoren gehören die Dauer der Elternzeit für Frauen und Männer bei vollem Gehalt sowie Betreuungsangebote für Kinder unter sechs Jahren.

„Keine Phase ist wichtiger für die Entwicklung des Gehirns – und somit die Zukunft von Kindern – als die frühe Kindheit“, sagte UNICEF-Exekutivdirektorin Henrietta Fore. „Wir brauchen Regierun-

gen, die Eltern dabei unterstützen ein Umfeld zu schaffen, in dem Kinder sich gut entwickeln können. Dafür benötigen wir auch die Unterstützung der Wirtschaft.“

Die Studie nennt **folgende Eckpunkte für eine familienfreundlichere Politik:**

- Eine gesetzliche, bezahlte Elternzeit von mindestens sechs Monaten sollte gewährleistet werden;
- Jedes Kind sollte Zugang zu qualitativ hochwertigen, altersgerechten, bezahlbaren und barrierefreien Betreuungseinrichtungen haben, unabhängig vom familiären Hintergrund;
- Zwischen dem Ende der Elternzeit und dem Beginn einer bezahlbaren Kinderbetreuung sollte es keine Lücken geben, damit Kinder sich bestmöglich entwickeln können;
- Mütter sollten ihre Kinder sowohl bevor und nachdem sie zur Arbeit gehen stillen können. Dies erfordert eine angemessene Dauer der Elternzeit, garantierte Arbeitspausen und sichere und geeignete Orte zum Stillen und Abpumpen;

- Eine verbesserte Datenerhebung zu familienfreundlichen Politikmaßnahmen, die länderübergreifend und vergleichbar sind, sollte sichergestellt werden.

Hier die ersten 10 Länder in der Studie:

1. Schweden
2. Norwegen
3. Island
4. Estland
5. Portugal
6. Deutschland
7. Dänemark
8. Slowenien
9. Luxemburg
10. Frankreich

Link:

<https://www.unicef-irc.org/family-friendly>

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Aktuelle Situation der Behandlung von Patienten mit Duchenne Muskeldystrophie (DMD)

Die Duchenne-Muskeldystrophie (DMD) ist eine X-chromosomal rezessiv vererbte Erkrankung mit einer Inzidenz von 1: 3500–5000/männliche Neugeborene, somit gehört sie zu den seltenen Erkrankungen. Sie manifestiert sich in der Regel im Kleinkindesalter. Durch eine multidisziplinäre Betreuung wird eine längere Lebenserwartung und bessere Lebensqualität der Betroffenen erreicht. Die kardialen und respiratorischen Komplikationen stellen aktuell wesentliche lebenslimitierende Faktoren dar. Heute erreichen eine wachsende Anzahl von Betroffenen das Erwachsenenalter, eine flächendeckende adäquate Versorgung ist hier dringend notwendig. Im Folgenden wird das Betreuungskonzept für die DMD dargestellt, wie es vom Kindes- und Jugendalter sinnvoll in das Erwachsenenalter übertragen werden sollte.



Prof. Dr. med. Ulrike Schara

Hintergrund

Die Duchenne Muskeldystrophie (DMD) ist eine X-chromosomal rezessiv vererbte Muskeldystrophie mit einer Inzidenz von 1:3500-5000 männliche Neugeborene, somit eine der häufigsten seltenen Erkrankungen. DMD ist durch Mutationen im Dystrophin-Gen bedingt, welches für das membranassoziierte Zytoskelettprotein Dystrophin kodiert (437 kDa).

Die Manifestation beginnt in der Regel im Kleinkindesalter mit einer Schwäche der Becken- und Oberschenkelmuskulatur, häufig werden Belastungsintoleranz und häufiges Fallen von den Eltern berichtet. Im Gegensatz dazu wirken die Jungen mit ihrer Pseudowadenhypertrophie eher kräftig, was nicht selten zu Unverständnis

der Beschwerden führt. Die Diagnosestellung erfolgt über eine detaillierte Anamnese, die Erfassung der Symptome und einer Bestimmung der Muskelenzyme (CK, GOT, GPT, LDH). Bei Erhöhung der CK und der anderen Enzyme besteht der dringende Verdacht auf eine DMD und im nächsten Schritt ist die Einleitung der genetischen Analyse im Dystrophin-Gen zu veranlassen, zunächst mittels *multiplex ligation-dependent probe amplification* (MLPA-Methode), mit der die Diagnose in 80 % der Fälle für Deletionen, Duplikationen belegt werden kann. Bei negativem Befund und fortbestehendem Verdacht soll die Gesamtsequenzierung des Gens zum Beleg / Ausschluß einer Punktmutation (10-15 % je nach Literaturangabe) erfolgen; ein kleiner Prozentsatz lässt sich mit den aktuellen Methoden noch nicht auflösen. Die Muskelbiopsie wird heute nur noch selten durchgeführt, wenn klinisch und mittels der neuen genetischen Methoden eine differenzialdiagnostische Abgrenzung nicht möglich ist und keine Diagnose gestellt werden kann.

Der Verlauf der Erkrankung ist progressiv, der Gehverlust im natürlichen Verlauf ist mit 9 +/- 2 Jahren zu erwarten. In der Rollstuhlphase entwickeln sich zunehmend Kontrakturen in den unteren Extremitäten, gefolgt von den oberen Extremitäten und eine zunehmende Skoliose. Im Wesentlichen stellen die kardialen und pulmonalen Komplikationen Faktoren für die verkürzte Lebenserwartung dar.

Aktuelle Situation

Bisher gibt es keine kausale Therapie, die zur Heilung der DMD führt.

Wesentliche therapeutische Optionen sind die Steroidtherapie, die Therapie mit Ataluren bei nonsense Mutationen im Dystrophin-Gen (nmDMD, ~10-15 % aller Betroffenen), die nicht-invasive Beatmung, die frühe angemessene kardioprotektive Medikation, die Ernährung und orthopädische operative Korrekturen (Kontrakturen, Aufrichtung der Wirbelsäule bei Skoliose).

Diese **multidisziplinäre Betreuung** führt zu einer längeren Lebenserwartung und besseren Lebensqualität der Betroffenen, wobei die kardiale und respiratorische Dysfunktion derzeit als lebenslimitierende Faktoren anzusehen sind.

Die einzelnen Komponenten der multidisziplinären Betreuung

Steroidtherapie bei DMD

Zur Steroidtherapie bei DMD wird seit 1974 in der Literatur berichtet (Manzur et al., Cochrane Database Syst Rev. 2008, aktualisiert 2016).

Verschiedene Dosisregime werden benutzt:

- Prednison, Prednisolon 0.75 mg/Kg-KG/Tag oder 10 Tage on / off
- Deflazacort 0.9 mg/KgKG/Tag
- Prednison an Wochenenden 10 mg/KgKG/2 Tage (bisher in USA untersucht)

- begleitend zur Osteoporoseprophylaxe Vitamin D3 und bei fehlender Einnahme von Milchprodukten zusätzlich Calcium

Es gibt eine strenge Evidenz für positive Effekte, wobei Nebenwirkungen kalkuliert und erfasst bzw. behandelt werden müssen. Bei nicht zu tolerierenden Nebenwirkungen ist die Steroidtherapie auch zu beenden. Das „beste Regime“ wird derzeit in einer Studie (FOR-DMD) untersucht.

Positive Effekte

- Verbesserung von Muskelkraft und Funktion über sechs Monate, Stabilisierung bis zu zwei Jahren
- längeres freies Gehen für zwei bis fünf Jahre
- Verzögerung der kardialen Dysfunktion
- Verzögerung der Beeinträchtigung der Atemmuskulatur und des Abfalls der Vitalkapazität (VC)
- Verzögerung der Wirbelsäulen-Stabilisierung
- Verlängerte Lebenserwartung (1960 im Mittel 14,4 Jahre, heute im Mittel 24,5 Jahre)
- Verbesserung der Lebensqualität

Nebenwirkungen, die ein adäquates Monitoring erfordern

- deutliche Gewichtszunahme, verlangsamtes Wachstum
- cushingoide Fazies
- Katarakte
- deutliches Haarwachstum
- verzögerte Pubertät
- Glucoseintoleranz
- erhöhter arterieller Blutdruck
- gastro-ösophagealer Reflux, Magenculus
- Osteoporose / pathologische Frakturen
- Verhaltensauffälligkeiten

Bei Patienten unter Steroidtherapie sollte jährlich eine augenärztliche Untersuchung erfolgen, bei auffälligen Befunden (vor allem Katarakte) in kürzeren Abständen. In seltenen Fällen ist bei fortschreitendem Katarakt die Beendigung der Steroidtherapie zu besprechen oder ein Linsenaustausch notwendig.

Ataluren bei DMD

Positive Effekte

- Jungen ab zwei Jahren mit nachgewiesener nmDMD

- Dosierung 3 x täglich, 10 – 10 – 20 mg/KgKG
- Verbesserung des 6-Minuten-Gehtests
- Verbesserung der Zeitfunktionen, wengleich in den Studien nicht relevant.

In der Regel ist eine Ko-Medikation mit Steroiden zu empfehlen.

Nebenwirkungen, die ein adäquates Monitoring erfordern

- Übelkeit, Erbrechen
- Bauchschmerzen, Durchfall
- vermehrter Appetit
- Kopfschmerzen
- Exanthem
- Lipiderhöhung im Serum

Cave! Die Nebenwirkungen können auch durch die Ko-Medikation mit Steroiden auftreten und sind nicht immer davon sicher abzugrenzen.

Neben einer medikamentösen Therapie ist die multidisziplinäre Betreuung für die Patienten wichtig. Im Folgenden werden die zu adressierenden Probleme und Fachdisziplinen in der Pädiatrie und in der Erwachsenenmedizin beschrieben.

Kardiologie

Kardial fassbare Probleme treten in der Regel nach dem zehnten Lebensjahr, gehäuft dann ab dem 15. Lebensjahr auf. Überwiegend entwickelt sich eine dilatative Kardiomyopathie (CMP), seltener eine hypertrophische CMP oder Reizleitungsstörungen.

Wichtige Untersuchungsmethoden sind das EKG, die Echokardiographie und die kardiale MR (CMR)-Untersuchung.

- Kardiologische Verlaufskontrollen von Diagnosestellung bis zum zehnten Lebensjahr zweijährlich, dann jedes Jahr, bei auffälligem Befund auch engmaschiger. Dabei sollte ein Ruhe-EKG und eine Echokardiographie durchgeführt werden
- bei V.a. Reizleitungsstörungen ein 24h – EKG
- ein CMR stellt noch keine flächendeckende Routineuntersuchung dar, erfolgt bei besonderen Fragestellungen und / oder bei erschwerten anatomischen Bedingungen (z. B. starke Skoliose, Wirbelsäulentorsion).
- entsprechend der kardialen Symptomatik umfasst die medikamentöse Therapie beta-Blocker und / oder

ACE-Hemmer, Kontrolluntersuchungen in Abhängigkeit des Verlaufes unter Therapie, mindestens alle sechs Monate. Diuretika werden nur bei fortgeschrittener Symptomatik eingesetzt.

Die Frage nach dem Beginn der kardialen Medikation kann noch nicht eindeutig beantwortet werden. Es stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

1. ab dem elften Lebensjahr unabhängig von einer kardialen Affektion oder
2. bei pathologischem Befund klinisch, im EKG und/oder in der Echokardiographie

Für beide Möglichkeiten gibt es Argumente dafür oder dagegen, wobei aber bisher keine Evidenz für ein Regime besteht. Eine nationale multizentrische Studie befindet sich derzeit in der Auswertung.

Bei längerer und besserer Lebenserwartung stellt sich zunehmend die Frage: Wie weit soll die Therapie gehen? Diese ist bisher nicht eindeutig geklärt, zunehmend werden Linksherz-unterstützende Maßnahmen von Patienten, Angehörigen und ärztlichem Personal diskutiert. Eine einheitliche Empfehlung gibt es hierzu bisher nicht, wird aber dringend nötig werden.

Pneumologie

Der Verlust der respiratorischen Muskelfunktion wird in der zweiten Lebensdekade kritisch. In der Regel ist dann eine zunehmende respiratorische Einschränkung zu erwarten, was sich vor allem nachts manifestiert. Anamnestisch und klinisch sollte nach Symptomen wie gestörter Nachtschlaf, morgendlichen Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten und Gewichtsabnahme gefragt bzw. geschaut werden. Weitere Maßnahmen erscheinen ab dem elften Lebensjahr sinnvoll:

- Messung der Vitalkapazität
- Erlernen des assistierten Hustens (der Hustenstoß verschlechtert sich und sollte schon früh unterstützt werden; ab einem peak cough flow (PCF) von < 160 l/min ist damit zu rechnen, dass der Betroffene bei Infekt das Sekret nicht mehr alleine mobilisieren kann.
- Polysomnographie (nächtliche Hypoventilation, Sauerstoffabfall, Atemstörungen im Schlaf)

Die Untersuchungen sollten dann jährlich erfolgen, bei Symptomatik und pathologischen Befunden auch in kürzeren Intervallen.

Wann stellt sich die Indikation zur nicht-invasiven Maskenbeatmung? Kriterien dafür sind eine VK \leq 40 % und/oder klinische Symptome (s. oben). Dadurch kommt es in der Regel zur Verbesserung der respiratorischen Situation, dies ist besonders wichtig am Tag.

Bei zunehmender Verlängerung und Verbesserung der Lebensqualität ist die Diskussion einer Tracheotomie heute frühzeitig im Gesamtkontext der Behandlung und Betreuung mit Patient und Familie zu diskutieren und nicht mehr als „letzte Möglichkeit“ anzusprechen.

Gastroenterologie

Bei zunehmender Einschränkung der motorischen Fähigkeiten und einer Belastungsintoleranz kommt es nicht selten zur Gewichtszunahme. Andererseits kann es bei respiratorischer Verschlechterung auch zu einem raschen Gewichtsverlust kommen. In beiden Situationen ist eine Ernährungsberatung indiziert, die eine diätetische Maßnahme oder den Zusatz hochkalorischer Kost beinhaltet. Wenn trotz hochkalorischer Kost das Gewicht nicht zu stabilisieren ist und die Nahrungsaufnahme nicht den Bedarf decken kann, ist die Indikation zu einer PEG – Sonde gegeben. Im weiteren Verlauf können orofaziale Probleme, z. B. eine große Zunge und durch Schwäche der entsprechenden Muskulatur ein unzureichender Mundschluss sowie Schluckstörungen den Verlauf erschweren. Im Erwachsenenalter werden ein gastro-ösophagealer Reflux und Darmmotilitätsstörungen unterschiedlicher Ausprägung bis hin zur Ileussympomatik beobachtet. Wichtig ist, diese Komplikationen zu kennen, um adäquate therapeutische Optionen zeitnah einleiten zu können.

Eine zahnärztliche Betreuung ist wichtig, Zahnpflege und Mundhygiene sollen regelmäßig überprüft werden. Idealerweise ist der Zahnarzt mit der Erkrankung DMD vertraut und kann Symptome im Kontext einordnen.

Endokrinologie

Die Patienten mit DMD sind grundsätzlich kleiner als altersgleiche Jungen, wobei ein Wachstumshormonmangel überwiegend nicht ursächlich ist. In einigen Fällen liegt dennoch ein echter Wachstumshormonmangel als Koinzidenz vor und die Therapie ist im Einzelfall zu entscheiden. Die Pubertät kann

verzögert sein, auch hier ist die Hormontherapie individuell zu besprechen.

Eine Nebennierenrindeninsuffizienz bedingt durch Unterdrückung der Hypothalamus – Hypophysen – Nebennierenrinden-Achse ist selten, kann aber bei plötzlicher Beendigung der Steroidtherapie auftreten und stellt eine lebensbedrohliche Situation dar. Patient und Familie sind bei Beginn der Steroidtherapie aufzuklären und sollten einen Notfallpass bei sich führen.

Knochengesundheit

Die Knochendichte ist bei Jungen mit DMD typischerweise reduziert, auch schon vor dem Beginn der Steroidtherapie und führt zu Osteoporose und pathologischen Frakturen, besonders der langen Röhrenknochen und der Wirbelkörper. Als Ursache wird sowohl eine mögliche Verminderung der Knochendichte im Rahmen der Grunderkrankung als auch eine zusätzliche Verschlechterung durch die Langzeit-Steroidtherapie diskutiert, welche den Knochenstoffwechsel negativ beeinflusst. Frakturen der Röhrenknochen sind häufig; sie können in 40-60 % zu einem vorzeitigen Gehverlust führen und sind darüber hinaus mit schwerwiegenden Komplikationen, wie z. B. Fettembolien verbunden. Frakturen der Wirbelkörper treten in ca. 30 % auf und beeinträchtigen durch Schmerzen und eingeschränkte Beweglichkeit die Lebensqualität. Die Möglichkeit der spontanen Ausheilung der Wirbelkörperfraktur mit Wiederherstellung der Wirbelkörperformen wird im Gegensatz zu Frakturen bei anderen Erkrankungen nicht beobachtet. Dies schließt eine spontane Erholung nach Fraktur bei Patienten mit DMD aus. Somit wäre eine gute Knochengesundheit für die Betroffenen unabdingbar und es sollten vor allem Möglichkeiten der Prävention in einem multidisziplinären Betreuungskonzept integriert sein. Derzeit wird die Kalzium- und Vitamin D- Substitution empfohlen, um die Vitamin D Level hoch zu halten. Zusätzlich ist die Bisphosphonat-Therapie bei pathologischen Frakturen indiziert.

Aktuell fehlen aber ausreichend Daten für eine einheitliche Empfehlung für die Therapie und mehr Daten sind notwendig, um die Fragen nach Wer? Wann? und Wie, Wieviel? eindeutig beantworten zu können und Empfehlungen auszuspre-

chen. Das muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Orthopädie

Die orthopädische Mitbetreuung sollte schon früh im Krankheitsverlauf beginnen. Zum einen zur Beurteilung von Kontrakturen, beginnend an den unteren Extremitäten bis zur Behandlung der Skoliose, die sich im Verlauf der zweiten Lebensdekade, besonders in der Rollstuhlphase progredient entwickelt. Initial steht die konservative Therapie mit Physiotherapie und Dehnübungen im Vordergrund, im Verlauf sind operative kontrakturlösende Operationen sinnvoll zum bestmöglichen Erhalt motorischer Fähigkeiten. Diese Entscheidungen sind immer individuell in Abhängigkeit des Krankheitsstadiums sowie die aktuell vorhandenen motorischen Funktionen und Muskelkraft für jeden Patienten zu treffen.

Eine sinnvolle Orthesen- und Hilfsmittelversorgung ist unabdingbar und sollte eingebettet sein in ein interdisziplinäres Behandlungskonzept unter Berücksichtigung der Patientensituation, der Alltagssituation mit zu bewältigenden Anforderungen und individueller Bedarfe. Die Zusammenarbeit von Neuropädiatrie, Physiotherapie, Orthopädie und Orthopädietechniker ist hier dringend zu empfehlen. Sollte eine Operation notwendig werden, ist zudem auch die kardiologische und pneumologische Mitbeurteilung wichtig. Dies ist insbesondere zu fordern, wenn schon Einschränkungen der kardialen und respiratorischen Funktionen mit entsprechenden Therapien vorhanden sind.

Das verbesserte Behandlungskonzept hat zu einer Verlängerung des selbständigen Gehens, zu vermindertem Auftreten schwerer Kontrakturen und Wirbelsäulendeformitäten geführt, was die Teilhabe in allen Bereichen des täglichen Lebens verbessert.

Urologie

Im Jugend-/jungen Erwachsenenalter zeigen einige Patienten eine Inkontinenz. Sie beklagen einen plötzlichen Drang zum Wasser lassen oder ein häufiges Gefühl einer vollen Blase, wobei dann nur geringe Urinmengen abgesetzt werden. Schambesetzt äußern die Patienten das selten selbst, häufiger die Eltern. Hier ist eine urologische Mitbeurteilung sinnvoll, eine therapeutische Option mit

alpha-Sympathomimetika kann zur Besserung führen. Darauf ist besonders zu achten und auch aktiv nachzufragen, weil es die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt.

Nephrologie

Zunehmend häufiger werden besonders im jungen Erwachsenenalter Nierenfunktionsstörungen bis hin zum Funktionsverlust einer Niere beschrieben. Als mögliche Ursachen werden ein prärenales Nierenversagen bei unzureichender Flüssigkeitsaufnahme, besonders in Kombination mit Diuretika zur Therapie der Herzinsuffizienz und eine Nephrokalzinose, bedingt durch Kalziumzufuhr bei Osteoporose, diskutiert.

Psychosoziale Betreuung

Psychosoziale Probleme stellen ein erhöhtes Risiko für Betroffene mit DMD dar und können sich mit Verhaltensauffälligkeiten, Lernschwierigkeiten und häufig zu Beginn mit Sprachentwicklungsverzögerungen äußern. Die kognitive Beeinträchtigung unterschiedlichen Ausmaßes ist bei ca. 30 % der Jungen zu beobachten und ist im Gegensatz zur muskulären Beeinträchtigung nicht progredient. Für die Jungen wie für die Familien ist es wichtig, diese Aspekte in das Betreuungskonzept von Beginn an zu integrieren und damit das psychosoziale Wohlbefinden zu unterstützen. Wichtig ist es daran zu denken und Entwicklungstestungen durchzuführen, um adäquate Therapien einzuleiten; wesentlich ist es auch für die Wahl der richtigen Schulform.

Zudem ist es für die Familien eine nie einfache Situation und das System Familie muss Phasen unterschiedlicher Belastungen meistern. Diese sind oft abhängig vom Alter der Jungen/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und Progression der Erkrankung. Es ist immer wieder anzusprechen und mit den Familien sind die Bedarfe zu diskutieren.

Transition

Bisher gibt es keine kausale Therapie, die zur Heilung der DMD führt. Damit nicht eine medizinische Versorgungslücke entsteht, gewinnt der Aufbau von Versorgungsstrukturen, die eine geordnete Transition von der Kinder-/Jugend- in die Erwachsenenversorgung gewährleisten, an Bedeutung.

Die DMD wird zunehmend als eine multisystemische Erkrankung verstanden, die eine multidisziplinäre Betreuung notwendig macht, wobei Schwerpunkte der Therapie in Abhängigkeit von Alter und Schweregrad durchaus variieren können. Bei der Transition ist dieser Aspekt zu berücksichtigen und das multidisziplinäre Konzept ist fortzuführen.

Klinische Problembereiche müssen individuell adressiert werden. Folgende Symptome manifestieren sich erst im späten Jugend- oder Erwachsenenalter:

- Der Verlust der respiratorischen Muskelfunktion wird in der zweiten Lebensdekade kritisch und es stellt sich die Frage: Ist die Tracheotomie eine sinnvolle Alternative? Muss diese Option nicht eher mit den Jugendlichen/jungen Erwachsenen besprochen werden?
- Die Frage nach einem linksventrikulärem Device ist individuell zu diskutieren. Bisher gibt es keine einheitlichen Empfehlungen dafür.
- Zunehmend werden Darmmotilitätsstörungen bis hin zur Ileussyndromatik beobachtet. Hieran ist bei entsprechender Klinik frühzeitig zu denken und entsprechende Maßnahmen sind einzuleiten.
- Orofaziale Probleme komplizieren die Nahrungsaufnahme, z. B. durch eine große Zunge, fehlenden Mundschluss.
- Nierenfunktionsstörungen können ab der zweiten Lebensdekade auftreten und bis zum Funktionsverlust führen.
- Pathologische Frakturen der Wirbelsäule und der langen Röhrenknochen bleiben ein Problem.
- Die psychosoziale Betreuung bekommt andere Schwerpunkte, z. B. selbständiges Leben, Studium, Arbeitsmarkt, Familienplanung, Kinderwunsch.

Die Notwendigkeit eines strukturierteren Transitionsprozesses wird auch von politischer Seite klar formuliert. Derzeit gibt es jedoch weder eine einheitliche Versorgungsstruktur noch einen einheitlichen Vergütungsmodus. Das muss sich in Zukunft ändern und oberste Ziele müssen aber Inklusion der Betroffenen und Teilhabe an der Gesellschaft sein.

Fazit für die Praxis

Die Duchenne-Muskeldystrophie (DMD) ist eine X-chromosomal rezessiv vererbte Erkrankung mit einer Inzidenz

von 1:3500–5000/männliche Neugeborene, somit gehört sie zu den seltenen Erkrankungen.

Bisher gibt es keine kausale Therapie, die zur Heilung der DMD führt.

Wesentliche therapeutische Optionen sind die Steroidtherapie, die Therapie mit Ataluren bei nonsense Mutationen im Dystrophin-Gen (nmDMD, ~10-15 % aller Betroffenen), die nicht-invasive Beatmung, die frühe angemessene kardioprotektive Medikation, die Ernährung und orthopädische operative Korrekturen (Kontrakturen, Aufrichtung der Wirbelsäule bei Skoliose).

Die verbesserte Betreuung führt zu einer längeren Lebenserwartung und besseren Lebensqualität der Betroffenen, die deutlich häufiger das Erwachsenenalter erreichen. Die kardiale und respiratorische Dysfunktion sind derzeit wesentliche lebenslimitierende Faktoren.

Die DMD wird zunehmend als eine multisystemische Erkrankung verstanden, die eine multidisziplinäre Betreuung notwendig macht, wobei Schwerpunkte der Therapie in Abhängigkeit von Alter und Schweregrad durchaus variieren können. Bei der Transition ist dieser Aspekt zu berücksichtigen und das multidisziplinäre Konzept ist fortzuführen.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ulrike Schara
Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie
und Sozialpädiatrie
Zentrum für neuromuskuläre
Erkrankungen
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen
Tel.: 0201/723 2508
E-Mail: ulrike.schara@uk-essen.de

Interessenkonflikt:

Die Autorin erklärt, dass sie von den Pharmafirmen PTC Therapeutics Germany GmbH, Santhera Pharmaceuticals (Switzerland) Ltd und Sarepta Therapeutics, Inc. mittelbar oder unmittelbar Zusendungen in Form von Reisekostenerstattungen oder Honoraren für Vorträge und die Teilnahme an wissenschaftlichen Adboards erhalten hat.

Red.: Huppertz

Appendizitis bei Kindern und Jugendlichen: operative oder konservative Therapie?

Die Appendizitis gehört zu den häufigsten kinderchirurgischen Krankheitsbildern. Das Spektrum der Erkrankung reicht von einfachen Formen bis zu schweren septischen Krankheitsbildern. Bisher war die operative Appendektomie als Standardverfahren für die meisten Formen der Appendizitis anzusehen. In den letzten Jahren wurde in unterschiedlichen Studien die Wirksamkeit der konservativen antibiotischen Therapie der Appendizitis untersucht. In diesem Übersichtsartikel sollen unterschiedliche Aspekte der operativen vs. konservativen Therapie der akuten, unkomplizierten Appendizitis auf der Grundlage der aktuellen Literatur zusammengefasst und diskutiert werden. Dazu wurde nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin die höchstverfügbare Evidenz zu dieser Fragestellung gesichtet und ausgewertet. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Datenlage für eine generelle Änderung der Standardtherapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend ist. Daher sollte die konservative Behandlung der Appendizitis nur im Rahmen von gut konzipierten klinischen Studien erfolgen.



Priv.-Doz. Dr. med.
Jens Dingemann



Prof. Dr. med. Benno M. Ure

Hintergrund

Die akute Appendizitis gehört zu den häufigsten Indikationen für ungeplante kinderchirurgische Operationen. Die Erstbeschreibung der offenen Appendektomie 1735 durch Amyand darf als medizinhistorisch im Sinne des Wortes bezeichnet werden. Seit mehr als drei Dekaden gehört auch die laparoskopische Appendektomie zu den chirurgischen Standardverfahren.

Die Literaturrecherche erbringt zum Suchbegriff „Appendizitis“ derzeit mehr als 20.000 Publikationen, wobei sich mehr als 8000 Publikationen auf die „Appendizitis bei Kindern und Jugendlichen“ beziehen. Dennoch lautet die Schlussfolgerung einer aktuellen kinderchirurgischen PhD-Arbeit aus dem Karolinska Institutet, Stockholm, dass viele Aspekte der Appendizitis bei Kindern ungeklärt sind. Genannt werden Diagnostik, Definition und Klassifikation, Therapiemodalitäten, Qualitätskontrolle und Zentralisierung der Behandlung [1]. Auch hinsichtlich der Ätiologie der Erkrankung sind viele Fragen bis heute ungeklärt.

Theodor Billroth (1829–1894) gilt als der Begründer der modernen Abdominalchirurgie. Es ist erstaunlich, dass seine folgende, 1869 formulierte Aussage für die Appendizitis auch heute noch zutreffend ist.

„Es ist schon schlimm genug, wenn die therapeutische Erfahrung des Einzelnen auf nichts als Reminiszenzen des Selbsterlebten aufgebaut ist, denn man weiß, wie trügerisch die Erinnerungen sind ... Was dem Vorsichtigen manchmal heißt, das ist für den Sanguiniker oft oder immer, für den Zweifler selten oder niemals“ [2]

Billroth hat mit dieser Aussage unbeabsichtigt einen Grundstein für die evidenzbasierte Medizin gelegt. Allerdings hat auch die Systematisierung der evidenzbasierten Medizin in den letzten Jahrzehnten nicht zu einer endgültigen Klärung wichtiger Fragen hinsichtlich der Appendizitis beitragen können. Nach der aktuellen Klassifikation des „Oxford Centre for Evidence-based Medicine“ (CEBM) kann der höchste Empfehlungsgrad („A“) für ein Therapieverfahren nur ausgesprochen werden, wenn „Level 1-Studien“ mit konsistenten Ergebnissen vorliegen. Das entspricht Meta-Analysen von randomisierten kontrollierten Therapiestudien [3].

In dem hier vorliegenden Artikel können selbstverständlich nur die aktuellen Entwicklungen eines Teilgebietes der Appendizitis dargestellt werden. Im Folgenden soll der aktuelle Stand der operativen versus konservativen Therapie der unkomplizierten, nicht perforierten Appendizitis im Sinne der evidenzbasierten Medizin auf der Grundlage der ver-

fürbaren Studien mit möglichst hohem Evidenzgrad nach den CEBM-Kriterien beleuchtet werden.

Klassifikation der Appendizitis

Das Spektrum der Appendizitis ist sehr breit. Der einfachsten Form der Appendizitis (Abbildung 1) stehen lebensbedrohliche septische Verläufe der Erkrankung gegenüber (Abbildung 2). Daher muss der

Frage nach dem richtigen therapeutischen Vorgehen zunächst die Klassifikation und Definition der Appendizitis vorangestellt werden. Üblich ist die Klassifikation der Appendizitis nach makroskopischen anatomischen Kriterien, die im Rahmen einer Operation erhoben werden, histologischen Kriterien oder dem klinischen Verlauf (Tabelle 1).

Die Schnittmengen der einzelnen Klassifikationen sind groß und selbstver-

ständig bestehen fließende Übergänge zwischen den einzelnen Stadien. Meist wird die unkomplizierte Appendizitis definiert als nicht perforierte, katarrhalische bis ulcerophlegmonöse Appendizitis, während die komplizierte Appendizitis mit perityphlitischem Abszess, offener oder gedeckter Perforation oder Konglomerattumor beschrieben wird.

Übersicht der aktuellen Literatur

Die folgende Zusammenstellung der verfügbaren Literatur erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, soll aber eine Übersicht über die Studien mit dem höchsten verfügbaren Evidenzgrad geben, in denen die konservative Therapie der Appendizitis mit dem Standardverfahren der Appendektomie verglichen wird. Dabei geht es hier ausschließlich um die Behandlung der unkomplizierten, also nicht perforierten, und histologisch als katarrhalische bis ulcerophlegmonöse Appendizitis einzuordnenden Erkrankung.

Operative vs. konservative Therapie der akuten Appendizitis bei Erwachsenen

Eine 2011 publizierte Meta-Analyse schließt insgesamt vier randomisierte kontrollierte Studien (CEBM Level 1a) bei Erwachsenen ein, in denen das konservative Vorgehen (Antibiotika) mit dem operativen (Appendektomie) Vorgehen verglichen wurde. Für die antibiotische Therapie war der Behandlungserfolg definiert als definitive Regredienz der Symptome ohne die Notwendigkeit einer Operation innerhalb eines Jahres. Für die Appendektomie wurde der Behandlungserfolg definiert als makroskopischer Nachweis einer akuten Appendizitis intraoperativ. Die Analyse anhand von 390 Patienten in der konservativen Gruppe und 351 Patienten in der operativen Gruppe ergab hinsichtlich des Behandlungserfolges (91 % operative Gruppe vs. 58 % konservative Gruppe) einen eindeutigen Vorteil für das operative Vorgehen.

Allerdings war die Komplikationsrate in der operativ behandelten Gruppe deutlich höher (22 % operativ vs. 14 % konservativ), sodass hinsichtlich des Auftretens von Komplikationen ein konservativer Therapieansatz zu bevorzugen wäre.

Die Autoren kommen zur Schlussfolgerung, dass für die definitive Entscheidungsfindung für eine konservative oder

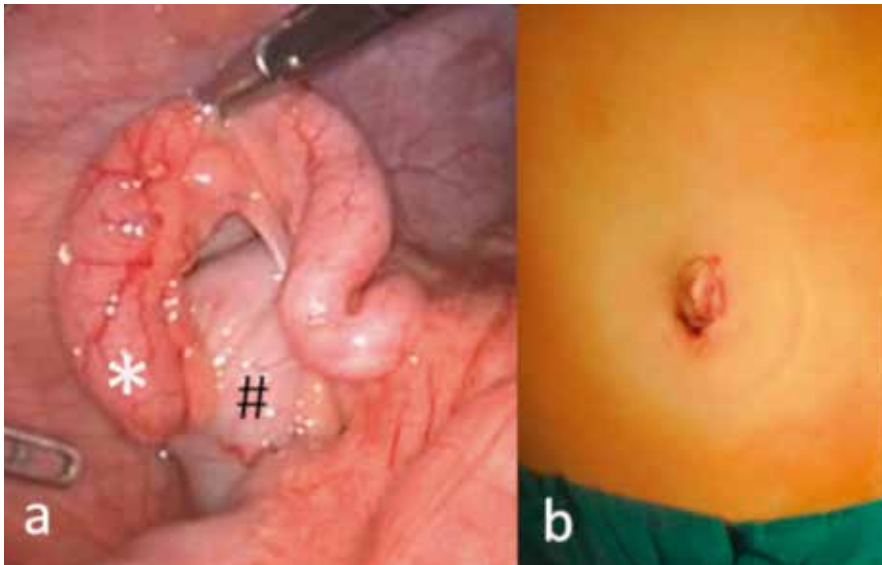


Abb. 1: a) intraoperativer Aspekt bei unkomplizierter, nicht perforierter, histologisch ulzero-phlegmonöser Appendizitis (* Appendix vermiformis mit verdickter, gefäßinjezierter Appendixspitze und unauffälliger Basis; # unauffälliger Zökalpol); b) postoperativer Aspekt nach „Transumbilikaler Laparoskopisch Assistierter Appendektomie“ (TULAA)

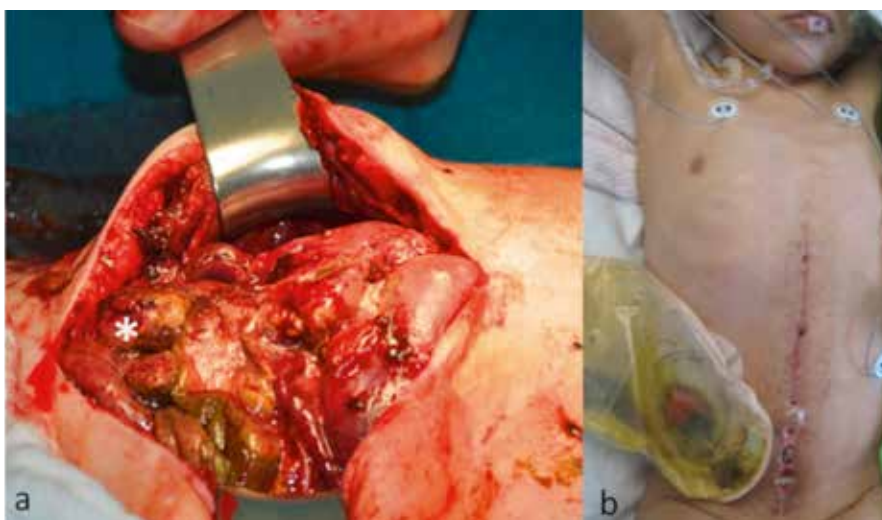


Abb. 2: a) intraoperativer Aspekt bei komplizierter, perforierter Appendizitis mit Konglomerattumor sowie multiplen Nekrosen und Abszessen (* Zökalpol ohne nachweisbare Appendix vermiformis („aufgebraucht“) nach ausgedehnter operativer Adhäsionslyse und massiver entzündlicher Reaktion der umgebenden Dünndarmschlingen); b) postoperativer Aspekt nach Laparotomie, Darmresektion und protektivem Ileostoma sowie mehrfachen Bauchdeckenrevisionen.

operative Therapie der akuten Appendizitis des Erwachsenen mehr randomisierte Studien erforderlich sind [4].

Operative vs. konservative Therapie der akuten Appendizitis bei Kindern

Im Jahr 2015 publizierten Svensson et al. die Ergebnisse der ersten randomisierten Studie zur konservativen Therapie bei akuter, nicht perforierter Appendizitis (CEBM Level 1b). Insgesamt wurden 50 Patienten behandelt, von denen 26 appendektomiert wurden. In dieser Gruppe traten keine Komplikationen auf. 24 Patienten wurden antibiotisch behandelt. Von diesen Patienten trat bei zwei Patienten ein Rezidiv auf, sodass sie sekundär appendektomiert wurden. Sechs Patienten wurden aus anderen Gründen (n=5 persistierende Schmerzen, n=1 auf Wunsch der Eltern) appendektomiert, wobei die Appendix vermiformis histologisch einen Normalbefund zeigte [5].

In der aktuellen Meta-Analyse von Georgiou et al. [6] wurden zehn Studien eingeschlossen, die die konservative Behandlung der akuten Appendizitis bei Kindern untersuchten. Ausgeschlossen waren Patienten über 18 Jahre und solche mit komplizierter Appendizitis. Von den zehn eingeschlossenen Studien waren sieben prospektiv und drei retrospektiv (CEBM Level 3a). In sechs Studien wurde das konservative antibiotische Handlungsregime mit der operativen Appendektomie verglichen. Bei vier weiteren Studien wurde lediglich der Therapieverlauf der konservativen Therapie anhand prädefinierter Einschlusskriterien untersucht und bei fünf Studien wurde den Eltern der Patienten die Entscheidung über konservatives versus operatives Vorgehen freigestellt. Lediglich in der oben genannten Untersuchung von Svensson et al. war eine Randomisierung vorgenommen worden.

Insgesamt gingen in diese Meta-Analyse die Daten von 766 Kindern ein, von

denen 413 (54 %) primär konservativ behandelt wurden. Bei 396 der 413 konservativ behandelten Patienten zeigte sich ein initialer Therapieerfolg des konservativen Vorgehens, also eine Erfolgsrate von 96 %. Allerdings zeigte sich bei 68 der 396 (17 %) primär erfolgreich behandelten Patienten nach einem Zeitraum von 2 – 51 Monaten ein Rezidiv der Appendizitis. Von diesen Patienten wurden 49 (72 %) appendektomiert. Alle Patienten hatten auch histologisch den Nachweis einer Appendizitis. 19 der 68 Patienten (26 %) wurden ein zweites Mal erfolgreich konservativ behandelt. Betrachtet man nun diese 68 Patienten ebenfalls als „Therapieversager“, ergibt sich lediglich eine Erfolgsrate von ca. 80 % (adjustierte Inzidenz) im Gegensatz zur vorbeschriebenen Erfolgsrate von 96 %. Betrachtet man die Langzeiteffektivität der konservativen Behandlung, ist zu bemerken, dass elf weitere Patienten mit initial erfolgreicher konservativer Therapie im Verlauf appendektomiert wurden. Die relative Indikation hierzu ergab sich in den meisten Fällen aufgrund der von den Patienten geäußerten Schmerzen und auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern. Somit ergibt sich im Langzeitverlauf lediglich eine finale Effektivität der primären konservativen Therapie von nur 77 %.

Betrachtet man anhand der vorliegenden Daten die Krankenhausverweildauer der Patienten, so ergibt sich eine etwa 0,5 Tage längere Hospitalisationsdauer (Mittelwert 0,48 Tage; 95 % Konfidenzintervall 0.2-0.8; p < 0,002) für die konservative Therapie der Appendizitis was den initialen Krankenhausaufenthalt angeht (Daten aus vier Studien bzw. 340 Kindern). Insofern zeigt sich hier ein leichter Vorteil des operativen Vorgehens. Hinsichtlich der Gesamtdauer des Krankenhausaufenthalts inklusive Re-Hospitalisierung sind Daten aus zwei Studien verfügbar. Insgesamt ergibt sich hier kein signifikanter Unterschied zwi-

schon den einzelnen Gruppen. In keiner Studie konnten Unterschiede für die Rate an unerwünschten Nebenwirkungen, Komplikationen oder Problemen hinsichtlich der Patientensicherheit zwischen konservativer und operativer Therapie nachgewiesen werden (Risikodifferenz 2 %, 95 % Konfidenzintervall 0 %-5 %; p = 0,1.

Die Schlussfolgerung der Autoren fällt entsprechend des nur als mäßig erfolgreich zu bezeichnenden Vorgehens relativ zurückhaltend aus, da einschränkend formuliert wird, dass die eingeschlossenen Studien eine sichere Empfehlung nicht zulassen. Daher sollte nach Ansicht der Autoren die konservative Therapie der akuten Appendizitis im Kindesalter nur im Rahmen von gut konzipierten Studien zur Anwendung kommen [6].

Anhand einer weiteren Meta-Analyse [7] wurden ebenfalls die Ergebnisse der konservativen vs. antibiotischen Therapie der akuten Appendizitis bei Kindern im Vergleich zur Appendektomie untersucht. Insgesamt wurden fünf prospektive vergleichende Studien eingeschlossen (CEBM Level 3a). Insgesamt gingen die Daten von 442 Kindern ein (n=189 antibiotische Therapie, n=253 Appendektomie). Hinsichtlich des Behandlungserfolges (98 % Appendektomie vs. 74 % antibiotische Therapie) und der Häufigkeit von stationären Wiederaufnahmen (7-fach erhöhtes Risiko für antibiotische Therapie vs. Appendektomie) ergab sich ein signifikanter Vorteil für die Appendektomie (p < 0,001). Die Rate an Komplikationen bzw. Nebenwirkungen der Therapie war mit jeweils 2 % in beiden Gruppen gering.

Zusätzlich zu den prädefinierten Endpunkten der Meta-Analyse fanden die Autoren in zwei der fünf eingeschlossenen Studien eine bessere Lebensqualität, geringere Kosten und kürzere Dauer der körperlichen Einschränkung für die

Tab. 1: Einteilung der Appendizitis

Intraoperativer Aspekt	Klinischer Verlauf	Histologischer Aspekt
nicht perforierte Appendizitis	unkomplizierte Appendizitis	katarrhalische Appendizitis
gedeckt perforierte Appendizitis	komplizierte Appendizitis	ulcerophlegmonöse Appendizitis
offen perforierte Appendizitis		eitrig-abszedierende Appendizitis
Appendizitis mit perityphlitischem Abszess		gangränös/nekrotisierende Appendizitis
Konglomerattumor		

Tab. 2: Datenlage und unklare Aspekte zur antibiotischen Therapie der akuten Appendizitis bei Kindern

medizinische Aspekte		weitere Aspekte
nach Studienlage	unklar	
bis > 20 % Therapieversagen	Antibiotikaresistenz	ethische Relevanz
längere Hospitalisierung	Tubeninfertilität bei Mädchen	juristische Relevanz
höhere Wiederaufnahmerate		ökonomische Relevanz
Komplikationsrate gleich		fehlende Leitlinien der Fachgesellschaften

Gruppe der konservativ behandelten Patienten. Allerdings sind die positiven Effekte nur in kleinen Kollektiven nachgewiesen worden, sodass die Einzelstudien hier keine fundierte Entscheidungshilfe für eines der Therapieverfahren sind.

Eine laufende Studie verspricht die hochwertigsten Daten im Sinne der evidenzbasierten Medizin zu generieren. Der „APPY-Trial“ (*Appendectomy versus non operative treatment for acute non perforated appendicitis*) ist eine prospektiv randomisierte multizentrische Studie, an der zwölf kinderchirurgische Einrichtungen teilnehmen (CEBM Level 1b). Der primäre Endpunkt der Studie im Vergleich zur Standardtherapie ist das Versagen der konservativen Therapie definiert als zusätzliche Intervention innerhalb von einem Jahr (Appendektomie bei histologisch nachgewiesener Appendizitis) oder negativer Appendektomie (also Appendektomie einer im Nachhinein histologisch unauffälliger Appendix vermiformis). Es sollen 978 Kinder über einen Zeitraum von vier Jahren eingeschlossen und ausgewertet werden. Erste Ergebnisse sollen im Jahr 2020 veröffentlicht werden [8].

Auf der Grundlage der Ergebnisse der oben diskutierten Studien hat die eingangs genannte Formulierung von Theodor Billrodt nur wenig an Aktuali-

tät eingebüßt. Auch nach weit mehr als hundertjähriger Erfahrung mit der Appendektomie „basiert unser Handeln“ zumindest zum Teil „auf nichts als Erinnerungen“. Frei nach Billrodt mag das Versagen der antibiotischen Therapie der akuten Appendizitis in mehr als 20 % der behandelten Kinder dem Vorsichtigen hoch erscheinen, während es vom Enthusiastischen als gering angesehen wird. Der Zweifler unter Ihnen könnte eine solche Rate als nicht akzeptabel betrachten.

Die wichtigste ungeklärte Frage ist, ob man als Behandler bereit ist, eine Rate von >20 % an Therapieversagen und eine erhöhte Wiederaufnahmerate bei gleicher Komplikationsrate, verglichen mit dem Standardverfahren, zu akzeptieren. Weitere Fragen sind die nach der Entwicklung von Antibiotikaresistenzen und der immer wieder diskutierten erhöhten Tubeninfertilität nach höhergradiger Appendizitis bei Mädchen. Bis heute gibt es keine Therapieempfehlung der pädiatrischen oder kinderchirurgischen Fachgesellschaften zur konservativen Therapie der akuten Appendizitis. Juristische, ethische und letztlich auch ökonomische Aspekte des vergleichsweise neuen Therapieansatzes sind mangels eindeutiger wissenschaftlicher Ergebnisse immer noch ungeklärt (Tabelle 2).

Fazit für die Praxis

Aus unserer Sicht kann die antibiotische Therapie der akuten Appendizitis im Vergleich zum Standardverfahren der (laparoskopischen) Appendektomie derzeit in Ermangelung hochgradiger Evidenz nicht als Standardverfahren empfohlen werden. Die Anwendung des konservativen Therapieansatzes sollte daher nur im Rahmen von gut konzipierten (prospektiv randomisierten) Studien erfolgen. Daher ist auch heute immer noch dem operativen, in den meisten Fällen minimalinvasiven, Vorgehen der Vorzug zu geben.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondierender Autor:

Priv.-Doz. Dr. med. Jens Dingemann
 Zentrum Kinderchirurgie Hannover
 Medizinische Hochschule Hannover und
 Kinderkrankenhaus Auf der Bult
 Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
 Tel.: 0511/532-3220
 E-Mail: dingemann.jens@mh-hannover.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

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

Vibrationsunterstützte Physiotherapie im Kindes- und Jugendalter



Dr. med. Ibrahim Duran¹

Dr. rer. medic.
Christina Stark PT M.Sc.²

Prof. Dr. Eckhard Schönau^{1,2}

1 Zentrum für Rehabilitation und Prävention, UniReha GmbH, Universitätskliniken Köln

2 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätskliniken Köln

Fallbeispiel für die Anwendung von vibrationsunterstützter Physiotherapie im Kindes- und Jugendalter

Timo, Name wurde geändert, ist ein vier Jahre alter Junge mit bilateral spastischer Zerebralparese. Er konnte vor Teilnahme an dem Therapiekonzept „Auf die Beine“ frei sitzen, ca. 20 Sekunden frei stehen und an Gegenständen und mit einem Rollator gehen. Freie Schritte waren nicht möglich. Er nahm an dem Therapiekonzept „Auf die Beine“ teil, welches aus zwei ambulanten Intensiv-Wochen zu Beginn und einer weiteren Intensiv-Woche nach drei Monaten besteht. Zusätzlich erfolgt ein häusliches vibrationsunterstütztes Training (zehnmals pro Woche für dreimal drei Minuten) unter elterlicher Supervision für sechs Monate.

Nach sechs Monaten hatte er gelernt frei zu gehen und legte in sechs Minuten eine Strecke von 286 m zurück. Außerdem war er in der Lage, mit einer Hand am Handlauf Treppen zu steigen und, bis zu drei Minuten frei zu stehen.

Einleitung

Bei der vibrationsunterstützten Physiotherapie werden durch den Einsatz von medizinischen Geräten der gesamte menschliche Körper oder Teile davon in Schwingung versetzt.¹ Häufig wird das Ziel verfolgt, die motorische Leistungsfähigkeit des Individuums und/oder seine Gesundheit positiv zu beeinflussen.

Der therapeutische Einsatz von Vibration wurde bereits im 19. Jahrhundert beschrieben, zum Beispiel als vibrierende Massagegeräte.² Die erste Publikation zum therapeutischen Einsatz von Vibration beim Menschen erfolgte Anfang der 60er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts.³ Das erste kommerziell erhältliche Vibrationsgerät wurde 1996 angeboten. Aktuell gibt es eine Vielzahl an Geräten und technischen Umsetzungen, um den menschlichen Körper (oder Teile davon) in Schwingung zu versetzen, die für unterschiedliche Einsatzbereiche beworben werden (Medizin, Fitness, Beauty).

Umso wichtiger ist es, bei wissenschaftlicher Beschreibung des Einsatzes und Effektes der vibrationsunterstützten Physiotherapie genau anzugeben, welche Art von Vibration genutzt wurde.¹ Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dem physiotherapeutischen Einsatz von seitenalternierender Ganzkörper-Vibration bei Kindern und Jugendlichen.

Seitenalternierendes Vibrationstraining

Bei dem seitenalternierenden Vibrationstraining wird ein medizinisches Gerät eingesetzt, dessen obere Plattform periodisch um eine Achse wippt (Abbildung 1). Die Geschwindigkeit der Kippbewegung wird in Hertz (Schwingung pro Sekun-

de) angegeben und ist häufig zwischen 5 und 35 Hz einstellbar. Die maximalen Hubhöhe D_{max} ist der Höhenunterschied zwischen der niedrigsten und der höchsten Position des äußeren Randes der Plattform (in englischsprachiger Literatur häufig als *amplitude* bezeichnet). Sie hängt vom Abstand zur Kippachse und dem Kippwinkel ab und variiert bei verschiedenen Herstellern oder Modellen (meistens im einstelligen Millimeterbereich). Diese Form der Erzeugung von Vibrationen wurde in der medizinischen Literatur am ausgiebigsten untersucht. Da der Proband beim Training häufig auf der Plattform steht, versetzen die zyklischen Kippbewegungen den gesamten Körper in Vibration. Diese Art des Trainings wird in der englischsprachigen Literatur daher als *whole body vibration* (WBV) bezeichnet. Viele Autoren teilen das WBV-Training nach der entstehenden maximalen Beschleunigung a_{max} , die auf den Körper einwirkt, ein in

- Niedrig-intensives Training (*low-intensity*), wenn $a_{max} \leq g$ (g =Erdbeschleunigung, $9,81 \text{ m/s}^2$) und
- Hoch-intensives Training (*high-intensity*), wenn $a_{max} > g$.⁴

Die maximale Beschleunigung a_{max} kann dabei mit der folgenden Formel berechnet werden:

$a_{max} = [2\pi \cdot f]^2 \cdot \frac{D}{2}$, wobei f = Frequenz in Hz und D = Hubhöhe in m ist.

Häufig wird a_{max} in Relation zu g angegeben, also als $\frac{a_{max}}{g}$. Weitere physikalische Zusammenhänge werden in einigen Review-Artikel weiter vertieft und sollen hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.⁵

Effekte des seitenalternierenden WBV-Trainings

Grundlagen

Die bei dem vibrationsunterstützten Training entstehenden Schwingungen des Körpers führen zu zyklischen Längenänderungen des Muskel-Sehnen-Apparates.⁶ Es wird postuliert, dass diese Längenveränderungen die Muskel-

spindeln aktivieren. Über den spinalen Reflexbogen kommt es dadurch zu einer Aktivierung der α -Motoneurone und infolge dessen zu einer Muskelkontraktion (*tonic vibration reflex*).⁷ Einige Ergebnisse von Oberflächen-EMG-Messungen während WBV-Trainings stützen diese Hypothese.^{8,9} Das bedeutet zum Beispiel, dass bei einer Trainingsfrequenz von 20 Hz 20-mal in der Sekunden der Muskel stimuliert wird. Bei einer Trainingsdauer von drei Minuten pro Übung entspricht dies 3600 Muskelkontraktionen und verdeutlicht die hohe Trainingsintensität beim WBV-Training bei einer vergleichbar kurzen Trainingsdauer. Daher sind die Auswirkungen des WBV-Trainings auf Muskeln und die körperliche Leistungsfähigkeit die am meisten untersuchten Effekte. Da Knochen und Muskeln eine funktionelle Einheit bilden, wurden früh auch Effekte auf den Knochen erwartet und untersucht.¹⁰ Es zeigte sich ein anaboler Effekt auf das Knochengewebe, der hauptsächlich (aber nicht ausschließlich) als eine indirekte Auswirkung des WBV-Trainings durch das Zusammenspiel von gesteigerter Muskelkraft und Knochen gesehen wurde. Um insbesondere die Auswirkungen des WBV-Trainings auf Knochen besser verstehen zu können, ist

ein Exkurs zur Erklärung der funktionellen Muskel-Knochen-Einheit notwendig (s.u.).

Neben den Effekten des WBV-Trainings auf den Bewegungsapparat sind auch Auswirkungen z.B. auf den Hormonhaushalt, Depression oder Kognition untersucht worden.¹¹⁻¹⁴ In diesem Artikel sollen jedoch nur die Effekte auf den kindlichen Bewegungsapparat und motorische Leistungsfähigkeit genauer beschrieben werden.

Exkurs: Funktionelle Muskel-Knochen-Einheit

Mit dem „Gesetz der Transformation der Knochen“ beschrieb 1892 der deutsche Anatom Julius Wolff den Zusammenhang zwischen Muskel- und Skelettentwicklung.¹⁵ Dieses Gesetz stellt die Anpassung der Architektur des Skeletts an die auf ihn einwirkenden, maximalen Kräfte dar. Den Prozess der „Modellierung“ erklärte er als Anpassung der Knochenstruktur, die durch Osteoblasten und Osteoklasten stattfindet, um die Knochenstabilität an die mechanischen Anforderungen anzupassen. Im Gegensatz dazu bezeichnet man den Prozess der „Remodellierung“ als kontinuierlichen Knochenumbau (Abbau von Knochensubstanz mit gleichzeitigem

Knochenaufbau) mit dem Ziel des Knochenerhalts, der ebenfalls anforderungsabhängig ist. Harald Frost führte in den 1960er-Jahren zudem den sogenannten *Mechanostaten* in dieses Modell der funktionellen Muskel-Knochen-Einheit ein. Bei dem Mechanostaten handelt es sich um einen Sensor, welcher die Verformung des Knochens messen kann und entsprechend der Höhe der einwirkenden Kräfte den Knochenumbau steuert (Abbildung 2).¹⁶ Somit wird ein Gleichgewicht zwischen Belastung (einwirkende Kräfte auf den Knochen hauptsächlich durch die Muskulatur) und Knochenfestigkeit erreicht. Bei Spitzenbelastungen wird der Knochen in die Richtung der einwirkenden Kräfte aufgebaut, und bei fehlender Belastung (z.B. Immobilisierung) an entsprechender Stelle abgebaut. Harald Frost identifizierte als erster das Netzwerk der Osteozyten als biologische Korrelat zu dem Mechanostaten des Knochens.¹⁷

Aufbauend auf den oben beschriebenen Konzepten empfahlen Schönau et al. 1996 als erste die Überprüfung der Muskulatur bei Skeletterkrankungen.¹⁸ Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Knochenparameter im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter ausschließlich in Bezug auf das chronologische Alter untersucht. Daher

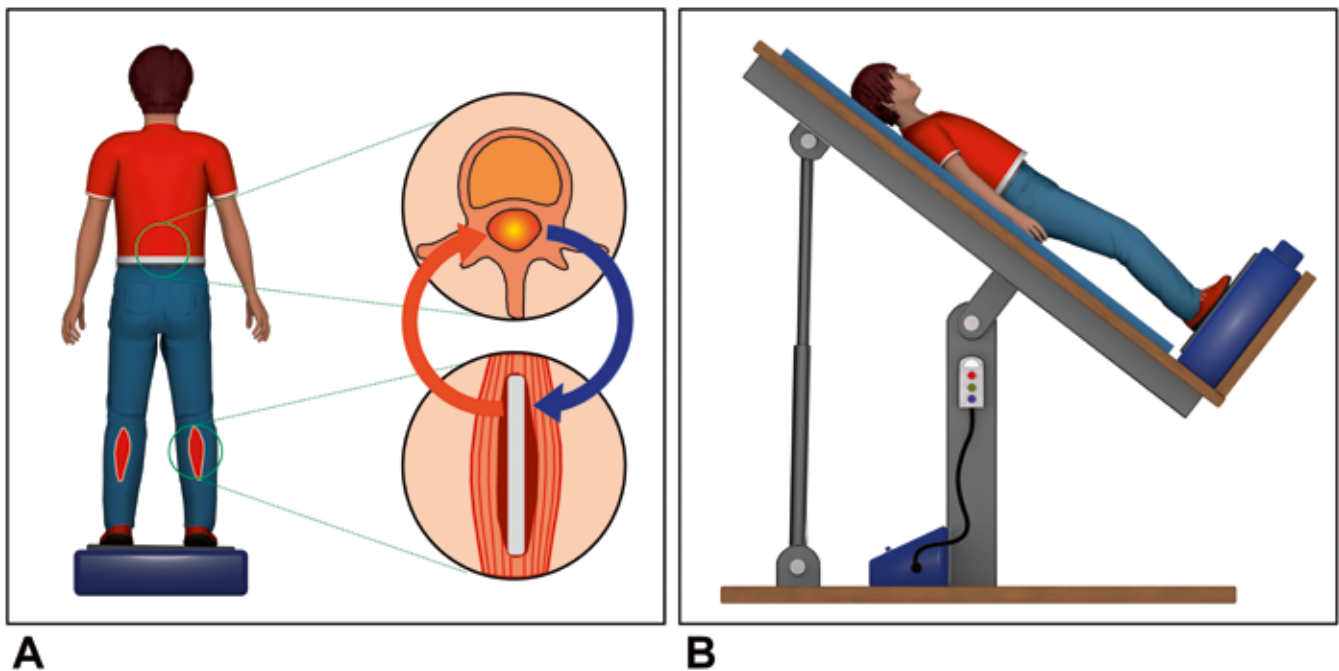


Abb. 1: Seitenalternierendes WBV-Training (whole body vibration):
A: seitenspezifisches Vibrationssystem; durch den seitenspezifischen Vibrationsstimulus werden spinale Reflexe mit Muskelkontraktionen ausgelöst und es kommt zu Muskelaktivierung.
B: seitenspezifisches Vibrationssystem kombiniert mit einem stufenlos verstellbaren Kipptisch für Kinder und Jugendliche ohne Geh- bzw. Stehbereitschaft

stellte der Vorschlag, die Muskulatur als Referenzwert bei der Beurteilung von Knochen-Parametern zu nutzen, einen Paradigmenwechsel dar.¹⁹ Jahrzehntlang wurde die Mechanostat-Hypothese als „zu mechanisch“ kritisiert. Japanische Wissenschaftler zeigten 20 Jahre nach Harald Frost an Mäusen ohne Osteozyten, dass diese keinen Knochenverlust bei Immobilisierung hatten.²⁰ Spätestens seit dieser Arbeit wird das Osteozytennetzwerk als das biologische Korrelat des Mechanostaten anerkannt. Seitdem sind zahlreiche Arbeiten zu dem Thema der Mechano-Biologie der Osteozyten publiziert worden.²¹⁻²³

Effekte eines WBV-Trainings bei ausgewählten Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen mit Trisomie 21 zeigten sich positive Effekte des WBV-Trainings auf Muskelkraft und Gleichgewicht.²⁴

Bei Kindern mit Mukoviszidose zeigte sich eine Zunahme der Muskelkraft der unteren Extremität unter WBV-Training.²⁵

Bei Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese waren positive Effekte des WBV-Trainings nachweisbar auf

- übererregbare Muskeleigenreflexe, Spastik und Willkürmotorik^{26,27}
- Muskelkraft, Gleichgewicht und Gangbild²⁸⁻³²
- Muskel- und Knochenmasse³³ nachweisbar.

Bei Kindern mit Osteogenesis imperfecta ergab sich eine Zunahme der Muskelmasse unter WBV-Training.³⁴

Bei Kindern mit Dystrophinopathie (Muskeldystrophie) zeigte sich unter WBV-Training eine Stabilisierung der Muskelkraft der Beine.³⁵

Seitenalternierendes Vibrationstraining als Baustein in einem Versorgungskonzept

Es gibt ausreichende wissenschaftliche Belege dafür, dass vibrationsunterstütztes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsstörung positiven Einfluss auf Muskel- und Knochenmasse und die grobmotorische Leistungsfähigkeit hat. Gleichzeitig zeigte eine kürzliche Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Therapien auf die motorische Leistungsfähigkeit bei Kindern mit Bewegungsstörung die Wichtigkeit von zielorien-

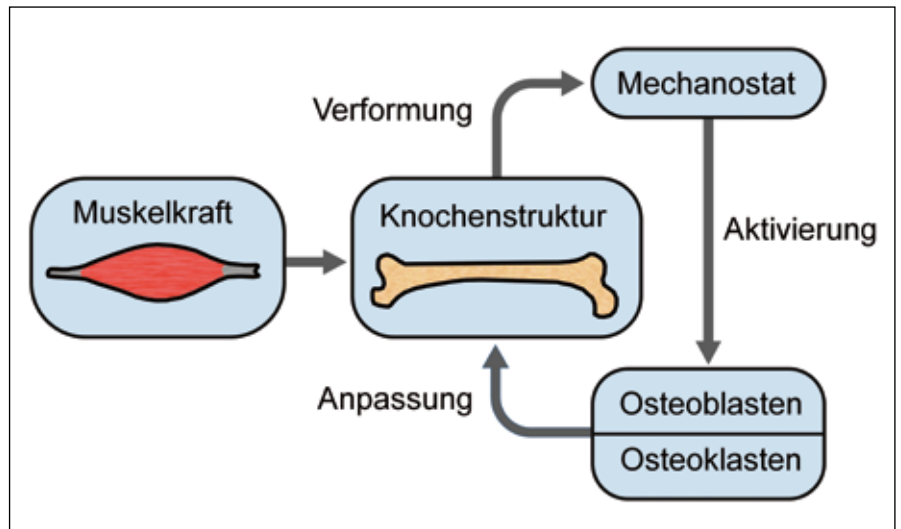


Abb. 2: Vereinfachte Darstellung der Mechanostat-Hypothese: Beeinflussung der Knochenstruktur durch die einwirkenden Kräfte der Muskulatur

tierter, funktioneller Physiotherapie und häuslichem Trainingsprogramm auf.³⁶ Möchte ein Kind das Gehen lernen, reicht es nicht aus, nur Übungen auf einem Vibrationsgerät durchzuführen. Mit dem vibrationsunterstützten Training verbessern sich zwar die erforderlichen Grundlagen für das Gehen (Muskel und Knochen, Gleichgewicht), aber um das Gehen zu lernen, sollte das Kind auch ein individuell angepasstes, zielorientiertes und funktionelles Trainingsprogramm erhalten.

Es kann nicht genug betont werden, dass das vibrationsunterstützte Training nicht die funktionelle Physiotherapie ersetzen soll oder könnte. Es stellt einen Baustein in einem auf das Kind angepassten Therapiekonzept dar. Nur so entsteht aus einem vibrationsunterstützten Training eine vibrationsunterstützte Physiotherapie.

Ein Beispiel, wie vibrationsunterstützte Physiotherapie in ein Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörung, integriert werden kann, stellt das Kölner Therapiekonzept „Auf die Beine“ dar. Diese Therapiekonzept soll im letzten Abschnitt dieses Artikels genauer beschrieben werden.

Das Kölner Therapiekonzept „Auf die Beine“ – Intervallrehabilitation mit häuslicher, vibrationsunterstützter Physiotherapie

Aus den genannten Erkenntnissen entstand das multimodale Versorgungs-

konzept „Auf die Beine“ an der Uniklinik Köln. Ambulante Intensiv-Phasen werden mit sechs Monaten häuslichem Vibrationstraining kombiniert (Abb. 3). Das Therapiekonzept ist auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsstörungen ausgerichtet und besteht aus zwei ambulanten Intensiv-Wochen zu Beginn und einer weiteren Intensiv-Woche nach drei Monaten. Zur Kontrolle und Erfassung der Nachhaltigkeit erfolgen ambulante Untersuchungen zu Beginn (M0), nach sechs (M6) und zwölf Monaten (M12). Das häusliche Vibrationstraining wird zehnmal pro Woche für dreimal drei Minuten durchgeführt. Während der ambulanten Intensiv-Wochen findet funktionelle, intensive Physiotherapie für die Kinder und Jugendlichen mit Ausbildung der Eltern für das häusliche Training statt. Im Folgenden werden die zwei wesentlichen Prinzipien des Kölner Versorgungskonzeptes erläutert.

Trainieren wie Sportler

Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen haben oft eine zu geringe Muskelmasse. Infolge dessen ist die Muskelkraft und Ausdauer häufig reduziert.^{37,38} Die Verbesserung der Muskelmasse, Muskelkraft und Ausdauer stellen daher oft wichtige Therapieziele dar.³⁹ Aus der Muskelphysiologie ist bekannt, dass zur Zunahme der Muskelkraft und Ausdauer ein Training an der Belastungsgrenze notwendig ist.⁴⁰ Nur durch einen ausreichend hohen Trainingsreiz ermüdet

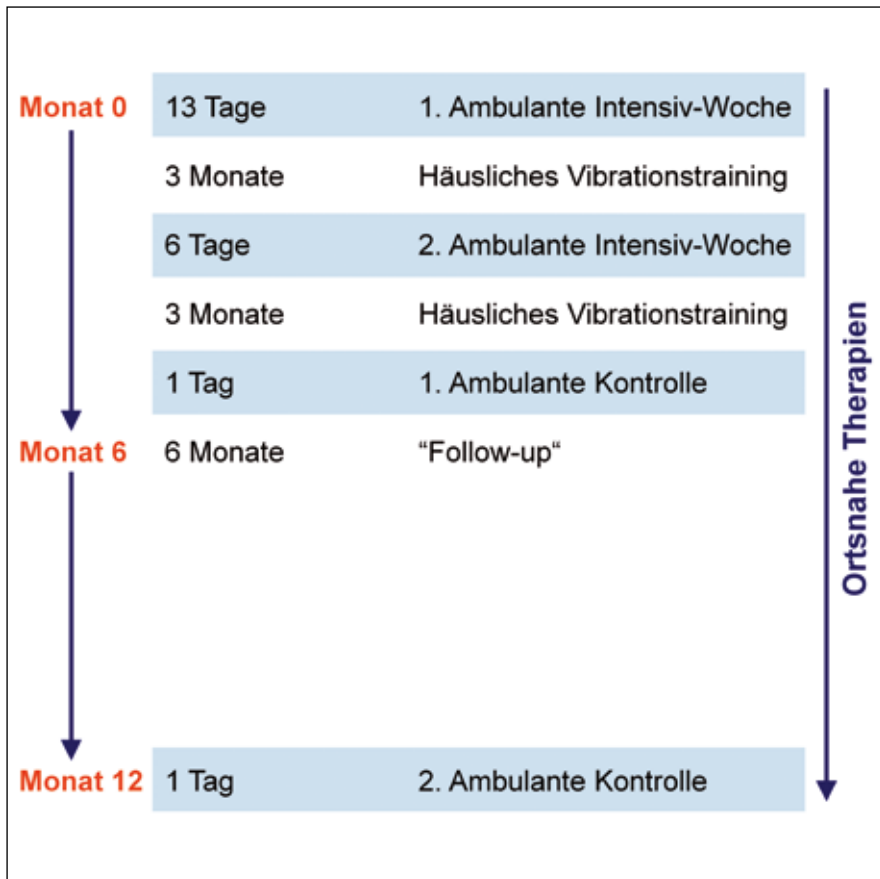


Abb. 3: Ablauf des ambulanten Versorgungskonzeptes „Auf die Beine“ für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen

der Muskel. Dies führt zur Ausschöpfung der energetischen und funktionellen Reserven und regt in der anschließenden Ruhephase eine Überkompensation an mit dem Ergebnis einer Anhebung des ursprünglichen Leistungsniveaus. Durch die schrittweise Steigerung der Trainingsintensität an der sich erweiternden Belastungsgrenze wird die Ausdauer und Mobilität erhöht und versucht, die individuell gesetzten Therapieziele zu erreichen.

Integration in den familiären Alltag und Anleitung für ein Heimtrainingsprogramm

Das Erreichen der individuell gesetzten Therapieziele erfordert ein motorische Lernen, welches nur durch wiederholtes und intensives Training möglich ist.⁴¹ Aktuelle Studien zeigen, dass dieses auch in wenigen Wochen stattfinden kann, wenn die tägliche Therapieintensität entsprechend hoch und der Schwerpunkt der Therapien fokussiert auf den motorischen Bereich sind.^{42,43} Dieser Grundidee folgend wurde das Therapiekonzept „Auf die Beine“ an der Uniklinik Köln entwickelt.

Da Eltern von Kindern mit Bewegungsstörungen bereits viel Zeit mit Therapien und Arztbesuchen verbringen, kommen die kurzen ambulanten Intensiv-Wochen vor allem berufstätigen Eltern entgegen. Die vibrationsunterstützte Physiotherapie wird im Rahmen des Konzeptes als Heimtrainingsprogramm angeboten. Dadurch können die Familien mit einem Leihgerät und einem speziell für ihr Kind ausgearbeiteten Übungsprogramm die Therapie im häuslichen Umfeld fortsetzen. Die Intensität der Übungen wird möglichst nahe an der Belastungsgrenze des Kindes bzw. des Jugendlichen gewählt.

Wissenschaftliche Analyse der Ergebnisse des multimodalen Versorgungskonzeptes „Auf die Beine“

Bei 356 Kindern mit einer Zerebralparese konnte durch die Teilnahme am Konzept die Mobilität positiv beeinflusst werden. Diese Verbesserungen blieben auch sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme erhalten.⁴⁴ Diese Effekte konnten auch für andere Patientengruppen gezeigt werden, wie z.B. Osteogenesis

imperfecta⁴⁵, Spina bifida⁴⁶ und Spinale Muskelatrophie⁴⁷. Auch ein positiver Effekt auf die Skelettentwicklung konnte nachgewiesen werden.⁴⁸

Inzwischen konnte in einer Kohorte von 515 Kindern und Jugendlichen mit einer Zerebralparese auch gezeigt werden, dass die motorischen Fähigkeiten nach Teilnahme am Kölner Therapiekonzept signifikant über die durch Standard-Behandlung zu erwartenden motorischen Fortschritte hinaus gesteigert werden konnten.⁴⁹

Fazit für die Praxis

- Die vibrationsunterstützte Physiotherapie sollte die zielorientierte, funktionelle Physiotherapie ergänzen und nicht ersetzen.
- Vibrationsunterstützte Physiotherapie als Heimtrainingsprogramm ist nach adäquater Anleitung der Eltern und unter regelmäßiger Supervision durch Ärzte und Physiotherapeuten sicher durchführbar und wirksam.
- Das Therapiekonzept „Auf die Beine“ für Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen der Uniklinik Köln hat eine positive Wirkung auf die Mobilität bei Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsstörungen.
- Effektive Versorgungskonzepte mit Schwerpunkt Mobilität sollten die Zusammenhänge der Inaktivität und neuromuskulären Kommunikation berücksichtigen (funktionelle Muskel-Knochen-Einheit, Trainieren wie Sportler).

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Ibrahim Duran
 Zentrum für Rehabilitation und Prävention
 Lindenburger Allee 44,
 50931 Köln
 UniReha GmbH,
 Universitätskliniken Köln
 Tel.: 0221/47887627
 E-Mail: Ibrahim.duran@unireha-koeln.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Kinder mit atopischer Dermatitis schlafen schlecht

Association of Atopic Dermatitis with Sleep Quality in Children

Ramirez FD et al, *JAMA Pediatr*: e190025 [epub ahead of print], März 2019

Der Pruritus ist ein Markenzeichen der atopischen Dermatitis (AD) und beeinflusst die Qualität des Schlafs. Wir wissen noch zu wenig darüber, welchen Einfluss die Krankheitsaktivität auf das Schlafverhalten ausübt und in welchem Ausmaß das Schlafmuster verändert wird. Die Autoren haben mit ihrer aktuellen Studie untersucht, wie die atopische Dermatitis die Schlafdauer und -qualität zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Kindes- und Jugendalter beeinflusst.

Für diese longitudinale Kohortenstudie wurden die Daten von Kindern verwendet, die in die „Avon Longitudinal Study of Parents and Children“, einer bevölkerungsbezogenen Geburtskohorte in der ehemaligen Grafschaft Avon, in Großbritannien, geborenen und in die Studie aufgenommen worden waren. Eltern oder die Probanden dokumentierten bis zum Alter von 16 Jahren wiederholt das Ausmaß ihrer AD, ihre Schlafdauer und ihre Schlafqualität.

Die Schlafdauer wurde mittels standardisierter Fragebögen zu 8 Zeitpunkten (30, 42, 57, 69, 81, 115, 140 und 186 Monate) im Alter von 2 bis 16 Jahren ermittelt. Die Nachtschlafdauer wurde auf der Grundlage des mütterlichen oder des eigenen Berichtes (nur im Alter von 16 Jahren) als die Zeitspanne zwischen Einschlafen und Aufwachen definiert. Mütter wurden nach der Schlafdauer an 5 Zeitpunkten zwischen 2 und 7 Jahren befragt.

Die Studie basiert auf Daten, die zwischen 1990 und 2008 erhoben wurden. Die Datenanalyse wurde von September 2017

bis September 2018 durchgeführt. Ergebnisziele waren die wiederholte Erfassung einer standardisierten Schlafdauer und Schlafqualität einschließlich des nächtlichen und frühmorgendlichen Erwachens, der Einschlafstörungen und der Alpträume.

Die Kohorte umfasste 13.988 Kinder (7.220 männlich; 51,6%), die für eine Dauer von 11 Jahren (medianer Interquartilbereich [IQR] 5-14 Jahre) begleitet und regelmäßig untersucht worden waren. In dieser Kohorte litten 4.938 Kinder (35,3%) im Alter zwischen 2 und 16 Jahren unter einer Neurodermitis. Die Gesamtschlafdauer zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen Kindern mit AD und Kindern ohne AD. Kinder mit einer aktiven AD berichteten aber zu allen erfassten Zeitpunkten über eine schlechtere Schlafqualität, deren Wahrscheinlichkeit um 50% erhöht war (angepasste Odds Ratio [aOR] 1,48; 95% KI 1,33 bis 1,66). Kinder mit einer ziemlich schlimmen oder sehr schlimmen AD wiesen eine schlechtere Schlafqualität mit einer aOR [angepasste Odds Ratio] von 1.68 (95% KI 1.42 bis 1.98) auf. Wenn die AD mit Asthma oder einer allergischen Rhinitis verbunden war nahm die aOR auf 1.79 (95% KI 1.54 bis 2.09) zu. Selbst Kinder mit leichter AD (OR 1,40; 95% KI 1,27 bis 1,54) oder inaktiver AD (OR, 1,41; 95% KI, 1,28 bis 1,55) wiesen bereits eine statistisch signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Beeinträchtigung ihrer Schlafqualität auf.

Die AD zeigt keinen wesentlichen Einfluss auf die Schlafdauer, führt aber zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der allgemeinen Schlafqualität im Kindesalter. Das Vorliegen weiterer Komorbiditäten, wie allergischer Rhinitis und Asthma, führt zu einer weiteren Verschlechterung der Schlafqualität.

Kommentar

Hautkrankheiten stellen eine große Gesundheitsbelastung dar. In der „Global Burden of Disease Study“ aus dem Jahr 2013 waren Hauterkrankungen die viertgrößte Ursache für eine Einschränkung der Lebensqualität. Die atopische Dermatitis (AD) ist eine chronische, schubförmig auftretende, juckende und entzündliche Hauterkrankung, die meist mit erhöhten Serum-IgE-Werten verbunden ist und häufig neben Typ-I-Allergien, Asthma und allergischer Rhinitis auftritt. Die AD tritt meistens bereits im Kindesalter auf. Bis zu 90% der Kinder entwickeln ihre ersten Symptome bis zum Alter von 5 Jahren. In dem 2007 in den Vereinigten Staaten durchgeführten „National Survey of Children’s Health“ mit mehr als 91.000 befragten Kindern und Jugendlichen, litten etwa 13% unter 18 Jahren unter einer AD. Die AD beeinflusst die kindliche Schlafqualität, wie Ramirez et al. mit ihrer Studie zeigen konnten. Kratzen und Jucken der Haut führen zu Schlafstörungen, die mit unterschiedlichen Einschränkungen der kognitiven Funktionen und der Lebensqualität nicht nur der Kinder, sondern auch ihrer Familie verbunden sind. Fehlender Schlaf führt im Tierexperiment und in klinischen Untersuchungen sogar zu einer Anhäufung von DNA-Schäden. Eine Verminderung der Schlafqualität ist deshalb keine vernachlässigbare Kleinigkeit. Bei den meisten Kindern und Erwachsenen können Ekzemschübe mit einer sorgfältigen Hautpflege und topischer Behandlung sicher und erfolgreich vermieden und behandelt werden, sodass meist keine systemische Behandlung mit Corticosteroiden oder Immunsuppres-

siva, die ein höheres Nebenwirkungsrisiko besitzen, erforderlich ist. Die Auswirkungen der Atopie auf die Lebensqualität werden unterschätzt, wie die Ergebnisse einer schwedischen Untersuchung (BAMSE-Studie) vermuten lassen. Viele Kinder und Jugendliche mit einer AD werden vielleicht deshalb häufig unzureichend behandelt, wie die BAMSE-Studie gezeigt hat

und was auch den allgemeinen kinderärztlichen Erfahrungen entsprechen dürfte.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Welche Diagnose wird gestellt?

Anna-Therese Mücke

Anamnese

Ein 8 Monate alter, männlicher Säugling wird mit seit dem 2. Lebensmonat bestehenden, zunehmenden, flüchtigen (Stunden bis Tage anhaltenden) Erythemen - zunächst an den Extremitäten und im Verlauf auch am Stamm - vorgestellt. Assoziierte Beschwerden, wie Juckreiz, bestünden. Bei Wärme und im Rahmen von Infekten würde der Hautbefund zunehmen.

Es erfolge zurzeit täglich eine Basistherapie mit einer vom Kinderarzt rezeptierten Pflegecreme. Familienanamnese: Bei der Großmutter mütterlicherseits bestünde eine Psoriasis vulgaris. Bei dem Vater bestehe seit dem 3. Lebensjahr eine Hauterkrankung, die mit polyzyklischen, bräunlichen, hyperkeratotischen Plaques insbesondere am Stamm und den Extremitäten einhergehe.



Abb. 1: 8 Monate alter, männlicher Säugling – multiple, erythematöse Patches am Stamm. Faden nach Probebiopsie.



Abb. 2: Vater - polyzyklische, bräunliche, hyperkeratotische Plaques am Stamm

Untersuchungsbefund

8 Monate alter, männlicher Säugling in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Gesicht, an den Extremitäten und am Stamm finden sich erythematöse Patches. Die Schleimhäute und

die Nägel sind unauffällig. Es ist keine Organomegalie oder Lymphknotenschwellung palpabel. Eine palmoplantare Hyperkeratose findet sich nicht.

Welche Diagnose wird gestellt?

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



Diagnose

Erythrokeratodermia figurata variabilis (EKV)

Bei der Erythrokeratodermia figurata variabilis handelt es sich um eine seltene, autosomal-dominant vererbte, angeborene oder bis zum 30. Lebensjahr auftretende Genodermatose, die durch Mutationen einzelner Connexin-Genen hervorgerufen wird.

Connexine sind Membranproteine, die die Gap Junctions aufbauen. Gap Junctions stellen Kanäle zwischen benachbarten Zellen dar. Sie dienen dem Austausch kleiner Moleküle und Ionen und spielen daher eine bedeutende Rolle bei der Differenzierung sowie der Reaktion von Geweben auf Stimuli. Es werden α - und β -Connexine unterschieden; die kodierenden Gene werden dementsprechend GJA bzw. GJB genannt. Bei der EKV wurden Mutationen der Gene Cx31 – kodiert für das Gap Junction Protein β 4 (GJB4) - und Cx 30.3 – kodiert für das Gap Junction Protein β 3 (GJB3) - nachgewiesen. Durch die Expression von fehlerhaften Connexinen werden gestörte Interzellkontakte verursacht. Darüberhinaus sind „de novo missense Mutationen“ des GJA1-Gens bekannt. GJA1 kodiert für Connexin 43. Durch die Fehlregulation kommt es zu einer Störung der Zellproliferation und –differenzierung in der Epidermis.

Das Manifestationsalter der Erythrokeratodermia figurata variabilis liegt meist im ersten Lebensjahr. Die EKV ist gekennzeichnet durch wandernde Erytheme und stationäre bräunliche hyperkeratotische Plaques, insbesondere an den Streckseiten der Extremitäten und am Stamm. Die Hautveränderungen sind landkartenähnlich begrenzt und weisen keine strenge Symmetrie auf. Sie bilden sich am gesamten Integument mit Bevorzugung der distalen Extremitätenabschnitte. Die erythematösen Maculae sind innerhalb weniger Stunden bis Ta-

ge flüchtig. Die Erytheme können z. B. durch Reiben, Traumen oder Temperaturwechsel hervorgerufen werden. Als weitere Triggerfaktoren kommen neben mechanischen Irritationen und physikalischen Faktoren wie Kälte und Wärme auch Stress und hormonelle Umstellungen in Betracht.

Die Hautveränderungen sind meist wenig symptomatisch; gelegentlich wird über brennende Hyperästhesien im Bereich der Erytheme berichtet. In der morphologischen Ausprägung besteht eine individuelle, intra- und interfamiliäre Variabilität. Meist bilden sich die Hautefloreszenzen spontan zurück. Ca. 50% der Patienten weisen zusätzlich palmoplantare Hyperkeratosen auf. Die Haare, Nägel, Schleimhäute und innere Organe sind nicht betroffen.

Nach der Pubertät stabilisiert sich die Erkrankung bei einigen Patienten.

Diagnostik

Die Diagnose einer EKV wird in der Regel klinisch und auf Grund der positiven Familienanamnese gestellt. Histologisch ergeben sich wenig spezifische Befunde wie eine Hyper- und Parakeratose sowie diskrete perivaskuläre lymphomonozytäre Infiltrate.

Differentialdiagnosen

Die EKV kann an eine Pityriasis rubra pilaris oder das Netherton-Syndrom erinnern. In die differentialdiagnostischen Betrachtungen muss auch die Erythrokeratodermia progressiva symmetrica (Darier-Gottron) einbezogen werden. Bei diesem Krankheitsbild imponieren an der Haut symmetrische flächenhafte und scharf begrenzte Erytheme mit Hyperkeratosen an den Extremitäten und im Gesicht. Die Hautveränderungen sind stationär und palmoplantare Hyperkeratosen werden öfter gesehen. Im Unterschied zur EKV persistiert die Erkrankung auch nach der Pubertät. Des Weiteren kommt differentialdiagnos-

tisch eine Psoriasis vulgaris und die Epidermolytische Hyperkeratose (M. Brocq) in Betracht.

Therapie

Insbesondere bei leichten Verlaufsformen ist oftmals eine keratolytische und rückfettende Therapie mit einer Ureahaltigen Creme oder Salbe (5-10%), ggf. kombiniert mit Lactat (5%) und NaCl (5-10%) ausreichend. Ergänzend kommen Ölbäder zur Anwendung. Bei Schubaktivität werden glukokortikoidhaltige Externa (z.B. 0,1% Mometasonfuroat) empfohlen. Bei schweren Verlaufsformen und Therapiewunsch kommen systemische Retinoide (Acitretin, 0,5 mg/kg KG/Tag) bei Adoleszenten zum Einsatz; aufgrund möglicher schwerwiegender Nebenwirkungen wie Teratogenität ist jedoch eine genaue Prüfung der Indikation und eine ausführliche Aufklärung der betroffenen Patienten und ihrer Eltern essentiell.

Prognose

Bei der EKV besteht die Tendenz zur Spontaninvolution.

Literaturangaben

1. Ständer S et al. Erythrokeratodermia variabilis- eine Störung der epidermalen Expression von Gap-Junction-Proteinen. JDDG 2005; 3: 354-358.
2. Li C et al. Two de novo GJA1 mutation in two sporadic patients with erythrokeratodermia variabilis et progressiva. Mol Genet Genomic Med. 2019;e670. <https://doi.org/10.1002/mgg3.670>.
3. Richard G et al. Mutations in the human connexin gene GJB3 cause erythrokeratodermia variabilis. Nat Genet 1998; 20: 366-369.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Anna-Therese Mücke

Assistenzärztin

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Übertragung einer IgE-vermittelten Allergie durch Stammzelltransplantation

Frage

- Wie wahrscheinlich ist es, dass bei einer Knochenmark-Stammzell-Transplantation eine beim Spender vorhandene IgE vermittelte Allergie übertragen wird?
- Sind Besonderheiten zu beachten, wenn beim Empfänger eine spezifische Immuntherapie durchgeführt werden soll?

Antwort

Im Rahmen einer Stammzelltransplantation können in Abhängigkeit der Aufarbeitung des Stammzellpräparates neben den eigentlichen hämatopoetischen Stammzellen auch T- und B-Zellen vom Spender auf den Empfänger übertragen werden. Eine Rolle bei Allergien haben u. a. allergen-spezifische CD4-positive T-Helferzellen und IgE-produzierende B-Zellen.

Im Rahmen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation ist die Übertragung von IgE aufgrund seiner kurzen Halbwertszeit als Ursache einer chronischen Allergie beim Empfänger unwahrscheinlich. In Mausstudien konnte gezeigt werden, dass durch die Transplantation von CD4-Zellen allergische Atemwegserkrankungen auf bis dahin gesunde Tiere übertragen werden. Auch wenn Mausmodelle nicht vollständig auf den Menschen zu übertragen sind, unterstützen sie die These der möglichen Übertragung von allergen-spezifischen

CD4-Zellen. Es gibt nur wenige Berichte zur Übertragung von Allergien bei Stammzell-transplantierten Menschen. Die größte Zusammenstellung findet sich bei Khan et al (1). Letztlich ist die Übertragung von Allergien nach T-Zellhaltigen Transplantaten möglich. Umgekehrt gibt es Hinweise, dass (Latex-)Allergien durch eine Stammzelltransplantation geheilt werden konnten (2). Sofern der Empfänger Knochenmark oder periphere Stammzellen ohne vorherige T-Zelldepletion erhalten hat, wäre die Übertragung einer Allergie daher möglich.

Im Rahmen der allergenspezifischen Immuntherapie geht man davon aus, dass es durch die Induktion regulatorischer T-Zellen und die Modulation der Zytokine zu einer veränderten Antikörperproduktion der B-Zellen und letztendlich zur Entwicklung von allergenspezifischer Toleranz kommt.

Die Besonderheiten nach Transplantation ergeben sich weitestgehend aus den – relativen – Kontraindikationen zur Durchführung der SIT (3). Der Empfänger sollte einen gebührenden Abstand zur Transplantation haben, so dass bei onkologischer Erkrankung die Möglichkeit des Auftretens eines Rezidivs unwahrscheinlich erscheint. Ebenso stellt eine Immunsuppression eine mögliche Kontraindikation dar sowie autoimmunologische Erkrankungen, zu denen im weitesten Sinne auch die Spender-gegen-Empfängererkrankung (GvHD) zu zählen ist, auch wenn diese allopathen Ursprungs ist.

Bei einem Patienten nach allogener Stammzelltransplantation, der keine Immunsuppression mehr erhält und keine GvHD hat, sollte eine SIT durchführbar sein.

Auch wenn bei Organtransplantationen kein Einfluss auf die Entwicklung regulatorischer T-Zellen durch Immunsuppressiva gesehen wurde und Fallberichte erfolgreiche SIT bei Autoimmunerkrankungen beschreiben, ohne dass die Erkrankung sich verschlimmerte (Übersicht in (4)), wäre in diesen Fällen Abstand von der SIT zu nehmen oder der individuelle Fall mit dem entsprechenden Transplantationszentrum zu besprechen.

Literatur:

1. Khan F, Hallstrand TS, Geddes MN, Henderson WR, Storek J. Is allergic disease curable or transferable with allogeneic hematopoietic cell transplantation? *Blood* 2009, 113 (2), 279–290.
2. Wahn V, Laws HJ, Bode CP, Burdach SE. Cure of latex allergy by bone marrow transplantation. *Eur J Pediatr* 1999, 158 (1), 88.
3. Krudewig J, Baumann U, Bernuth von H, Borte M, Burkhard-Meier U et al. Interdisciplinary AWMF guideline for the treatment of primary antibody deficiencies. *Klin Padiatr* 2012, 224 (6), 404–415.
4. Wedi B, Ruëff F. Pharmakoprophylaxe und Begleitmedikation bei spezifischer Immuntherapie. *Hautarzt* 2011, 62 (9), 663.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Hans-Jürgen Laws
Klinik für Kinder-Onkologie
Hämatologie und Klinische Immunologie
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

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.

Aktuelles aus der Kinderkommission des Bundestages

Experten fordern Investitionen in die Gesundheit der Kinder // Die medizinische Versorgung von Neugeborenen war Thema in der Kinderkommission des Bundestages.

„Jetzt begeben wir uns in die Situation des Kindes, wenn es auf der Welt ist“, sagte Susann Rüttrich (SPD), Vorsitzende der Kinderkommission (Kiko), zu Beginn der Gremiensitzung mit dem Thema „Postnatales Kindeswohl I: Medizinische Versorgung im ambulanten und klinischen Bereich“ am Mittwoch, 8. Mai 2019. Nachdem in den vergangenen Sitzungen vermehrt die Betreuung von Schwangeren und die Geburtssituation in Deutschland auf der Tagesordnung standen, nahmen die drei geladenen Sachverständigen im Rahmen eines öffentlichen Expertengesprächs dieses Mal Stellung zur gesundheitlichen Situation von bereits geborenen Kindern und Kleinkindern in Deutschland.

„Pflegerotstand in fünf Jahren jetzt schon fixiert“

Auf die Frühgeborenenrate in der Bundesrepublik, die bereits in der letzten Kiko-Sitzung thematisiert wurde, kam **Dr. Burkhard Rodeck**, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Chefarzt des Kinderhospitals Osnabrück, zurück. Die Rate sei mit acht bis zehn Prozent aller Kinder im europäischen Vergleich zwar sehr hoch, dennoch stehe Deutschland in der Frühgeborenenversorgung verglichen mit anderen industrialisierten Ländern überdurchschnittlich gut da. Die Sterberate bei Frühgeborenen sowie die Rate langfristiger kognitiver Einschränkungen dieser Kinder seien in den letzten Jahren erkennbar zurückgegangen.

Gleichwohl gebe es dringenden Handlungsbedarf in der Perinatalogie und der Neonatologie, so Rodeck. „Der Pflegerotstand in der Kindermedizin in fünf Jahren ist jetzt schon fixiert“, mahnte er mit Blick auf die strukturellen Entwicklungen auf diesem Gebiet. Einerseits würden die Investitionskosten in die klinische Versorgung seitens der Bundesländer viel zu wenig erstattet werden, andererseits schwinde das Pflegepersonal in der Kindermedizin drastisch, was unter anderem auf lange Ausbildungs- und Fortbildungswege zurückzuführen sei.

Die Frage, wie Frühgeburten verhindert werden könnten, würde zugunsten der Frage nach der Versorgung viel zu selten gestellt, so Rodeck weiter. Ziel müsse es unbedingt sein – neben der Ökonomi-

sierung der Medizin und der Stärkung der Kinderkrankenpflege –, an einer Senkung der Frühgeborenenrate zu arbeiten, um die klinische Versorgung von Kindern mittel- und langfristig zukunftsfähig zu machen.

Überalterung bei Kinder- und Jugendärzten

In die Situation der ambulanten Kindermedizin führte **Dr. Thomas Fischbach**, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), ein. Die Realität zeige, dass Kinderkliniken immer öfter geschlossen würden und dass Eltern häufig keinen Kinder- und Jugendarzt in ihrer Umgebung hätten. Hinzu komme, dass die „Ressource Arzt“ immer knapper würde und gerade im Bereich der Kindermedizin eine Überalterung festzustellen sei.

„Wir brauchen ein besseres Konzept“, forderte Fischbach, „es wird nicht gelingen, das Problem zu lösen, indem man Ärzte aus anderen Ländern herauklaut.“ Seiner Einschätzung nach bedürfe es deutlich mehr Medizinstudenten und entsprechender Studienplätze in Deutschland, um dem Ärztemangel zu begegnen. Zugleich seien aber auch eine bessere Vergütung des Personals sowie eine gesteigerte Kooperation und engagiertere Netzwerkpflge zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen – von Hebammen über Gynäkologen bis hin zu Kinder- und Jugendärzten – notwendig, um die ambulante Versorgung von Kindern besser gewährleisten zu können.

Im Bereich der Prävention mahnte Fischbach vor allem zu einer bewussteren Ernährung. Insbesondere seien etwa in Kitas Mindeststandards einzuführen. Auch sollten Werbung stärker kontrolliert und zuckerhaltige Getränke höher besteuert werden. Zudem sei es unerlässlich, gewissenhaft und altersübergreifend zu impfen – insbesondere gegen Masern. Den Vorstoß zu einer Impfpflicht durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) begrüßte Fischbach daher ausdrücklich.

Integration darf keine Mogelpackung sein

Weitere sozialmedizinische Aspekte vertiefte **Dr. Gabriele Trost-Brinkhues** vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die zugleich Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen und Mitglied im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ist.

Bei 20 Prozent aller Kinder eines Jahrgangs sei eine Bildungs- und Gesundheitsbenachteiligung festzustellen. Bei Kindern, deren Eltern keinen Schulabschluss oder keine Ausbildung gemacht hätten, liege der Förderbedarf zwischen 40 und 50 Prozent. Wichtig sei daher „eine ehrliche Integration, die keine Mogelpackung ist, die von der Kita bis in die Schule gewährleistet wird“.

Bedenke man, dass 90 Prozent der Gehirnentwicklung in den ersten drei Lebensjahren stattfinde, könne man auch

erkennen, wie wichtig frühe Unterstützung von Kindern für deren Heranwachsen ist. Gesundheit und Entwicklung würden sich bereits in den frühesten Jahren entscheiden. Wo etwa elterliche Kompetenz fehle, müsse daher die Bereitschaft der Eltern gestärkt werden, Hilfe von außen anzunehmen. „Investitionen in frühe Hilfe rechnen sich“, zeigte sich Trost-Brinkhues überzeugt. Langfristig würden diese auf das Konto der Gesellschaft zurückgezahlt werden. (ste/08.05.2019)

Liste der geladenen Sachverständigen

- Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
- Dr. Burkhard Rodeck, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Chefarzt des Kinderhospitals Osnabrück)
- Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beim Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen, Mitglied im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Weitere Berichte aus der Arbeit der Kinderkommission finden Sie unter <https://www.bundestag.de/kiko>

- Ideen für eine bessere Betreuung von Frühchen und ihren Eltern am 10.04.2019 (Link: <https://www.bundestag.de/kiko?url=L2Rva3VtZW50ZS90ZXh0YXJjaGl2LzIwMTkva3cxNS1wYS1raW5kZXJrb21taXNzaW9uLTYzMzgxNA==&mod=mod539494>)
- Ideen für die Gesundheit der ganzen Familie am 15.05.2019 (Link: <https://www.bundestag.de/familie?url=L2Rva3VtZW50ZS90ZXh0YXJjaGl2LzIwMTkva3cyMCIwYS1raW5kZXJrb21taXNzaW9uLTY0MTQyNg==&mod=mod539378>)
- Mehr strukturierte Vernetzung für die Kinder am 05.06.2019 (Link: <https://www.bundestag.de/kiko?url=L2Rva3VtZW50ZS90ZXh0YXJjaGl2LzIwMTkva3cyMy1wYS1raW5kZXJrb21taXNzaW9uLTY0NDk1Mg==&mod=mod539494>)

Zusammenstellung:

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

Wohin mit dem Geld?

Ist es lohnenswert sein Geld in europäische Aktien anzulegen? // *Italien, Frankreich und auch der kommende Brexit (oder sollten wir lieber „Flexit“ sagen), bringen nicht gerade einen positiven Blick für die institutionellen Anleger aus dem Ausland auf Europa mit all den vielen Unwägbarkeiten die Europa zur Zeit zu bieten hat.*



Tilo Croonenberg

Italien

Raten Sie doch mal, in welchem der großen europäischen Länder der Anteil der inländischen Gläubiger an der Staatsverschuldung am höchsten ist? Sie werden lachen: im angeblich so krisenanfälligen Italien. Zwar sind dort die Verbindlichkeiten mit 132 % vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) besonders hoch (Euroraum: 85 %), aber mit fast 85 % ist der Anteil der über Anleihen fundierten Schulden im Vergleich zum Euroraum (81 %) recht üppig. Aber interessanter noch: 70,6 % aller staatlichen Verbindlichkeiten werden von italienischen Adressen gehalten. Zum Vergleich: in Deutschland ist das fast die Hälfte. Platt formuliert: die Regierung in Rom ist zum größten Teil bei ihren eigenen Bürgern verschuldet.

Ohnehin hat man irgendwie das Gefühl, Italien sei der Watschenaugust der EU. In Rom schaut man aus Brüssel besonders genau hin, was die Finanzdisziplin angeht. Nun gut, ganz unbegründet ist das nicht, immerhin weist Italien gemessen am Bruttoinlandsprodukt die höchste Schuldenlast Europas auf. Aber die stammt ganz wesentlich aus alten Zeiten. Aber dafür haben sich die italienischen Politiker bei der Neuverschuldung besser zurückgehalten als manche andere

Länder. Schauen Sie sich zum Beispiel den Vergleich mit Frankreich an.

Frankreich

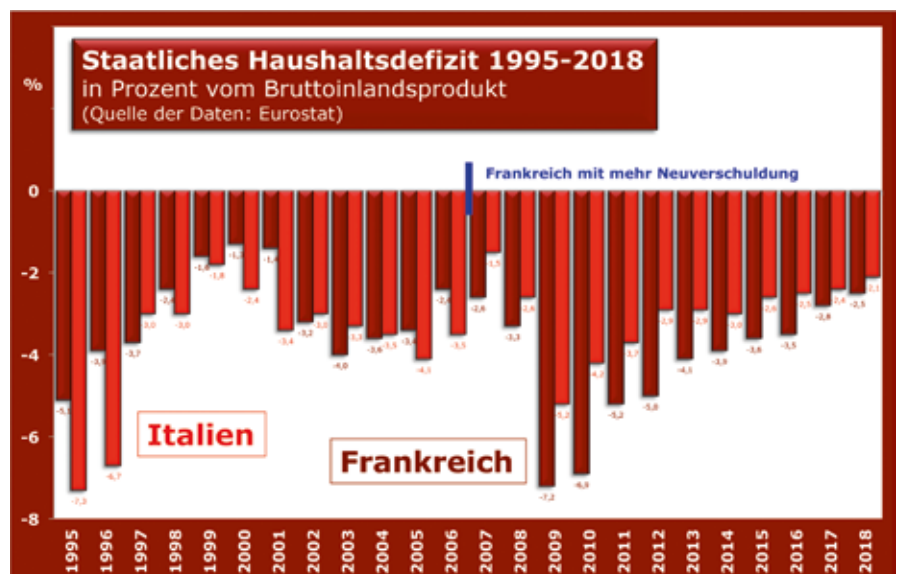
Seit den letzten beiden Jahren vor der Schuldenkrise, aber auch in der ganzen Zeit danach lag das staatliche Defizit in Paris nämlich höher als in Rom. Nimmt man den Durchschnitt dieser Zeit, waren die Franzosen mit 4,2 BIP-Prozenten deutlich unsolider als die Italiener mit ihren 3,0 %. Paris überschritt damit seit gut einem Jahrzehnt klar das in der EU vorgesehene Ziel von drei Prozent Schuldengrenze. Die Kritik aus Brüssel fiel zu diesen Überschreitungen indes immer sehr moderat aus. Jedenfalls wurde nicht annähernd mit Strafen gedroht wie jetzt beim Budget des parteiunabhängigen Ministerpräsidenten Giuseppe Conte und seinem Lega Nord-Innenminister Matteo Salvini.

Gesamtsicht

Man wird das Gefühl nicht los, dass die eher rechte Politik in Rom den Politikern in Brüssel nicht passt. Aber man kann ja zur rumpeligen Art der amtierenden römischen Regierung stehen wie man

will, zweierlei Maß geht nun auch nicht, vor allem wenn sie so leicht zu erkennen ist. Zumal der Tanz um ein paar Zehntelprozentchen bei der Neuverschuldung eher etwas übertrieben anmutet. Rund ein Viertel der BIP-Verschuldung ist in den trüben Jahren nach der Finanzkrise entstanden, die Italien besonders hartnäckig gebeutelt hat. Seit 2014 stagniert die Kennzahl „Schulden in Prozent vom BIP“ auf dem hohen Niveau. Wenn man Rom etwas vorwerfen will, dann ist es, dass kein Abbau gelang.

Aber auch die Deutschen, die sich in dieser Beziehung immer gerne selbst auf die Schulter schlagen, gelangen Budgets mit leichten Überschüssen nicht durch eisenharte Sparsamkeit, sondern durch steigende Steuern und Mehreinnahmen der Sozialkassen dank hoher Beschäftigung. Mit diesem Pfund konnte Italien nicht wuchern. Und dass man Rom mangelnde Reformen vorwirft, ist doch auch ein bisschen scheinheilig. Die mögen in Italien dringend angesagt sein, aber welche durchgreifenden Reformmaßnahmen haben denn Berlin und Brüssel in den letzten Jahren auf den Weg gebracht?





gen die Italiener nun von ihrer Regierung irgendwann mal Erfolge, die sich auch in ihrem Portemonnaie sehen lassen. Kein Wunder, dass sie an den Wahlurnen zwischen „Fünf-Sterne-Bewegung“ des Komikers Beppe Grillo und rechter „Le-ga Nord“ oder Kompromisskandidaten schon manches Experiment durchgeführt haben.

Buy on bad news?

Richten wir also bitte nicht nur den Blick auf Teile von Europa, sondern auf alle europäischen Aktientitel. Europas Aktien sind preiswert und einige Analysten sehen hier bei vielen Aktien gute Chancen mit viel Nachholpotential, insbesondere gegenüber den größten amerikanischen Aktien.

Europäische Aktien werden z. Zt. mit dem 14-fachen Jahresnettogewinn gerechnet bzw. an der Börse bewertet. Der Buchwert liegt bei 1,7 %. Bei den amerikanischen Aktien liegen wir aktuell bereits beim 17-fachen Gewinn und fast doppelt so hohen Buchwert von 3,3 %.

Damit ist Europa eigentlich preiswert und somit auch einen Blick, trotz aller negativen Themen wert. Aber auch hier gilt: Aktien sind ein langfristiges Investment und man darf Sie nur kaufen wenn man auch in der nächsten Krise die Aktien nicht verkaufen muss.

Korrespondenzanschrift:

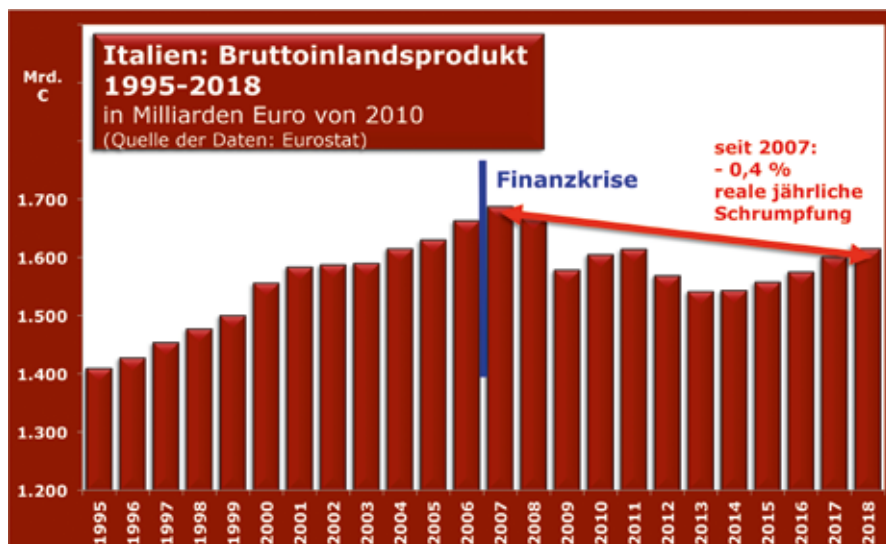
Tilo Croonenberg

VM Vermögens-Management GmbH

Berliner Allee 10, 40212 Düsseldorf

E-Mail: t.croonenberg@vmgruppe.de

Red.: WH



Kern des italienischen Problems ist die wirtschaftliche – freundlich gesagt – Stagnation. Real ging die Wirtschaftsleistung seit 2007 im Stiefelstaat um vier Prozent zurück. Das war ein jährliches

„Wachstum“ von minus 0,4 Prozent. Zum Vergleich: Deutschlands Wirtschaft legte im gleichen Zeitraum trotz zwischenzeitlicher Krise im Jahresschnitt um 1,3 Prozent zu. Bei 11 Jahren Krisendauer verlan-

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck

vertrieb@schmidt-roemhild.com

Tel.: 04 51 / 70 31 267

Experten-Anhörung des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen im Landtag NRW am 03. Juni 2019

Genitalverstümmelung verletzt Menschen- und Kinderrechte // Es waren mehr Besucher gekommen als Plätze vorhanden. Einige Menschen, die bei der Experten-Anhörung des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen im Landtag NRW zuhören wollten, wurden also abgewiesen. Ein so großes öffentliches Interesse bei Anhörungen sei selten, bemerkte denn auch die Vorsitzende Regina Kopp-Herr. Anlass für die Anhörung war ein Antrag der Regierungsfractionen CDU und FDP (<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-5067.pdf>) an den Landtag NRW, dem SPD und Grüne beigetreten waren, sowie ein ähnlich lautendes Papier der AFD (<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-5071.pdf>). Es ging um die Frage, wie Genitalverstümmelungen wirksam bekämpft werden können.



Renate Bernhard

Heike Troles, frauenpolitische Sprecherin der CDU-Fraktion NRW eröffnete die Sitzung und griff dabei ein Zitat von Waris Dirie auf: Wenn sie ein Kind, eine Mutter retten könne, sei das ihre Mission, sagte einst das somalische Top-Model, das als Fünfjährige verstümmelt worden war und 1998 den Mut aufbrachte, mit dem Buch „Wüstenblume“ die Weltöffentlichkeit für diese Menschen- und Kinderrechtsverletzung zu sensibilisieren.

„Kinder retten, das ist auch unsere Mission“

„Genau das ist auch unsere Mission, wegen der wir heute zusammen gekom-

men sind: Verletzungen von Körper und Seele von Kindern, Mädchen und Frauen entschieden entgegneten“, sagte Troles, den Untertitel des CDU/FDP-Antrags zitierend. Ihre ersten Fragen richtete sie an Renate Bernhard, diejenige in der Experten-Runde, die in ihrer Stellungnahme den Fokus auf alle betroffenen Kinder – Mädchen, Jungen, intersexuelle geborene – gerichtet hatte, für die der „Welttag der genitalen Selbstbestimmung“ (www.genitale-selbstbestimmung.de) seit sieben Jahren gleiche Rechte fordert. Troles bat daher, zunächst Ursprung, Hintergründe und Zusammenhänge darzulegen.

Genitalverstümmelungen seien archaische, aus vorreligiöser Zeit stammende Abrichtungsrituale eines patriarchalen Gesellschaftssystems. Mädchen wie Jungen seien gleichermaßen betroffen, es gebe gleichlautende Erklärungsmuster und das Ausmaß der Verletzung seelischer und körperlicher Natur sei, wenn man genauer hinschaue, ebenfalls vergleichbar. Dies sei spätestens, seit im Dezember 2017 die neue Phimoseleitlinie herausgekommen sei, auch wissenschaftlich gesichert, erklärte Renate Bernhard.

300 Jahre sexualfeindliche Medizingeschichte

Es gebe zudem die gemeinsame europäische Wurzel einer 300jährigen sexualfeindlichen Medizingeschichte, die mit

Genitalverstümmelungen Masturbation bekämpfen wollte, erklärte die Journalistin weiter. Der Übergriff der älteren Generation auf die Genitalien der Jüngeren sei eine Menschen- und Kinderrechtsverletzung, die mehrere Grundrechte betreffe: Würde, Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und auch die Freiheit jedes Menschen, seine Religion selbst wählen zu können und davon nicht unwiderprüflich gezeichnet zu werden. Es sei daher ein großes Problem, dass es zwei, sich widersprechende Paragraphen in Deutschland gebe: §226a STGB, der Beschneidung an weiblichen Genitalien seit 2013 unter Strafe verbietet und §1631d BGB, der seit Dezember 2012 die Entscheidung zur Beschneidung von Jungen mit nur geringen Einschränkungen den Eltern überlässt. Die Existenz dieser beiden Gesetze widerspreche dem Gleichheitsgrundsatz und unterminiere die Strafverfolgung weiblicher Genitalverstümmelung. Juristen hätten schon argumentiert, wegen der gesetzlichen Erlaubnis der Jungenbeschneidung müssten weniger invasive Frauenbeschneidungen wieder erlaubt werden. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) habe hier bereits 2014 mit einer Stellungnahme protestiert (<https://www.bvkj.de/bvkj-news/pressemitteilungen/news/article/kinder-und-jugendaerzte-empoert-ueber-juristen-vorstoss-beschneidung-von-maedchen-zu-legalisieren/>).

Genitalverstümmelungen festigen patriarchale Strukturen

Der Kriminalwissenschaftler Prof. Dr. Daniel Zerbin erklärte, obwohl es seit 2013 das Verbot der Mädchenbeschneidung gibt, sei bis 2017 kein einziger in der Kriminalstatistik erfasst worden. 2018 waren es erstmals vier Fälle. Das Bundesfamilienministerium rechne dagegen bundesweit mit 5.700 bedrohten Mädchen, die Frauenrechtsorganisation Terre des Femmes mit dreimal so vielen. Zerbin empfahl daher kriminologische Dunkelfeldforschung, eine bessere Aufbereitung polizeilicher Kriminalstatistik sowie Aufklärung, die die Natürlichkeit von Sexualität und die Selbstbestimmung der Frau betone und die klarstelle, dass Beschneidung nicht für Reinlichkeit steht. Hier sei, so Zerbin, „neben einer professionellen Präventionsarbeit die Repression essenziell“. Genitalverstümmelung festige patriarchale Strukturen und die Unterdrückung von Frauen. Außerdem sei das Festhalten an alten Traditionen gerade in der Fremde identitätsstiftend und also in den entsprechenden Gruppen gesellschaftskonformes Verhalten, ein Unrechtsbewusstsein also nicht vorhanden. Dem müsse mit klarer Ächtung entgegen getreten werden.

Renate Bernhard ergänzte, ein Opfer, das seine Familie verklage, wenn es das überhaupt je in Erwägung ziehe, verliere den gesamten Rückhalt seiner sozialen Gruppe. Die Zurückhaltung sei auch tiefenpsychologisch zu erklären: eine traumatisierende Erfahrung, die ein Kind durch seine Eltern erfährt, führe häufig dazu, dass das Kind die Eltern entschuldigt, die angebotenen Erklärungen (Reinheit, Opfer an die Götter, „Mann“- bzw. „Frau“-werdung) unkritisch übernimmt, sich mit den Tätern solidarisiert und dann zur Entlastung der Eltern den Akt an den eigenen Kindern wiederholt. Dies sei auch der Grund, warum diese Tradition seit Jahrtausenden selbst von gebildeten Menschen fortgeführt wird.

15.500 von Beschneidung bedrohte Mädchen in Deutschland

Die Somalierin Jawahir Cumar vom Beratungs- und Aufklärungsverein

„Stop Mutilation“ erklärte, es brauche sehr unterschiedliche Arten von Einsatz: medizinische Betreuung, Begleitung zu Ärzten, kulturelle Beratung, weil Frauen oft Ängste hätten, ihre Familie und ihre Kultur zu verraten, wenn sie sich gegen Beschneidung stellen, nach Geschlechtern getrennte Gruppengespräche, um für Enttabuisierung zu sorgen und um Betroffene ins Gespräch zu bringen. Für die Prävention sei auch Sensibilisierung und Beratung von Kontaktpersonen nötig. Das Beschneidungsverbot sei sehr wichtig, aber viele wüssten davon nichts und müssten es erst erfahren. Auch erfahren manche Frauen erst in der Klinik kurz vor der Geburt, dass sie beschnitten seien, wenn sie dies als kleines Kind erfahren hätten und nichts anderes kennen würden. Es sei ja ein Tabu, über solche Themen zu sprechen. Und Ärzte reagierten oft entsetzt und nicht kultursensibel. Wo der Verdacht einer Ferienbeschneidung im Raum stehe, mache „Stop Mutation“ außerdem persönliche Besuche und suche das Elterngespräch. Terre des Femmes gehe von insgesamt 15.500 bedrohten Mädchen in Deutschland aus, davon allein 3.686 in NRW. Der Bedarf sei also hoch.

38.000 unnötig beschnittene deutsche Jungen pro Jahr

Basierend auf dem Kindergesundheitsbericht des Robert-Koch-Institutes, den Hochrechnungen des BVKJ und der neuen Phimoseleitlinie präsentierte Renate Bernhard in ihrer Stellungnahme die Zahlen der betroffenen Jungen: 2007 seien knapp 11% aller Jungen in Deutschland beschnitten gewesen, 1% aus religiösen oder traditionellen Gründen. Bei lediglich 0,6-1,5% aller Jungen sei laut neuer Phimoseleitlinie eine Beschneidung wirklich medizinisch geboten. Jedes Jahr würden also rund 38.000 Jungen völlig unnötig und genauso wie die Mädchen des sensibelsten Teils ihres Geschlechtsorgans beraubt. Bei den Jungen geschehe dies aufgrund von Normen, die aus einer veralteten sexualfeindlichen Medizingeschichte stammten, der früher auch Frauen zum Opfer fielen.

Hier müsse mit Aufklärung Bewusstsein geschaffen werden, zunächst darüber, dass die männliche Beschneidung

anders als immer noch vielfach angenommen, keine Vorteile biete, dagegen aber einige Risiken und Nachteile und dass es sich hier zu 90% um ein Problem falscher medizinischer Diagnosen handle. Entgegen der üblichen Darstellung machten jüdische und muslimische Beschneidungen lediglich 10 Prozent aller Beschneidungen in Deutschland aus, erklärte Bernhard, die die Darstellung des Themas Jungenbeschneidung in den Medien für einen Vortrag an der Universität Düsseldorf erforscht hat (www.jungenbeschneidung.de).

Befragt nach einem möglichen Konzept, was zu tun sei, verwies sie auf Dänemark. Dort gebe es ein Register, in dem alle Beschneidungen registriert würden. Die Diagnosen würden dadurch überprüfbar, von der Krankenkasse bezahlte Gefälligkeitsdiagnosen ausgeschlossen. Außerdem existiere dort ein Notruftelefon für Kinder, die sich bedroht fühlen und die dann geschützt würden. „Und das deutsche Jungenbeschneidungserlaubnisgesetz muss wieder abgeschafft werden. Es kann doch nicht sein, dass wir, weil Lobbygruppen für Beschneidung eintreten, unser Grundgesetz missachten, wider inzwischen besseres Wissen die Jungenbeschneidung verharmlosen und dabei jedes Jahr 38.000 Jungen, die nichts mit jüdischen oder muslimischen Traditionen zu tun haben, über die Klinge springen lassen.“

Jeweils für ihre Parteien anwesend waren:

Heike Troles (CDU)

Anja Butschkau (SPD)

Susanne Schneider (FDP)

Josefine Paul (Grüne)

Thomas Röckermann (AFD)

Korrespondenzanschrift:

Renate Bernhard

E-Mail: RMBernhard@web.de

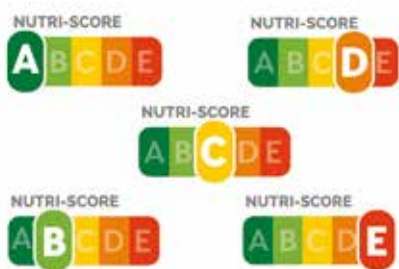
<https://www.renate-bernhard.de/>

mein-fachgebiet/

Red.: WH

Kampf um eine einfache Lebensmittelkennzeichnung

Seit vielen Jahren fordert der BVKJ zusammen mit zahlreichen anderen Verbänden und Verbraucherschutzorganisationen eine einfache Lebensmittelkennzeichnung, die auch die von Fehlernährung und Adipositas besonders betroffenen bildungsfernen Schichten der Bevölkerung niedrigschwellig erreicht. Leider sind alle Initiativen in Deutschland bisher am Widerstand der Politik und der Lebensmittelindustrie gescheitert.



Nutri-Score wird bis Ende 2019 auf Nestlé-Produkten in den Ländern eingeführt, die bereits das Front-of-Pack-Kennzeichnungssystem unterstützen.

Frankfurt, 26. Juni 2019 – Die Fa. Nestlé gab heute ihre Unterstützung für Nutri-Score als **bevorzugtes Kennzeichnungssystem für Lebensmittel und Getränke in Kontinentaleuropa** bekannt. Nutri-Score ist ein freiwilliges Front-of-Pack-Kennzeichnungssystem, das Lebensmittel und Getränke nach ihrem Ernährungsprofil klassifiziert. Es ist ein farbcodiertes System mit einer Skala von A (gesündere Wahl) bis E (weniger gesunde Wahl). Dieser Schritt spiegelt den Wunsch von Nestlé wider, gesündere und fundierte Verbraucherentscheidungen zu fördern, auch zur Unterstützung der europäischen und lokalen Gesundheitspolitik.

Im März 2017 erklärte Nestlé ihre volle Unterstützung für die Entwicklung eines einheitlichen europäischen, farbcodierten Kennzeichnungssystems für die Vorderseite der Verpackungen. Die Gesundheitsbehörden in **Frankreich, Belgien und der Schweiz** haben bereits die Verwendung von Nutri-Score empfohlen. Einige andere Länder haben ihre Absicht bekundet, dem Beispiel zu folgen.

Deutschland hinkt weiterhin hinterher, weil die Politik zu zögerlich ist

Nestlé Deutschland spricht sich ebenso für Nutri-Score als einheitliches, erweitertes Kennzeichnungssystem aus und wird mit der Umsetzung beginnen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen werden. Nestlé würde es begrüßen, wenn das federführende Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft sich für eine **Notifizierung dieses Systems bei der EU Kommission** einsetzt. In diesem Fall wird Nestlé Deutschland ebenfalls unverzüglich mit der Umsetzung beginnen, um den Verbrauchern künftig bestmögliche Orientierung zu bieten.

Nestlé ist bestrebt, Nutri-Score in großem Stil umzusetzen, zunächst in Ländern, die das System bereits unterstützen. Das konstruktive Engagement in anderen Ländern wird fortgesetzt, um das bestmögliche Ergebnis für alle Europäer zu erzielen. Nestlé wird im Herbst 2019 eine spezifische Mitteilung über die Umsetzung des Systems veröffentlichen. (Auszug aus einer PM von Nestlé vom 26. Juni 2019)

Kampf um den Nutri-Score (Stellungnahme der Verbraucherzentrale Hamburg)

Die Umsetzung einer farblichen Nährwertkennzeichnung gestaltet sich aktuell wie ein Krimi. Große Teile der Lebensmittelindustrie scheuen schlechte Bewertungen wie rote Skalen oder Punkte. Diese und andere Institutionen schlagen seit einigen Wochen immer wieder schlechtere Kennzeichnungen vor, um die Einführung des Nutri-Score

zu verhindern. Sie spielen auf Zeit und propagieren unverständliche „Industriemodelle“ ohne konkrete Aussage. Obwohl sich eine farbliche Kennzeichnung bei Untersuchungen immer wieder als am beste Variante erwiesen hat! Sehr Positiv sind dagegen die Initiativen von Danone, Iglo, Bofrost oder neuerdings auch Nestlé zu bewerten: Diese Firmen möchten den Nutri-Score so schnell wie möglich einsetzen, dringen auf die Beseitigung rechtliche Hürden und auf die Notifizierung in Deutschland.

Was ist der Nutri-Score?

Der Nutri-Score ist eine farbliche Nährwertkennzeichnung, die verschiedene Eigenschaften eines Lebensmittels zusammenfasst und auf einer fünfstufigen Skala – von einem grünen A bis zu einem roten E – bewertet. Diese Punkteliste bewertet also nicht nur einzelne Komponenten, wie Zucker oder Fett, sondern auch den Obst- oder Gemüseanteil im gesamten Lebensmittel. Der Nutri-Score wird jeweils vorne auf die Verpackung eines Lebensmittels gedruckt. Hinten sind wie gewohnt die Nährwertkennzeichnung und die Zutatenliste zu finden. Die Informationen beziehen sich jeweils auf 100 Gramm bzw. 100 Milliliter.

Nutzung des Nutri-Score in Deutschland z.Zt. nicht möglich

Das Landgericht Hamburg hat im Frühjahr 2019 eine einstweilige Verfügung gegen die Kennzeichnung von Verpackungen des Tiefkühlherstellers Iglo mit dem Nutri-Score erlassen. Der Grund: Der Nutri-Score sei eine Angabe im Sinne der „Health Claims Verordnung“ und keine reine Nährwertkennzeichnung.

Iglo kündigte an, „schnellstmöglich“ Befurteilung einzulegen.

Allerdings hätte die Bundesregierung die einstweilige Verfügung gegen Iglo verhindern können. Dazu hätte sie lediglich eine Verordnung entwerfen und von der EU-Kommission in Brüssel genehmigen lassen müssen – dann wäre der Nutri-Score als nährwertbezogene Kennzeichnung zulässig. Bundesernährungsministerin Klöckner (CDU) will das aber nicht tun. Die Begründung ihres Ministeriums: Keines der bisher auf dem Markt vertretenen Kennzeichnungssysteme sei vollständig befriedigend – weder die klassische Nährwertampel, die in Großbritannien verbreitet ist, noch der in mehreren Ländern genutzte Nutri-Score oder das in ganz Skandinavien verbreitete Keyhole-Modell.

Die Lebensmittelindustrie wehrt sich seit mehr als zehn Jahren vehement gegen eine Nährwertkennzeichnung mit den Ampelfarben rot, gelb und grün. Der Industrieverband BLL lehnt den Nutri-Score ab, eine farbliche Kennzeichnung sei „eine subjektive Bewertung“. Verbraucherschützer sprechen sich dagegen mehrheitlich für das einfach verständli-

che System aus, sogar das staatliche Max-Rubner-Institut bewertet den Nutri-Score eher positiv.

In den vergangenen Monaten sind aber einige Hersteller aus der Front gegen die Ampel ausgeschert: **Danone, Iglo, Bofrost und einige kleinere Produzenten** beschlossen, ihre Verpackungen im laufenden Jahr in Deutschland mit dem Nutri-Score-System zu kennzeichnen.

In anderen Ländern Europas wird der Nutri-Score bereits genutzt

In **Frankreich** ist diese Art der Kennzeichnung bereits weit verbreitet, **Belgien, Spanien, Portugal und Luxemburg** wollen folgen, allerdings auf freiwilliger Basis – **nationale Alleingänge per Gesetz sind in der EU nicht erlaubt.**

Kommentar Dr. Hartmann:

Wir alle müssen also weiterhin massiv auf die Politik einwirken, damit sie endlich in Abstimmung mit der EU ein EU-weites einheitliches einfaches Lebensmittelkennzeichnungssystem verbindlich beschließt, sonst sind alle Appelle

hinsichtlich einer gesunden Ernährung unglaublich. Es ist zu begrüßen, dass einige Unternehmen auf freiwilliger Basis ihre Produkte auch in Deutschland entsprechend mit dem Nutri-Score kennzeichnen wollen. Würden alle Mitglieder des Industrieverbandes BLL dies ebenfalls tun, wären sie glaubwürdiger.

Allerdings müssen wir auch weiter fordern, dass die Lebensmittelindustrie ihre fertigen Nahrungsmittel gesünder macht und den Fett-, Zucker- und Salzgehalt deutlich reduziert. Ebenso sollten die mit dem BVKJ abgestimmten Forderungen der Ernährungskommission der DGKJ aus den letzten Jahren (Link: https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2019/1906_DGKJ_Positionspapier_Lebensmittelkennzeichnung.pdf) endlich berücksichtigt werden.

Weiterer Link:

<https://www.vzhh.de/themen/lebensmittel-ernaehrung/ja-nutri-score>

Zusammenstellung:

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

Wie stillfreundlich ist Deutschland – Fachkonferenz

BBF: Becoming Breastfeeding Friendly

Effektivität von Stillen

Die gesundheitlichen Vorteile des Stillens sind gut erforscht (1-3). Stillen schützt die Frauen vor Krebs (Mamma- und Ovarialcarcinom), vor Herz- und Kreislaufkrankheiten und reduziert das Risiko an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Auf kindlicher Seite sind weniger Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen und Atemwegsinfektionen zu verzeichnen. Starke Argumente für das Stillen sind Bindungsförderung und gesundheitsökonomische Aspekte.

Stillraten

In Deutschland gilt die Empfehlung: Stillen in den ersten 5 Lebensmonaten,

danach begleitend. Wie lange insgesamt gestillt wird, bestimmen Mutter und Kind (4). Die Stillraten aus Jahrgängen 2002-2012 zeigt Tabelle 1. Nach der Geburt stillen 68 % der Mütter ihr Kind ausschließlich, nach zwei Monaten sinkt die Rate auf 57 % und nach vier Monaten stillen noch 38 %, nach sechs Monaten 12 %.

Säuglinge aus schwierigen sozialen Verhältnissen werden noch viel seltener 4 Monate lang gestillt (21 % bei einfacher Bildung der Mutter, 16 % bei sehr jungen Müttern und 10 % bei Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht haben) (5).

Die geringen Stillraten für viermonatiges ausschließliches Stillen zeigen die Notwendigkeit von nachhaltiger Unterstützung stillender Mütter über die Zeit kurz nach der Geburt hinaus (6,7).

Projekt BBF

Rafael Perez-Escamilla (Yale School of Public Health) hat mit seinem Team das Programm BBF, „Becoming Breastfeeding Friendly“ entwickelt, nach dessen Vorgaben wurde von einer deutschen Experten-Gruppe aus Politik, Praxis, Wissenschaft und Medien Informationen zu allen wichtigen Handlungsfeldern der Stillförderung recherchiert und die Daten systematisch analysiert. Das Forschungsvorhaben BBF wird auf Initiative des BMEL (Bundesministerium Ernährung und Landwirtschaft) vom Netzwerk Gesund ins Leben und der Nationalen Stillkommission gemeinsam mit der Yale School of Public Health durchgeführt. Das Netzwerk Gesund ins Leben ist am Bundeszentrum

Bildungsstatus der Mutter	Ausschließliches Stillen nach 4 Monaten in %	
Einfache Bildung	21	(16,1-27,0)
Mittlere Bildung	35	(32,3-37,3)
Hohe Bildung	50	(46,1-53,5)
Alter der Mutter bei Geburt		
bis 24 Jahre	16	(11,3-22,9)
25-29 Jahre	29	25,3-33,3)
30-34 Jahre	40	36,4-43,2)
35+ Jahre	41	37,2-45,5)
Rauchen in der Schwangerschaft		
ja	10	(5,8-15,7)
nein	37	35,0-39,7)

Tab. 1 : Stillprävalenzen (incl. 95%-Konfidenzintervalle) bei 0-6-jährigen der KIGGS Welle 1 (Geburtsjahrgänge 2002-2012) nach soziodemografischen und weiteren Merkmalen (6)

für Ernährung (BZfE) in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) angesiedelt, der BVKJ ist hier seit der Gründung Mitglied. Seit September 2017 wurde systematisch untersucht, wie die Stillquoten in Deutschland sind und in einer Fachkonferenz am 5.6.2019 in der Kalkscheune in Berlin vorgestellt.

Ministeriale Beteiligung

Vertreter der drei Ministerien (BMEL, BMG, BMFSFJ) unterstützen die Bestandsaufnahme über das Stillverhalten in Deutschland. Eine Koordinierungsstelle wird vom BMEL eingerichtet. Dort soll eine nationale Strategie zur Stillförderung erarbeitet und ein systematisches Monitoring etabliert werden. Frauen, die stillen wollen sollen Hilfen erhalten. Das sind laut Befragung deutlich mehr als die, die tatsächlich stillen.

Daten für Deutschland

Deutschland liegt im Bereich der Stillförderung im Mittelfeld. Das Programm BBF hat für Deutschland einen Gesamtwert von 1,7 (Score 0-3) ermittelt, was einer moderaten Stillfreundlichkeit entspricht. Länder wie Ghana und Samoa (beide 1,6) Mexiko (1,4) und Myanmar (1,2) fallen in die gleiche Kategorie. Schottland schafft es mit einem Wert von 2,4 in die Kategorie „stark stillfreundlich“.

Wichtiger als die Durchschnittsnoten ist, dass mit Hilfe des Modells aus Yale ermittelt werden kann, woran es hapert.

In Deutschland ist die Gesetzgebung und Finanzierung mit Mutterschutz und Elterngeld vorbildlich. Der Score für Bildung und Stillberatung sowie der gesellschaftlichen Akzeptanz liegt im mittleren Bereich. Werbung sowie Forschung und Evaluation erhalten den geringsten Score.

Förderung von Stillraten

Die Innocenti-Deklaration (Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens wurde 1990 von 30 Staaten und verschiedenen Organisationen verabschiedet) (8) und die Initiative BFHI „Babyfriendly Hospital Initiative“ der WHO und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) spielen unter anderem eine Rolle in der Stillförderung. In der EU wurde ein Aktionsplan zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa entwickelt, basierend auf den Empfehlungen der globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern der WHO. Die weltweite Stillförderung (Ernährungsziel der UN-Dekade „Action on Nutrition“ für den Zeitraum 2016-2025 soll die Rate des ausschließlichen Stillens bis 2025 auf mindestens 50 % steigern) (9).

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der BBF-Studie zeigen differenzierte Ansatzpunkte, um die Rahmenbedingungen für das Stillen zu verbessern. Die BBF-Kommission hat dazu acht Empfehlungen zusammengeführt:

- Nationalen Strategie zur Stillförderung
- Kommunikationsstrategie zur Stillförderung
- Standards evidenzbasierter Stillförderung und -beratung
- Stillen als Thema in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Stillförderung vor Ort: Vernetzung aller Akteurinnen und Akteure vor Ort um niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen
- Vereinbarkeit von Stillen, Beruf, Studium und Ausbildung
- Regelung und Praxis zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten prüfen
- systematisches Stillmonitoring für Deutschland etablieren.

Fazit

Stillen fördert Gesundheit von Mutter und Kind, legt Grundlagen für Bindung und seelisch gesundes aufwachsen und ist aus gesundheitsökonomischer Sicht effektiv. Die Stillraten in Deutschland liegen im internationalen Vergleich im Mittelfeld, regional und schichtenabhängig sind sie unterschiedlich.

Das Projekt BBF will mit 8 Handlungsempfehlungen die Stillraten in Deutschland verbessern und die Akzeptanz von Stillen erhöhen. Gezielt sollen sozial benachteiligte Gruppen angesprochen werden. Hier fehlt es vor allem an Hebammen in der Nachsorge.

Stillförderung bedeutet Aufklärung über Vorteile des Stillens und die Aufklärung über die Rechte als Mütter, aber auch Stärkung der Kompetenz und Selbstwirksamkeit (Empowerment). Stillen ist wichtig (Setting) und Stillen ist normal (Framing). Im gleichen Maße wie Stillen gefördert wird, sollen Frauen, die aus unterschiedlichsten Gründen nicht stillen können oder wollen, nicht diskriminiert werden.

Link: www.gesund-ins-leben.de/inhalt/wie-stillfreundlich-ist-deutschland-31316.html

Literatur bei der Verfasserin.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Peter
 Kinder- und Jugendärztin
 Vizepräsidentin BVKJ e.V.
 sigrid.peter@bvkj.de

Red.: WH

Kinderernährung im Fokus: Wissensstand und Herausforderungen

Praktiker und Wissenschaftler aus den Bereichen Ernährung, Pädiatrie und Gesundheitswesen kamen auf Einladung des Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE) der Universitätskinderklinik Bochum am 18.05.2019 zur Tagung „Kinderernährung im Fokus“ zusammen (Organisation: Kongressgesellschaft Schmidt-Römhild; wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Thomas Lücke, Prof. Dr. Mathilde Kersting, PD Dr. Hermann Kalhoff). Moderiert von Herrn Professor Thomas Lücke, Direktor der Universitätskinderklinik Bochum, entstand im Kongresszentrum Media docks in Lübeck eine facettenreiche Veranstaltung, bei der sich gut 100 Teilnehmer über aktuelle Themen der Kinderernährung austauschen konnten.

Ernährungsempfehlungen für gesunde und kranke Kinder

Mit Kenntnissen über die Entstehung von Nährstoffreferenzwerten gewinnen Multiplikatoren die Sicherheit, wissenschaftliche Erkenntnisse passgerecht in die Praxis umzusetzen. Frau **Prof. Hildegard Przyrembel**, Kinderärztin und langjährige Direktorin am Bundesinstitut für Risikobewertung, zeigte am Beispiel der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit auf, wie Nährstoffreferenzwerte entwickelt werden und was diese Empfehlungen für eine sichere Nährstoffversorgung leisten können. Anschließend demonstrierte Frau **Prof. Mathilde Kersting**, Leiterin des FKE-Bochum, am Beispiel der FKE Konzepte (Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr, Optimierte Mischkost), wie Nährstoffreferenzwerte maßgeschneidert in die Praxis umgesetzt werden können.

Wieviel Flexibilität in der Kinderernährung ist in der Praxis möglich oder notwendig?

Am Beispiel vegetarischer Kostformen erläuterte Herr **PD Dr. Hermann Kalhoff**, stellvertretender Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Dortmund, das erhöhte Risiko für Nährstoffdefizite bei selbstgewählten restriktiven Kostformen und betonte die Notwendigkeit zu individueller Beratung und Betreuung. Frau **PD Dr. Anjona Schmidt-Choudhury**, Oberärztin und Leiterin der Abteilung Pädiatrische Gastroenterologie & Hepatologie der Uni-

versitätskinderklinik Bochum, berichtete anschließend über besondere Herausforderungen in der Ernährung von behinderten Kindern und zeigte Möglichkeiten in der Betreuung und Versorgung der betroffenen Kinder und Familien auf.

Aktuelle Themen der Kinderernährungsforschung

„Einblick in aktuelle Themen der Kinderernährungsforschung“ hieß der zweite Themenblock mit Kurzvorträgen



von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsdepartment Kinderernährung. Frau **Dr. Kathrin Jansen**, stellvertretende Leiterin des FKE-Bochum, gab einen Überblick der Forschungsaktivitäten und stellte dabei u.a. die Nationale-Stillstudie SuSe II und die CogniDo-Studienreihe zu Ernährung und Kognition vor. Anschließend präsentierten Frau **Alina Drozdowska**, Frau **Beatrice Hanusch** und Herr **Michel Schultz** neue Befunde und experimentelle Ansätze aus dem FKE zu körperlicher Aktivität und Kognition, Ernährung/ Knochengesundheit und Kognition und zur möglichen Rolle des knochenspezifischen

Proteins Osteocalcin im zentralen Nervensystem.

Zukunft der Kinderernährung

Die Zukunft der Kinderernährung stand im Zentrum des nachmittäglichen Themenblocks. Den Auftakt bildete die Bedeutung pränataler Programmierung für die spätere Gewichtsentwicklung und Kindergesundheit, vorgestellt von Frau **Prof. Regina Ensenaer**, Kinderärztin und Leiterin des neuen Instituts für Kinderernährung am Max Rubner Institut in Karlsruhe. Mit seinem Vortrag zu Kinderernährung und Ernährungsmedizin weitete der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, Herr **PD Dr. Frank Jochum**, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Evangelischen Waldkrankenhauses Spandau, den Blick auf die Frage nach einer gesunden Ernährung nicht nur für gesunde, sondern auch für kranke Kinder.

Wie können Menschen – und speziell Kinder – zu einer gesunden Ernährung motiviert werden?

Die Entwicklung des menschlichen Entscheidungsverhaltens im Kontext von Ernährung und Nahrungswahl war Thema des Vortrags von Frau **Ilinca Serbanescu (MSc)**, Psychologin am „Center for Economics and Neuroscience“ der Universität Bonn (Leiter: Professor Dr. Bernd Weber). Anschließend demonstrierte Frau **Dr. Heidrun Thaiss**, Kinderärztin und Leiterin der Bundeszentrale für ge-

sundheitliche Aufklärung, den wichtigen Beitrag öffentlich geförderter Institutionen zur Information und Kommunikation über gesunde Ernährung und für den multimodalen Transfer von Wissen in die Bevölkerung.

Wie können die Möglichkeiten einer gesunden Kinderernährung möglichst gut umgesetzt und auch langfristig präventiv genutzt werden?

Darum ging es in einer Podiumsdiskussion mit Experten zum Abschluss der Veranstaltung. Neben Frau **Dr. Thaiss** und Herrn **PD Dr. Jochum** stellten sich auch Frau **Dr. Jutta Vogel-Kirklies**, Kinderärztin beim Medizinischen Dienst der

Krankenversicherung Niedersachsen, und Frau **PD Dr. (rer.pol.) Diana Sonntag**, Leiterin des Querschnittsbereichs Gesundheitsökonomie am Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Universität Heidelberg, den Fragen des Moderators und den Fragen aus dem Publikum.

Fazit

Zum Abschluss des gelungenen Fortbildungstages im neuen Format bestand Einigkeit, dass sektorübergreifende Kooperation und neue Wege der Kommunikation den notwendigen Transfer von Wissen über gesunde Kinderernährung in die Familien erleichtern. Die große Bedeutung ernährungsmedizinischer

Kenntnisse für die Kindergesundheit muss verstärkt in der Gesellschaft, der Politik und den assoziierten Berufsgruppen bekannt gemacht werden. Aufgrund der vielen positiven Rückmeldungen soll ein derartiges Symposium unbedingt wiederholt werden.

Korrespondenzanschrift:

*Priv.-Doz. Dr. Hermann Kalhoff
Ltd. OA/ stellvertr. Direktor
der Klinik f. Kinder- u. Jugendmedizin,
Klinikum Dortmund
Mitglied der Ernährungskommission
der DGKJ
E-Mail: Hermann.Kalhoff@klinikumdo.de
Red.: WH*

**Auszug aus der Pressemitteilung des BMEL vom 30.06.19
Bundesministerin Klöckner legt Verordnung zum Verbot von Zuckerzusatz in Tees für Babys und Kleinkinder vor**

Nächster Schritt der Reduktions- und Innovationsstrategie für Fertignahrungsmittel

- Der Verordnungsentwurf sieht vor:
1. Ein Verbot des Zusatzes von Zucker, Honig, Fruchtsaft(-konzentrat), Malzextrakt oder anderen aus pflanzlichen Rohstoffen gewonnenen Sirupen oder Dicksäften zu Säuglings- und Kleinkindertees,
 2. den verpflichtenden Hinweis an die Käufer und Anwender, dass bei der Zubereitung oder Verabreichung auf die Zugabe von Zucker und anderen süßenden Zutaten verzichtet werden soll,
 3. die Kennzeichnungsvorgabe bezüglich des Alters, ab dem das Erzeugnis verwendet werden kann. Analog zum Mindestalter für die Einführung von Beikost beträgt dies mindestens vier Monate.

Die Vorgaben gelten sowohl für Erzeugnisse, die zubereitet werden müssen, als auch für verzehrfertige Getränke. Denn eine vom unabhängigen Max Rubner-Institut erstellte Marktübersicht hatte



Julia Klöckner

zeigt, dass es neben den „klassischen“ Angebotsformen als Teebeutel, Pulver oder Granulat auch verzehrfertige Getränke gibt, in der die Tees oder Fruchtsäfte als überwiegende Zutat zugesetzt sind. Diese werden vom Verordnungsentwurf ebenfalls erfasst. (...)

Folgt wirklich der entscheidende Schritt?

„Das Thema liegt mir am Herzen. Die Einrichtung des Instituts für Kinder-

ernährung und unser Engagement zur Stillförderung sind weitere entscheidende Schritte zur Stärkung einer guten und ausgewogenen Ernährung speziell in den ersten drei Lebensjahren. Mit Leuchtturmprojekten gehen wir voran“, betont die Bundesministerin. **Dazu gehöre auch, dass man bei der vereinfachten Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite von Lebensmittelverpackungen so weit sei wie nie zuvor.** Im Sommer können die Verbraucher in einer repräsentativen Umfrage entscheiden, welche Darstellung für sie am verständlichsten ist. Ein Votum wird im Herbst vorliegen.

Den vollständigen Text finden Sie unter folgendem Link: <https://www.bmel.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/2019/142-Zuckerzusatz.html>

Zusammenstellung:

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

Für unser reizvoll gelegenes Säuglings- und Kinderheim suchen wir je 1 erfahrene und zuverlässige

Kindergärtnerin und Kinderpflegerin

Angebote mit den erforderlichen Unterlagen bitte an:

Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Lüchow-Dannenberg,
Lüchow/Hann., Kreishaus.

Zur Geschichte des Säuglingsheims

Eine vergessene Institution des bundesdeutschen Sozialstaats // Das Säuglingsheim, eine wichtige Einrichtung bei der familienersetzenden Betreuung von Kindern in der frühen Bundesrepublik, wurde in den jüngsten Debatten über die Schattenseiten der Heimgeschichte weitgehend übersehen. Dieser Beitrag zeichnet nach, dass das Verschwinden dieser Heime insbesondere auf die Kritik der Pädiatrie zurückging.



Dr. Felix Berth

Die quantitative Entwicklung der westdeutschen Säuglingsheime zwischen 1951 und 1990 lässt sich auf Basis amtlicher Daten darstellen. Drei Phasen werden deutlich:

- Ein *moderates Wachstum* in der frühen Bundesrepublik: Die Zahl der Plätze stieg von gut 14.000 im Jahr 1951 auf etwas über 18.000 im Jahr 1960. Dieser Zuwachs entsprach dem gleichzeitigen Anstieg der Geburten. In der ersten Hälfte der sechziger Jahre blieben die Platzzahlen weitgehend gleich.
- Ein *schneller Rückgang* zwischen 1965 und 1974: In diesem Jahrzehnt sank die Zahl der Plätze um 80 Prozent von

gut 17.000 auf knapp 3000. Auch wenn die Zahl altersgleicher Kinder in dieser Phase um fast 40 Prozent abnahm, bleibt ein massiver Schrumpfungsprozess zu verzeichnen.

- Ein *allmähliches Verschwinden* der letzten Plätze: Ein kontinuierlicher, verlangsamter Rückgang ist zwischen 1975 und 1990 erkennbar. Am Ende gab es in den alten Bundesländern noch 377 Plätze in 17 Säuglingsheimen – so viele wie es 30 Jahre zuvor allein in Hamburg gegeben hatte.

Um die gesellschaftliche Relevanz familienersetzender Betreuungsinstitutionen zu erfassen, ist von Interesse, wie

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde intensiv diskutiert, unter welch leidvollen Bedingungen Kinder und Jugendliche in deutschen Heimen aufwuchsen. Erstaunlicherweise blieb eine Form des Heimes außerhalb der Wahrnehmung: das Säuglings- und Kleinkinderheim. Weder ist geklärt, wie bedeutend Säuglingsheime in der bundesdeutschen Gesellschaft waren, noch ist erkennbar, wann und warum sie verschwunden sind. Deshalb will dieser Beitrag die Entwicklung dieser ‚vergessenen Institution‘ beschreiben: Wie viele Kinder waren wann dort untergebracht? Wie sah die Lebenswelt Säuglingsheim aus? Und wie wurden diese Heime in der wissenschaftlichen und massenmedialen Öffentlichkeit wahrgenommen?

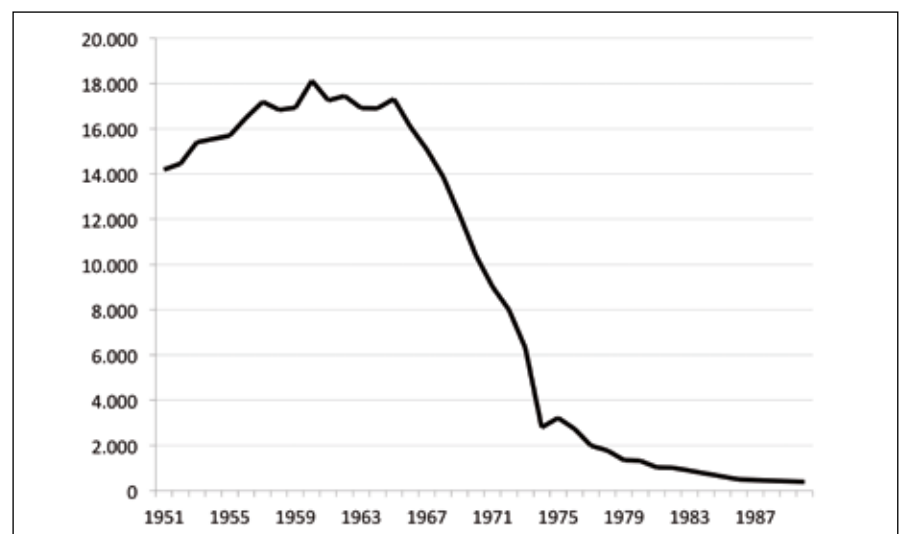


Abb. 1: Plätze in Säuglings- und Kleinkinderheimen, Bundesrepublik, 1951-1990, absolut. Statistisches Bundesamt: Öffentliche Jugendhilfe. Eigene Darstellung.

häufig Kinder dort untergebracht wurden. Allerdings existieren für Kinder von null bis drei Jahren keine Gesamtzahlen der Fremdplatzierungen, weil insbesondere Unterbringungen in Pflegefamilien nicht altersbezogen erfasst wurden. Auch fehlen Angaben zur Dauer der Aufenthalte in Säuglingsheimen. Unterbringungshäufigkeiten lassen sich deshalb nur schätzen.

Rechnerisch ergibt sich, dass in den 1950er Jahren auf 10.000 Kinder unter drei Jahren etwa 60 Plätze in Säuglingsheimen kamen. Dies entspricht einer Unterbringungshäufigkeit von 0,6 Prozent. Weil Plätze im Jahresverlauf oft mehrfach belegt wurden, ergibt sich – unter der Annahme, dass jeder Platz zwei bis drei Mal pro Jahr belegt war – als Schätzwert für die 1950er Jahre, dass etwa 1,4 bis 2,1 Prozent aller altersgleichen Kinder einen Teil ihrer frühen Kindheit in einem Säuglingsheim verbrachten. Dass eines von 50 bis 70 Kindern einen Teil seiner frühen Jahre in einem Heim lebte, war wohl nicht ‚regulär‘ im Sinne einer kindlichen Normalbiografie, war aber auch nicht völlig außergewöhnlich.

Versucht man zu quantifizieren, wie viele Kinder zwischen 1951 und 1990 in bundesdeutschen Säuglingsheimen untergebracht waren, ergibt sich als grobe Abschätzung, dass dort zwischen 700.000 und 1,1 Millionen Kinder phasenweise leben mussten.

Das auffällig schnelle Verschwinden der Heime ab 1965/1966 lässt sich nicht mit der (späteren) Heimkritik der 68er-Bewegung erklären. Ein zentralstaatlicher Politikwechsel erscheint ebenfalls unplausibel, weil über Heimeinweisungen dezentral in Jugendämtern entschieden wurde. Auf lokaler Ebene findet man jedoch administrative Versuche, Platzzahlen der Säuglingsheime zu verringern: Einzelne Jugendamtsleitungen mahnten einen Rückbau der Säuglingsheime an, was von Landesjugendämtern und bspw. den Kommentatoren des Jugendwohlfahrtsrechts unterstützt wurde.

Lebenswelt Säuglingsheim

Empirische Forschung in westdeutschen Säuglingsheimen begann bald nach Bowlbys weltweit wahrgenommener WHO-Veröffentlichung „Maternal Care and Mental Health“ von 1952. So verglich Annemarie Dührssen, Psychoanalytikerin wie Bowlby, die Lebensbedingungen

von 150 Berliner Kindern in Heimen, Pflegefamilien und Elternhäusern; weitere Untersuchungen im Schnittfeld von Psychoanalyse, Kinderpsychiatrie und Pädiatrie folgten. Mit diesen Einzelbefunden lässt sich ein additives Bild von den Herkunftsfamilien der Kinder, den Lebensverhältnissen in den Heimen sowie den Heimfolgen zeichnen:

Herkunftsfamilien der Kinder. Etwa 60 bis 80 Prozent der Kinder in Säuglingsheimen waren „unehelich“, so der juristische Terminus bis 1970. Die Mütter dieser Kinder hatten fast nie eine Ausbildung abgeschlossen und waren oft arbeitslos; etwa 20 bis 30 Prozent von ihnen arbeiteten als Prostituierte. Etwa ein Drittel der Mütter wurde in den Akten als obdachlos geführt, ähnlich viele hatten schwere Krankheiten. Insgesamt ist erkennbar, dass diese Mütter häufig in höchst prekären Verhältnissen lebten. Die Väter der Heimkinder waren in der Hälfte der Fälle unbekannt oder wurden von den Müttern nicht benannt. Von den namentlich bekannten Vätern hatte etwa jeder Sechste Hafterfahrung. Eine Minderheit der Kinder in Säuglingsheimen, etwa 20 bis 40 Prozent, hatte verheiratete Eltern. Diese Kinder kamen meist nach Misshandlung und/oder Vernachlässigung durch ihre Eltern in die Heime.

Lebensbedingungen im Heim. Die Forschung beschrieb eine „Massenabfertigung mit extremer Reizverarmung“. Das Personal sei „nicht in der Lage [...], ausreichend Zeit zu herzlicher Kontaktnahme, freundlichem Geplauder, erster Spielpflege usw. zur Verfügung zu stellen. Zärtlichkeit, Streicheln, Lächeln, Zuspruch [...] spielen in der Betreuung dieser Kinder quantitativ kaum eine Rolle“, so Dührssen 1958. Häufig saßen die Kinder stundenlang auf ihren Töpfchen, teilweise fixiert mit Bändern, „welche die Pflegerinnen kreuzweise um die Ober- und Unterschenkel schlangen, um damit die Beine zu fixieren. Diese Maßnahme sollte verhindern, daß die Kinder in den Topf oder an die Genitalien greifen konnten“, stellten die Kinderärzte Meierhofer und Keller fest.

Folgen früher Heimerziehung. Körperlich waren die untersuchten Heimkinder überwiegend normal entwickelt, weil es den westdeutschen Heimen der 1950er und 1960er Jahre offenbar gelang, zumindest basale körperliche Bedürfnisse der

Kinder zu erfüllen – im Unterschied zu früheren deutschen Heimen oder zu jenen in osteuropäischen Staaten, wo noch in den 1990er Jahren massiv retardierte körperliche Entwicklungen der Kinder diagnostiziert wurden. Doch kognitiv und emotional zeigten sich deutliche Auffälligkeiten. Säuglingsheimkinder erlernten das Sprechen mit starker Verzögerung und bleibenden Einschränkungen. So konnten zwei Drittel der 18 Monate alten Kleinkinder in Züricher Heimen noch keine fünf Wörter sprechen; ähnliches wurde für zwei- und dreijährige Heimkinder in Hamburg festgestellt.

Die Untersuchungen berichteten von stark geminderten und im Zeitverlauf sinkenden Intelligenzquotienten. So hatte in der Testung von Dührssen ein Viertel der Kinder einen IQ unter 85; weitere 50 Prozent erreichten IQ-Werte zwischen 85 und 100. Die übrigen Kinder lagen zwischen 100 und 110. Sie zeigten häufig neurotische Symptome, u.a. Bettnässen und stereotype Schaukelbewegungen, was als Hospitalismus diagnostiziert wurde. Die kognitiven und emotionalen Schwierigkeiten stiegen mit Dauer der Heimaufenthalte; auch waren jene Kinder am stärksten belastet, die von Geburt an im Heim gelebt hatten.

Debatten über das Säuglingsheim

Um der Frage nachzugehen, wie die Institution Säuglingsheim in der Bundesrepublik wahrgenommen wurde, wurde für eine Inhaltsanalyse ein Korpus aus verschiedenen Texten gebildet. Wissenschaftliche Beiträge sollten verdeutlichen, wie Disziplinen und Professionen – insbesondere Pädagogik und Medizin – das Säuglingsheim beurteilten. Massenmediale Beiträge sollten nachzeichnen, wie Säuglingsheime in der breiten Öffentlichkeit thematisiert wurden. Fachpolitische Beiträge sollten zeigen, ob wissenschaftliche und massenmediale Impulse auch Resonanzen im politischen Raum hatten. Der Veröffentlichungszeitraum wurde auf die Jahre 1950 bis 1979 eingeschränkt; gefunden wurden 211 Beiträge, etwa die Hälfte davon aus pädagogischen Fachzeitschriften, verfasst meist von PraktikerInnen des Heimwesens. Daneben fanden sich 49 Beiträge aus dem medizinischen Feld; 35 stammten aus Massenmedien, 11 aus

der Fachpolitik (u.a. Jugendberichte der Bundesregierung). Zur Unterscheidung wurden vier Kategorien gebildet:

Idylle. „Hier in der Stille und Idylle, haben Babies ein befristetes Zuhause, hier leben und lachen, kakeln und krakeelen sie für längere oder kürzere Dauer miteinander um die Wette.“ FAZ, 01.04.1961.

Reformbedarf. „Notwendig ist die Einrichtung kleiner Säuglingsheime mit 30 bis 40 Kindern, in denen bei guter Führung und günstigen Bedingungen ein individuelles Arbeiten möglich ist.“ Neef, 1957.

Extremes Risiko/Abschaffung „Die psychosensorielle Deprivation junger Kinder ist ein Massenproblem, das dringend der Abhilfe bedarf. Sofern diese Kinder kindheitslang durch Heime hindurchwandern, muß eine Vielzahl von ihnen für das gesamte Leben als ‚sozial behindert‘ angesehen werden.“ Pechstein, 1972.

Neutral als Restkategorie erfasste (Zeitungs-)Texte, die Säuglingsheime ohne Bewertung erwähnten.

Bei der Auswertung zeigte sich, dass die Kritik am Säuglingsheim im Lauf der Zeit schärfer wurde: Während in den 1950er Jahren nur etwa jeder fünfte Beitrag eine Abschaffung dieser Heime verlangte, stieg diese Quote in den 1960ern auf über die Hälfte und in den 1970ern auf deutlich über 80 Prozent. Um zu klären, wo dieses Problembewusstsein vor allem formuliert wurde, wurden Bewertungen nach Disziplinen differenziert (Abb. 2).

Nun wurde sichtbar, dass die medizinischen Beiträge deutlich skeptischer waren als die pädagogischen. Jene WissenschaftlerInnen, die das Säuglingsheim von außen beforsteten, stellten dort erheblich größere Risiken für Kinder fest als die PraktikerInnen des Heimwesens. Dabei knüpften diese empirischen Publikationen oft explizit an Bowlbys Bilanz an („Children thrive better in bad homes than in good institutions“, hatte Bowlby geschrieben) und bezweifelten die Reformierbarkeit der Institution. Die pädagogischen PraktikerInnen dagegen nahmen Bowlby kaum wahr; im Zentrum ihrer Beiträge stand in den 1950er Jahren die Frage, ob man Heime ‚familienähnlich‘ gestalten könnte.

Im Zeitverlauf war dann ein Sicker-effekt erkennbar: Die medizinischen Befunde wurden allmählich in anderen Debattenarenen wahrgenommen. Pä-

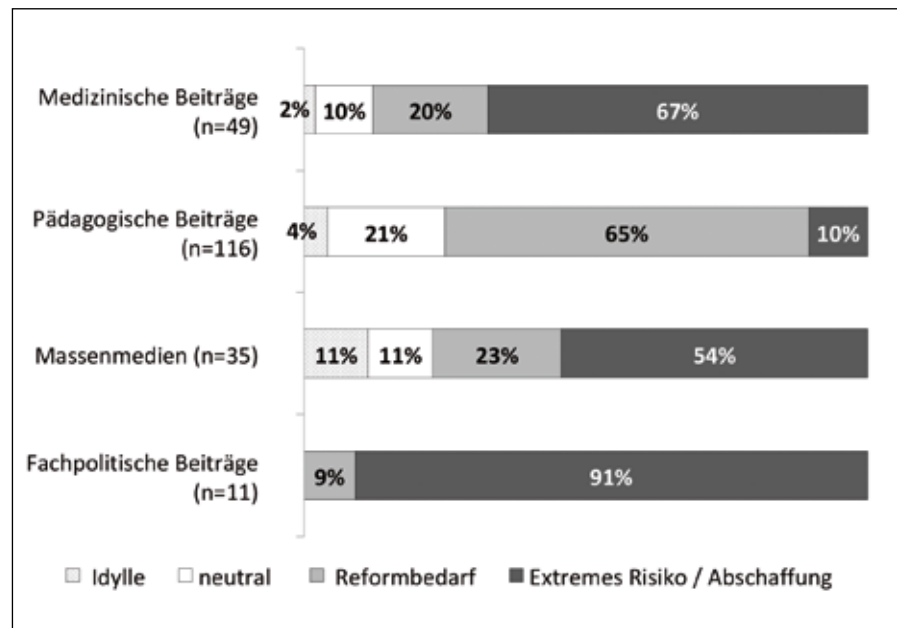


Abb. 2: Bewertungen der Institution Säuglingsheim, nach Disziplinen und Publikationsformen, 1950-1979; Eigene Berechnung; von 100 abweichende Prozentpunkte durch Rundungsfehler.

dagogische Hoffnungen auf Reformen wurden abgelöst durch die Einschätzung, dass diese Heime im Interesse der Kinder aufzulösen seien. Exemplarisch lässt sich diese Entwicklung an Beiträgen von Andreas Mehringer nachvollziehen: Der Leiter des Münchner Waisenhauses schrieb in den 1950er Jahren im *Handbuch der Heimerziehung*, dass „eine Art Säuglingsheim [...] im Anstalts-Gefüge nicht zu entbehren“ sei; anderthalb Jahrzehnte später forderte er kategorisch, Unterbringungen in Säuglingsheimen zu vermeiden.

Massenmedien zählten nicht zu den Antreibern der Debatte, sondern berichteten gerade anfangs über idyllische Zustände. Die fachpolitischen Beiträge ließen durchgängig eine kritische Position erkennen, allerdings erschienen sie fast alle nach Mitte der 1960er-Jahre. In den Jugendberichten der Bundesregierung (ab 1965) beispielsweise wurde disziplinübergreifende Kritik am Säuglingsheim artikuliert, die immer stärker pädiatrische Positionen einbezog.

Zurück zu den Müttern

Dass Kinder aus Säuglingsheimen mit dem Schrumpfen dieser Institutionen verstärkt in anderen familienersetzenden Settings betreut wurden, konnte anhand amtlicher Daten zumindest für die Jahre unmittelbar nach 1965 ausgeschlossen

werden: Weder stieg damals die Quote der Adoptionen, noch jene der Krippenplätze, noch jene der Unterbringung in Pflegefamilien. Doch wo wurden nach dem Verschwinden der Säuglingsheime jene Kinder versorgt, die aus damaliger Sicht außerhalb ihrer Familien hätten betreut werden sollen? Beispielhaft formuliert: Im Jahr 1965 waren mehr als 50.000 Kleinkinder in Säuglingsheimen untergebracht (unter der Annahme, dass ein Platz pro Jahr mit drei Kindern belegt war). Im Jahr 1975 waren es dann weniger als 10.000. Knapp die Hälfte dieses Effekts lässt sich dem Geburtenrückgang zuschreiben. Doch wer betreute die übrigen Kleinst- und Kleinkinder?

Die plausibelste Antwort lautet wohl: Diese Kinder lebten zu einem erheblichen Teil bei ihren Müttern. Eine Veröffentlichung von 1972 zur Schließung eines Säuglingsheims bilanzierte, dass dabei von 168 Heimkindern knapp die Hälfte zur Mutter oder zu Verwandten kamen; eine ähnlich große Gruppe wurde in Pflegefamilien vermittelt, lediglich die wenigen Übrigen wurden auf andere Heime verteilt. Gerade die Rückkehr der Kleinkinder in die Herkunftsfamilien lässt sich mit sozialen Veränderungen der 1960er Jahre erklären. Damals machte ein tiefgreifender Meinungsumschwung „eine Reihe von Erfahrungen und Lebensformen, die schon länger im Schatten der öffentlichen Aufmerksam-

keit existierten, offenkundig und sozial akzeptabel“, stellte Franz-Xaver Kaufmann 1995 fest. Die Lebensform ‚ledige Mutter‘ wurde im Zuge dieser kulturellen Liberalisierung allmählich und partiell von Stigmata befreit; auch weibliche Teilzeitarbeit nahm in diesem Jahrzehnt zu, wodurch unverheiratete Mütter mehr Chancen hatten, ein Erwerbseinkommen zu erzielen und gleichzeitig ihre Kinder selbst zu erziehen.

Weitere Entwicklungen stärkten die materiellen Lebensbedingungen dieser Mütter und damit die Stabilität dieser

prekären Kleinstfamilien. Das Bundessozialhilfegesetz, 1961 in Kraft getreten, verbesserte die materielle und rechtliche Position der Hilfeempfänger, und Kindergelderhöhungen verbesserten die ökonomische Basis ebenfalls ein wenig; außerdem machte der Ausbau des sozialen Wohnungsbaus für einen Teil dieser Familien Wohnraum verfügbar. Letztlich dürfte es also eine Kombination von gesellschaftlicher Liberalisierung und materiellen Verbesserungen gewesen sein, die das Säuglingsheim überflüssig werden ließ.

Eine ausführlichere Fassung dieses Beitrags erschien in der Zeitschrift für Pädagogik 1 (2019).

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. Felix Berth
Wissenschaftlicher Referent
Deutsches Jugendinstitut (DJI)
Nockherstr. 2, 81541 München
E-Mail: berth@dji.de

Red.: ReH

WAHLAUFRUF

*für den Bundesvorstand, das Amt des/der Bundesschatzmeisters/in,
Ausschüsse und Beauftragte*

Satzungs- und turnusgemäß wählen die Delegierten des BVKJ e.V. auf der Delegiertenversammlung vom 12.-13.10.2019 in Bad Orb für die Amtsperiode 01.11.2019 bis 31.10.2023

- die Bundesschatzmeisterin/den Bundesschatzmeister
- den Bundesvorstand bestehend aus sechs Personen
- die Mitglieder der Ausschüsse bzw. die Beauftragten

Es gibt zurzeit folgende Ausschüsse:

- Aus- und Weiterbildung
- Fortbildung
- Honorar
- Jugendmedizin
- Kind, Schule und ÖGD
- Prävention und Frühtherapie
- Psychosomatik/Psychotherapie
- Qualitätsmanagement
- Pädiatrische Subdisziplinen

Die aktuellen Beauftragten:

- Kinderunfälle
- Jungenmedizin
- Medizinische Fachangestellte
- Pädiater für Kinder in Krisenregionen
- Sucht

Mit der Übernahme eines Amtes können Sie Ihre Expertise und Ideen einbringen. Sie tragen so dazu bei, die Verbandsarbeit aktiv und zukunftsorientiert mitzugestalten. Daher laden wir alle ordentlichen Mitglieder herzlich ein, zu kandidieren. Besonders die Frauen möchten wir zu einer Kandidatur motivieren. Sie machen über 60 Prozent der Mitglieder aus, sind aber in den Gremien bisher unterrepräsentiert.

Bei Interesse senden Sie bitte eine schriftliche Kurzvorstellung bis zum 2. September 2019 an die Geschäftsstelle (Mail: dv@uminf.de) des BVKJ in Köln.

Satzung, Wahlordnung und die aktuellen Funktionsträger finden Sie auf der Internetseite www.bvkj.de in der Rubrik „Der BVKJ“.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an die Geschäftsführung.
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V.
Dr. P.H. Andreas Plate
Geschäftsführer & Syndikusanwalt
Mielenforster Straße 2
51069 Köln
Tel.: 0221 - 68 909-34

Verleihung der Goldenen Ehrennadel des BVKJ an Frau Dr. Gunhild Kilian-Kornell



Dr. Gunhild Kilian Kornell wurde am 5.10.1954 in Dortmund als Älteste von drei Töchtern eines Lehrerehepaars geboren, studierte von 1973 bis 1979 in Münster Humanmedizin, wurde 1979 approbiert, 1981 promoviert und arbeitete von 1980 bis 1983 erst einmal zwei Jahre an der Kinderklinik in Iserlohn, wechselte dann in die Kinderchirurgie in Dortmund. 1986 legte

Gunhild Kilian-Kornell die Prüfung zur Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in München ab, 1987 ließ sie sich am Starnberger See mit eigener Praxis nieder.

Gunhild Kilian-Kornell hat für den BVKJ als Delegierte in der Bayerischen Ärztekammer mitgearbeitet, sie hat jahrelang im BVKJ-Ausschuss Jugendmedizin dafür gesorgt, dass wir Pädiater unsere Kompetenzen in diesem wichtigen Bereich ausbauen konnten. Von allen Verdiensten für unser Fach und für den BVKJ ist besonders hervorzuheben: die Leistungen, die Gunhild Kilian-Kornell als Pressesprecherin erbracht hat, ein Amt, das es vorher gar nicht gab. Sie hat damals jedoch erkannt, wie wichtig es ist, nicht nur Gutes zu tun, sondern auch darüber zu reden oder reden zu lassen in der Öffentlichkeit.

Von 1994 bis 2004 war Gunhild Kilian-Kornell in Bayern als Pressesprecherin

tätig, von 1997 bis 2007 dann als Bundespressesprecherin. In dieser Funktion hat sie das dichte Netz an Landespressesprechern aufgebaut, das bis heute kein anderer ärztlicher Verband hat.

Sie war lange DAS Gesicht der Kinder- und Jugendärzte in der Öffentlichkeit, hat sicher Hunderte von Interviews in Zeitschriften, Radio und Fernsehen gegeben und war allein zehn Jahre Chefredakteurin unseres Elternmagazins jung & gesund.

Für dieses herausragende Engagement dankt der BVKJ Frau Dr. Gunhild Kilian-Kornell für ihr langjähriges mit der Goldenen Ehrennadel.

Berlin, 14. Juni 2019

Dr. Thomas Fischbach
Präsident

Red.: WH

Verleihung der Silbernen Ehrennadel des BVKJ an Herrn Dr. Lutz Müller



Dr. Lutz Müller wurde am 18. April 1948 in Gießen in eine Arztfamilie hineingeboren – ein Sonntagskind. Dank der damals üblichen Kurzschuljahre konnte er mit 18 sein Medizinstudium in Frankfurt beginnen und war mit 24 Jahren bereits Medizinalassistent. Chirurgie, Innere, Pädiatrie – eine grundsolide und umfassende Ausbildung, die von einer Dissertation über das Thema „Verlängerung der Ausscheidung von Salmonellen bei Antibiotikatherapie“ gekrönt wurde.

1974 begann Lutz Müllers Assistenzarztzeit zunächst in der Inneren Medizin. Doch bereits nach sechs Monaten wechselte er in die Pädiatrie, der er dann zeitlebens treu blieb. 1988 ließ er sich in Offenbach mit eigener Praxis nieder, die er 24 Jahre lang alleine führte.

Ab 2012 begann Lutz Müller, sich vermehrt der Berufspolitik zu widmen, zunächst in seinem Landesverband als stellvertretender Obmann. Sein Engagement für den BVKJ nahm aber dann schnell Fahrt auf, er wurde stellvertretender Landesverbandsvorsitzender von Hessen, Delegierter, KV-Vertreter, Mitglied der Satzungskommission und seit 2012 Landesverbandsvorsitzender – ein Amt, das er tatkräftig ausübte. Anfang des Jahres trat er zurück, um sich vermehrt seiner Gesundheit und vor allem seinen Enkeln zu widmen.

Die Perspektiven niedergelassener Pädiater brachte er in den Ausschuss Rehabilitation im Kinder- und Jugendalter ein und er engagierte sich als Beauftragter für

die Frühen Hilfen/Frühförderung. Für uns als Berufsverband eminent wichtig ist seine Mitarbeit im Arbeitskreis Zukunft, wo er gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen neue Ideen für die berufspolitische Arbeit entwickelte. Hier konnte Lutz Müller seine erstaunliche Kreativität, die zusammen mit seinem analytischen Geist viel bewegt, so richtig entfalten. Der AG Zukunft hat – nur ein Beispiel von vielen – durch eine Satzungsänderung dafür gesorgt, dass Mitglieder direkter als bisher neue Ziele mitentwickeln können, ein Beitrag zu mehr Basisdemokratie in unserem Verband.

Der BVKJ dankt Dr. Lutz Müller für sein langjähriges großes Engagement mit der Silbernen Ehrennadel.

Berlin, 14. Juni 2019

Dr. Thomas Fischbach
Präsident

Red.: WH

Preis für exzellente Weiterbildung an „Weiterbündungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein“ vertreten durch Dr. Georg Hillebrand und Dr. Christoph Weiß-Becker



Der „Weiterbündungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein“ gilt für die gesamte Fläche Schleswig-Holsteins und integriert alle dortigen Kinderkliniken der Akutversorgung sowie insgesamt zwanzig qualifizierte Lehrpraxen.

Mehrere Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung konnten das Verbundmo-

dell bereits durchlaufen und profitierten von dem kompetenzorientierten Paed-Compenda-Curriculum, welches die Basis der Weiterbildung innerhalb des Verbundes bildet. Durch klare Vertragsstrukturen schafft das Modellprojekt einen verlässlichen Rahmen für alle Seiten. Gleichzeitig können Hürden und Vorbehalte zwischen Klinik und Praxis erfolgreich abgebaut werden.

Zudem ermöglicht die verbesserte Nutzung der ambulanten Weiterbildungsressourcen zusätzliche Weiterbildungsstellen an den Kliniken. So leistet das Verbundprojekt auch einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sozialraum. Es erleichtert die Kommunikation zwischen stationär und ambulant Tätigen und schafft damit Verständnis für einander. Die Attraktivität der Weiterbildung und

auch die der späteren Tätigkeit wird nachhaltig gesteigert.

Das schleswig-holsteinische Projekt ist der bislang umfangreichste pädiatrische Weiterbündungsverbund und ein Vorzeigemodell für die pädiatrische Weiterbildung in Deutschland.

Der BVKJ hat die anerkannt und zeichnet den Weiterbündungsverbund, hier und heute vertreten durch Dr. Georg Hillebrand und Dr. Christoph Weiß-Becker, mit dem neu geschaffenen Preis des BVKJ für exzellente Weiterbildung aus und hofft, dass dieser Verbund Schule macht.

Berlin, 14. Juni 2019

Dr. Thomas Fischbach
Präsident

Red.: WH

Preis für exzellente Weiterbildung an „Kinder- und Jugendpraxis ARCHE“ in March-Hugstetten vertreten durch Christian Steuber und Kerstin Meyer-Andreas



Die Kinder- und Jugendpraxis ARCHE in March-Hugstetten ist eine große Gemeinschaftspraxis. Die beiden Inhaber, Clemens Bürger und Christian Steuber sowie sechs weitere Fachärztinnen, arbeiten hier

zusammen. Die Praxis ARCHE hat mit der Einführung und Verwendung von ePaedCompenda, dem strukturierten Weiterbildungscurriculum der DGAAP mit elektronischem Logbuch, und einer Zusammenarbeit in der Ausbildung von Medizinstudenten eine Vorreiterrolle in Sachen strukturierter Weiterbildung in der ambulanten Grundversorgung. Die Kollegen Bürger und Steuber gehören zu den ersten Weiterbildern, die das Paed-Compenda-Curriculum praktisch mit Ihren ÄiW's umsetzen und bereits die elektronische Version nutzen. Bemerkenswert ist zudem die Erstanstellung einer Weiterbildungsassistentin ohne vorherige Berufserfahrung.

Die Jury hat überzeugt, dass dank guter Organisation und innovativer Arbeitszeitmodelle in der Praxis mehrere Kolleginnen und Kollegen in Teilzeit arbeiten können. Der interkollegiale Aus-

tausch wird durch regelmäßige ärztliche Teambesprechungen, Qualitätszirkel und kontinuierliche interne Praxisfortbildungen gefördert. Ein PädInform-Zugang für alle ärztlichen MitarbeiterInnen sowie die Vernetzung mit Fernarbeitsplätzen sorgt dafür, dass die ÄiW's sogar Dokumentationsarbeiten und Befunde im Homeoffice erledigen können.

Wir als BVKJ finden das so beispielhaft gut, dass wir der Praxis, vertreten durch Christian Steuber und Kerstin Meyer-Andreas, nun den neu eingeführten Preis des BVKJ für exzellente Weiterbildung zuerkannt haben.

Berlin, 14. Juni 2019

Dr. Thomas Fischbach
Präsident

Red.: WH

Geburtstage im September 2019

*Sollte ein Mitglied nicht wünschen, dass sein Geburtstag in der Gratulationsliste erwähnt wird, bitten wir um rechtzeitige Nachricht. (4 Monate vor dem Geburtstag)
Gerne per E-Mail an: bvkj.buero@uminfo.de oder per Post an
BVKJ Mielenforsterstraße 2, 51069 Köln*

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Christiane Witz**, Ladenburg, am 04.09.1954
 Frau Dr. med. **Zaida Sadyrbaeva**, Mainz, am 05.09.1954
 Frau **Doris Maxheimer-Fehrenbach**, Künzelsau, am 07.09.1954
 Herr Dr. med. **Hubertus Hielscher**, Mayen, am 07.09.1954
 Frau **Bärbel Schablitzki**, Hamburg, am 08.09.1954
 Frau Dr. med. **Ulrike Wolf**, Köln, am 16.09.1954
 Frau **Hiltrud Kleine-Eggebrecht**, Essen, am 16.09.1954
 Herr **Michael Gellrich**, Offenbach, am 16.09.1954
 Frau Dr. med. **Eleonore Föller-Gaudier**, Staufenberg, am 16.09.1954
 Herr Dr. med. **Rangmar Goelz**, Tübingen, am 17.09.1954
 Herr Dr. med. **Roger Heckmann**, Schwarzach, am 27.09.1954
 Herr **Johann Peters**, Büren, am 30.09.1954

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Eva Zaage**, Halle, am 02.09.1949
 Herr **Eberhard Schilling**, Stuttgart, am 02.09.1949
 Frau Dr. med. **Beate Klapdor-Volmar**, Düsseldorf, am 03.09.1949
 Frau Dr. med. **Alena Lehmann**, Recklinghausen, am 11.09.1949
 Herr Dr. med. **Rolf Peterß**, Sarstedt, am 14.09.1949
 Herr Dr. med. **Thomas Graf**, Traunstein, am 14.09.1949
 Herr **Peter Hillenkamp**, Ibbenbüren, am 15.09.1949
 Herr Dr. med. **Siegfried Schneider**, Heidelberg, am 19.09.1949
 Herr **Fritz Reuter**, Weikersheim, am 28.09.1949
 Herr Dr. med. **Maximilian Müller**, Ulm, am 28.09.1949
 Herr Dipl.-Med. **Manfred Dutzke**, Golßen, am 30.09.1949

75. Geburtstag

Frau **Birgit Walter**, Meisenheim, am 01.09.1944
 Herr Dr. med. **Bernhard Günther**, Lünen, am 04.09.1944
 Herr Dr. med. **Rolf Hoffmann**, Gammertingen, am 06.09.1944
 Frau Dr. med. **Iris Steinbach**, Schwielowsee, am 07.09.1944
 Herr Dr. med. **Eberhard Lassen**, Lübeck, am 14.09.1944
 Herr Dr. med. **Klaus-Dieter Diedicke**, Rhaderfehn, am 14.09.1944
 Frau Dr. med. **Susanne Pfister**, Tübingen, am 22.09.1944
 Herr **Frank Stappenbeck**, Mühlhausen, am 25.09.1944

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Gerd Danneil**, Borken, am 01.09.1937
 Frau Dr. med. **Ingrid Müller**, Rostock, am 01.09.1938
 Herr Dr. med. **Manfred Marz**, Augsburg, am 02.09.1931
 Frau Dr. med. **Dagmar Albrecht**, Düsseldorf, am 04.09.1937
 Herr Dr. med. **Georg Walther**, Menden, am 04.09.1938
 Herr Dr. med. **Günter Pitz**, Kempten, am 04.09.1939
 Herr Dr. med. **Christoph Funk**, Biberach, am 04.09.1937
 Herr Dr. med. **Lothar Rupprecht**, Oberhausen, am 05.09.1937
 Frau Dr. med. **Christa Schweiger**, Eschborn, am 07.09.1935
 Herr Dr. med. **Heinrich Haug**, Ludwigsburg, am 08.09.1939
 Herr Dr. med. **Eckhard Bermpohl**, Gräfelting, am 08.09.1936
 Frau Dr. med. **Sigrid Weber**, Hochheim, am 09.09.1935
 Herr Dr. med. **Heinz-Joachim Hermes**, Magdeburg, am 09.09.1938
 Frau Dr. med. **Dorothea Sack**, Kreuzlingen, am 11.09.1938
 Herr Dr. med. **Werner Schneider**, Schwetzingen, am 11.09.1932
 Herr Dr. med. **Klaus-Diedrich Nissen**, Hamburg, am 12.09.1936
 Herr Dr. med. **Hans E. Duven**, Marburg, am 13.09.1936
 Herr Dr. med. **Karl vom Bauer**, Trier, am 14.09.1934
 Herr Dr. med. **Eberhard Ziehank**, Reichenbach, am 14.09.1936
 Frau SR Dr. med. **Käte Geschke**, Burgstädt, am 14.09.1934
 Frau Dr. med. **Marie Luise Tjaden**, Ritterhude, am 16.09.1937
 Herr Dr. med. **Rudolf Kemmerich**, Weinstadt, am 16.09.1936
 Frau Dr. med. **Irmgard Schnorrenberg-Seitter**, Radolfzell, am 21.09.1939
 Herr Dr. med. **Siegfried Kroll**, Mainz, am 22.09.1938
 Herr Dr. med. **Gerald Charlot**, Wuppertal, am 23.09.1938
 Frau SR Dr. med. **Gertraud Jeschkeit**, Halle, am 24.09.1934
 Frau Dr. med. **Anita Kahlow-Mardus**, Berlin, am 25.09.1931
 Frau Dr. med. **Brunhilde Kleibeler**, Berlin, am 25.09.1936
 Herr Dr. med. **Siegfried Adler**, Eberswalde, am 26.09.1927
 Frau Dr. med. **Maria-Luise Koch**, Hamburg, am 27.09.1926
 Herr Med.Dir. **Walter Pösch**, Bremen, am 28.09.1932
 Herr MR Dr. med. **Manfred Welsch**, Rödenthal, am 30.09.1939
 Frau Dr. med. **Hanni Zeinert**, Kolkwitz, am 30.09.1935

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Christian Niesterok**, Walluf
 Herrn Dr. med. **Jörg Ott**, Groß-Zimmern
 Frau Dr. med. **Irmgard Wittek-Schäfers**, Recklinghausen

Im Monat Juni durften wir 9 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau Dr. med.
Dagmar Schreiber-Dietrich

Fortbildungstermine

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

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

28. August 2019

Immer etwas Neues in Leipzig, Auskunft: ⑤

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

23. Oktober 2019

Immer etwas Neues in München, Auskunft: ⑤

2. November 2019

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham / Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn,
Auskunft: ③

6. November 2019

Immer etwas Neues in Nürtingen, Auskunft: ⑤

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

09.-10. November 2019

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V. in Fulda, Auskunft: ⑤

27. November 2019

Immer etwas Neues in Leverkusen, Auskunft: ⑤

4. Dezember 2019

Immer etwas Neues in Magdeburg, Auskunft: ⑤

① CCJ GmbH

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

② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

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

③ DI-TEXT

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

④ Interface GmbH & Co. KG

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

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

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

Einladung zum 17. Assistentenkongress des BVKJ 2020, in Berlin

Termin: 23.-26. Januar 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenige Monate liegt der diesjährige Assistentenkongress des BVKJ zurück. Hier gilt der Spruch: „*Nach dem Kongress, ist vor dem Kongress*“. Die Entscheidung ist jetzt gefallen, den 17. Assistentenkongress des BVKJ für Ärzte*innen in der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin erneut in Berlin auszurichten.

Der Termin steht fest: 23.-26. Januar 2020

Der neue Vizepräsident des BVKJ, Herr Professor Dr. med. Kölfen, wird mit Herrn Dr. med. Schnabel diesen Kongress in Berlin organisieren. Es wird ein neues Programm geben unter dem Motto: „*Wer Gutes erhalten will, muss Neues wagen*“.

Unser Ziel ist es, unser wunderbares und breit aufgestelltes Fach der Kinder- und Jugendmedizin aus dem Blickwinkel des/der Weiterbildungsassistenten*in zu betrachten. In den nächsten Wochen werden wir ein attraktives Programm zusammenstellen. Freuen Sie sich jetzt schon auf Berlin und halten Sie sich bitte den Termin frei.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen, denn „*Berlin ist immer eine Reise wert*“.

Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit!

Professor Dr. med. W. Kölfen
Chefarzt der Städtischen Kliniken Mönchengladbach
Zukünftiger Vizepräsident des BVKJ



Alles was es über Abrechnung zu wissen gilt - kompakt in 2 Tagen – Der Kompaktkurs richtet sich sowohl an Neulinge wie auch an alte Hasen, die die Abrechnung in der eigenen Praxis einmal systematisch erlernen oder eben überprüfen wollen. Die Referenten sind alle Mitglieder des Honorarausschusses des BVKJ und haben in zahlreichen Vorträgen, Seminaren und Webinaren jeweils Teile der Abrechnung präsentiert. Jedes Einzel-seminar lässt aber mehr Reste offen als es in 90 Minuten erklären kann – die logische Konsequenz: Einmal alles komplett am Stück!

In knapp 2 Tagen wird in 9 Seminaren und 3 Übungseinheiten jeder relevante Bereich der pädiatrischen Abrechnung präsentiert und diskutiert. Dabei legen wir hohen Wert auf die praktische Nutzbarkeit und legen den Fokus auf die Themen, bei denen häufig Fehler passieren, die in der Praxis in letzter Konsequenz Geld kosten, bzw. bei denen mögliche Einnahmen verschenkt werden. Ziel soll es sein, die Praxisabrechnung deutlich wirtschaftlicher zu gestalten und Kosten und Aufwand für das Seminar in Kürze wieder zu erwirtschaften.

Das Seminar richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, idealerweise im Team mit einer abrechnungserfahrenen MFA, so dass die Umsetzung des Gelernten in der Praxis erleichtert wird. Ärztinnen und Ärzte können aber auch allein teilnehmen (die alleinige Teilnahme von MFA ohne ärztliche Praxismitglieder ist in diesem Seminar leider nicht möglich).

Kostenbeitrag:

- 750,00 € Praxisteam (1 Arzt/Ärztin + 1 MFA)
- 1050,00 € Praxisteam für Nichtmitglieder des BVKJ
- 550,00 € Arzt/Ärztin ohne MFA
- 820,00 € Arzt/Ärztin für Nichtmitglieder im BVKJ

- **Begrenzte Teilnehmerzahl** –
- **Mindestteilnehmerzahl vorausgesetzt** –

Verbindliche Anmeldung:

Wir empfehlen eine möglichst umgehende Anmeldung mittels Anmeldeabschnitt oder per E-Mail an die BVKJ-Geschäftsstelle:

bvkj.buero@uminfo.de

oder per Post: BVKJ-Geschäftsstelle
Mielenforster Str. 2
51069 Köln

oder per Fax: 0221-683204

Name Arzt _____

Name MFA _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Unterschrift + Stempel _____

- Ich bin bereits Mitglied im BVKJ
- Ich möchte Mitglied im BVKJ werden (Unterlagen erhalte ich per Post)

Veranstaltungsort: Hotel an der Therme;
Horststraße 1
63619 Bad Orb



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.
Honorarausschuss

Kompaktkurs

Abrechnung

Montag 14.10.2019

9:00 Uhr – 18:45 Uhr

und

Dienstag 15.10.2019

8:30 Uhr – 15:30 Uhr

Bad Orb

im Anschluss an den
Herbstseminarkongress

In einem Intensivkurs alles zur Abrechnung in der
Kinder- und Jugendärztlichen Praxis

Leitung

Dr. Marcus Heidemann, Bielefeld
Dr. Reinhard Bartecky, Berlin
Dr. Wolfgang Landendörfer, Nürnberg



Montag 14.10.2019

9.00 Anmeldung, Begrüßung und Ausblick auf das Programm

9.30-11.00 Seminar 1 Einführung in die Grundlagen der Abrechnung

- Grundlagen wirtschaftlicher Praxisführung (Kostenkalkulation einer Praxis)
- Anwendungsberreiche und Grundlagen der Gebührenordnungen sowie Abgrenzung gegeneinander

Kaffeepause

11.15-12.15 Seminar 2: EBM Teil 1

- Grundstruktur des EBM
- Kapitel und Zugriff auf diese Kapitel in der Pädiatrie

12.15-13.15 Mittagsspause

13.15-14.15 Seminar 3: EBM Teil 2

- Abrechnung Notdienst
- Abrechnung Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie
- Abrechnung Chroniker
- Laborausnahmeferrn und Laborbonus
-

14.15-15.15 Praktische Abrechnungsübungen EBM

Typische Fallbeispiele werden in Gruppenarbeit abgerechnet und im Plenum besprochen

Kaffeepause

15.30-16.30 Seminar 4: UV-GOÄ

- Untersuchung, Wundversorgung etc.
- Weiterbehandlung und Überweisung
- Besondere Kosten
-

16.30-17.15 Praktische Abrechnungsübungen UV-GOÄ

17.15-18.45 Seminar 5: Abrechnung der pädiatrischen Selektivverträge

- Übersicht über Vertragsarten
- Vorschriften
- Vertragsinhalte
- Abrechnung und Abwicklung

Dienstag 15.10.2019

8.30-10.00 Seminar 6: GOÄ

- Ziffernspektrum, Vorstellung wichtiger und vernachlässigter Ziffern.
- Ausschlüsse und Alternativen
- Steigerung
- Analogabrechnung
- ...

Kaffeepause

10.15-11.15 Seminar 7: IGeL

- rechtliche Grundlagen
- Möglichkeiten und Grenzen
- Abwicklung im Praxisalltag

11.15-12.15 Praktische Abrechnungsübungen GOÄ

12.15-13.15 Mittagsspause

13.15-14.00 Seminar 8: Anfragen von Versicherungen und Formulare

- Kassenanfragen, insbesondere auch unrichtige und unzulässige Anfragen
- Anfragen von privaten Versicherungen, Rechtsanwältinnen etc.
-

14.00-15.00 Seminar 9: Sonstige Kostenträger und Auftraggeber

- Kliniken
- Jugendamt
- Gerichte
- sonstige Gutachten

15.00-15.30 Gemeinsame Abschlussrunde, offene Fragen und Verabschiedung

15.30 Pünktlicher Abschluss und Abreise

Seminarunterlagen

Jede Praxis enthält einen umfangreichen begleitenden Seminarordner mit allen wesentlichen Infos zum Nachschlagen und zur Ergänzung mit eigenen Notizen während des Seminars

Wir freuen uns auf einen

**interessanten und lehrreichen
Kompaktkurs Abrechnung**

Neue Regelung zur Zusammensetzung von Säuglingsnahrung

Die beste Ernährung für Säuglinge ist Muttermilch: Aus verschiedenen Gründen können oder möchten einige Frauen jedoch nicht stillen. Bei der Wahl einer Säuglingsnahrung sollte dann darauf geachtet werden, welche Unterschiede es zwischen verschiedenen Produkten gibt. Denn: Nicht alle Milchnahrungen sind gleich. Ab 2020 tritt EU-weit eine neue Verordnung zur Zusammensetzung von Säuglingsnahrung in Kraft, die verpflichtende und optionale Inhaltsstoffe noch genauer als bisher definiert.¹

Kann oder möchte eine Mutter nicht stillen, steht Eltern industriell gefertigte Säuglingsanfangsnahrung als einzige Alternative zur Verfügung. Für diese gelten strenge Auflagen durch den Gesetzgeber.² Ab Februar 2020 müssen alle Säuglingsanfangs- und Folgenahrungen (und ab Februar 2021 alle HA-Nahrungen) eine aktualisierte, EU-weite Verordnung erfüllen, die die bisherigen Regelungen ersetzt beziehungsweise ergänzt. Darin werden unter anderem verpflichtenden Inhaltsstoffe von Milchnahrung neu geregelt. Darunter fällt beispielsweise die Definition von Mindest- und Höchstmengen für Mikro- und Makronährstoffe. Künftig wird so etwa der Maximalwert für Eiweiß gesenkt, während die Mindestmengen für die essenziellen Fettsäuren Linolsäure und α -Linolensäure höher angesetzt werden. Mit der neuen Verordnung wird auch der bislang optionale Inhaltsstoff Docosahexaensäure (DHA) obligatorisch.¹

Säuglingsmilch ist nicht gleich Säuglingsmilch

Neben den festgelegten, obligatorischen Inhaltsstoffen, können innerhalb des gesetzlichen Rahmens auch nicht spezifisch geregelte Zutaten eingesetzt werden, sofern deren Sicherheit und Wirksamkeit belegt sind. Diese Möglichkeit nutzen die Hersteller forschungsbasierter Säuglingsmilch. Sie setzen auf Forschung, um ihre Produkte kontinuierlich weiterzuentwickeln. Auf Basis dieser Forschungsergebnisse fügen sie ihren Produkten optionale Inhaltsstoffe bei: Zu diesen optionalen, funktionellen Inhaltsstoffen gehören beispielsweise spezielle Gruppen von Oligosacchariden wie GOS/FOS im Verhältnis 9:1, deren prebiotischer (bifidogener) Effekt den der humanen



Milch-Oligosaccharide (HMOs) in Muttermilch nachahmt³, oder der Einsatz von strukturidentischen HMOs wie 3'GL oder 2'FL. Auch Arachidonsäure (ARA), die für die Entwicklung von Sehvermögen, Nervensystem und Gehirn wichtig ist⁴, zählt zu den optionalen Inhaltsstoffen.

Dass Hersteller durch ihre intensive Forschung auch neue Standards setzen können, zeigt das aktuelle Beispiel Docosahexaensäure: DHA war bislang lediglich ein optionaler Inhaltsstoffe, jedoch bereits seit längerer Zeit fester Bestandteil in forschungsbasierten Säuglingsnahrungen. Mit der neuen Verordnung wird die mehrfach ungesättigte Fettsäure zu einem für alle Hersteller verpflichtenden Inhaltsstoff.

Beratung durch Pädiater erleichtert Eltern die Wahl

Müttern und Vätern fällt es oft schwer, sich im Dschungel der verschiedenen Produkte zurechtzufinden oder Zutatenlisten und Nährwerttabellen zu interpretieren. Wissen und Beratung durch den behandelnden Pädiater oder die Hebammen

sind daher von besonderer Bedeutung: Um Eltern zu einer Säuglingsnahrung zu raten, die dafür sorgt, dass Babys alle Nährstoffe erhalten, die sie für eine gesunde Entwicklung benötigen – auch, wenn sie nicht gestillt werden können.

Referenzen

1. Delegierte Verordnung (EU) 2016/127 der Kommission vom 25. September 2015, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:JOL_2016_025_R_0001&from=DE (Abgerufen im Juli 2019)
2. Verordnung über diätetische Lebensmittel (Diätverordnung) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. April 2005 (BGBl. I S. 1161), die zuletzt durch Artikel 22 der Verordnung vom 5. Juli 2017 (BGBl. I S. 2272) geändert worden ist, https://www.gesetze-im-internet.de/di_tv/BJNR004150963.html (Abgerufen im Juli 2019)
3. Boehm G et al. Supplementation of a bovine milk formula with an oligosaccharide mixture increases counts of faecal bifidobacteria in preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2002 May;86(3):F178-81.
4. Hadley KB et al. The Essentiality of Arachidonic Acid in Infant Development. Nutrients 2016, 8(4).

Nach Informationen von Milupa Nutricia GmbH, Frankfurt am Main

Atopisches Ekzem: Juckreiz ohne Kortison lindern

Die Behandlung eines atopischen Ekzems mit Kortison über eine längere Zeit stößt bei Eltern und jugendlichen Patienten oftmals auf Vorbehalte. Um den Juckreiz zu lindern und die Regeneration der Hautbarriere zu fördern, kann nun auch Dermaveel®, ein Medizinprodukt ohne Kortison, zur symptomatischen Behandlung von Neurodermitis und Ekzemen eingesetzt werden.

Fallbetrachtung: Nach den Sommerferien stellte sich im September vergangenen Jahres eine 14-jährige Schülerin mit einem atopischen Ekzem an beiden Händen in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes Christopher Schäfer in Itzehoe vor. Schäfer kennt die Patientin nach eigenen Angaben von Geburt an. „Bis dahin traten keine Hauterkrankungen auf, d.h. es lagen weder eine Neurodermitis noch Allergien vor“, berichtet der Pädiater. Auch von Seiten der Eltern besteht keine Atopie-Neigung. Allerdings zeigte der Vater in der Kindheit Hautreaktionen auf Weichspüler.

Die Patientin wies die typischen Symptome eines atopischen Ekzems mit Rötung, Juckreiz, Papeln und Nässen auf. Bedingt durch den Juckreiz kam es zu Kratzeffekten und in der Folge zu stärkeren Exkoriationen. Die Behandlung erfolgte mit Dermaveel® 3 x täglich. Bei der Visite eine Woche später hatte der Juckreiz bereits stark nachgelassen. Es war eine Verbesserung des Hautzustands nachzuweisen, die aber noch nicht voll zufriedenstellend war. Schäfer verordnete daher für ein bis zwei Wochen zusätzlich eine Hydrokortisonsalbe. Im März dieses Jahres stellte sich die Patientin erneut in der Praxis vor. Es erfolgte nochmals kurzfristig eine Behandlung mit Kortison. Seit April benutzt die Jugendliche regelmäßig Dermaveel® morgens und abends und cremt ihre Hände zusätzlich tagsüber mehrmals mit einer Fettcreme ein. Sie ist nach eigenen Angaben beschwerdefrei, hat keinen Juckreiz und kein Spannungsgefühl mehr an den Händen. „Eine Kortisontherapie war seit März nicht mehr erforderlich. Dermaveel hat das schubfreie Intervall bei dieser Patientin verlängert“, berichtet Schäfer.

Unterstützung für die Regeneration der Hautbarriere

Dermaveel® ist ein Medizinprodukt zur symptomatischen Behandlung von Neurodermitis und Ekzemen unbekannter Herkunft mit juckender, trockener und geröteter Haut. Es enthält als Hauptwirkstoff Ectoin in einer lamellaren Creme-Grundlage. Ectoin besitzt eine sehr hohe Wasserbindefähigkeit, wodurch die Hauttrockenheit deutlich gemildert wird. Zusätzlich füllt die lamellare Creme Mikrorisse in der Haut und unterstützt die Regeneration der Hautbarriere. Juckreiz und Rötung lassen nach. Dermaveel® ist frei von Kortison, Konservierungsstoffen, Parfum, Silikonen, Lanolin und Parabenen.

Um Erkenntnisse über die Sicherheit, Wirksamkeit und Verträglichkeit des Präparats zu gewinnen, wurden 242 Probanden mit leichter und mittelschwerer Neurodermitis in eine multizentrische nicht-interventionelle Studie aufgenommen¹. Die Creme wurde 2 x täglich für vier Wochen auf die betroffenen Hautareale aufgetragen. Die Patienten kamen dreimal – zu Beginn der Studie und dann alle zwei Wochen – zu (Nach-)Untersuchungen. Die Intensität der Hautveränderungen wurde mit Hilfe des »Score of Atopic Dermatitis« (SCORAD)-Index bestimmt. Der mittlere SCORAD-Index konnte dabei von 42 bei Besuch 1, auf 25 bei Besuch 2 und auf 15 bei Besuch 3 gesenkt werden. Eine statistisch signifikante Abnahme der Intensität von Juckreiz und Schlafstörungen wurde bei den Nachuntersuchungen ebenfalls nachgewiesen. Während der Studie bewerteten die Patienten auch die Eigenschaften der Creme wie die Verteilbarkeit, Absorptionsrate, Konsistenz und den Geruch. Fast alle Patienten befanden diese Eigenschaften als sehr gut oder gut.



Erstvorstellung (13. Sept. 2018)



Nachuntersuchung (9. Mai 2019)

Quellen: Wilkowska A, Grubska-Suchanek E, Nowicki R (2015): Evaluation of safety and efficacy of Dermaveel in treatment of atopic dermatitis. *Alergol Pol* 2 (4), 128-133

Autor: Jürgen Stoschek

Nach Informationen der Heel GmbH, Baden-Baden

Zeichen erkennen, Zeit gewinnen: Frühzeitiger Einsatz von Nusinersen (Spinraza®) bei Kindern und Erwachsenen mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie

Die 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie (5q-SMA) verläuft oftmals schwerwiegend und auch bei späterem Krankheitsbeginn progredient. Neue Daten aus der Phase-II-Studie NURTURE¹ untermauern erneut den hohen Stellenwert einer frühzeitigen Diagnose und Therapie bei SMA, bevor motorische Fähigkeiten irreversibel verloren gehen.² Über den Einsatz von Nusinersen (Spinraza®) bei Säuglingen und Kleinkindern sowie Jugendlichen und Erwachsenen mit 5q-SMA sprachen zwei führende SMA-Experten bei einem Pressegespräch von Biogen in Frankfurt am Main: Der Neuropädiater Prof. Dr. Andreas Hahn, Gießen, sowie der Neurologe Privatdozent Dr. med. Tim Hagenacker, Essen, stellten aktuelle Daten und Erfahrungen aus der klinischen Behandlungspraxis bei Kindern und Erwachsenen vor.

Bei der seltenen, neurodegenerativen SMA-Erkrankung kommt es zu einem fortschreitenden Untergang von Motoneuronen im Rückenmark und dadurch zu einer zunehmenden Muskelschwäche sowie Muskelschwund.³ Mit dem Antisense-Oligonukleotid Nusinersen steht seit Mitte 2017 das erste und in der Europäischen Union einzige zugelassene Arzneimittel zur Verfügung, mit dem die 5q-SMA aller Altersgruppen und Schweregrade kausal behandelt werden kann, auch präsymptomatische Patienten.⁴ Durch den Einsatz von Nusinersen können die Patienten motorische Meilensteine und eine Verbesserung der Muskelfunktion erreichen, die bei einem unbehandelten Krankheitsverlauf bisher nicht beobachtet wurden.^{5,6,7} Das große Potenzial des Wirkstoffs bei präsymptomatischer Behandlung untermauern auch die aktuellen Auswertungen der NURTURE-Studie.¹ Bei Säuglingen, die so früh wie möglich und noch vor dem Auftreten erster Symptome behandelt werden sollten, zeigt Nusinersen eine signifikante Wirksamkeit.¹

NURTURE-Studie: Vorteile durch frühzeitige Behandlung mit Nusinersen

In der Phase-II-Studie NURTURE sind 25 Neugeborene mit genetisch gesicherter SMA eingeschlossen und bereits in den

ersten sechs Lebenswochen und vor dem Auftreten erster Krankheitszeichen mit Nusinersen therapiert worden.¹ Im Gegensatz zu unbehandelten Patienten haben 100 Prozent der Studienteilnehmer überlebt und keines der Kinder bedurfte einer permanenten Beatmung oder Tracheotomie. Das mediane Alter lag zum Zeitpunkt der letzten Zwischenauswertung im März 2019 bei 34,8 Monaten. Alle Säuglinge und Kleinkinder konnten ohne Unterstützung sitzen. Rund 92 Prozent konnten mit und 88 Prozent sogar ohne jegliche Hilfe laufen zu einem Zeitpunkt, zu dem auch gesunde Kleinkinder meist laufen lernen.

„Die Zwischenauswertung der NURTURE-Studie belegt, dass sich der Erkrankungsverlauf besser beeinflussen lässt, wenn die Erkrankung früh erkannt und behandelt wird“, erläuterte Hahn. Bei einem normalen Krankheitsverlauf versterben SMA-Patienten mit einer besonders schweren Ausprägung der infantilen Form bereits vor Erreichen des dritten Lebensjahres oder benötigen eine permanente Beatmung. 15 der Teilnehmer der NURTURE-Studie besitzen zwei SMN2-Kopien, was aller Voraussicht nach eine besonders schwerwiegende Ausprägung der Muskelerkrankung zur Folge gehabt hätte.

Die Studie bestätigt zudem das günstige Nutzen-Risiko-Profil von Nusinersen. Es wurden keine neuen Sicherheitssignale beobachtet und bei keinem Studienteilnehmer musste die Therapie

aufgrund unerwünschter Ereignisse abgebrochen werden.

Klinische Erfahrungen mit Nusinersen-Therapie bei „later-onset“-SMA

Neben Säuglingen und Kleinkindern sind auch Jugendliche und Erwachsene („later-onset“-SMA, Erstsymptome > 6 Monate) mit unterschiedlicher Krankheitsausprägung von SMA betroffen. „In der klinischen Praxis sehen wir, dass die Erkrankung meist langsamer verläuft als bei jüngeren Patienten“, so Hagenacker. „Dennoch kann auch später einsetzende SMA zu einer zunehmenden Verschlechterung oder sogar zum vollständigen Verlust motorischer Funktionen führen.“ Dies bedeutet oft massive Einschränkungen für den Lebensalltag der betroffenen Patienten, meist erreichen sie mit einer unterschiedlich ausgeprägten körperlichen Behinderung das Erwachsenenalter.

Hagenacker führte aus, dass mit Nusinersen auch bei SMA-Patienten im jugendlichen- oder Erwachsenenalter eine Stabilisierung oder sogar Verbesserung der motorischen Einschränkungen möglich ist.⁸ Dies seien selbst geringe motorische Fähigkeiten wie etwa die Beweglichkeit der Finger zur Bedienung eines Rollstuhls oder eines Smartphones. Auch eine Stabilisierung der Erkrankung geht oftmals mit einem Zugewinn an Lebensqualität einher.²

Genmodulator erhöht natürliche Produktion von SMN-Protein

Der reversible, non-virale Genmodulator Nusinersen ist durch einen schnellen Wirkeintritt gekennzeichnet und kann den Krankheitsverlauf von SMA-Patienten positiv beeinflussen, ohne in das Erbguteinzugreifen oder es gentechnisch zu verändern.⁹ Nusinersen greift in die Transkription des SMN2-Gensein und erhöht die Synthese von funktionsfähigem SMN-Protein auf natürliche Weise.³ Die Wirksamkeit und Sicherheit von Nusinersen wurden in einem umfangreichen klinischen Studienprogramm mit über 300 Patienten untersucht.^{10,11} Die klinische Real-World-Evidenz reicht inzwischen über sechs Jahre,¹⁰ weltweit wurden seither mehr als 7.500 Patienten mit Nusinersen behandelt.¹¹

Patienten mit der früh einsetzenden, infantilen Form der SMA erreichten ohne ursächliche Behandlung oftmals keine motorischen Meilensteine wie Kopfhoben, freies Sitzen, Stehen oder Gehen. Bis zur Einführung einer kausalen Therapie verstarben schwer betroffene Säuglinge und Kleinkinder häufig noch vor Ende ihres zweiten Lebensjahres, oftmals an einem Versagen der Atemmuskulatur. Dies deutet auf den hohen Stellenwert einer frühzeitig wirksamen und langfristig zu-

verlässigen Therapie der SMA hin. Nusinersen hat einen vollständig verstandenen und erprobten Wirkmechanismus, der als effektiv, zielgerichtet und sicher gilt.¹⁰

Applikation alle vier Monate

Die Applikation von Nusinersen erfolgt intrathekal mittels Lumbalpunktion in den Liquorraum des Wirbelkanals der Wirbelsäule.⁴ So kann der Wirkstoff direkt in das zentrale Nervensystem appliziert werden und erzielt seine Wirkung an den defekten Motoneuronen.⁴ Behandelnde Ärzte sollten in der Durchführung einer Lumbalpunktion erfahren sein. „Nach unseren klinischen Erfahrungen ist auch bei älteren Patienten mit zum Teil erheblichen Wirbelsäulendeformitäten eine Lumbalpunktion unter bildgebenden Maßnahmen möglich“, so Hagenacker.

Frühe Diagnose und Behandlung

Die aktuellen Auswertungen der NURTURE-Studie unterstreichen den hohen Stellenwert einer frühzeitigen Diagnose und Therapie der SMA. Der Erkrankungsverlauf von Säuglingen und Kleinkindern konnte bei präsymptomatischen SMA-Patienten positiv beeinflusst

werden. Der Wirkstoff ermöglichte in der Studie eine nahezu altersgerechte Entwicklung. Um die so wichtige Zeit bis zur Diagnose zu verkürzen, kann ein Gentest beitragen,³ den niedergelassene Ärzte von der Diagnostik-Initiative der Archimed Life Science GmbH kostenfrei anfordern können auf www.sma-diagnostics.com oder telefonisch unter der Service-Hotline 0800-4430420, von Mo.-Fr. 8-16 Uhr.

Quellen:

1. Sansone D et al. Eur J Neurol 2019; 26(Suppl 1): 83.
2. Klug C et al. Orphanet J Rare Dis 2016; 11(1): 58.
3. Arnold WD, Kassar D, Kissel JT. Muscle Nerve 2015; 51(2): 157-167.
4. Fachinformation Spinraza®, Stand März 2019.
5. Committee for Medicinal Products of Human Use (CHMP), Summary of opinion (initial authorisation), 21 April 2017. EMA/181654/2017.
6. Castro D, AAN Emerging Science Platform Session, 24. April 2018, Clinical Trials Plenary Session, #003.
7. Montes J et al. Neurology 2018; 90(15 Suppl): P2.322.
8. Hagenacker T et al. Therapie Report Spezial 2019; 7(19): 1-12.
9. Finkel RS et al. N Engl J Med 2017; 377(18): 1723-1732.
10. Data on file. Core Data Sheet, Version 9, 31. Januar 2019.
11. Data on file. Biogen Inc, Cambridge, MA.

Nach Informationen von Biogen GmbH, Ismaning

Das einzige Vigabatrin in 100 mg und 500 mg¹

Neu: Kigabeq® von Desitin // Vigabatrin ist einer der Wirkstoffe der 1. Wahl für die medikamentöse Therapie des West-Syndroms. Mit der Einführung von Kigabeq® von Desitin steht dieser Wirkstoff ab dem 1. Juli 2019 neu als teilbare und schnell lösliche Tabletten zur Verfügung. Die Tabletten werden in zwei Größen (100 mg und 500 mg) zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen angeboten. Kigabeq® wurde speziell für Kinder entwickelt und zugelassen; es ermöglicht eine patientengerechte, exakte und flexible Dosierung.

Das West-Syndrom ist ein seltenes infantiles Epilepsie-Syndrom des Säuglingsalters, das sich in den meisten Fällen zwischen dem zweiten und dem achten Lebensmonat erstmals manifestiert. Die Erkrankung ist durch drei generalisierte und in Serien auftretende Anfallsformen gekennzeichnet. Sie sollte möglichst frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden, um das Risiko bzw. das Ausmaß von Folgeschäden zu minimieren. Zudem ist das West-Syndrom altersgebunden und betrifft ausschließlich Babys und (Klein)kinder, bei deren

Einstellung die Darreichungsform von Medikamenten sowie die Möglichkeit einer individuellen und exakten gewichtsbezogenen Dosierung eine entscheidende Rolle spielen. Kigabeq® soll unter diesen Aspekten die therapeutische Lücke bei Kindern mit West-Syndrom, die mit Vigabatrin behandelt werden, schließen. Kigabeq® bietet eine verbesserte Löslichkeit und ermöglicht durch die Unterteilung in die Wirkstärken von 100 mg und 500 mg (als teilbare Tabletten) als einziges Vigabatrin-Präparat eine patientengerechte und flexible, für Kinder geeignete

Dosierung in 50-mg-Schritten. Die Lösung kann eingenommen oder mittels einer Magensonde angewendet werden und ist für Kinder ab 1 Monat bis 7 Jahre u. a. zur Behandlung als Monotherapie bei infantilen Spasmen (West-Syndrom) zugelassen.

Quelle:

1. Kigabeq® Fachinformation 2019.

Nach Informationen von Desitin Arzneimittel GmbH, Hamburg

Agakalin® – Jetzt neu: Das Atomoxetin von MEDICE

Seit kurzem ist mit Agakalin® die erste und einzige Atomoxetin-Filmtablette zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf dem deutschen Markt verfügbar. Das Präparat ist in allen 7 gängigen Dosisstärken erhältlich und ermöglicht so eine einfache und unkomplizierte Umstellung. Der ADHS-Spezialist MEDICE erweitert damit sein umfangreiches Produktportfolio um einen weiteren Baustein.

Die aktuellen Leitlinien empfehlen zur Behandlung der ADHS ein multimodales Konzept, welches neben psychosozialen (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen auch medikamentöse Maßnahmen vorsieht.¹ Goldstandard in der Pharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist nach wie vor Methylphenidat (MPH, z.B. Medikinet®, Medikinet® retard und Medikinet® adult).²

Agakalin® mit dem Wirkstoff Atomoxetin (ATX) ist zur medikamentösen Behandlung einer ADHS bei Kindern ab 6 Jahren, bei Jugendlichen sowie bei Erwachsenen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms zugelassen.³

Wirkweise und Darreichungsform von Agakalin®

ATX ist ein hochselektiver und potenter Inhibitor der präsynaptischen Noradrenalin-Transporter, wirkt jedoch nicht auf die Serotonin- oder Dopamin-Transporter. Er verhindert die Wiederaufnahme von Noradrenalin. Dadurch kommt es zu einer Erhöhung der Noradrenalin-Konzentration im synaptischen Spalt und somit zu einer besseren Verschaltung der noradrenergen Neurone.

Die Bioäquivalenz zum Referenzprodukt und damit die gute Bioverfügbarkeit von Agakalin® konnte in zwei single center, single dose, open label, randomisierten, zweiphasigen Crossover-Studien nachgewiesen werden.

Die neue Darreichungsform von Agakalin® als kleine weiße, ovale Filmtablette erleichtert das Schlucken. Das erste Nicht-Stimulanz von MEDICE ist in allen 7 gängigen Wirkstärken und in

jeweils 2 Packungsgrößen zu 14 und 35 Tabletten erhältlich. Eine Umstellung vom Referenzprodukt ist daher problemlos ohne Umgewöhnung möglich. Das Präparat kann unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden. Die Einnahme zusammen mit einer Mahlzeit kann jedoch die Verträglichkeit verbessern.

Wie wird Agakalin® angewendet?

Die tägliche Gesamtdosis kann als Einzeldosis am Morgen oder auf zwei Einnahmen verteilt am Morgen und am späten Nachmittag bzw. frühen Abend gegeben werden. Nach Einschätzung von Lehrern und Eltern zeigten die Patienten jedoch nach einmal täglicher Anwendung von ATX als Einzeldosis am Morgen im Vergleich mit der Placebo-Gruppe eine deutlichere Verminderung des Schweregrades der ADHS-Symptomatik.

Die Therapie mit Agakalin® bei Kindern und Jugendlichen bis 70 kg Körpergewicht sollte mit einer Gesamtdosis von 0,5 mg/kg Körpergewicht begonnen werden. Nach 7 Tagen kann die Dosis in Abhängigkeit von der Wirksamkeit und der Verträglichkeit auftitriert werden. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt 1,2 mg/kg. Höhere Dosen konnten keinen zusätzlichen Nutzen zeigen.

Bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen beträgt die Initialdosis 40 mg täglich. Nach 7 Tagen kann ebenfalls die Dosis langsam gesteigert werden, bis keine Verbesserung der Symptomatik mehr beobachtet wird bzw. bis sich Nebenwirkungen einstellen. Die empfohlene Erhaltungsdosis bei Kindern/Jugend-

lichen beträgt 80 mg, bei Erwachsenen 80 bis 100 mg. Eine Maximaldosis von 100 mg täglich sollte nicht überschritten werden. Auch hier konnten höhere Dosen keinen zusätzlichen Nutzen zeigen.

Zwischen der ersten Wirkung bis zu einer deutlichen Linderung der ADHS-Symptomatik können Tage, in Einzelfällen aber auch Wochen vergehen.

Wirksamkeit von Atomoxetin in klinischen Studien bestätigt

Die klinische Wirksamkeit und Sicherheit von ATX konnte in mehreren Studien, in die über 5.000 Kinder und Jugendliche eingeschlossen wurden, nachgewiesen werden. Auch die Langzeit-Wirksamkeit wurde in einer einjährigen Studie mit mehr als 400 Kindern gezeigt.³

Eine randomisierte, doppelblinde, parallelarmige Vergleichsstudie mit MPH an Kindern über einen Zeitraum von 6 Wochen zeigte, dass sowohl ATX als auch retardiertes MPH wirksamer als Placebo waren. MPH war ATX im Hinblick auf die Ansprechraten überlegen.³

Quellen:

1. S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, AWMF-Registernummer 028-045
2. Kemmerich, R. (2017) ADHS von A bis Z: Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. 1. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2017: 53 und 239
3. Fachinformation Agakalin®, Stand 01/2019

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

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@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:**

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de