

bvkJ.

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

Heft 8/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Berufsfragen:

Kinder- und
Jugendärztetag
2016 in Berlin

Fortbildung:

Neonatale
Pustulosen

Forum:

Die Schere im
Bildungssystem

Magazin:

Vor Ort in
Tschernobyl

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Vor Ort in Tschernobyl

S. 556

Inhalt 8 | 16

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

Berufsfragen

- 501 **BVKJ-Jahrestagung 2016**
Hermann-Josef Kahl
- 504 **Das geplante
Pflegeberufegesetz**
Ronald G. Schmid
- 506 **Der Honorarausschuss
informiert**
Jörg Hornivius
- 507 **Neue Impfungen –
Kostenerstattung
und Haftung**
Kyrill Makoski
- 510 **Wahlaufruf**
- 512 **Gewerbesteuererisiken**
Christoph Gasten
- 517 **Der Kinder- und
Jugendarzt als Arbeit-
geber, Teil 6**
Christian Krapohl
- 518 **Impressum**
- 520 **KBV und Krankenkassen
klagen gegen Therapie-
freiheit**
- 521 **Antrag auf Kinderreha**
Markus Jaster

Fortbildung

- 525 **Differenzialdiagnosen
pustulöser Erkrankungen
bei Neugeborenen**
Regina Fölster-Holst
- 537 **Flüchtlingsmedizin**
*Lars E. Meyer-Dobkowitz,
Benjamin Bleicken, Bettina
Beyreiß, Heidrun Peltroche-
Llacsahuanga, Georg C.
Schwabe, Simone Stolz*
- 539 **Welche Diagnose
wird gestellt?**
Anne Teichler
- 542 **consilium: Vaginaler
Lichen sclerosus et
atrophicus (LSA)**
Peter H. Höger
- 544 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**



s. S. 504

Forum

- 546 **Die Schere
im Bildungssystem**
Regine Hauch
- 547 **Kommentar zum Bil-
dungsbericht 2016**
Ulrich Fegeler
- 548 **Vom Recht
auf (Schul-)Bildung**
- 550 **„Alkohol?
Kenn dein Limit.“**
- 551 **130 getötete Kinder 2015
in Deutschland**
- 552 **Mehr Lesecubs für ganz
Deutschland**
- 553 **Wenn Familienarbeit
krank macht**
- 554 **Das Leser-Forum**

Magazin

- 556 **Vor Ort in Tschernobyl**
Regine Hauch
- 558 **Glyphosat – weiter
zulassen oder verbieten?**
Karl-Ernst von Mühlendahl
- 560 **Ausbau telemedizi-
nischer Angebote**
- 561 **Fortbildungstermine
des BVKJ**
- 561 **Pädindex**
- 562 **Personalia**
- 563 **Pädindex**
- 564 **Nachrichten der Industrie**
- 569 **Wichtige Adressen
des BVKJ**

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegen Beilagen der Shire Deutschland GmbH, Berlin, und der Vertex Pharmaceuticals (Germany) GmbH, München, bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

BVKJ-Jahrestagung 2016

Schutz für Kinder und Jugendliche

Die diesjährige Jahrestagung des BVKJ in Berlin war von dem Brennpunkt-Thema „Schutz für Kinder und Jugendliche“ geprägt. Ein auch emotionales Thema, das im Laufe der Tagung erhebliche Reaktionen der Betroffenen bei Teilnehmer und Teilnehmerinnen hervorrief. 300 Ärztinnen und Ärzte und 400 Medizinische Fachangestellte waren ins große Kongresshotel Estrel gekommen, um sich in Vorlesungen und Seminaren fortzubilden. Bei der Eröffnung des Kongresses präsentierte Professor Klaus-Michael Keller die nackten Zahlen der wissenschaftlichen Studien. So stirbt etwa jeden dritten Tag in Deutschland ein Kind an den Folgen von Misshandlung. Und die Fallzahlen steigen!

Nach Darstellung des wissenschaftlichen Kongressleiters Prof. Dr. Klaus-Michael Keller ist die Zahl fahrlässiger Kindstötungen bundesweit zuletzt um 51 Prozent angestiegen. Ursache für diese Entwicklungen sind die eigenen Gewalterfahrungen der Eltern, soziale Isolation, fehlende Empathie oder prekäre Lebensbedingungen. Zu den Hochrisikogruppen zählen vor allem Heim- und Pflegekinder, Kinder psychisch kranker Eltern sowie minderjährige Flüchtlinge. Dabei werden 90 Prozent der Misshandlungsfälle an Kindern im Krankenhaus zunächst nicht als Gewaltakte gegen Kinder wahrgenommen und erkannt. Die Weltgesundheitsorganisation hat deshalb in Europa den Kinderschutz zu einer „zentralen Gesundheitsherausforderung“ aufgerufen. Dafür sprechen auch die nackten Zahlen, so Keller: Allein in Deutschland würden pro Jahr elf Milliarden Euro im Kampf gegen Kindesmissbrauch und Misshandlung aufgebracht werden müssen.

Neben der körperlichen und sexuellen Misshandlung bekommt das Cybermobbing eine zunehmende Bedeutung. Die Verrohung der Sprache nimmt zu und schafft ein Klima der Gewaltbereitschaft. Die Androhung von Gewalt im Netz wird immer populärer und scheint keine natürlichen Grenzen mehr zu kennen.

Auch die Internet-Sucht wird zunehmend zu einem medizinischen Problem. Etwa die Hälfte der Eltern ist offenbar nicht mehr in der Lage oder willens zu regeln, wie lange das Kind online sein darf.

Um den Wandel in der Erziehung, um die veränderte Einstellung der Eltern zur Gewalt und um den Einfluss, den dabei das vor 16 Jahren verabschiedete Recht der Kinder auf eine gewaltfreie Erziehung spielte, darum ging es in der Rede des BVKJ-Präsidenten Thomas Fischbach.

90 Prozent der Eltern, zitierte Fischbach aus aktuellen Umfragen, sehen heute eine gewaltfreie Erziehung als Ideal an. Die Normierung von Kinderschutz durch den Gesetzgeber habe zu Einstellungsveränderungen in der Bevölkerung geführt. Diese Einstellungsveränderungen bedeuten aber nicht, dass Kinder in Deutschland in ihren Familien sicher leben können. Allein 2015 verzeichnete das BKA in Deutschland 16 Morde, 38 Todschlagdelikte, 68 Fälle fahrlässiger Tötung und acht Körperverletzungen mit Todesfolge. Die meisten



Jugend musiziert... für Prof. Dr. Klaus-Michael Keller und die anderen Teilnehmer des Kinder- und Jugendtages in Berlin

Todesopfer sind nicht einmal sechs Jahre alt geworden. 13.929 Kinder wurden 2015 Opfer sexueller Gewalt. Knapp 4000 Mal wurden im vergangenen Jahr Kinder körperlich misshandelt. Das bedeutet:

Jeden Tag werden rund 40 Kinder Opfer sexueller Gewalt, meist im familiären Umfeld, elf Kinder werden jeden Tag so schwer körperlich oder seelisch misshandelt, dass diese Fälle in der Kriminalstatistik auftauchen, und pro Woche werden im Durchschnitt zwei Kinder in Deutschland zu Tode geprügelt. Oder sie verhungern, werden vergiftet oder sterben durch sonstige Gewalt oder Vernachlässigung. Meist durch die Eltern, die doch für sie sorgen sollten.

Kinder- und Jugendärzte müssen ihre Kompetenz und Sensibilität schulen, um familiäre Notlagen, die Zeichen von Gewalt und Verwahrlosung noch besser als bisher wahrzunehmen und richtig einzuordnen und um die richtigen Worte für die Eltern, aber auch für die Kinder und Jugendlichen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu finden, forderte Fischbach. Falls das nicht ausreicht, müssen sie auf regionale Unterstützungsangebote wie Frühe Hilfen hinweisen.

„Und wir müssen mit daran arbeiten, die Versäulung der Hilfesysteme aufzubrechen. Derzeit arbeiten die unterschiedlichen Players im Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe immer noch weitgehend nebeneinander her. Es fehlen Netzwerkstrukturen, die

Und wie jedes Jahr gab es auch Ehrungen –



Heinz Hilgers, Politiker und seit 1993 auch Präsident des Deutschen Kinderschutzbundes und Mitglied des Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen ist seit Langem ein großer Verbündeter des BVKJ. Sein Einsatz für Kinder und Jugendliche wurde mit der Ehrenurkunde des BVKJ gewürdigt.



Dr. Susanne Schober wurde von BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach mit der Silbernen Ehrennadel für 20 Jahre vielfältiges ehrenamtliches Engagement für ihre Berufskollegen in Mecklenburg-Vorpommern ausgezeichnet.



Klaus Lüft, langjähriger Geschäftsführer der BVKJ Service GmbH und seit seinem Ausscheiden aus dieser Position als Berater für die BVKJ-Service GmbH tätig, wurde zum Ehrenmitglied des BVKJ ernannt.



Dr. Antonio Pizzuli bekam die Meinhard von Pfandler-Medaille verliehen für seine Verdienste um die pädiatrische Pneumologie im Aktionsforum Allergologie und in der BAPP (Bundesarbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie).

eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglichen“, so Fischbach. Noch wichtiger sei aber die Beseitigung der Risikofaktoren, durch die Gewalt erst entsteht.

Der BVKJ fordert in diesem Zusammenhang:

- die Etablierung eines Kinderbeauftragten im Deutschen Bundestag!
- die explizite Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz!

- die Überprüfung aller Gesetze auf die speziellen Bedarfe und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen!
- einen jährlichen Bericht über die Verletzung des Kinderschutzes und zum Stand der Umsetzung von mehr Kinderrechten!
- Ausbau der vorausschauenden Beratung bei den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen!

Professor Jörg F. Fegert, Ärztlicher Direktor an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Ulm, präsentierte anschließend die aktuelle Studie „*Kinderrechte und die Bedeutung einer gewaltfreien Erziehung*“. Die Daten der Studie sind von Januar bis März 2016 unter 2.524 Eltern in ganz Deutschland erhoben und mit Daten einer ähnlichen Erhebung aus dem Jahr 2005 verglichen worden. Die repräsentative Stichprobe wurde teilweise von der STIFTUNG KIND UND JUGEND des BVKJ finanziert. So konnte nachgewiesen werden, dass sich die Einstellung bei der großen Masse der Eltern gegenüber Gewalt gegen Kinder und Jugendlichen verändert hat. So verabreichen 2016 nur noch 1,9 Prozent aller Eltern ihren Kindern eine Tracht Prügel mit daraus entstehenden Blutergüssen. 2005 waren es dagegen noch 4,9 Prozent. 2016 sind zudem nur noch 2,7 Prozent der Eltern bereit, ihren Kindern mit einem Stock kräftig auf den Po zu schlagen. 2005 praktizierten dies noch 4,5 Prozent der Eltern. Eine schallende Ohrfeige verabreichen 2016 noch 10,4 Prozent aller Eltern (16,5 Prozent im Jahr 2005). Auch das Ausmaß nicht-körperlicher Strafen ist drastisch reduziert worden. Mehr als zwei Drittel der Eltern fanden es vor zehn Jahren noch angemessen, ihr Kind niederzubrüllen. 2016 sind dazu nur noch 16,7 Prozent der Eltern bereit. 2005 sah es noch die Hälfte aller Eltern als legitim an, zur Strafe nicht mehr mit dem Kind zu reden. Auch dieser Wert hat sich im Jahr 2016 (16,7 Prozent) drastisch reduziert.

Dennoch werden immer noch zu viele Strafen in der Bevölkerung toleriert, wurde bei der Pressekonferenz des BVKJ in Berlin beklagt. Dies liegt vor allem daran, dass gerade die Hochrisikogruppen bisher mit allen präventiven Maßnahmen wie zum Beispiel der festen Etablierung von immer mehr Kinderschutzgruppen an bundesdeutschen Kinderkliniken und auch mit den vielfältigen Maßnahmen des Kinderschutzgesetzes nicht erreicht werden konnten, räumte Fegert ein: „An Familien, in denen es schlecht läuft, kommen wir immer noch schlecht ran.“

Das gesetzlich verankerte Recht auf gewaltfreie Erziehung muss daher endlich realisiert werden, forderte BVKJ-Präsident Fischbach eindrücklich und betonte, die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, den Frühen Hilfen, den Familienzentren, den Familien-Hebammen usw. müsse daher dringend verbessert werden.

Die STIFTUNG KIND UND JUGEND sei – bei entsprechender finanzieller Stärkung – in der Lage, auf verschiedenen Ebenen auch in Zukunft wertvolle logistische Hilfe zu leisten.

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

Red.: ReH

Das geplante Pflegeberufegesetz – Ende einer qualifizierten Pflege von Kindern und Jugendlichen



Zur Sommerpause 2016 des Deutschen Bundestages sollte ein neues Pflegeberufegesetz vom Bundestag verabschiedet werden. Dieser Zeitplan kann aufgrund der kontroversen Diskussion nicht mehr eingehalten werden. Es besteht eine starke Polarisierung zwischen den Empfehlungen des Deutschen Pfliegerats (DPR) zu einer sog. generalistischen Ausbildung mit Wegfall der bisherigen Berufsbilder Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflege und den pädiatrischen Verbänden, die eine spezialisierte kinder-/jugendmedizinische Ausbildung mit einer entsprechenden Berufsbezeichnung (z. B. Kinder- und Jugendpflegefachfrau/ Kinder- und Jugendpflegefachmann) fordern. Eine umfangreiche Stellungnahme wurde bereits von den hier zeichnenden und anderen Verbänden in Form von Änderungsanträgen zum Pflegeberuf-Reformgesetz vom 09.03.2016 abgegeben. Diese Position wird sehr gestärkt durch eine äußerst erfolgreiche Petition mit über 160.000 Unterschriften zum Erhalt der spezifischen Kinder- und Jugendkrankenpflege von Frau Monika Otte, Marburg. Aber auch die politischen Aktivitäten, zuletzt am 30.05.2016 mit der Anhörung der Verbände im Gesundheitsausschuss, zeigen Wirkung. Aufgrund der Entwicklung in den letzten Monaten soll dieser Beitrag punktuell die wichtigsten Aspekte des derzeitigen Diskussionsstandes wiedergeben:

Ist-Zustand

Im Jahr 2013/2014 waren für die **Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 8.452**, für die Gesundheits- und Krankenpflege 70.582, für die Altenpflege 62.355 Ausbildungsplätze vorhanden. Damit waren **6 % der Ausbildungsplätze dem Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege** zugeordnet. Die Ausbildung erfolgte in **203 Schulen mit dem Angebot Kinderkrankenpflege**.

Argumente für den Erhalt einer eigenständigen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

- Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte war dahingehend geprägt, dass im stationären Bereich in den pädiatrischen Abteilungen fast ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Innen eingesetzt wurden, da die zunehmende **Intensivierung und Spezialisierung der Pädiatrie** zu Problemen bei der Beschäftigung anderer Berufsgruppen führte. Selbst innerhalb der Gruppe der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen wurde dem hohen Spezialisierungsgrad durch erweiterte Fortbildungskonzepte und **Fachweiterbildungen** Rechnung getragen, wie z. B. Kinderonkologie, pädiatrische Intensivmedizin etc..

- Der **G-BA** fordert z. B. für Früh- und Reifgeborene ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und darüber hinaus Fachweiterbildungsquoten von 30 % (Perinatalzentren Level 2) und Fachweiterbildungsquoten von 40 % (Perinatalzentren Level 1). Die derzeitige Vorlage einer nicht spezifischen Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann ist ein nicht zeitgemäßer Versorgungs- und Qualitätsrückschritt, der zu einer Verschlechterung des Pflegestandards in Kinder- und Jugendkliniken führt. Die Kliniken werden gezwungen sein, ihre frisch examinierten Pflegekräfte mindestens für 1 Jahr weiter zu qualifizieren, damit sie eigenverantwortlich am Kind eingesetzt werden können. Damit sind Zusatzkosten von jährlich rd. 120 Mio. € verbunden.

- Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erfreut sich einer äußerst positiven Bewerbersituation, durchaus im Gegensatz zu den anderen Pflegeberufen. Es ist zu befürchten, dass auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die **Bewerberzahl deutlich zurückgeht**, wenn **keine spezifische Ausbildung** mit einem so hohen Maß an kinder- und jugendspezifischen Themen definiert wird, die den Zusatz „Kinder“ erlaubt. Bei einer aktuellen Befragung dazu haben 4.000 Examinee und Auszubildende geantwortet: 96 % würden sich nicht mehr bewerben, wenn die Ausbildung nach dem neuen Pflegeberufegesetz durchgeführt würde – ein Alarmsignal!

Laut einer Umfrage des VLKKD an 146 deutschen Kinderkliniken mussten 38 Prozent im Jahr 2015 vorübergehend Betten schließen, weil nicht genügend Personal zur Verfügung stand. Bei 95 Prozent der Befragten war es ein Mangel an Pflegekräften.

- Es besteht also schon heute ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften für die stationäre Versorgung von Kindern. In Zusammenschau mit dem Ergebnis bei Befragung der 4.000 Examinierten würde eine generalistische Ausbildung den Mangel weiter verschärfen. Es wird deshalb aus der Sicht der pädiatrischen Verbände als unerlässlich angesehen, dass der **Spezialisierungsanteil** sowohl der praktischen als auch der theoretischen Ausbildung **mindestens 50 %** beträgt, so dass in der Folge eine Zusatzbezeichnung Kinder-Pflegefachfrau/Kinder-Pflegefachmann auch gerechtfertigt ist.

- Problematisch sind auch die sog. pädiatrischen Pflichteinsätze für diejenigen Auszubildenden, die eine Vertiefung in der Altenpflege und Krankenpflege wünschen und primär gar kein Interesse an der Kinderkrankenpflege haben. Sie alle müssen aber 120 Stunden in pädiatrischen Einrichtungen absolvieren (Pflichteinsatz). Bei 356 pädiatrischen Klinik-Standorten ist das aber nicht möglich. Auf jedes Haus würden im Schnitt 365 solcher fachfremden Auszubildenden zukommen zusätzlich zu den eigenen Auszubildenden mit Vertiefungseinsatz Kinderkrankenpflege. Dass das nicht funktionieren kann, ist offensichtlich.

- Eine **Ausbildung in Praxen für Kinder- und Jugendmedizin**, wie vom BMG als Alternative zu Kinderkliniken angedacht, in einer Dimension von 120 Stunden für 130.000 Auszubildende ist, selbst wenn die Finanzierung den Praxen zur Verfügung gestellt würde (was nicht geschehen wird), nicht realistisch, da die Kinder- und Jugendarztpraxen mit den eigenen Ausbildungsverpflichtungen vorwiegend im Bereich der Medizinischen Fachangestellten (MFA) schon jetzt durch die Betreuungsschlüssel limitiert sind.

- Der außerdem angedachte Einsatz in Jugendhilfeeinrichtungen bringt ebenfalls keine Lösung, da man dort in keiner Weise auf einen Einsatz in einer Kinder- und Jugendstation bzw. auf die häusliche Kinderkrankenpflege vorbereitet würde. Aus der Sicht der pädiatrischen Verbände handelt es sich dabei um Alibi-Ausbildungen, die die Qualitätsstandards deutlich verschlechtern. Die geforderte qualifizierte Praxis-Anleitung ist ohnehin nicht durchführbar, da entsprechende Fachkräfte dort nicht angestellt sind.

- Die vom DPR vorgelegten und im Gesetzentwurf zitierten Studien zur Argumentation für die generalistische Ausbildung beruhen **auf Daten, die keinerlei statistischen Ansprüchen genügen**. Die Erhebung erfolgte nur in 8 Krankenpflegeschulen, davon 3 mit dem Angebot Kinderkrankenpflege, und diese wiederum mit insgesamt 18 Auszubildenden in der

Kinderkrankenpflege. Auch die Behauptung der Überschneidung von Inhalten der Kinderkrankenpflege mit denjenigen der Altenpflege und Krankenpflege in einer Größenordnung von 70 Prozent ist nicht belegt und entspricht aus der Sicht der Fachleute nicht den Gegebenheiten. Hinzu kommt, dass andere Pflegewissenschaftler bei der Bewertung der Modellprojekte bezüglich Kinderkrankenpflege zu völlig anderen Ergebnissen kommen.

- Ein besonderes Problem sind die **unverbindlichen Vorgaben zu pädiatriespezifischen Inhalten in der theoretischen und praktischen Ausbildung**. Während für den theoretischen Unterricht dazu bis jetzt gar keine Vorgaben gemacht werden, sehen die Eckpunkte zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung immerhin vor, dass bis zu 1.400 der insgesamt 2.500 Stunden pädiatriespezifisch gestaltet werden können. Eine Verpflichtung für die Schule dazu ist aber nicht vorgesehen. Wenn die Verantwortlichen der Schulleitung oder Pflegedienstleitung einer großen Klinik nicht in der Kinderkrankenpflege sozialisiert sind und die Notwendigkeit aufgrund fehlender eigener Erfahrung und Kompetenz nicht erkennen, wird dies nicht geschehen. Das zeigen die Erfahrungen schon jetzt mit dem aktuellen Gesetz. Damit sind erhebliche Qualifikationsunterschiede vorgeplant.

Zusammenfassung

Dieser Beitrag stellt einige wesentliche Aspekte und Bedenken aus der Kinder- und Jugendmedizin zu dem derzeitigen Entwurf des Pflegeberufe-Reformgesetzes dar. Inhaltlich fundiert dargestellt und formuliert durch die pädiatrischen Verbände sind diese Bedenken in den Änderungsanträgen zum Regierungsentwurf eines Pflegeberufe-Reformgesetzes vom 09.03.2016. Die Verbände der Kinder- und Jugendmedizin sehen in dem vorliegenden Gesetzentwurf einen Rückschritt in die Zeiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Die heute hoch spezialisierte Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin ist zunehmend geprägt durch spezifisch pädiatrische intensivmedizinische und funktionsorientierte Aufgabenstellung. Zum Erhalt der derzeitigen Qualitätsstandards sind fest definierte theoretische und praktische Ausbildungsinhalte zum Erwerb des Titels „Kinderpflegefachfrau“ bzw. „Kinderpflegefachmann“ erforderlich. Die Kinder- und Jugendmedizin sieht eine Verpflichtung der Politik, diese Qualitätsstandards zu erhalten und in eine EU-konforme Regelung einzubauen.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Dr. med. Thomas Fischbach – BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.)

Prof. Dr. med. Ertan Mayatepek – DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)

Dr. med. Christian Fricke – DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin)

Jochen Scheel – GkinD (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.)

Prof. Dr. med. Andreas Trotter – VLKKD

(Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands)

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Thema des Monats

EBM-GNrn. 04220 und 04221



Dr. Jörg Hornivius

An dieser Stelle möchte der Honorarausschuss ein altbekanntes Format wiederbeleben und monatlich auf aktuelle Abrechnungsfragen oder wichtige Themen aus EBM, GOÄ und der Welt der Selektivverträge eingehen.

Die Chronikerziffern **04220 + 04221** bietet uns die Möglichkeit, die aufwändige Versorgung unserer chronisch kranken Kinder und Jugendlichen darzustellen.

Das entscheidende Kriterium für die korrekte Abrechnung ist die 4 – 3 – 2 Regel.

Die Krankheit muss seit **4 Quartalen** mit demselben ICD Code versehen worden sein.

Tipp:

In den Praxiscomputersystemen die Diagnose als Dauerdiagnose codieren, über Kontrolllisten jedes Quartal fehlende Dauerdiagnosen nachtragen.

Es gibt keine von der KBV oder vom BWA vorgegebene Liste chronischer Krankheiten!

Der Patient muss in **3 Quartalen** wegen dieser Diagnose vorgestellt worden sein und es müssen **2 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte** stattgefunden haben.

Über die Diagnose entscheidet letztendlich der Kinder- und Jugendarzt. Als chronische Erkrankung zählt letztendlich diejenige, die den o.g. Vorgaben entspricht. Einen Anhaltspunkt bietet die Liste von Herrn Lassen in Pädinform (BVKJ-Honorarausschuss -> BVKJ-Honorar-Download -> Diagnoseliste Chroniker-Sozialpädiatrie)

Link: <http://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=04220&s=Suchen>

Ziffer	Legende	Punkte	EBM 1/16	Prüfzeit [min]
04220	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	130	13,57 €	15 (Q)
04221	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	40	4,17 €	4 (Q)

T:= Tagesprofil; Q:= Quartalsprofil

Dr. Jörg Hornivius, 41061 Mönchengladbach, E-Mail: aesculix@aol.com

Red.: WH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung unter der Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.



Neue Impfungen – Kostenerstattung und Haftung

I. Einleitung

Impfungen sind medizinisch sinnvoll, weil sie helfen, Krankheiten (mit teilweise erheblichen Auswirkungen) zu vermeiden. Für viele Krankheiten gibt es bereits Impfstoffe; eine Vielzahl von Impfungen sind öffentlich empfohlen (§ 20 Abs. 3 IfSG) und werden von den Krankenkassen bezahlt (§ 20i SGB V). Bei jedem neu entwickelten Impfstoff stellt sich für den Arzt die Frage der Haftung und für den Patienten die Frage der Kostentragung, solange die Impfung noch nicht von den zuständigen Gremien „anerkannt“ wurde.

II. Haftung

Ein Arzt haftet nicht immer, wenn der Patient nicht gesund oder (womöglich) nach der Behandlung noch kränker wird. Er haftet nur, wenn er den Patienten nicht ordnungsgemäß behandelt hat (Pflichtverletzung), dadurch (Kausalität) ein Schaden entstanden ist und dem Arzt dies vorgeworfen werden kann (Schuld).

1. Behandlungsstandard

Problematisch ist in der Praxis häufig die Frage der Pflichtverletzung. Grundsätzlich schuldet der Arzt eine Behandlung entsprechend dem ärztlichen Standard (§ 630a Abs. 2 BGB). Im Prozess wird der ärztliche Standard durch ein Gutachten eines ärztlichen Sachverständigen festgestellt; die Gerichte alleine können mangels Fachkunde eine Verletzung des Standards nicht feststellen; sie benötigen hierfür zwingend die Hilfe eines Gutachters (BGH, NJW-RR 2014, 1053). Oft beziehen sich Gutachter auf Leitlinien der Fachgesellschaften oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gemäß § 92 SGB V. Dabei ist anerkannt, dass die GBA-Richtlinien auch für Privatpatienten den Behandlungsstandard festhalten (KG, NJW 2004, 691). Eine Unterschreitung der Standards der Richtlinien des GBA ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unzulässig. In Ausnahmefällen kann der medizinische Standard sogar über den Richtlinien liegen, wobei es nicht ausreicht, wenn einzelne Stimmen in der Fachliteratur weitergehende Maßnahmen für erwünscht halten (BGH, NJW 1987, 2923; OLG Köln, MedR 2012, 527). Dies betrifft im vorliegenden Fall vor allem die Schutzimpfungs-Richtlinie (SiR).

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) können – auch wenn sie nicht durch die obersten Landesgesundheitsbehörden verkündet wurden – den jeweiligen medizinischen Standard darstellen (BGH, NJW 2000, 1784; OLG Köln, Urt. v. 13.7.2011 – 5 U 91/09). Da sie von Fachleuten unter breiter Beteiligung der

Wissenschaft erstellt werden, sind sie genauso zu bewerten wie Leitlinien der Kategorie S 3, d. h. die Abweichung von der Empfehlung ist zu begründen.

Auch wenn grundsätzlich davon auszugehen ist, dass der medizinische Standard im Bereich der Impfungen weitestgehend von den Empfehlungen der STIKO und der SiR des GBA erfasst wird, kann es trotzdem sein, dass Lücken entstehen, weil der Entscheidungsfindungsprozess zu lang ist. In diesem Fall kann es sein, dass ein Arzt aufgrund seines überlegenen Fachwissens von den Empfehlungen abweichen kann und soll. Dies bedingt aber, dass das Fachwissen hinreichend sicher ist und nicht nur auf gelegentlichen Erfahrungen beruht (BGH, NJW 2000, 1784 [1786 f.]).

Derartiges gesichertes Fachwissen kann in den jeweiligen Fachgesellschaften gesammelt und analysiert sowie anschließend von dort verbreitet werden. Sollten Hinweise bestehen, dass gewisse Impfungen entgegen den Empfehlungen nicht mehr zu empfehlen sind, oder sollten sich zusätzliche Impfungen als nutzbringend erweisen, können die Fachgesellschaften regelmäßig schneller reagieren. Der dort versammelte Fachverstand kann dann als Ergänzung zur STIKO – nicht zum GBA – fungieren.

Die Fachgesellschaften sollten bei der Abgabe ihrer Empfehlungen die Anforderungen einhalten, die an Leitlinien – am besten der Stufe S 3 – gestellt werden. Das bedeutet, dass die Empfehlungen auf einer breiten wissenschaftlichen Grundlage basieren müssen und den neuesten Erkenntnissen entsprechen.

Ein Anhaltspunkt für die Schnelligkeit, mit der eine Impfung zum medizinischen Standard wird, sind Schwere der verhinderten Erkrankung und eine anderweitige Behandlungsmöglichkeit. Dies bedeutet: Wenn für eine schwere Erkrankung, die auf andere Weise nicht erkannt oder vermieden oder behandelt werden kann, eine Impfung verfügbar ist, ist der Arzt jedenfalls gehalten, den Patienten hierauf hinzuweisen. Sollte sich der neue Impfstoff als wirtschaftlich effektiv herausstellen und keine bisher nicht erkannten erheblichen Nebenwirkungen auftreten, dürfte er auch ohne eine formelle Anerkennung durch GBA oder STIKO zum Standard werden.

2. Aufklärungspflicht

Nach § 630e Abs. 1 BGB ist der Arzt verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären; hierzu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten für Diagnose oder Therapie. Für Impfungen ist dies in § 7 SiR genauer beschrieben. Danach



Dr. Kyrill Makoski

umfasst die ärztliche Aufklärung insbesondere Informationen über den Nutzen der Impfungen und die zu verhütende Krankheit, Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Kontraindikationen, Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung, Informationen über Beginn und Dauer der Schutzwirkung sowie Hinweise zu Auffrischimpfungen.

Während die Anforderungen an die Aufklärung bei den empfohlenen Impfungen geringer sind (vgl. OLG Oldenburg, Urt. v. 14.1.2004 – 5 U 129/03), handelt es sich bei der neuartigen Impfung um eine **Neulandtherapie**, bei der der Arzt besonders intensiv aufklären muss (BGH, NJW 2007, 2771). Neben der Impfanamnese und der Prüfung eventueller Kontraindikationen (wie aktuelle Erkrankungen) muss der Arzt über den Nutzen der Impfung und die Folgen der möglichen Erkrankung aufklären. Zur Aufklärung gehören auch Informationen über die Neuartigkeit des Impfstoffs und die bisher bestehende Unklarheit über mögliche Folgen bzw. die schon bekannten Nebenwirkungen; erforderlich ist mithin ein Hinweis darauf, dass der Impfstoff zwar nach der arzneimittelrechtlichen Prüfung sicher ist, mangels einer breiten und langfristigen Anwendung aber bisher nicht bekannte und erkennbare Nebenwirkungen auftreten können. Bei den Risiken muss der Arzt nur über bekannte Risiken aufklären; mehr kann von ihm nicht verlangt werden (vgl. OLG Koblenz, ArztR 2003, 24).

Besonders aufklärungsbedürftig ist bei der neuartigen Impfung die fehlende Abdeckung durch das Schutzregime der § 20 Abs. 3 IfSG. Bei den meisten Impfungen verlassen sich Patienten und Eltern (unbewusst) darauf, dass es bei einem Impfschaden eine Absicherung durch das jeweilige Bundesland gibt. Dies ist bei der neuartigen Impfung nicht der Fall, da diese (noch) nicht in den Impfeempfehlungen der Landesbehörden aufgeführt sind.

Soweit aber die Impfeempfehlung des jeweiligen Bundeslandes besteht, verringert sich die Intensität der Aufklärung, da die jeweils zuständigen Landesbehörden im Rahmen der Abwägung von Chancen und Risiken bereits eine Entscheidung zugunsten der Impfung getroffen haben. In diesen Fällen bedarf es nur noch der nachfolgend dargestellten wirtschaftlichen Aufklärung.

Zudem besteht eine besondere Aufklärungspflicht nach § 630c Abs. 3 BGB in wirtschaftlicher Hinsicht, da die Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte (z. B. die Krankenkasse) nicht gesichert ist. Bei bestehender Krankenversicherung muss der Arzt nur dann über die Kosten aufklären, wenn er weiß oder Anhaltspunkte dafür hat, dass die Behandlungskosten nicht übernommen werden. Da die Kosten für die neue Impfung (noch) nicht Bestandteil der SiR sind, werden die Krankenkassen die Kosten hierfür voraussichtlich nicht übernehmen (siehe auch Teil III).

Aufzuklären sind bei einem minderjährigen Patienten die Erziehungsberechtigten (§ 630e Abs. 4 BGB). Die Aufklärung hat grundsätzlich in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen. Ist nur ein Er-

ziehungsberechtigter bei der Aufklärung anwesend, kann der andere Erziehungsberechtigte auch telefonisch aufgeklärt werden (BGH, NJW 2010, 2430). Bestehen zwischen den Erziehungsberechtigten Meinungsunterschiede zur Impfung und ist dies dem Arzt bekannt, sollte er die Impfung unterlassen. In diesem Fall müssen die Eltern zunächst untereinander klären, ob die Impfung durchgeführt werden soll, ggf. durch Einschaltung des Familiengerichts. Dies gilt auch bei getrennt lebenden Eltern, da die Impfung – erst recht eine noch nicht öffentlich empfohlene – keine Angelegenheit des täglichen Lebens gemäß § 1687 Abs. 1 S. 2 BGB ist (vgl. OLG Frankfurt/Main, Beschl. v. 4.9.2015 – 6 UF 150/15).

III. Kostentragung

Die Krankenkassen müssen nur die Kosten für die in der SiR genannten Impfungen übernehmen (§ 20i Abs. 1 S. 1 SGB V). Soweit die STIKO ihre Impfeempfehlungen ändert, muss der G-BA die SiR innerhalb von 3 Monaten anpassen; erfolgt dies nicht, müssen die Krankenkassen auch die Kosten für die von der STIKO empfohlenen Impfungen übernehmen, die noch nicht in die SiR aufgenommen wurden (§ 20i Abs. 1 S. 6 SGB V). Kosten für weitere Impfungen kann die Krankenkasse übernehmen, muss es aber nicht (20i Abs. 2 SGB V). Wenn die neuartige Impfung einen merklichen Zusatznutzen bietet, ist damit zu rechnen, dass Krankenkassen die Kosten übernehmen werden. Dies dürfte im Regelfall im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V erfolgen – jedenfalls solange keine entsprechenden Abrechnungsziffern vorhanden sind.

Wenn der Patient im Vorhinein wissen will, ob seine Krankenkasse die Kosten übernimmt, kann er einen Antrag stellen. Die Krankenkasse muss den Antrag nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V innerhalb von drei Wochen bearbeiten. Geschieht dies nicht und leitet die Krankenkasse keine weitere Prüfung ein, kann der Versicherte die Leistung beziehen; die Krankenkasse ist zur Kostenerstattung verpflichtet (§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V).

Sollte die Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen, handelt es sich bei der neuartigen Impfung um eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL). Bei der Abrechnung sind die Vorgaben des § 18 Abs. 8 Nr. 2 und 3 BMV-Ä zu beachten. Die Impfung selbst wird nach der GOÄ abgerechnet (Ziffer 375 GOÄ). Den Impfstoff kann der Arzt ebenfalls als Auslage in Rechnung stellen (§ 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 GOÄ); alternativ kann er dem Patient ein Rezept ausstellen, damit dieser den Impfstoff selbst über eine Apotheke seiner Wahl besorgt.

IV. Zusammenfassung

Der Arzt sollte den Patienten über die neuartige Impfung informieren. Dabei muss er auf die Neuartigkeit der Impfung und die (noch) fehlende Aufnahme in STIKO-Empfehlung und SiR hinweisen, ebenso auf die nicht gesicherte Kostenübernahme.

Fragen:**1. Was ist der Unterschied zwischen der Arzthaftung der Absicherung des Patienten nach dem Infektionsschutzgesetz?**

Im Rahmen der Arzthaftung haftet der Arzt persönlich für einen ihm zuzurechnenden Fehler im Laufe der ärztlichen Behandlung. Dabei muss der Patient – sofern nicht ein Fall des groben Behandlungsfehlers vorliegt – nicht nur den Fehler des Arztes nachweisen, sondern auch beweisen können, dass sein Gesundheitsschaden auf eben diesen Fehler zurückzuführen ist. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Absicherung nach dem Infektionsschutzgesetz um eine besondere Form des öffentlich-rechtlichen Ausgleichsanspruch: da die Allgemeinheit von der Impfung profitiert, soll den wenigen Individuen, die während einer *lege artis* durchgeführten Impfung einen Schaden erleiden, ein entsprechender Ausgleich zugutekommen. Es reicht dabei aus, wenn ein gewisser Zusammenhang zwischen der Impfung und dem späteren Schaden besteht.

2. Was ist die Besonderheit bei einer noch nicht öffentlich empfohlenen Impfung?

Durch die öffentliche Empfehlung macht der Staat deutlich, dass er den Nutzen der Impfung höher einschätzt als die mit der Impfung verbundenen Risiken. Andersherum gewendet: Bevor eine öffentliche Empfehlung vorliegt, kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass nach allgemeinem Verständnis der Nutzen der Impfung höher ist als die damit verbundenen Risiken – und sei es nur deswegen, weil viele Risiken mangels Erprobung noch nicht bekannt sind. In diesen Fällen gibt es nur die zivilrechtliche Arzthaftung. Dies bedeutet eine Verlagerung des Risikos auf den Arzt, wenn er den Patienten nicht ausreichend aufgeklärt oder im Rahmen der Verabreichung der Impfung einen Fehler gemacht hat.

3. Was bedeutet die Öffnungsklausel der STIKO?

Neben den Empfehlungen der STIKO gibt es Indikationen für weitere Impfungen, die für den einzelnen Patienten aufgrund seiner individuellen gesundheitlichen Situation sinnvoll sein können. Die STIKO verweist zu Recht darauf, dass der Arzt aus medizinischen Gründen auch dann eine Impfung empfehlen kann, wenn keine dementsprechenden Empfehlungen der STIKO vorliegen. In diesen Fällen liegt kein Versorgungsanspruch gemäß § 60 IfSG vor. Es ist dem Arzt aber nicht verboten, außerhalb der STIKO-Empfehlungen Impfungen vorzunehmen.

4. Welche Aufklärungspflichten bestehen bei einer noch nicht öffentlich empfohlenen Impfung?

Bei einer noch nicht öffentlich empfohlenen Impfung muss der Arzt zunächst drauf hinweisen, dass

diese Empfehlung nicht vorliegt, d. h. noch keine allgemeine Risikoabwägung vorgenommen wurde. Dies bedeutet, dass der Patient das Risiko von bekannten Nebenwirkungen auf sich nimmt. Ebenso übernimmt ein ausreichend und umfassend aufgeklärter Patient das Risiko, das Nebenwirkungen auftreten, die bisher noch nicht bekannt und auch noch nicht absehbar waren. Schließlich ist die wirtschaftliche Aufklärungspflicht (fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkasse) nicht zu vergessen.

5. Welche Dokumentationspflicht besteht bei einer noch nicht öffentlich empfohlenen Impfung?

Der Arzt hat zu dokumentieren, dass er den Patienten umfassend aufgeklärt hat. Am besten sollte die erfolgte Aufklärung auch vom Patienten bestätigt werden, z. B. durch eine Unterschrift auf einem entsprechenden Formular. Es ist darauf zu achten, dass der Patient eine Kopie des von ihm unterschriebenen Formulars erhält (§ 630e Abs. 2 S. 2 BGB).

6. Soll ich meinen Patienten überhaupt von der neuen Impfung erzählen?

Wenn der Patient zur Risikogruppe gehört, ist es mindestens medizinisch sinnvoll, ihm von einer neuen Impfungsmöglichkeit zu berichten. Diese Impfung muss noch nicht allgemein anerkannt oder öffentlich empfohlen sein, um gedanklich nach Abwägung mit dem jeweiligen Risikoprofil des Patienten den Arzt zumindest dazu zu bringen, den Patienten über diese neuartige Öffentlichkeit aufzuklären. Ob der Patient dann tatsächlich das Risiko von bisher unbekanntem Nebenwirkungen der Impfung übernehmen will oder vielmehr darauf vertraut, dass er sich schon nicht anstecken werde, ist dem Patienten zu überlassen. Wenn bei einem Patienten keine Risikofaktoren im Bezug auf die Krankheit vorliegen, gegen die geimpft werden

Hinweise zum Vorgehen am Beispiel der Men-B-Impfung:

1. Information der Patienten (bzw. der Eltern), dass ein neuer Impfstoff gegen den häufigsten Stamm der Meningokokken vorliegt, nämlich den Typ B (und die Impfung die beste Vorsorge ist, zumal die Erkrankung häufig übersehen wird)
2. Aufklärung darüber, dass es sich um eine neue Impfung handelt, der Impfstoff zwar arzneimittelrechtlich zugelassen ist, die Impfung aber noch nicht Bestandteil der allgemeinen Impfeempfehlungen ist (soweit nicht eine Indikation nach SiR gegeben ist oder im jeweiligen Bundesland eine Impfeempfehlung vorliegt)
3. Weitere Aufklärung darüber, dass bei der neuen Impfung noch nicht alle Risiken und Nebenwirkungen bekannt sind und es keine Absicherung nach dem IfSG gibt
4. Wirtschaftliche Aufklärung, dass die Kosten (vorerst) selbst getragen werden müssen und Verweis an die Krankenkasse
5. Dokumentation der Aufklärung – entweder in der Patientenkarte oder auf einem gesonderten Blatt

soll, ist die Notwendigkeit einer Empfehlung – verständlicherweise – geringer.

Am Beispiel der Impfung gegen Meningokokken B erläutert: Der Typ B macht in Europa ungefähr 80 % aller Fälle aus. Geimpft werden kann bisher nur gegen den Typ C, der ca. 17 % aller Fälle umfasst. Die Wirkungen einer Erkrankung sind in beiden Fällen erheblich; zugleich wird die Erkrankung häufig übersehen. Eine Impfung gegen den Typ B reduziert damit das Risiko einer Erkrankung (mit schweren

Folgen) erheblich. Der Arzt sollte daher die Eltern über diese neue Impfmöglichkeit gegen Meningokokken Typ B informieren, und zwar auch dann, wenn eine Indikation gemäß STIKO nicht vorliegt.

Dr. Kyrill Makoski
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,
Möller und Partner Düsseldorf
E-Mail: zentrale@m-u-p.info

Red.: WH



bvkj.

Berufsverband der
 Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE

Leider musste die bereits für Mai/Juni angekündigte Landesverbandswahl aus organisatorischen Gründen verschoben werden. Nun findet vom **22.08.2016** bis **12.09.2016** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner beiden Stellvertreter und der weiteren Vorstände (diese 6 Gewählten werden satzungsgemäß Delegierte unseres Landesverbandes) sowie der Ersatzdelegierten und des Schatzmeisters statt. Der Schatzmeister kann gleichzeitig auch als Ersatzdelegierter gewählt werden.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **12.09.2016** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Die Wahl erfolgt nach dem Schulze-Verfahren, das heißt, die Kandidaten auf den Listen müssen jeweils durch Zahlenangaben in eine Rangfolge gebracht werden.

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

Dr. med. Burkhard Lawrenz, Arnsberg
 Landesverbandsvorsitzender

Kinder- und Jugendärzte unterstützen Aktion „Rauchfrei im Auto“ der Bundesdrogenbeauftragten

Berlin, 27. Juli 2016 – Kinder- und Jugendärzte begrüßen die Aktion der Bundesdrogenbeauftragten Mortler „Rauchfrei im Auto“ und fordern erneut ein Rauchverbot in Autos, wenn Kinder und Jugendliche mitfahren.

Die DAKJ als Dachverband und ihre kinder- und jugendmedizinischen Mitgliedsgesellschaften und –verbände unterstützen die Aktion „Rauchfrei im Auto“ auf vielfältige Weise. So werden die Broschüren und Aufkleber an die Eltern und anderen Besucher der kinder- und jugendärztlichen Praxen, Kliniken und den

sozialpädiatrischen Zentren verteilt sowie auf den Internetseiten und in den pädiatrischen Fachzeitschriften bekannt gemacht.

Stellungnahme der DAKJ-Kinderschutzkommission: <http://dakj.de/media/stellungnahmen/kinderschutz/25%2001%202016%20Kommission%20Kinderschutz%20DAKJ%20Auto-Rauchfrei-Initiative.pdf>

www.dakj.de
E-Mail: kontakt@dakj.de

Red.: WH

Gewerbesteuerrisiken: Angestellte Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich

Eine Selbstständigkeit fordert von einem Kinder- und Jugendarzt ein hohes Maß an persönlichem und finanziellem Einsatz. Daher überrascht es kaum, dass vor allem jüngere Mediziner eine Anstellung in Praxen suchen. Für die Praxisinhaber eröffnen sich dadurch neue Wachstumschancen. Ob und in welchem Umfang durch die Beschäftigung angestellter Ärzte auch (gewerbe-)steuerliche Belastungen für Praxisinhaber steigen, wird der nachfolgende Beitrag erläutern. Hierbei wird auch die Problematik von „Schein“-Gesellschaftern näher beleuchtet.

Grundsätze

Kinder- und Jugendärzte üben als Praxisinhaber eine freiberufliche Tätigkeit aus und unterliegen daher grundsätzlich nicht der Gewerbesteuer. Unter Umständen kann das Finanzamt einem Arzt aber den Status als Freiberufler aberkennen. Dies kann insbesondere dann erfolgen, wenn der Praxisinhaber in größerem Umfang angestellte Ärzte beschäftigt oder mit einem „Schein“-Gesellschafter kooperiert.

1. Berufsrecht

Nach dem BMV-Ä ist sicherzustellen, dass ein Vertragsarzt seine Praxis persönlich leitet. Davon ist auszugehen, wenn der Vertragsarzt in der Regel bis zu maximal **drei angestellte Ärzte** in Vollzeit beschäftigt. Die Beschäftigung eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebietes oder einer anderen Facharztkompetenz als der des Vertragsarztes ist zulässig.

2. Steuerrecht

Bei der Ausführung seiner Tätigkeit darf sich ein Arzt auch fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedienen. Hierzu nennt das Einkommensteuergesetz (EStG) jedoch folgende Voraussetzungen:

„Ein Angehöriger eines freien Berufs [...] ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass er auf Grund

- eigener Fachkenntnisse
- leitend
- und eigenverantwortlich tätig wird.“

Das Steuerrecht sieht vor, dass ein Praxisinhaber gegenüber angestellten Ärzten eine Leitungsfunktion innehaben muss. Anders als im Berufsrecht, sind bei der steuerrechtlichen Betrachtung dabei **keine** an der Mitarbeiterzahl orientierten **objektiven Grenzen** festgelegt. Darüber hinaus muss der Praxisinhaber das Kriterium der Eigenverantwortlichkeit erfüllen sowie über eigene Fachkenntnisse verfügen, die ihm eine Überwachung des angestellten Arztes ermöglichen.

Wie viele Ärzte konkret durch einen Praxisinhaber beschäftigt werden können, ohne die Freiberuflichkeit zu gefährden, geben weder Gesetzgeber, noch Rechtspre-

chung oder Finanzämter vor. Daher ist eine **Einzelfallentscheidung** erforderlich, die sich an den Gesamtumständen der ärztlichen Leistungserbringung orientiert.

Tätigkeit aufgrund eigener Fachkenntnisse

Die Tätigkeit aufgrund eigener Fachkenntnisse setzt voraus, dass der Praxisinhaber in der Lage ist, die Tätigkeit seines angestellten Arztes fachlich zu überwachen. Erforderlich ist hierfür, dass der überwachende Arzt über entsprechende Fachkunde verfügt. Hierbei müssen seine Fachkenntnisse das gesamte Leistungsspektrum der Praxis abdecken. Daher führt die Anstellung eines Arztes, der einer anderen Fachrichtung angehört als der Praxisinhaber, zu gewerblichen Einkünften.

Praxisbeispiel:

Dr. A praktiziert als seit Jahren als Kinder- und Jugendarzt. Um seine Praxis zu erweitern, stellt er den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Dr. B ein. Mangels eigener (theoretisch nachgewiesener) Fachkenntnisse über das Fachgebiet der Psychotherapie bei Kindern- und Jugendlichen, kann Dr. A gegenüber Dr. B nicht leitend und eigenverantwortlich tätig werden. Dr. A verliert insoweit seinen Status als Freiberufler und erzielt insoweit gewerbliche Einkünfte.

Bei einer Gemeinschaftspraxis/MVZ-Personengesellschaft reicht es aus, wenn einzelne Gesellschafter über die erforderliche Fachkunde verfügen umso den jeweiligen angestellten Arzt zu überwachen. Eine Aufteilung der Fachkunde unter den Gesellschaftern ist unschädlich.

Leitung und Eigenverantwortlichkeit

Als leitend ist eine Tätigkeit anzusehen, wenn mit ihr eine geschäftliche „Oberleitung“ einhergeht. Hierunter können folgende Aufgabenbereiche gefasst werden:

- Organisation des Sach- und Personalbereichs
- Arbeitsplanung
- Arbeitsverteilung

- Aufsicht über Mitarbeiter und deren Anleitung
- Stichprobenweise Überprüfung der Ergebnisse

Eigenverantwortlich handelt ein Arzt, wenn er die personelle, rechtliche und ethische Verantwortung für einen angestellten Arzt übernimmt und damit seiner Leistung den Stempel seiner Persönlichkeit gibt („**Stempeltheorie**“). Hierzu ist grundsätzlich auch die praktische und persönliche Teilnahme an den Behandlungen erforderlich. Die Ausführung jedes einzelnen Auftrags muss (mittelbar) dem Praxisinhaber und nicht etwa dem angestellten Arzt zuzurechnen sein.

In wie weit eine persönliche Teilnahme an Behandlungen tatsächlich erforderlich ist, hängt vom Einzelfall ab. Leitung und Eigenverantwortlichkeit sind gleichermaßen erforderlich. Eine besonders ausgeprägte Leitungsfunktion kann daher die Eigenverantwortlichkeit nicht ersetzen und umgekehrt.

Praxisinweis

Die Leitung und Eigenverantwortlichkeit kann insbesondere bei einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein steuerliches Problem bewirken, wenn ein Standort praktisch nur von einem angestellten Arzt geleitet wird, ohne dass Gesellschafter an diesem Standort tätig sind. Denn die Gesellschafter können den angestellten Arzt bereits aus räumlichen Gründen nur schwer überwachen.

Anforderungen der jüngeren Rechtsprechung zu angestellten Ärzten

Der Bundesfinanzhof (BFH) nahm am 16.07.2014 zu der Frage Stellung, unter welchen Voraussetzungen die dauerhafte Beschäftigung angestellter Ärzte unschädlich für die Erzielung von Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit ist. Der BFH entschied zugunsten der klagenden Ärzte (Anästhesisten im mobilen Anästhesiebetrieb), dass eine Beschäftigung angestellter Ärzte grundsätzlich auch dann noch die steuerlichen Kriterien der Freiberuflichkeit erfüllt, wenn einzelne Leistungen von angestellten Ärzten erbracht werden; im Urteilsfall die konkrete Durchführung der Anästhesie im räumlicher Distanz zu den Praxisinhabern.

Unter Beachtung der ständigen Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs führt das Gericht zunächst aus, dass der Praxisinhaber aufgrund eigener Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle leitend und eigenverantwortlich auf die Tätigkeit des angestellten Arztes patientenbezogen Einfluss nehmen muss, damit die Leistung am Ende den „Stempel der Persönlichkeit“ des Praxisinhabers trägt („Stempeltheorie“).

Dabei ist für einen Arzt zu berücksichtigen, dass er als Freiberuflicher eine höchstpersönliche, individuelle Arbeitsleistung am Patienten schuldet und deshalb einen wesentlichen Teil der Dienstleistungen selbst übernehmen muss. Dies sah der Bundesfinanzhof im vorliegenden Einzelfall aber als erfüllt an, da die Praxisinhaber nachweisen konnten, dass sie die

- Voruntersuchungen durchführten,
- im Einzelfall die Behandlungsmethode festlegten und
- sich die Behandlung „problematischer Fälle“ vorbehielten.

Ausdrücklich **verneinte der BFH** das Erfordernis einer **unmittelbaren Ausführung der (Anästhesie) Leistung durch die Praxisinhaber**. Dies würde die Anforderungen an eine leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit des Praxisinhabers „überdehnen“ und eine Beschäftigung angestellter Ärzte faktisch ausschließen. Hier hat der BFH also die Grenzen etwas erweitert. Überträgt man das Urteil auf Kinder- und Jugendärzte wäre also beispielsweise bei größeren Therapien ausreichend, wenn der Praxisinhaber die Behandlungsmethode festlegt, die dann vom angestellten Arzt ausgeführt wird.

Finanzielle Risiken

Erfüllt ein Arzt nicht die zuvor genannten Kriterien, so verliert er seine Qualifikation als Freiberufler. Er erzielt dann insoweit Einkünfte aus Gewerbebetrieb. Dies führt zu folgenden steuerlichen und außersteuerlichen Konsequenzen:

Praxisinweis:

Bei Personengesellschaften spielt die Gewerblichkeit eine noch größere Rolle als bei Einzelpraxen. Beschäftigt eine Personengesellschaft einen Arzt – ohne gegenüber diesem leitend und eigenverantwortlich tätig zu sein –, infizieren die daraus erzielten gewerblichen Gewinne regelmäßig den **gesamten** übrigen freiberuflichen Gesamtgewinn; die Gemeinschaftspraxis wird also **in Gänze gewerblich und nicht nur der Teil, der auf die Angestellten entfällt**.

1. Gewerbesteuer

Auf den Praxisgewinn wird im Falle der Gewerblichkeit nicht nur Einkommensteuer erhoben, sondern zusätzlich auch Gewerbesteuer. Allerdings wird die Gewerbesteuer pauschaliert auf die Einkommensteuer angerechnet.

Die Höhe der Gewerbesteuer hängt vom Gewerbesteuerhebesatz der örtlichen Kommune ab. Bei einem Gewerbesteuerhebesatz von bis zu 400% ergibt sich durch die Anrechnung auf die Einkommensteuer praktisch keine Mehrbelastung.

In den meisten Großstädten liegt der Gewerbesteuerhebesatz allerdings höher (Köln: 475%, München: 490%, Berlin: 410%, Hamburg: 470%). Liegt der Gewerbesteuerhebesatz über 400%, ergibt sich – nach Anrechnung auf die Einkommensteuer – eine (Gesamt) **Mehrbelastung im einstelligen Prozentbereich**, z.B. liegt bei 475% die steuerliche Mehrbelastung bei 2,6% bezogen auf dem Praxisgewinn.

Praxisinweis:

Zu einer erheblichen Mehrbelastung kommt es, wenn der Gewerbesteuerbelastung keine anrechenbare Einkommensteuer gegenüber steht. Dies wäre zum Bei-

spiel der Fall, wenn ein Arzt gewerbliche Einkünfte erzielt (auf die Gewerbesteuer erhoben wird), aber keine Einkommensteuer zahlt, weil er z. B. hohe Verluste aus Vermietung und Verpachtung erzielt.

2. Bilanzierungspflicht

Wegen gewerblichen Einkünften wird eine Arztpraxis bilanzierungspflichtig. Das heißt, sie kann nicht mehr von der Einnahmen-Überschussrechnung Gebrauch machen und z. B. die Einnahmen erst dann versteuern wenn Sie ihm zufließen. Vielmehr muss die Praxis eine Bilanz erstellen und die Forderungen schon im Jahr der Behandlung steuerlich erfassen. Im Jahr des Übergangs von der Einnahmen-Überschussrechnung zur Bilanzierung ist mit einer Einmalbelastung bisher „nachlaufender“ Gewinne zu rechnen.

3. Beitragspflicht zur Industrie- und Handelskammer

Mit der Gewerbesteuerpflicht geht automatisch auch die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen zur Industrie- und Handelskammer (IHK) einher. Die Höhe der jeweiligen Beiträge hängt von der Wirtschaftssatzung der örtlichen IHK ab und liegt im Regelfall im **mittleren dreistelligen Bereich**.

Gut gemeint, aber schlecht gemacht: Besonderheiten bei „Schein“-Gesellschaftern

Vorsicht bei „Nullbeteiligungs“-Gesellschaftern bzw. „Schein“-Gesellschaftern. Diese können steuerlich wie Angestellte zu beurteilen sein.

Die steuerliche Anerkennung eines Gesellschafters erfordert zwei Dinge: Mitunternehmer**initiative** und Mitunternehmer**risiko**. Mitunternehmerinitiative bedeutet die das Recht auf die Teilhabe an den unternehmerischen Entscheidungen und Mitunternehmer**risiko** bedeutet die Beteiligung am laufenden Gewinn und Verlust und den stillen Reserven, insbesondere dem Goodwill der Praxis. Beide Merkmale müssen zwingend vorhanden sein, können aber in unterschiedlich stark ausgeprägten Form vorliegen.

In diesem Zusammenhang qualifizierte der BFH eine Ärztin, die zwar zivilrechtlich als Gesellschafterin geführt wurde, aber steuerrechtlich nicht ausreichendes Mitunternehmer**risiko** trug, als „(Schein-)Gesellschafter“ (BFH-Urteil vom 03.11.2015 – VIII R 63/13).

Im Urteilsfall erhielt die Gesellschafterin in der Gewinnverteilung eine prozentuale Vergütung, die **nur nach dem eigenen Honorarumsatz** bemessen wurde. Ein Verlustrisiko musste die Gesellschafterin nicht tragen. Zusätzlich war die Gesellschafterin weder am materiellen (Geräte, Praxisausstattung) noch am immateriellen Vermögen (Goodwill) beteiligt. Der BFH hat diese „Schein“-Gesellschafterin steuerlich nicht anerkannt.

Da die „Schein“-Gesellschafterin ihre Patienten ohne Kontrolle durch die Mitgesellschafter behandelte, folgte der BFH, dass die übrigen Mitunternehmer-

Gesellschafter ihr gegenüber nicht leitend und eigenverantwortlich tätig waren (BFH-Urteil vom 03.11.2015 – VIII R 63/13). Gewinne, die durch die „Schein“-Gesellschafterin erwirtschaftet wurden, waren gewerbliche Einkünfte. Da es sich um eine Gemeinschaftspraxis handelte, infizierten die gewerblichen Gewinne der „Schein“-Gesellschafterin den gesamten Praxisgewinn.

Fazit

Aus steuerlicher Sichtweise ist die Anstellung eines Arztes unschädlich, so lange der Praxisinhaber den Angestellten aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich überwacht. Hierzu muss der Praxisinhaber aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeit seines angestellten Fachpersonals patientenbezogen Einfluss nehmen, z.B. durch die Durchführung von Voruntersuchungen, die einzelfallbezogene Festlegung von Behandlungsmethode und den Vorbehalt der Behandlung „problematischer Fälle“. **Die Dokumentation der Mitwirkung durch den Praxisinhaber ist empfehlenswert.**

Eine unmittelbare Ausführung jeder einzelnen Heilbehandlung durch den/die Praxisinhaber ist aber nicht erforderlich. Ob die Voraussetzungen erfüllt sind, ist als eine Einzelfallentscheidung abhängig von den Umständen der ärztlichen Leistungserbringung. Die Anstellung von einem Arzt wird im Regelfall noch durch den Praxisinhaber beherrschbar sein. **Bei zwei bis drei angestellten Ärzten sollte mit dem Steuerberater die konkrete Dokumentation intensiv abgesprochen werden.**

Verliert der Praxisinhaber aufgrund der (umfangreichen) Anstellung von Ärzten seinen Status als Freiberufler, droht die Nachzahlung von Gewerbesteuer, IHK-Beiträgen und die Bilanzierungspflicht. Die daraus resultierenden finanziellen Belastungen sind nicht so umfassend, als dass dies einer wirtschaftlich sinnvollen (Praxis)Expansion zwangsweise entgegenstehen muss.

Bei der Aufnahme eines Arztes als Gesellschafter ist sicherzustellen, dass der hinzutretende Gesellschafter – neben Mitbestimmungsrechten – tatsächlich am laufenden Gewinn und Verlust sowie den stillen Reserven, insbesondere dem Goodwill, der Gemeinschaftspraxis partizipiert. Hierzu muss eine Abfindungsregelung getroffen werden. Mindestens muss darin festgehalten werden, dass der neu aufgenommene Gesellschafter im Falle des Ausscheidens, den seit seinem Eintritt entstandenen „Goodwill-Zuwachs“ anteilig vergütet bekommt. Andernfalls droht die Einstufung als „(Schein-)Gesellschafter“, was u. a. zur Nachzahlung von Gewerbesteuer und Sozialversicherungsbeiträgen führen kann.

*Steuerberater Christoph Gasten
Kanzlei Laufenberg Michels und Partner mbB
50739 Köln
E-Mail: office@laufmich.de
www.laufmich.de*

Red.: WH

Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ● ● ●

Teil 6: Arbeitszeugnis

Ein Arbeitnehmer hat bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses Anspruch auf Erteilung eines schriftlichen Zeugnisses, § 109 Abs. 1 Satz 1 GewO. Die Erteilung eines Zeugnisses in elektronischer Form ist gemäß § 109 Abs. 3 GewO ausdrücklich ausgeschlossen. Das Zeugnis ist nur auf Verlangen des Arbeitnehmers zu erteilen.

Unterschiedliche Zeugnisarten

Zunächst gilt es zwischen einem sog. „**einfachen Zeugnis**“ und einem sog. „**qualifizierten Zeugnis**“ zu unterscheiden. Das einfache Zeugnis enthält keine Angaben über Führung und Leistung. Aufgeführt werden die Personalien und die Dauer der Beschäftigung. Die übertragenen Arbeiten müssen exakt aufgliedert werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass sie wertungsfrei sein müssen. Bei einem qualifizierten Arbeitszeugnis gibt der Arbeitgeber im Gegensatz zum einfachen Zeugnis eine Beurteilung der Führung und Leistung ab. **Der Arbeitnehmer hat die Wahl, für welches Zeugnis er sich entscheidet.** Der Arbeitgeber ist jedoch nur verpflichtet, ein qualifiziertes Zeugnis auszustellen, wenn er Führung und Leistung beurteilen kann. Dies setzt eine gewisse Dauer des Arbeitsverhältnisses voraus; je nach Tätigkeit ab vier bis sechs Wochen.

Das **qualifizierte Zeugnis** muss folgenden Inhalt haben:

- Das Zeugnis muss einen ordnungsgemäßen Briefkopf haben, auf dem Name und Anschrift des Ausstellers erkennbar sind.
- Die Anrede lautet Herr bzw. Frau.
- Die Person des Arbeitnehmers ist mit Vor- und Familiennamen zu bezeichnen. Ferner sollte das Zeugnis keine Angabe der Adresse des Arbeitnehmers im für Briefe üblichen Adressfeld enthalten, weil dies den Eindruck erwecken könnte, das Zeugnis sei dem ausgeschiedenen Arbeitnehmer nach außergerichtlicher und gerichtlicher Auseinandersetzung über den Inhalt postalisch zugestellt worden (LAG Hamm, Urteil vom 27. Februar 1997 – 4 SA 1691/96).
- Das Zeugnis muss Angaben zur Dauer des Arbeitsverhältnisses enthalten. Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses durch Urlaub oder Krankheit dürfen grundsätzlich selbst bei längerer Dauer keine Erwähnung im Zeugnis finden. Nach Ansicht des Bundesarbeitsgerichtes (Urteil vom 10. Mai 2005 – 9 AZR 261/04) darf die Elternzeit des Arbeitnehmers nur erwähnt werden, wenn sich die Ausfallzeit als eine wesentliche tatsächliche Unterbrechung der Beschäftigung darstellt. Das ist dann der Fall, wenn

diese nach Lage und Dauer erheblich ist und wenn bei ihrer Nichterwähnung für Dritte der falsche Eindruck entstände, die Beurteilung des Arbeitnehmers beruhe auf einer der Dauer des rechtlichen Bestandes des Arbeitsverhältnisses entsprechenden tatsächlichen Arbeitsleistung (im Fall des BAG: Ausfallzeit von 33,5 Monaten bei insgesamt 50 Monate Arbeitsverhältnis).

- Die vom Arbeitnehmer ausgeübten Tätigkeiten sind so vollständig und genau aufzuführen, dass sich ein zukünftiger Arbeitgeber ein klares Bild machen kann. Die Tätigkeitsbeschreibung kann folgende Angaben enthalten: Kurze Darstellung von Unternehmen und Branche, hierarchische Position bzw. Positionen des Arbeitnehmers, Berufsbild/Berufsbezeichnung, Beschreibung des Aufgabengebietes, Art der Tätigkeit, berufliche Entwicklung.
- Das qualifizierte Zeugnis muss eine Beurteilung der Leistungen des Arbeitnehmers enthalten. Die Leistungsbeurteilung kann weiter untergliedert werden, z. B. in Arbeitsbefähigung (Fachwissen/Fachkönnen), Arbeitsbereitschaft, Arbeitsvermögen (Ausdauer, Belastbarkeit), Arbeitsweise (Einsatz), Arbeitsergebnis (Erfolg) und Arbeitserwartung (Potential). Sehr gute Leistungen werden üblicherweise durch die Benotung eines Zeitmoments „stets“ und eines nachfolgenden Superlativs, z. B. „äußerst gründlich“ gekennzeichnet; schlechtere Bewertungen durch eine entsprechende Einschränkung, z. B. „stets zuverlässig“ bei einer Bewertung der Arbeitsweise als gut, „routiniert und selbständig“ bei Bewertungen als befriedigend. Neben den Einzelbeurteilungen hat das Zeugnis eine abschließende Gesamtbewertung der Leistungen des Arbeitnehmers zu enthalten. Dabei ist zu beachten, dass sich Schlussnote und Einzelbewertungen decken müssen.

Folgende Formulierungen sind gebräuchlich:

- Herr/Frau ... hat die ihm/ihr übertragenen Aufgaben
- „stets zu unserer vollsten Zufriedenheit“ – Note: sehr gut
 - „stets zu unserer vollen Zufriedenheit“ – Note: gut
 - „zu unserer vollen Zufriedenheit – Note: befriedigend



Christian Krapohl

- „zu unserer Zufriedenheit“ – Note: ausreichend
- „im Großen und Ganzen/insgesamt zu unserer Zufriedenheit“ – Note: mangelhaft erledigt.

Es gilt zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts der Arbeitnehmer die Beweislast dafür trägt, dass er überdurchschnittliche, d. h. sehr gute oder gute Leistungen erbracht hat. Demgegenüber hat der Arbeitgeber die Tatsachen zu beweisen, die eine Bewertung der Leistung als unterdurchschnittlich, d. h. ausreichend oder mangelhaft begründen (Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 14. Oktober 2003 – 9 AZR 12/03). Arbeitsgerichte neigen dazu, Arbeitgeber im Rahmen der Güteverhandlung dazu zu überreden, das Zeugnis nach „oben“ zu korrigieren.

Im Zeugnis sind die für die Beschäftigung wesentlichen Charaktereigenschaften und Persönlichkeitszüge des Arbeitnehmers darzustellen. Dabei ist **allein das dienstliche Verhalten** zu bewerten! Das Verhalten im Arbeitsverhältnis umfasst auch den Umgang mit verschiedenen Personengruppen. In der Regel werden Angaben zum Verhalten des Arbeitnehmers gegenüber Vorgesetzten und Kollegen, bei Führungskräften darüber hinaus gegenüber den ihnen untergeordneten Mitarbeitern erforderlich sein. Bei Arbeitnehmern mit Außenkontakt – wie MFA – ist auch das Verhalten gegenüber Patienten, Geschäftspartnern, Lieferanten etc. zu erwähnen.

Folgende Formulierungen können für die Verhaltensbeurteilung in Bezug auf Vorgesetzte, Kollegen und Mitarbeiter verwendet werden:

- „stets vorbildlich“ – Note: sehr gut
- „vorbildlich/stets höflich und korrekt“ – Note: gut
- „stets einwandfrei“ – Note: befriedigend
- „höflich und korrekt“ – Note: ausreichend
- „im Großen und Ganzen zufriedenstellend“ – Note: mangelhaft

Die Verwendung einer **Schlussformel**, in der der Arbeitgeber sein Bedauern über das Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem Unternehmen bekundet, ihm für geleistete Arbeit dankt und ihm für die Zukunft alles Gute wünscht, ist üblich. Nach Ansicht des Bundesarbeitsgerichts hat der Arbeitnehmer jedoch keinen Anspruch auf eine solche Schlussformel; sie gehört nicht zum geschuldeten Zeugnisinhalt. Der Arbeitgeber ist frei darin, ein Arbeitszeugnis durch eine positive Schlussformel aufzuwerten.

Das Zeugnis muss ein **Ausstellungsdatum** tragen. Regelmäßig ist dies der Tag der tatsächlichen Erstellung des Zeugnisses. Erstellt der Arbeitgeber das Zeugnis nicht zeitnah nach dessen Ausscheiden, hat er das Zeugnis auf den Tag der Beendigung zurückzudatieren. Das Zeugnis muss die eigenhändige Unterschrift des Ausstellers tragen.

Christian Krapohl
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Dr. Möller und Partner
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@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-bremenmitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Weingarten Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.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 12.867

lt. IVW II/2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-

105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 49 vom 1. Oktober 2015

Bezugspreis: Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- 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

© 2016. 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.



KBV und Krankenkassen klagen gemeinsam gegen Therapiefreiheit

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) haben am Mittwoch, 23.6.2016, Klage gegen die Beanstandung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) des Beschlusses zur Weiterentwicklung der Humangenetik (http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-03-11_ba372_13.pdf) eingereicht.

Der gemeinsame Beschluss von KBV und GKV-SV betrifft eine Neuordnung der Vergütung in der humangenetischen Diagnostik und sieht erhebliche (teilweise über 50%) Absenkungen der Vergütung vor, enthält aber auch erstmals die Aufnahme der sogenannten Hochdurchsatz-Sequenzierverfahren (Next Generation Sequencing/NGS) zur Abklärung der Ursache seltener genetischer Erkrankungen. Dies stellt insbesondere eine Verbesserung in der Versorgung von Kindern mit schwer behandelbaren Epilepsien, Entwicklungsstörungen, Muskelerkrankungen und Hirnstrukturanomalien, aber auch Erwachsenen mit seltenen schwer beeinträchtigenden Erkrankungen dar.

Die NGS-Technik ermöglicht, zahlreiche Gene parallel mit relativ geringem Aufwand zu untersuchen. Die Aufnahme dieser Technik (GOPs 11513 u. 11514) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen wurde deshalb von Ärzten und Selbsthilfegruppen begrüßt.

Allerdings wurde die Leistung teilweise unter den Vorbehalt einer Genehmigung der zuständigen Krankenkassen gestellt, ohne dass geregelt worden wäre, aufgrund welcher Kriterien diese Genehmigung erfolgen soll. Das BMG hat dies als Rechtsaufsicht deshalb beanstandet, da ein Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen in die ärztliche Therapie- und Diagnostikfreiheit eingreifen würde. Eine solche Einschränkung würde die Kompetenzen von KBV und GKV-SV übersteigen.

Schwangere und Eltern von Kindern mit Behinderung mit Ängsten allein gelassen

Der Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH) ist entsetzt über das Verhalten der KBV. Bisherige Erfahrungen mit Anträgen für andere humangenetischer Leistungen zeigen, dass weder bei den Krankenkassen selbst noch bei dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eine ausreichende Kompetenz besteht, die Notwendigkeit humangenetischer Leistungen im Einzelfall zu beurteilen. Zahlreiche Schwangere mit auffälligen Ultraschallbefunden und Eltern von Kindern mit Behinderung erhalten vollkommen unbegründete Leistungsablehnungen und werden mit ihren Sorgen und Ängsten allein gelassen. Zudem bestehen zwischen den einzelnen Kassen, teilweise auch zwischen einzelnen Geschäftsstellen und MDK-Dienststellen erhebliche Unterschiede in der Genehmigungspraxis.

Selbsthilfegruppen und der BVDH wehren sich deshalb vehement gegen einen Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen. Eine solche Genehmigungspraxis berührt auch wichtige Bereiche der Vertraulichkeit bzw. ärztlichen Schweigepflicht gerade in einem sensiblen Bereich wie der Genetik.

Dass KBV und GKV-SV der Weisung des Ministeriums nicht folgen sondern die KBV als Teil der ärztlichen Selbstverwaltung hiergegen sogar klagt, kann nur als Aufgabe einer der Grundlagen des ärztlichen Handelns verstanden werden. Dies geht zu Lasten einer der schwächsten Patientengruppen und der sie betreuenden Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik.

Mehr Infos: www.bvdh.de

Red.: ReH



Sammeln Sie CME-Punkte online!

Die Fortbildungseinheit „Pathogenese und Therapie der Acne vulgaris“ ist zertifiziert von der Landesärztekammer Schleswig-Holstein (<http://www.aeksh.de>). Die Beantwortung der Fragen erfolgt ausschließlich online. Beantworten Sie mindestens 70% der Fragen richtig, erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung über zwei Fortbildungspunkte.

So einfach ist die Teilnahme!

Die Teilnahme ist kostenfrei für alle Ärzte mit einer EFN. Die Anmeldung und Registrierung erfolgt unter

<http://www.kinder-undjugendarzt.de/kuja-cme.html>

Das Ergebnis wird nach Beenden des Fragebogens automatisch per E-Mail mitgeteilt. Außerdem werden alle Ergebnisse in der Datenbank der Bundesärztekammer gespeichert. So können die über das Jahr gesammelten Punkte jederzeit abgerufen werden.

Viel Erfolg wünscht

Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ● ● ●

Antrag auf Kinderreha: So können Sie ihn unterstützen!

Kinderreha ist erfolgreich! Im Vordergrund steht die multimodale gruppenbasierte rehabilitative Therapie von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten. Die Kinder lernen, dass eine chronische Krankheit per se kein Schicksal ist, dem sie sich fügen müssen, sondern dass sie sich aktiv und mitverantwortlich in den Krankheitsbewältigungsprozess einbringen können.

Betroffene Kinder und Jugendliche werden so zu Experten in Sachen „eigene Gesundheit“ und vor allem erleben sie, dass sie mit ihrer chronischen Krankheit in einer guten Gesellschaft gut leben können. Kinderreha bietet so chronisch kranken Kindern eine Hilfe und Unterstützung bei einer selbstbewussten Entwicklung mit dem Ziel späterer Erwerbsfähigkeit.

Im Mittelpunkt steht bei der Kinderreha immer das chronisch kranke Kind. Das ist auch der Unterschied zu einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme der GKV, bei der das Kind primär gesund ist, jedoch die Mutter oder der Vater – meist durch Doppelbelastung – erschöpft und erholungsbedürftig ist.

Wo beantragen?

Die qualitätsgesicherten Kooperationskliniken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bieten eine hervorragende Kinder- und Jugendreha an. Daher ist eine Antragstellung direkt beim Rentenversicherungsträger sinnvoll. Diesen Antrag des Kindes (der vom Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung hinsichtlich Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose geprüft wird, es handelt sich also hierbei nicht um eine Verordnung!) können Sie als Kinder- und Jugendärztin/-arzt mit einem Ärztlichen Befundbericht (ÄBB) unterstützen. Für uns sind Sie als die Expertin und der Experte vor Ort wichtig. Sie brauchen keine zusätzliche Qualifikation.

Wichtig ist, dass wir untereinander kommunizieren und voneinander lernen, damit die chronisch kranken Kinder, die eine Reha brauchen, sie auch bekommen.

Adipositas ist eine Reha-Indikation

Vermeintliche Wahrheiten können sich auch – glücklicherweise – im Laufe der Zeit ändern. So war vor einigen Jahren die Auffassung verbreitet, Adipositas ohne Folgeerkrankungen wäre keine Reha-Indikation. Inzwischen wissen wir, dass Kinder oberhalb der 97. Perzentile durchaus in ihrer späteren Erwerbstä-

tigkeit gefährdet sind und so ist diese Ausprägung der Adipositas als Reha-Indikation für Kinder inzwischen etabliert (siehe Abb. 1).

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation) **G0612**

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und gut lesbar (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Geburtsdatum
Kind (Name, Vorname)	Geburtsdatum 0 1 0 1 2 0 0 7
Straße, Hausnummer	Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)
Postleitzahl	Wohnort

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.	Adipositas	E 6 6
2.		
3.		

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)
Seit ca. 1 Jahr starke Gewichtszunahme auf über 97igste Perzentile. Schulungsbedarf der Eltern bzgl. gesunder Ernährung. Diätberatung erfolglos.

3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen
Beginnende Hypercholesterinämie. Transaminasenerhöhung. Mobbing in der Schule. Trennungängste. Starker Bezug auf die Mutter durch Selbstwertproblematik.

4 Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)
Ausschluss organischer Ursachen.

Abb. 1: ÄBB, Seite 1 für 9-jähriges Kind, Reha mit Begleitperson

Begleitperson wird jetzt auch für 9-Jährige bewilligt

Ein anderes Beispiel für den ständigen Entwicklungsprozess im Bereich der Kinderreha ist die Frage des Alters, bis zu dem Kinder regelhaft – zumeist von einem Elternteil – in die Rehabilitation begleitet werden dürfen. Hier hat sich erfreulicherweise auch etwas getan: Für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr, d.h. für Kinder bis zum 10. Geburtstag, wird seit diesem Jahr eine Begleitperson bewilligt! Die Begleitperson, d.h. das gesunde Elternteil fungiert hierbei ggf. als Co-Therapeut und lernt durch den Austausch mit anderen Eltern Tipps und Tricks, erhält selbst jedoch keine Reha-Anwendungen.

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation) G0612

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und gut lesbar (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird: _____ Geburtsdatum: **0.10.12.002**

Kind (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden): _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.	Asthma bronchiale	J 4 5
2.	Anpassungsstörung	F 4 2
3.		

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)
 Erstdiagnostik und Beginn einer medikamentösen Therapie 2008 mit nachhaltigem Erfolg.

3 **Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen**
 Aktuell: Pubertätsproblematik mit mangelnder Compliance bei ungenügender Krankheitseinsicht und mangelndem Krankheitsverständnis. Resultierend häufige Schulfehlzeiten, Probleme im Bereich des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz mit Rückzugstendenzen. Rehamotivation vorhanden.

4 **Akt und Ergebnis der bisherigen Diagnostik** (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)

Abb. 2: ÄBB, Seite 1 für 14-jähriges Kind, Reha ohne Begleitperson

Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?
 nein ja, Schwerpunkt Lernen ja, Schwerpunkt Soziale Entwicklung

17 **Bemerkungen**
 Bei Ablehnung des Antrages bitte ich um einen Rückruf des Sozialmedizinischen Dienstes.
 Ich bitte um Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung der Rehabilitationseinrichtung

18 **Ärztin / Arzt**
 Name, Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Ort, Datum: _____ Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung): _____

Seite 2 von 2
 G0612-06 DRV
 V004 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Abb. 3: ÄBB, Seite 2 Dokumentation des Rückrufwunsches im ÄBB

Was sollten Sie beim ÄBB beachten?

Häufige rehabilitationsbegründende Gesundheitsstörungen im Kindes- und Jugendalter sind Asthma bronchiale, Hauterkrankungen, Adipositas oberhalb der 97. Perzentile, Diabetes mellitus und psychische Störungen. Oft ergibt sich die Rehabilitationsbedürftigkeit gerade aus Komorbiditäten, Folgeerkrankungen oder Kontextfaktoren, die – bei entsprechender Moti-

vation zur Reha und erhaltener Reha-Fähigkeit sowie Reha-Prognose – trotz ambulanter Behandlung weiterhin bestehen und eben eine Gefährdung der späteren Erwerbsfähigkeit begründen.

Für mehr Transparenz im Antragsverfahren wollen wir die Kommunikation mit Ihnen schrittweise verbessern. Wünschen Sie einen Rückruf durch den Sozialmedizinischen Dienst unseres Hauses im Falle einer drohenden Ablehnung, dann werden Sie diesen auch bekommen (siehe Abb. 3).

Haben Sie in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit an die Rentenversicherung gestellten Anträgen auf Kinderreha gemacht? Dann geben Sie uns und den Ihnen anvertrauten Kindern erst recht eine neue Chance. Wir freuen uns auf die von Ihnen befürworteten und unterstützten Anträge und auf die Kommunikation mit Ihnen.

Sind Sie mit einer sozialmedizinischen Beurteilung oder Entscheidung der DRV-Bund zu einem von Ihnen unterstützten Kinderreha-Antrag unzufrieden, dann rufen Sie mich an!

Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es auch auf der Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de.

DRV weitet Mitaufnahme von Müttern oder Vätern auf das vollendete 10. Lebensjahr der reha-bedürftigen Kinder aus

Die Deutsche Rentenversicherung hat mit Wirkung vom Mai 2016 ihre Anwendungsempfehlungen zu den Gemeinsamen Richtlinien für Kinder- und Jugendrehabilitation aktualisiert:

- Bei Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Begleitung für die Dauer der Rehabilitation.
- Bei Kindern nach dem vollendeten 10. Lebensjahr besteht ebenfalls die Möglichkeit der Begleitung für die Dauer der Rehabilitation, soweit dies medizinisch notwendig ist.
- Bei Kindern nach dem vollendeten 10. Lebensjahr ist in besonders begründeten Einzelfällen zur Förderung des Ablöseprozesses eine zeitweise Begleitung des Kindes (regelmäßig für eine Woche) möglich.

20. Kursus für Pädiatrische Rheumatologie

25. bis 26. November 2016, Bremen

Info:

hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de



Dr. Markus Jaster

Abteilungsarzt, Abteilungsleitung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund

Tel.: 030/86581501

E-Mail: Dr.med.Markus.Jaster@DRV-Bund.de

Red.: WH

Differenzialdiagnosen pustulöser Erkrankungen bei Neugeborenen

Pusteln kommen bei Neugeborenen häufig vor und sind meist harmloser Natur. Die Kenntnis pustulöser Erkrankungen in diesem Alter ist wichtig, um lebensbedrohliche Erkrankungen rechtzeitig als solche zu erkennen und somit eine frühzeitige Therapie einzuleiten. Pusteln reflektieren die Präsenz von neutrophilen und/oder eosinophilen Granulozyten. Bei primären Pusteln sind sie gleich vorhanden, das Einwandern in Vesikeln ist mit der Bildung von sekundären Pusteln verbunden. Sowohl primäre als auch sekundäre Pusteln kommen steril oder nicht-steril vor. Bei Verdacht auf Infektionen ist eine sorgfältige Diagnostik hinsichtlich bakterieller, viraler und mykotischer Infektionen unerlässlich. Zur Einordnung pustulöser Dermatosen ist auch die Kenntnis von der Lokalisation der Pusteln, dem Manifestationsalter (bei Geburt vorhanden?) und dem Allgemeinzustand des Neugeborenen, der Familien- und Geburtsanamnese sowie dem Bestehen extrakutaner Symptome hilfreich. Die folgende Darstellung pustulöser Hauterkrankungen beim Neugeborenen erfolgt nach ätiologischen und klinischen Gesichtspunkten.



Prof. Dr. Regina Fölster-Holst

1. Nicht-infektiöse pustulöse Dermatosen ohne Beteiligung anderer Organe

1.1 Transiente pustulöse Exantheme des Neugeborenen

Bei Geburt oder innerhalb der ersten Lebensstunden treten distinkte Neugeborenenexantheme auf, die transient für wenige Tage bestehen und keinen Krankheitswert haben. Dazu zählen das Erythema toxicum neonatorum und die Transiente neonatale pustulöse Melanose, die sich am ehesten auf Adaptationsprozesse an die neue Umgebung zurückführen lassen.

1.1.1 Erythema toxicum neonatorum

Synonyme

Erythema neonatorum, „Neugeborenenexanthem“

Aufgrund der hohen Prävalenz von 30-70% bezogen auf alle Geburten wird das Erythema toxicum neonatorum (ETN) auch als „physiologische“ Erkrankung angesehen. Neugeborene, die reif oder/und vaginal geboren werden, entwickeln häufiger das ETN im Vergleich zu Neugeborenen, die zu früh oder/und via Sectio geboren werden. Zudem scheint die Dermatose saisonal gehäuft im Sommer und Herbst vorzukommen. Weitere Risikofaktoren beinhalten Jungen, Erstschwangerschaften und Ernährung des Neugeborenen mit Milchformula.

Klinik

Klinisch sind 1-3 mm große, follikulär gebundene Pusteln oder Papulovesikeln im Zentrum von unscharf



Abb. 1: Erythema toxicum neonatorum. Multiple Pusteln auf gerötetem Grund am Stamm.

begrenzten Erythemen typisch (Abb. 1), die sich wenige Stunden nach der Geburt am gesamten Integument mit Ausnahme der Palmoplantarregion bei gutem Allgemeinzustand zeigen. Meist ist das Exanthem nach wenigen Tagen abgeklungen.

Differenzialdiagnosen und Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Zur Abgrenzung von Differenzialdiagnosen, hauptsächlich der Transienten eosinophilen pustulösen Melanose (s.u.), wird die Gram-Färbung eingesetzt, die eosinophile Granulozyten im Pustelausstrich aufweist. Neugeborene mit Herpes-Infektionen (z.B. Herpes simplex, Varizellen), die sich ebenfalls im Verlauf pustulös zeigen können, sind in ihrem Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt. Zudem ist der Tzanck-Test positiv, der die für diese

Infektionen typischen Riesenzellen im Pustelausstrich aufweist. Darüber hinaus sind differenzialdiagnostisch Infektionen mit Bakterien (v.a. Staphylokokken) und Pilzen (*Candida albicans*, *Malassezia* spez.) durch entsprechende mikroskopische (Gram Färbung bzw. Nativpräparate) sowie kulturelle Untersuchungen auszuschließen.

Therapie und Prognose

Das ETN bedarf keiner Therapie. Die wichtigste Maßnahme ist die Eltern von der Harmlosigkeit der Hauterkrankung zu überzeugen.

1.1.2 Transiente neonatale pustulöse Melanose

Synonyme

Transiente Neonatale Pustulöse Melanose, Transitorische neonatale pustulöse Melanose

Die Transiente neonatale pustulöse Melanose (TN-PM), ebenfalls ein harmloses selbstlimitierendes Neugeborenenexanthem, ist seltener als das ETN und tritt mit



Abb. 2: Transiente neonatale pustulöse Melanose. Neben oberflächlichen Pusteln Krusten-bedeckte Erosionen am Stamm.



Abb. 3: Infantile Akropustulose. Vesikulopusteln an Hand- und Fingerrücken

einer Prävalenz von 5% häufiger bei NG dunkler Hautfarbe als bei NG heller Hautfarbe (Prävalenz <1%) auf.

Klinik

Bereits bei Geburt bestehen bei den ansonsten völlig gesunden Neugeborenen schlaffe, nicht-follikulär gebundene Pusteln (Abb. 2) am gesamten Integument einschließlich der Palmoplantarregion, die zügig rupturieren und in oblaten- oder kolleretteartige Schuppung übergehen. Anschließend verbleiben bräunlich pigmentierte Maculae (postinflammatorische Hyperpigmentierungen) über Wochen bis Monate, die auch zur Krankheitsbezeichnung „Melanose“ geführt haben.

Differenzialdiagnosen und Diagnostik

Differenzialdiagnostisch ist wie bei der ETN an Infektionen wie Herpes- und Candidainfektionen zu denken. In unklaren Fällen ist auch hier die Zytologie hilfreich, die im Vergleich zum ETN jedoch neutrophile Granulozyten zeigt.

Therapie und Prognose

Auch die TNPM bedarf lediglich der Aufklärung der Eltern über diese harmlose selbstlimitierende Hauterkrankung des Neugeborenen.

1.2 Infantile Akropustulose

Die Infantile Akropustulose (IA) ist eine seltene, rekurrende, intensiv juckende vesikulopustulöse Dermatose des älteren Säuglings und Kleinkindes. Auch eine Manifestation bereits in der Neugeborenenphase ist beschrieben. Einige Autoren sehen die IA als persistierende Hypersensitivitätsreaktion einer früheren erfolgreich behandelten Skabiesinfektion an.

Klinik

Die IA zeigt nicht-follikulär gebundene stark juckende Pusteln und Vesikulopusteln an den distalen Extremitäten, die (Abb. 3) am häufigsten bei älteren Säuglingen auftreten. Typisch ist der schubweise Verlauf über bis zu drei Jahre, wobei alle 2-4 Wochen mit Schüben zu rechnen ist.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die nicht-follikulär gebundenen, subkornealen Pusteln der IA enthalten neutrophile und eosinophile Granulozyten. Differenzialdiagnostisch sind andere pustulöse Dermatosen des Neugeborenen wie Skabies, Impetigo, kongenitale Candidose und Transiente neonatale pustulöse Melanose zu erwägen. Ebenso geht die sehr seltene, erst kürzlich beschriebene autosomal rezessiv vererbte Systemerkrankung DIRA (Defizienz des IL-1-Rezeptor-Antagonisten) mit der Bildung von Pusteln, lokalisiert oder generalisiert auftretend, einher (siehe unten).

Therapie und Prognose

Aufgrund des erheblichen Juckreizes, der v.a. den Schlaf, aber auch den Appetit beeinträchtigt, ist eine ad-

äquate Therapie notwendig. Therapie der ersten Wahl sind topische Kortikosteroide, die mit Antihistaminika kombiniert werden können. Nur in Ausnahmefällen ist die systemische Behandlung mit Dapson erforderlich. Vor Beginn dieser Behandlung ist die Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6PDH) zu bestimmen; unter der Behandlung sind regelmäßige Bestimmung des Methämoglobins und des Blutbildes erforderlich. In der Literatur wird über eine positive Wirkung von topisch verabreichtem Vitamin D3 berichtet, diesbezüglich hat die Autorin bisher keine Erfahrung.

1.3 Miliaria pustulosa

Die Miliaria pustulosa (MP) ist das Resultat einer entzündlichen Reaktion, die sich bei Fortbestehen der Verlegung und Ruptur des Schweißdrüsenausführungsganges im Bereich der dermoepidermalen Junctionszone entwickelt. Sie tritt vorzugsweise in tropischen Klimazonen auf. Auch feuchtwarme Bedingungen, wie sie in Inkubatoren oder auch unter einem zu fetthaltigen Externum bestehen, kommen als Ursache in Frage. Mit der Dermatose ist nicht vor der dritten Lebenswoche zu rechnen.

Klinik

Betont in den intertriginösen Arealen treten stecknadelkopf- bis kleinlinsengroße Pusteln auf, die nicht follikulär gebunden sind. Bleiben die Pusteln auch nach Beseitigung des feuchtwarmen Klimas bestehen, ist auch an einen Pseudohypoadosteronismus Typ I (PHA Typ I) zu denken, bei dem die MP häufiger vorkommt.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Klinik und Anamnese sind diagnostisch. Die Neugeborenenexantheme wie ETN und TNPM treten bereits in der ersten Lebenswoche und nicht vornehmlich in den Intertriginen auf. Neugeborene mit infektiösen Dermatosen wie Herpes-Infektion, Candida-Infektion und Impetigo, die eine weitere Diagnostik erfordern, sind meist erheblich in ihrem Allgemeinbefinden beeinträchtigt.

Therapie

Feuchtwarme Bedingungen sind zu meiden, indem beispielsweise Okklusion durch zu warme Kleidung und Anwenden von Fettsalben unterlassen und kühlende Lotionen angewandt werden.

1.4 Infantile eosinophile pustulöse Follikulitis

Die infantile eosinophile pustulöse Follikulitis (iEPF) ist eine seltene, stark juckende vesikulopustulöse Hauterkrankung des älteren Säuglings und Kleinkindes, die hauptsächlich auf dem Kapillitium lokalisiert ist und einen chronisch rezidivierenden Verlauf nimmt. Das Bestehen bereits bei Geburt oder das Auftreten innerhalb der ersten Lebensstage wurde beschrieben. Die Prävalenz der iEPF ist nicht bekannt,

Jungen sind wesentlich häufiger betroffen als Mädchen (m: w=5:1).

Ob die iEPF, deren Ursache nicht bekannt ist, als Variante der klassischen EPF (Ofuji) Follikulitis des Erwachsenen anzusehen ist, wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Neben den beiden erwähnten Formen werden die immunsuppressive EPF (v.a. HIV-assoziiert) und die EPF diverser Ursachen (u.a. Medikamentenreaktionen, Leukämien, Silikoninjektionen) unterschieden.

Klinik

Stark juckende Vesikulopusteln auf gerötetem Grund und Krusten am Kapillitium, seltener am Stamm und an den Extremitäten, prägen die Klinik. Bis nach bis zu drei Jahren eine Selbstheilung eintritt, ist ein schubweises Auftreten im Intervall von Wochen-Monaten typisch.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Häufig besteht auch peripher eine Eosinophilie.

Die infantile Skabies ist eine wichtige Differenzialdiagnose, da sie sich im Vergleich zu älteren Kindern und Erwachsenen auch häufig am Kapillitium manifestiert. Mikroskopische Untersuchungen und Dermatoskopie können die Diagnose einer Skabies ausschließen.

Bei der iEPF weisen Pustelabstriche eosinophile Granulozyten auf, die jedoch auch bei anderen Differenzialdiagnosen wie der Skabies, der infantilen Akropustulose (andere Lokalisation) und der Incontinentia pigmenti auftreten. Letztere manifestiert sich jedoch entlang der Blaschkolinien (siehe unten). Besteht der Verdacht auf eine Langerhanszell-Histiozytose, die sich häufig ebenfalls im Bereich des Kapillitiums zeigt („seborrhoisches Ekzem im Schläfenbereich“), ist eine Histologie unumgänglich.

Therapie und Prognose

Der quälende Juckreiz der iEPF erfordert eine Therapie. Topische Kortikosteroide allein oder in Kombination mit Antihistaminika sind Therapie der ersten Wahl. Alternativ können Calcineurin-Inhibitoren eingesetzt werden, die sich auch bewährt haben. Die antiinflammatorischen Medikamente können nach einer beginnenden reaktiven Therapie proaktiv für einige Wochen fortgesetzt werden. Kasuistisch wurde auch über die Effektivität von topischem Indomethacin berichtet.

2. Infektiöse pustulöse Dermatosen (Infektionen, Infestationen)

2.1 Bakterielle Infektionen

2.1.1 Staphylococcus aureus-Infektionen

Neonatale Infektionen mit *Staphylococcus aureus* (SA) sind relativ häufig. Unter den MRSA-Infektionen überwiegen die CA-MRSA (Community-Acquired

MRSA)-Fälle gegenüber den nosokomialen MRSA-Fällen. Die Infektionen können Haut und Schleimhaut betreffen, wobei es oberflächlich zur krustösen Impetigo, bullösen Impetigo sowie Follikulitis kommen kann. Tiefe Infektionen resultieren in Furunkulose, Zellulitis und Abszess. Diese SA-Infektionen sind nicht bei Geburt vorhanden, sondern manifestieren sich erst in den ersten Lebenstagen bis -wochen. Prinzipiell ist zwischen den direkten SA und den durch *S. aureus*-Toxinen (Exotoxin spaltet Desmoglein 1) induzierten Infektionen zu unterscheiden. Letztere beinhalten die bullöse Impetigo und das „Staphylococcal scalded skin syndrome“, die jedoch mit Blasen bzw. großflächigen Erythemen bis hin zur Erythrodermie und Erosionen einhergehen.

2.1.1.1 Impetigo contagiosa

Die Impetigo contagiosa ist charakterisiert durch eine Infektion der Epidermis mit *Staphylococcus aureus* oder/und β -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A (*Streptococcus pyogenes*). Es ist die häufigste Hautinfektion im Kindesalter, wobei Infektionen bei Säuglingen vor dem zweiten Lebensmonat extrem selten vorkommen und eine schwerwiegende Erkrankung darstellen.

Klinik

Die Dermatose beginnt mit Bläschen, die in Pusteln übergehen. Nach der Ruptur erfolgt eine rasche Ausbreitung (Impetigo contagiosa) und klinisch imponieren krustenbedeckte Erosionen, die nicht immer den typischen „honiggelben“ Aspekt bieten.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose wird klinisch gestellt und durch die bakteriologische Untersuchung gesichert. Diese dient auch der Abgrenzung der wichtigsten Differenzialdiagnose Impetigo durch β -hämolyisierende Streptokokken.

Therapie und Prognose

Systemische Antibiotika (Cephalosporine der ersten Generation, z. B. Cefaclor, alternativ: Penicillinase-feste Aminopenicilline, z. B. Sultamicillin) in Kombination mit antiseptischen und austrocknenden Maßnahmen sind notwendig, um Komplikationen zu vermeiden.

2.1.1.2 Impetigo neonatorum

Synonyme

Pemphigus neonatorum

Die Impetigo neonatorum beschreibt die generalisierte bullöse Impetigo des Neonaten.

Klinik

Oberflächliche Bullae und Pusteln, die zügig rupturieren und in krustenbedeckte Erosionen übergehen, prägen die Morphologie. Prädilektionsstellen sind Intertrigines sowie die periorifiziellen und die periumbilikalen Regionen.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Aufgrund möglicher Komplikationen (Ausbreitung bis zur Sepsis) und zum Ausschluss der durch β -hämolyisierende Streptokokken ausgelösten Impetigo sollte ein Abstrich für den bakteriellen Erregernachweis und das Antibiotogramm entnommen werden.

Therapie und Prognose

Um der systemischen Ausbreitung der Toxine und damit eines SSSS vorzubeugen, sollte ebenfalls wie bei der Impetigo contagiosa eine systemische Antibiotikatherapie durchgeführt werden. Bei frühzeitigem Erkennen der Erkrankung und damit Einleitung der Therapie ist die Prognose gut.

2.1.2 Andere bakterielle mit Pusteln einhergehende Infektionen

Pusteln beim Neugeborenen können auch auf andere bakterielle Infektionen hinweisen. Das trifft v.a. für β -hämolyisierende Streptokokken zu, die neben der Impetigo auch zu Omphalitis (häufigste Ursache der nekrotisierenden Fasziitis) und Intertrigo führen können. Ebenso ist an die systemische Ausbreitung zu denken, die mit Sepsis, Pneumonie und Meningitis einhergehen kann. Nach Entnahme von Pustelabstrichen und erfolgter Blutkultur bei systemischer Beteiligung sollte eine systemische Antibiotikatherapie begonnen werden. Aufgrund möglicher sekundärer Infektionen mit *S. aureus* sind die Cephalosporine der ersten Generation Therapie der Wahl.

Listeria monocytogenes sind Gram – positive Bakterien. Sie kommen ubiquitär vor und können von der infizierten Mutter auf das ungeborene Kind übertragen werden. Die Neugeborenen-Listeriose (selten), die bereits bei Geburt besteht, ist mit hoher Mortalität verbunden und beinhaltet hohes Fieber, Meningitis, Enzephalitis und Sepsis. Kutan stehen Pusteln mit einem roten Halo sowie Petechien am Stamm und an den Extremitäten im Vordergrund. Differenzialdiagnostisch sind andere Infektionen wie kongenitale Candidiasis, intrauterine Herpesinfektion sowie die Infektion mit *Hämophilus influenzae* und *Pseudomonas* zu erwägen.

Hämophilus influenzae-Infektionen sind bei Geburt oder in den ersten Lebenstagen manifest. An der Haut können neben Pusteln Vesikeln, Krusten und Abszesse auftreten. Als diagnostische Maßnahmen werden die Gramfärbung (pleomorphe Gram negative Stäbchen) und die Kultur der kutanen und Nasopharynxabstriche sowie Kulturen aus dem Blut, Urin und Liquor empfohlen.

Risikofaktoren für *Pseudomonas aeruginosa*-Infektionen sind niedriges Geburtsgewicht (<1500g), Trinkschwäche, parenterale Ernährung, nekrotisierende Enterokolitis und Antibiotikatherapie über einen langen Zeitraum. Hautveränderungen spiegeln die systemische Infektion wider und sind gekennzeichnet durch Ecthyma gangraenosum, die sich aus Blasen und Pusteln auf violetterem Grund entwickeln. Zu den gegen *Pseudomonas* wirksamen Antibiotika zählen z. B. Kombinations-

nen aus Piperacillin und Tazobactam, Aminoglykoside und Carbapeneme.

2.2 Infektionen durch Pilze

2.2.1 Neonatale zephale Pustulose

Synonym

Acne neonatorum

Die Neonatale Zephale Pustulose (NCP), deren Prävalenz bis zu 25% der Neugeborenen angegeben wird, manifestiert sich in der zweiten oder dritten Lebenswoche. Sie ist Malassezia- (*M.furfur* und *M.symptodialis*) assoziiert, wobei die Malassezia-Kolonisation nicht mit der Schwere der Dermatose, jedoch mit dem Lebensalter der Säuglinge korreliert. Innerhalb der ersten Lebenswochen sind bis zu 80% aller Neugeborenen kolonisiert. Die Übertragung erfolgt meist über die Mutter (unter der Geburt oder postpartal). In der Literatur wird die Dermatose mit der Acne neonatorum gleichgesetzt, wobei beide Dermatosen keine Komedonen aufweisen und somit nicht als klassische Akneerkrankungen aufzufassen sind.

Klinik

An den Prädilektionsstellen von Kopfhaut, Gesicht und Hals entstehen auf unscharf begrenzten Erythemen Pusteln und Papulopusteln.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Im Nativpräparat sind die typischen in Haufen angeordneten runden Pilzelemente mit kurzen, gekrümmten Hyphenstücken („spaghetti and meatballs“) zu erkennen. Als Differenzialdiagnosen sind andere pustulöse Dermatosen im Neugeborenenalter zu bedenken, die sich ebenfalls an diesen Prädilektionsstellen manifestieren. Hierzu gehören im Wesentlichen Milien und die eosinophile folliculäre Pustulose.

Therapie und Prognose

Da es sich um eine selbstlimitierende Dermatose handelt, ist eine Therapie nicht unbedingt erforderlich. In schweren Fällen kann eine topische Therapie mit Ciclopiroxolamin oder Ketoconazol indiziert sein.

2.2.2 Kongenitale und Neonatale Candidiasis

Die Kongenitale (KC) und Neonatale Candidiasis (NC), am häufigsten zurückzuführen auf eine Infektion mit *Candida albicans*, unterscheiden sich hinsichtlich des Zeitpunktes der Erkrankungsmanifestation und der Schwere der Erkrankung. Während die KC (aszendierende Infektion) bei Geburt oder zumindest innerhalb der ersten Lebenswoche vorhanden ist und eine hohe Mortalität aufweist, ist die Prognose der in der 2. oder 3. Lebenswoche manifesten NC gut. Allerdings nimmt die NC bei Frühgeborenen und/oder immunsupprimierten Säuglingen ebenfalls einen lebensbedrohlichen Verlauf.

Als Risikofaktoren für eine systemische Beteiligung gelten ein niedriges Geburtsgewicht (<1000 g), zentrale Venenkatheter, invasive Maßnahmen postpartal, parenterale Ernährung, systemische Antibiotika- und Kortikosteroidtherapie.

Klinik

KC und NC unterscheiden sich auch in der Klinik. Während die KC Erytheme mit 3-4 mm großen Pusteln/Papulovesikeln an den Prädilektionsstellen von Gesicht, Stamm und Extremitäten einschließlich der Palmoplantarregion aufweist (Ausparung des Windelbereiches), zeigt sich die NC lokalisiert als Candida-Windeldermatitis und orale Soorinfektion. Das Risiko der systemischen Beteiligung, besonders der Lungen, und ein Mitbefall der Nägel ist für die KC deutlich höher als für die NC. Differenzialdiagnostisch sind besonders bakterielle und virale Infektionen in Erwägung zu ziehen. Auch die selten auftretende neonatale primär kutane Aspergillose (s.u.) ist zu bedenken.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die klinische Diagnose sollte durch den mikroskopischen Nachweis von Sporen und Pseudohyphen im Kalilaugenpräparat und das Ergebnis der mykologischen Kultur (Abstrich von Pusteln, Mundschleimhaut) gesichert werden.

Therapie und Prognose

Die KC erfordert eine systemische antimykotische Therapie (Fluconazol 5mg/kg/d für 2 Wochen), die NC spricht gut auf Nystatin-haltige Externa an. Um die orointestinale Besiedlung zu reduzieren, wird zusätzlich Nystatin Suspension für 1-2 Wochen verabreicht.

2.2.3 Neonatale Aspergillose

Die Aspergillose ist eine sehr seltene Infektion in der Neugeborenenzeit, die jedoch in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen hat. Als Risikofaktoren werden u.a. beschrieben: Immunsuppression, Frühgeborene, Antibiotika- und Kortisonmedikation über einen längeren Zeitraum, längere Krankenhausaufenthalte, Hautverletzungen durch Adhäsivverbände und Pflaster sowie Sauerstoffsonden. Die Übertragung erfolgt aerogen.

Findlay et al. beschreiben verschiedene Formen der kutanen Aspergillose, die solitäre nekrotisierende dermale Plaque, das subkutane Granulom oder das progressive konfluierende Granulom sowie die papulöse Eruption mit suppurativer Vegetation oder Nekrobiose.

Klinik

Die primär kutane Aspergillose manifestiert sich mit rotviolettlichen Papeln und Pusteln, die zentral ulzerieren und eine schwarze Nekrose aufweisen. Meist beginnen die Effloreszenzen am Rücken.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Erreger lassen sich kulturell im Pustelabstrich nachweisen. Das ist im Blut häufig nicht möglich, sodass die Diagnostik bei der disseminierten Form im Blut über die PCR erfolgen sollte. Der Erregernachweis ist auch über die Hautbiopsie möglich, wobei Spezialfärbungen notwendig sind.

Bei kutaner Manifestation sind differenzialdiagnostisch bullöse Impetigo, Ekthymata und Anthrax zu erwägen.

Therapie und Prognose

Die Prognose hängt entscheidend vom Zeitpunkt der Therapie mit Amphotericin B ab. Wird dieses frühzeitig i.v. verabreicht, ist die Prognose für die primär kutane Aspergillose relativ gut (aber Letalität noch bei 20%). Die Erkrankung kann jedoch aufgrund des invasiven Verhaltens der *Aspergillus species* (am häufigsten *Aspergillus fumigatus*) in eine disseminierte Form übergehen, die andere Organe wie Lunge, Muskeln, Rippen, Perikard und Pleura einbezieht. Die Prognose dieser disseminierten Form ist extrem schlecht.

2.3 Infektionen durch Viren**2.3.1 Herpes simplex-Infektionen**

Die Herpes simplex-Virus (HSV)-Infektion kann neonatal (Auftreten innerhalb der ersten vier Lebenswochen) oder kongenital auftreten. Klinisch lässt sich die neonatale Herpes-Infektion in drei Formen unterteilen. Die 1. Form betrifft Haut, Auge und Schleimhaut, die 2. Form das Zentralnervensystem und bei der 3. Form besteht eine Disseminierung der Infektion. Es gibt jedoch fließende Übergänge. Die Inzidenz einer neonatalen HS-Infektion, die am häufigsten während der Geburt übertragen wird, beträgt 1:3000-1:20.000 Geburten. Bei etwa der Hälfte der Infektionen besteht bei der Mutter eine primäre HSV-Infektion, bei 2-3% eine rezidivierende HSV-Infektion.

Die extrem seltene kongenitale HSV-Infektion wird diaplazentar übertragen.

Am häufigsten lassen sich die HSV-Infektionen auf Typ 2 zurückführen. Zu bedenken ist, dass 2/3 der Frauen asymptomatisch sind.

Klinik

Die neonatale Infektion ist durch die o.g. drei Formen gekennzeichnet. Bei der lokalisierten Form (Haut, Auge Schleimhaut) bieten die Neugeborenen besonders an den Hautarealen, die während der Geburt am meisten exponiert sind (Kopf, Nase, Mund), herpetiform angeordnete Vesikeln, die zügig in Pusteln übergehen. Auffällig ist das monomorphe Bild. Zu den möglichen extrakutanen Symptomen zählen Fieber, Hypothermie, Sepsis und eine erhöhte Empfindlichkeit der Haut. Die Erkrankung ist zwischen dem 10. und 12. Lebenstag manifest.

Die kongenitale Infektion (1:300.000 Geburten) zeigt neben frischen Läsionen mit Vesikeln und Pusteln

auf Erythemen auch Narben, besonders im Gesicht, am Stamm und an den Extremitäten. Extrakutan steht der ZNS-Befall im Vordergrund mit Mikrozephalie, Enzephalomalazie und intrakranielle Kalzifikationen. Augendefekte beinhalten Mikrophthalmie, Retinadysplasie, Optikusatrophie und Chorioretinitis.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Verdachtsdiagnose wird kulturell und über die PCR verifiziert. Dafür werden Abstriche kutan von Vesikeln- und Pusteln oder/und von der Mundschleimhaut, Nasopharynx und den Konjunktiven entnommen. Auch ist der direkte Virus-Nachweis im kutanen Abstrich durch die Immunfluoreszenz möglich.

Alle anderen pustulösen Dermatosen des Neugeborenen sind differenzialdiagnostisch zu bedenken, besonders andere Infektionen und die Incontinentia pigmenti. Bei der kongenitalen Form ist auch die Aplasia cutis eine wichtige Differenzialdiagnose.

Therapie und Prognose

Therapie der Wahl sind Aciclovir-Infusionen (10-15mg/kg alle 8 Stunden über 7-14 Tage für die lokalisierte Form, für die anderen Formen 21 Tage). Bereits bei Verdacht auf HSV-Infektionen sollte die Therapie eingeleitet werden. Die Prognose hängt entscheidend von der Form der HSV-Infektion ab. Die lokalisierte Form hat eine relativ gute Prognose, während die ZNS-Form mit einer Mortalität von 5% und die der Disseminierung mit einer Mortalität von 25% behaftet sind.

2.3.2 Varicella Zoster-Virus-Infektionen

Die Varicella Zoster-Virus-(VZV) Infektionen treten kongenital (Infektionen bis zur 20. Gestationswoche) oder neonatal auf (Übertragung in der Spätschwangerschaft, unter der Geburt oder kurz nach der Geburt, Manifestation innerhalb der ersten zehn Lebenstage).

Klinik

Die Klinik der kongenitalen Varizellen ist dermatologisch durch Narben (über die Hälfte der infizierten Neugeborenen) gekennzeichnet. Extrakutan kommt es u.a. zu Fehlbildungen der Extremitäten und der Augen sowie zu neurologischen Symptomen. Neonatale Varizellen sind mit der Ausbildung eines polymorphen Exanthems („Sternenhimmel“) mit Betonung von Stamm und Kopf sowie extrakutan mit Pneumonie, Enzephalitis und Hepatitis verbunden.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnostik der neonatalen Varizellen-Infektion entspricht der der HSV-Infektion. Bei Verdacht der kongenitalen Infektion werden das mütterliche VZV-IgM sowie die virale DNA des Kindes mittels PCR untersucht.

Als Differenzialdiagnosen kommen HSV-Infektionen und andere mit Pusteln einhergehende Erkrankungen in Betracht.

Therapie und Prognose

Therapie der Wahl sind Aciclovir-Infusionen, die Dosierung entspricht der der HSV-Infektionen. Das ist auch bei der kongenitalen VZV-Infektion zu empfehlen, da das Virustatikum die Progression der Augenveränderungen und der neurologischen Symptome verhindern oder zumindest abmildern kann. Daneben sollte eine passive Immunisierung mit VZV-Viren erfolgen. Die Letalität der kongenitalen Infektion beträgt 30%. Die Prognose der neonatalen hängt vom Zeitpunkt der Übertragung ab. Zeigt das Neugeborene die Infektion innerhalb der ersten fünf Tage, sind sowohl das Kind als auch die Mutter mit Aciclovir zu behandeln.

Die wichtigste Maßnahme ist die aktive Immunisierung bei Frauen vor Beginn einer Schwangerschaft.

2.4 Neonatale Skabies

Die Skabies ist eine sehr häufige Infestation im Kindesalter, bedarf jedoch vor Manifestation einer Sensibilisierungsphase, die bei Erstinfektion etwa zwei bis drei Wochen dauert. Somit ist die neonatale Skabies (NS) selten und nicht vor der dritten Lebenswoche zu erwarten. Ursächlich sind *Sarcoptes scabiei*-Milben, deren Eier und Kot, auf die der Wirt mit einer zellulären Immunreaktion antwortet.

Klinik

Prädilektionsstellen der Skabies im frühen Kindesalter sind Kopf, Gesicht und Palmoplantarregion. Die Morphologie der Skabies im frühen Kindesalter ist gekennzeichnet durch ein buntes Bild mit Vesikeln, Papeln und Pusteln (Abb. 4). Zudem kommt es aufgrund der zellulären Immunreaktion zu Ekzemveränderungen. Nach den pathognomonischen Gängen, die die Skabiesweibchen im Stratum corneum oder Stratum granulosum graben, ist gezielt zu suchen. Im weiteren Verlauf können trotz erfolgreicher Therapie rotbraune stark juckende Papeln/Knoten hinzukommen, so genannte postskabiöse Granulome.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Verdachtsdiagnose einer Skabies wird durch den Milben- und/oder Eiernachweis mikroskopisch oder auflichtmikroskopisch gesichert. Die wichtigste Differenzialdiagnose ist das atopische Ekzem, das sich ebenfalls als polymorphes Ekzem zeigt. Zur Abgrenzung ist die Anamnese (u. a. Atopieanamnese, plötzlich ebenfalls juckende Hautveränderungen bei weiteren Familienmitgliedern) hilfreich. Zudem sind andere Dermatosen, die ebenfalls mit Pusteln einhergehen (u. a. Infantile Akropustulose, Infantile eosinophile folliculäre Pustulose) differenzialdiagnostisch zu erwägen.

Therapie

5 % Permethrin ist Therapie der Wahl. Zur Behandlung des postskabiösen Ekzems ist meist die Applikation eines Pflegeproduktes ausreichend, in einigen Fällen erfordert es den kurzfristigen Einsatz eines topischen Kortikosteroids (Klasse 2).

3. Seltene nicht- infektiöse pustulöse Dermatosen

3.1 Incontinentia pigmenti

Synonym

Bloch-Sulzberger Syndrom

Die Incontinentia pigmenti (IP) ist eine selten vorkommende Multisystemerkrankung des ektodermalen Gewebes und des zentralen Nervensystems. Aufgrund der X-chromosomalen Erkrankung sind im Wesentlichen Mädchen betroffen (95%). Bei Dreiviertel der Patienten lässt sich eine Mutation des NEMO-Gens (Xq28) nachweisen, die am häufigsten die Deletion der Exons 4-10 betrifft. Bei den übrigen IP-Patienten wurden Sequenzveränderungen (Punktmutationen) im NEMO-Gen nachgewiesen. NEMO ist für die Funktion von NFκB essentiell, das in immunologischen, inflammatorischen und apoptotischen Signalwegen involviert ist. Ursache der Hautveränderungen sind apoptotische Keratinozyten, was die Freisetzung von TNF-α zur Folge hat.

IP zeigt sich typischerweise in den Blaschkolinien (embryonale Wachstumslinien), die durch den genetischen Mosaizismus sichtbar werden.

Klinik

Klinisch ist die Abfolge verschiedener Hautveränderungen kennzeichnend, die durchaus auch gleichzeitig nebeneinander bestehen können (Abb. 5).

1. Phase: Überwiegend (blaschko-) linear angeordnete Vesikeln, Blasen, sekundär auch Pusteln, meist bei Geburt manifest, besteht für wenige Wochen
2. Phase: verruköse Läsionen ab 2.-3. Monat, v. a. an Fingern und Zehen
3. Phase: Hyperpigmentierung, ab 6. Monat
4. Phase: Atrophische, depigmentierte Läsionen, ab der Pubertät. Extrakutan sind häufig Zähne (60%), Haare (38%), ZNS (30%), Augen (35%) und Skelett (20%) betroffen. Eine Be-



Abb. 4: Infantile Skabies. Vesikulopusteln und von Krusten bedeckte Erosionen palmar.

sonderheit sind Krampfanfälle in den ersten Lebenstagen, die bei 30% der Neugeborenen auftreten können.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Vesikulobullöses Stadium: Infektionen (generalisierter Herpes simplex, Varizellen, Impetigo bullosa, Candidosen, Skabies), andere generalisierte nicht-infektiöse Hauterkrankungen (Langerhanszell-Histiozytose, Erythema toxicum neonatorum, transiente neonatale pustulöse Melanose), die jedoch alle keine Blaschko-lineäre Verteilung aufweisen.

Verruköses und Pigmentstadium: Nävi, Hypomelanosis Ito und fokale dermale Hypoplasie (typisch: Fettgewebshernien)

Therapie und Prognose

Therapeutisch steht kutan die Infektionsprophylaxe im Vordergrund. Der mögliche Befall multipler Organe erfordert ein interdisziplinäres Betreuungskonzept, ebenso sollten genetische Beratungen der Familien erfolgen.



Abb. 5: Incontinentia pigmenti. In den Blaschkolinien angeordnete Hyperpigmentierungen, Krusten und vereinzelt Pusteln am linken Arm.



Abb. 6: Acrodermatitis enteropathica. Scharf begrenzte erythematöse Plaques mit Krustenschorfauflagerungen, betont orifiziell

3.2 Acrodermatitis enteropathica

Synonym

Angeborene Zinkmangelerkrankung

Die Acrodermatitis enteropathica (AE) (Prävalenz von 1:500 000) wird autosomal-rezessiv vererbt und ist auf eine Mutation des Zip4-Gens (Zinktransporter-4-Gen, 8q24.3) zurückzuführen. Das entsprechende Protein, das Zip4 SCL39A4, ist für die Zinkaufnahme im Dünndarm unerlässlich. Unbehandelt verläuft die Erkrankung oft letal.

Klinik

Die Klinik ist durch die Symptomtrias von akraler und pluriorifizierter Dermatitis, Diarrhoe und Alopezie gekennzeichnet, die ein bis zwei Wochen nach dem Abstillen manifest werden. Ist das Stillen nicht möglich, zeigen sich die Symptome bereits bei einem Neugeborenen. Periorifiziert sowie akral an Fingern und Zehen entwickeln die Säuglinge Pusteln, Vesikulopusteln und Blasen auf kräftigen roten ekzematösen, schuppenden Plaques (Abb. 6). Sekundärinfektionen mit *Candida albicans*, Staphylokokken und Streptokokken sind häufig. Perlèche, Alopezie und Schleimhautveränderungen wie Gingivitis, Stomatitis, Glossitis und Blepharokonjunktivitis sind weitere dermatologische Symptome. Extrakutan besteht eine ausgeprägte Diarrhoe, die zu erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens führt. Die Säuglinge sind apathisch, weinerlich und zeigen im weiteren Verlauf Wachstumsstörungen und mentale Retardierungen.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Acrodermatitis enteropathica ist eine klinische Diagnose, die durch den erniedrigten Serumzinkspiegel und dessen abhängige Enzyme (alkalische Phosphatase) gesichert wird. Unter der Therapie sollte der Kupferspiegel kontrolliert werden (alle 2-3 Monate), da eine Zinksubstitution mit einer verminderten Kupferabsorption verbunden ist.

Die polymorphen Hautveränderungen lassen differenzialdiagnostisch an diverse Dermatosen denken: Ekzemerkrankungen (seborrhoisches Ekzem, atopisches Ekzem), Psoriasis, Impetigo, primäre Candidainfektionen, Epidermolysis bullosa, lineare IgA Dermatoze.

Therapie und Prognose

Die Zinksubstitution (Zinksulfat 3-5 mg/d), die lebenslang durchzuführen ist, bessert das Krankheitsbild bereits nach wenigen Tagen dramatisch. Die Prognose ist bei rechtzeitigem Erkennen der Erkrankung und somit frühzeitigem Einleiten der Zinksubstitution sehr gut.

3.3 Langerhanszell-Histiozytose

Frühere Krankheitsbezeichnungen

Hand-Schüller-Christian-Syndrom, Abt-Letterer-Siwe-Erkrankung, eosinophiles Granulom, Histiocytosis X, Hashimoto-Pritzker-Syndrom

Die Langerhanszell-Histiozytose (LZH) ist eine seltene Erkrankung und kommt weltweit vor (Inzidenz von 0,2-0,5/100.000 im Kindesalter). Bei Kindern liegt das Hauptmanifestationsalter im zweiten Lebensjahr. Jedoch werden auch kongenitale Fälle beschrieben, sodass im Neugeborenenalter bei entsprechender Symptomatik auch an diese Diagnose zu denken ist. Die Ursache dieser klonalen Proliferation von Langerhanszellen, die mit inflammatorischen Zellen eine Infiltration in verschiedenen Geweben ausbilden, ist unklar.

Die früheren Krankheitsbezeichnungen von Hand-Schüller-Christian-Syndrom, Abt-Letterer-Siwe-Erkrankung und eosinophilem Granulom sind verlassen worden, da Überlappungen häufig vorkommen. Die heutige Klassifikation richtet sich nach Befall unterschiedlicher Organsysteme. Dabei wird zwischen mono- und multisystemischer LZH unterschieden.

Klinik

Kutane Hautveränderungen sind häufig und weisen distinkte Befunde auf. Zu diesen zählen: exsudative Läsionen mit nässenden Papeln perianal; nässende, krustöse, der Impetigo contagiosa ähnliche Veränderungen axillär (Abb. 7) und in den Leisten; rotgelbe, schuppige Papeln im Schläfenbereich, die an ein seborrhoisches Ekzem erinnern; kleinlinsengroße rotgelbe Papeln am Stamm, die eine schmutzig-gelbliche Schuppung sowie häufig hämorrhagische Note aufweisen. Extrakutan sind v.a. Knochen (80%), Lymphknoten (30%), Leber und Milz (20%) und Lunge (10-15%) betroffen.



Abb. 7: Langerhanszell-Histiozytose. Impetigoartige Läsion axillär links mit von Krusten bedeckter Erosion

Diagnostik und Differenzialdiagnose

Die klinische Verdachtsdiagnose einer LZH ist histologisch zu verifizieren (immunhistochemisch positive Färbungen für CD1a). Es sind aufgrund der klinischen Variabilität viele Differenzialdiagnosen zu bedenken:

Perianal: Condylomata lata

Schläfenbereich: seborrhoisches Ekzem, eosinophile pustulöse Follikulitis

Stamm: Erythema toxicum neonatorum, atopisches Ekzem, Skabies

Bei Ausbildung von Knoten: Spitznävus, Mastozytom, juveniles Xanthogranulom

Die Patienten sollten einer gründlichen Staginguntersuchung unterzogen werden.

Therapie und Prognose

Spontanregression kommt vor, sodass bei Befall lediglich der Haut eine „wait and see“-Strategie durchaus berechtigt ist. Bei Progredienz der kutanen LZH sollte eine Vorstellung in einer Abteilung für Pädiatrische Hämatologie/Onkologie erfolgen. Bei rein kutanen Manifestationen wird über Erfolge mit der topischen Therapie mit Alkylantien (Mechlorethamin) bzw. mit dem chlorierten Purin-Nukleosid-Analogen Cladribin berichtet, die allerdings weder für Kinder noch für diese Indikation zugelassen sind. Bei schwerem Haut- oder multifokalem Knochenbefall sowie bei Multisystemerkrankung ist die systemische Kombinationsbehandlung von Kortikosteroiden und Vinblastin Therapie der Wahl. Frühes Manifestationsalter (<2 Jahre), eine hohe Anzahl befallener Organe, das Bestehen von Organdysfunktion in Leber, Lunge und/oder Knochenmark sind ungünstige Prognoseparameter.

3.4 Transiente myeloproliferative Erkrankung bei Down Syndrom

Die Transiente myeloproliferative Erkrankung (TME) wird bei bis zu 10 % der Kinder mit Down Syndrom (DS) beobachtet. Kinder mit DS haben ein 10–20-fach höheres Risiko, eine Leukämie zu entwickeln.

Die besondere Form der TME kommt nur bei DS vor und weist eine hohe Spontanremission auf. Allerdings kommt es bei 25 % um das zweite Lebensjahr zu einem Rezidiv.

Klinik

Bevorzugt im Gesicht und an traumatisierten Hautarealen (positives Pathergiezeichen, Auftreten der Hautveränderungen durch Reizung, z. B. nach Venenpunktion) entwickeln die DS-Neugeborenen Pusteln und Vesikulopusteln.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Es sollte ein Abstrich vom Pustelgrund zur Anfertigung eines Ausstriches für die mikroskopische Untersuchung entnommen werden, der unreife Myelozyten und Promyelozyten zeigt. Bestätigt wird die Diagnose einer TME durch die Knochenmarkzytologie und -zytochemie sowie *GATA 1*- (Globin Transkriptionsfaktor 1) Mutation. Bei Patienten mit extremer peripher Leukozytose und Pusteln, jedoch fehlenden klinischen Zeichen eines DS, sollte auch an die Möglichkeit einer Mosaikform des DS gedacht werden.

Pusteln erfordern eine detaillierte Diagnostik zum Ausschluss von Infektionen (Bakterien, Viren, Pilze) sowie anderer nicht-infektiöser Dermatosen bei Neugeborenen, die mit Pusteln einhergehen.

Therapie und Prognose

Häufig tritt Spontanheilung ein, das gilt auch für die Hautveränderungen. Jedoch sollten regelmäßige Follow

up-Untersuchungen aufgrund der hohen Rezidivrate erfolgen.

3.5 Defizienz des IL-1-Rezeptorantagonisten (DIRA)

DIRA (Defizienz des IL-1-Rezeptor-Antagonisten) ist eine seltene autosomal rezessiv vererbte Systemerkrankung, die zu den Autoinflammatorischen Syndromen gehört und auf eine Mutation des IL1RN-Gens zurückzuführen ist. Die permanente Aktivität von Interleukin-1 geht mit schweren systemischen Entzündungsreaktionen einher, die im Wesentlichen Haut und Knochen betreffen.

Klinik

DIRA ist bereits in der Neonatalperiode manifest (auch intrauterine Fälle wurden beschrieben) und dermatologisch durch lokalisierte oder generalisierte stecknadelkopfgroße Pusteln gekennzeichnet. Neben der Haut sind Knochen, besonders distale Rippen und lange Röhrenknochen, betroffen, die schmerzhafte Schwellungen (Osteomyelitis, Periostitis) und heterotopie Knochenbildung am Femur zeigen.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Sterile Pusteln in Verbindung mit hohen Entzündungsparametern wie CRP, BSG, Leukozytose und Fieber (jedoch eher moderat) sollten an DIRA denken lassen.

Differenzialdiagnostisch sind v. a. bakterielle und mykotische Infektionen auszuschließen.

Therapie und Prognose

Therapie der Wahl sind rekombinante IL-1 Rezeptorantagonisten wie beispielsweise Anakinra. Bei der Betreuung der Neugeborenen mit DIRA ist das positive Pathergie-Phänomen zu bedenken (Auslösen der krankheitsspezifischen Läsion durch unspezifische Reize), das beispielsweise durch das Legen eines zentralen Venenkatheters ausgelöst werden kann. Ebenso können diese mechanischen Reize dazu führen, dass sich in der Umgebung Thromben bilden, die auf verstärkte Entzündungsreaktionen des vaskulären Endothels zurückzuführen sind.

Bei frühzeitiger Einleitung einer Therapie ist die Prognose relativ gut.

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur bei der Verfasserin.

Prof. Dr. Regina Fölster-Holst
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
 Klinik für Dermatologie, Venerologie
 und Aallergologie
 Schittenhelmstr. 7, 24105 Kiel
 E-Mail: rfoelsterholst@dermatology.uni-kiel.de

Red.: Höger

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Flüchtlingsmedizin

Ein 17-jähriger afghanischer Junge mit Fieber ohne Fokus

Anamnese

Ein 17-jähriger aus Afghanistan stammender Jugendlicher stellte sich hochfiebernd mit Kopf- und Gliederschmerzen, leichtem Schnupfen und Halsschmerzen in der Rettungsstelle unserer Klinik vor. Husten, Erbrechen oder Durchfall bestanden nicht. Aufgrund der Sprachbarriere (Muttersprache Paschtu), und bei nur geringen Englischkenntnissen, war die Anamneseerhebung erschwert. Das Vorliegen einer Grunderkrankung bzw. regelmäßige Medikamenteneinnahme wurden jedoch verneint. Der Junge sei nach achtwöchiger Reisezeit vor ca. zwei Monaten ohne Angehörige über den Iran, die Türkei und über die Balkanstaaten nach Deutschland gelangt.

Klinischer Befund und Diagnostik

Der Patient wies Temperaturen bis 40,0° C auf. In der körperlichen Untersuchung bestanden ein geröteter Rachen, reizlose Tonsillen und Trommelfelle, ein unauffälliger Lymphknotenstatus und kein Meningismus. Der kardiopulmonale Befund war ebenfalls unauffällig. Die Untersuchung von Abdomen, Genitale und der unteren Extremitäten wurde abgelehnt. Die initial durchgeführte laborchemische Diagnostik ergab pathologische Werte für C-reaktives Protein (CrP) 66 mg/l (Ref. <5); Leukozyten 12,7 Gpt/l (Ref. 4,2-10,8); Thrombozyten 101 Gpt/l (Ref. 160-385) bei ansonsten unauffälligen Blutbild-, Leber-, Nierenfunktions- und Gerinnungsparametern. Der Patient entfieberte nach Ibuprofengabe und der Allgemeinzustand stabilisierte sich. Am Folgetag zeigte sich ein reaktiver Anstieg des CrP (234 mg/l; Ref. <5) und Prokalcitonins (16,82 µg/l; Ref. <0,5) und eine Zunahme der Thrombozytopenie (73 Gpt/l; Ref. 160-385). Die Urindiagnostik, der A-Streptokokken-Schnelltest sowie die Röntgen-Thorax-Aufnahme ergaben ebenfalls keine pathologischen Hinweise. Im Blutausstrich (Pappenheim-Färbung) zeigte sich das in der Abbildung 1 dargestellte Bild.

Diagnose

Malaria (tertiana) – Nachweis von *Plasmodium vivax* im Blutausstrich

Epidemiologie und Ätiologie

Bei der Malaria (von lateinisch mala aria „schlechte Luft“) handelt es sich um eine parasitäre Erkrankung. Jährlich erkranken ca. 200-500 Millionen Menschen an Malaria, ca. 0,6-1,2 Millionen Menschen versterben, 75% davon sind Kinder unter fünf Jahren. Malaria wird

durch Protozoen (Einzeller) der Gattung Plasmodium verursacht, welche durch den Stich der in Tropen und Subtropen beheimateten, weiblichen Anophelesmücke übertragen werden. Als humanpathogene Erreger gelten fünf Plasmodienarten (*P. falciparum* = M. tropica; *P. vivax* und *P. ovale* = M. tertiana; *P. malariae* = M. quartana; *P. knowlesi* = *Plasmodium knowlesi* Malaria) mit unterschiedlicher Ausbreitung und auch Resistenzlage [1]. Die Erkrankung kommt in Europa (ca. 12.000 Erkrankungen pro Jahr) und in Deutschland (ca. 500 importierte Erkrankungen pro Jahr, davon ca. 40 Kinder) vergleichsweise selten vor [1,2].

Die Symptome treten abhängig vom Erregertyp mit einer Latenz von sechs Tagen bis spätestens sechs Wochen nach Infektion auf. Unter bestimmten Bedingungen können sich Erkrankungsformen der Malaria mit einer Verzögerung von mehreren Monaten bis Jahren manifestieren. Längere Inkubationszeiten sind beispielsweise bei ineffektiver Prophylaxe bei allen Malariaformen möglich. Die Bildung von Ruheformen (Hypnozoiten) aus Sporozoiten in der Leberzelle kann bei *P. vivax* Rezidive bis zu zwei Jahren nach Infektion verursachen, bei *P. ovale* bis zu fünf Jahren nach Infektion. Aufgrund der teils langen Inkubationszeit ist bei Fieber unklarer Ursache, insbesondere bei rezidivierenden Fieberverläufen nach vorausgegangenem Aufenthalt in entsprechenden Endemiegebieten (Eritrea / Horn von Afrika, Subsahara-Afrika, Pakistan und Afghanistan), eine Malaria differenzialdiagnostisch zu erwägen [1,3]. Gemäß § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz ist der direkte oder indirekte Nachweis von Plasmodium sp. nichtnamentlich direkt an das Robert Koch Institut (RKI) zu melden. Im RKI-Bericht über meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland spielt die Malaria bisher jedoch eine untergeordnete Rolle [4].

Diagnosekriterien

Eine Anamnese, welche differenzialdiagnostisch die Malaria bei passender Klinik berücksichtigt, ist entscheidend für eine zeitnahe Diagnose. Die Beschwerden der Malaria sind mit allgemeinem Krankheitsgefühl, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen zunächst unspezifisch und werden wegen der Latenzperiode häufig als grippaler Infekt fehlinterpretiert [3]. Beweisend für die Malaria ist der mikroskopische Nachweis von Plasmodien im Kapillarblutausstrich (siehe Abbildung) und / oder im parallel angefertigten dicken Blutausstrich, sog. „Dicker Tropfen“. Dabei findet man im Blutausstrich parasitierte Erythrozyten mit typischer Morphe einer frühen (Abb. 1A) und reiferen Form (Abb. 1B) von *P. vivax*. Seit kurzem stehen Antigen-spezifische Schnellteste zur Verfügung, die im



Dr. med. Lars E. Meyer-Dobkowitz^{1*}



Dr. med. Benjamin Bleicken^{1*}

Dr. med. Bettina Beyreiß²

Priv.-Doz. Dr. med. Heidrun Peltroche-Llacsahuanga²

Priv.-Doz. Dr. med. Georg C. Schwabe¹

Dr. med. Simone Stolz¹

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,

² Zentrum für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

* Gleichberechtigte Autorenschaft

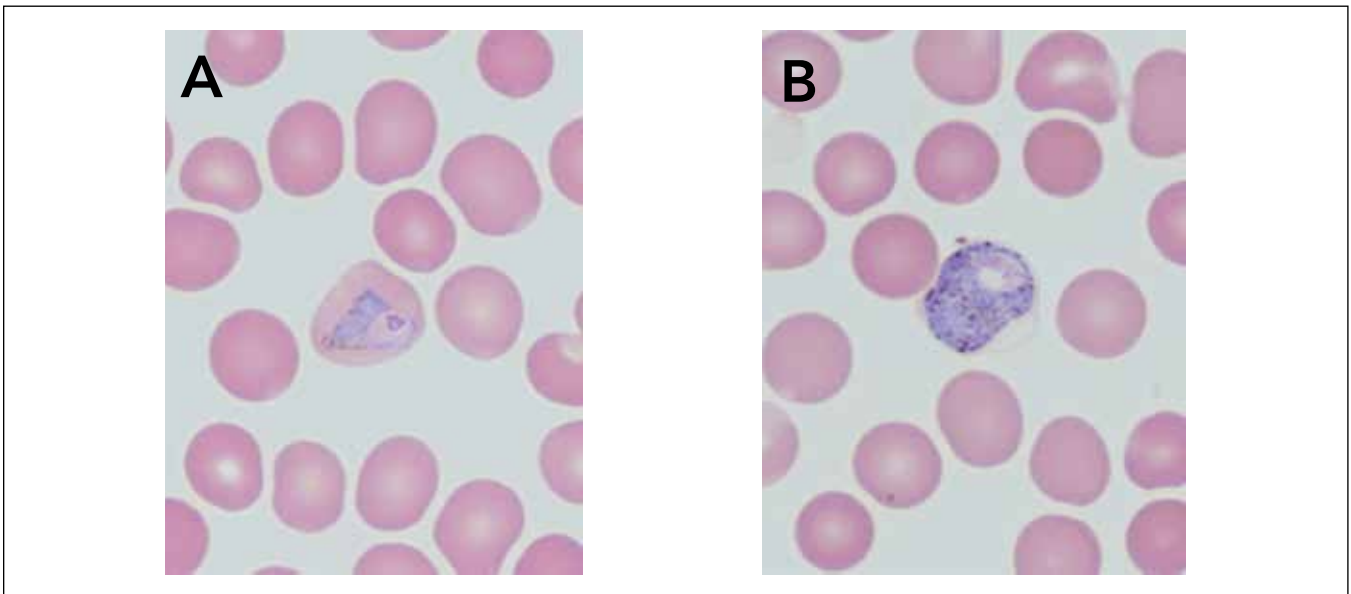


Abb. 1: Detailvergrößerungen (1000-fach) eines mikroskopischen Differenzialblutbildes (Färbung nach Pappenheim) mit auffälliger Morphologie von Erythrozyten mit typischer Morphe einer frühen (A; Trophozoit) und reiferen Form (B; nahezu ausgereifter Schizont) des *P. vivax*.

Urlaubsland bei fehlender Verfügbarkeit einer mikroskopischen Malariadiagnostik eine sinnvolle Ergänzung zur zeitnahen Sicherung einer Verdachtsdiagnose darstellen. Die Möglichkeit falsch negativer Befunde sollte allerdings dabei in Betracht gezogen werden. Für die Akutdiagnostik sind die Malaria-PCR und -Serologie nicht geeignet, sie sind speziellen Fragestellungen vorbehalten, wie beispielsweise forensischen Untersuchungen und gutachterlichen Fragen [2,3].

Therapie und Verlauf

Nach Erhalt des Befundes einer Malaria tertiana wurde eine Therapie gemäß der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) mit Malarone (Atovaquon/Proguanil) über drei Tage eingeleitet [2]. Malarone ist in Deutschland nur zur Behandlung der Malaria tropica zugelassen (off-label use). Entsprechend wird im DGPI-Handbuch für die Malaria tertiana Chloroquin oder Mefloquin empfohlen [1]. Gründe, die für uns dennoch für eine primäre Therapie mit Malarone sprachen, sind eine mutmaßlich weltweite Ausbreitung von Chloroquin-Resistenzen bei *Plasmodium vivax* und in Bezug auf Mefloquin das Vorliegen neuer Kontraindikationen sowie geänderter Warnhinweise zu schwerwiegenden Nebenwirkungen [5]. Im Februar 2016 verzichtete der Hersteller des einzigen Mefloquin-Präparates auf dem deutschen Markt auf die weitere Zulassung.

Zur Rezidivprophylaxe wurde anschließend eine 14-tägige orale Behandlung mit Primaquin durchgeführt. Wegen des erhöhten Hämolyserisikos unter Primaquin-Therapie wurde ein Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel vor der Behandlung ausgeschlossen. Aufgrund der erhöhten Entzündungsparameter wurde der Patient zusätzlich antibiotisch mit Amoxicillin/Sulbactam behandelt. Im Verlauf entfieberte der Patient und

die Laborwerte normalisierten sich, sodass der Patient nach einer Woche in die ambulante Nachsorge entlassen werden konnte. Durch die Nachbehandlung mit Primaquin sollten Rezidive ausgeschlossen sein, bei erneutem Fieber ist dennoch eine umgehende ärztliche Wiedervorstellung erforderlich. Bei Malaria tertiana sind bei inadäquat durchgeführter Prophylaxe Spätrezidive nach Monaten bis zu mehreren Jahren beschrieben [2].

Fazit für die Praxis

- Die Migration von Kindern und Jugendlichen aus Malariagebieten lässt in Zukunft weitere Fälle von Malariaserkrankungen in Deutschland annehmen.
- Die Malariadiagnostik sollte bei Fieber unklarer Ursache nicht nur bei Urlaubsrückkehrern, sondern auch bei Migranten aus Risikogebieten angefordert werden.
- Für die Diagnostik und Therapie stehen das DGPI-Handbuch und aktuelle deutschsprachige Empfehlungen und Leitlinien im Internet frei zugänglich zur Verfügung.
- Bei schwerer Erkrankung, ausbleibender Besserung bzw. Verdacht auf eine Resistenzsituation sollte frühzeitig Kontakt mit einem Tropeninstitut aufgenommen werden.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Lars E. Meyer-Dobkowitz
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
Thiemstr. 111, 03048 Cottbus
Tel.: 0355/462336, Email: L.Meyer@ctk.de

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

Anamnese

Ein 15-jähriger Junge wird mit seit der Geburt bestehenden bzw. weiterhin neu auftretenden bläulichen subkutanen Knoten vorgestellt. Die Knoten seien gelegentlich druckschmerzhaft. Bei dem Vater und der Großmutter väterlicherseits, einer Cousine, sowie weiteren Familienmitgliedern bestünden ähnliche Hautveränderungen.

Untersuchungsbefund

Im Bereich des Rückens und der linken Flanke finden sich teils beetartige, teils einzeln stehende und druckdolente, bis 5mm durchmessende, bläuliche Papeln (Abb. 1a). Am Handgelenk (Abb. 1b) links bzw. hinter dem Malleolus lateralis des rechten Fußes finden sich mehrere, bis 1.5 cm durchmessende, bläuliche, weich palpable Knoten.

Histologischer Befundbericht (PD Dr. Kutzner, Dermatohistopathologie Friedrichshafen)

Im mittleren und tieferen Korium kommen unterschiedlich weit dilatierte, vaskuläre Spalträume zur Darstellung. Gute Darstellbarkeit der endothelialen Auskleidung mit CD31. Die Endothelzellkerne imponieren negativ für WT1. Die Gefäßspalträume werden von ein- bis zweireihigen Schichten monomorpher, kuboidaler Zellen umgeben. Diese Zellelemente reagieren deutlich positiv mit Glattmuskel-Aktin (Abb. 2).

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1a: im Bereich des Rückens multiple kleine livide Papeln



Abb. 1b: größere livide Knoten im Bereich des Handgelenkes

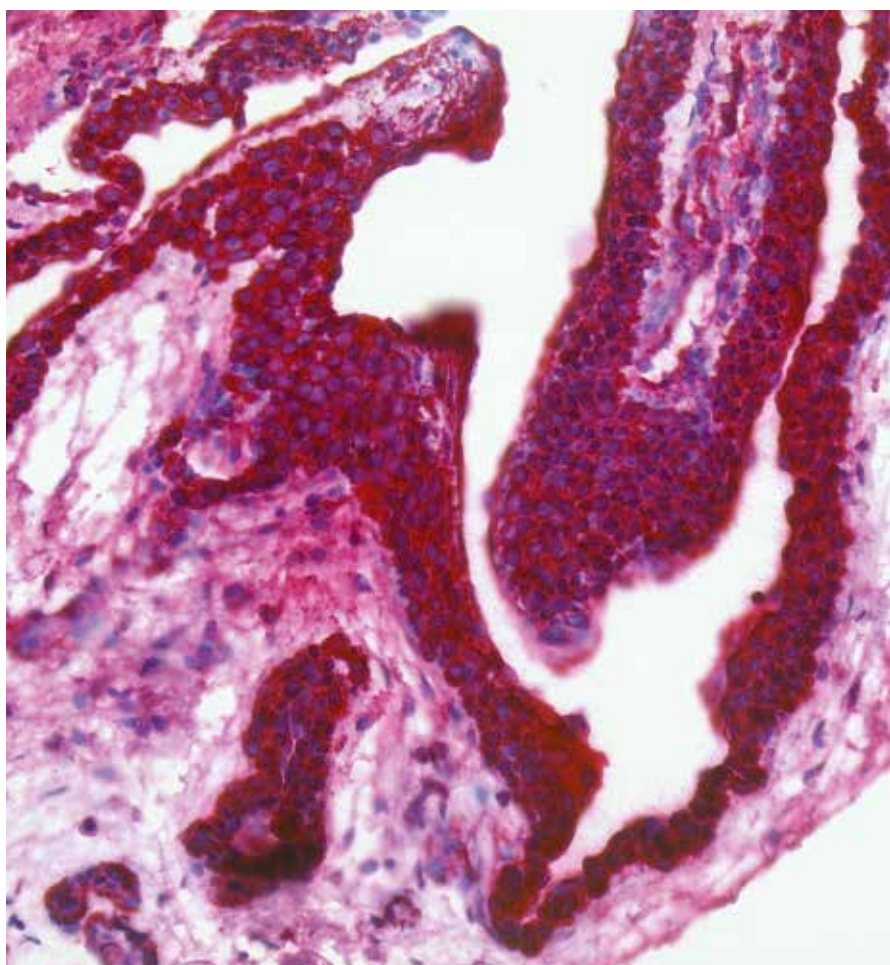


Abb. 2: Dilatierte, vaskuläre Spalträume, die von ein- bis zweireihigen Schichten monomorpher, kuboidaler Zellen ausgekleidet sind. Diese Zellelemente reagieren deutlich positiv mit Glattmuskel-Aktin.

Diagnose:**Glomangiomatose**

Bei Glomangiomen handelt es sich um gutartige Tumore, die sich von myovaskulären Zellen knäuelartiger, arteriovenöser Anastomosen der Haut, den sogenannten Glomusorganen, ableiten. Glomangiome treten zumeist sporadisch als solitäre, bläuliche oder violette, druckdolente und kälteempfindliche, dermale oder subkutane Knoten im Erwachsenenalter auf. Sie finden sich bevorzugt an den oberen Extremitäten und hier vor allem an den Händen bzw. subungual.

Im Gegensatz zu den solitären Glomangiomen handelt es sich bei der Glomangiomatose (Synonym: glomuvenöse Malformation) um eine autosomal-dominant vererbte Hauterkrankung, der eine Mutation des Glomulin-Gens auf Chromosom 1p21-22 zugrunde liegt. Hierbei finden sich multiple, disseminierte, teils auch gruppiert oder segmental angeordnete, dermale Knoten ohne besondere Prädilektionsstellen. Oftmals sind diese bereits bei Geburt vorhanden. Im Laufe der Kindheit kann es zum Größenwachstum bestehender und zum Neuaufreten weiterer Glomustumore kommen. Die für die solitären Glomangiome typische Berührungs- und Druckempfindlichkeit findet sich bei den multiplen Knoten der Glomangiomatose deutlich seltener. Einzelne Tumore können jedoch mit Beschwerden assoziiert sein. Der Ausprägungsgrad der Glomangiomatose kann innerhalb einer betroffenen Familie erheblich variieren von einigen wenigen Glomustumoren bis hin zu hunderten Läsionen. Die Glomangiome persistieren in der Regel. Eine Entartung ist nicht bekannt.

Diagnostik und Differenzialdiagnosen

Die Diagnose einer Glomangiomatose kann meist anhand des typischen klinischen Befundes und der Eigen- bzw. Familienanamnese gestellt werden.

Im Unterschied zu infantilen Hämangiomen, mit denen sie oft verwechselt werden, ist die Neubildung nicht auf die ersten 6-8 Lebenswochen beschränkt, sondern hält zumindest während der ersten beiden Lebensjahre an. Venöse Malformationen sind kongenital, meist solitär und statisch. Die „Blue-Rubber-Blebb-Angiomatose“ (Bean-Syndrom) betrifft regelhaft auch die Darmschleimhaut und kann dort zu lebensgefährlichen Blutungen führen, begleitet von einer Verbrauchskoagulopathie. Eine sichere Abgrenzung gelingt anhand des histologischen Befundes, der nur bei der Glomangiomatose die oben beschriebenen kuboidalen und Glattmuskel-Aktin-positiven Glomuszellen aufweist.

Therapie

Solitäre Glomangiome werden exzidiert. Bei der Glomangiomatose sollten nur die Läsionen entfernt werden, die mit Beschwerden, funktioneller oder kosmetischer Beeinträchtigung einhergehen. Rezidive sind bei unvollständiger Exzision möglich.

Literaturangaben

1. Boon LM et al. A gene for inherited cutaneous venous anomalies ("glomangiomas") localizes to chromosome 1p21-11. *Am J Hum Genet* 1999;65:125-33
2. Frieden I et al. Vascular birthmarks and other abnormalities of blood vessels and lymphatics. In: Schachner LA, Hansen RC (Eds). *Pediatric Dermatology*, 3rd edition, Edinburgh: Mosby; 2003. p857
3. Glick SA et al. Congenital glomangioma: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 1995;12:242-4
4. Moss C, Shahidullah H. Naevi and other developmental defects. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (Eds). *Rook's Textbook of Dermatology*, 8th edition, Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. pp18.73

Dr. Anne Teichler

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Lilientronstraße 130

22149 Hamburg

Red.: Höger

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

Vaginaler Lichen sclerosus et atrophicus (LSA)

consilium

Prof. Dr. med.
Peter Höger

Frage

Ich betreue ein 3-jähriges Mädchen, das seit beinahe 4 Monaten eine schmerzlose, nicht juckende, nicht progrediente, fast atrophische blasse Läsion am distalen Commissurende der Schamlippen unterhalb des Introitus vaginae aufweist.

Es existieren ansonsten keine Läsionen, es gibt keinen Anhaltspunkt auf sexuelle Übergriffe oder Masturbation.

- Wie lautet die Diagnose?
- Was sind mögliche Differenzialdiagnosen?
- Wie würden Sie weiter vorgehen?

Expertenantwort

Im Bereich der hinteren Kommissur zeigt sich eine unscharf begrenzte Weißfärbung der Haut/Schleimhaut, umgeben von einer leichten Rötung. In der Anfrage wird von einer „fast atrophischen“ Veränderung der Hautoberfläche gesprochen. Der Befund besteht seit 4 Monaten.

Die wahrscheinlichste Diagnose ist ein Lichen sclerosus et atrophicus (LSA). Der LSA ist eine chronische Entzündungskrankheit, die überwiegend im Anogenitalbereich und bevorzugt bei Mädchen und Frauen (m:f = 9:1) auftritt. In etwa 11 % der Fälle treten extragenitale Läsionen auf. Zur Prävalenz liegen keine gesicherten Daten vor; sie wird auf etwa 1:900 geschätzt.

Die Ätiologie des LSA ist nicht vollständig geklärt. Einerseits besteht eine genetische Disposition, die sich u.a. in einer hohen Assoziation mit dem HLA Locus DQ7 ausdrückt. Andererseits besteht eine Assoziation mit Autoimmunerkrankungen wie der Autoimmunthyreoiditis, Vitiligo, Alopecia areata und der perniziösen Anämie (1). Eine Assoziation besteht auch mit der lokalisierten Sklerodermie (Morphea), von der LSA-Läsionen auch histologisch nur schwer abgrenzbar sind (2). Bis zu 5,7 % der Patienten mit Morphea weisen auch einen LSA auf (1). Auch HPV-Infektionen wurden mit LSA in Verbindung gebracht (3).

Die Erkrankung tritt bei Erwachsenen am häufigsten in der Altersgruppe 45-60 Jahren auf. 715 % aller

Fälle werden bei Kindern vor der Pubertät beobachtet. Diese bimodale Verteilung wird auf einen präpubertär und perimenopausal niedrigen Östrogenstatus zurückgeführt. Typische Symptome sind pergamentartige Hautatrophien, Erosionen, Ekchymosen und schließlich eine Sklerosierung. Meist, aber nicht immer, wird anamnestisch ein starker genitaler Pruritus angegeben. Komplikationen sind Einblutungen, Superinfektionen und – bei schwerem, chronisch-rezidivierendem Verlauf – Narbenbildung (Extrembild bei Erwachsenen: Kraurosis vulvae), bei Jungen Phimose und durch urethrale Beteiligung Meatusstenosen.

Die Behandlung besteht in der Anwendung potenter topischer Steroide (2 x/d für 4 Wochen). Am besten geeignet und verträglich ist Mometason (4). Insbesondere bei rezidivierendem Verlauf ist auf eine ausreichend lange, ggf. auf eine Intervalltherapie zu achten, um weiteren Rezidiven vorzubeugen (5). Therapiebegleitend empfiehlt sich die Anwendung adstringierender Sitzbäder, z. B. mit Tannosynt®.

Differentialdiagnostisch ist in erster Linie an eine Vitiligo zu denken. Auch bei dieser Autoimmunerkrankung ist der Anogenitalbereich häufig, selten aber ausschließlich betroffen. Atrophien/Erosionen/Sklerosierung treten allerdings nicht auf.

Prof. Dr. med. Peter Höger

**Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH
Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/Allergologie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg**

Literatur:

1. Tong LX, Sun GC, Teng JMC. Pediatric Lichen sclerosus: A review of the epidemiology and treatment options. *PediatrDermatol* 2015, 32, 593-599.
2. Succaria F, Kurban M, Kibbi AG, Abbas O. Clinicopathological study of 81 cases of localized and systemic scleroderma. *J EurAcadDermatol-Venereol* 2013, 27, e191-196.
3. Kiene P, Milde-Langosch K, Löning T. Human papillomavirus infection in vulvar lesions of lichen sclerosus/atrophicus. *Arch Dermatol Res* 1991, 283, 445-448.
4. Virgili A, Borghi A, Minghetti S, Corazza M. Mometasonefuroate 0.1% ointment in the treatment of vulvar lichen sclerosus: a study of efficacy and safety on a large cohort of patients. *JEADV* 2014, 28, 943-948.
5. Ellis E, Fischer G. Prepubertal-onset vulvar lichen sclerosus: The importance of maintenance therapy in long-term outcomes. *Pediatr-Dermatol* 2015, 32, 461-467.

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Pneumokokken-Mastoiditis bei Kindern vor und nach Einführung der konjugierten Pneumokokken-Impfstoffe

Pneumococcal Mastoiditis in Children Before and After the Introduction of Conjugate Pneumococcal Vaccines

Koutouzis E I, Michos A, Koutouzi F I, et al., *Pediatr Infect Dis J*, 35:292-296; März 2016

Die Autoren vom Aghia Sophia Pädiatrie-Zentrum der Universitätsklinik Athen untersuchten *S. pneumoniae* Isolate von Mastoiditis-Patienten und deren Antibiotika-Empfindlichkeit, die von Januar 1999 – Dezember 2014 nach Einführung der PCV7- bzw. PCV13-Impfung stationär behandelt wurden.

Von 334 Kindern in einem mittleren Alter von 22 Monaten (12-30 Monate) mit einer akuten Mastoiditis (AM) wurde bei 89 (26,6 %) *S. pneumoniae* isoliert: In der Ohr-Flüssigkeit (58 %), Mastoid-Material (35,2 %) und Blut (6,8 %).

Die Resistenz gegen Penicillin betrug 12,4 %, gegen Erythromycin 49,9 % und gegen Clindamycin 18 %.

Die Verteilung der Pneumokokken-Serotypen vor Einführung der PCV7-Impfung (1999 – 2005), nach Einführung der PCV7-Impfung (2006-2010) und nach Einführung der PCV13-Impfung (2011-2014) betrug für PCV7-Serotypen 81 %, 25 %, 0 % resp. ($p < 0,0001$) für die zusätzlichen PCV13-Serotypen 16,3 %, 70,8 %, 63,3 % resp. ($p < 0,0001$) und für nicht PCV-Serotypen 2,3 %, 4,1 %, 36,3 % ($p = 0,0002$) resp.

Ein signifikanter Resistenz-Anstieg ergab sich für den Serotyp 19A nach PCV7-Impfung. Dieser Trend änderte sich auch nach Einführung der PCV13-Impfung nicht (2,3 %, 50 %, 50 % resp. $P < 0,0001$). Ein signifikanter Anteil der Penicillin- (54,5 %) und Erythromycin- (34,8 %) - Resistenz wurde als Typ 19A identifiziert.

Durch die Einführung von PCV13 wurden die Mastoiditis-Häufigkeit und die Häufigkeit des Serotyp 19A nicht signifikant vermindert.

Die Häufigkeit der Penicillin- und Erythromycin-Resistenz der Pneumokokken war ebenfalls signifikant auf den Serotyp 19A zurückzuführen.

Kommentar

Die Autorengruppe untersuchte retrospektiv die Pneumokokken-Isolate von Mastoiditis-Patienten in Abhängigkeit von der durchgeführten konjugierten 7 oder 13-valenten Pneumokokken-Impfung. Wenn auch die Signifikanzen aufgrund der retrospektiven Patienten-Material-Auswahl mit Zurückhaltung zu bewerten sind, so ist doch bemerkenswert, dass sowohl die Erreger als auch deren Resistenzen ganz überwiegend auf den Pneumokokken-Serotyp 19 A zurückzuführen war, obwohl der im 13-valenten Impfstoff enthalten ist. Ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung dieses Serotyps. Weitere Studien müssen ihr Augenmerk weiterhin auf diesen Serotyp richten. Die Studie besticht durch die relativ große Patientenzahl und die Einheitlichkeit der Diagnose- und Therapie-Standards.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Notwendigkeit und Zeitpunkt der Bildgebung bei Akuter Mastoiditis im Kindesalter

Acute Mastoiditis in Children: Necessity and Timing of Imaging

Marom T, Roth Y, Boaz M, et al., *Pediatr Infect Dis J*, 35:30-34; Januar 2016

Die Autorengruppe vom Wolfson Medizin Zentrum der Universität Tel Aviv überprüfte retrospektiv die Krankenakten von Kindern unter 8 Jahren, die zwischen dem 1. Januar 2005 und dem 31. Dezember 2014 wegen einer Akuten Mastoiditis (AM) stationär aufgenommen wurden. Die ausgewerteten Daten schlossen die medizinische Vorgeschichte, Zeichen und Symptome, Laborbefunde, Bildgebungen, die Behandlung und den Krankheitsausgang ein. Eine antibiotische Vorbehandlung hatten 13 % (28) der <2-jährigen und 19 % (45) der 2-8-jährigen Kinder erhalten.

88 AM wurden bei 86 (100 %) Kindern diagnostiziert, 55 (63 %) bei Knaben, 46 (52 %) bei Kindern <2 Jahren. Eine antibiotische Vorbehandlung hatten 13 % (28) der <2-jährigen und 19 % (45) der 2-8-jährigen Kinder erhalten.

Alle Kinder erhielten eine parenterale Antibiotika-Therapie, 82 (95 %) bei Aufnahme eine Myringotomie. Die Mehrzahl der Kinder (84 %) erhielt initial Cefuroxim parenteral, gefolgt von Ceftriaxon (14 %) allein oder in (2 %) Kombination mit einem anderen Antibiotikum. Bei 23 (26 %) Kindern wurde das Antibiotikum zwischen dem 1.-7. Tag gewechselt aufgrund der Antibiotika-Empfindlichkeit des Erregers bei 9 %, Verschlechterung des Allgemeinbefindens bei 30 % oder um nach der chirurgischen Behandlung ein breiteres antibiotisches Wirkspektrum zu erhalten bei 61 %.

Bildgebungen wurden nur bei 20 (23 %) Kindern im Mittel am 6. Tag der stationären Behandlung durchgeführt: 20 (100 %) Kin-

der erhaltenen CT-Untersuchungen, 3 (15 %) zusätzliche MRI-Untersuchungen. Gründe für die Bildgebungen waren subperiostale Abszesse (SA) bei 9 von 20 Patienten (45 %), ungenügendes Ansprechen auf die adäquate medizinische Therapie bei 7 (35 %) und fokale neurologische Symptome bei 4 (20 %). Es fand sich eine positive Relation zwischen der verdächtigsten AM-Komplikation und der Bildgebung.

16 (14 %) Kinder wurden chirurgisch behandelt wegen eines subperiostalen Abszesses (12), einer Jugularis-Venen-Thrombose (2), einem Perisinus Empyem (2), einem Peridural-Abszess (2) und einem Luc Abszess (Eiter-Ansammlung in der Tiefe des Musculus temporalis) (1). Bei 14 (12 %) wurde eine Drainage des SA durchgeführt. Eine Mastoidektomie wurde ebenfalls bei 14 (12 %) durchgeführt.

Insgesamt wurden 105 Erreger isoliert: aus der MEF während der Myringotomie bei 74 %, aus der spontanen Otorrhoe bei 2 %, aus der Drainage des SA bei 8 % und aus der Mastoid-Höhle bei der chirurgischen Intervention bei 16 %.

Bei 31 Kindern waren die Kulturen positiv (30 %): *S.pneumoniae* 27 (87 %), *H.influenzae* 2 (6 %), *M.catarrhalis* 1 (3 %). Eine Mischkultur fand sich in 1 Fall (3 %). 70 % der Pneumokoken waren penicillinempfindlich, 19 % intermediär penicillinempfindlich, 11 % penicillinresistent. Bei 3 von 27 der pneumokoken-positiven MEF-Kulturen wurden auch im Blut und in 1 Fall im CSF-Liquor Pneumokoken nachgewiesen. Eine Myringotomie wurde bei 82

(95 %) Kindern bei der stationären Aufnahme durchgeführt und wiederholt falls erforderlich. Die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer lag bei 6,8 Tagen (Bereich 2-28 Tage) bestimmt im Wesentlichen durch die parenterale Antibiotika-Therapie die nach Protokoll für 6-10 Tage gegeben wurde. Es ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Kindern.

Bei keinem der in die Studie eingeschlossenen Kindern ergaben sich innerhalb einer im Mittel 3-monatigen Nachbeobachtung Hinweise auf neurologische Folgeerscheinungen oder andere Spätschäden.

Kommentar

Die Studie belegt durch die Patienten-Verlaufsdaten, dass eine Bildgebung (CT, ausnahmsweise MRI) im Verlauf der AM nur ausnahmsweise beim Auftreten von Komplikationen oder ungenügender Besserung durch die chirurgische Behandlung erforderlich war. Bemerkenswert ist die geringe Zahl der antibiotischen Vorbehandlungen, sodass anzunehmen ist, dass keine etablierte ambulante Therapie der AOM die Regel war, was jedoch an anderer Stelle behauptet wurde.

Eine prospektive Studie nach einheitlichen Verfahrenskriterien wäre wünschenswert, um den Stellenwert der Bildgebung bei der AM objektiver zu belegen.

(Helmut Helwig, Freiburg)



Foto: © RoPauca Images - Fotolia.com

Bildungsbericht 2016

Die Schere im Bildungssystem

Zwar machen immer mehr junge Menschen in Deutschland höhere Bildungsabschlüsse, aber viele Schüler mit Migrationshintergrund bleiben zurück. Das ist ein Ergebnis des Berichts „Bildung in Deutschland 2016“, den die Bundesregierung am 16. Juni veröffentlichte.

Die Bildungsbeteiligung in Deutschland steigt – aber nicht alle Kinder und Jugendlichen profitieren davon. Zunächst die guten Nachrichten: immer mehr Kleinkinder besuchen außerhäusliche Betreuungseinrichtungen, 60 Prozent aller Schulen bieten Ganztagsbetreuung an, die von einem Drittel der Schüler genutzt werden, und der Anteil von Jugendlichen mit Migrationshintergrund ohne einen allgemeinbildenden und beruflichen Bildungsabschluss sinkt. Die schlechten Nachrichten: Jugendliche ohne deutschen Pass erreichen unterdurchschnittlich selten die allgemeine Hochschulreife und verlassen überdurchschnittlich häufig die Schule ohne Hauptschulabschluss.

Es fehlen bis zu 44.000 Lehrkräfte – nur für 2015

Wie schon beim ersten nationalen Bildungsbericht vor zehn Jahren ist diesmal das Thema Migration Schwerpunkt. Allein die Integration der im vergangenen Jahr hinzugekommenen Flüchtlinge werde nur für das Jahr 2015 zusätzlich 2,2 Milliarden bis 3 Milliarden Euro kosten, schreiben die Forscher. Um alleine den akuten Personalbedarf zu decken, müssten je nach Modellrechnung 33.000 oder 44.000 zusätzliche Erzieherinnen, Lehrkräfte und Sozialarbeiter gewonnen werden. Schon jetzt seien in den Kitas zusätzlich 43.000 bis 58.000 geflüchtete Kinder aufzufangen, in der Grundschule zwischen knapp 40.000 und knapp 53.000 und im dualen System zwischen 72.000 und 96.000.

„Sprachförderbedürftig“

Für Kitas ist der Umstand eine besondere Herausforderung, dass

ein Drittel der Kinder mit nicht deutscher Familiensprache Kitas besucht, in denen die Mehrheit der Kinder zu Hause ebenfalls kaum oder wenig Deutsch spricht. In Ballungszentren wie Berlin betrifft dies mehr als die Hälfte aller Kinder mit nicht deutscher Familiensprache. Als „sprachförderbedürftig“ stufen die Autoren des Berichts ein Viertel der Drei- bis Fünfjährigen ein. Die meisten der förderbedürftigen Kinder kommen aus Elternhäusern mit niedrigem Schulabschluss sowie mit nicht-deutscher Muttersprache (39 Prozent).

Und wo bleibt das Positive?

Zwischen Pisa 2000 und Pisa 2012 legten 15-Jährige mit niedrigem sozioökonomischen Status beim Lesen um anderthalb Lernjahre zu. Der Anteil der schwächsten Leser reduzierte sich von 23 auf 15 Prozent.

Regine Hauch

Kommentar zum Bildungsbericht 2016

Wir brauchen niederschwellige Förderangebote

Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status verfügen über eine schlechtere Gesundheit als Kinder aus sozial besser gestellten Familien: neben häufigeren Unfällen haben sie mehr Zahnerkrankungen, sind krankhaft übergewichtig, leiden öfter unter Typ-2-Diabetes und chronischer Bronchitis, treiben seltener Sport und rauchen mehr. Was aus diesen Kindern wird, welche Schulabschlüsse sie machen (ob sie überhaupt einen machen), welche Berufe sie ergreifen, entscheidet vor allem aber ihre frühkindliche Entwicklung. Auch diese wird durch die sozio-ökonomischen Bedingungen, unter denen sie aufwachsen, limitiert: viele Kinder aus prekären Verhältnissen zeigen Störungen in der intellektuell/kognitiven und/oder der sprachlichen Entwicklung, viele sind verhaltensauffällig und zeigen Störungen in der sozialen Kompetenz. Später haben sie häufig Probleme in der Schule, sind lerngestört, konzentrationsgestört und etwa die Hälfte von ihnen wird die Schule ohne einen Abschluss verlassen. Diese Jugendlichen können nur mit teuren und langwierigen Auffangprogrammen für eine Berufsausbildung und für das Leben selber vorbereitet werden. Trotzdem werden zahlreiche von ihnen lebenslang von gesellschaftlichen Transferleistungen abhängig bleiben, manche von ihnen geraten auf die schiefe Bahn. Nur um eine Zahl zu nennen: ca. 35.000 bis 40.000 Jugendliche verlassen jedes Jahr die Hauptschule ohne Abschluss. Rechnet man Abbrecher höherer Klassen hinzu, addiert sich die Zahl auf 60.000 bis 70.000 Jugendliche, die sich selbst in ein Leben ohne Aussicht auf gesellschaftliche Teilhabe entlassen.

Auf den sich selbst erhaltenden Teufelskreis von pekuniärer Ar-

mut, Bildungsferne und späterer schlechter Bildungs- und Sozialprognose der aus diesen Familien entstammenden Kinder weist der Berufsverband seit dem Millenniumswechsel konstant hin. Und als ärztlicher Verband betont er, dass keine medizinische Therapie dieses soziogene Problem in der Breite lösen kann – auch wenn noch so viele Ausstellungen von Heilmittelverordnungen von ErzieherInnen oder LehrerInnen gefordert werden.

BVKJ: Mehr soziale Förderung statt Therapien

Der BVKJ benennt auch, was hilft: die Schaffung strukturierter Möglichkeiten einer frühkindlichen, sozialkompensatorischen Förderung der betroffenen Kinder zusammen mit sozialen Unterstützungsangeboten für ihre Familien. Nur Kinder, die gut gefördert ihre Schullaufbahn beginnen, haben eine Chance, diese auch mit einer guten weiteren Ausbildungsprognose zu beenden. Auf allen großen Pressekonferenzen des BVKJ und in den zahlreichen persönlichen Kontakten mit Bundestagsabgeordneten des Gesundheits- und Familienausschusses, unseren Politischen Foren, unserem seit acht Jahren jährlich verliehenen Medienpreis, in Gesprächen mit und Vorträgen vor der Kinderkommission und nicht zuletzt mit den verschiedenen Gesundheitsministern wiederholen wir diese Botschaft.

Nicht, dass nichts geschehen wäre: laut jüngstem Bildungsbericht hat die Lesekompetenz offenbar zugenommen und es verlassen auch nicht mehr ganz so viele Jugendliche die Schule ohne Abschluss. Trotzdem bleibt die Schulabbrecherquote hoch, Deutschland liegt im europäischen

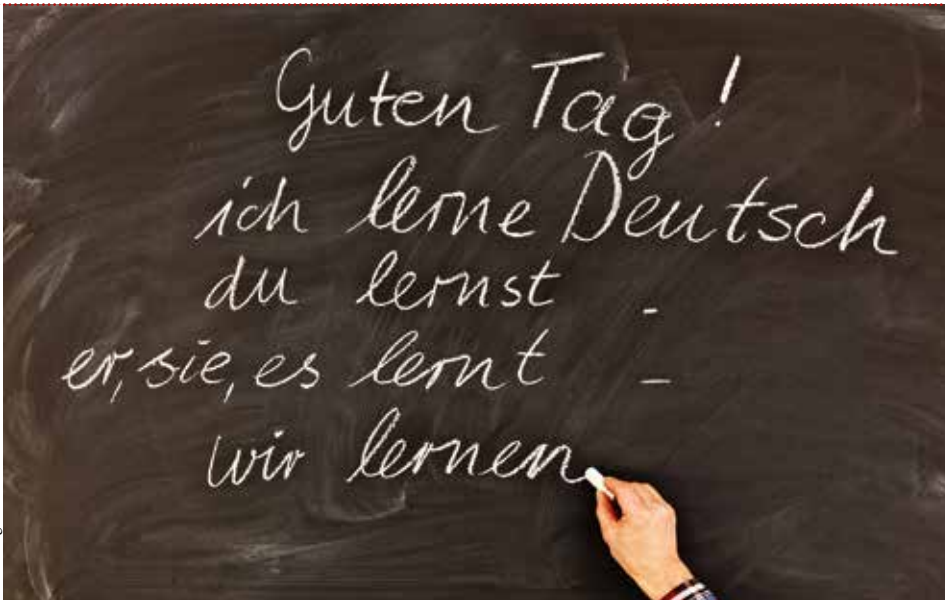
Vergleich in der Mitte. **Im Kern zeigt der Bildungsbericht aber, dass sich die Situation nicht wesentlich gebessert hat.** Insbesondere nicht für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, für die sich vor allem in den großstädtischen Ballungsräumen nach wie vor schlechte Bildungsprognosen ablesen lassen. Zu befürchten ist, dass immer mehr bildungsorientierte Familien ihre Kinder auf private Schulen schicken und die Bildungsschere weiter auseinandergeht. Die letzten 15 Jahre sind für diesen Trend ein Beleg.

Was tun?

Wir können es nicht oft genug sagen: der Bildungserfolg von Kindern beginnt in der frühesten Kindheit. Reichen familiäre Anregungs- und Bildungskompetenzen nicht aus, ihre Kinder ausreichend zu fördern, muss die Gesellschaft sie mit für solche Familien niederschwelligen, gut im Sozialraum erreichbaren Hilfe-, Versorgungs- und Förderstrukturen unterstützen. Nur so können die Kinder profitieren und Talente entfalten. Wir Kinder- und Jugendärzte haben im Sinne unserer gesellschaftlichen Unterstützungsaufgabe von Kindern und Jugendlichen – als „Kümmerer“ – hierbei eine wichtige Funktion: nicht müde werden, immer wieder das häufig Gesagte zu wiederholen, Veränderungen einzufordern, Gespräche zu führen, positive Beispiele herauszustellen: auch wenn es sich „wie Asche im Munde“ (B. Brecht) anfühlt.

Dr. Ulrich Fegeler
 „Deutsches Kinderbulletin“
 E-mail: ul.fe@t-online.de
www.deutsches-kinderbulletin.de

Red.: ReH



Vom Recht auf (Schul-)Bildung

Ende 2015 lebten in Deutschland rund 151.000 minderjährige Flüchtlinge. Ihr Schlüssel zur Integration heißt Schulbildung. Darauf gibt es in Deutschland ein Recht – und fast überall greift auch die Schulpflicht.

Viele der minderjährigen Flüchtlinge stecken noch mitten im Asylverfahren, andere halten schon eine Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr oder länger in den Händen. Und manche zählen zu den Geduldeten, deren Asylantrag zwar abgelehnt wurde, die aber aus verschiedenen Gründen trotzdem nicht abgeschoben werden.

In einem Punkt aber sind all diese Flüchtlingskinder gleich: Sie fallen unter den Schutz der UN-Kinderrechtskonvention, die 1989 vereinbart wurde und in Deutschland seit 1992 gilt. Darin heißt es in Artikel 28: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf Bildung an.“ Insbesondere der Grundschulbesuch soll für alle Kinder Pflicht und unentgeltlich sein. Auch weiterführende allgemeine sowie berufsbildende Schulen sollen allen Jugendlichen für einen möglichst kostenlosen Schulbesuch offenstehen.

Schule ist Ländersache

In Deutschland stößt dieses einfache Prinzip allerdings auf ein

zweites, das die Sache kompliziert macht: den Föderalismus. Bildung ist Ländersache. Die Schulpflicht wird in jeweiligen Landesgesetzen geregelt, und darin ist auch festgelegt, ob Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund zur Schule gehen müssen oder lediglich ein Schulbesuchsrecht haben. Eine Übersicht über die Spielregeln:

- 1. Anerkannte Flüchtlinge:** Sie unterliegen wie (fast) alle in Deutschland gemeldeten Minderjährigen ab einem bestimmten Alter der Schulpflicht.
- 2. Asylbewerber:** In den meisten Bundesländern erstreckt sich die Schulpflicht auch auf Kinder, die noch auf ihre Aufenthaltserlaubnis warten (Grafik). Die einzigen Ausnahmen sind Sachsen und Sachsen-Anhalt: Hier haben minderjährige Asylbewerber nur ein Schulbesuchsrecht, ihre Eltern oder andere Betreuer müssen sich also aktiv um den Schulbesuch kümmern – aber niemand kann sie dazu zwingen. Die anderen Bundesländer unterscheiden sich in Detailfragen, zum Beispiel darin, ob die Schulpflicht erst sechs oder schon drei Monate nach Zuzug greift, ob sie erst nach Zuweisung zu einer Gemeinde oder schon in der Erstaufnahmeeinrichtung gilt und ob die jungen Menschen bis dahin zumindest die Schule besuchen dürfen.

- 3. Geduldete:** Für sie haben nicht alle Bundesländer klare rechtliche Regelungen zur Schulpflicht. In den meisten Ländern dürfen und müssen die Geduldeten sofort zur Schule gehen. In Baden-Württemberg setzt die Schulpflicht erst sechs Monate nach Zuzug ein und in Thüringen nach drei Monaten. Vor allem in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen sind die Formulierungen zur Schulpflicht von Geduldeten unklar. Was jedoch in jedem Fall greift, ist das Recht auf Schulbesuch nach der UN-Kinderrechtskonvention.

Ohne Sprachkenntnisse läuft nichts

Ziel aller Bundesländer ist es, die jugendlichen Flüchtlinge möglichst schnell in den Regelunterricht zu integrieren. Dazu sind Deutschkenntnisse unerlässlich. Deshalb haben die Länder für ein oder zwei Jahre spezielle Förderklassen oder -gruppen eingerichtet. Manchmal ist es auch schon früher möglich, in bestimmten Fächern am normalen Unterricht teilzunehmen.

Als spezielles Schmankerl und lohnendes Ziel des Spracherwerbs bieten Schulen in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen derzeit die Prüfung für das „Deutsche Sprachdiplom“ (DSD) an. Bestehen die jungen Geflüchteten, erhalten sie – unabhängig davon, ob sie in Deutschland bleiben oder in ihre Heimatländer zurückkehren – einen anerkannten Nachweis über ihre Sprachkenntnisse und verbessern damit auch generell ihre beruflichen Perspektiven. Das DSD-Programm wird vom Bund und den Ländern gemeinsam getragen und von der Kultusministerkonferenz koordiniert. Das Sprachdiplom orientiert sich am europäischen Referenzrahmen für Sprachen und wurde ursprünglich als Abschlussprüfung für den Fremdsprachenunterricht im Ausland konzipiert.

Quelle: *iwd*

Red.: ReH

„Alkohol? Kenn dein Limit.“ – Peers der BZgA deutschlandweit im Einsatz

Die Peers der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind seit Mai auch in diesem Jahr wieder bundesweit im Einsatz. Peers – das sind junge Erwachsene, die speziell geschult sind, um Jugendlichen Informationen rund um das Thema Alkohol, dessen Risiken und Wirkung sowie Tipps für einen verantwortungsvollen Alkoholkonsum zu geben. Zu diesen Themen sprechen sie junge Menschen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren in altersgemäßer Weise im Rahmen von Musikfestivals, Sportveranstaltungen, in Innenstädten und bei Stadtfesten an. Welchen Effekt das direkte Gespräch mit Altersgenossen hat, darüber sprach mit unserer Zeitschrift **Dr. Heidrun Thaiss**, Leiterin der BZgA.



Info:

Aktuelle Informationen zum Suchtmittelkonsum Jugendlicher und junger Erwachsene sind in der im April 2016 von der BZgA veröffentlichten Drogenaffinitätsstudie zu finden. Die BZgA-Studienreihe dient – seit 1973 in regelmäßigen Abständen erhoben – als zentrales Instrument zur Erfassung von Trends im Suchtmittelkonsum junger Menschen in Deutschland.

Die aktuelle Studie ist abrufbar unter: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention

Weitere Informationen zur BZgA-Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ und eine Übersicht aller Einsätze der Peers unter: www.kenn-dein-limit.info

Wie haben Sie die Wirksamkeit der Peers untersucht?

Dr. Heidrun Thaiss: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat eine Evaluation der Peer-Maßnahme als Bestandteil der Alkoholpräventionskampagnen für Jugendliche durchgeführt. Zentrales Anliegen war es, die Wirkungen der Maßnahmen auf die Zielgruppe der

12- bis 20-Jährigen zu untersuchen. Im Rahmen dieser Wirkungsanalyse wurde überprüft, welche Akzeptanz das Peer-Gespräch bei den jungen Menschen erfährt und ob durch die Peer-Maßnahme unmittelbare Impulse für das Wissen, die Reflexion und die Absicht, weitere Kampagneninhalte in Anspruch zu nehmen, ausgelöst werden. Darüber hinaus wurde untersucht, ob die Jugendlichen in den zentralen Kampagnenbotschaften Wissen, Einstellung und Verhalten durch die Maßnahme profitieren. Die Analyse stützte sich dabei auf zwei Erhebungswege: zum einen wurden die im Rahmen jedes Peer-Einsatzes erhobenen Daten ausgewertet. Zum anderen wurde eine wiederholte Online-Nachbefragung erreichter Jugendlicher sowie einer Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe) nicht erreichter Jugendlicher durchgeführt.

Mit welchen Ergebnissen?

Dr. Heidrun Thaiss: Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse kann von einer grundsätzlichen Wirksamkeit gesprochen werden, sowohl, was die Konzeption als auch die konkrete Umsetzung der Peer-Maßnahme betrifft. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass sich ein Wissenszuwachs und eine kritischere Einschätzung zu riskantem Alkoholkonsum einstellen. Durch die Maßnahme schätzen Jugendliche beispielsweise die Gefahr häufigen Rauschtrinkens größer ein. Auch sind risikoarme Konsummuster direkt nach dem Gespräch etwas ausgeprägter und im

Freundeskreis der Teilnehmenden wurden Alkohol und seine Folgen etwas häufiger thematisiert.

Die Peer-Aktion soll darüber hinaus die angesprochenen Jugendlichen dazu bewegen, die massenmedialen und interaktiven Angebote wie zum Beispiel die Kampagnenwebseite zu nutzen. Auch hier beinhaltet die Evaluation positive Ergebnisse: Dass die unterschiedlichen Kampagnenelemente zusammen wirken und die Jugendlichen sich mit den Kampagnen und ihren Botschaften über die Peer-Gespräche hinaus auseinandersetzen, zeigt sich beispielsweise in den höheren Nutzungsquoten der Internetseiten der Kampagne nach dem Peer-Gespräch.

Wie ist der Benefit langfristig?

Dr. Heidrun Thaiss: Inwiefern die kurze Dauer und die Singularität der Interaktionen zwischen Peers und Jugendlichen ausreichen, um weitere nachhaltige Wirkungen zu erzielen, konnte mit der Evaluation nicht abschließend geklärt werden. Um langfristige Effekte über eine solche kurze Intervention erreichen zu können, muss die Zeit des Gesprächs auf jeden Fall optimal genutzt werden. Deshalb sind kontinuierliche Maßnahmen der Qualitätsüberprüfung fester Bestandteil der Durchführung der Peer-Maßnahme, auch um die Ergebnisse der Befragung in die Weiterentwicklung einfließen zu lassen.

Red.: ReH

130 getötete Kinder 2015 in Deutschland – fast drei pro Woche!!!

Die Zahl schockiert – selbst wenn sie schon mal höher war: In Deutschland sind im Jahr 2015 insgesamt 130 Kinder getötet worden. Vier von fünf Opfern (insgesamt 105 oder 81 Prozent) waren zum Zeitpunkt ihres gewaltsamen Todes unter sechs Jahre alt, viele sogar erst im Baby- oder Kleinkindalter.

Hohe Dunkelziffer bei Gewalttaten gegenüber Kindern

Hinzu kamen 52 Tötungsversuche, wie aus der in Berlin veröffentlichten **Polizeilichen Kriminalstatistik 2015** zu kindlichen Gewaltopfern hervorgeht.

Die aktuellen Zahlen zu allen Bereichen der Gewalt gegen Kinder unter 14 Jahren beschrieben „nur das sogenannte Hellfeld der Kriminalität“, sagte der Präsident des Bundeskriminalamtes (BKA), Holger Münch. „Wir müssen davon ausgehen, dass viele Taten unentdeckt bleiben.“

Im Einzelnen wurden bundesweit **16 Morde an Kindern** registriert, zudem **38 Totschlagsdelikte**, **68 Fälle fahrlässiger Tötung** und **8 Körperverletzungen mit Todesfolge**. Die Gesamtzahl lag wieder deutlich über der von 2014 (108), „aber mittelfristig ist der Trend ein durchaus abnehmender“, sagte Münch. So wurde die höchste Fallzahl der vergangenen zehn Jahre 2006 registriert (202 Tötungsdelikte), auch 2012 (167) und 2013 (153) lag sie höher als im Vorjahr.

Die Zahl **körperlicher Misshandlungen** von Kindern sank zwar im Vergleich zu 2014 um sechs Prozent, aber es waren immer noch mehr als **3.900 Kinder** davon betroffen. Auch bei **sexueller Gewalt** gegen Kinder wurde 2015 ein geringfügiger Rückgang von gut drei Prozent auf knapp **14.000 Fälle** verzeichnet – 270 betroffene Kinder pro Woche oder 38 pro Tag, hob Münch hervor. Insgesamt bewege man sich hier „auf einem gleichbleibend hohen Niveau“. Die Pädagogik-Professorin Kathinka Beckmann von der Fachhochschule Koblenz bilanzierte: „Gewalt gegen

Kinder ist in Deutschland ein Alltagsphänomen.“

Täter meistens aus dem unmittelbaren Umfeld der Kinder

In vielen Tötungs-, Gewalt- und Missbrauchsfällen seien die Täter Menschen, die den Opfern nahestehen – also Verwandte oder Freunde der Familie, sagte der BKA-Chef. Bei sexueller Gewalt gebe es eine relativ hohe Aufklärungsquote, weil die Kinder ihre Peiniger oft kennen – aber auch eine hohe Dunkelziffer im familiären Umfeld, weil die Taten dort häufig verborgen werden.

Menschenhandel mit Kindern

Die BKA-Statistik weist für 2015 beim Menschenhandel 68 Fälle mit 77 minderjährigen Opfern aus. Oft landeten diese Kinder und Jugendlichen in der Zwangsprostitution. Immerhin – beim zuletzt stark diskutierten Thema **Flüchtlingskinder** konnte Münch **Entwarnung** geben: Man habe zwar eine hohe Zahl unbegleiteter junger Menschen und erhebliche Probleme mit ihrer Erfassung, aber nach Recherchen der Landeskriminalämter gebe es derzeit **keine Erkenntnisse, dass Flüchtlingskinder Opfer von Menschenhandel werden**“.

Kinderpornografie

Ein schwieriges Feld – wegen immer größerer Datenmengen im Internet – ist die Kinderpornografie: Im Vergleich zum Jahr 2000 wurden 2015 zweieinhalb mal so viele Fälle registriert. Zur polizeilichen Bilanz sagte Münch, es sei „ein Katz- und



Foto: © Yvonne Bogdanski - Fotolia.com

Mausspiel. Wir melden viel, wir löschen viel. Dennoch muss man feststellen: Eine erhebliche Reduzierung kinderpornografischer Angebote im World Wide Web können wir nicht feststellen.“ Möglicherweise sei aber „die Tatsache, dass es nicht mehr wird, auch schon ein Erfolg“.

Der Missbrauchsbeauftragte der Bundesregierung, Johannes-Wilhelm Rörig, sagte der Deutschen Presse-Agentur: „Die Statistik zeigt mit schrecklicher Deutlichkeit, dass das Thema sexueller Kindesmissbrauch ein gesellschaftliches Massenphänomen ist.“ Deutschland müsse „endlich sein Investment in Prävention erhöhen“. Denn internationale Studien zeigten, dass Fallzahlen durch umfassende Vorbeugung zurückgingen. Alle Einrichtungen, denen Kinder anvertraut sind, bräuchten deshalb Schutzkonzepte. (dpa)

Kommentar der Redaktion:

Die erschreckenden Zahlen zeigen, wie wichtig das Jahresschwerpunktthema 2016 „Kinderschutz“ des BVKJ weiterhin ist. Auch das Bundeskinderschutzgesetz muss durch enge Vernetzung aller Professionen, die täglich mit Kindern zu tun haben, weiter verbessert werden.

Red.: WH

Mehr Lesecclubs für ganz Deutschland: Stiftung Lesen erhält weiter Unterstützung für ihre Lesecclubs



Dank einer Mittelaufstockung im Rahmen des Förderprogramms „Kultur macht stark. Bündnisse für Bildung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung kann die Stiftung Lesen bundesweit 25 zusätzliche Lesecclubs einrichten. Das Konzept unter dem Motto „Mit Freu(n)den lesen“ hat sich zu einer Erfolgsgeschichte entwickelt: Mittlerweile besuchen über 7.000 Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren regelmäßig die rund 250 Le-

seclubs, die die Stiftung Lesen mit lokalen Bündnispartnern bisher in allen Bundesländern eingerichtet hat. Die Kinder treffen sich in den außerunterrichtlichen Lernumgebungen, um gemeinsam zu lesen, zu spielen und mit verschiedenen Medien kreativ zu sein.

Mit Hilfe der Fördermittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unterstützt die Stiftung Lesen die Lesecclubs mit einer umfangreichen Medienausstattung und die ehrenamtlichen Lesecclub-Betreuer mit Präsenz-Weiterbildungen. Dies trägt entscheidend zum erfolgreichen Aufbau und einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Lesecclubs bei, die auf der engagierten Arbeit von deutschlandweit über 800 Ehrenamtlichen basieren. In den Lesecclubs können Kinder betreute freizeitorientierte Angebote wahrnehmen, die ohne

Notendruck ihre Lesemotivation steigern. Da sie deutschlandweit an ganz unterschiedlichen und auch ungewöhnlichen Orten wie z. B. in einem Zirkus, in einer Moschee oder in einem Fußballstadion angesiedelt sind, eröffnen die Lesecclubs besonders niedrigschwellige Zugänge zum Lesen. So erreichen sie auch Kinder aus bildungsbenachteiligten Verhältnissen und mit Migrationshintergrund. Zudem machen die Lesecclubs sich den sogenannten „Peer-Group-Effekt“ zunutze, da sie Kindern Raum bieten, sich gegenseitig zu unterstützen und so zum regelmäßigen Lesen zu motivieren.

Mit der weiteren finanziellen Unterstützung durch das BMBF sollen nun Lesecclubs an jeder Grundschule mit offenem Ganztagsangebot entstehen.

Red.: ReH

Zahl des Monats ●●●

99.598 Stunden Zeit verschenkten die wellcome-Ehrenamtlichen 2015. Damit haben sie 4.766 Familien den Start in das Abenteuer Familie erleichtert. Die wellcome-Ehrenamtlichen unterstützen ähnlich wie Großeltern, Freunde oder Nachbarn ganz alltagspraktisch: sie begleiten die Zwillingmutter zum Kinder- und Jugendarzt, kümmern um das Geschwisterkind oder hören sie einfach nur zu.

Info: wellcome ist ein gemeinnütziges Unternehmen, das seit über zehn Jahren Familien unterstützt. Die lokalen wellcome-Teams arbeiten eng zusammen mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühen Hilfen, der Familienbildung und Beratungsstellen.

ReH

● Morgens um 10 in meiner Praxis...



...kommt ein 2 4/12 Jahre altes Kind mit Infekt. Die Eltern sind nach Umzug erst zum zweiten Mal bei mir. Das Kind wird untersucht.

Ich sehe plötzlich vier bis fünf kleine Pflaster in der Ohrmuschel. Darunter kleinste stecknadelgroße

Verschorfungen. Interessiert frage ich nach. Freudig erklär mir die Mutter die Hintergründe. Dies diene der Nuckelentwöhnung, ein paar Nadeln ins Ohr, fünf Tage Pflaster drauf und zwei Tage Pause. Dann wird die Sache wiederholt, insgesamt fünf Mal. Danach nuckele das Kind nicht mehr. Ich bin beeindruckt. Da kannten die alten Chinesen doch tatsächlich „Nuckelpunkte“. Jahrhunderte bevor der erste Plaste-Gummi-Nuckel erfunden wurde. Wahnsinn! Gern warte ich jetzt fünf Wochen auf den Erfolg. Studie läuft, Probandenzahl n=1.

Dr. Steffen Lüder, Berlin

Red.: ReH



Totale Erschöpfung: Wenn Familienarbeit krank macht

Das Müttergenesungswerk stellte seinen Jahresbericht für 2015 vor. Viele Mütter, aber auch Väter sind ausgebrannt.

„Erschreckend ist die stetig wachsende Zahl von Erschöpfungszuständen – inzwischen kommen 87 Prozent aller Mütter mit dieser Indikation in die Klinik“, sagte die Kuratoriumsvorsitzende Dagmar Ziegler, MdB. Mütter und Väter leidengleichermaßen besonders stark unter ständigem Zeitdruck, bedingt durch Doppel- und Dreifachbelastung, so Ziegler weiter. Das traditionelle Rollenmodell mit dem Mann als Haupt- und Vollzeitverdiener stelle für Väter eine extreme Herausforderung dar. Laut der diesjährigen Auswertung der Sozialdaten, die das MGW jährlich in seinen Einrichtungen erhebt, erleben nahezu 60 Prozent der Männer die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Belastung. 52 Prozent der befragten Väter arbeiten über 40 Stunden und mehr pro Woche. Wenn sie dazu noch familienbezogene Aufgaben wahrnehmen, kom-

men auch Männer an ihre Grenzen und werden krank.

Anne Schilling, Geschäftsführerin des MGW ergänzte: „Der Gesundheitszustand von Frauen mittleren Alters ist auffallend schlecht. Bei dieser Altersgruppe gibt es besonders hohe psychosoziale Belastungen durch Haus- und Familienarbeit. Wir wissen, dass bereits heute ein Viertel aller Mütter Angehörige pflegen und wir wissen auch, dass rund ein Drittel derjenigen, die pflegen, selbst aufgrund der zusätzlichen Belastungen erkranken.“

Info: Das Müttergenesungswerk bietet seit seiner Gründung Kurmaßnahmen für Mütter mit besonderer mütter- und frauenspezifischer Qualität. Mit Bildung der Zustiftung Sorgearbeit 2013 wurde dieser Konzeptansatz auch auf Kurmaßnahmen für Väter und für pflegende Angehörige übertragen. 16 von 76 Kliniken setzen bereits dieses bundesweit einzigartige väterspezifische Konzept des MGW um.

Red.: ReH

Das Leser-Forum

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



Mädchenbeschneidung: Neuer Versuch mit zweifelhafter Ethik von Dr. Christoph Kupferschmid, KiJuA 2016, Heft 5, S. 334 ff.

Lieber Kollege Kupferschmid, mit Interesse habe ich Ihren Artikel im Kinder- und Jugendarzt bezüglich der Mädchenbeschneidung und insbesondere den letzten Abschnitt über die „eigene Unkultur“ gelesen. Ich würde mir diesbezüglich nur wünschen, daß Sie klar schrieben, wes Geistes Kind Ihre Ausführungen sind.

Ihre gepriesene „abendländische Kultur nach der Aufklärung“ hat bereits in den Jahren versagt, als allein 1,5 Millionen jüdische Kinder bestialisch und ohne den geringsten Anspruch auf Menschen- oder Kinderrechte unter Mithilfe zahlloser deutscher (Kinder-) Ärzte ermordet wurden.

Wes Geistes Kind?

Wenn ich ein Schuhgeschäft meide, weil der Besitzer Jude ist, dann ist das Antisemitismus im Kleinen. Wenn ich Menschen isoliere, erniedrige, diskriminiere, ihre Berufsausübung verbiete, sie enteigne, in Konzentrationslager sperre, verletze, foltere, töte, weil sie Juden sind, ist das die schreckliche Deutsche Geschichte des Antisemitismus. Ich habe noch nie gehört, dass ein Kinder- und Jugendarzt oder eine -Ärztin in Deutschland Beschneidungen an Jungen oder Mädchen deshalb ablehnt, weil die Jungenbeschneidung zur jüdischen Tradition gehört. Ich habe aber schon gelesen, dass jüdische Ärzte

Aber diese „abendländische Kultur“ dient Ihnen ja nur dazu, sich dahinter zu verstecken. Es ist unnützlich, Argumente wie eine über 3000-jährige Praxis, Empfehlungen der WHO oder ähnliches anzuführen.

Ihre Fixierung beim Kinderschutz auf die Beendigung der Beschneidung bei Jungen in Anbetracht von Kinderarmut, Kinderarbeit, Kindersoldaten und unzähliger weiterer massiver Kinderrechtsverletzungen spricht Bände über Ihre wahre Motivation, die Sie auch so benennen sollten: Es geht nicht um religiöse Minderheiten, bei denen aus Gründen der Staatsraison Kinderrechte eingerissen werden, sondern um plump getarnten Antisemitismus. Seien Sie einfach ehrlich!

Dr. med. Micha Botsch
Berlin
Kinderarzt
Jude, beschnitten

Red.: ReH

eine „kleine“ Mädchenbeschneidung für vorteilhaft halten. Allan J. Jacobs ist Koautor des Artikels, auf den sich mein Artikel: „Mädchenbeschneidung: Neuer Versuch mit zweifelhafter Ethik“ bezieht und er ist Präsident von B'nai B'rith International. Manche werfen diesen Befürwortern vor, dass ihre Haltung dazu diene, die Beschneidung von Jungen im Rahmen des Gleichheitsgebotes zu vereinfachen. Sollte die Diffamierung durch den Kollegen Micha Botsch ein versteckter Hieb in dieselbe Kerbe sein? Damit die Kritik der Ethik dieser Mädchenbeschneidungen in den Bereich des Bösen verbannt wird, prügelt man den Kritiker ohne Würdigung des Inhaltes mit Hilfe der Antisemi-

tismuskeule unmittelbar dorthin? Man möchte es kaum glauben! Die Beschneidungen von Mädchen und von Jungen müssen in einem geschlechtsunabhängigen ethischen Rahmen betrachtet werden, in dessen Zentrum die aufgeklärte und freie Entscheidung über den eigenen Körper steht.

Ich habe mich an anderer Stelle mehrfach mit dem Antisemitismusvorwurf auseinandergesetzt, der gegenüber dem BVKJ im Rahmen der Beschneidungsdebatte laut wurde. Herr Dr. Botsch wiederholt diesen

Vorwurf jetzt. Nach dem Beschluss der Delegiertenversammlung 2013 ist es Verbandsmeinung, dass medizinisch nicht indizierte Beschneidungen bei nicht einwilligungsfähigen Jungen abgelehnt werden. Ein Beschluss bezüglich der Mädchen muss in Deutschland hoffentlich nie gefasst werden. Die Pädiater in Deutschland sind keine Antisemiten. Auch und weil einige unserer Kolleginnen und Kollegen zwischen 1933 und 1945 entsetzliche Dinge an deutschen und an jüdischen Kindern getan haben, darf und muss

unsere Ethik heute eine andere sein. Dass es unendlich viele Gräueltaten auf der Welt gab und gibt, sollte uns nicht davon abhalten, im eigenen Umfeld und heute dagegen zu sein und dagegen vorzugehen. Wir werden uns für alle Kinder einsetzen, unabhängig von Geschlecht, Religion oder Herkunft. Das ist unsere Lehre aus der Vergangenheit.

Dr. Christoph Kupferschmid
E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.: ReH

Universitätsklinikum Bonn: Neubau für Eltern-Kind-Zentrum

Am Uniklinik-Standort Bonn wird das Land bis 2020 rund 343 Millionen Euro für insgesamt sieben Bau- und Sanierungsprojekte investieren, darunter auch das Eltern-Kind-Zentrum. Die Maßnahmen gehören zum neuen Medizinischen Modernisierungsprogramm (MedMoP) des Landes.

Eltern-Kind-Zentrum

Im Neubau Eltern-Kind-Zentrum (ELKI) entsteht bis 2018 auf dem Campus Venusberg ein neues Zentrum für 180 Betten. Das hochmoderne Gebäude wird kindgerecht gestaltet und ermöglicht die Behandlung schwerkranker Kinder nach dem neuesten Stand der

Technik ohne Trennung von ihren Eltern. In der Klinik sind zwei neonatologische Stationen, drei der Pädiatrie, sowie vier Kreißsäle vorgesehen. Außerdem sind vier neue Operationssäle geplant, in denen ungeborene Kinder mit Herzfehlern bereits im Mutterleib behandelt werden oder Transplantationen bei Kleinkindern stattfinden können. In einem Hybrid-OP mit hochmoderner Durchleuchtungsanlage können in einer Behandlung Herzoperation und Kathetereingriffe erfolgen, sodass Dauer und Schwere der Eingriffe auf das notwendige Minimum reduziert werden können.

Durch den Neubau des ELKI kann die Liegenschaft an der Adenauerallee mit den unterschiedlichen und

zum Teil maroden Gebäuden aufgegeben werden. 20.000 Kranken- und Transportfahrten können hierdurch künftig entfallen. Ergänzend wird eine intensive psychosoziale Betreuung angeboten, die auch die Aktivitäten der Förderkreise und Elterninitiativen mit einschließt. In unmittelbarer Nähe des Neubaus ist zeitgleich die Errichtung eines spendenfinanzierten Familienhauses zur Unterbringung von Eltern und Geschwisterkindern durch den Förderkreis geplant.

Info:
Baukosten: 88.364.700 Euro,
Ersteinrichtungskosten:
24.939.700 Euro.

Red.: ReH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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





Kinderstation in Desna, Ukraine, ca. 30 km von Tschernobyl entfernt

Ein Pädiater berichtet

Vor Ort in Tschernobyl

Am frühen Morgen des 26. Aprils 1986 explodierte der Block VI im Atomkraftwerk W.I. Lenin im Ukrainischen Tschernobyl. Tonnen von radioaktivem Material wurden in die Atmosphäre geschleudert. In der Folge erkrankten Hunderttausende von Menschen. 30 Jahre später, im Frühjahr dieses Jahres, war der niedersächsische Kinder- und Jugendarzt Dr. Gisbert Voigt in Weißrussland. Voigt war bis Januar 2016 stellvertretender Präsident und seither Vorstandsmitglied der Ärztekammer Niedersachsen und Kuratoriumsvorsitzender der niedersächsischen Landesstiftung „Kinder von Tschernobyl“. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift berichtet er darüber, was er am Ort der Katastrophe gesehen und erlebt hat.

Wie geht es den Menschen, die in der Region von Tschernobyl leben?

Im direkten Umkreis um den Reaktor (30 km Radius) leben weiter nur wenige Menschen. Dies sind vor allem alte Menschen, die ihr Zuhause wieder aufgesucht haben, außerdem die Angestellten in dem nach wie vor ja in Betrieb befindlichen Rest-AKW (Blöcke 1 bis 3) so-

wie jede Menge Bauarbeiter, die den neuen Sarkophag erstellen sollen. Über die gesundheitliche Belastung der Alten gibt es praktisch keine konkreten Erkenntnisse, sie muss aber deutlich beeinträchtigt sein, da wir speziell bei den ehemaligen Liquidatoren (also den Feuerwehrmännern, AKW Personal und Tausenden von ehemaligen Rekruten

der Roten Armee) eine hohe Krankheitslast beobachten müssen. Diese betrifft neben einer hohen Zahl von bösartigen Neubildungen vor allem früh und schwer verlaufende Erkrankungen der Kreislauforgane, Schlaganfälle, immunologische Störungen wie Diabetes, Hypothyreose etc. sowie neurologische und psychiatrische Erkrankungen.

Und wie geht es speziell den Kindern?

Die Kinder in den noch heute hoch belasteten Gebieten sind alle viele Jahre nach der Reaktorkatastrophe geboren. Zum einen treten deutlich vermehrt Fehlbildungen bei Kindern auf, die im Rahmen der Pränataldiagnostik erkannt werden und die häufig Anlass sind, eine Schwangerschaft durch Abbruch zu beenden. Die lebenden Kinder haben eine deutlich erhöhte Rate an bösartigen Erkrankungen: Schilddrüsenkarzinome, Leukämien, Hirntumoren etc. sowie vor allem auch immunologische Erkrankungen. Hauptursache dafür ist neben der Strahlenbelastung intrauterin sicherlich die immer noch stattfindende Inkorporation von Radionukleiden über die Nahrung. Man mache sich klar, dass erst die Hälfte des radioaktiven Cäsiums verschwunden ist und die anderen Substanzen wie Strontium oder Plutonium noch Jahrzehnte bzw. Jahrhunderte nachwirken werden.

Hätte man diese Erkrankungen verhindern können?

Eine Verhinderung dieser Erkrankung erscheint unmöglich, da ja eine dauerhafte Wirkung von Radioaktivität weiter stattfindet. Eine mögliche Verminderung des Problems wäre die Aufnahme von radioaktiv nicht belasteter Nahrung. Dieses Vorhaben scheitert jedoch in der Praxis, weil die meisten Menschen in Weißrussland wie auch der Ukraine einen erheblichen Teil ihrer Grundnahrungsmittel selbst anbauen und verzehren. Und diese sind belastet. Entscheidend ist daher die regelmäßige medizinische Kontrolle der Risikobevölkerung. Dazu gehören regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch Ultraschall z. B. der Schilddrüse, um Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und dann auch zu behandeln. So ist es auch unter Mitwirkung unserer Landesstiftung Kinder von Tschernobyl gelungen, die meisten Kliniken bzw. Polikliniken in den betroffenen Gebieten mit leistungsfähigen Ultraschallgeräten auszustatten und gleichzeitig Tausende von weißrussischen und ukraini-

schen Kolleginnen und Kollegen im Ultraschall zu trainieren, so dass sie diese Untersuchungen auch kompetent durchführen können.

Wie wirkt Tschernobyl heute noch?

Die offiziellen Stellen in Weißrussland haben immerhin eine Gedenkwoche zum 30-jährigen

Jahrestag der Reaktorkatastrophe veranstaltet. Des Weiteren fließen circa 20 Prozent der Staatsausgaben in die Bewältigung der gesundheitlichen Spätfolgen. In der Bevölkerung ist das Thema Reaktorkatastrophe weiter präsent, auch wenn es im täglichen Leben verdrängt wird, etwa im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Die ge-



Neonatologische Intensivstation in Novozibkov, Westrussland



Kinderklinik 3 in Gomel

Die Landesstiftung „Kinder von Tschernobyl“, deren Kuratoriumsvorsitzender Voigt ist, hat seit 1992 rund 2.000 Ärztinnen und Ärzte allein in Weißrussland an Ultraschallgeräten ausgebildet und über 300 Ultraschallgeräte für die betroffenen Regionen gespendet. Zusätzlich unterstützt die Stiftung seit fast 25 Jahren den Deutschlandaufenthalt von Kindern aus der Region Gomel in Weißrussland durch Übernahme der Krankenversicherungskosten.

sundheitlichen Daten sind weiter sehr ernüchternd (s.o.)

Was kann uns Tschernobyl lehren?

Eine derartige Katastrophe hat so große gesundheitliche Konsequenzen für die Bevölkerung, dass ein „Weiter so“ aus medizinischer

Sicht unverantwortlich ist. Der Glaube in der Wissenschaft, es gäbe so etwas wie eine „unschädliche“ Strahlendosis, ist durch Tschernobyl widerlegt. Dies wird sich übrigens auch nach Fukushima in Japan wiederholen. Und: sowohl in der alten UdSSR als auch in dem anscheinend so entwickelten und demokratischen Japan ist die Bevölkerung gerade in den ersten Tagen nach der Katastrophe fatal fehlinformiert worden. Dies hat sicherlich die gesundheitliche Situation vieler Menschen zusätzlich verschlechtert.

Deutschland ist von Atomkraftwerken umstellt, immer wieder kommt es dort zu Zwischenfällen. Dann wird die Bevölkerung damit beruhigt, dass die akute Strahlen-

belastung ja weit unter dem gesundheitlich gefährlichem Schwellenwert liegt. Was ist von solchen Aussagen zu halten?

Gerade um den 30. Jahrestag der Reaktorkatastrophe hat es viele Meldungen gegeben, die die Spätfolgen der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl klein reden wollten. So ist von 6000 zusätzlichen Schilddrüsenkarzinomen nach Tschernobyl die Rede, tatsächlich werden allein im Tumorzentrum in Minsk über 35.000 Menschen mit Zustand nach Schilddrüsenkarzinom nachbetreut. Also: die Realität sieht anders aus und wir müssen gerade als Ärzte mit dafür Verantwortung übernehmen, dass die Tatsachen nicht vergessen werden.

ReH

Glyphosat – weiter zulassen oder verbieten?

In einem Offenen Brief des Kollegen Arnold an den BVKJ regt er an, in einer Stellungnahme „eine allgemein gültige Formulierung zu finden, die aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes eine Verlängerung der Zulassung von Glyphosat ... ablehnt“.

Aus Sicht der **Kinderumwelt gGmbH der DAKJ** halten wir dies nicht für möglich, weil sowohl hinsichtlich der wissenschaftlichen Grunddaten, als auch bei der wissenschaftspolitischen Diskussion und der Risiko-Nutzen-Betrachtung erhebliche Unschärfen bestehen, die der BVKJ – und auch die Kinderumwelt – allenfalls benennen und beschreiben, aber nicht aufklären und entscheiden können, da eigene, abgesicherte Daten und Erkenntnisse fehlen. Ein allgemeiner kinder- und jugendärztlicher Konsensus kann unter diesen Voraussetzungen nicht erzielt werden.

Wissenschaftliche Basisdaten

Die richtige Einschätzung von solchen Studien, wie sie etwa einer Bewertung von Glyphosat zugrunde liegen, erfordert entweder die fachkundige Lektüre von Originalpublikationen oder das Vertrauen darauf, dass verständige und integre Fachleute das sorgfältig getan haben. Für beides gibt es wesentliche Einschränkungen. Unzulässig sind Tertiärzitate, wie sie in dem Offenen Brief vorgebracht werden (s. erste Fußnote).

Wissenschaftspolitische Differenzen

Die **International Agency for Research on Cancer (IARC)** der World Health Organisation (WHO), das **Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)** als zur Evaluation der Problematik beauftragte Institution und mit ihr die **European Food Safety Agency (EFSA)** kommen zu unterschiedlichen Bewertungen. Wie sorgfältig die Mitglieder der IARC die einzelnen Publikationen gelesen und bewertet haben, kann nicht kompetent

beurteilt werden, ebenso nicht, ob bei Lektüre und Bewertung ein wissenschaftlicher Bias einzelner Mitglieder eine Rolle gespielt hat. Die IARC hat im März 2015 Glyphosat als „wahrscheinlich krebserzeugend für Menschen, Gruppe 2A“, eingestuft. Eine andere WHO-Agentur (**Joint Meeting on Pesticide Residues**) hält Glyphosat nicht für krebserzeugend. Wer an der Bewertung im BfR mitgewirkt hat, wird nicht offengelegt. Der Bericht (Renewal Assessment Report, RAR) ist bemerkenswerterweise der Öffentlichkeit nicht zugänglich (s. Fußnote 2).

Ebenso ist undurchsichtig, wer in der EFSA entscheidend mitgewirkt hat und wie bedeutend der möglicherweise vorhandene Einfluss von Lobbyisten dort gewesen ist. Der EFSA wird vorgeworfen, nicht veröffentlichte Studien bei der Bewertung berücksichtigt, aber zur allgemeinen Lektüre nicht zugänglich gemacht zu haben. Gewicht und Wahrheitsgehalt solcher Behauptungen sind schwer überprüfbar (s. Fußnote 3).

Risiko-Nutzen-Betrachtung

Zu diesem Komplex kann auf einen ausgewogenen Sachbeitrag in der Frankfurter Allgemeinen verwiesen werden (www.bioaktuell.ch/fileadmin/documents/ba/Medienspiegel/Medienspiegel-2016/3—Maerz-2016/FAZ_Glyphosat_2016-03-14.pdf.) Verzicht auf Glyphosat bedeutete für die Landwirte: möglicherweise Einsatz von anderen, schädlicheren, persistenten Herbiziden, oder aber tiefes Pflügen (statt oberflächlichen Grubbers) mit Störung der Boden-Mikroarchitektur, -fauna und -flora und deutlichem Mehrverbrauch an Dieselkraftstoff. Für die Natur sind Erhalt von Biotopen für Insekten, Kleintiere, Vögel und Pflanzenvielfalt wünschenswert. Solche Biotope werden also durch den Einsatz von Glyphosat wie auch durch andere Herbizide, aber ähnlich durch tiefes Pflügen gestört, insgesamt durch die intensive Art, wie unsere Landwirtschaft betrieben wird – mit Vermeidung und Vernichtung nicht erwünschter Vegetationen.

Und weiter?

Diskussion und Überlegungen sind auch bei der WHO nicht abgeschlossen. Das Joint FAO/WHO Meeting on Pesticide Residues (JMPR) wird sich demnächst mit einer Neubewertung von Glyphosat beschäftigen und fordert zur Einreichung von Daten auf. Das Europäische Parlament hat am 13.4.2016 mit Mehrheit für eine befristete Verlängerung der Erlaubnis votiert. Entschieden wird letztlich von der Europäischen Kommission (Directorate General for Health and Food Safety).

1 Beispiele für verfälschende Aussagen in Tertiärliteratur

„Für Fehlbildungen wie Neuralrohrdefekte und Anencephalus gibt es Belege bzw. Hinweise aus Tierversuchen.“ Verwiesen wird dafür auf Dellagrave et al. 2003. Unberücksichtigt bleibt bei dieser Aussage die Dosisfrage, denn trächtigen Ratten wurden täglich 500, 750 und 1000 mg Glyphosat pro Kilogramm Körpergewicht verfüttert. Das entspräche für einen erwachsenen Menschen 70 g Glyphosat pro Tag. Für Ratten liegt die LD50 bei 1000 mg/kg. Bei den geworfenen Jungen wurden – bei solcher Dosierung nicht überraschend – Fehlbildungen gesehen. Die zitierte epidemiologische Studie (Rudolph, 2010) hat die Inzidenz von Fehlbildungen in Abhängigkeit von der Ausbringung von Pestiziden in der Nachbarschaft betrachtet. Es sind über 50 Substanzen zur Anwendung gekommen, darunter allerdings n.b.! nicht Glyphosat. Diese Beispiele zeigen exemplarisch, warum das Zitieren von Zitaten in derartigen Kontexten unzureichend ist.

2 Renewal Assessment Report

Die vom BfR erarbeitete Bewertung ist bislang der Öffentlichkeit nicht zugänglich gemacht worden. Damit begibt sich das Amt einer notwendigen öffentlichen Überprüfung seiner Aussagen. Im Internet ist allerdings eine kritische Auseinandersetzung mit dem RAR erschienen. Der Autor (Dr. Peter Clausing) schreibt auf der Website eines Pestizid-Aktions-Netzwerkes (PAN): „By coincidence the 31 March 2015 version became available to the author of this report, making possible this analysis.“

Glyphosat blockiert ein Enzym, das in Pflanzen für die Synthese von aromatischen Aminosäuren funktionieren muss. Dieses Enzym gibt es nicht beim Menschen und bei Tieren. Mithin weist es im Vergleich mit anderen Herbiziden eine viel geringere Toxizität auf. Glyphosat ist nicht persistent. Für den Abbau sind Mikroorganismen verantwortlich. Die Halbwertszeit beläuft sich auf eine bis zwei Woche(n) in Gewässern, zwei bis vier Wochen in Böden. Es gibt keine Bioakkumulation. Angesichts der breitgestreuten Anwendung verwundert es nicht, dass Glyphosat in verschiedenen tierischen und menschlichen Matrices – allerdings nicht in der Muttermilch – nachgewiesen werden kann. Der derzeitige Streit zwischen Institutionen, Umweltverbänden, Chemischer Industrie und Verbrauchern geht um die Kanzerogenität von Glyphosat.

Dass eine gründliche öffentliche Analyse und ggf. Kritik oder Befürwortung der BfR-Ausarbeitung (RAR) und der EFSA-Stellungnahme nicht möglich sind, dafür sind Bestimmungen und Regeln verantwortlich, die eine solche Geheimhaltung vorsehen (von wem verordnet? zu wessen Schutz?) und die geändert werden sollten.

3 Überprüfbares

Nachlesbares: BVL (Forster et al. J Verbr Lebensm (2015) 10:235-240), EFSA (EFSA Journal 2015; 13, 4302-4331), IARC (IARC Monographs, Vol 112, 2015), Clausing (Clausing P, The Glyphosate Assessment Report and The 31 August 2015 Addendum to the Renewal Assessment Report on Glyphosate. Nov. 2015). Frankfurter Allgemeine Zeitung (www.bioaktuell.ch/fileadmin/document/ba/Medienspiegel_2016/3-Maerz-2016/FAZ_Glyphosat).

Eine umfassendere Darstellung ist auch auf Pädiskurs zu finden.

*Prof. Dr. Karl Ernst
von Mühlendahl*

Dr. Matthias Otto

Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

49084 Osnabrück

E-Mail: kontakt@kinderumwelt.de

Red.: WH

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

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

(02 21) 6 89 09 21.



Ausbau telemedizinischer Angebote

Eltern und Patienten können Ärzte, die Telemedizin anbieten, online finden

Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in Deutschland sind die erste Arztgruppe, die telemedizinische Konsultationen im Rahmen eines Selektivvertrages mit der **Barmer GEK** flächendeckend einführt. Insbesondere für Patienten mit seltenen oder chronischen Erkrankungen hat die schnelle Hinzuziehung eines Experten über das telemedizinische Programm „PädExpert®“ große Vorteile. Oftmals können lange Anfahrten und Wartezeiten bei Fachärzten vermieden werden.



Auf der Patientenseite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) www.kinderaerzte-im-netz.de können Eltern und Patienten jetzt nach Ärztinnen und Ärzten suchen, die auch Telemedizin in ihren Praxen oder eine direkte Kommunikation mit den Patienten mit der **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“** anbieten.

Praxen, die diese Services zur Verfügung stellen, haben die Informationen dazu auf ihrer Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de eingetragen. „Es ist für uns in der Praxis eine enorme Erleichterung, wenn wir unseren Patienten innerhalb von 24 Stunden eine Verdachtsdiagnose bestätigen können oder bei

einem unklaren Befund schnell die qualifizierte Meinung eines Experten aus diesem digitalen Netzwerk einholen können. In über 70 % aller bisherigen telemedizinischen Konsultationen konnten wir die jeweiligen Fragestellungen online klären. Zusätzliche Überweisungen zum Facharzt waren nicht nötig“, erläutert Dr. Wolfgang Landendörfer, niedergelassener Pädiater aus Nürnberg, die Erfahrungen aus seiner Praxis.

Das digitale Programm ist aktuell für Pädiater in Bayern verfügbar – ab dem 1.7.2016 können kinder- und jugendärztliche Praxen in ganz Deutschland ihren Patienten telemedizinische Unterstützung anbieten. Für Versicherte der **Barmer GEK** und der **AOK Bayern** ist dieser neue Service kostenlos.

Bereits jede fünfte pädiatrische Praxis in Bayern nutzt die Telemedizin

Von etwa 700 pädiatrischen Praxen in Bayern gehören bereits 140 zum telemedizinischen Netzwerk „PädExpert®“ – Tendenz stark steigend. Aktuell umfasst das Programm 11 seltene und chronische Erkrankungen – z. B. ist das Programm für Kinder und Jugendliche mit **instabilem Asthma, Allergien, Stoffwechselstörungen, Herzerkrankungen oder mit unklaren Hautbefunden** einsetzbar.

Weiterer Ausbau

In Zukunft sollen auch Kinder und Jugendliche mit Schulpro-

blemen, ADHS oder Depressionen online Unterstützung von Experten bekommen.

Tausende von Patienten nutzen inzwischen auch die **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“**, die von immer mehr pädiatrischen Praxen angeboten wird. „Bei uns in der Praxis wird diese neue Form der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sehr gut angenommen. Die Patienten werden bereits am Eingang über dieses neue Angebot informiert, und unsere Medizinischen Fachangestellten motivieren die Patienten, die neue App schon in der Praxis zu installieren. Alle Patienten, die sich bei uns registrieren, erhalten dann Nachrichten direkt auf ihr Smartphone, z. B. zu bevorstehenden Untersuchungen, Impfungen oder auch eine Einladung zur Befundbesprechung. Das spart nicht nur Zeit, auch die Resonanz der Patienten zu dieser modernen Kommunikationsform ist sehr positiv. Besonders gut finden die Eltern auch Benachrichtigungen, wenn unsere Praxis zum Wochenendnotdienst eingeteilt ist und eine Information über die ärztliche Vertretung bei Praxisurlaub“, berichtet Dr. Landendörfer, in dessen Praxis schon über 900 Patienten seine neue PraxisApp nutzen.

Weitere Informationen:

Telemedizin: www.paedexpert.de

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

Red.: WH

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

August 2016

24. August 2016

Immer etwas Neues VERDEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

27. August 2016

Jahrestagung des LV Sachsen

des BVKJ in Dresden, Sächsische LÄK

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens,

Radebeul, Auskunft: ①

31. August 2016

Immer etwas Neues JENA

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

September 2016

7. September 2016

Immer etwas Neues LEVERKUSEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

10.-11. September 2016

20. Pädiatrie zum Anfassen

des BVKJ, LV Hamburg, Bremen, S-H

und Niedersachsen in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp,

Dr. Stefan Renz, Dr. Dehtleff Banthien,

Dr. Volker Dittmar, Auskunft: ②

21. September 2016

Impfworkshop des BVKJ Fulda

„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update

für das gesamte Praxisteam, Auskunft: ⑤

28. September 2016

Immer etwas Neues HAMBURG

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

Oktober 2016

8.-11. Oktober 2016

44. Herbst-Seminar-Kongress

des BVKJ in Bad Orb

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,

Wiesbaden, Auskunft: ⑤

26. Oktober 2016

Immer etwas Neues MÜNCHEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

November 2016

5. November 2016

bvkj Landesverbandstagung

Niedersachsen

im Hotel Niedersachsenhof, Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

9. November 2016

Immer etwas Neues NÜRTINGEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg

Leitung: Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach

Auskunft: ③

23. November 2016

Impfworkshop des BVKJ Berlin

„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update für

das gesamte Praxisteam, Auskunft: ⑤

30. November 2016

Immer etwas Neues BIELEFELD

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

Dezember 2016

3. Dezember 2016

7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/

Dr. B. Ruppert, Berlin, Auskunft: ①

7. Dezember 2016

Impfworkshop des BVKJ Nürtingen

„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update für

das gesamte Praxisteam

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.: 0451-7031-202, 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
Email: bvkj.kongress@uminfo.de



Geburtstage im September 2016

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinrich *Jauker*, Gaildorf, am 01.09.
 Frau Gisela *Schock*, Butzbach, am 04.09.
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut *Wollmann*, Berlin, am 08.09.
 Frau Dr. med. Barbara *Fitzner*, Bernau OT Schönow, am 10.09.
 Herr Wulf *Ziegenrucker*, Pinneberg, am 10.09.
 Frau Dipl.-Med. Monika *Schnabel*, Hanau, am 15.09.
 Herr Dr. med. Rüdiger *Penthin*, Schönberg, am 17.09.
 Frau Dr. med. Brigitte *Preuß*, Mol, am 17.09.
 Frau Dr. med. Ute von *Eichhorn*, Deggendorf, am 18.09.
 Frau Dr. med. Christine *Jäckel*, Grüna, am 20.09.
 Herr Dr. med. Martin *Rey*, Arnsberg, am 21.09.
 Frau Dr. med. Ulrike *Walther*, Paitzdorf, am 23.09.
 Herr Dr. med. Rainer *Genseke*, Gardelegen, am 23.09.
 Frau Dipl.-Med. Veronika *Nichelmann*, Dortmund, am 26.09.
 Herr Dr. med. Karl-Heinz *Leppik*, Erlangen, am 27.09.
 Herr Dr. med. Roland *Mader*, Dillenburg, am 27.09.
 Frau Dr. med. Eva *Lichtenstern-Peters*, Rheinbreitbach, am 28.09.
 Frau Dr. med. Maria-E. *Sobotka*, Köln, am 28.09.
 Frau Dr. med. Monika *Scheele*, Hamburg, am 29.09.
 Frau Dr. med. Christa *Lütkenhaus*, Borken, am 30.09.

70. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Franz *Staudt*, Passau, am 05.09.
 Herr Dr. med. Werner *Rist*, Pfronten, am 11.09.
 Frau Dr. med. Irmgard *Hollenweger-Petit*, München, am 11.09.
 Herr Dr. med. Hans-Martin *Hauff*, Gundelfingen, am 18.09.
 Frau Prof. Dr. Mathilde *Kersting*, Dortmund, am 19.09.
 Herr Dr. med. Michael *Christ*, Ottobrunn, am 19.09.
 Frau Dr. med. Marianne *Sprenkamp*, Paderborn, am 21.09.

Herr Dr. med. Klaus-Peter *Ullrich*, Erfurt, am 25.09.
 Frau Dr. med. Gisela *Kottsieper*, Ansbach, am 28.09.
 Frau Gisela *Canzler*, Chemnitz, am 28.09.
 Herr Dr. med. Michael *Rohr*, Merzhausen, am 30.09.
 Herr Dr. med. Bernward *Fröhlingdorf*, Bremen, am 30.09.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Sabine *Groth*, Mühlenbecker Land OT Schönfließ, am 04.09.
 Frau MR Dr. med. Bernhild *Schulz*, Teltow, am 08.09.
 Herr Dr. med. Axel *Pankrath*, Luckenwalde, am 09.09.
 Herr Dr. med. Hans Jörg *Thiel*, Peine, am 14.09.
 Herr Dr. med. Volker *Vogler*, Tornesch, am 16.09.
 Herr Dr. med. Hans *Keller*, Aschaffenburg, am 16.09.
 Herr Dr. med. Robert *Miething*, Bad Kreuznach, am 17.09.
 Frau Dr. med. Renate *Lüdemann*, Bremen, am 17.09.
 Herr Dr. med. August Wilhelm *Kemmann*, Hilden, am 19.09.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Laipple*, Ditzingen, am 21.09.
 Herr Dr. med. Wilfried *Kratsch*, Düsseldorf, am 21.09.
 Herr Dr. med. Jörg *Reineke*, Wolfsburg, am 23.09.
 Frau Dr. med. Monika *Zemke*, Lindlar, am 23.09.
 Herr Dr. med. Georg *Kemper*, Recklinghausen, am 24.09.
 Herr Dr. med. Herrmann *Gierth*, Meißen, am 25.09.
 Frau Dr. med. Edith *Holz*, Müllrose, am 25.09.
 Herr Dr. med. Hubert *Bömer*, Arnsberg, am 25.09.
 Frau Dr. med. Carla *Langer*, Magdeburg, am 27.09.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Schneider*, Naunhof, am 27.09.
 Frau Dr. med. Illa *Schwarz*, Sprockhövel, am 27.09.
 Herr Dr. med. Ewald *Dellinger*, Bonn, am 28.09.
 Frau Dr. med. Beate *Linke*, Fürstenwalde, am 29.09.

80. Geburtstag

Frau Doris *Weigelt*, Jena, am 08.09.
 Herr Dr. med. Eckhard *Bermppohl*, Gräfelting, am 08.09.
 Herr Dr. med. Klaus-Diedrich *Nissen*, Hamburg, am 12.09.
 Herr Dr. med. Hans E. *Duven*, Marburg, am 13.09.
 Herr Dr. med. Eberhard *Ziehank*, Reichenbach, am 14.09.
 Herr Dr. med. Rudolf *Kemmerich*, Waiblingen, am 16.09.

Frau Dr. med. Brunhilde *Kleibeler*, Berlin, am 25.09.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Christa *Schweiger*, Eschborn, am 07.09.
 Frau Dr. med. Sigrid *Weber*, Hochheim, am 09.09.
 Frau Dr. med. Hanni *Zeinert*, Kolkwitz, am 30.09.

82. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Käte *Geschke*, Burgstädt, am 14.09.
 Herr Dr. med. Karl vom *Bauer*, Trier, am 14.09.
 Frau Dr. med. Hildegard *Winter-Walker*, Stuttgart, am 18.09.
 Frau Mona *Prehn*, Röttingen, am 23.09.
 Frau SR Dr. med. Gertraud *Jeschkeit*, Halle, am 24.09.

83. Geburtstag

Herr OMR Dr. med. Frank-Jörg *Gutsmuths*, Leipzig, am 08.09.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Werner *Schneider*, Schwetzingen, am 11.09.
 Herr Med.Dir. Walter *Pösch*, Bremen, am 28.09.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Manfred *Marz*, Augsburg, am 02.09.
 Herr Dr. med. Horst *Gebauer*, Bischofswerda, am 06.09.
 Herr Dr. med. Walter *Pössel*, Berlin, am 23.09.
 Frau Dr. med. Anita *Kahlow-Mardus*, Berlin, am 25.09.

87. Geburtstag

Herr Dr. med. Jochem *Kaufmann*, Bamberg, am 04.09.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Haake*, Hannover, am 02.09.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. Siegfried *Adler*, Eberswalde, am 26.09.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria-Luise *Koch*, Hamburg, am 27.09.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Eberhard *Kreikemeier*, Kronshagen, am 23.09.

93. Geburtstag

Herr Dr. med. Friedrich *Bettecken*, Villingen-Schwenningen, am 13.09.

94. Geburtstag

Frau Susanne *Behrendt-Linke*, Berlin, am 25.09.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Bothner*, Stuttgart, am 01.09.

Wir trauern um:

Frau SR Dr. Renate *Jehring*, Dresden
 Herrn Dr. Karlhorst *Bacus*, Mülheim

Im Monat Juni durften wir 12 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Ulrike *Huss*



Bayern

Herrn Dr. med.

Alexander *Bernhart*

Frau Dr. med. Julia *Pistohl*

Herrn Dr. med. Martin *Tollens*

Herrn Dr. med. Stefan *Weickardt*

Herrn Dr. med.

Marco Siegfried *Wölfel*



Berlin

Frau Dr. med. Sabriye *Ayyildiz*



Hessen

Frau Ruth *Kohl-Munthiu*

Frau Ann Katrin *Kolb*

Frau Dr. med. Stefanie *Schindler*



Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Christoph *Sehan*



Niedersachsen

Frau Dr. med. Mirjam *Schildger*

Frau Dr. med. Ute *von Schilling*



Nordrhein

Frau Dr. med. Joana *Antwi*

Frau Dr. med.

Corinna Llamas *Lopez*



Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. Arndt *Verfürth*

Sechsfach-Impfstoff Hexyon®:

Impfdosen aus Italien und Frankreich jetzt verfügbar

Damit die Grundversorgung mit Sechsfach-Impfstoffen zur Grundimmunisierung von Säuglingen sichergestellt werden kann, hat Sanofi Pasteur MSD neben der regulären Ware auch Hexyon® aus Frankreich und Italien nach Deutschland umgeleitet. Diese Impfstoffe sind nun in Deutschland erhältlich.

Sanofi Pasteur MSD hat in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden alle Anstrengungen unternommen, um den aktuellen Lieferengpass beim Sechsfach-Impfstoff für Säuglinge und Kleinkinder zu entschärfen. Deshalb wurden kurzfristig Chargen des Sechsfach-Impfstoffs Hexyon® von Sanofi Pasteur MSD, die ursprünglich für Frankreich und Italien vorgesehen waren, nach Deutschland umgeleitet. Die Impfdosen aus Italien konnten bereits Anfang Juli zur Verfügung gestellt werden, die Ware aus Frankreich ist ab sofort über den üblichen Vertriebsweg erhältlich.

Diese Packungen haben eine Freigabe für den deutschen Markt, eine deutsche Gebrauchsinformation wird jeweils an der Packung befestigt:

Zu diesem Schritt hat sich das Unternehmen entschlossen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit am 23.06.2016 festgestellt hatte, dass in Deutschland in Folge eines Produktionsausfalls ein Mangel der Versorgung der Bevölkerung mit Sechsfach-Impfstoffen besteht, die sich gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Hepatitis B, Kinderlähmung (Poliomyelitis) und durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankun-

gen richten. Die Grundimmunisierung gegen diese Erkrankungen empfiehlt die Ständige Impfkommission am Robert Koch Institut (STIKO) für alle Säuglinge ab zwei Monaten¹, vorzugsweise mit Kombinationsimpfstoffen².

Referenzen:

- 1 Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin 34/2015, S. 329.
- 2 Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin 34/2015, S. 356.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin

Packung	Chargennummer	PZN	Ursprungsland
1x Fertigspritze mit zwei beigelegten Kanülen	L03453VR	12417604	Frankreich
1x Fertigspritze mit zwei beigelegten Kanülen	L03231V	12417604	Italien

Schutz und Beruhigung sensibler und geschädigter Kinderhaut

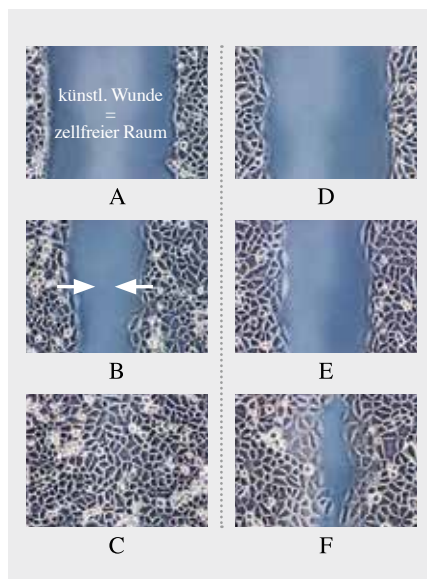
Rasche Zellregeneration durch Stimulation der Proliferationszonen

In Deutschland leidet etwa jedes sechste bis zwölfte Kind unter sechs Jahren an Neurodermitis oder atopischer Dermatitis. Ursachen und Verlauf der schubweise verlaufenden und oft mit quälendem Juckreiz verbundenen Erkrankung sind vielschichtig, jedoch spielt die genetische Veranlagung eine zentrale Rolle. Eine frühzeitige Therapie ist ebenso entscheidend wie die ausführliche individuelle Pflegeberatung der Eltern. Oberstes Pflegeziel muss es sein, die gestörte Hautbarriere zu stärken und die Schutzfunktion der Haut mit verträglichen und wirksamen Kinderpflege-Produkten wiederherzustellen.

Regeneration von Bindegewebszellen durch Förderung der Zellmigration

Nach einem Hautdefekt werden regenerative Prozesse auf zellulärer Ebene durch die Aktivierung des Zellstoffwechsels eingeleitet. Dabei spielen die Neubesiedlung und Schließung des geschädigten bzw. verletzten Hautareals durch die Migration und Proliferation von Fibroblasten aus intaktem Umgebungsgewebe eine entscheidende Rolle. Die Zugabe des Töpfer Kinder Kleibads mit Bio-Olivenöl bewirkte im invitro-Test an kultiviertem Zellmate-

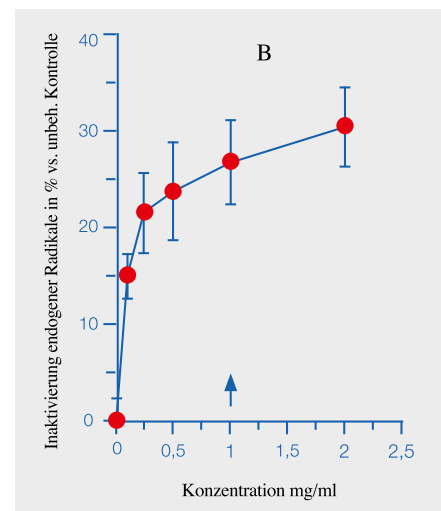
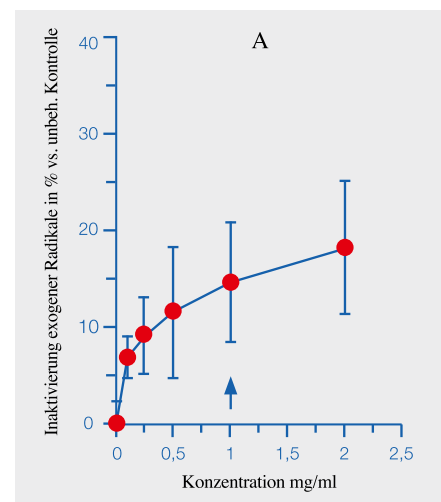
rial durch ein unabhängiges zellbiologisches Forschungsinstitut eine unmittelbare Stimulation der Proliferationszonen um 32 Prozent, die Testkonzentration lag bei 0,5 mg/ml. Der förderliche Wirkeffekt in Bezug auf Vitalität und Stoffwechsel von Bindegewebszellen war unmittelbar nach der Anwendung am stärksten. In schubfreien Phasen kann deshalb auch eine tägliche Anwendung empfohlen werden. Zusätzlich wurden die Zellregeneration und die Schließung eines verletzten bzw. defekten Hautareals durch das Töpfer Kinder Kleibad mit Bio-Olivenöl signifikant gefördert.



Verdeutlichung der Zellregeneration nach 0 (A, D), 24 (B, E) und 48 (C, F) Stunden für eine Zellkultur mit Töpfer Kinder Kleibad mit Bio-Olivenöl in der oberen Zeile (A-C) und für eine Kontroll-Zellkultur in der unteren Zeile (D-F) dargestellt. Bei der Kultur mit dem Töpfer Kleibad ist die künstliche Wunde bereits vollständig geschlossen, während sie bei der Kontrollkultur teilweise zellulär noch gar nicht besiedelt ist.

Antioxidative Wirkung bei exogenen und endogenen Sauerstoffradikalen

Bei Verletzungen, Entzündungen und komplizierten Wundheilungen kommt es zur Einwanderung von neutrophilen Granulozyten aus dem Blut ins Gewebe. Die eingewanderten Zellen bilden Radikale, die häufig sogar zu einer lokalen Gewebetraumatisierung führen. Wird die lokale Bildung und Freisetzung von reaktiven Sauerstoffradikalen gehemmt, kann sich dies positiv auf den Heilungsprozess des betroffenen Gewebes auswirken. Im Test zeigte das Töpfer Kinder Kleibad mit Bio-Olivenöl eine nachweisbar antioxidative Wirkung. Auf Grund der Inaktivierung von reaktiven Sauerstoffradikalen kann durch die Anwendung des Töpfer Kinder Kleibad mit Bio-Olivenöl eine verbesserte Abheilung des geschädigten und entzündeten Gewebes resultieren.



Grafik: Inaktivierung exogener (A) und endogener (B) gebildeter Sauerstoffradikale durch das Töpfer Kinder Kleibad mit Bio-Olivenöl im Vergleich zur unbehandelten Kontrolle. Die Pfeile markieren die berechnete reale Konzentration des Kleibads von 1 mg/ml. Angegeben ist der Mittelwert \pm Standardabweichung aus drei Versuchen.

Mit freundlicher Unterstützung
Töpfer GmbH, Dietmannsried

Schonende Schuppenlösung bei Milchschorf? Ein Fall für die rein physikalische Keratolyse.

Wenn Säuglinge und Kleinkinder unter Milchschorf leiden, ist eine ebenso sichere wie schonende Lösung gefragt. Eine innovative Therapieoption, die diesen Ansprüchen gerecht wird, ist die rein physikalische Keratolyse mit Dicaprylyl Carbonat und Dimeticonen.

Durch die sehr niedrige Oberflächenspannung fließt die patentierte Lösung (LOYON®) beim Auftragen sofort unter bestehende Schuppen und Krusten und verringert dort den interzellulären Zusammenhalt zwischen den Korneozyten, wodurch diese sich hautschonend ablösen. So verbesserte sich im Rahmen einer klinischen Untersuchung an Säuglingen und Kleinkindern mit Milchschorf nach nur ein bis drei Applikationen der Schuppungsgrad in 80 %

der Fälle – ohne dass unter der Anwendung Punktblutungen auftraten¹.

Die keratolytische Alternative ab dem Säuglingsalter

Aufgrund der physikalischen Wirkweise sind keine pharmakologischen Wechselwirkungen zu befürchten, was die sehr gute Verträglichkeit begründet. Das Medizinprodukt wurde außerdem unter bewusstem Verzicht auf Konservierungs-

mittel, Farb- und Duftstoffe konzipiert. Es brennt, klebt und riecht nicht – und kann bereits ab dem Säuglingsalter empfohlen werden.

Literatur

- 1 Hengge UR: Topical, Non-Medicated LOYON® in Facilitating the Removal of Scaling in Infants and Children with Cradle Cap: A proof-of-Concept Pilot Study. *Dermatol Ther*, 2014; 4(2):221-32.

**Nach Informationen von
Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt**

Neue Steroid-Generation der topischen Ekzem-Therapie: Neuroderm® Akut 0,1% Creme

Aktuelle Übersichtsarbeit bestätigt positives Nutzen/Risiko-Verhältnis für Hydrocortisonbutepirat

Neuroderm® Akut 0,1% Creme wird zur lokalen Behandlung von entzündlichen und allergischen Hauterkrankungen, Ekzemen unterschiedlicher Ursache, bei Insektenstichen oder Psoriasis eingesetzt. Der darin enthaltene Wirkstoff Hydrocortison-17-butytrat-21-propionat (Hydrocortisonbutepirat, HBP), ein Klasse-II-Steroid, verbleibt durch seine Doppellester-Molekülstruktur vergleichbar einem Anker in der oberen Hautschicht und entfaltet auf diese Weise direkt an betroffener Stelle seine antientzündliche Wirkung. Fölster-Holst et al. bescheinigen HBP in einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit¹ ein überaus positives Nutzen/Risiko-Verhältnis. Nicht nur die Reduzierung der typischen Nebenwirkungen einer topischen Steroid-Anwendung wie Hautatrophie oder das Potential einer systemischen Cortisol-Spiegel-Beeinflussung, sondern auch die optimierte lokale klinische Wirksamkeit konnte die

Übersichtsarbeit belegen. Aufgrund dieser Ergebnisse wird HBP mit einem bislang maximalen Therapeutischen Index (TIX) von 2,0 bewertet und ist damit auf eine Stufe mit modernen topischen Steroiden wie Prednicarbat, Methylprednisolonaceponat, Mometasonfuroat oder Fluticasonpropionat zu stellen. Gleichzeitig hebt sich HBP in seiner antientzündlichen Wirksamkeit von Betamethasonvalerat und Hydrocortisonbutyrat ab. In einer breit angelegten Anwendungsstudie mit 12.000 Patienten in Deutschland, darunter auch Kinder, beurteilten 90 % der Patienten und behandelnden Ärzte die Verträglichkeit der HBP-Creme als ‚exzellent‘ oder ‚gut‘.² Die hohe Akzeptanz auch bei Patienten mit Atopischer Dermatitis, bei denen 80 % von einer exzellenten Verträglichkeit des Wirkstoffes sprachen, bestätigte diese positive Bewertung. Fachkreise sprechen aufgrund der sehr guten Verträglichkeit von HBP gerne von einem sogenannten ‚Soft-Steroid‘. Im Gespräch mit besorgten Patienten



oder Eltern kann die bekannte ‚Cortison-Angst‘ genommen und die Compliance deutlich verbessert werden. Neuroderm® Akut 0,1% Creme ist bereits bei Säuglingen ab dem 1. Lebensmonat zugelassen und in allen Altersklassen voll erstattungsfähig.

Literatur

- 1 Fölster-Holst R, Abeck D, Torreló A. Topical hydrocortisone 17-butyrate 21-propionate in the treatment of inflammatory skin diseases: pharmacological data, clinical efficacy, safety and calculation of the therapeutic index. *Pharmazie* 2016, 71, 115-121.
- 2 Wendt B, Stähle H. Drug-Monitoring mit einem neuen Kortikosteroid-Ester. *Der Deutsche Dermatologe* 1990, 38, S03-S07.

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

SurePal™ und Wachstumshormontherapie – spannende Fakten und nützliche Informationen auf www.surepal.de

Patienten, die eine Wachstumshormontherapie benötigen und einen Injektionspen benutzen, haben viele Fragen. Die neue Webseite www.surepal.de gibt umfangreiche Antworten auf zahlreiche Fragen rund um das Thema Wachstumshormonmangel sowie wichtige Anwendungshinweise für den SurePal™ und unterstützt mit diesen Services Patienten.

Was ist ein Wachstumshormon und was ein Wachstumshormonmangel? Wann und wodurch kann es zu einem Wachstumshormonmangel kommen? Antworten auf diese und viele andere Fragen gibt die neue Webseite www.surepal.de. Einfach und gut verständlich vermittelt diese Webseite nützliches Grundwissen zu Wachstumsstörungen und zur Anwendung des SurePal™, einem Pen zur Injektion von Wachstumshormonen bei Patienten.

Der SurePal™ ist ein innovativer Injektionspen aus Eigenentwicklung von Sandoz. Er wurde maßgeschneidert für die Bedürfnisse der Patienten bei der Therapie mit

Wachstumshormon. Der SurePal™ bietet eine einfache und sichere Handhabung, die auch durch Studiendaten bestätigt wurde.¹

Die neue Webseite www.surepal.de liefert nützliche Informationen zur Anwendung des SurePal™ in der Therapie mit dem Wachstumshormon. Auf der Webseite wird Schritt für Schritt erläutert, wie der Pen vorbereitet wird, die tägliche Injektion durchzuführen ist und wie die Aufbewahrung und ein Austausch der Patronen erfolgen. Zudem wird die Anwendung in einem Video anschaulich demonstriert. Weitere Service-Angebote komplettieren die Webseite. Interessierte

finden ausführliche Patientenbroschüren zu verschiedenen Themen wie zum Beispiel Wachstumshormonmangel bei Kindern, dem Prader-Willi-Syndrom oder auch Wachstum und chronische Niereninsuffizienz. Einige Broschüren werden nicht nur in deutscher, sondern auch in türkischer Sprache zum Herunterladen angeboten.

Quelle:

- 1 Partsch et al., Medical Devices: Evidence and Research 2015; 8: 1-5.

Nach Informationen von Hexal AG, Holzkirchen

Neu von PARI: SpiroSense® – Kombinierte Spirometrie aus komfortablem Praxis- und mobilem Patientengerät

Mit dem SpiroSense® bietet PARI jetzt innovative System-Spirometrie basierend auf der neuen Hitzedrahtsensorik für besonders hohe Messgenauigkeit.

Durch die Kombination aus Praxis- und Patientengerät (SpiroSense® Pro und mySpiroSense®) lässt sich die Momentaufnahme beim Arzt durch Messungen daheim ergänzen. Dies ermöglicht eine fundierte Diagnose sowie Therapieoptimierung.

Eine kinderfreundliche Lernsoftware führt zu mehr Spaß und schnellem Erfolg.

SpiroSense® ist daher auch für Kinder unter 6 Jahren gut geeignet.

Für weitere Informationen:
www.pari.com/spirosense

Nach Informationen von PARI GmbH, Starnberg



GAP-Studie: SLIT-Tablette GRAZAX® beugt dem Auftreten von Asthmasymptomen vor

- Nutzen der Therapie nimmt mit der Zeit zu. In den zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung reduzierte sich das geschätzte Risiko des Auftretens von Asthmasymptomen um fast die Hälfte
- Signifikante Besserung der Beschwerden der allergischen Rhinokonjunktivitis – Erfolg hält zwei Jahre nach Therapieende noch an
- Patienten zeigten modifizierte immunologische Reaktionen auf Gräserpollen, ein Hinweis auf Hemmung der Krankheitsprogression



Auf dem Jahres-Kongress der Europäischen Akademie für Allergologie und klinische Immunologie (EAACI) 2016 in Wien wurden neue Daten der GRAZAX® Asthma-Präventions (GAP)-Studie zu GRAZAX®, der SLIT-Tablette von ALK zur spezifischen Immuntherapie bei Gräserpollenallergie, präsentiert.

Die auf dem Kongress vorgestellten Ergebnisse bestätigen, dass GRAZAX® der Entwicklung von Asthmasymptomen vorbeugen und die Symptome der Gräserpollenallergie anhaltend lindern kann. Außerdem sprechen die immunologischen Befunde deutlich für eine krankheitsmodifizierende Wirkung der Behandlung.

Die GAP-Studie, die bislang größte klinische Prüfung der spezifischen Immuntherapie bei Kindern, verglich die Wirkung von GRAZAX® mit Placebo hinsichtlich des Risikos der Asthmaentwicklung. Die Studie bestand aus einer dreijährigen Behandlungsphase, an die sich eine zweijährige Nachbeobachtungsphase anschloss. Insgesamt wurden 812 Kinder

im Alter von 5 bis 12 Jahren bei Behandlungsbeginn in die Studie einbezogen.

Die genaue Analyse der Ergebnisse der GAP-Studie bestätigte, dass die Therapie mit GRAZAX® dem Auftreten von Asthmasymptomen im Kindesalter vorbeugt:

- Die GRAZAX®-Therapie verringerte den Anteil der Patienten mit Asthmasymptomen¹ oder mit Anwendung von Asthmamedikamenten². (Odds Ratio: 0,66, $p < 0,05$)
- Die GRAZAX®-Therapie reduzierte auch den Anteil der Patienten, die während der gesamten fünfjährigen Studiendauer an Asthmasymptomen litten (Odds Ratio: 0,71, $p < 0,05$), wobei dieser Effekt am stärksten während der zweijährigen Phase nach Behandlungsabschluss ausgeprägt war. (Odds Ratio: 0,55, $p < 0,05$)

Außerdem nahm der Behandlungseffekt im Laufe der Zeit zu und war sowohl während der Gräserpollen-Saison als auch im Winter nachweisbar.

Darüber hinaus zeigte die GAP-Studie die Wirksamkeit von GRAZAX® bei allergischer Rhinokonjunktivitis durch Gräserpollen bei Kindern, wobei der Nutzen der Behandlung auch hier noch zwei Jahre nach der Behandlung anhielt.

Die weitere Analyse der Daten der wegweisenden GAP-Studie folgte auf die erste Bekanntgabe der Topline-Ergebnisse in Januar 2016. Diese konnten zeigen, dass die Behandlung mit GRAZAX® den Anteil der Kinder mit Asthmasymptomen oder mit Anwendung von Asthmamedikamenten signifikant reduziert. Allerdings ließ sich kein Effekt in Bezug auf die Zeit bis zur Erstdiagnose einer reversiblen Lungenfunktionsstörung nachweisen, weshalb der primäre Endpunkt der Studie nicht erreicht wurde.

Erkka Valovirta, Kinderallergologe, außerordentlicher Professor an der Universität Turku, Finnland, und Hauptprüfer der GAP-Studie, kommentierte: „Die GAP-Studie liefert weitere Nachweise dafür, dass es möglich ist, die allergische Immunreaktion umzuprogrammieren. Sie weist auch darauf hin, dass es von Vorteil sein könnte, Kindern eine frühzeitige Behandlung anzubieten, um das Risiko, lebenslang mit Atemwegsproblemen zu tun zu haben, zu minimieren.“

Quellen:

- 1 Asthmasymptome wie Giemen, Engegefühl in der Brust, Kurzatmigkeit oder Husten über einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen.
- 2 Asthmamedikamente, darunter kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA), systemische Kortikosteroide, inhalative Kortikosteroide (ICS), Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (LTRA), langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (LABA), systemische Kortikosteroide, inhalative Kortikosteroide (ICS), retardiertes Theophyllin oder Natriumcromoglycat.

Nach Informationen von Alk-Abelló Arzneimittel GmbH, Hamburg

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard 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-kliniken.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

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