

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 03/17
46. (64.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Heilmittel sicherer
verordnen

Fortbildung

Nichtvaskuläre
Hauttumore im Kindes-
und Jugendalter

Forum

Was der Armutsbericht
uns zeigt

Magazin

Wegbereiter
der modernen
Immunologie

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

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

INHALT 03 | 2017

Berufsfragen

| | |
|---|----|
| Heilmittel sicherer verordnen? // Reinhard Bartzky | 71 |
| Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis wird finanziell gefördert! // Ulrike Gitmans | 74 |
| Berufsrecht // Christian Maus | 78 |
| Grafik des Monats | 80 |
| Impressum | 80 |
| Vorstand 2016 | 82 |
| Manual zum Paed.Plus®-Heft endlich fertig // Burkhard Lawrenz | 84 |
| Brief aus der Praxis // Tanja Brunnert | 87 |
| Neuer BAR-Wegweiser zur Reha für Kinder und Jugendliche // Thomas Stähler, Maren Bredehorst | 88 |
| Zukunftswerkstatt der bvkj-Landesverbände im Länderrat // Martin Lang | 90 |

Fortbildung

| | |
|--|-----|
| Nichtvaskuläre Hauttumore im Kindes- und Jugendalter // Susanne Abraham | 92 |
| Klinische und pathologische Untersuchungen zum Madenwurmbefall // Jürgen Hower, Thomas Lamberti, Andrea Maria Gassel | 105 |
| consilium: Empfehlungen zur Vorbehandlung von Nahrung bei Bet v-1 assoziierten Kreuzallergien // Lars Lange | 110 |
| Welche Diagnose wird gestellt? // Lena Schulz, Peter Höger | 112 |
| Leser-Forum | 115 |
| Review aus englischsprachigen Zeitschriften | 118 |

Forum

| | |
|---|-----|
| Der fünfte Armutsbericht und was er uns sagt // Ulrich Fegeler | 120 |
| Frühgeborenenversorgung dringend reformbedürftig | 122 |
| Kinder und Jugendliche: Laborratten der Drogenpolitik? // Uwe Büsching | 123 |
| Gesundheitliche Folgen des Klimawandels // Julia Schoierer, Stephan Böse-O'Reilly, Thomas Lob-Corzilius, Colin O'Reilly, Hanna Mertes | 124 |
| Praxisabgabeseminar und Praxisabgabeworkshop // Steffen Lüder | 126 |
| Screening praxisnah evaluieren // Till Reckert | 127 |
| Infektionskrankheiten // Stephan H. Nolte | 128 |
| Nachgefragt | 129 |
| Wie viel kosten die Dicken? | 133 |
| Verschiedenes | 135 |
| Das brauchen Kinder! | 136 |



„Luise Schulz, 10 Jahre –
11. April geheilt entlassen.“

S. 139

Magazin

| | |
|---|-----|
| „Luise Schulz, 10 Jahre – 11. April geheilt entlassen“ // Ulrike Enke | 139 |
| Pädindex | 143 |
| Aufklärung leicht gemacht // Hendrik Crasemann | 144 |
| Buchtipps | 145 |
| Personalia | 146 |
| Pädindex | 147 |
| Fortbildungstermine des BVKJ | 148 |
| Nachrichten der Industrie | 149 |
| Wichtige Adressen des BVKJ | 155 |

Titelbild: © iStock.com/ArtMarie

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind eine Beilage der KCU GmbH, Spremberg, sowie das Programmheft zum 47. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Der Honorarausschuss informiert

Heilmittel sicherer verordnen?

Änderungen beim Langfristigen Heilmittelbedarf und beim Besonderen Verordnungsbedarf ab dem 1.1.2017



Dr. Reinhard Bartzky

Problem

Heilmittelregresse sind eine begründete Sorge von Kinder- und Jugendärzten, wie zuletzt die breite Regresswelle in Baden-Württemberg beängstigend zeigte: Zeitweise waren dort viele hundert Kinder- und Jugendärzte von Regress bedroht. Diese Anzahl konnten nur durch umsichtiges Nachkodieren der Diagnosen in Zusammenarbeit zwischen KV und Berufsverband reduziert werden. Zwar wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012) der Grundsatz Beratung vor Regress gesetzt, doch kosten Regress-Androhungen Zeit und Nerven, denn der „prüfauffällige“ Arzt muss letztendlich ggf. seine „Unschuld“ beweisen.

Gesetzliche Grundlage für diese Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist der §106 SGB V. Hier werden zum einen **Zufälligkeitsprüfungen** (2 vom Hundert der Ärzte je Quartal) und zum anderen **Auffälligkeitsprüfungen** (bei Überschreiten der Richtgrößen) vorgeschrieben.

Berechnungsgrundlagen

Die Notwendigkeit zur Definition von Richtgrößen ergibt sich ebenfalls aus dem SGB V (§84). Umgesetzt werden diese Heilmittel-Aufgreifschwellewerte in den regional abgeschlossenen Heilmittel-Richtgrößenvereinbarungen (**finden Sie in der Regel auf der Homepage Ihrer regionalen KV**). In diesen Verträgen zwischen den KVen und den Kassen werden jedes Jahr Richtgrößen vereinbart.

Das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen Fallzahl je Altersgruppe mit der Richtgröße für diese Altersgruppe. EDV-Affine geben diese Zahlen jedes Jahr in die Heilmittelstatistik ihrer Praxissoftware ein, in der Hoffnung die Kontrolle zu behalten. Dabei verlangt man von uns Vertragsärzten letztendlich auch die Kenntnis der abgerechneten Leistungen – ein Hohn, dass wir Kenntnis und Haftung für die Gebührenordnung anderer Berufsgruppe vorhalten müssen! Selbst bei noch so gutem QM und EDV-Kenntnissen ist eine korrekte Kontrolle der eigenen Verordnungsdaten nicht möglich.

Welche Maßnahmen bei Überschreiten dieser willkürlichen Richtgrößen-Grenze greifen, ist ebenfalls in den Heilmittel-Richtgrößenvereinbarungen regional aber auch im SGB V geregelt: **Überschreitung 15-25%:** Beratung, **Überschreitung über 25%:** Regress, so-

weit diese Überschreitungen nicht durch Praxisbesonderheiten zu begründen sind (s. u.). Bei erstmalig festgesetztem Regress greift für Verfahren, die am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen waren, die Regelung „Beratung vor Regress“.

Heilmittel-Richtlinie (HMR)

Nicht unerwähnt bleiben darf die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) [<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>]. Dies die rechtliche Grundlage, nach der wir zu verordnen haben. Wer eine Regel dieses 30-Seitigen Verordnungswerkes missachtet, hat im Falle einer Prüfung ohnehin schlechte Karten. Hier ist festgelegt, welche Heilmittel erlaubt sind, wie die Verordnungen auszufüllen sind und Grundsätze der Wirtschaftlichkeit.

Umgang mit Regressanträgen der GKV

Können **Praxisbesonderheiten** schützen? Ja und Nein: Viele Kollegen sind leider immer noch der irrigen Annahme der Tatbestand Kinder- und Jugendarzt zu sein, sei a priori ein Ausnahmetatbestand und mache frei bei der Verordnung von Heilmitteln. Tatsächlich sind aber folgende **drei Regularien für Ausnahmetatbestände** bei der Verordnung von Heilmitteln zu beachten:

| | | |
|---|--|---|
| A | Bundesweite Praxisbesonderheiten nach §84 Abs 8 Satz 3 SGB V Bei Überschreitung Abzug ab dem ersten Behandlungsfall | seit 1.1.2013 Neuregelung zum 1.1.2017 |
| B | Langfristiger Heilmittelbedarf nach §32 Abs 1c SGB V Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung | Seit 1.7.2011 Neuregelung zum 1.1.2017 |
| C | Regionale Praxisbesonderheiten Verträge Ihrer KV | |

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erforderte Änderung bei den ersten beiden Regelungen: Die ehemaligen bundesweiten Praxisbesonderheiten (A) nennt man nun **Besonderer Verordnungsbedarf**. Hierbei handelt es sich um einen zweiseitigen geschlossenen Vertrag zwischen KBV und GKV [http://www.kbv.de/html/1150_21338.php]. Die wichtigste Neuerung ist die neue **Diagnosenliste**, welche zum 1.1.2017 in Kraft tritt und bei korrekter Anwendung in der Heilmittelverordnung budgetbefreiende Wirkung hat. Für den Prüfzeitraum bis zum 31.12.2016 gilt offiziell die alte Regelung weiter. Neben Geriatrischen Syndromen, dem Sekundären Parkinsonsyndrom und etwa den Juvenilen Osteochondrosen haben es *nun endlich wenigstens Entwicklungsstörungen bei Kindern, Sprachentwicklungsstörungen und Chronische Atemwegserkrankungen aus der Perinatalperiode in die bundesweit gültige Liste der Praxisbesonderheiten* geschafft, wobei stets die genau Kodierung beachtet werden muss.

Erleichterungen zum 01.01.2017

Aufgrund bundesweiter Beschwerden an der Umsetzung im Bereich **Langfris-**

tiger Heilmittelbedarf, ist es auch dort zum 1.1.2017 zu Änderungen gekommen. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der GBA beauftragt, eine neue Regelung zu schaffen. Dies ist nun erfolgt. Die Möglichkeit der langfristigen Verordnung von Heilmitteln gibt es seit 2011, aber für Pädiater waren bei den gelisteten Diagnosen nur wenige anwendbare. Bei vergleichbarer Schwere zu einer der gelisteten Diagnosen konnten aber auch für andere Diagnosen der langfristige Bedarf aufwendig beantragt werden. Viele Krankenkassen haben bis zuletzt diese Anträge abgelehnt. Auch war es in der Vergangenheit für Vertragsärzte nahezu undurchschaubar, bei welchen Kassen ein Antrag gestellt werden musste und bei welchen nicht.

Die notwendigen Widerspruchsverfahren waren von den meisten Patienten, die es betraf kaum zu führen. Auch aufgrund der Einsprüche von Patientenvertretern haben sich hier zugunsten der Vertragsärzte Erleichterungen ergeben. So müssen im neuen GBA-Beschluss Verordnungen zu gelisteten Diagnosen nicht mehr einem Genehmigungsverfahren unterzogen werden. Zur Identifizierung wurden die Heilmittelrezepte

angepasst, die Leitdiagnose muss nun in das Formfeld eingetragen werden. Der Umfang der gelisteten Diagnosen wurde deutlich erweitert [https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2590/].

Einige **Diagnosen** mit Pädiatriebezug sind:

.....
 Spinale Muskelatrophien, Muskeldystrophie, Infantile Zerebralparese, Paraparese und Tetraparese, angeborener Hydrocephalus, Spina bifida, Juvenile Arthritis, Marfan-Syndrom, Idiopathische Skoliose, Gaumenspalten mit Lippenpalten, Autismus, Rett-Syndrom, Chromosomenanomalien und Zystische Fibrose sowie bestimmt chronische obstruktive Lungenerkrankungen.

Findet sich eine Erkrankung nicht auf der Diagnosenliste, ist weiterhin ein Antrag nötig. Dieses Verfahren wurde wegen des generell ablehnenden Verhaltens einiger Kassen strukturiert. Der Vertragsarzt muss nun eine normale Verordnung aber mit Begründung ausstellen. Die Patienten (bzw. die Eltern) müssen ihrem formlosen Antrag (Musterantrag: Link) nur noch eine Kopie der Verordnung beilegen (in der Vergangenheit hatten viele Kassen stets das Original verlangt und damit die Heilmittelerbringer wie Patienten in Bedrängnis gebracht). Die Kasse muss eine Entscheidung **innerhalb von 4 Wochen** mitteilen ggf. unter Hinzuziehung des MDK. Ob dieses Verfahren zukünftig eine Vereinfachung darstellt, wird sich erst noch zeigen müssen.

Neue Formulare bieten zweites ICD-10 Feld

Ebenfalls ab dem 1.1.2017 gibt es neue Formulare für die Verordnung einiger Heilmittel (z. B. Logo, Ergo und KG). Die alten Rezepte dürfen nicht aufgebraucht werden. Bei einigen Erkrankungen (wie z. B. der chronischen Knieinstabilität) sind nach Heilmittelkatalog die Angabe von 2 Diagnosen notwendig – es besteht keine generelle Notwendigkeit, dieses zweite Feld immer auszufüllen – es bietet jedoch weitere Entlastung bei der Regressvermeidung.

Auch sogenannte **Regionale Praxisbesonderheiten** können Sie vor Regressen schützen. Diese werden von den lokalen KVen vor Ort mit den Kassen ausgehan-

Besonderer Verordnungsbedarf:

Die wichtigsten ICD-10 für die allgemeine Pädiatrie:

Chronische Atemwegserkrankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode

| | |
|-------|---|
| P27.1 | Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode |
| P27.8 | Sonst. Chron. Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode |

Entwicklungsstörungen bei Kindern

| | |
|-------|--|
| F80.1 | Expressive Sprachstörung |
| F80.2 | Rezeptive Sprachstörung |
| F83 | Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung |

Langfristiger Heilmittelbedarf - Normenklarheit

Erweiterung der Diagnosenliste

Bei gelisteten Diagnosen ist auf ein Genehmigungsverfahren zu verzichten

Versicherte können Antrag stellen, wenn Diagnose nicht gelistet und eine vergleichbare schwere und langfristige Erkrankung vorliegt

Antrag des Versicherten (formlos)

Kopie der Verordnung mit ärztl. Begründung

Einbeziehung MDK durch die Krankenkasse möglich

delt und in der Regel auf der Homepage Ihrer KV veröffentlicht.

Die KBV hat eine 24-seitige Synopse aller bundesweit gültigen Diagnosen erstellt: [http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_14_Praxisinformation_Heilmittelverordnung_inklusive_Diagnoseliste.pdf]

Fazit

Die wohl wichtigste Neuerung ist, dass unter Beachtung der o.g. pädiatrischen Diagnosen zukünftig **eine vorerst budgetbefreite Verordnung** möglich ist. Hierbei ist die Anwendung des genauen ICD-Codes wichtig, also z. B. bei Sprachentwicklungsstörung die F80.1 statt der unspezifischen F80.9

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Reinhard Bartzky
10967 Berlin

E-Mail: dr.@bartzky.de

Red.: WH

Erneut Kinder- und Jugendarzt ordentliches Mitglied in die VV der KBV



Nach dem Ausscheiden von Dr. Thomas Fischbach, der aufgrund seines Amtes als Präsident des BVKJ nicht wieder für die VV der KV Nordrhein kandidiert und somit auch sein Mandat in der VV der KBV verloren hat, ist erfreulicherweise mit Herrn **Dr. Holger Röblitz** erneut ein Kinder- und Jugendarzt für die kommenden 6 Jahre

als ordentlicher Vertreter der KV Berlin in die VV der KBV gewählt worden. Auch in anderen KVen sind Pädiater zumindest als Stellvertreter in die VV der KBV gewählt worden. Herzlichen Dank an alle, die sich hier erfolgreich ehrenamtlich eingesetzt haben. In fast allen regionalen KVen ist es durch abgestimmte Aktivitäten des BVKJ gelungen, Pädiater in die VV zu entsenden.

Red.: WH

Endlich: Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis wird finanziell gefördert!

Für das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin gibt es bisher im Gegensatz zur Allgemeinmedizin keine Verpflichtung, Anteile der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung zu absolvieren. Es wurden aber bereits bisher Weiterbildungsstellen in der ambulanten pädiatrischen Versorgung angeboten. Die Anstellung eines Weiterbildungsassistenten musste jedoch in den meisten Bundesländern vom Praxisinhaber selbst voll finanziert werden. Nur in wenigen KV Bereichen gab es schon bisher eine finanzielle Unterstützung der Weiterbildung in der Praxis außerhalb des Faches Allgemeinmedizin, überwiegend finanziert durch KV Gelder.



Dr. Ulrike Gitmans

Im Juni 2016 wurde zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V getroffen, wonach ab Juli 2016 allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen ohne Begrenzung der Anzahl der Förderverhältnisse mit einer Fördersumme von 4.800 € pro Monat gefördert werden. Die Arbeitgeberanteile zu den Sozialversicherungen sind vom Weiterbilder zu tragen. Die Fördersumme ist in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten auszahlbar.

Ebenfalls werden ab Oktober 2016 bundesweit maximal 1.000 fachärztliche Weiterbildungsstellen (Pädiater gehören hier zu den Fachärzten) genauso finanziell gefördert. Die Anzahl der zu fördernden Stellen je KV zeigt Tabelle 1. Welche Fach-

gruppen gefördert werden, wurde unter Berücksichtigung der Vorgaben der KBV auf Landesebene zwischen KV und Krankenkassen bis zum 01.10.2016 vereinbart.

In den Vorgaben der KBV sind nur Fachgruppen mit überwiegend konservativer Tätigkeit, in denen zudem mindestens 2 Jahre der Weiterbildungszeit in der Praxis abgeleistet werden können, zur Förderung vorgesehen. Sollte keine Einigung über die zu fördernden Fachgruppen auf Landesebene gelingen, waren Pädiatrie, Gynäkologie und Augenheilkunde als zu fördernde Fachrichtungen vorgesehen.

Wie die Tabelle 2 zeigt, wurde in allen KV Bezirken eine Einigung erzielt, soweit Informationen aus den BVKJ Landesverbänden vorliegen. Fast überall einigte man sich darauf, die primär genannten Fachrichtungen zu fördern. Nur in Berlin wurde die Pädiatrie nicht in die Förderung eingeschlossen, in Bremen erfolgt eine Förderung in der Pädiatrie nur dann, wenn die vorhandenen Förderstellen nicht von den primär zu fördernden Fachgruppen besetzt werden.

In manchen Ländern wurden Kontingente für die einzelnen Fachgruppen festgelegt, andere Länder haben darauf verzichtet. Die zu fördernden Fachgruppen und Kontingente werden mindestens 1x/Jahr neu festgelegt. **Deshalb gilt es, die für die Pädiatrie vorgesehenen Förderstellen möglichst zu nutzen.**

Wir können in der Praxis Weiterbildungsinhalte anbieten, die in der Klinik nicht gelernt werden können. Dazu gehören u.a. Themen wie Prävention (Früherkennungsuntersuchungen in allen Altersstufen, Impfungen), „neue Morbidi-

täten“ (Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache, Motorik und sozio-emotionale Auffälligkeiten) und Longitudinalbetreuung chronisch kranker Kinder. Dass

| Landesverband bzw. KV Bezirk | Anzahl der zu fördernden Stellen |
|------------------------------|----------------------------------|
| Baden-Württemberg | 132 |
| Bayern | 156 |
| Berlin | 42 |
| Brandenburg | 30 |
| Bremen | 8,3 |
| Hamburg | 21,7 |
| Hessen | 75 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 19 |
| Niedersachsen | 96 |
| Nordrhein | 116 |
| Rheinland-Pfalz | 49 |
| Saarland | 12 |
| Sachsen | 50 |
| Sachsen-Anhalt | 27 |
| Schleswig-Holstein | 34,75 |
| Thüringen | 26 |
| Westfalen-Lippe | 100,5 |

Tab. 1: Förderung der Weiterbildung im Facharztbereich Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß §75a SGBV (Angaben aus den Landesverbänden BVKJ e.V.)

BERUFSFRAGEN

| Landesverband | Stellen für Pädiatrie | Weitere Fachgruppen | | | | | |
|--------------------|---|---------------------|----------------|-----|---------------|------------|---|
| | | Gynäkologie | Augenheilkunde | HNO | Dermatologie | Neurologie | sonstige Fachgruppen |
| Baden-Württemberg | 21 + X | x | x | | | | |
| Bayern | 28,2 | x | x | x | x | | KJP |
| Berlin | keine | x | x | x | x | x | |
| Brandenburg | nicht definiert | x | x | x | x | x | KJP, Psychiatrie |
| Bremen | nur nachrangig wenn andere FG ihre Stellenkontingente nicht ausnutzen | nachrangig | nachrangig | | x in Bremerh. | x | Psych. Psychotherapeuten |
| Hamburg | 5,23 | x | x | | | | |
| Hessen | 12 | x | x | x | | x | KJP |
| Mecklenburg-V | 10 pädiatrische WB-Stellen unabhängig von der Bundesförderung | x | x | x | x | x | Chirurgie Orthopädie Urologie |
| Niedersachsen | nicht definiert | x | x | | | | Psychiatrie |
| Nordrhein | 15,1 | | x | | | x | Psychiatrie |
| Rheinland-Pfalz | nicht definiert | x | x | x | x | | KJP |
| Saarland | 2 | x | x | x | x | x | |
| Sachsen | 8,0 | x | | x | x | x | Psychiatrie, KJP |
| Sachsen-Anhalt | 3 + X wenn andere FG ihre Stellenkontingente nicht ausnutzen | | x | | | x | Psychiatrie |
| Schleswig-Holstein | 10 bevorzugt Verbundweiterbildungsstellen | x | x | x | x | x | Chirurgie, Reha-Medizin |
| Thüringen | Informationen hierzu liegen nicht vor | | | | | | |
| Westfalen-Lippe | 10 + X wenn andere FG ihre Kontingente nicht ausnutzen | x | x | x | x | x | Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten |

Tab. 2: Berücksichtigte Fachgruppen bei der Förderung der Weiterbildung im Facharztbereich (Angaben aus den Landesverbänden BVKJ e.V.)

diese Themen in der Klinik nicht ausreichend vermittelt werden können, um für die ambulante pädiatrische Tätigkeit gut gerüstet zu sein, hat eine Umfrage der DGAAP (Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie) im Jahr 2013 gezeigt (s. Kinder- und Jugendarzt 5/2014, S. 254ff)

Wir können in der Praxis eine sehr persönliche Anleitung und Betreuung der Weiterbildungsassistenten anbieten. Inhalte der ambulanten Pädiatrie lassen sich gut kompetenzbasiert z.B. mit Hilfe des **Logbuchs Paed.Compenda® der DGAAP** vermitteln.

Vorbedingung für die Anstellung eines Weiterbildungsassistenten in der Praxis und die Beantragung der Förderung ist die Weiterbildungsbefugnis des Wei-

terbilders. Sie wird durch die jeweilige Ärztekammer erteilt.

Der Antrag auf Förderung der Weiterbildung ist in der Regel bei der jeweiligen KV zu stellen. Bei manchen KV gibt es Fristen, bis zu denen die Anträge eingereicht werden müssen, bei anderen KV wird nach Antragseingang entschieden. In einigen KV sind bereits mehr Anträge von Pädiatern gestellt als im Kontingent vorgesehen. Sollte der Antrag auf Förderung abgelehnt werden, sollte man die Begründung prüfen und ggf. Widerspruch einlegen. Sollte die Förderung nach Widerspruch auch abgelehnt bleiben, sind insbesondere dort, wo die Pädiater nicht oder nur bedingt zur Förderung vorgesehen sind (Berlin, Bremen), weitere juristische Schritte in Absprache mit dem BVKJ

Vorstand und dem Justiziar des BVKJ zu prüfen.

Herzlicher Dank gilt allen, die zur Zusammenstellung der Informationen mit Daten aus den jeweiligen Landesverbänden beigetragen haben. Ich wünsche uns allen viel Erfolg in der Besetzung unserer Weiterbildungsstellen und der Bewilligung einer entsprechenden Förderung.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Ulrike Gitmans
Mitglied im Ausschuss „Aus- und Weiterbildung“ des BVKJ
Präsidentin der DGAAP
26817 Rhaderfehn
E-Mail: dr.ulrike.gitmans@onlinemed.de*

Red.: WH

Berufsrecht

In einer Gemeinschaftspraxis ist jeder Arzt für die Richtigkeit seiner eigenen Abrechnung verantwortlich

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Beschluss vom 28. September 2016 (Az. B 6 KA 14/16 B) seine ständige Rechtsprechung, nach der eine gewissenhafte, peinlich genaue Leistungsabrechnung zu den Grundpflichten eines Vertragsarztes gehört, bekräftigt und entschieden, dass die Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes auch dann nicht entfällt, wenn die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die Abrechnung auf einen ihrer Gesellschafter übertragen haben.



Dr. Christian Maus

Der Sachverhalt

Die klagende Ärztin ist seit 1995 als Praktische Ärztin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Bis Ende März 2011 war sie mit ihrem Ehemann in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, nach der bestandskräftigen Entziehung der Zulassung des Ehemannes praktizierte sie alleine. Der Ehemann wurde wegen Abrechnungsbetruges aufgrund der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt. Das Ermittlungsverfahren gegen die Ärztin stellte die Staatsanwaltschaft ein; der Nachweis der Kenntnis der Ärztin von den falschen

Abrechnungen habe nicht geführt werden können.

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung verhängte gegen die klagende Ärztin eine Geldbuße von 3000 €. Sowohl die Klage, als auch die Berufung der Ärztin blieben erfolglos.

Die Entscheidung

Die von der Ärztin erhobene Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts hat das BSG zurückgewiesen.

Das BSG bekräftigte seine ständige Rechtsprechung, nach der die gewissenhafte, peinlich genaue Leistungsabrechnung zu den Grundpflichten eines Vertragsarztes gehöre. Diese Pflicht habe einen besonders hohen Stellenwert, da das Abrechnungs- und Honorierungssystem der vertragsärztlichen Versorgung auf Vertrauen aufbaue. Das Vertrauen auf die Richtigkeit der Angaben der Leistungserbringer sei das Fundament des vertragsärztlichen Versorgungssystems. Jeder einzelne Vertragsarzt sei verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um das in die Richtigkeit seiner Abrechnung gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen. Für die korrekte Abrechnung sei jeder Arzt selbst verantwortlich; es entlaste ihn nicht, wenn und soweit er sich der Hilfe Dritter bei der Abrechnung bediene.

Bezogen auf die konkrete Fallkonstellation führte das BSG aus, dass die Verantwortlichkeit jedes einzelnen Arztes für die Richtigkeit seiner Abrechnung auch dann nicht entfalle, wenn die Partner einer BAG die Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen auf eines ihrer Mitglieder übertragen.

Zwar sei die BAG durch die gemeinschaftliche Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit geprägt und stelle rechtlich eine Praxis dar. Dies ändere aber nichts am individuellen Pflichtenkreis der einzelnen Mitglieder der BAG. Wenn die Mitglieder die ihnen grundsätzlich persönlich obliegende Pflicht der Leistungsabrechnung auf einen der BAG-Partner übertragen, müssen sie durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass sie ihrer Verantwortung auch nach der Übertragung gerecht werden. Einzelne Mitglieder könnten sich nicht hinter der BAG bzw. den Besonderheiten der gemeinschaftlichen Berufsausübung „verstecken“, so das BSG unter Bezugnahme darauf, dass auch (Rück-)Forderungen (z.B. bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung) nicht alleine die BAG träfen, sondern darüber hinaus eine Einstandspflicht der einzelnen Gesellschafter bestehe, die auch einzeln in Anspruch genommen werden könnten.

Die Überwachungspflicht des einzelnen Mitgliedes der BAG sei auch dann nicht geringer, wenn es mit dem die Abrechnung erstellenden Mitglied verheiratet ist. Vielmehr liege es auf der Hand, dass sich die Intensität vertragsärztlicher Pflichten nicht nach dem Verhältnis der Gesellschafter untereinander richte. Ein besonders enges Vertrauensverhältnis, sei es aufgrund einer Lebensgemeinschaft oder verwandtschaftlicher Beziehungen, entbinde Praxispartner nicht von ihrer Pflicht, das Handeln der Kollegen sowohl im Hinblick auf medizinische Aspekte als auch auf Abrechnungsfragen mit der von einem Arzt zu fordernden Professionalität zu hinterfragen.

Fazit

Der Beschluss des BSG führt dessen Rechtsprechung zur (vertragsärztlichen-) Pflicht der peinlich genauen Abrechnung konsequent fort. Die peinlich genaue ver-

tragsärztliche Abrechnung gehört zu den Kardinalpflichten des Vertragsarztes, der er sich auch nicht durch eine Übertragung entziehen kann. Da das BSG bereits 2013 entschieden hatte, dass diese Verantwortung auch besteht, wenn sich der Arzt personeller und/oder technischer Hilfe bedient und die Übertragung letztlich nichts Anderes als eine „personelle“ Hilfe bedeutet, überrascht die Entscheidung des BSG nicht.

Die klagende Ärztin hätte die erstellten Abrechnungen nicht nur oberflächlich prüfen dürfen. Dass die Staatsanwaltschaft das strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen sie eingestellt hatte, war ohne Auswirkungen auf das berufsrechtliche Verfahren. Auch ein Verwandtschaftsverhältnis oder eine Lebensgemeinschaft ändern nichts am Grad der Überwachungspflicht: Die Tragfähigkeit des Fundaments der vertragsärztlichen Versorgung – nämlich das Vertrauen auf die Richtigkeit der Leistungserbringer –

kann nicht von solchen Faktoren abhängen.

.....
Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Abrechnung gewissenhaft und peinlich genau zu erstellen. Überträgt er die Abrechnung einem Dritten, sei es BAG-Partner, sei es Lebenspartner oder bedient er sich anderweitig personeller bzw. technischer Hilfe, trifft ihn die Überwachungspflicht in demselben Maße, wie bei der eigenen Erstellung.
.....

Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Maus, Dipl.-Hist. Univ.

Rechtsanwalt

Fachanwalt für Medizinrecht

40213 Düsseldorf

E-Mail: zentrale@moellerpartner.de

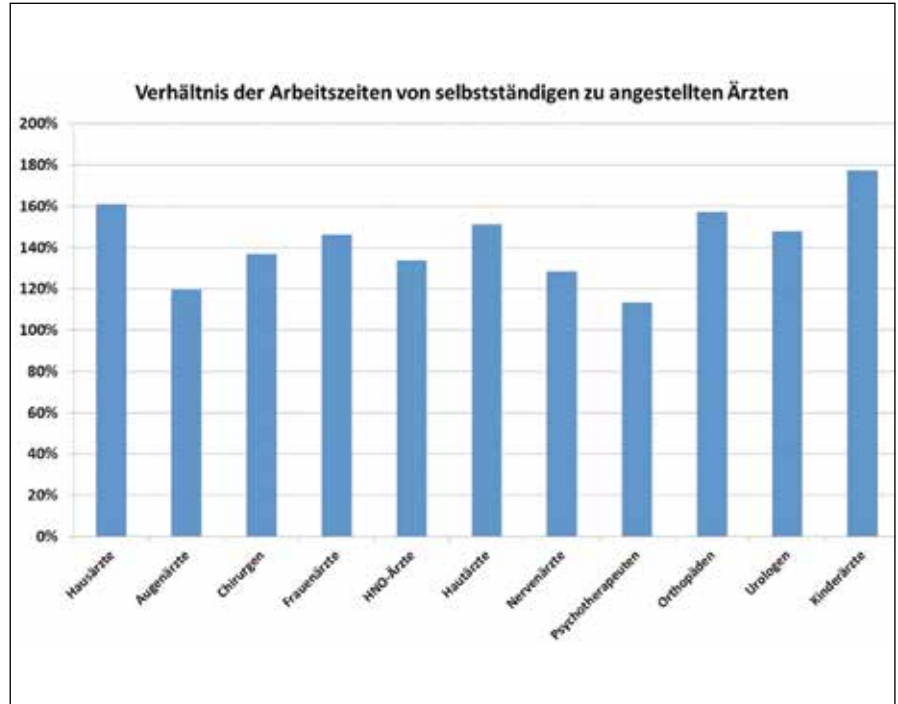
Red.: WH

Grafik des Monats des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)

Januar 2017: Selbstständige Ärzte arbeiten mehr als angestellte Ärzte

Selbstständige Ärzte erbringen mehr Versorgungsleistungen als angestellte Ärzte. Das zeigt eine Analyse der bundesweiten Abrechnungsdaten des Jahres 2015 für Ärzte mit gleichem Zulassungsumfang. Für die Auswertung hat das ZI die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab hinterlegten Prüf- und Kalkulationszeiten genutzt. **Mit mehr als 70 % ist der Unterschied bei Kinderärzten am größten und mit gut 10 % bei den Psychotherapeuten am geringsten. Die Landesausschüsse berücksichtigen diese Unterschiede in der Regel nicht, wenn sie für Regionen eine Unter- bzw. Überversorgung feststellen.**

Red.: WH



IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woebeling@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Hauner-sches 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 Wenigen 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 13.367
lt. IVW IV 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, 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: mschulz@schmidt-roemhild.com – Druck: Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.

Anzeigenpreisliste: Nr. 50 vom 1. Oktober 2016

Bezugspreis: Einzelheft € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

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

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

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

Vorstand 2016 – Berichte der Vizepräsidenten und des Schatzmeisters



Dr. Sigrid Peter
Berlin
Vizepräsidentin

Berlin – Köln: für den BVKJ im Einsatz

Präsenz für den BVKJ in den verschiedenen Bereichen des gesundheitspolitischen Lebens

- Vorstand, Länderrat, Pressesprecherseminar, Forum Gesundheit und Soziales, Delegiertenversammlung und Kongresse
- Veranstaltungen der **Deutschen Liga für das Kind**,
- **Kongress Armut und Gesundheit**,
- **Netzwerkkonferenz** zur Umsetzung des Aktionsplans der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung (veranstaltet vom BMFSFJ),
- Wertebildung in der Einwanderungsgesellschaft (veranstaltet vom BAMF),
- **Kooperationspartnertag** des Kooperationsverbund **gesundheitliche Chancengleichheit**

- Tagungen der NZVKH (**Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs**)
- **Kommission** für Infektionskrankheiten und Impffragen der **DAKJ**
- **Workshops**, organisiert von Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen (SPD- und CDU- Fraktionen des Bundestages, Krankenkassen wie AOK und IKK, Plattform „Ernährung und Bewegung“)
- **Verbandsübergreifende Termine**: Spitzenverband der Fachärzte, Hartmannbund, Marburger Bund und dem deutschen Hausärzterverband
- **Gespräch** mit Gesundheitsminister **Gröhe**
- **Umstrukturierung der BVKJ-Geschäftsstelle** in Köln

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: sigrid.peter@uminfo.de



Prof. Dr. Ronald Schmid
Alttötting
Vizepräsident

Zwischen den Welten der Kliniker und den Niedergelassenen

- monatlich ein **Beitrag im Kinder- und Jugendarzt**:
 - z.B.: Klinikaspekte, aber auch über die Zusammenarbeit von Klinikern und Niedergelassenen
- Abschaffung der „**Kinderkrankenschwester**“: gemeinsame Publikationen mit den anderen pädiatrischen Verbänden, Gespräch mit Minister Gröhe
- **Assistentenkongress** in Berlin: ist auch als „Refresher-Kurs“ für alle BVKJ-Mitglieder geeignet
- **Chefredakteur und Koordinator**
 - viermal im Jahr Herausgabe des **p@ediatric-express newsletter** als E-Mail- Zeitschrift für den klinisch tätigen Pädiater.
 - erhalten in Kürze alle Klinikärzte im BVKJ.
 - für alle Mitglieder des BVKJ ist er einsehbar unter: pädinform/Servicebereich/ Pädiatrie-Express (26).
- **Vertretung in der GKind** (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen in Deutschland):
 - Teilnahme an den Tagungen der GKind, Referaten und Diskussionen

- **Vertretung bei den Gesellschaften der Kinder- und Jugendpsychiatrie-Psychotherapie (KJPP)**:
 - 3 AGs: Zusammenarbeit bzw. Abgrenzung im Praxisbereich, Zusammenarbeit auf der Ebene der Psychosomatik, Zusammenarbeit auf der Ebene der Psychosomatik
 - Kampf um die Erhaltung der Psychosomatik als Disziplin im Fach Kinderheilkunde/Jugendmedizin
- **Beitragserhöhung**: Umgang mit Klinikchefs und Assistenten und ihrem Unmut über die Veränderungen
- **Geschäftsstelle Köln**: Mitwirken an der Umgestaltung, Stellenausschreibungen
- Abstimmung mit:
 - Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (**DGSPJ**),
 - Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (**DAKJ**)
 - Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (**DGKJ**)

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: ronald.schmid@uminfo.de



Dr. Roland Ulmer
Lauf
Vizepräsident

Zahlen, Verträge, Honorar...

Tätigkeitsschwerpunkte:

- Installation des pädiatrischen Konsiliarprogrammes **Pädexpert**: 10 Module bei der Barmer Ersatzkasse, in Bayern bald Vertrag mit AOK und BKKs.
- Einführung/Umsetzung von **Paedselect**: Mitglied des Umsetzungsbeirates, hier standen Entlastung der MFAs und Erstellen von transparenten Quartalsübersichten im Fokus
- **Vertragskommission und Service-GmbH**: Amblyopiecreening, PzV in Bayern, Tranistionsmodul mit der Techniker, ...
- **Beratender Fachausschuß der KBV**: Honorierung der neuen Vorsorgen im

Rahmen der Kinderrichtlinien, Ausweitung der GOP 04356 auf 3x/Jahr

- **AG Bedarfsplanung und Gespräche mit dem zuständigen Dezernat der KBV**: pädiatrische Forderungen zur Bedarfsplanung eingebracht
- Gespräche mit Politikern, Impfallianzgründung, Runde Tische, Dt. und Bayr. Hausärzterverband, ...
- Neu- und Umstrukturierung der Geschäftsstelle in Köln

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor unter roland.ulmer@uminfo.de



Dr. Tilman Kaethner, Nordenham
Schatzmeister, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes

Finanzen – was sonst?

- **Finanzplanung** für personellen Bereich und Geschäftsstelle nahm viel Zeit
- **Beitragserhöhung** sorgte für viel Anfragen per mail und Telefon
- erneute **Anpassung der Beitragsstruktur**
- **Umstellung der Buchführung** auf DATEV
- **Befreiung** der Funktionäre **von der Sozialversicherungspflicht** durch die DRV
- **Verbindungsmann** zwischen Vorstand und **Finanzkommission**

- **Erarbeitung von Sparpotentialen** innerhalb des Vereins
- **Mitglied der Vertragskommission** der Service-GmbH

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: tilman.kaethner@uminfo.de

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.



Manual zum Paed.Plus®-Heft endlich fertig und zum Download verfügbar!

Ein Manual zum aktuellen grünen Paed.Plus®-Heft war von unserem Präventionsausschuss schon seit langem angekündigt worden. Nach knapp zweijähriger Arbeit konnte es Ende 2015 fertig gestellt werden; lediglich die Kernbotschaften zur primären Prävention fehlten noch, die wir in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Jugendmedizin, dem „aid infodienst“ und „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ erstellt haben. Damals gingen wir davon aus, dass die Kernbotschaften bis Anfang 2016 konsentiert sein würden, und haben die Veröffentlichung des Manuals auf der DV 2015 für Anfang 2016 angekündigt.

Verzögerung

Leider hat sich der Konsentierungsprozess mit zahlreichen Gremien und beteiligten Ministerien gegenüber der anfänglichen Planung mehr als ein Jahr verzögert. So ist das Manual nun jetzt erst fertig, zu einem Zeitpunkt, da bereits ein neues Paed.plus®-Heft in Arbeit ist. Es wird daher keine Druckversion des Manuals geben, sondern nur als **Download** zur Verfügung stehen, und zwar in **Pädinform** im **Unterordner „Paed.Plus“ des Ordners „BVKJ-Prävention“** und im BVKJ-Shop, natürlich nur für BVKJ-Mitglieder.

Hilfe für den Praxisalltag

Das Manual ist sehr umfangreich. Es enthält hauptsächlich Materialien zur Information, zum Nachschlagen und zum Herauskopieren zwecks Verwendung in der Praxis. Es beginnt mit Texten für MFA und Ärzte zur zeiteffektiven Durchführung der **Paed.Checks®** im Praxisalltag

und enthält dabei auch eine **ausführliche Anleitung zum Brückner-Test**.

Was kommt noch?

Z. Zt. arbeiten wir an einer **neuen Version des grünen Paed.Plus®-Heftes**, das ein Add-on zum neuen gelben Kinderuntersuchungsheft des G-BA werden wird. Von U1 bis U9 dokumentieren wir die Vorsorgen also auch für die BARMER-Patienten im neuen gelben Heft; das grüne enthält nur die Papousek- und Esser-Fragebögen sowie die Kernbotschaften zur vorausschauenden Beratung nach den Vorgaben des GBA; von U10 bis J2 finden sich dann zusätzlich Dokumentationsbögen für Untersuchung und Bewertung der Vorsorge im grünen Heft, angelehnt an das Layout im neuen gelben Heft.

Weiterer Service

Neben dem Manual können im gleichen Pädinform-Ordner außerdem die **Kernbotschaften zur primären Präven-**

tion, die wir gemeinsam mit aid und „Gesund ins Leben“ entwickelt haben, ebenso wie eine Kurzanleitung zum Umgang mit diesen Blättern heruntergeladen werden. Die Kernbotschaften und die Kurzanleitung finden Sie auch im Internet unter www.gesund-ins-leben.de/paedcheck und www.aid.de/Paed.Check.

Das neue Paed.Plus®-Heft soll möglichst schnell auch in elektronischer Form zur Verfügung stehen, um die Dokumentation der Vorsorgen in der Praxis zu erleichtern. Und natürlich werden wir das Manual schnellstmöglich für das neue Paed.Plus®-Heft aktualisieren.

Korrespondenzadresse:

Dr. Burkhard Lawrenz
Sprecher des Ausschusses Prävention und Frühtherapie
59821 Arnsberg
E-Mail: blawrenz@t-online.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



Brief aus der Praxis



Dr. Tanja Brunnert

Liebe Kollegen, jetzt, wo die Tage länger und das Licht heller werden, ist der ideale Zeitpunkt für meine spezielle Art von Frühjahrsputz. Nein, es geht nicht um die Beseitigung von Wollmäusen unter Buchregalen, Entsorgen uralter Zeitschriften in den Papiercontainer, auch nicht um das Durchforsten von Schubladen und Entfernen von allerlei Krimskrams, der sich dort im Laufe der letzten Monate angesammelt hat. Es geht um die spirituelle Grundreinigung. Was das ist und wie man das macht? Allgemeingültige -Rezepte dafür kann ich an dieser Stelle nicht geben. Aber ich kann sagen, wie ich es mache.

Also, ich nehme mir fest vor, mir durch die neuen Kinderrichtlinien und deren Konsequenzen für meine tägliche Arbeit nicht die Laune verderben zu lassen.

Ja, ich weiß: Schwierig!!! Aber auch der weiteste Weg beginnt immer mit einem ersten Schritt, hat Konfuzius gesagt, der zwar vom Führen einer Kinder- und Jugendarztpraxis keine Ahnung hatte, aber als Sprücheklopfer immer eine sichere Bank ist.

Wir bestellen die U8 auf jeden Fall zehn Minuten früher ein. Die brauchen wir für eine Tonaudiometrie, die dann wohl doch in gefühlten 70 Prozent der Fälle nicht klappen wird. Wir machen im Quartal 40 Mal die U8. 400 zusätzliche Mitarbeiterinnenminuten, davon 70 Prozent für die Katz: OMMMMMM....

Ich rate dringend vom Vorschlag einiger Kollegen ab, die Wände in Stuhl Farben zu streichen, um den Eltern die Auswahl bereits im Wartezimmer zu erleichtern. Ich

bin ja sowieso immer wieder überrascht, welche Wichtigkeit der Windelinhalt für Eltern so hat. Mittlerweile verfügen die Windeln über eine Art Wasserstandsanzeige, um den Wickelnden die Entscheidung für eine Neuanlage zu erleichtern. Welch eine Errungenschaft! Kommt gleich nach Feuchttüchern. Vielleicht sollte der Berufsverband mit den Pampersherstellern verhandeln, ob dieser Streifen nicht auch gleich die korrekte Stuhl Farbe anzeigen kann. Dann können die Eltern eine Sammlung der zuletzt benutzten Windeln mitbringen und die Entscheidung ist rasch gefällt. Sie sehen schon, dass ich zu den Kollegen gehöre, die von wildfremden Eltern auch schon E-Mails mit Fotos vom Windelinhalt geschickt bekommen haben. Olfaktorisch eine große Gnade, aber auch immer wieder ein bisschen enttäuschend, wenn man in Erwartung niedlicher Babyfotos E-Mailanhänge öffnet und auf kleine gelbliche/grünliche/ockerfarbene/braune Häufchenbilder blickt.

behaupten, dass mir auffällige Interaktionen zwischen Eltern und Kind auch ohne das neue Heft in den meisten Fällen schon bisher auffielen und dass ich dann daraufhin gehandelt habe. Und das werde ich auch weiterhin tun.

Bleibt der Brückner Test. Eigentlich der einzige Inhalt, der mir Sorgen bereitet. Ich bin wie sicherlich viele Kollegen eine ungeübte Anfängerin. Auch ein Crashkurs beim augenärztlichen Kollegen im selben Haus hat mich nicht richtig beruhigt. Ich werde ihn also sicherlich im kommenden Jahr mit einigen Überweisungen beglücken. Wozu hat man Beziehungen, wenn man sie nicht auch nutzt?

Zusammenfassend habe ich mich entschieden, meine Vorsorgearbeit eigentlich nur unwesentlich zu ändern und die ganze Sache entspannt anzugehen. Damit schone ich meine Nerven, halte meinen Blutdruck unten und bewahre meine Patienten vor zunehmender Pathologisierung. Nur der Weise muss sich nicht



Die neue Stuhl-Farben-Karte

Wie gesagt, man braucht jede Menge Kreativität zur Umsetzung der Kinderrichtlinien. Ich bin voller Hoffnung für die Zukunft, dass das gesamte Heft mit seinen geschriebenen Inhalten dasselbe Schicksal erleidet wie kommentarlos überreichte Infozettel. Denn auch diese werden nie gelesen. Solange also aktiv keine Fragen formuliert werden, werde ich bei den allermeisten Patienten auch keine aufkommen lassen. Ich wage zu

ändern, hat Konfuzius gesagt, dem ich an dieser Stelle und hiermit dafür danke, dass er mich mit den neuen Vorsorge Richtlinien nicht alleine lässt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Tanja Brunnert
37077 Göttingen
E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red.: ReH

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Neuer BAR-Wegweiser zur Reha für Kinder und Jugendliche

Die behandelnden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte einerseits, die Eltern andererseits: Sie sind die zentralen Wegbereiter für Kinder und Jugendliche, die eine medizinische Reha brauchen. Erstmals veröffentlicht die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im März 2017 ein Informations-Set, das in der ärztlichen Praxis bei der Beratung von Eltern chronisch kranker Kinder eingesetzt werden kann. Die Hinweise zur Indikationsstellung und Beantragung von Leistungen gelten sowohl für die Rentenversicherung als auch für die Krankenversicherung als mögliche Reha-Träger. Unter www.bar-frankfurt.de/kinderreha können sie kostenfrei heruntergeladen werden und sind auch in gedruckter Form bestellbar.

Anzeichen erkennen, beraten, unterstützen

Aktuell wird durch das Flexirentengesetz das Engagement der Rentenversicherung in der Reha für die „Erwerbstätigen von morgen“ gefestigt. Die Reha-Träger können auf qualitätsgeprüfte Konzepte und Strukturen in den bestehenden Reha-Kliniken zurückgreifen. Die Möglichkeiten der medizinischen Reha für diese Altersgruppe und die Zugangswege sind jedoch noch immer wenig bekannt. Sie werden im BAR-Wegweiser übersichtlich dargestellt.

Die Broschüre richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, aber auch an weitere Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten: Sie alle können Anzeichen für eventuelle Reha-Bedarfe wahrnehmen und ggf. einen Arztbesuch anregen. Um die Kommunikation der Fachkräfte mit den Eltern zu unterstützen, gibt die BAR zugleich einen Flyer heraus, der kurze Antworten auf die wichtigsten Eltern-Fragen rund um die medizinische Reha sowie anschauliche Fallbeispiele bietet.

Aus dem Inhalt des „Wegweisers“

1. Was ist Reha für Kinder und Jugendliche?
2. Wer kann eine Reha erhalten?
3. Wie sieht die Behandlung in der Reha-Klinik aus?
4. Leistungszuständigkeit und Kostenübernahme
5. Der Weg zur medizinischen Reha (Antragstellung)
6. Wie geht es nach der Reha weiter?
7. Weitere Informationen und Formulare

Ausführlichere Informationen bietet die neue Rubrik „Kinderreha“ auf der BAR-Homepage, zu finden unter „Medizinische Rehabilitation“. Für Fachkräfte wird hier zusätzlich die Einbettung in die weiteren Leistungen zur Teilhabe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene dargestellt. Aber auch die Abgrenzung zu anderen Leistungen wie z. B. der Vorsorge ist Thema. Für Eltern und andere Bezugspersonen gibt es einen verständlichen und umfassenden Katalog „häufig gestellter Fragen“.

Trägerübergreifendes und interdisziplinäres BAR-Projekt

Um die Informationsbedarfe sowohl der unterschiedlichen Fachkräfte als auch der Eltern passgenau bedienen zu können, hat die BAR neue Wege beschritten. Bewährt ist die Einbindung der Reha-Träger (hier: Renten-, Kranken-, Unfallversicherung, Jugendhilfe und Bundesagentur für Arbeit) und ärztlicher Expertise. Zusätzlich sind in die nun abgeschlossene Projektgruppenarbeit die Perspektiven der Therapieberufe, der Pflege und der Pädagogik mit eingeflossen. Erfahrungen aus der Beratung von Eltern haben die Selbsthilfe (Kindernetzwerk e. V.) und das Bündnis für Kinder- und Jugendreha beigetragen. Für den schulischen Sektor war das Bildungsministerium Rheinland-Pfalz vertreten. Neben gemeinsamer Arbeit an den Inhalten wurden so auch „Pre-Tests“ mit den Adressaten der Materialien

möglich: Der Entwurf der Fachkräfte-Broschüre wurde in einer Gruppendiskussion im Gesundheitsamt, der Flyer durch Befragung von Eltern im Wartebereich einer kinder- und jugendärztlichen Praxis überprüft.

Netze nutzen – für Reha und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen!

Die neuen Materialien der BAR sind in verschiedenen Formaten verfügbar, digital und gedruckt. Die Internetseite kann mittels QR-Code und Kurzlink angesteuert und dementsprechend auch extern verlinkt werden. Die Stärken der verschiedenen Medien werden so gut gebündelt und sind zielgruppenspezifisch einsetzbar.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Stähler / Dr. Maren Bredehorst
Bundesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation e. V.
60486 Frankfurt a. M., Solmsstr. 18
E-Mail: thomas.staehler@bar-frankfurt.de

Weitere Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es auch unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Hier finden Sie auch die Antragsformulare, Informationen zu den Kliniken sowie Infomaterialien für Patienten und Eltern.

Red.: WH

Aus dem Länderrat

Zukunftswerkstatt der bvkj-Landesverbände im Länderrat

Zu Jahresbeginn traf sich der BVKJ-Länderrat (das gemeinsame Gremium aller Landesverbände) zu seiner Wochenendklausur in Dresden. Das Leitungsteam (Ulrike Gitmans, Roland Achtzehn, Burkhard Lawrenz, Martin Lang) entwickelte das Konzept einer Zukunftswerkstatt. Es ging um die gemeinsame Suche nach der verbandspolitischen Identität und einer effizienten Arbeitsstruktur der 17 Landesverbände.



Dr. Martin Lang

Unterschiedliche Ausrichtung der Landesverbände

In der Analyse-Runde am Vorabend kamen die unterschiedlichen Einstellungen und Arbeitsbedingungen jedes Landesvorsitzenden zur Sprache. Einige üben ihr Amt gerne im Stillen und ohne öffentliche Aufregung aus, andere sehen ihren Schwerpunkt in der Arbeit an pädiatrischen Fachthemen. Viele beklagen eine **hohe Belastung im Amt**, da nur wenige Mitglieder in den Ländern bereit seien, die notwendige Arbeit gemeinsam an der Basis und in Teamstrukturen zu leisten. Gerne wird hingegen auf „die da oben“ (gemeint sind die Funktionäre) gezeigt, von denen nur allzu gerne erwartet wird, dass sie die Arbeit in ihren Freizeitstunden vollumfänglich schultern. Die Verantwortlichen hingegen empfinden die ihnen häufig zugeschriebene **Multifunktionalität als Belastung** und äußern vielfach den Wunsch, die Aufgaben

im Landesverband an verantwortungsbereite Mitstreiter delegieren zu können.

Was erwartet der Vorstand vom Länderrat?

Aus den Reihen des Präsidiums äußerte der Präsident Thomas Fischbach den Wunsch an den Länderrat, in wichtigen berufspolitischen Themen aktiv und abgestimmt Stellung zu beziehen und sich **politisch wahrnehmbar** für den **Verband zu positionieren**. Vizepräsident Ronald Schmid mahnt an, einen Handlungsrahmen innerhalb der Landesverbände zu entwickeln, der eine **flächendeckende Verbandsversorgung** in den Ländern und ihren Regionen sichert.

Fazit der Analyserunde

Es waren sich alle einig, dass die Basis einer gesunden Verbandsstruktur, das Miteinander möglichst vieler **aktiver Mitglieder** und ihre hohe Identifikationsbereitschaft mit den Themen des Verbandes ist. Die Landesvorsitzenden können insbesondere mit aktuellen kurz getakteten **Verbandsinformationen** zum **Identifikationsprozess der Mitglieder** beitragen und durch Transparenz der Abstimmungen die Aktivitäten an der Basis fördern.

Arbeitsthemen und -ergebnisse

In vier Arbeitsgruppen wurden am Folgetag die strukturellen **Grundlagen für die Zukunft** des Länderrates formuliert.



- Die Arbeitsstrukturen im Länderrat verbessern
- Focussierung auf aktuelle Themen
- Vorlagen für Vorstand und DV erstellen
- Effizienz der Sitzungen durch einen versierten externen Moderator sichergestellt werden.
- Informationstransfer
- Aufbau von Experten- und Kompetenzteams, die themenbezogen in die Länderratssitzung eingeladen und gehört werden.
- Verbesserung und Stärkung der Zusammenarbeit mit der Basis
- Gemeinsam mit dem Länderratsvorsitzenden soll zum Thema Bedarfsplanung ein Workshop am 1. Juli-Wochenende stattfinden.
- Weiterhin wurde über den elektronischen Arztausweis, die bundesweite Regelung der frühen Hilfen, sowie Änderungswünsche im neuen gelben Heft diskutiert.

Informationen aus BVKJ-Service GmbH und Vorstand

Die Geschäftsführerin der BVKJ-Service GmbH, Anke Emgenbroich, berich-

tete ausführlich über die **regional oft unterschiedliche Nutzung** der Selektivverträge innerhalb der 16 Bundesländer und einzelnen Regionen. Hierbei wurden **föderale Unterschiede** diskutiert aber auch Erklärungsmodelle gesucht, warum der **Mehrwert in der ambulanten pädiatrischen Versorgung** in manchen Regionen noch nicht Fuß gefasst hat. Insgesamt sind die **Selektivverträge** der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte eine bundesweite **Erfolgsgeschichte**, mit rasch anwachsenden Honorarvolumina (ca. 60 Millionen Jahresumsatz in 2016) und wertvollen neuen Versorgungsangeboten, wie dem **Amblyopiescreening**, der **sozialpädiatrischen Therapiesprechstunde**, oder **Pädexpert®**, dem mehrfach **preisgekrönten Telekonsil**.

Unser **Präsident Thomas Fischbach** gab einen ausführlichen Bericht aus der Arbeit des Präsidiums, des Vorstandes und der Geschäftsstelle. Roland Ulmer informierte zum aktuellen Stand der Bedarfsplanung.

Grundfertigkeiten eines Verbandsfunktionärs (m/w)

- Er/sie soll gut kommunizieren können
- Teamfertigkeiten mitbringen
- Muss sich viel informieren und in der Lage sein zu selektieren
- Offenheit, Empathie und Humor wären ideale Eigenschaften, doch darf er/sie auch die Rolle als Privatmensch gewichten und im Endeffekt vor allem Spaß an der ehrenamtlichen Funktionärstätigkeit entwickeln dürfen.

- Sich Ziele setzen und im Prinzip der Gegenseitigkeit auch Kompetenzen und Hilfen innerhalb des Landesverbandes einfordern dürfen.

Neueinsteigern soll Hilfe durch erfahrene Gremienvertreter geleistet werden, Workshops zur Verbandsentwicklung und eine Führungskräftebildung wären ein wertvolles Begleitinstrument.

Burkhard Lawrenz bat darum, aus dem Leitungsteam des Länderrates austreten zu dürfen, **Sahin Aliani** wurde in diese Funktion kommissarisch gewählt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Lang

Länderratsvorsitzender

86150 Augsburg

E-Mail: dr.lang@augsb.de

Red.:WH

Nichtvaskuläre Hauttumore im Kindes- und Jugendalter

Bei Auftreten von Hauttumoren im Kindesalter sind die Eltern häufig stark beunruhigt. Glücklicherweise sind Tumore in dieser Altersgruppe meist gutartig. Es ist essentiell, die wenigen bösartigen Tumoren, aber auch benigne, jedoch wachstumsprogrediente Hautveränderungen früh zu erkennen, um Spätfolgen zu verhindern, z. B. Narben möglichst klein zu halten. Dieser Artikel gibt eine Übersicht über häufige und differenzialdiagnostisch wichtige nichtvaskuläre Tumoren der Haut im Kindes- und Jugendalter. Der Zeitpunkt des Auftretens der Effloreszenzen, die Größe, Form, Wachstumsneigung, Farbe, Pigmentierung, Schmerzhaftigkeit sowie das Alter des Kindes geben Hinweise auf die entsprechende Diagnose.



Dr. Susanne Abraham

1. Einleitung

In der Effloreszenzenlehre versteht man unter einer **Papel** eine Substanzvermehrung in der Epidermis oder der Dermis. Papeln (auch Noduli genannt) haben einen Durchmesser von maximal einem Zentimeter. Unter einem **Nodus** (Knoten) versteht man eine Substanzvermehrung mit einem Durchmesser > 10mm. Beträgt der Durchmesser der erhabenen Effloreszenz mehr als 20 mm, spricht man von einem **Tumor**. Ein Tumor kann ebenfalls epidermal, intra- bzw. subdermal liegen; der Terminus sagt nichts über seine Dignität aus. **Zysten** bestehen aus einem Hohlraum, der mit Zysteninhalt gefüllt ist, welcher flüssig, gallertartig oder fest sein kann. Eine Zyste ist meist mit Epithel ausgekleidet und kann vom umgebenden Gewebe abgegrenzt werden.

Das kongenitale Bestehen oder Neuaufreten von im Hautniveau liegenden oder palpablen Veränderungen der kindlichen Haut führt häufig zu großer Beunruhigung der Eltern. Da die Hautveränderungen meist benigne sind und zum Teil auch spontane Rückbildung zeigen, ist eine chirurgische Intervention nur in wenigen Fällen erforderlich. Es bedarf einer vertieften Kenntnis der verschiedenen Entitäten, um maligne Neubildungen schnellstmöglich zu erkennen und um benigne, jedoch wachstumsprogrediente Veränderungen wie das Pilomatrikom frühzeitig zu exzidieren. Gleichzeitig sollten unnötige Operationen selbstverständlich vermieden werden.

Bei der klinischen Diagnosestellung können verschiedene Faktoren hilfreich sein. Bei differenzialdiagnostischen Überlegungen gibt zum einen das erstmalige Auftreten der Veränderungen Hinweise. Hierbei können unter anderem kongenitale von erworbenen Veränderungen abgegrenzt werden (Tab. 1). Auch die Farbe, die Struktur, sowie Juckreiz und Schmerzhaftigkeit sowie die Lokalisation können entscheidende Diagnosekriterien darstellen (Tab. 2-5). Zusätzlich ist es manchmal sinnvoll, bildgebende Methoden (in der Regel genügt die Sonographie) einzusetzen. Eine weiterführende bildgebende Diagnostik durch Röntgen oder MRT ist nur in Ausnahmefällen, z. B. bei Dermoidzysten, großen und riesigen kongenitalen Naevi, bei Desmoid-Tumoren und beim eosinophilen Granulom sinnvoll [1,2].

2. Nichtvaskuläre Tumore der Haut im Kindesalter

- 2.1 Benigne Tumore der Haut**
2.1.1 Naevi und Hamartome
Naevus sebaceus
 (Synonym Naevus sebaceus Jodassohn, Talgdrüsennaevus)

Klinik

Beim Naevus sebaceus handelt es sich um ein Hamartom und den am häufigsten vorkommenden organoiden Naevus. Er besteht vorwiegend aus Talgdrüsen und ist meist auf dem Capillitium lokalisiert [4]. Ein Naevus sebaceus besteht seit der Geburt und wächst mit dem Körperwachstum, zusätzlich wird das Wachstum unmittelbar postpartal und dann wieder während der Pubertät hormonell getriggert. Die Diagnose eines Naevus sebaceus kann meist klinisch gestellt werden, da er durch die Lokalisation und die wachstartige, hautfarbene bis gelbliche verruköse Plaque ein typisches Erscheinungsbild hat (Abb. 1). Kosmetisch störend ist im Bereich des Haupthaars häufig die fokale Alopezie und die im Verlauf zunehmende verruköse Struktur des Naevus.

Verlauf und Prognose

In 10-30% kann es zur Entwicklung von meist gutartigen Hauttumoren im Bereich des Naevus sebaceus kommen. Die Entwicklung dieser Tumoren tritt erst ab dem 16.-20. Lebensjahr auf. Es handelt sich meist um benigne Haarfollikel-, Talg-

drüsen- und Schweißdrüsentumore. Selten werden auch semimaligne Veränderungen wie Basalzellkarzinome auf dem Boden von Naevi sebacei beobachtet, ganz vereinzelt sogar bereits vor der Pubertät [5].

Therapie

Für eine Exzision vor der Pubertät spricht die bessere Dehnbarkeit der Haut, die Beseitigung einer möglichen kosmetischen Beeinträchtigung und die anschließende Sicherheit, das Auftreten sekundärer Tumoren komplett vermieden zu haben [4, 6]. Das Vorgehen beim Naevus sebaceus sollte jedoch jeweils individuell besprochen werden.

Kongenitale melanozytäre Naevi

Klinik und Definition

Bei kongenitalen melanozytären Naevi (KMN) zeigt sich eine intensive, zum Teil von Papeln und Knoten durchsetzte Pigmentierung der Haut mit einer Hypertrichose. Große kongenitale Naevi gehen häufig mit Satellitenläsionen einher.

KMN werden entsprechend ihrem zu erwartenden Durchmesser im Erwachsenenalter in vier verschiedene Gruppen eingeteilt: Kleine KMN < 1,5 cm Durchmesser. Mittelgroße KMN: 1,5 bis 19,9 cm Durchmesser.

Große KMN: > 20 cm Durchmesser, (Abb. 2).

Riesige KMN: > 40 Durchmesser.

Der Durchmesser von KMN nimmt vom Neugeborenenalter bis zum Erwachsenenalter am Kopf um den Faktor 1,7 zu, an den Beinen um den Faktor 3,3, an Rumpf, Armen und Füßen beträgt der Faktor 2, 8 [6].

| Zeitpunkt des Auftretens | Läsion |
|--------------------------------|---|
| Kongenital | Kongenitaler Naevuszellnaevus Naevus sebaceus Dermoidzyste Leukaemia cutis Milien |
| Säuglingsalter | Juveniles Xanthogranulom Histiozytose Lymphangiom Mastozytom |
| Kleinkindalter | Pilomatricom Molluscum contagiosum Dermatofibrosarcoma protuberans |
| Schulalter | Verruca vulgaris Naevus Spitz |
| Jugendalter | Angiokeratom Follikuläre Zysten Lipom Dermatofibrom Keloid Prurigonodularis Fibrom Epidermoidzysten Milien Syringom |
| Vorwiegend im Erwachsenenalter | Melanom Condyloma acuminatum Rheumaknoten Neurofibrom Angiolipom Fibrosarkom Trichoepitheliom Angiofibrom Neuroblastom Lymphom |

Tab. 1: Alterstypische Manifestation kutaner Papeln und Tumoren



Abb. 1: Naevus sebaceus in typischer Lokalisation



Abb. 2: Großer kongenitaler Naevuszellnaevus am Arm eines Säuglings

| Farbe | Hautveränderung |
|------------------------|--|
| Blau | Venöse Malformation Pigmentiertes Histiocyтом Angiokeratom Blue-Rubber-Bleb-Naevus Glomustumor Pilomatricom Ekkrines/Apokrines Hidrocystom |
| Rot | Follikulitis/Furunkulose/Karbunkulose Abszess Granuloma pyogenicum Infantiles Hämangiom Naevus Spitz Erythema nodosum Keloid Acne conglobata Langerhanszell-Histiocyтose Leukaemia cutis Kutane Leishmaniose Merkelzell-Tumor Atypische Mykobakteriose Mastozytom |
| Gelb | Xanthelasmen Xanthom Juveniles Xanthogranulom Langerhanszell-Histiocyтose Naevus lipomatosus Epidermalzyste Skrotalzyste Disseminierte Lipogranulomatose (Farber) Nodulare Amyloidose |
| Braun | Melanozytärer Naevus Epidermaler Naevus Malignes Melanom Mastozytom Dermatofibrosarcoma protuberans Tiefe Mykose |
| Schwarz | Melanozytärer Naevus Pigmentiertes Dermatofibrom Thrombosiertes Hämangiom Malignes Melanom |
| Hautfarben | Dermoidzyste Granuloma anulare Dermaler melanozytärer Naevus Neurofibrom Fibrome Lipome Epidermalzysten Steatocystoma multiplex |
| Durchscheinende Noduli | Molluscum contagiosum Syringome Apokrines/ekkrines Hidrocystom Trichoepitheliom |

Tab. 2: Differenzialdiagnose kutaner Papeln und Tumoren aufgrund ihrer Farbe [adaptiert aus 3]

Verlauf und Prognose

Das Entartungsrisiko kleiner und mittelgroßer KMN ist gering [6]. Bei großen und riesigen KMN besteht ein erhöhtes Melanomrisiko bereits in den ersten Lebensjahren. Das Risiko steigt mit der Größe und der Anzahl von Satellitenläsionen [7]. Kutane Melanome entstehen in 1-2% der Riesennaevi in den tiefen Schichten des Naevus, was die Früherkennung erschwert. Auch besteht bei großen und Riesennaevi das Risiko einer leptomeningealen Infiltration mit Naevozyten, die sogenannte neurokutane Melanose.

Diagnostik und Therapie

Im Falle eines großen oder riesigen KMN und bei Vorliegen von multiplen KMN sollte unabhängig von der Lokalisation des Naevus eine Kernspintomographie (mit Gadolinium) des Schädels und der Wirbelsäule mit der Frage nach Mitbeteiligung der Meningen erfolgen, um eine neurokutane Melanose auszuschließen [1, 7]. Entsprechend der aktuellen Datenlage ist bei großen oder riesigen KMN eine frühzeitige und komplette Exzision der Naevi ab Ende des ersten Lebensjahres zu empfehlen. In die Entscheidungsfindung bezüglich einer Exzision eines KMN müssen auch psychosoziale und kosmetische Aspekte einbezogen werden. In Abhängigkeit von Größe und Lokalisation ist eine Serienexzision der KMN oder zumindest eine Teilexzision auffälliger Areale sinnvoll. Bei der Dermabrasio handelt es sich um ein oberflächlich-ablatives Verfahren mit dem Ziel einer kosmetischen Optimierung. Allerdings kann weder die Hypertrichose verhindert werden, noch werden die tiefen Naevuszell-Schichten erreicht, sodass aktuell davon auszugehen ist, dass das Risiko der malignen Entartung nicht minimiert werden kann. Dem begrenzten Erfolg dieser Methode hinsichtlich der Aufhellung des Naevus steht eine großflächige Wundfläche gegenüber, die zu Superinfektionen und Bakteriämien führen kann, zumal der Eingriff von seinen Befürwortern als Frühintervention innerhalb der ersten Lebenswochen propagiert wird.

Bei großen oder riesigen KMN sind unabhängig von der Therapie zusätzlich engmaschige klinische Kontrolluntersuchungen mit Fotodokumentation zu empfehlen.

| Struktur-Beschaffenheit | Läsion |
|-------------------------|--|
| Hart | Pilomatrikom Exostose Osteoma cutis Calcinosis cutis Chondrom |
| Derb | Dermatofibrom Keloid Prurigo nodularis Fibrom Dermoidzyste Fibrosarkom Trichoepitheliom Rheumaknoten Syringom Angiofibrom Juveniles Xanthogranulom Histiozytose Leukaemia cutis Neuroblastom Lymphom |
| Weich | Lipom Neurofibrom Angiolipom Bindegewebsnaevus |
| Exophytisch | Verruca vulgaris Condylomata acuminata Angiokeratom |
| Zystisch | Follikuläre Zyste Epidermoidzysten Dermoidzyste Steatocystoma multiplex Milien Lymphangiom |

Tab. 3: Differenzialdiagnose kutaner Papeln und Tumoren aufgrund ihrer Konsistenz [adaptiert aus 3]

Dermoidzysten

Pathogenese und Klinik

Dermoidzysten sind kongenitale, subkutan liegende, indolente Zysten. Meist sind Dermoidzysten periorbital im Bereich der anterolateralen frontozygomatischen Naht lokalisiert, sie können aber auch im Nacken und Rückenbereich und anogenital auftreten [8]. Die Häufigkeit einer frontonasalen Dermoidzyste im Bereich der Mittellinie liegt bei 1:20000 bis 1:40000 [9]. Dermoidzyten sind Hamartome, sie enthalten verschiedene Adnexstrukturen wie Haare, Drüsenbestandteile und manchmal auch Knochen, Zähne und Nerven.

Verlauf und Prognose

Dermoidzysten wachsen langsam und kontinuierlich. Sie können eine Größe von 1-4 cm erreichen. Im Verlauf können sie aufgrund ihrer Größe oder durch eine Ruptur symptomatisch werden. Eine maligne Transformation ist hingegen äußerst selten. Dermoidzysten im Bereich der frontonasalen Mittellinie können mit den darunterliegenden Strukturen verbunden sein und so mit dem Ventrikelsystem kommunizieren und Hirngewebe enthalten. Diese anteriore Enzephalozele kann durch die anatomische Lage und durch die Embryonalentwicklung erklärt werden

| |
|----------------------------------|
| Prurigo |
| Hypererger Insektenstichreaktion |
| Nodulare Skabies |
| Mastozytom (gelegentlich) |

Tab. 4: Pruriginöse Papeln und Tumoren der Haut [adaptiert aus 3]

| |
|---------------------------------|
| Glomustumor |
| Granularzell-Tumor |
| Blue-Rubber-Bleb-Naevus |
| Ekrines Spiradenom |
| Neurofibrom |
| Angiolipom, Leiomyom |
| Fremdkörpergranulom |
| Clavus |
| Erythema nodosum |
| Oberflächliche Thrombophlebitis |
| Thrombosiertes Hämangiom |

Tab. 5: Schmerzhaftes Papeln und Tumoren der Haut [adaptiert aus 3]

[9]. Auch im Rückenbereich können Verbindungen einer Dermoidzyste mit dem Spinalkanal bestehen, die u. U. zu rezidivierenden Meningitiden führen können [10].

Therapie

Eine komplette Exzision ohne Ruptur der Zyste ist erforderlich. Sollte die Dermoidzyste in der anterioren oder posterioren Mittellinie liegen, ist präoperativ die Durchführung einer Kernspintomographie erforderlich, um intrakranielle oder intraspinale Verbindungen der Zyste auszuschließen [11, 12].



Abb. 3: Epidermalzyste mit zentralem Porus

**2.1.2 Erworbene Tumore der Haut
Epidermal- und Trichilemmal-
zysten (Synonym: Atherom)**

Definition

Epidermalzysten, auch als epitheliale Zysten bezeichnet, sind sehr häufig auftretende intradermale oder subkutane Tumoren. Sie wachsen langsam und sind im Gesicht, am Nacken, Rücken und am Skrotum zu finden. Trichilemmalzysten sind meist auf dem Capillitium lokalisiert (>90%), treten seltener im Kindesalter auf und sind klinisch meist nicht von Epidermalzysten zu unterscheiden.

Pathogenese

Epidermalzysten entstehen in der Dermis durch Proliferation von Keratinozyten der Epidermis oder der Infundibularregion des Haarfollikels. Die Ursache für Epidermalzysten ist ein verschlossener Ausführungsgang. In nicht-follikulären Regionen wie an den Handflächen und Fußsohlen entstehen die Zysten aufgrund traumatisch bedingter Versprengung der Epidermalzellen. Der Aufbau der Epidermalzysten entspricht den epidermalen Schichten, wohingegen die Wand der Trichilemmalzysten aus dem Haarschaft entstammt und somit nichtgeschichtete, palisadenartige Epithelzellen enthält. Beide Zystenvarianten enthalten homogenes Hornmaterial, das Fette und Cholesterin einlagert.

Klinik

Die Form einer Zyste ist meist rundlich und prall-elastisch, die intradermalen oder

subkutanen Knoten messen 0,5–5 cm im Durchmesser. Zysten sind nicht schmerzhaft. Sie treten oft um den Zeitpunkt der Pubertät auf. Epidermalzysten treten oft solitär auf, manchmal kann auch ein zentraler Porus beobachtet werden (Abb. 3). Bei Nachweis eines Porus über einer Zyste kann die Diagnose einer Epidermalzyste gestellt werden [13]. Beim autosomal-dominanten Gardner-Syndrom werden zahlreiche große Epidermalzysten der Haut in Assoziation mit einer adenomatösen Polyposis des Gastrointestinaltrakts beobachtet. Trichilemmalzysten kommen oft multipel vor und sind häufig durch einen autosomal-dominanten Erbgang genetisch bedingt [14].

Verlauf und Prognose

Die Ruptur einer Zyste und das Entleeren des Inhalts in die Epidermis führt zu einer entzündlichen Fremdkörperreaktion. Fokale Kalzifizierungen werden in etwa 25% der Trichilemmalzysten gesehen. Eine maligne Transformation (Basalzellepitheliom, Plattenepithelkarzinom, M. Bowen) wurden bisher sehr selten beschrieben. Bei proliferierenden Zysten, rezidivierenden Entzündungen und wenn die Zyste kosmetisch störend ist, sollte eine komplette Exzipation der Zyste erfolgen.

Pilomatrikom (Synonym Pilomatrixom, früherer Name: Calcifizierendes Trichoepitheliom Malherbe)

Definition

Das Pilomatrikom ist mit einer Prävalenz von 10% der zweithäufigste exziierte

Tumor der Haut im Kindesalter. Es handelt sich um einen gutartigen Tumor ohne Tendenz zur spontanen Rückbildung. Obwohl es typische klinische Zeichen wie das steinharte Erscheinungsbild gibt, wird vor der Exzision nur selten die richtige Verdachtsdiagnose gestellt.

Pathogenese

Das Pilomatrikom geht aus unreifen Zellen der Haarmatrix hervor. Es kommt zur Verhornung und in etwa 75% sind Zeichen der Kalzifikation nachweisbar. Histopathologisch zeigt sich in der Dermis ein scharf begrenzter, häufig verkapselter Tumor, welcher von Inseln epithelialer Zellen (basophile Zellen und Schattenzellen) umgeben ist.

Klinik

Klinisch tastet sich eine derbe, teilweise steinharte, einzeln stehende asymptotische Papel in der Dermis oder Subkutis, welche von unauffälliger Haut bedeckt ist. Bei oberflächlicher Erscheinungsform kann die Papel eine blau-rötliche Farbe annehmen (Abb. 4). Selten sind eine bullöse Variante oder ein pigmentiertes Pilomatrikom. Die Noduli und Knoten haben typischerweise einen Durchmesser von 0,2–5,2 cm (Mittelwert 1,4 cm) [15]. Meistens sind Pilomatrikome im Kopf- und Schulterbereich zu finden (50–55%), an den oberen Extremitäten (25–30%), selten am Stamm und den unteren Extremitäten (15–25%). Meistens treten Pilomatrikome im Kindes- und Jugendalter auf (60%), davon 2/3 vor dem 10. Lebensjahr. Mädchen sind doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Multiples und familiäres Auftreten ist rar [16]. Es gibt eine Assoziation des multiplen Auftretens von Pilomatrikomen mit dem Gardner-Syndrom, der myotonen Dystrophie, dem Turner-Syndrom, dem Rubinstein-Taybi-Syndrom, dem familiären Sotos-Syndrom und der familiären adenomatösen Polyposis.

Verlauf und Prognose

Meist kommt es zu einer langsamen Größenzunahme [17]. Bei der Diagnosestellung kann die Sonographie hilfreich sein (Pilomatrikome sind echodicht). Pilomatrikome können spontan rupturieren und entleeren dann ein kreideartiges Material. Bei Einblutung in ein Pilomatrikom kann es zu einer raschen Größenzunahme mit Ausbildung eines rot-lividen Tumors kommen. Das Pilomatrix-Karzinom, ei-

ne maligne Variante des Pilomatrikoms, ist extrem selten. Es tritt häufiger bei Männern im höheren Alter auf (Durchschnittsalter 45 Jahre), es gibt jedoch auch Einzelfallberichte über das Auftreten der malignen Variante im Kindesalter.

Therapie

Da Pilomatrikome keine spontane Regression zeigen, stellt die chirurgische Exzision die Therapie der Wahl dar. Um Narben klein zu halten, sollte die Exzision frühzeitig erfolgen. Bei inkompletter Exzision ist ein Lokalrezidiv möglich [18].

Juveniles Xanthogranulom

Pathogenese und Klinik

Juvenile Xanthogranulome treten häufig bei Säuglingen und Kleinkindern im Kopf- und Oberkörperbereich auf. Sie imponieren als derbe, orange-gelbe Papeln und Knoten mit einem Durchmesser von 0,5 bis 3 cm. Meist treten sie solitär auf, aber auch ein multiples Auftreten kommt vor (Abb. 5). In Einzelfällen sind solitäre juvenile Xanthogranulome bereits bei Geburt nachweisbar. Beim juvenilen Xanthogranulom handelt es sich um die häufigste Form einer Nicht-Langerhanszell-Histiozytose [6]. Die Diagnose kann meist klinisch gestellt werden. Histologisch handelt es sich beim juvenilen Xanthogranulom um eine Ansammlung von Histiozyten, Schaumzellen und Touton-Riesenzellen.

Verlauf und Prognose

Eine spontane Rückbildung der kutanen juvenilen Xanthogranulome ist in der Mehrzahl der Fälle bis zum 6. Lebensjahr zu erwarten. Selten können juvenile Xanthogranulome auch extrakutan auftreten. Die häufigste extrakutane Manifestation findet sich im Bereich der vorderen Augenabschnitte. Bei multiplen Xanthogranulomen und bei Lokalisation periorbital sollte daher eine ophthalmologische Untersuchung erfolgen. Auch können bei multiplen juvenilen Xanthogranulomen andere Organe wie Leber, Lunge, Milz, Nebennieren betroffen sein [19]. Bei multiplen juvenilen Xanthogranulomen wurde eine Assoziation mit der Langerhanszell-Histiozytose beschrieben [20]. Bei gleichzeitig vorliegenden Café-au-lait-Flecken soll das Risiko einer chronisch-myeloischen Leukämie erhöht sein, daher wird in diesen Fällen eine regelmäßige Blutbildkontrolle empfohlen [21].

Therapie

Da die Mehrzahl der juvenilen Xanthogranulome sich in den ersten Lebensjahren spontan zurückbildet, ist meist keine Therapie erforderlich. In Einzelfällen kann bei kosmetisch oder mechanisch stark störenden Stellen eine Exzision erforderlich sein. Bei der seltenen extrakutanen Beteiligung ist eine Therapie entsprechend des Manifestationsortes und der Klinik einzuleiten.

Mastozytom

Pathogenese und Klinik

Die kutane Mastozytose kann in vier verschiedene Varianten untergliedert werden: das solitäre Mastozytom (20% der Fälle), die Urticaria pigmentosa (70% der Fälle), die seltene diffuse kutane Mastozytose und Teleangiectasia macularis eruptiva perstans [22]. Klinisch sind Mastozytome häufig gering erhaben und rötlich-bräunlich. Sie können jedoch auch komplett im Hautniveau liegen. Ein solitäres Mastozytom kann im Durchmesser bis zu 12,5 cm groß werden [23]. Insbesondere das solitäre Mastozytom kann mit anderen Tumoren der Haut verwechselt werden. Im Säuglingsalter kann sich auf dem Mastozytom durch Reibung eine Blase bilden. Solitäre Mastozytome zeigen mit bis zu 150-facher Erhöhung der Mastzellen im Vergleich zu gesunder Haut die höchste Konzentration an Mastzellen aller Formen einer kutanen Mastozytose. Durch Reiben des Mastozytoms kann das Darier-Zeichen ausgelöst werden (Abb. 6). Hierbei kommt es durch die Ausschüttung von Mastzellmediatoren zu einer Umgebungsrötung und Quaddelbildung. Physikalische Stimuli wie Druck, Reibung und Temperaturänderungen können eine Mastzelldegranulation auch mit Auslösung einer systemischen Reaktion wie Flush, Dyspnoe, Hypotension und Diarrhoe zur Folge haben. Auch bei solitären Mastozytomen wird bei ca 29% der Patienten das Auslösen einer systemischen Reaktion beobachtet [24].

Verlauf und Prognose

Über die Hälfte der Fälle mit kutaner Mastozytose werden im zweiten Lebensjahr manifest. Zur Diagnosestellung reichen die klinischen Symptome meist aus, sodass keine Biopsie durchgeführt werden muss. Bei Erfordernis einer Biopsie sollte bei der Lokalanästhesie die Injektion von Lidocain neben der Biopsiestelle erfolgen und auf die Anwendung von Epinephrin



Abb. 4: Pilomatrikom



Abb. 5: Multiple juvenile Xanthogranulome



Abb. 6: Mastozytom, Darier-Zeichen

verzichtet werden. Hierdurch kann die Mastzelldegranulation minimiert und die histopathologische Diagnostik erleichtert werden. In Einzelfällen kann eine komplette Exzision eines solitären Mastozytoms bei rezidivierender mechanischer Irritation indiziert sein.

Die kutane Mastozytose ist auf die Haut beschränkt, eine systemische Mastozytose mit Ausbreitung auf extrakutane Organe ist im Kindesalter extrem selten.

Die meisten Fälle einer kutanen Mastozytose im Kindesalter haben eine sehr gute Prognose und bilden sich im Verlauf zurück. Bei 50% heilen die Beschwerden bis zur Pubertät komplett ab, nur in 10-15% bestehen Symptome bis ins Erwachsenenalter. Bei der kutanen Mastozytose im Kindesalter geht man davon aus, dass es sich um eine vorübergehende lokale Dysregulation von Wachstumsfaktoren handelt und nicht um eine genetische Mutation wie bei der systemischen Mastozytose im Erwachsenenalter. Bei ausgeprägten Formen einer Urticaria pigmentosa ohne Regredienzzeichen ist die Bestimmung der Mastzelltryptase sinnvoll, um eine systemische Beteiligung auszuschließen.

Prävention und Therapie

Eine umfassende Information der Kinder und Eltern ist sinnvoll, um Auslösefaktoren wie physikalische Reize zu meiden und mastzellliberierende Medikamente wie NSAID, jodhaltige Kontrastmittel und systemische Anästhetika mit besonderer Vorsicht anzuwenden. Um Verunsicherungen der Eltern und der weiterbehandelnden Ärzte in Abgrenzung zur systemischen Mastozytose zu reduzieren, hat sich die Ausstellung eines Mastozytose-Passes bewährt. Bei häufig auftretendem Juckreiz

und Flushsymptomatik können H1-Blocker (z.B. Cetirizin) eingesetzt werden. Auch kann bei lokalisierten Beschwerden wie bei solitären Mastozytomen die Anwendung von topischen Corticosteroiden im Intervall sinnvoll sein.

Dermatofibrom (Synonym Histiozytom)

Definition

Dermatofibrome können in jedem Alter auftreten. Sie stellen im Erwachsenenalter die häufigste benigne kutane Neoplasie dar. Histologisch sieht man in der Dermis eine Proliferation spindelförmiger Fibroblasten-ähnlicher Zellen und von ovalen Zellen, die an Histiocyten erinnern [25]. Die Diskussion darüber, ob es sich bei Dermatofibromen um eine klonale Proliferation oder um einen reaktiven Entzündungsprozess handelt, dauert an.

Pathogenese

Nach einem kleinen lokalen Trauma (Insektenstich, Exkoration), wird eine Proliferation von Fibroblasten (Spindelnzellen) und Histiocyten in der Dermis beobachtet. Dies wird von einer exzessiven Ablagerung von Kollagen und einer ausgeprägten Hyperplasie der darüberliegenden Epidermis begleitet [25].

Klinik

Dermatofibrome sind derbe, einzeln stehende, schmerzlose Papeln oder Knoten (Abb. 7). Meistens sind sie an den Extremitäten und im Hüft- und Schulterbereich zu finden, prinzipiell können sie jedoch überall am Körper auftreten; 0,5% der Dermatofibrome sind am Finger nachweisbar. Meist beträgt der Durchmesser nicht mehr als 5 mm, in Einzelfällen gibt es jedoch Dermatofibrome mit einem Durchmesser bis 2–3 cm, in Einzelfällen sogar mit einem Durchmesser von >5 cm. Dermatofibrome sind meist rötlich bis rot-braun, manchmal können sie jedoch auch bläulich-schwarz imponieren, wenn Hämosiderin im Tumor abgelagert ist. Wenn das Dermatofibrom seitlich zusammengedrückt wird, kann man gelegentlich das charakteristische „Grübchen-Zeichen“ nachweisen. Dies kann durch die Verbindung der Epidermis mit der darunterliegenden Läsion erklärt werden. Dermatofibrome kommen häufig bei jungen Erwachsenen vor, gelegentlich treten sie aber auch bei Kindern auf. Das

Auftreten multipler Dermatofibrome ist nicht ungewöhnlich. Auch konnte das eruptive Auftreten in familiären Konstellationen und bei immunsupprimierten Patienten beobachtet werden.

Verlauf und Prognose

Nach einer initialen Wachstumsphase kommt es zu keiner weiteren Größenzunahme und zu einer Persistenz des Dermatofibroms über viele Jahre.

Therapie

Meist ist keine besondere Behandlung erforderlich. In Einzelfällen kann aufgrund kosmetischer Gründe oder zur histologischen Sicherung zur Abgrenzung gegenüber anderen Tumoren der Haut eine Exzision sinnvoll sein.

Naevus Spitz (Synonym Spindelzellnaevus)

Historie

Der Terminus „Spitz-Naevus“ stammt von Sophie Spitz, die 1948 die irreführende Diagnose von „Melanomen des Kindesalters“ stellte. Später wurden die Tumoren als gutartige melanozytäre Naevi klassifiziert. 1975 beschrieb Reed einen stark pigmentierten benignen Naevus, welcher meist an den unteren Extremitäten auftrat [26]. Mittlerweile geht man hierbei von einem pigmentierten Spitz-Naevus aus [27].

Klinik

Der Naevus Spitz tritt häufig im Kindes- und Jugendalter im Gesicht und an den oberen Extremitäten auf. Es handelt sich hierbei um eine rötliche bis bräunliche Papel mit glatter Oberfläche. Die Konsistenz ist prallelastisch bis derb. Klinisch zeigt sich ein sehr variables Bild bis hin zu stark pigmentierten Varianten, die pigmentierter Spindelzellnaevus Typ Reed genannt werden (Abb. 8) [27].

Verlauf und Prognose

Der Naevus Spitz ist ein benigner Tumor, der aber als „Melanomsimulator“ klinisch und histologisch oftmals nur schwer vom malignen Melanom abgegrenzt werden kann. Aus diesem Grund wurden zeitweise unter der Verdachtsdiagnose eines malignen Melanoms große Exzisionen im Kindesalter insbesondere auch im Gesichtsbereich durchgeführt.

Es handelt sich um eine Sonderform eines Naevuszellnaevus, die zu schnellem



Abb. 7: Dermatofibrom



Abb. 8: Naevus Spitz, Typ Reed

Wachstum binnen Wochen und anschließender Persistenz neigt.

Diagnostik

Dermatoskopisch ist eine Unterscheidung zwischen Naevus Spitz und malignem Melanom häufig schwierig. Beim Naevus Spitz zeigt sich typischerweise eine symmetrische Anordnung von Strukturen und Farben, wohingegen beim Melanom häufig eine asymmetrische Verteilung der beobachteten Strukturen wie Streifenbildung, Pseudopodien und Globuli zu sehen ist [28]. Histologisch zeigen sich beim klassischen Spitz-Naevus epithelioide, aber auch spindelzellige Melanozyten; ausgeprägte mitotische Aktivität, tiefe dermale Mitosen, Asymmetrie und Ulzerationen erschweren die Differenzierung vom malignen Melanom [27].

Therapie

Bei schnellem Wachstum und aufgrund der möglichen Verwechslung mit einem malignen Melanom ist eine zügige Exzision zur histologischen Sicherung sinnvoll. Die Exzision sollte stets in toto mit Schnittrandkontrolle erfolgen; die Einhaltung eines Sicherheitsabstandes wie beim malignen Melanom ist nicht erforderlich.

Trichoepitheliom

Definition

Trichoepitheliome sind gutartige Tumore, die von den Basalzellen des Haarfollikels abstammen. Solitäre Trichoepitheliome treten sporadisch auf, es gibt jedoch auch das familiäre Auftreten als autosomal dominante Genodermatose [29].

Klinik

Trichoepitheliome sind blasse, weiche Papeln mit einem Durchmesser von ca. einem Zentimeter. Sie treten meist auf der Kopfhaut, der Stirn, Nase und Oberlippe auf. Die Prädispositionsstellen können durch die hohe Konzentration an Talgdrüsen an diesen Lokalisationen erklärt werden [30]. Ein einzeln stehendes Trichoepitheliom kann sowohl klinisch als auch histologisch mit einem Basalzellkarzinom verwechselt werden [29]. Eine besondere Variante ist das desmoplastische Trichoepitheliom, das als ringförmige, zentral eingesunkene derbe Papel imponiert (Abb. 9). Desmoplastische Trichoepitheliome treten bei jüngeren Erwachsenen im Gesicht auf, sie

wurden aber bereits in jedem Lebensalter beschrieben [31].

Das Brooke-Spiegler-Syndrom ist eine autosomal dominante Erkrankung, die durch die Entwicklung multipler kutaner Adnextumoren (z.B. Trichoepitheliome, Spiradenome, Zylindrome und Spiradenozylindrome) charakterisiert ist (Abb. 10) [32]. Multiple familiäre Trichoepitheliome sind eine phänotypische Variante des Brooke-Spiegler-Syndroms; hierbei entwickeln die Patienten seit Kindheit zahlreiche Trichoepitheliome auf dem Kopf und Oberkörper.

Pathogenese

Bei Patienten mit multiplen familiären Trichoepitheliomen und Brooke-Spiegler-Syndrom besteht die Nonsense-Mutation *CYLD* (p.R758X) mit hoher phänotypischer Varianz.

Verlauf und Prognose

Multiple familiäre Trichoepitheliome und das Brooke-Spiegler-Syndrom sind entsprechend der Ausprägung des Befundes kosmetisch massiv beeinträchtigend, da die Tumore mit der Zeit an Häufigkeit und Größe zunehmen. Sehr selten ist die maligne Transformation bei multiplen familiären Trichoepitheliomen in das trichoblastische Karzinom. Bösartige Tumore treten in Assoziation mit den benignen Tumoren beim Brooke-Spiegler-Syndrom bei 5-10% der Patienten auf [32].

Therapie

Solitäre Trichoepitheliome können meist unproblematisch exzidiert werden. Bei ausgedehnten Befunden sind die dermale Abrasio, die Laserchirurgie und die Curettage alternative Therapieoptionen, obwohl hierbei mit einer erhöhten Rate an Rezidiven zu rechnen sein könnte. In Einzelfällen ist eine Hauttransplantation Therapieoption der Wahl.

2.2 Semimaligne und maligne Tumore

2.2.1 Dermatofibrosarcoma protuberans

Klinik

Das Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) ist selten, kann aber in jedem Lebensalter auftreten. Es gibt einen Häufigkeitsspitzen im 3./4. Lebensjahrzehnt und einen geringeren im Kleinkindesalter. Klinisch handelt es sich um einen langsam



Abb. 9: Desmoplastisches Trichoepitheliom



Abb. 10: Zylindrome bei Brooke-Spiegler-Syndrom

wachsenden, narbenartig derben, bräunlichen oder hautfarbenen Knoten (Abb. 11). Das DFSP ist meist am Rumpf oder an den Extremitäten lokalisiert [33].

Verlauf und Prognose

Das DFSP macht etwa 5% der Weichteilsarkome aus [33]. Da der Tumor nicht schmerzhaft ist, das Wachstum sehr langsam ist und das Aussehen meist keine typische Klinik zeigt, wird der Tumor oft erst diagnostiziert, wenn er eine Größe von mehreren Zentimeter hat. Zusätzlich ist der Tumor durch fingerförmige Ausläufer häufig größer als vermutet. DFSP gelten als semimaligne, nur sehr selten kann es zur Metastasierung kommen.

Diagnostik

In der sonographischen Untersuchung zeigt sich ein wenig vaskularisierter Tumor mit entzündlichem Umgebungsinfiltrat. Es handelt sich um einen langsam



Abb. 11: Dermatofibrosarcoma protuberans

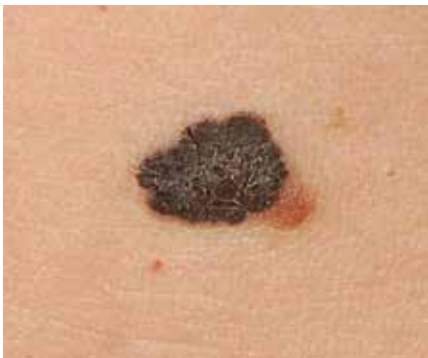


Abb. 12: Superfiziell spreitendes Melanom in Assoziation mit einem korialen Naevus

wachsenden, lokal invasiven Tumor der Dermis und Subkutis. Zur histologischen Sicherung ist eine tiefe Keilbiopsie erforderlich, eine Stanze ist meist nicht ausreichend [34]. Histologisch sieht man spindelförmige Tumorzellen im Korium, die in einem typischen Fischgrätmuster

angeordnet sind. Immunhistochemische Marker insbesondere CD34 sind wichtig in der Diagnosesicherung [35]. In einer großen Anzahl an Tumoren konnte die Translokation des *COL1A1*-Gens nachgewiesen werden [36].

Therapie

Die komplette Exzision mit einem großen Sicherheitsabstand von 3 cm ist Therapie der Wahl. Durch die fingerförmigen Ausläufer sind lokale Rezidive häufig. Metastasierte oder nicht resezierbare DFSP sprechen auf eine Chemotherapie nicht an. In diesem Fall stellt Imatinib, ein Tyrosinkinase-Inhibitor, eine neue Therapieoption dar [36].

2.2.2 Malignes Melanom

Klinik

1 bis 4% aller Melanome entstehen bei unter 20-Jährigen. Nur 0,3 bis 0,4% aller Melanome entstehen vor der Pubertät, jedoch nimmt die Inzidenz maligner Melanome im Jugendalter aktuell zu [37]. Klinisch sieht man braune bis bläulich-schwarze, seltener auch braun-rote oder komplett pigmentfreie Makulae, Noduli und Knoten von erheblich differierendem klinischem Aspekt.

Pathogenese

Auch im Kindesalter entstehen die meisten Melanome de novo, aber auch eine Entwicklung in vorbestehenden Naevuszellnaevi ist möglich (Abb. 12). Im Vergleich zum Erwachsenenalter werden häufiger atypische, amelanotische und noduläre Melanome nachgewiesen [38]. Prädisponierende Faktoren sind große und riesige kongenitale melanozytäre Naevi. Weiterhin gelten auch die im Erwachsenenalter bestehenden Risikofaktoren wie

Hauttyp 1 nach Fitzpatrick, intermittierende starke UV-Exposition, die Neigung zu Sonnenbränden, prädisponierende Genodermatosen wie das Xerodermapigmentosum sowie Immunsuppression. Präventionsmaßnahmen sollten dringend bereits im Kindesalter begonnen werden [6].

Diagnose und Therapie

Die Diagnosestellung im Kindesalter ist häufig verzögert, was sich auch in der erhöhten durchschnittlichen Tumordicke der exzidierten Melanome widerspiegelt. Dies liegt sicherlich an der Zurückhaltung, eine im Kindesalter seltene Diagnose zu stellen mit der Konsequenz, eine chirurgische Maßnahme durchführen zu müssen. Das therapeutische Vorgehen im Kindesalter inkl. den Empfehlungen zur Sentinelbiopsie ab einer Tumordicke von 0,75 mm entspricht denen im Erwachsenenalter [6]. Durch Einführung zahlreicher neuer Systemtherapeutika bei metastasiertem Melanom ist es zu einer weiteren Verbesserung des progressionsfreien Intervalls und auch der Gesamtüberlebensrate gekommen [39].

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. Susanne Abraham
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden
E-Mail: susanne.abraham@uniklinikum-dresden.de

Interessenkonflikt:

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. *Red.: Höger*

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.



Aus der Praxis für die Praxis

Klinische und pathologische Untersuchungen zum Madenwurmbefall bei Kindern und Jugendlichen

Prävalenz zwischen 2010-2015 in Mülheim an der Ruhr // Madenwurmerkrankungen (*Enterobius vermicularis* - EV) gehören in den gemäßigten Klimazonen zu den häufigsten Parasitosen. Nach Schätzungen sind weltweit zwischen 4% bis 28% aller Kinder mit Madenwürmern infiziert [1]. Bereits im Altertum wurde über Madenwurm-Erkrankungen in frühen Schriften berichtet [2]. Madenwurmerkrankungen sind in den Industrieländern eine bei Kindern häufig auftretende, aber medizinisch wenig beachtete Parasitose. Epidemiologische Daten zur Prävalenz von Madenwurm-Erkrankungen liegen für Deutschland nicht vor.



Dr. Jürgen Hower

Dr. Thomas Lamberti

**Priv.-Doz. Dr.
Andrea Maria Gassel**

Ziel und Methode

In einer retrospektiven Kohorten-Studie wurde die Datenbank einer an zwei Standorten tätigen kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis in Mülheim an der Ruhr, einer mittleren Großstadt im westlichen Ruhrgebiet mit etwa 170.000 Einwohnern, nach der Diagnose-Häufigkeit von Madenwurmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 1. Januar 2010 und dem 31. Dezember 2015 durchsucht. Die Diagnose wurde durch den klinischen Verdacht in Verbindung mit der Anamnese (Bauchschmerzen, Analjucken), dem Wurmnachweis im Stuhl und dem Nachweis von Wurmeiern auf perianal applizierten Klebestreifen gestellt. Ergänzend wurden die Akten

des Pathologischen Instituts des Evangelischen Krankenhauses in Oberhausen (EKO), das im Einzugsbereich der Mülheimer und Oberhausener Krankenhäuser liegt, für den gleichen Zeitraum nach Befunden durchsucht, in denen Madenwürmer in der entfernten Appendix nachgewiesen wurden.

Das primäre Studienziel waren die Erfassung der Inzidenz der Madenwurmerkrankungen und die Erfassung der Alters- und Geschlechtsverteilung der erkrankten Kinder und Jugendlichen. Sekundäres Ziel war die histologische Erfassung von Oxyuren nach einer Appendektomie für die Region Mülheim/Oberhausen, dem Einzugsgebiet der Praxis. Die Auswertung der Daten erfolgte mit Excel 2013.

| Altersklassen in Jahren | Absolute Häufigkeit | Prozentuale Altersverteilung der Fälle von Madenwurminfektionen | Prozentuale Altersverteilung unter allen Behandlungsfällen |
|-------------------------|---------------------|---|--|
| ≤ 3 | 18 | 4,3 | 0,026 |
| >3 - ≤ 6 | 57 | 13,6 | 0,082 |
| >6 - ≤ 9 | 115 | 27,5 | 0,165 |
| >9 - ≤ 12 | 105 | 25,1 | 0,150 |
| >12 - ≤ 15 | 87 | 20,8 | 0,012 |
| >15 - ≤ 18 | 36 | 8,6 | 0,052 |
| Summe der Erkrankungen | 418 | n=418 | n=69.790 |

Tab. 1

Ergebnisse

In der Zeit zwischen dem 1. Januar 2010 und dem 31. Dezember 2015 hatten von 69.790 behandelten Patienten im Alter zwischen 1 und 18 Jahren 418 (0,6%) eine Madenwurm-Infektion. Mädchen waren häufiger betroffen als Jungen (52% versus 48%). Das mittlere Erkrankungsalter lag bei 10,14 Jahren (SD 3,84; 95% Konfidenzintervall 9,78-10,52) und der Median bei 10,0 Jahren.

Die Erkrankungshäufigkeit wird in der nachfolgenden Tabelle 1 für die einzelnen Altersklassen in der absoluten und relativen Häufigkeit dargestellt.

Im Pathologischen Institut des EKO wurden im gleichen Zeitraum 2331 Wurmforsätze von Kindern aus dem Einzugsbereich Mülheimer und Oberhausener Praxen untersucht. In 21 von 2331 (0,9%) untersuchten Präparaten (3 Jungen, 18 Mädchen, mittleres Alter 15 Jahre) wurden Madenwürmer in der Appendix nachgewiesen. In neun Blinddärmen war der Befall mit einer Appendizitis, in den übrigen Präparaten mit einer lympho-folikulären Hyperplasie assoziiert.

Diskussion

Untersuchungen zur Prävalenz der Madenwurminfektionen und anderer pa-

rasitärer Erkrankungen werden überwiegend in Regionen mit einem niedrigen Hygiene-Standard durchgeführt. Also dort, wo Madenwurminfektionen und andere parasitäre Erkrankungen als ein Problem für die kindliche Gesundheit und Entwicklung wahrgenommen werden.

Die Prävalenzraten in anderen Studien (Tabelle 2) weisen eine hohe Schwankungsbreite auf, die durch die Lebensverhältnisse in den einzelnen Ländern, durch den sozioökonomischen Familienstatus (Familiengröße, Familieneinkommen pro Monat, Berufstätigkeit der Mutter, Ausbildungshöhe von Mutter und Vater, Hygiene in der Familie und im Umfeld) und durch weitere soziale Umstände (Alter der Kinder, Kindergarten- oder Schulbesuch und Freizeitverhalten) bedingt sind. Die unterschiedliche Methodik und Empfindlichkeit der einzelnen diagnostischen Verfahren (Anamnese, Würmer im Stuhl, perianal aufgeklebter Klebestreifen zum Nachweis von Wurmeiern) tragen zur Heterogenität der Ergebnisse bei [3-5].

Die in Mülheim an der Ruhr zwischen 2010 und 2015 erhobenen Daten zum Madenwurmbefall (0,6%) sind mit denen von Taipei-City (0,5%) vergleichbar. Im Vergleich zu einem Entwicklungsland wie Myanmar mit einem Madenwurmbefall von 47,2%, ist die Prävalenz in Mülheim an der Ruhr und Taipei-City gering.

Madenwurm-Infektionen können unspezifische Bauchschmerzen und Blinddarm-Reizungen auslösen. Jardine et al. haben 180 Koloskopien bei Kindern zwischen Mai 1997 und Dezember 1999 durchgeführt. Sie konnten die Daten von 26 Kindern (14%), mittleres Alter 11,45 Jahre, Spanne 2,58-15,67 Jahre, bei denen makroskopisch Madenwürmer im Kolon nachgewiesen worden waren, auswerten. Neunzehn von 26 (73%) Kindern waren wegen Bauchschmerzen, 16 von 26 (62%) wegen rektaler Blutungen, 13 von 26 (50%) wegen chronischer Diarrhö und 11 von 26 (42%) wegen Gewichtsverlust vorgestellt worden. Einundzwanzig von 26 Kindern wiesen unspezifische Zeichen für eine Kolitis auf. Über durch Oxyuren verursachte ileo-coecale Entzündungen, die zu einem Appendizitis-ähnlichen Bild führen können, wird auch von anderen Autoren berichtet [6, 7]. In zuvor durchgeführten Kochsalzabstrichen (20 Patienten) und Tape-Abstrichen (4 Patienten) konnten weder Eier, noch Würmer gefunden werden [8]. Nach Meinung der Autoren wurde der Tape-Test jedoch zu wenig eingesetzt.

Nach einer Appendektomie werden gelegentlich Würmer im Lumen des entfernten Blinddarms nachgewiesen. In einigen Fällen waren sie die Ursache der Appendizitis [9, 10]. In einer von Dahlstrom et al. zwischen 1984 und 1988 durchgeführten aust-

| Studie | Ort / N=Probanden | Prävalenzrate | Probanden |
|----------------------------|--|---------------|---------------------------|
| Chang, JH et al. 1990 | Tainan City, China N=8120 | 30,4% | Schulkinder |
| Chai, JY et al. 2015 | Myanmar N=761 | 47,2% | Grundschulkind |
| Muge, OA et al. 2008 | Kayseri, Türkei N=1070 | 5,1% | Vorschulkind 5-7 Jahre |
| Wu, CG et al. 2012 | Chongqing City, China N=1592 | 6,8% | Kindergarten-/Schulkinder |
| Kuang, CP et al. 2015 | Shenzen City, China N=489 | 10,2% | Kindergartenkind |
| Jiang, G et al. 2013 | Jurong City, China N=1088 | 1,1% | Kindergartenkind |
| Lee, SE et al. 2011 | Gimhae-si, Korea N=6921 | 10,5% | Kindergartenkind |
| Wang, LC et al. 2010 | Survey Taiwan N=118.190 | 2,4% | Grundschulkind |
| Chu, TB et al. 2012 | Taipei-City, Taiwan N=6661 | 0,5% | Kindergartenkind |
| Kinderarztpraxis 2010-2015 | Mülheim an der Ruhr Oberhausen N=69.790 | 0,6% | Kinder und Jugendliche |

Tab. 2: Publiizierte Prävalenzraten für Madenwurminfektionen

ralischen Studie wurden 1867 Blinddärme entfernt [11]. In 63 entfernten Blinddärmen (3,4%) konnten Madenwürmer nachgewiesen werden, häufiger bei weiblichen (4,6%) als bei männlichen Patienten (1,9%). Der Altersspitzenwert betrug für Mädchen 12,8 Jahre und für Jungen 12,1 Jahre. In einer weiteren retrospektiven Kohorten-Studie von Fleming et al. wurde bei 182 durchgeführten Appendektomien in 13 (7,1%) Wurmfortsätzen ein Madenwurm-Befall nachgewiesen [12]. In den eigenen Untersuchungen waren 21 von 2331 Wurmfortsätze mit Madenwürmern besiedelt. Neun waren mit einer Appendizitis assoziiert, bei den 12 übrigen bestand eine lymphofollikuläre Hyperplasie, die möglicherweise durch den Wurmbefall induziert worden war. Jungen waren mit 3/21 weniger häufig betroffen als Mädchen mit 18/21.

Mädchen scheinen, von Madenwürmern eher befallen zu werden als Jungen [5, 6, 13-15]. Möglicherweise bildet der weibliche Genitaltrakt ein potentielles Reservoir für Madenwürmer, die vereinzelt bei Vulvo-Vaginitiden in der Scheide nachgewiesen wurden [16]. Mehrere Autoren haben über eine Verbindung zwischen Madenwurm-Infektionen und einfachen, wie auch rezidivierenden Harnwegsinfekten berichtet [17-20]. Kashyap et al. konnten bei wiederholten mikroskopischen Untersuchungen von Vaginalabstrichen adulte Würmer, aber keine Wurmeier nachweisen, obwohl die Patientinnen bereits mehrfach behandelt worden waren und keine Hinweise für eine gastrointestinale Beteiligung mehr bestanden [16]. Die Ergebnisse der pathologischen Untersuchung stützen den klinischen Verdacht eines vermehrten Madenwurm-Befalls bei Mädchen [21].

Der geringe Madenwurmbefall bei Kindern in Mülheim findet in der niedrigen Prävalenz von 0,9% der untersuchten Madenwurm-positiven Blinddärme ihre Entsprechung.

Der Madenwurmbefall führt häufig zu einem analen Juckreiz, zu Unruhe und zu Schlafstörungen. Durch den Juckreiz bedingtes Kratzen verursacht bei manchen Kindern erosive Hautveränderungen mit sekundär superinfizierten, ekzematösen Dermatitisiden. Die nachts von den weiblichen Tieren in den perianalen Falten abgelegten, widerstandsfähigen und infektiösen Eier haften nicht nur an den Händen, sondern auch an anderen Flächen. Sie können über die Luft (zum Beispiel

über das Schütteln der Bettwäsche) verteilt werden und zu erneuten Infektionen führen [22, 23]. Wurmeier wurden in Räumen nachgewiesen (Wände von Klassenräumen und Toiletten), in denen sich infizierte Kinder aufhielten [22]. Haustiere können über ihr Fell zur Verbreitung beitragen, ohne selbst wegen der vorhandenen Wirtsspezifität infiziert zu sein. Auch Kakerlaken (Küchenschaben) können mit Madenwürmern befallen sein und können als Infektions-Überträger dienen [24].

Madenwürmer zählen zu den kleinsten Rundwürmern (Nematoden). Sie sind menschenpezifisch und überleben nur in Ausnahmefällen in anderen Wirten [24]. Gesundheitspolitisch besitzen sie wegen ihres meist harmlosen Verlaufes vor allem in den hochentwickelten Ländern eine geringe Bedeutung, wie ein im Epidemiologischen Bulletin veröffentlichter Bericht des Robert Koch-Instituts (RKI) über „die Priorisierung übertragbarer Infektionserreger“ ausweist (RKI Epid Bull 2011, Nr. 44, 397-401).

Infektionen treten vor allem in eng zusammenlebenden Gruppen und bei Kindern zwischen 6 bis 12 Jahren auf [11]. Mit zunehmendem Alter nimmt die Erkrankungshäufigkeit ab [4]. Wenn ein Kind erkrankt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Sekundär-Infektion weiterer Familienmitglieder [25]. Die Schule mit ihrem engen körperlichen Kontakt, wie auch die Familien bieten ideale Bedingungen für die Übertragung von Wurmeiern [26].

Die häufig durchgeführte Stuhldiagnostik weist für Madenwürmer nur eine geringe Sensitivität auf. Dies ist nicht erstaunlich, da die lebenden Würmer an der Darmwand haften und die Wurmeier von den weiblichen Würmern außerhalb des Magen-Darm-Traktes im Bereich der Analhaut abgelegt werden. Deshalb weisen perianal auf der Haut platzierte Klebestreifen eine bessere diagnostische Effektivität auf als Stuhlproben. Erstere sollten aber bei hinreichendem Verdacht mehrmals appliziert werden. Bei einmaliger Testung beträgt die Sensitivität etwa 25%, bei zweimaliger Testung etwa 40% und bei dreimaliger Testung etwa 52% [26]. Eine koreanische Untersuchung, in der die Klebestreifen-Methode mit der Wurmausscheidung nach Gabe eines Anthelmintikums als „Goldstandard“ verglichen wurde, kam jedoch auch bei dem Klebestreifen-Verfahren zu nur mäßigen Ergebnissen, die sich aber durch drei- bis

vierfache Test-Wiederholung verbessern ließen [27]. Wahrscheinlich bleiben viele Infektionen unerkannt, so dass die tatsächliche Prävalenz höher liegt.

Therapeutisch werden EV-Infektionen mit Mebendazol, Pyrviniumembonat oder Pyrantelmonat, die alle gut verträglich sind und vorwiegend lokal im Darm wirksam werden, behandelt [28]. Diese Substanzen beeinflussen aber nicht die Überlebensfähigkeit der Wurmeier, sodass es über verbliebene Wurmeier immer wieder zu einer Reinfektion der primär Betroffenen und sekundär betroffener Familienmitglieder kommen kann. Mehrere Autoren empfehlen deshalb, immer die Familien mit zu behandeln und diese Behandlung nach zwei bis drei Wochen zu wiederholen. Eine sorgsame persönliche und häusliche Hygiene kann das Risiko einer Neu-Infektion senken [29].

Madenwurm-Infektionen sind für die Statistik infektiöser Erkrankungen in den Ländern mit einem hohen Hygiene-Standard wie Mülheim an der Ruhr und Taipei-City eine statistische und epidemiologische Petitesse. Sie sind aber keine Kleinigkeit für die von der Erkrankung Betroffenen. Sie können in ihrer Lebensqualität und Gesundheit von gering bis schwer beeinträchtigt werden. Bei unspezifischen Bauchbeschwerden und bei dem Verdacht auf eine entzündliche Darmerkrankung sollte jedenfalls auch an eine Madenwurm-Infektion gedacht und zumindest Klebestreifen-Teste auf Wurmeier durchgeführt werden.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jürgen Hower

Dr. med. Thomas Lamberti
KIDS 4.0 überörtliche Gemeinschaftspraxis
Standorte Mülheim-Dümpten und
Mülheim-Saarn, Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr

Priv. Doz. Dr. med. Andrea Maria Gassel
Chefärztin des Pathologischen Instituts
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
Virchowstr. 20, 46047 Oberhausen

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Empfehlungen zur Vorbehandlung von Nahrung bei Bet v-1 assoziierten Kreuzallergien

Frage

Bitte helfen Sie mit bei folgendem Fragenkomplex:

Bei Bet v-1 assoziierten Kreuzallergien gegen pflanzliche Nahrungsmittel treten Reaktionen (z. B. OAS) in der Regel nur durch rohe Nahrung auf.

- Was kann man dem Patienten konkret empfehlen als Vorbehandlung, das heißt wie lange/wie heiß muss die Nahrung gekocht/gegart/gebacken/gebraten oder sonst wie behandelt werden, damit sie in diesen Fällen vertragen wird? Ich bitte um Angaben für:
- Kern- und Steinobst,
- Nüsse,
- Karotten/Sellerie/Tomaten,
- Soja,
- Feige/Kiwi und Verwandte.

Dieses Wissen ist meines Erachtens auch für Gastgeber oder Gastfamilien entsprechender Allergiker von Bedeutung.

Antwort

Die Verträglichkeit von verschiedenen Obst- und Gemüsesorten ist bei pollenassoziierten Nahrungsmittelallergien hochgradig variabel, insofern ist eine Angabe in Grad Celsius und Erhitzungsdauer nicht in Zahlen sinnvoll. Auch hängt die Reaktionsbereitschaft von der Saison ab: Die Reaktionen sind am Ende der entsprechenden Pollensaison am schwersten und die Empfindlichkeit ist am größten. Sehr unterschiedlich sind die Muster der

Reaktionen. Nur wenige Patienten sind gegen alle pflanzlichen Nahrungsmittel, die relevante Mengen an PR-10-Proteinen (die zugrundeliegenden Allergene bei Birkenpollenassoziierter Allergie) enthalten, allergisch, die meisten reagieren nur auf einzelne Nahrungsmittel.

Einige Apfelallergiker vertragen den Apfel je nach Sorte und manche schon wenn er gerieben oder gar nur geschält ist. Der Gehalt an allergenen Proteinen verändert sich ebenso mit der Lagerdauer, so dass eine Apfelsorte mal vertragen wird und mal nicht. Außerdem wird Kern- und Steinobst in der Regel, wenn es erhitzt wird, so stark erhitzt (in Dosen, auf Kuchen, als Marmelade), dass es sicher verträglich ist.

Tomaten, Feigen und Karotten sind ebenfalls so hitzelabil, dass sie zubereitet kein Problem sind. Sellerie wird auf verschiedene Arten verzehrt: Roh ist es für manche Allergiker auch bei Birkenpollenallergie (eher noch bei Beifussallergie) nicht verträglich, gekocht oder als Gewürz aber in aller Regel schon.

Ganz schlecht berechenbar ist die Situation bei Nüssen, besonders bei Haselnuss. Fast alle Haselnussallergiker auf der Basis einer reinen Allergie gegen PR-10-Proteine vertragen Nusskuchen, Nougat oder Nuss-Nougatcremes. Jedoch sind einzelne Patienten so empfindlich, dass sie milde Beschwerden bei diesen Speisen verspüren. Schwieriger ist die Einschätzung bei Süßwaren wie Pralinen, bei denen ganze Haselnüsse verwendet werden. Hier ist meist vollkommen unklar, wie lange die

Kerne geröstet wurden und damit, wie viel intaktes Allergen noch enthalten ist. Hier ist Vorsicht geboten.

Weniger unklar ist es bei Erdnuss. Letztere ist in unseren Breiten fast ausschließlich geröstet zu erhalten und damit verträglich. Lediglich in wenigen asiatischen Gerichten werden rohe oder gekochte Erdnüsse verarbeitet, die milde Reaktionen auslösen können.

Zuletzt bleibt Soja: Dem entsprechenden Allergen, Gly m 4, wird eine erhöhte Stabilität gegen Verdauung und Erhitzung bescheinigt. Sicher ist Soja in fermentierter Form, also zum Beispiel als Sojasoße.

Generell sind die allergischen Reaktionen bei PR-10-vermittelten Allergien zu meist milde. Schwere Reaktionen treten vor allem dann auf, wenn rasch große Mengen an Allergen verzehrt werden. Weitere Einflussfaktoren sind Anstrengung, Nüchternheit oder die Einnahme von Medikamenten, die die Digestionskapazität des Magens beeinflussen wie Protonenpumpen-Inhibitoren. Es ist ein probates Mittel, Allergikern zu empfehlen, zunächst eine kleine Portion zu verzehren und dann, bei ausbleibenden Beschwerden, langsam mehr zu konsumieren.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lars Lange, St. Marien-Hospital Robert-Koch-Str. 1, 53115 Bonn

Literatur:

1. Worm M et al. Food allergies resulting from immunological cross-reactivity with inhaled allergens. *Allergo J Int* 2014, 23, 1-16.

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.

Welche Diagnose wird gestellt?

Lena Schulz und Peter Höger



Abb.: Im Scheitelbereich rundliches haarloses Areal, umgeben von einem dichten Büschel von Haaren („hair-collar-sign“). Die Oberfläche des Areals scheint von einer Membran bedeckt zu sein.

Anamnese

Eine 35 Wochen alte Patientin wird ambulant mit einem seit Geburt bestehendem haarlosen Areal im Scheitelbereich vorgestellt. Der Hautbefund sei mitgewachsen. Blutungen, Juckreiz oder Schmerzen seien nicht aufgetreten. Bei der Patientin handelt es sich um das zweite Zwillingsskind der 32. SSW, Entbindung per Sectio mit einem Geburtsgewicht von 1460 g. Keine intrauterinen Eingriffe während der Schwangerschaft. Bisherige Entwicklung unauffällig. Die Zwillingsschwester ist nicht betroffen.

Untersuchungsbefund

35 Wochen alter weiblicher Säugling in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Kein Hinweis auf körperliche Fehlbildungen. Im Scheitelbereich findet sich in der Mittellinie ein 1x1 cm großes haarloses Areal mit vermehrtem Haarwuchs im Randbereich (Haarkranz, Abbildung). Die Epidermis erscheint gefältelt und wie von einer Membran bedeckt. Die Kalotte ist unter der Hautveränderung intakt palpierbar.

Welche Diagnose wird gestellt?

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

Diagnose:

Aplasia cutis congenita

Bei der Aplasia cutis congenita (ACC) handelt es sich um die angeborene mangelhafte Anlage bzw. das Fehlen von Haut in einem umschriebenen Bezirk. Die Inzidenz liegt bei 0,5 bis 1:10.000, die Ratio weibliche/männliche Neugeborene beträgt 7:5 (1, 2). Etwa 70% der Läsionen befinden sich im Bereich der Kopfhaut, dort meist im Scheitelbereich bzw. in der Mittellinie. Typischerweise haben die Hautläsionen einen Durchmesser von 1-3 cm, eine runde oder ovale Form, sind haarlos und häufig von einem dichten Haarkranz umgeben. Zum Geburtszeitpunkt können sie ulzeriert sein. Der Ausprägungsgrad der Hautaplasie ist sehr variabel. In etwa 20% der Fälle besteht eine komplette Aplasia mit Fehlen aller Hautschichten, des Schädelknochens und der Dura. In diesen Fällen ist die ACC Ausdruck eines dorsalen Fehlbildungssyndroms; diese Form kann mit einer dorsalen Meningoenzephalozele, Spina bifida oder Omphalozele assoziiert sein. Ilona Frieden hat die ACC vor 30 Jahren in 9 Untergruppen klassifiziert (1); die genannte Form wird als Typ 4 bezeichnet. In selteneren

Fällen bestehen Assoziationen mit Extremitätenfehlbildungen (Typ 2, Adams-Oliver-Syndrom), einer Epidermolysis bullosa (bei ACC der Extremitäten, Typen 6 und 7), mit epidermalen Naevi (Typ 3) oder verschiedenen Malformationen (Typ 9: Trisomie 13, Goltz-Gorlin-Syndrom u. a.).

Die Ursache der isolierten ACC ist in der Regel unbekannt; in einigen Fällen wurde ein Zusammenhang mit der Einnahme bestimmter Arzneimittel (Metamizol, Valproinat) in der Schwangerschaft oder mit intrauterinen Infektionen (HSV, VZV) berichtet (Typ 8).

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Bei der häufigsten, „membranösen“ Form der ACC ist die Aplasia-Zone von einem charakteristischen Haarkranz umgeben („hair-collar-sign“). Bei Lokalisation in der Mittellinie des Schädels ist der sonografische Ausschluss einer Enzephalozele unerlässlich. Bei unserer Patientin ergab die sonografische Untersuchung keinen Nachweis eines Kalottendefektes. Differenzialdiagnosen haarloser Areale bei Kleinkindern sind Alopecia areata, Naevus sebaceus und Tinea capitis.

Therapie und Prognose

In den meisten Fällen ist keine Behandlung notwendig. Postnatale Erosionen oder Ulzerationen heilen meist spontan ab und hinterlassen eine atrophe oder hypertrophe Narbe, die je nach Größe später gegebenenfalls kosmetisch beeinträchtigend sein könnte. Größere Läsionen sollten frühzeitig chirurgisch geschlossen oder exzidiert werden, nachdem eine Bildgebung (Sonografie, ggf. MRT) durchgeführt wurde (2).

Literaturangaben

1. Frieden IJ. Aplasia cutis congenita: a clinical review and proposal for classification. J Am Acad Dermatol. 1986;14: 646-660
2. Browning JC et al. Aplasia cutis congenita: approach to evaluation and management. Dermatol Ther. 2013; 26: 439-444.

Korrespondenzadresse:

Dr. Lena Schulz
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilungen Pädiatrie und Pädiatrische
Dermatologie/Allergologie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Leser-Forum

„Welche Diagnose wird gestellt?:
Mosaische Neurofibromatose“
von Dr. Dörte Petersen,
KiJuA 11/2016, S. 774 ff



Mit Interesse haben wir den o. g. Beitrag von Frau Dr. Dörte Petersen gelesen, in dem das in einer großen Neurofibromatose-Sprechstunde nicht seltene Krankheitsbild der „mosaischen Neurofibromatose“ prägnant und

zutreffend beschrieben wird. Die Angaben zu Therapie und Prognose bedürfen jedoch einer Ergänzung.

Es ist richtig, dass bei der segmentalen Form einer NF1 das Risiko für Komplikationen als eher gering einzuschätzen ist. In Bezug auf die genannten Akustikusneurinome liegt dies aber daran, dass Akustikusneurinome gar nicht zum Krankheitsbild der NF1 gehören (1), sondern der typische Befund einer NF2 darstellen. Dabei handelt es sich um eine klinisch und genetisch völlig unterschiedliche Erkrankung (2). Regelmäßige augenärztliche Kontrolluntersuchungen werden bei NF1-Patienten zur Früherkennung eines Optikusglioms empfohlen und nicht – wie im Beitrag angegeben – zum Ausschluss von Irishamartomen und retinalen Gefäßverschlüssen (3). Irishamartome (Lischknötchen) sind zwar pathognomonisch für eine NF1, treten bei Kindern aber nur in

einem geringen Prozentsatz auf und haben darüber hinaus keinerlei therapeutische Konsequenzen (4). Optikusgliome können dagegen – gerade bei jungen Kindern – einen progredienten Verlauf zeigen und zu einer erheblichen Visuseinschränkung führen, so dass sie nicht übersehen werden sollten (3). Retinale und choroidale Gefäßveränderungen sind häufige und charakteristische Befunde bei NF1-Patienten, führen in aller Regel aber nicht zu retinalen Gefäßverschlüssen (5).

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Thorsten Rosenbaum,
Dr. Pia Vaassen
NF-Ambulanz der Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin, Sana Kliniken Duisburg
Red.: Höger

Für die Ergänzungen zu meiner Kasuistik bedanke ich mich. Tatsächlich erlaubt das begrenzte Format der Rubrik keine umfassende Darstellung von Krankheitsbildern und ihren Therapien.

Akustikusneurinome sind sicherlich typisch für die NF 2, können jedoch vereinzelt bei einer NF 1 auftreten (1). Optikusgliome sind aber unzweifelhaft eine wesentlich häufigere Komplikation und wurden in der Aufzählung von

Komplikationen deshalb an erster Stelle genannt.

Regelmäßige augenärztliche Untersuchungen empfehlen wir u. a., um eine Stauungspapille als Hinweis auf intrakranielle Raumforderungen auszuschließen (2). Zudem dient der Nachweis von retinalen und choroidalen Veränderungen der Untermauerung der dermatologisch gestellten Diagnose (3-4). Retinale Gefäßverschlüsse treten bei der NF nicht regelhaft auf, stellen jedoch ein

mehrfach beschriebenes Phänomen dar (5, 6).

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. Dörte Petersen, Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Von der Umwertung der Werte in einer ökonomisierten Pädiatrie
von Prof. Dr. Giovanni Maio, M.A. phil, KiJuA 12/2016-1/2017, S. 846 ff.



Medizinethik versus berufspolitisches Kalkül

Ich freue mich über den Aufsatz von Prof. Giovanni Maio, der genau das auf den Punkt bringt, was ich in mehr als 25 Jahren in meinen Seminaren für den BVKJ zur Sprachentwicklung, -diagnostik und Therapieverordnung zu vermitteln versuche. Beispiele:

a. Die neue Leitlinie (LL) zur Therapie von USES (Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen). Die seit mehr als 25 Jahren von den Pädiatern und mir geforderte bedingungslose Anwesenheit der Eltern/Bezugspersonen in der logopädischen Therapie zur Erhöhung der Compliance und zur Verkürzung der Behandlungsdauer wird in dieser neuen Leitlinie nicht berücksichtigt werden.

„Nur über Kontaktzeit können das Kind und seine Eltern am Therapieprozess beteiligt werden, mitgenommen werden auf einen oft mühsamen Weg, auf dem sie Ermunterung und motivierende Gespräche brauchen“ (Maio).

b. Die Bemühungen der Heilmittelverbände und wissenschaftlichen Fachverbände um Standardisierung führen zu einer Simplifizierung und orientieren sich daran, dass ein als ausreichend erachtetes Mittelmaß angestrebt wird. Der einzelne Patient mit seinen individuellen Problemen und Bedürfnissen wird der Normierung untergeordnet.

„Die Abläufe werden nicht am Patienten ausgerichtet, sondern der Patient wird den vorgegebenen Ablaufschemata angepasst“ (Maio).

Conclusio: Die berufspolitischen Strategien der Heilmittelverbände sind systemimmanent interessengeleitet und dieser Sichtweise konträr. Stark verkürzt lauten sie:

1. Claims sichern und erweitern
2. Netzwerke aufbauen
3. Lehrmeinungen etablieren
4. Leitlinien vorgeben

Den berufspraktisch Tätigen gibt man Algorithmen an die Hand - „im Sinne des Abarbeitens eines Planes, statt Erkennen der Vielschichtigkeit des Problems und eines professionellen Umgangs“ und „Professionalität besteht gerade nicht darin, strikt nach Schema F vorzugehen“ (Maio). Wie wahr.

Korrespondenzadresse:

Dr. Cornelia Tigges-Zuzok, 45134 Essen
E-Mail: mail@audiente.de

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Prävalenzen von Parasomnien (Pavor nocturnus und Schlafwandeln) bei Kindern im Entwicklungsverlauf

Childhood Sleepwalking and Sleep Terrors: A Longitudinal Study of Prevalence and Familial Aggregation

Petit D, Pennestri M H, Paquet J et al. *JAMA Pediatrics*; 169 (7), 653-658, Juli 2015

Diese prospektive Untersuchung aus Kanada ist Teil der *Quebec Longitudinal Study of Child Development* (1999-2011) und hat zum Ziel, die Prävalenzen von Parasomnien (Pavor nocturnus und Schlafwandeln) bei Kindern im Entwicklungsverlauf zu bestimmen sowie Assoziationen mit einer familiären Symptombelastung anhand retrospektiver Angaben der Eltern zu erfassen.

Methodik

Kindern ohne neurologische Auffälligkeiten (n=1940) wurden im Alter von 5 Monaten in einer repräsentativen Geburtenkohorte in die Studie eingeschlossen und jährlich bis zum Alter von 13 Jahren untersucht. Ab dem 18. Lebensmonat wurden die Eltern wiederkehrend nach Anzeichen für einen Pavor nocturnus („Zeigt ihr Kind einen Nachtschreck bzw. erwacht es plötzlich, laut schreiend, manchmal schweißgebadet, dabei verwirrt?“) und ab 2,5 Jahren nach dem Auftreten von Schlafwandeln bei ihrem Kind befragt, wobei 4 Antwortmöglichkeiten (nie, manchmal, oft, immer) vorgegeben waren. Im Alter der Kinder von 10 Jahren wurde zudem die Schlafhistorie der Mütter und Väter (Angaben durch die Mütter) bezüglich des Schlafwandeln dokumentiert. In die Datenanalyse wurden nur solche Kinder einbezogen, für die 3 Datensätze im Alter von 1,5-3,5 Jahren und 5 weitere für den Zeitraum 3,5-13 Jahre vorlagen. Störvariablen waren das Geschlecht und Angaben zum Schnarchen.

Ergebnisse

Für 34,4% der Kinder im Alter von 18 Monaten berichteten Eltern von einem zumindest „manchmal“ auftretenden Pavor nocturnus. Die Prävalenz fiel im Verlauf zunächst steil ab auf 13,4% mit 5 Jahren und dann langsamer auf 5,3% mit 13 Jahren. Über den gesamten Entwicklungsverlauf waren 56,2% aller Kinder betroffen, Mädchen und Jungen gleichermaßen, wobei nach dem 5. Geburtstag nur wenige neue Pavor-Fälle auftraten. Das Schlafwandeln hingegen fand sich nur selten im Vorschulalter, nahm jedoch stetig zu bis auf 13,4% im Alter von 10 Jahren und danach nur geringfügig ab bis zum Ende des 13. Lebensjahres. Erstmanifestationen wurden noch bei 12-Jährigen beobachtet. Über die gesamte Altersspanne wurde für 29,1% der Kinder Schlafwandeln berichtet, auch dies gleichhäufig für beide Geschlechter.

Kinder, für die zwischen 1,5 und 3,5 Jahren wiederholt ein frühkindlicher Pavor nocturnus dokumentiert war, entwickelten nach dem 5ten Lebensjahr doppelt so häufig Schlafwandeln wie Kinder ohne Nachtschreckepisoden.

Zudem fand sich, dass das Risiko des kindlichen Schlafwandeln in der Untersuchungsgruppe dreifach bzw. siebenfach erhöht war, wenn ein bzw. beide Elternteile anamnestisch ebenfalls betroffen waren. Diese familiäre Belastung erwies sich als prädiktiv für das Auftreten eines Pavor nocturnus. Zusammenhänge mit kindlichem Schnarchen als potentielltem Indikator einer Schlafapnoe bestanden nicht.

Kommentar

Obwohl Schlafprobleme häufig sind und vor allem in der frühen Kindheit zur Vorstellung beim Kinderarzt führen, liegen hierzu nur wenige bevölkerungsbasierte Verlaufsuntersuchungen vor. Eine Erscheinungsform der Parasomnien, der Nachtschreck oder Pavor nocturnus, wird als partielle Aufwachstörung aus dem Tiefschlaf beschrieben, dessen Genese ungeklärt ist. Er tritt bevorzugt in der ersten Nachthälfte mit lautem, schrillen Schreien des Kindes auf, das mit Anzeichen autonomen Arousals und offenen Augen im Bett liegen oder sitzen kann, jedoch nicht wach, folglich auch nicht ansprechbar ist und oft motorisch abwehrend auf Trostversuche der hochalarmierten Eltern reagiert. Das Kind zeigt am Morgen keine Anzeichen des Schlafmangels. Dies unterscheidet den Pavor von der Schlafapnoe, aber auch von anderen verhaltensbezogenen Schlafstörungen, in denen das Kleinkind nachts wiederholt erwacht und aktiv den Beistand der Eltern sucht, um mit deren Hilfe wieder einzuschlafen.

Petit et al. konnten in ihrer Studie erstmalig aufzeigen, dass ein Drittel aller Kinder Pavorzustände aufweist und der Manifestationsgipfel bereits mit 18 Monaten erreicht wird. Das Schlafwandeln hingegen tritt am häufigsten im späten Grundschulalter auf, wobei eine starke genetische Komponente angenommen wird. Ein Drittel aller Kinder, die bis ins dritte Lebensjahr hinein an einem anhaltenden Pavor nocturnus leiden, entwickeln später vermutlich einen Somnambulismus.

Auch wenn derzeit leider keine Behandlung empfohlen werden kann, können Eltern und Schulkinder darüber aufgeklärt werden, dass Schlafmangel, unregelmäßige Schlafenszeiten und eine laute Schlafumgebung Parasomnien triggern und vermieden werden sollten.

Korrespondenzadresse: Carola Bindt, Hamburg

Ist der Gebrauch der elektrischen Zigarette ein Risikofaktor für die spätere Aufnahme des Rauchens von tatsächlich brennenden Zigaretten bei Jugendlichen?

Association of Electronic Cigarette Use With Initiation of Combustible Tobacco Product Smoking in Early Adolescence

Leventhal AM, et al. *JAMA*; 314: 700-707, August 2015

In dieser longitudinalen Kohortenstudie aus Los Angeles, Kalifornien wurden im Herbst 2013 14-jährige Schüler untersucht, die bisher nicht Tabakprodukte geraucht hatten. Allerdings durften die Schüler bei Eintritt in die Studie elektrische Zigaretten (E-Zigaretten) inhaliert haben. Bei der elektrischen Zigarette verdampft eine elektrisch beheizte Wendel eine Nikotinhaltige Flüssigkeit, also ohne Verbrennung. Ausgewertet wurden die vollständigen Angaben von 2530 Schülern. 222 von diesen (8,8%) hatten bei Studienbeginn schon mindestens einmal E-Zigaretten geraucht. 6 und 12 Monate später wurde die Jugendlichen erneut zu ihren Rauchgewohnheiten befragt. In der Gruppe der E-

Zigaretten-Konsumenten war 6 Monate später der Tabakkonsum mit 30,7% wesentlich höher als in der Gruppe, die zuvor keine E-Zigaretten geraucht hatten (8,1%). Nach 12 Monaten schrumpfte der Unterschied leicht auf 25,2 vs. 9,3%. Auch nach Adjustierung für soziodemographische Unterschiede blieb der Effekt messbar.

Somit steigt bei amerikanischen Jugendlichen die Wahrscheinlichkeit für späteren Tabakkonsum mit dem Rauchen von E-Zigaretten an. Ob dies eine Kausalität darstellt und inwieweit dies z.B. einem stofflichen Nikotineffekt zuzuordnen ist, kann die Studie nicht beantworten. Bisher ist unklar, wie schädlich der Gebrauch von E-Zigaretten ist. Dies liegt auch daran, dass die mögliche Schädlichkeit überwiegend verglichen wird mit dem echten Zigaretten-Rauchen. Die positive Bewertung kommt daher, dass die E-Zigarette als Möglichkeit angepriesen wird, das Rauchen echter Zigaretten zu beenden, so dass nur noch Nikotin als schädliches Agens auftrete. Die Schädlichkeit für Gesunde ist nicht gut untersucht. In der vorliegenden Studie kommt der E-Zigarette möglicherweise die Rolle einer Einstiegsdroge zu.

Neben dem herkömmlichen Tabakkonsum sollte auch nach E-Zigaretten, Wasserpfeifen u. ä. Rauchgewohnheiten bei J-Untersuchungen u. a. Gelegenheiten gefragt und entsprechend beraten werden.

Korrespondenzadresse: Petra Kaiser-Labusch, Bremen

Der fünfte Armutsbericht und was er uns sagt

Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird aller Voraussicht nach im Frühjahr 2017 vom Kabinett verabschiedet. Bis dahin werden in vier Symposien Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, von Sozialpartnern, verschiedenen Bundesministerien und anderen Institutionen die Ergebnisse des künftigen Berichtes vorgestellt bekommen und diskutiert haben.



Foto: © Haltpoint - Fotolia.com

Seine Zukunft hängt in Deutschland immer noch vom Bildungsstand der Eltern ab

Was ist für uns Kinder- und Jugendärzte von Bedeutung?

Teilergebnisse des Berichtes sind – wie im Spiegel nachzulesen – durchgesickert. Eines davon betrifft die **Kinderarmut**: von den insgesamt 12,9 Millionen Kindern in Deutschland leben bis zu 2,4 Millionen – also mehr als ein Fünftel – in Armut. Die Haushalte, in denen sie lebten, verfügen über weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens (Armutsdefinition). Am höchsten ist das

Armutsrisiko von Kindern dann, wenn beide Elternteile ohne Job sind. Es beträgt dann etwa 60 Prozent. Betroffen davon sind rund eine Million Kinder. Ist jedoch ein Elternteil in Vollzeit erwerbstätig, fällt das Armutsrisiko für Kinder laut dem Berichtsentwurf „schon deutlich auf etwa 15 Prozent“ (Quelle: SPIEGEL-online).

Ein weiteres Ergebnis betrifft die **Ungleichheiten bei der Wahl einer weiterführenden Schulform nach der Grundschule**. Das Bildungsniveau der Eltern ist hierzulande der wichtigste Fak-

tor für die Wahl der weiterführenden Schulform. 84 Prozent der Kinder, deren Eltern beide die Hochschulzugangsberechtigung besitzen, besuchen in Klasse 5 ein Gymnasium gegenüber nur 31 Prozent der Kinder, bei denen kein Elternteil über diesen Bildungsabschluss verfügt. Besonders schlechte Chancen, ein Gymnasium zu besuchen, haben Kinder mit mindestens einem arbeitslosen Elternteil (30%), Kinder von Alleinerziehenden (27%) sowie Kinder aus armutsgefährdeten Haushalten (23%). Ein überdurchschnittliches Abstiegsrisiko vom Gymnasium haben Kinder aus Haushalten mit wenig kulturellem Kapital, weniger gut ausgebildeten Eltern, Armutsgefährdete und Kinder von Alleinerziehenden (<http://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Indikatoren/Armut/Ohne-Schulabschluss/A10-Indikator-Ohne-Schulabschluss.html>).

In diesem Zusammenhang stehen auch die **Unterschiede beim Übergang von der Schule in die Ausbildung** (BIBB Übergangsstudie 2011): Zwischen dem Erwerbsstatus der Eltern und dem Ausbildungsweg der Kinder bestehen signifikante Zusammenhänge. Jugendliche, deren Eltern nicht erwerbstätig sind, haben eine besonders hohe Wahrscheinlichkeit, selbst erwerbslos zu werden. Schüler und Schülerinnen mit Migrationshintergrund bleiben tendenziell länger auf der Schule, sind häufiger in einer Maßnahme und sind langfristig häufiger inaktiv. Gymnasiasten aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil ein (Fach-) Abitur hat, studieren häufiger. Unterschiede im Bildungs- und Erwerbsverlauf zwischen Männern und Frauen verstärken sich mit dem Übergang in Ausbildung, denn junge Frauen bleiben länger im allgemein-

bildenden Schulsystem, machen eher schulische Ausbildungen und erreichen im Durchschnitt höhere Abschlüsse als junge Männer. Während ein Elternteil mit tertiärer Bildung die Wahrscheinlichkeit, auf der Schule zu bleiben, für Söhne um circa 20 Prozentpunkte erhöht, haben Töchter dann sogar eine über 30 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit, weiter zur Schule zu gehen (http://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/Shared-Docs/Downloads/Berichte/drittes-symposium-vorbereitung-arb-5.pdf?__blob=publicationFile&v=1).

Nicht Nichts, aber viel zu wenig

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen des 4. Armuts- und Reichtumsberichtes, so besteht kein großer Unterschied. Es zeichnet sich allenfalls eine schwache, etwas günstigere Tendenz ab. Zwischen dem letzten und dem aktuellen Armutsbericht liegen immerhin vier Jahre. Vier Jahre, in denen nicht Nichts getan wurde, aber viel zu wenig. Immer noch ist die Bildungs- und Sozialprognose der Kinder und Jugendlichen in extremer Weise abhängig vom Bildungsstand der Eltern. Immer noch leiden etwa ein Sechstel bis ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen unter frühen Anregungsstörungen ihrer Entwicklung, viel zu viele von ihnen sind von schlechten Schulkarrieren, vorzeitigem Schulabbruch und schlechter Sozialprognose bedroht.

Wächst ein Kind unter den Bedingungen von materieller Armut und Bildungsferne (zu 95% kongruent mit materieller Armut) auf, besteht die Gefahr, diese ungünstigen Entwicklungsumstände selbst zu reproduzieren und an die eigenen Kinder weiter zu geben. Armut gebiert Armut, wenn nicht durch gesellschaftliche Aktivität von außen in den deprimierenden Kreislauf eingegriffen wird.

Armut geht uns an

Uns Kinder- und Jugendärzten kommt hierbei eine wichtige Rolle zu: Wir können solche Kinder bzw. solche fatalen frühkindlichen Entwicklungen früh erkennen und an sozialräumliche Förderstrukturen anbinden. Das Netzwerk der Frühen Hilfen oder Familienzentren oder auch andere Fördereinrichtungen in den Lebenswelten der Kinder und ihrer Familien sind die richtigen Adressen. Deswegen: Augen auf und auf die Förderinstitutionen des Versorgungsbereiches gerichtet! Dazu beitragen, Netzwerke unter den Hilfeinrichtungen zu knüpfen und den Eltern verfügbar zu machen! Das bedeutet wahre Hilfe und Unterstützung der Kinder. Die Heilmittelverordnung hilft meist nur wenig.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Fegeler

16565 Oranienburg

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

Red.: ReH

Zahl des Monats: Mütter ab 40

2015 hatten in Deutschland 34.000 Neugeborene eine Mutter, die zwischen 40 und 44 Jahre alt war. Auch in der Altersgruppe „50 +“ steigt die Zahl der Geburten: 134 Neugeborene hatten 2015 in Deutschland eine Mutter über 50; im Jahr 2000 waren es erst 23.

Im europäischen Vergleich ist Deutschland beim Thema Mutterschaft ab 40 Durchschnitt. Italien liegt mit knapp zehn Prozent und Spanien mit knapp neun Prozent vorn. In Deutschland sind es um die fünf Prozent. Viele osteuropäische Staaten haben Werte um drei Prozent.

Quelle: dpa/Eurostat

Red.: ReH

Frühgeborenenversorgung in Deutschland dringend reformbedürftig

Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. kritisiert die Versorgungslage von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen in Deutschland. Mütter werden auf den neonatologischen Stationen noch immer von ihren Kindern getrennt, müssen jeden Abend nach dem Ende der Besuchszeit aus der Klinik nach Hause gehen, da eine Mitaufnahme als Begleitperson oft nicht möglich ist, so der Verband. „Noch immer müssen Eltern auch auf wertvollen Hautkontakt mit ihren Kindern bei der sogenannten Känguruh-Therapie verzichten, weil gerade niemand da ist, der Zeit hätte, beim Umlagern des Kindes vom Inkubator auf die Brust des Vaters oder der Mutter zu helfen“, berichtet Barbara Grieb, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e. V.. Zudem scheitert die anerkannte Känguruh-Therapie oftmals an beengten Raumverhältnissen in den Kliniken bzw. ist nur unter großen Kompromissen durchzuführen.

Deutschland leistet sich im europäischen Vergleich mit mehr als 220 die meisten Perinatalzentren, in denen kleine Patienten unter 1.500 Gramm Geburtsgewicht versorgt werden sollen (www.perinatalzentren.org). Doch nicht alle Standorte sind in der Lage, die für eine gute Frühgeborenenversorgung definierten Qualitätsziele zu erfüllen. Das belegt ein unlängst vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen vorgelegter Qualitätsbericht. (<https://iqtig.org/ergebnisse/qualitaetsreport/>)

Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben

Insbesondere die Anforderung der regelhaften Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten, der die spezialisierte Versorgung der Frühchen sicherstellen soll, wird von Stationen, die im Jahr weniger als 20 Frühchen betreuen, auffällig oft nicht erfüllt. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen mit solch niedrigen Fallzahlen verfehlte diese Qualitätsvorgabe. Krankenhausstandorte mit mehr als 20 Fällen lassen dem Qualitätsreport zufolge nur in fünf Prozent Frühchen auch ohne anwesenden Pädiater zur Welt kommen. Experten gehen davon aus, dass Frühgeborene, die in Anwesenheit eines Pädiaters zur Welt kommen, höhere Überlebenschancen haben.

Unzureichende Ausstattung mit gut geschultem Pflegepersonal

Auch fehlt es an qualifiziertem Pflegepersonal auf vielen neonatologischen

Stationen. Untersuchungen belegen, dass die unzureichende Ausstattung mit eingearbeitetem Personal gesundheitliche Risiken ansteigen lässt. Für Frühgeborene unter 1.500 Gramm steigt das Risiko für im Krankenhaus erworbene Infektionen mit multiresistenten Erregern nach fachlichen Erläuterungen der Arbeitsgruppe Neonatologische Intensivmedizin der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut bereits dann erheblich an, wenn eine Pflegekraft mehr als zwei Frühgeborene versorgt. Schlimmstenfalls kostet dieser vermeidbare Umstand Kinderleben – ein unerträglicher Zustand für betroffene Familien. Daher fordert der Verband eine ausreichende qualifizierte personelle Besetzung auf den Stationen.

Falsche Vergütungsanreize

Ein weiterer Systemfehler steckt im konventionellen Vergütungsmodell für Krankenhausbehandlungen. Demnach ist ein sehr kleiner Patient vor allem dann verhältnismäßig lukrativ, wenn er sehr krank ist, viele Untersuchungen und invasive Behandlungen durchgeführt und in der Folge abgerechnet werden können. Das steht mittlerweile im Widerspruch zu modernen Versorgungskonzepten, die darauf abzielen, Frühgeborene möglichst unbeschadet durch die kritische erste Zeit zu begleiten, besonders schonend zu behandeln und gefürchtete Komplikationen bestenfalls zu vermeiden. Das bedeutet auch eine Reduzierung von Eingriffen

und Störungen der Kinder auf das absolut notwendige Maß. Damit bleiben ihnen Schmerzen und Stress erspart, der sich nachteilig auf ihre weitere Entwicklung auswirken kann.

Fehlende Elterngeldzeit

Zudem wirkt sich der Umstand, dass die Elterngeldzeit mit dem Tag der Geburt eines Frühchens beginnt, nachteilig auf die Situation von betroffenen Familien aus. Mitunter vergehen bis zu vier Monate oder mehr, bis die Familien in der Lage sind, ihre Kinder nach der anfänglichen Zeit in der Klinik im häuslichen Umfeld zu versorgen. Dabei ist die Betreuung des Kindes im häuslichen Umfeld eigentlich eine im Gesetz definierte Anspruchsvoraussetzung. Dieser Anspruch endet mit dem ersten Geburtstag eines jeden Kindes. Frühgeborene sind dann zwar faktisch ein Jahr auf der Welt. Ihr Entwicklungsstand entspricht jedoch oftmals noch nicht dem eines reif geborenen einjährigen Kindes. „Es bestünde alternativ die Option, den korrigierten ersten Geburtstag dieser Kinder zu berücksichtigen. Dieser bemisst sich nach dem ursprünglich errechneten Geburtstermin. Bisher zeigt sich der Gesetzgeber jedoch trotz vieler Klagen von betroffenen Eltern uneinsichtig“, fasst Barbara Grieb die momentane Situation zusammen.

Mehr Infos: www.fruehgeborene.de.

Red.: ReH

Kinder und Jugendliche: Laborratten der Drogenpolitik?



Dr. Uwe Büsching

Laborratten der Drogenpolitik, so titelte Joachim Müller-Jung in der FAZ Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 30.11.2016 und legte in dem nachfolgenden Artikel dar, dass Cannabis eine bedrohliche Droge sei. Die Verharmlosung stehe im Gegensatz zur medizinischen Wissenschaft, die heute auf sehr gut begründete wissenschaftliche Publikationen zum Gefährdungspotential von Cannabis zugreifen könne. Der Artikel kommt zur rechten Zeit, denn das Cannabis-Kontrollgesetz der Grünen zielt auf eine Legalisierung von Cannabis. Der Gedanke dahinter: Man legalisiert den Konsum einer Droge, der jetzt schon Fakt ist, schafft ein paar Ausnahmen, die dem Jugendschutz geschuldet sind, und hofft damit, den Markt zu kontrollieren, die Drogenkriminalität einzuschränken.

Der BVKJ hat sich in den letzten Monaten eindeutig gegen die Liberalisierung im Umgang mit Cannabis ausgesprochen. Der FAZ-Artikel liefert noch einmal die wichtigsten Argumente für die BVKJ-Position. An dieser Stelle sollen sie in Kürze noch einmal zusammengefasst werden.

Was man über Cannabis wissen sollte

Nur unter Ignoranz der Gefahr der psychischen wie physischen Schädigung

lasse sich der Freizeitkonsum verharmlosen, lassen sich die Konsequenzen vor allem für das Konsumverhalten von Jugendlichen negieren, schreibt der Autor und zitiert Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Mit einer Freigabe würde „der Gedanke der Primärprävention in der Gesundheitspolitik völlig konterkariert“.

Änderungen der Gesetzeslage müssten medizinisch evidenzbasiert sein, fordert im selben Beitrag Strafrichter Christoph Dössinger, der im Arbeitsstab der Bundesdrogenbeauftragten für die illegalen Drogen zuständig ist.

Cannabis in Deutschland noch keine Alltagsdroge

Noch wirkt das Cannabisverbot. Die Folge der restriktiven Drogenpolitik: In kaum einem anderen europäischen Land wird offenbar so wenig Cannabis konsumiert wie in Deutschland (Drogenaffinitätsstudie der Bundesregierung). „Bis jetzt ist Cannabis in Deutschland noch immer keine Alltagsdroge, aber wir müssen aufpassen, dass wir uns das nicht kaputt machen“, so der Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, Rainer Thomasius. Heute schon gebe es beängstigende Tendenzen. So nehme der Anteil Jugendlicher unter den Konsumenten drastisch zu. Dies sei besonders gefährlich, da sich die Droge in den letzten Jahren verändert habe. Damit haben sich auch die negativen medizinischen Konsequenzen des Cannabis-Konsums massiv verstärkt. Joachim Müller-Jung nennt dafür Zahlen: Der Anteil an Tetrahydrocannabinol (THC), der wichtigsten Rauschsubstanz, stieg von vier Prozent auf zwölf Prozent. Auf mehr als vierzig Prozent stieg die Konzentration in Cannabis-Ölen, Keksen oder anderen Genussmitteln. Billige synthetische Cannabinoide und Designerdrogen sind noch problematischer, weil chemisch unsauberer. Durch diese „Produktverschlechterung“ steige die Zahl der Konsumenten, die Zahl der Abhängigen,

die Zahl der Vergiftungen, die Zahl der Krankenhauseinweisungen und nicht zuletzt die Zahl der Vergiftungen kleiner Kinder.

Halluzinationen, schizophrene Psychosen, Delirium, schwere Gedächtnis einbußen, schwere Apathie sind laut Rainer Holm-Hadulla, Heidelberger Psychiater, die Folgen einer steigenden „chemischen Beeinträchtigung der Jugend“. Das Psychose-Risiko steige, je jünger die Konsumenten sind, und werde noch immer unterschätzt.

Fatale Folge für junge Gehirne

Der FAZ-Artikel zitiert die beunruhigende Bestandsaufnahme des Cannabis-Wirkstoffs insbesondere auf das jugendliche Gehirn in einer Studie von Oliver Howes und Michael Bloomfield vom Imperial College London: „Der THC-Konsum erzeugt einen vielfältigen, komplexen und womöglich langfristigen Umbau des Dopamin-Systems.“ (doi: 10.1038/nature20153).

Das Gedächtnis, die kognitiven Leistungen und die Kreativität lassen nach, Stimmungen, Motivation und emotionale Sensibilität werden negativ beeinflusst („psychischen Entleerung“ nach Holm-Hadulla). Die Gesundheitsschäden steigen, in der Gruppe „behandlungsbedürftiger“ Konsumenten finden sich vor allem Jugendliche. Die Kosten sind schon jetzt immens. Bei einer Liberalisierung könnten sie sich Rainer Thomasius zufolge insgesamt auf fünf bis neun Milliarden Euro pro Jahr verzehnfachen.

Diese erdrückenden Fakten und Zahlen sollten uns als Kinder- und Jugendärzte mahnen, uns auch weiterhin allen Tendenzen einer Cannabis-Liberalisierung entgegenzusetzen. Denn Jugendliche können nicht mit Cannabis umgehen, ohne sich zu schaden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Uwe Büsching, 33611 Bielefeld

E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: ReH

Gesundheitliche Folgen des Klimawandels

Bildungsmodule für Kinder- und Jugendärzte/innen // Im Rahmen der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel entwickelt eine Arbeitsgruppe am Klinikum der Universität München spezielle Bildungsmodule für Kinder- und Jugendärzte/innen. Kinder und Jugendliche sind aufgrund ihrer Verletzbarkeit eine spezielle Risikogruppe für Umweltbelastungen und für klimawandelbedingte gesundheitliche Gefahren. Teilnehmende Ärzte/innen lernen in E-Learning und Präsenzphasen klimawandelbedingte gesundheitliche Gefahren für Kinder und Jugendliche kennen und werden befähigt, adäquat in Prävention, Diagnostik und Therapie auf diese zu reagieren. Das Blended-Learning-Angebot entspricht den Qualitätskriterien der Bundesärztekammer und wird bundesweit angeboten; eine Anerkennung als ärztliche Fortbildung wird beantragt.



Julia Schoierer^{1,2}

Stephan Böse-O'Reilly^{1,2,3}

Thomas Lob-Corzilius^{2,4}

Colin O'Reilly¹

Hanna Mertes¹

Klimawandel und Public Health-Relevanz für Deutschland

Die globale Erwärmung und der damit zusammenhängende Klimawandel zeigen bereits heute Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Klimawandelbedingte gesundheitliche Gefahren werden die Gesundheitssysteme also zunehmend vor neue Herausforderungen stellen. Es erscheint daher dringend notwendig, die wissenschaftlichen Kenntnisse den präventiv und kurativ Tätigen im Gesundheitssystem zu vermitteln, um durch besseres Wissen besser handeln und damit gesundheitlichen Gefahren entgegenwirken zu können.

Da Kinder aufgrund ihrer Vulnerabilität eine spezielle Risikogruppe für zahlreiche Umweltbelastungen im Allgemeinen und speziell für die Exposition Klimawandel sind, ist es wichtig, in der Pädiatrie ein Bewusstsein für die Problematik sowie nötige Fähigkeiten für neue Herausforderungen in Diagnostik, Therapie und Prävention zu schaffen.

Kinder und Jugendliche in Deutschland sind verstärkt exponiert gegenüber klimawandelbedingten Faktoren wie

- Hitze,
- UV-Strahlung,
- Allergenen,
- Luftschadstoffen,
- Extremwetterereignissen,
- neuen Infektionskrankheiten.

Daraus entstehende, bereits heute relevante gesundheitliche Problemlagen sind unter anderem

- hitzebedingte Gesundheitsprobleme,
- ein erhöhtes Hautkrebsrisiko,
- Allergien und Atemwegserkrankungen
- sowie Unfälle oder psychische Belastungen aufgrund von Extremwetterereignissen.

Klimawandel und Allergien

Die Verlängerung der Vegetationsperiode verschiedener Pflanzen und die Ausbreitung invasiver Arten führen zu einer mittlerweile fast ganzjährigen Exposition gegenüber Pollen. Eine durch u.a. wärmere Temperaturen gestiegene Pollenmenge sowie Kombinationseffekte mit Luftschadstoffen können zu **häufigeren und schwereren Erkrankungen sowie einer erhöhten Allergenität der Pollen** führen [1].

Gesundheitliche Auswirkungen durch thermische Belastung

Hitzeperioden werden in Deutschland in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich häufiger vorkommen. In welcher Größenordnung lässt sich nicht genau abschätzen, eine Verzehnfachung wird jedoch als durchaus realistisch eingeschätzt. Dabei trifft es den Süden und Südwesten Deutschlands am stärksten. Die **durch Hitzewellen erhöhte Krankheitslast** wird verstärkt durch verringerte Luftgüte bei erhöhter Konzentration von Stickoxiden, Ozon und Feinstaub. Im Vergleich mit der ländlichen stellt dies für die städtische Bevölkerung eine noch stärkere Belastung dar. Das Zusammen-

1 AG Pädiatrische Umweltepidemiologie, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München, München

2 Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Bochum

3 Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment, Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment, UMIT-Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall i.T., Österreich

4 Christliches Kinderhospital Osnabrück

spiel von Luftschadstoffen und Lufttemperatur begünstigt wiederum **Atemwegserkrankungen wie Asthma**. Dabei wird auch das sogenannte Gewitterasthma an Bedeutung zunehmen. [2; 3; 4].

UV-Strahlung

Die Inzidenz **maligner Melanome** steigt seit 1970 kontinuierlich an. UV-Strahlung und schwere Sonnenbrände in Kindheit und Jugend sind Risikofaktoren für eine Hautkrebserkrankung (inzwischen häufigste Krebserkrankung in Deutschland). Bis 2050 wird eine weitere Zunahme der UV-Strahlung um 5-10 % erwartet. Insbesondere in den Frühlingsmonaten häufen sich Ozonniedrigereignisse, die zu einer Erhöhung der UV-Strahlung führen und ein weiteres Risiko darstellen [1; 5; 6].

Klimawandel und Gesundheit am Beispiel Extremwetterereignisse

Wie auch der Frühsommer 2016 lehren uns die letzten Jahre immer häufiger, dass sich die Bevölkerung in Deutschland verstärkt auf Extremwetterereignisse einstellen muss. Stürme, schwere Niederschläge und Hitzewellen gab es zwar schon immer, aber aufgrund des Klimawandels wird mit diesen Wetterphänomenen häufiger zu rechnen sein. Denn „das Neue an dem aktuellen Klimawandel ist, dass neben der natürlichen Klimaerwärmung der Mensch diesen Prozess zusätzlich und nachhaltig verstärkt. Maßgeblich geschieht dies durch den Ausstoß von klimarelevanten Treibhausgasen durch menschliche Aktivitäten während der letzten zwei Jahrhunderte“ (www.umweltbundesamt.de).

Überschwemmungen und schwere Unwetter stellen neben der vermehrten Unfallgefahr auch eine **große psychische Belastung für die Kinder** dar. So zeigen Studien aus den USA einen deutlichen Zusammenhang von dem Erleben eines Extremwetterereignisses, bspw. eines Hurrikans, und der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung [7].

Das Blended-Learning-Angebot zu Klimawandel und Gesundheit

Der Pädiatrie kommt aufgrund der engmaschigen Patientenkontakte eine bedeutende Rolle bei der Prävention und Behandlung von klimawandelbedingten Erkrankungen zu; das Wissen über klimawandelbedingte Erkrankungen ist bisher jedoch auf wenige Experten



beschränkt. Die **spezifisch für Kinder- und Jugendärzte entwickelten Bildungsmodule** greifen diese Thematik in einer auf 15 Stunden angelegten Fortbildung auf.

3 Einheiten **Online-Module** wechseln mit 12 Einheiten **Präsenzphasen** ab, welche sich an etablierte Jahrestagungen und Kongresse anknüpfen. Dabei gliedern sich die Präsenzphasen in drei Modulblöcke (je vier Unterrichtseinheiten), welche separat buchbar und mit Fortbildungspunkten hinterlegt sind.

.....
Aufgrund der zunehmenden Wichtigkeit wird das Projekt von mehreren Kooperationspartnern unterstützt. Hierzu gehören die **Bundesärztekammer, die Bayerische Landesärztekammer, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, die Gesellschaft für pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin, sowie die Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung**.
.....

Gefördert wird das Projekt durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Förderkennzeichen 03DAS073)



Termine für die erste Modulreihe mit Unterstützung der Kooperationspartner

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte:

- 1. Modul: Berlin: 23. Juni 2017, vierstündiges Modul am Freitagvormittag

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin:

- 1. Modul: Köln: 20. September 2017, vierstündiges Modul am Mittwochnachmittag

Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin:

- 1. Modul: Wiesbaden: 4. Oktober 2017, vierstündiges Modul am Mittwochnachmittag

Termine für die zweite Modulreihe finden sich in Kürze auf der Projekthomepage

Die Kosten betragen je Modulblock 99,- Euro.

Weitere Informationen und Anmeldung über die projekteigene Homepage www.klimawandelundbildung.de
Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:
Dr. Julia Schoierer
80336 München
E-Mail: Julia.schoierer@med.uni-muenchen.de

Red.: WH

Praxisabgabeseminar Fulda und Praxisabgabeworkshop Bad Orb

Seit vielen Jahren führt der BVKJ Seminare zur erfolgreichen Praxisabgabe durch - sowohl für junge Pädiater, die sich niederlassen wollen, als auch für ältere, die ihre Praxis abgeben wollen.

Im November 2016 war es wieder soweit: niederlassungswillige Teilnehmerinnen und Teilnehmer trafen sich in Fulda zum zweitägigen Seminar.

Zu Beginn gab Rechtsanwalt Dirk Niggehoff, Fachanwalt für Medizinrecht, aus der Kanzlei Möller & Partner Einblicke in die juristische Welt der Praxisabgabe. Wo gibt es Fallstricke, wo gibt es Glatteis, das zu meiden wäre. Als Handlungsanleitung wurde ein 18-seitiger „Kleiner Leitfaden für die Praxisabgabe“ ausgehändigt.

Rechtsanwalt Stefan W. Kallenberg, Geschäftsführer der KV Nordrhein, referierte zu den Themen Bedarfsplanung, Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren.

Anhand eines fiktiven Falls führte er die notwendigen Schritte vor, die ein abgabewilliger Arzt oder eine Ärztin zu durchlaufen hat.

Jürgen Stephan von der SKP Unternehmensberatung gestaltete den zweiten Seminartag. Er berät seit vielen Jahren auch die Mitglieder des BVKJ.

Das Hauptinteresse der Seminarbesucher war – wie immer – die Frage des angemessenen Praxispreises. So einfach diese Frage ist, so schwer ist die Antwort darauf, wurde immer wieder ausgeführt. Trotz gleicher wirtschaftlicher Kennziffern können die Lage der Praxis in Großstädten oder auf dem Lande, große oder geringe Nachfrage die Abgabeerlöse extrem beeinflussen.

Kompakt-Seminar auch in Bad Orb für Praxis-Abgeber

Wenige Wochen zuvor wurde erstmals ein 180-minütiger Workshop zum Thema Praxisabgabe in Bad Orb angeboten. Im ersten Teil stellte ich die ver-



schiedenen Möglichkeiten der Praxisabgabe vor, so die übliche Übergabe an einen Nachfolger, das Jobsharing, die Varianten der KV-Sitzteilung, den Eintritt in eine BAG, die Einbringung des Sitzes in ein MVZ.

Im zweiten Teil der Veranstaltung gab es improvisierte Gespräche mit den Teilnehmern. Wie spricht man mit dem potentiellen Nachfolger, wie „verkauft“ man sich und seine Praxis richtig? Schließlich sind Ärzte keine trainierten Autohändler, die auch aus dem ältesten Modell noch einen Rennwagen machen...

Gerade dieses Interaktionstraining war für alle Kollegen sehr wichtig und wurde als sehr positiv bewertet.

Gern werden Veranstaltungen zum Thema der erfolgreichen Praxisabgabe von unserem Berufsverband auch 2017 angeboten.

Wer die Praxisabgabe von der Seite Praxisübernahme-interessierter Kolleginnen und Kollegen kennenlernen will, sei auf den **6. Praxismotivationsworkshop** hingewiesen, **der vom 22. bis 23. April 2017 in Berlin** durchgeführt wird. In den letzten Jahren haben nicht nur niederlassungswillige junge Ärzte teilgenommen, sondern auch gestandene Ärzte, um die heutigen Motivationen zu verstehen, wie man in einer Praxis arbeitet oder auch nicht.

Korrespondenzadresse:

Dr. Steffen Lüder

13051 Berlin

E-Mail: steffen_lueder@yahoo.de

www.sprung-in-die-praxis.de

Red.: ReH

Screening praxisnah evaluieren

Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden. Bei letzterem soll uns Screening helfen.



Dr. Till Reckert

Screenen heißt, eine bestimmte Gruppe von Menschen ohne Symptome proaktiv zu untersuchen, um sonst später symptomatisch werdende Erkrankungen früher zu diagnostizieren, zu therapieren und dadurch ihre Prognose zu verbessern.

Will man den Nutzen dieses Prozesses untersuchen, muss man diese Schritte rückwärts evaluieren:

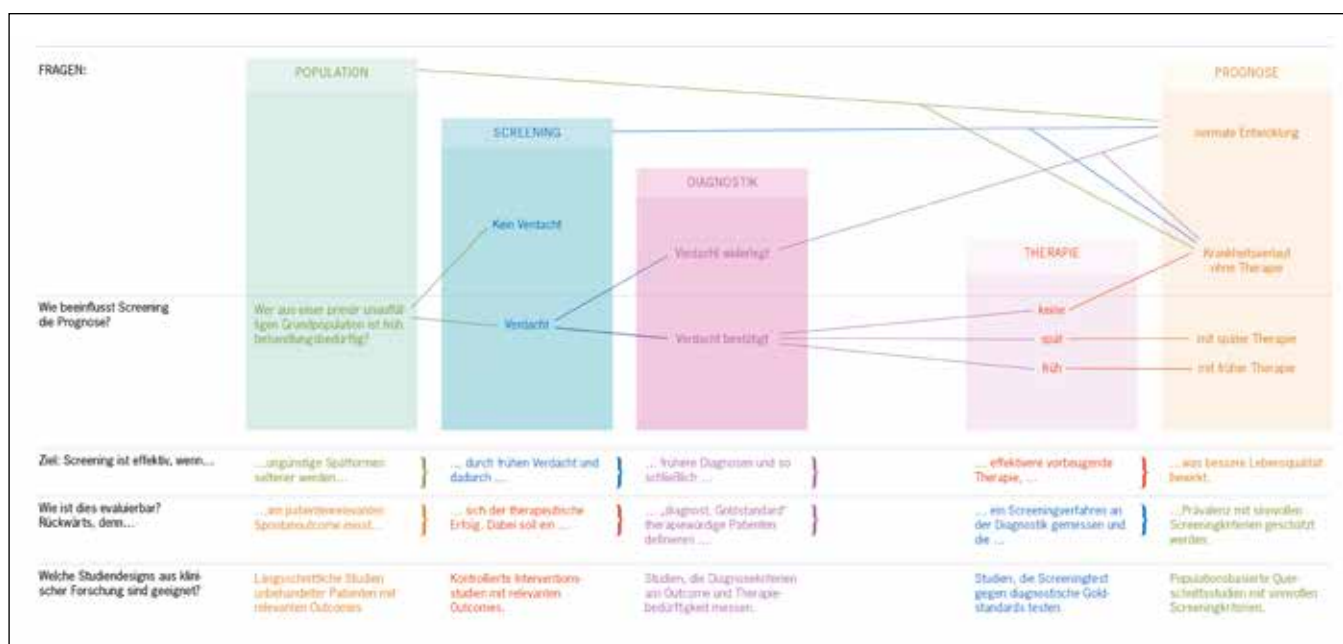
Erst muss man die Spontanprognose der gesuchten Erkrankung kennen und diese mit einem potenziellen therapeutischen Nutzen einer frühen versus einer späteren Therapie vergleichen. Sind die sinnvollen therapeutischen Konsequenzen klar, dann wird man nach der Diskriminierungsfähigkeit eines diagnostischen Goldstandards fragen, mit dem die therapiewürdigen Patienten herausgefunden werden sollen. Dann erst ist es möglich, die Güte eines Screeningverfahrens zu bestimmen. Schließlich muss die Häufigkeit der gesuchten Erkrankung in der untersuchten Population bekannt sein. Um diese jeweiligen Schritte zu evaluieren, sind unterschiedliche Studiendesigns sinnvoll.

Praktische Ärzte wenden diesen Gedanken implizit täglich an, wenn sie bei allem nach der therapeutischen Konsequenz fragen. Insbesondere wir niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte müssen täglich aus der variablen Normalität der verschiedenen Kindergesundheiten die wenigen wirklich behandlungsbedürftigen Kinder herausfiltern.

Wir haben es dabei mit sich **entwickelnden Individuen** zu tun, deren Gesundheit nicht Statisches sind, sondern dynamisch errungene Prozesse, immer wieder störrisch, immer wieder neu herstellbar sind. **Die Frage nach einer sofortigen Intervention vs. aufmerksamem Abwarten ist daher eine typisch pädiatrische Frage.**

Längsschnittliche Erfahrung

Man kann sie nur mit Hilfe eigener, längsschnittlicher Erfahrung intuitiv beantworten. Diese wird nur durch wenige gute Längsschnittstudien ergänzt. Diese dauern oft länger als ein Forschungsarbeitsvertrag. Lebenswerke über drei Generationen wie die Zürcher Längsschnittstudien sind also die Ausnahme. Querschnittstudien sind hingegen schneller gemacht, auch in großem Stil (KiGGs & Co). Sie sind wertvoll, beantworten aber nicht die wesentlichste Frage: **Wir wird Gesundheit und vor allem eine gesunde Entwicklung individuell errungen und durch welche Faktoren ist dieser Prozess nachhaltig gefährdet?**



Vier Schritte von der Erkrankung zur verbesserten Prognose. Inwiefern Screening dem Patienten nützt, entscheidet sich nicht nur an der Güte eines verfügbaren Screeningtests.

Screening als Public-Health-Maßnahme

Bevor ein Screeningprogramm als Public-Health-Maßnahme eingeführt wird, sollte immer ein **Nutzen** nachgewiesen sein. Denn hier kommt die Medizin zum Menschen und nicht der Mensch zur Medizin wie bei der Behandlung Kranker. Ferner sollten Opfer, die die Solidargemeinschaft der Gesunden erbringen muss, in einem ausgewogenen Verhältnis stehen zum Ertrag des Screenings für die so früh entdeckten „Kranken“. So wurde zum Beispiel ein **Neugeborenenhörscreening** beschlossen, ein augenärztliches **Amblyopiescreening** jedoch nicht. Bei dem **Neugeborenenstoffwechselscreening** wurde überlegt, welche Erkrankungen einbezogen werden und welche nicht. Ein Screeningprogramm zur Früherkennung von Neuroblastomen wurde erprobt, für schlecht befunden und wieder eingestellt.

Auch das **kinder- und jugendärztliche Früherkennungsuntersuchungsprogramm** beansprucht in großen Teilen, ein sinnvolles Screening zu sein. Es sollte ursprünglich sogar evaluiert werden, was von 1977-1985 für eine erhebliche Bürokratie sorgte. Die einzureichenden Durchschläge endeten 1988 in einem

Buch von P.G. Alhoff, das noch in den Regalen der Unibibliotheken steht. Unterdessen werden Vorsorgeuntersuchungen für gut befunden, obwohl ihre Screeningeffektivität mit heterogener Evidenz versehen war und ist, wie 2007 durch P. Weber im Ärzteblatt zu lesen war.

Die neue Kinderrichtlinie

Die über zehn Jahre dauernde Umarbeitung der Kinder-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sorgt gegenwärtig für viel Diskussion: Wir niedergelassene Pädiater müssen sie umsetzen, waren aber an ihrer Entstehung nur teilweise beteiligt. Denn nur wissenschaftliche Fachgesellschaften sind stellungnahmeberechtigt zu den GBA-Beschlüssen: Also zum Beispiel die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, die deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, die deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin etc. Und die deutsche Gesellschaft für allgemeine ambulante Pädiatrie (DGAAP) steckt noch in den Kinderschuhen. Zukünftig könnte sie sich versorgungsforschend um Fragen kümmern, die uns täglich beschäftigen. Sonst macht dies nämlich niemand aus einem Blickwinkel mit praktischer Bodenhaftung.

Versorgungsforschung zur Optimierung der Praxis

Versorgungsforschung ist aufwendig und nicht leicht zu finanzieren. Ihr geht es um die Kluft zwischen Theorie und Praxis. Also auch darum, ob unter Praxisbedingungen ausreichend valide gearbeitet werden kann und gearbeitet wird. Denn breit angewendete Verfahren müssen so einfach durchführbar sein, dass es auch unter den immer wieder suboptimalen Bedingungen einer Alltagspraxis gelingt, zu einem valide einschätzbaren Ergebnis zu kommen.

Ob z. B. der **Brücknertest** im allgemeinpädiatrischen Setting dies hergibt? Ehrlich gesagt: Wir wissen es nicht. Wir werden aber umso berufszufriedener, je mehr wir uns sicher sein können, möglichst effektiv und klar zu arbeiten. Dies gelingt nur dann, wenn man die jeweils richtigen alten Zöpfe auch offiziell irgendwann wieder abschneidet, falls sie sich in der Praxis nicht bewähren.

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Till Reckert, 72764 Reutlingen
E-Mail: till.reckert@icloud.com

Red.: WH

Infektionskrankheiten: Extinktion, Eradikation, Elimination oder Disease control?

Das ist eine Frage der Definition und des Erreichbaren, wie auf der 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP) in Heidelberg diskutiert wurde. Vor zahlreichen ausländischen Gästen und Medizinstudenten fanden die internationalen Redner ein interessantes Publikum.

Ist ein Ende der HIV/AIDS Epidemie abzusehen? Die Verhinderung der Mutter- zu Kind-Übertragung ist möglich, Problem sind unerkannte HIV-positive Schwangere. Die Erfolge der antiretroviralen Therapie sind beträchtlich, dennoch bleiben HIV und Tb die häufigsten Todesursachen in Afrika. Eine präventive Behandlung kann die Transmission bei HIV-pos. Partnern verhindern, und es

stellt sich die Frage, ob HIV-negative Gefährdete (Migration, Landflucht) generell prophylaktisch behandelt werden sollen.

Bislang sind die Pocken die einzige eradizierte Erkrankung. 1988 war geplant, Polio bis zum Jahr 2000 zu beseitigen, es gab damals jedoch noch 20, jetzt noch 3 endemische Länder: Nigeria, Afghanistan, Pakistan. Probleme bleiben militärische und ideologische Konflikte, Erreichbarkeit und Finanzierung. Da die Impfpolio durch den als eradiziert geltenden Typ 2 verursacht wurde, ist die Schluckimpfung seit 4/2016 nur divalent ausgelegt. Die IPV-Versorgung ist kritisch und 15x teurer.

Angesichts von 212 Mio. Malariafällen ist eine Elimination in weiter Ferne: notwendig ist politischer Wille, konsequentes

Fallmanagement durch Frühdiagnostik, Vektorkontrolle, Bettnetze und Medikamente. Die Resistenzentwicklung erstreckt sich jetzt bereits auf Artemisinin. Manifeste Fälle sind nur die Spitze des Eisbergs. Der RTS,S – Impfstoff ist EMA-empfohlen, die Wirksamkeit nach einem Jahr unter 50 Prozent abgesunken und die WHO-Politik noch unklar. Massenbehandlungen hatten auf Inseln, aber auch in Thailand Erfolge. In China ist das Ziel, das Land 2020 malariafrei zu machen, in greifbarer Nähe, die letzte Herausforderung ist die importierte Malaria durch aus Afrika zurückkehrende Arbeiter.

Das Ziel, Europa 2015 masernfrei zu machen, wurde verfehlt. Seit 2013 gibt es eine Verifizierungskommission, die Viruszirkulation und Immunität der

Bevölkerung beobachtet. 2016 gab es 167.000 Masernfälle, hauptsächlich in Südostasien, aus Rumänien wurden über 1.000, aus Italien 728, aus UK 569 Fälle berichtet, mit 7 Todesfällen. In Deutschland wurden 2016 291 Fälle, davon 32% Flüchtlinge, 2015 aber 2.464 Fälle, davon die Hälfte aus Berlin, und nur 2% Asylanten, gemeldet. Die Datenlage hat sich verbessert, etwa durch Nutzung der KV-Daten zur Impfsurveillance.

Lepra gehört zu den 18 „neglected diseases“ der WHO. Indien rühmt sich, das 2000 noch nicht erreichte Ziel der Lepra-Elimination 2005 erreicht zu haben. Die offiziellen Zahlen widersprechen dem, was durch gezieltes Aufsuchen an „hidden cases“ noch gefunden wird, die Fallzahlen dürften 10x höher liegen. Durch den angeblichen Eliminationserfolg geraten die Krankheiten aus dem Focus, Erkennung und Behandlung verzögert sich. Das gleiche gilt für Dracunculose (Guinea-Worm).

Viele Studien und Publikationen beschäftigen sich mit den unspezifischen

Auswirkungen der Impfungen: Nach der Einführung der Masernimpfung etwa in Guinea-Bissau fiel die Sterblichkeit um den Faktor 3 ab, also weit mehr, als durch verhinderter Masern Todesfälle errechnet wird. Die Wirkung der Impfung auf die allgemeine Kindergesundheit ist viel größer als die Elimination der Zielerkrankung. Auch bei BCG-Impfung bei Geburt zeigte sich ein erheblicher Rückgang (38%) der Neugeborenensterblichkeit. Wie wirkt es sich aus, wenn Lebendimpfungen nicht mehr appliziert werden, wie etwa BCG seit 1976, oder jetzt OPV? In großen WHO-Datenanalysen zeigt sich, dass Lebendimpfungen, wie die Masern- und die BCG-Impfung die Mortalität halbieren, weit mehr, als durch die Verhinderung der Zielerkrankung erreicht wird, die DPT-Impfung jedoch die Mortalität steigert, besonders bei Mädchen. Totimpfungen zeigen demnach keinen derart positiven Effekt, ganz im Gegenteil, Grund, Impfschemata zu überdenken.

Die Bedeutung kulturspezifischer Besonderheiten und der Lebenssituationen zeigten sich in vielen weiteren Vorträgen aus dem Bereich der Ernährung und Nahrungszubereitung, von Tabus der angemessenen Schwangerenernährung bis zur Schwangerschaftsdepression, der Weiterentwicklung einheimischer Facharztausbildungen, der Flüchtlingssituationen mit den Feldern Arbeitsmigration, Landflucht, Binnenflüchtlinge. Diese Themen sowie andere, die der Vorbereitung auf einen Auslandsaufenthalt dienen, wurden in der nächsten Woche auf dem nunmehr 8. TropPaed Kurs der GTP in Rauschholzhäusern in kleinerem Kreis vertieft.

Weitere Informationen unter
www.tropenpaediatric.de

Korrespondenzadresse:

Dr. Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg

E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH

Nachgefragt

Ist es besser, Beikost bereits mit Beginn des fünften Lebensmonats einzuführen?



Foto: © D. Ott - Fotolia.com

Das Netzwerk Gesund ins Leben empfiehlt, Beikost frühestens mit Beginn des fünften Monats und spätestens mit Beginn des siebten Monats einzuführen. In der Leitlinie zur Allergieprävention heißt es: „Eine Verzögerung der Beikosteinführung soll aus Gründen der Allergieprävention nicht erfolgen.“ Einige Eltern werden daher von Fachkräften angehalten, ihrem Baby ab dem fünften Lebensmonat Beikost zu füttern. Ist ein früher Beikoststart einem späteren vorzuziehen? Sollten zumindest alle Säuglinge mit einem höheren Allergierisiko Beikost mit Beginn des fünften Lebensmonats erhalten?

Antwort: Nein! Die Empfehlung des Netzwerks Gesund ins Leben, Beikost frühestens mit Beginn des fünften Monats und spätestens mit Beginn des sieb-

ten Monats einzuführen ist wissenschaftlich gut begründet und steht im Einklang mit Empfehlungen internationaler sowie nationaler Fachgesellschaften und -institutionen und schließt die Empfehlung der Leitlinie Allergieprävention mit ein. Für den genauen Zeitpunkt des Beikostbeginns in dem genannten Zeitfenster ist die individuelle Entwicklung des Kindes entscheidend. Das gilt für alle Säuglinge, also auch für Kinder mit erhöhtem Allergierisiko. Es bedeutet: Ist das Kind bereits mit Beginn des fünften Monats reif für die Beikost, sollte die Einführung aus Gründen der Allergieprävention nicht verzögert werden. Zeigt es allerdings noch keine Bereitschaft, sollte es auch nicht zu einem Beikoststart mit Beginn des fünften Monats gedrängt werden. Im Hinblick auf die Beikostzutaten ist

Zur Rubrik „Nachgefragt“:

In der Rubrik „Nachgefragt“ möchte das Netzwerk „Gesund ins Leben“ Irrtümern auf den Grund gehen und altes Wissen neu erklären. Hier lesen Sie mehr: <http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/>

Über Gesund ins Leben:

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fördert Gesund ins Leben als Teil des Nationalen Aktionsplans IN FORM: www.gesund-ins-leben.de

Über IN FORM:

IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de.

Abwechslung empfehlenswert und auch potentielle Nahrungsmittelallergene sind durchaus erwünscht.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier: <http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/>

Red.: ReH

Wie viel kosten die Dicken?

Immer mehr Menschen in Deutschland sind übergewichtig. Die Wurzel dazu wird oft schon in der Kindheit gelegt. Wissenschaftler des Helmholtz Zentrums München haben im Rahmen des Kompetenznetzes Adipositas untersucht, ab welchem Grad an Übergewicht bzw. Adipositas die direkten und indirekten Kosten nachweisbar ansteigen.



Foto: © simonemint - Fotolia.com

Dazu fassten die Wissenschaftler die Daten von insgesamt fünf Untersuchungswellen der Augsburger KORA Studie zusammen. So standen dem Forscherteam **die Daten von über 6.700 Personen zur Verfügung.**

Basierend auf dem standardisierten gemessenen Body Mass Index (BMI) teilten die Forscher die Studienteilnehmer in fünf Gruppen ein: Normalgewicht ($18,5 \leq \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$), Übergewicht ($25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$), Adipositas Grad I ($30 \leq \text{BMI} < 35 \text{ kg/m}^2$), Grad II ($35 \leq \text{BMI} < 40 \text{ kg/m}^2$) sowie Grad III ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$). Zudem erhoben sie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und fragten nach Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung.

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass die direkten Kosten durch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Adipositas signifikant erhöht sind, ab Grad II sogar schon um etwa 50 Prozent“, so Prof. Dr. Rolf Holle, Leiter der Core Domain „Gesundheitsökonomie“ des Kompetenznetzes Adipositas. „Indirekte Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit waren jedoch bereits bei Personen mit Übergewicht signifikant höher als bei Normalgewichtigen“, so der Studienleiter weiter. Für Deutschland gab es bislang keine Daten aus Studien mit exakt gemessenem BMI, die eine so differenzierte Betrachtung auch bei den höheren BMI-Gruppen ermöglichen.

Künftig werden die Wissenschaftler die Ergebnisse noch nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Sozialstatus etc. aufschlüsseln, um weitere Hinweise für zielgerechte Präventionsmaßnahmen zu finden.

Red.: ReH

Info:

Das Kompetenznetz Adipositas

Das Kompetenznetz Adipositas verbindet bundesweit Experten im Bereich Adipositas. Im Netzwerk organisierte Verbände erforschen Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung der Adipositas. Sie entwickeln und überprüfen neue Therapien sowie Präventionsstrategien. Das Kompetenznetz stellt fundierte und verständliche Informationen für Ärzte, Verbände, Medien und Betroffene bereit. Damit sorgt das Netzwerk für eine Vernetzung und Stärkung der Adipositasforschung in Deutschland, für einen verbesserten Wissenstransfer der medizinischen Forschung und am Ende für eine bessere Versorgung der Betroffenen.

www.kompetenznetz-adipositas.de

Das Helmholtz Zentrum München

Das Helmholtz Zentrum München verfolgt als Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt das Ziel, personalisierte Medizin für die Diagnose, Therapie und Prävention weit verbreiteter Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus und Lungenerkrankungen zu entwickeln. Dafür untersucht es das Zusammenwirken von Genetik, Umweltfaktoren und Lebensstil.

www.helmholtz-muenchen.de

Das Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen

Das Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (IGM) untersucht Ansätze zur Verbesserung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung.

www.helmholtz-muenchen.de/igm

Adipositas ist der wichtigste Risikofaktor für Typ-2-Diabetes und andere chronische Erkrankungen. Die steigenden Zahlen erfordern effektive und zielgerichtete präventive sowie therapeutische Maßnahmen. Wissenschaftler um Prof. Rolf Holle und Dr. Christina Teuner vom Institut für **Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (IGM) am Helmholtz Zentrum München** haben nun erforscht, in welchen Risikogruppen solche Maßnahmen am dringendsten erforderlich und am wahrscheinlichsten kosteneffektiv sind.

Bund muss Kita-Lücken schließen

Seit August 2013 haben Eltern Anspruch auf einen Betreuungsplatz, sobald ihr Kind ein Jahr alt ist. Dennoch fehlen noch immer rund 228.000 Plätze für unter Dreijährige – damit sind gut zehn Prozent der Kinder in dieser Altersgruppe unversorgt. Weil der Bedarf weiter steigen dürfte, sind die Gesetzespläne des Bundes ein notwendiger Schritt in die richtige Richtung.

Vor kurzem hat das Bundeskabinett das vierte Investitionsprogramm zur Finanzierung der Kinderbetreuung auf den Weg gebracht. Mit ihm sollen bis zum Jahr 2020 weitere 100.000 Betreuungsplätze für Kinder bis zum Schuleintritt geschaffen werden.

Besonders groß sind die Betreuungslücken in Bremen und Nordrhein-Westfalen, während Brandenburg und Thüringen rein rechnerisch am besten ausgestattet sind.

Die Ursachen für die fehlenden Plätze liegen zum einen darin, dass das bereits für 2013 vereinbarte Ziel, 750.000 Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren zu schaffen, noch immer nicht erreicht ist –

obwohl es schon 2007 auf dem sogenannten Krippengipfel beschlossen wurde. Im März 2016 standen aber lediglich 720.000 staatliche oder staatlich geförderte Plätze zur Verfügung.

Steigender Betreuungsbedarf

Zum anderen ist aber auch der Bedarf in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen:

War der Krippengipfel 2007 noch davon ausgegangen, dass sich 35 Prozent der Eltern bereits vor dem dritten Geburtstag ihres Kindes eine institutionelle Betreuung wünschen, sind es nach neuesten Zahlen des Familienministeriums mehr als 43 Prozent.

Zudem werden in Deutschland wieder mehr Kinder geboren. Nachdem die Geburtenrate lange Zeit zwischen 1,3 und 1,4 Kindern je Frau verharrte, stieg sie im Jahr 2015 auf 1,5 – seit 1974 war der Wert im Westen der Bundesrepublik nicht mehr so hoch.

Und auch unter den Zuwanderern der vergangenen Jahre sind viele kleine

Kinder – Ende Dezember 2015 lebten in Deutschland 120.000 Jungen und Mädchen unter fünf Jahren, die erst im Laufe des Jahres hergekommen waren.

Betreuungsqualität ist noch unzureichend

Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung hat sich die Personalausstattung in den Kitas in den vergangenen Jahren zwar deutlich verbessert, doch vor allem in den östlichen Bundesländern ist die Situation noch immer unbefriedigend. Dort kommen in Krippengruppen im Schnitt 6,4 Kinder auf eine Betreuungsperson. Sinnvoll aus pädagogischer Sicht wären drei Kinder. In Westdeutschland ist man diesem Ziel mit 3,8 Kindern deutlich näher.

Große Gruppen, wie sie insbesondere im Osten auch in den Kindergärten oft vorkommen, sind gerade für Zuwandererkinder ungünstig.

Quelle: *iwd*

Red.: *ReH*

Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte zur Ausweitung des Unterhaltsvorschlusses

Durch eine Ausweitung des Unterhaltsvorschlusses sollen Alleinerziehende und ihre Kinder besser unterstützt werden. Darauf haben sich Bund und Länder geeinigt. Künftig soll der Unterhaltsvorschuss bis zum 18. Lebensjahr gezahlt werden, die maximale Bezugsdauer von 72 Monaten soll entfallen. Inkrafttreten wird die Reform zum 1. Juli 2017.

Konkret sieht die Einigung folgende Eckpunkte vor:

- Um die staatliche Unterstützung von Kindern von Alleinerziehenden zielgenau und entlang der Lebenswirklichkeiten zu verbessern, wird die derzeitige Höchstbezugsdauer von 72 Monaten aufgehoben und die Höchstaltersgrenze von derzeit 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Unterhaltsvorschussgesetz (UVG) heraufgesetzt.
- Für alle Kinder bis 12 Jahre wird die derzeitige Höchstbezugsdauer von 72 Mo-



Broschüre: Der Unterhaltsvorschuss

naten aufgehoben. Hierdurch werden 46.000 Kinder zwischen 6 und 12 Jah-

ren im UVG-Bezug bleiben können. Das gilt auch für alle Kinder, die zukünftig Unterhaltsvorschuss erhalten werden.

- Für Kinder im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gibt es in Zukunft ebenfalls einen Anspruch auf Unterhaltsvorschuss. Dieser wird wirksam, wenn das Kind nicht auf SGB II-Leistungen angewiesen ist oder wenn der alleinerziehende Elternteil im SGB II-Bezug ein eigenes Einkommen von mindestens 600 Euro brutto erzielt. Hierdurch werden 75.000 Kinder erreicht. Auch für sie gibt es **keine Höchstbezugsdauer** mehr.
- Die Höhe des Unterhaltsvorschlusses für Kinder von **12 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** soll **268 € monatlich** betragen (**0 bis 5 Jahre: 150 €; 6 bis 11 Jahre: 201 €**).

Quelle: *BMFSFJ*

Red.: *WH*

Das brauchen Kinder! Kernbotschaften für die primäre Prävention

Merkblätter zur Beratung in Vorsorgeuntersuchungen veröffentlicht

Stillen, gesunde Ernährung, reichlich Bewegung, Mundhygiene, Schutz vor Sonne oder Rauch und vor zu frühem oder zu intensivem Mediengebrauch gehören zu den Präventionsmaßnahmen, die ein gesundes Aufwachsen und die Entwicklung des Kindes fördern. Aufklärung und Beratung zu diesen Themen sind Teil der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen). So sieht es die neue Kinderrichtlinie vor. Für diese Beratungen hat das Netzwerk Gesund ins Leben in Zusammenarbeit mit dem Präventionsausschuss des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte sowie der Deutschen Sporthochschule Köln Merkblätter in Form von einfachen Checklisten entwickelt.

Für jede U-Untersuchung bzw. die jeweilige Paed.Check-Untersuchung (erweiterte Vorsorgeuntersuchung als individu-

elle Gesundheitsleistung oder im Rahmen von Selektivverträgen) gibt es ein Merkblatt mit sieben Botschaften. Diese bringen die Empfehlungen klar, eindeutig und nah am Familienalltag auf den Punkt. Zusätzlich werden die Botschaften durch Piktogramme veranschaulicht. Das erhöht die Aufmerksamkeit und auch weniger lese-gewohnte Eltern können erreicht werden.

Grundlage der Botschaften für die Merkblätter im Säuglings- und Kindesalter – von U2 oder Paed.Check Start bis zu U7a oder Paed.Check 3.0 – sind die einheitlichen Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben, die von allen relevanten Fachorganisationen und -institutionen unterstützt werden.

Die Merkblätter stehen unter <http://www.gesund-ins-leben.de/paedcheck> zum Download bereit.

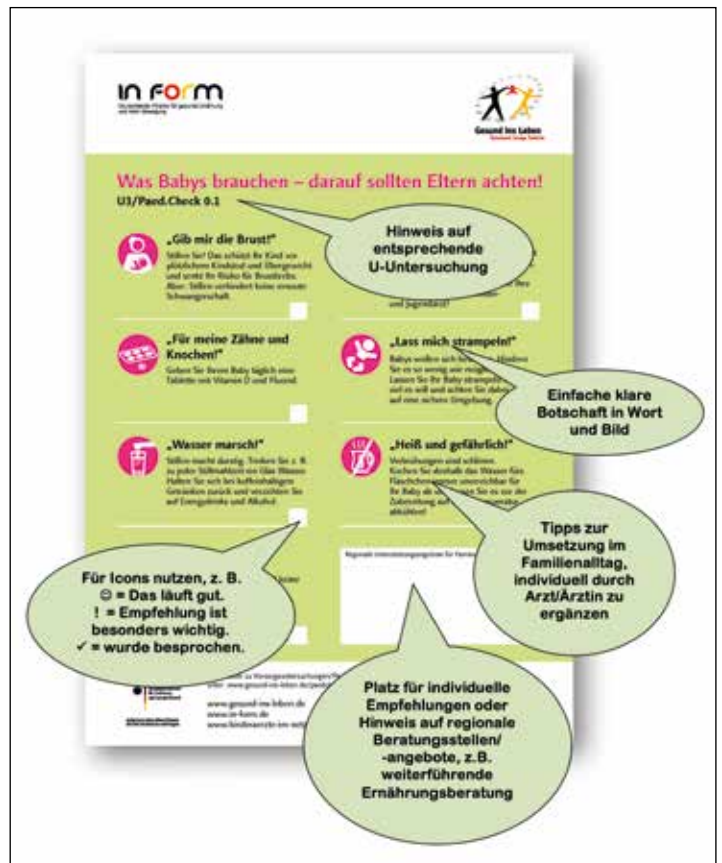
Für die weiteren Untersuchungen bzw. Paed.Checks im Kindes- und Jugendalter (U 8 oder Paed.Check 4.0 bis J2 oder Paed. Check 16.0) stehen ebenfalls entsprechen-

Gesund ins Leben:

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fördert Gesund ins Leben als Teil des Nationalen Aktionsplans IN FORM. <http://www.gesund-ins-leben.de>

de Merkblätter zur Verfügung. Sie wurden vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, dem aidinfodienst und der Sporthochschule Köln entwickelt und können unter <http://www.aid.de/paedcheck> heruntergeladen werden.

Red.: ReH



„Luise Schulz, 10 Jahre – 11. April geheilt entlassen.“

Über eine frühe Behandlung der Diphtherie mit dem Behringschen Heilserum.
Aus Anlass des 100. Todestages des Immunologen Emil von Behring am 31. März 2017.



„Anwendung des Diphtheritis-Heilserums in einem Berliner Krankenhaus. Originalzeichnung von E. Hosang.“
Aus: *Illustrirte Welt* 10, 1895 © Behring-Archiv Marburg



Dr. Ulrike Enke

Luise

Am 26. März 1894 wird die zehnjährige Luise Schulz in die Kinderabteilung des Instituts für Infektionskrankheiten in der Berliner Schumannstraße gebracht. Luise erbricht, hat hohes Fieber und klagt über Kopf- und Halsschmerzen.

Ihr Zustand ist ernst, und die Angehörigen sind auch deshalb besonders alarmiert, weil drei Tage zuvor die Schwester der kleinen Patientin nach nur zweitägiger Krankheit gestorben ist. Zusätzliche Sorge bereitet den leidgeprüften Eltern

eine dritte Tochter, die vor zwei Wochen eine Halsentzündung hatte und bei der nun eine Nierenentzündung und Herzschwäche diagnostiziert wurden.

Der Status bei Aufnahme wird mit hochgradiger Mattigkeit, anhaltendem Erbrechen, einem schwachen, gleichwohl stark erhöhten Puls und einer Körpertemperatur von 39,6° C beschrieben. Luises Mandeln sind stark geschwollen und wie die Gaumenbögen von einem dicken, grauweißen Belag bedeckt. Über die Diagnose besteht kein Zweifel: Es handelt sich um Diphtherie. Der Befund wird

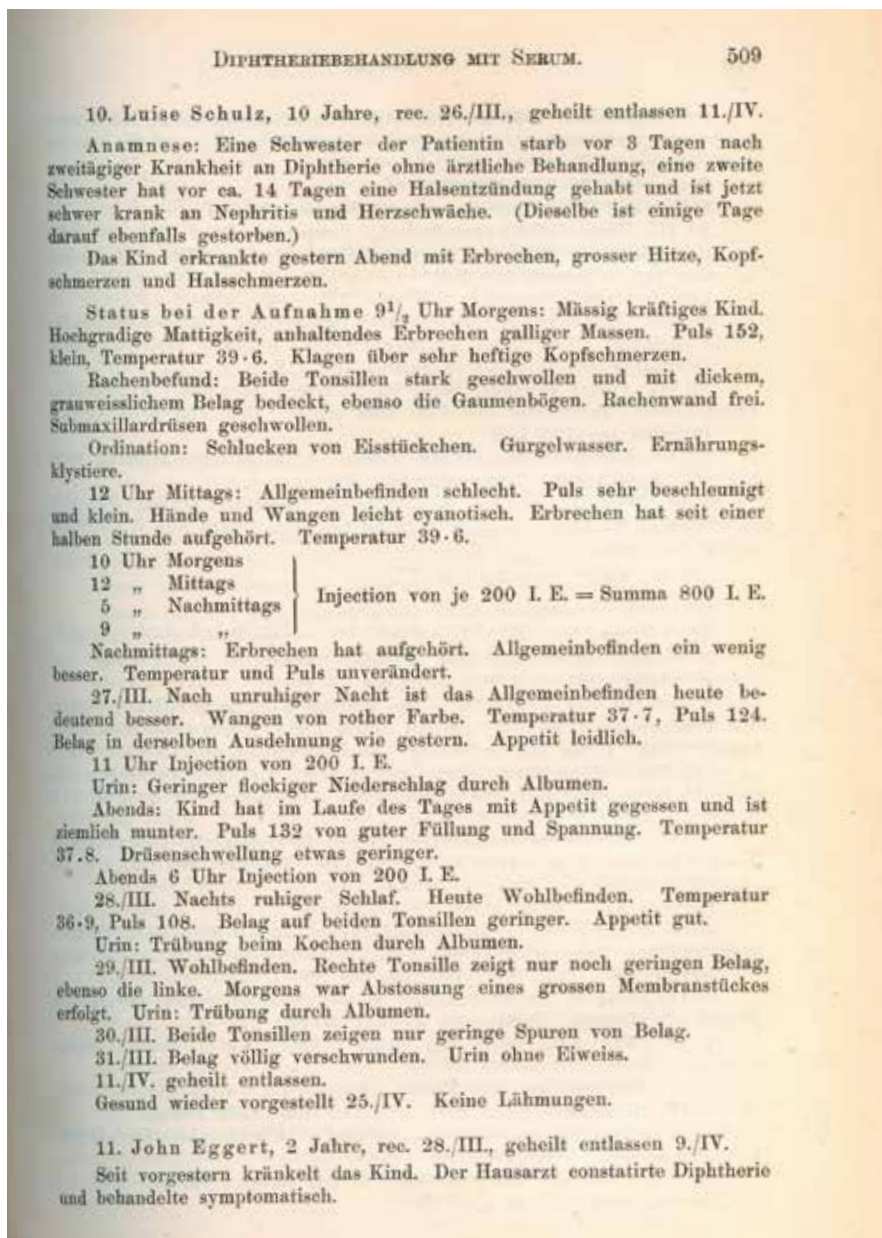


Abb. 1: Krankengeschichte Luise Schulz, aus: *Zeitschrift für Hygiene und Infectiouskrankheiten* 17 (1894), S. 509.

durch den Nachweis des Erregers mittels Bakterienkultur bestätigt.

Eisstückchen, Gurgelwasser und das Serum der Ziege

Sofort wird die Behandlung eingeleitet: Zunächst erhält Luise zur Linderung der Halsbeschwerden Eisstückchen sowie Gurgelwasser, darüber hinaus aber verabreicht der Arzt seiner Patientin im Abstand von wenigen Stunden Injektionen eines neuartigen Heilmittels, das aus dem Blut immunisierter Ziegen gewonnen wurde. Bei dem Mittel, das bereits in mehreren Berliner Krankenhäusern

getestet wurde, handelt es sich um das von dem am Institut tätigen Arzt Emil Behring (1854-1917) entwickelte Diphtherieheilserum. Das neue Verfahren beruht auf Behrings Entdeckung, dass die im Blut immunisierter Tiere enthaltenen Antitoxine die vom Diphtheriebakterium gebildeten Gifte unschädlich machen.

Im Abstand von zunächst zwei, dann drei, dann vier Stunden erhält Luise die Blutseruminjektionen; am Nachmittag hat das Erbrechen aufgehört. Tags darauf ist die Temperatur auf 37,7°C gesunken, und die Drüsenschwellung klingt ab.

Drei Tage nach Beginn der Serumbehandlung wird ein grosses Membran-

stück, das sich auf Mandeln und Rachen gelegt hatte, abgestoßen. Temperatur und Puls sind im Normbereich. Luise kann zwei Wochen nach Aufnahme entlassen werden. Die an Nierenentzündung und Herzschwäche leidende Schwester, die ebenfalls mit der Diphtherie infiziert war, aber zu spät behandelt wurde, ist in der Zwischenzeit verstorben.

Die Diphtheriebehandlung in den Medien

Der hier vorgestellte Krankenbericht ist der 1894 erschienenen *Zeitschrift für Hygiene und Infectiouskrankheiten* entnommen. Der Berichtersteller, Dr. Hermann Kossel (1864-1925), später Professor für Hygiene an den Universitäten Gießen und Heidelberg, beschreibt weitere einundzwanzig Fälle der von ihm auf der Diphtheriestation behandelten Kinder. Zwei Kinder sterben, weil sie erst eine Woche nach Auftreten der ersten Symptome und damit zu spät in Behandlung gekommen sind. Die Obduktion ergibt derartige körperliche Veränderungen, dass eine Heilung auf keinen Fall mehr zu erwarten gewesen wäre. Alle anderen Kinder können gesund entlassen werden.

Der 1894 in Ungarn stattfindende Internationale Kongress für Hygiene und Demographie widmet der Diphtherie eine eigene Sektion, und die ärztlichen Journale berichten über positive Verläufe, die auf den Einsatz des neuen Heilmittels zurückgeführt werden. Auch Zeitungen wie die *Illustrierte Welt* bringen schon 1895 hoffnungsvolle Berichte und detailreiche Bilder, die zur Popularisierung des neuen Heilverfahrens und seines Entdeckers Emil Behring beitragen.

„Würgeengel der Kinder“

Die Diphtherie, deren Erreger *Corynebacterium diphtheriae* 1884 durch Edwin Klebs (1834-1913) und Friedrich Löffler (1852-1915) entdeckt wurde, war neben der Tuberkulose, dem Unterleibstypus, den Masern und der Ruhr eine der am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten in Preußen und der Hauptstadt Berlin.

Tröpfcheninfektionen oder die Berührung von infizierten Gegenständen übertrugen die Krankheit. Dass Luise Schulz in kurzem Abstand zu ihren beiden Schwestern erkrankte, war keine Ausnahme, son-

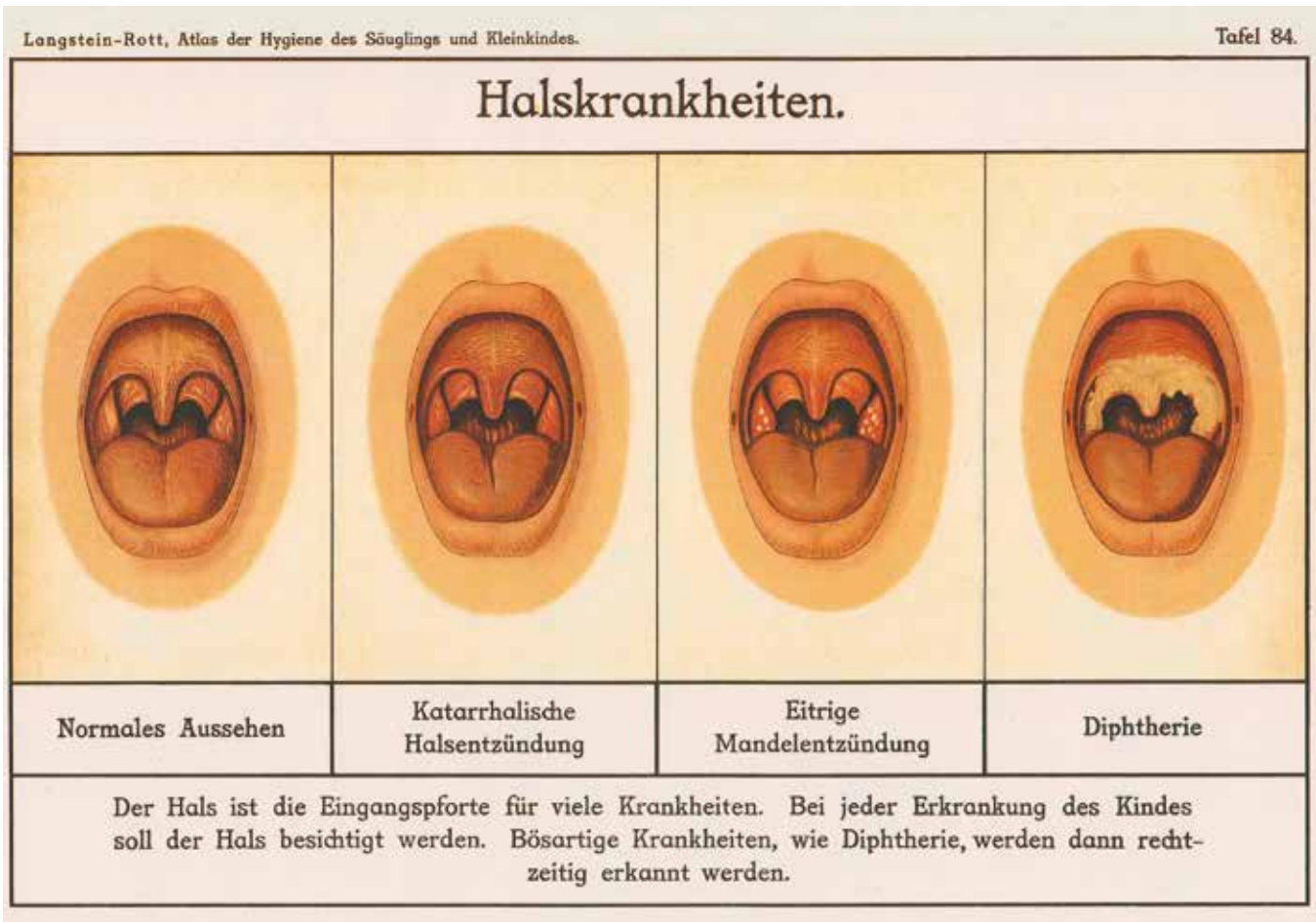


Abb. 2: Tafel aus Leo Langstein, Fritz Rott: Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes, Lübeck 1918 (Reprint 1989).

dern die Regel. Manche Familien verloren auf diese Weise alle Kinder innerhalb weniger Tage. Die Krankheit kündigt sich unspezifisch mit Abgeschlagenheit, Übelkeit und Schluckschmerzen an. Auf den Mandeln entwickelt sich ein zäher, gelblich-weißer Belag, der sich als Pseudomembran im ganzen Rachenraum ausbreiten kann und zu Atemnot bis hin zu Erstickungen führt. Aufgrund dieses Symptoms wurde die Diphtherie auch drastisch als „Würgeengel der Kinder“ bezeichnet, der man mit chirurgischen Eingriffen in die Luftröhre, den Tracheotomien, begegnen musste. Diese halfen jedoch nur symptomatisch, waren also nicht kurativ, weil das Fortschreiten der Krankheit auf diese Weise nicht verhindert wurde.

Von 1881 bis 1886 starben in Preußen jährlich durchschnittlich 25.000 Säuglinge und Kleinkinder bis drei Jahre an Diphtherie. Die Kindersterblichkeit schuf nicht nur großes individuelles Leid, sondern stellte auch ein nach Lösungen rufendes bevölkerungs- und gesundheitspolitisches Problem dar, dem sich

städtische und staatliche Behörden annehmen mussten. Die Erforschung der Krankheitserreger und die Entwicklung von Heilmitteln lag in den Händen staatlicher und universitärer Forschungsinstitute wie dem 1891 eröffneten Königlichen Institut für Infektionskrankheiten, das unmittelbar dem preußischen Staat unterstand und von dem Bakteriologen Robert Koch (1843-1910) geleitet wurde. Das Institut umfasste eine *Experimentelle* und eine *Klinische Abteilung*; es vereinte somit Forschung und Patientenversorgung personell und räumlich.

Die Entwicklung eines neuen Heilmittels gegen die Diphtherie

Durch die Arbeiten von Émile Roux (1853-1933) und Alexandre Yersin (1863-1943) am Pariser *Institut Pasteur* war seit 1888 bekannt, dass nicht das Diphtheriebakterium, sondern das vom Bakterium gebildete Toxin die Krankheitssymptome auslöste. In Berlin konzentrierten sich Emil Behring und der japanische Gast-



Abb. 3: Etikett von „Behring's Diphtherie-Heilmittel dargestellt nach Behring Ehrlich“. Behring-Archiv Marburg © Philipps-Universität Marburg



Abb. 4: Fotobeilage eines Dankesbriefes aus Buenos Aires vom 10. Juli 1911. Behring-Archiv Marburg © Philipps-Universität Marburg



Abb. 5: Emil von Behring im Jahr 1902

wissenschaftler Shibasaburō Kitasato (1853-1931) darauf, im Tierversuch ein Antitoxin gegen die Bakteriengifte zu finden, das man im Blutserum erkrankter Tiere vermutete. Am 4. Dezember 1890 erschien unter dem Titel *Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der Tetanus-Immunität bei Thieren* in der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift* ein knappes Resümee der von Behring und Kitasato durchgeführten Versuche. Die Wissenschaftler erläuterten hier ihre bahnbrechende These, dass die Blutflüssigkeit immuner Tiere die giftigen Substanzen, welche von den Bakterien produziert werden, unschädlich machen kann. Die im Tiermodell gewonnenen Ergebnisse eröffneten die Möglichkeit, das Antitoxin für therapeutische Zwecke, also auch für die Behandlung erkrankter Menschen, einzusetzen.

Produziert wurde das antitoxinhaltige Blut nicht in Laboren, sondern in Tierställen. Blutlieferanten waren zunächst Hunde, Ziegen und Schafe, später Pferde. Die erste Erprobung an kindlichen Patienten erfolgte Ende 1891 in der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik, wo traditionell Tracheotomien diphtheriekranker Kinder durchgeführt wurden. Diese und die folgenden Einsätze konnten jedoch noch nicht überzeugen, da die verwendeten Wirkstoffmengen noch zu gering waren.

Durchgehend positive Resultate bei der Krankenbehandlung konnten erst dann verzeichnet werden, als das Problem der Dosierung geklärt war – eine Aufgabe, die Robert Kochs Assistent Paul Ehrlich (1854-1915) durch die Standardisierung der Heilseren (die Wertbestimmung) erfolgreich übernahm. Schließlich, am 7. September 1894, berichtete der Kinderarzt Otto Heubner, der seit November 1892 Diphtherieheilserum von Behring bezog, auf dem erwähnten Internationalen Hygiene-Kongress in Budapest über seine Erfahrungen am Krankenbett. Das von Behring entwickelte Mittel, das auf dem Prinzip der passiven Immunisierung beruht, konnte dank der guten Wirksamkeit die klassische Behandlung durch Pinselung und Rachenspülung oder Tracheotomie ablösen und führte, wie nicht nur Luises Fall eindrucksvoll belegte, in den überwiegenden Fällen zur Heilung der Krankheit.

Industrielle Produktion in Höchst und internationale Anerkennung

Ab August 1894 wurde Behrings Diphtherieheilserum in den Farbwerken vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main produziert. Der Vertrieb, von dessen Gewinnen Behring zunächst eine fünfzigprozentige Beteiligung erhielt, machte den Wissenschaftler zu einem wohlhabenden Mann. „Behring’s Diphtherie-Heilmittel dargestellt nach Behring-Ehrlich“ wurde weltweit vertrieben, wenn auch wegen der recht hohen Kosten nicht in allen Bevölkerungsschichten gleichermaßen eingesetzt. Briefe an den „Retter der Kinder“ erhielt Behring nicht nur aus Deutschland. Zu den dankbaren Eltern gehörten Künstler, Ärzte, Rechtsanwälte und Kaufleute aus Europa, aus Moskau, Philadelphia und

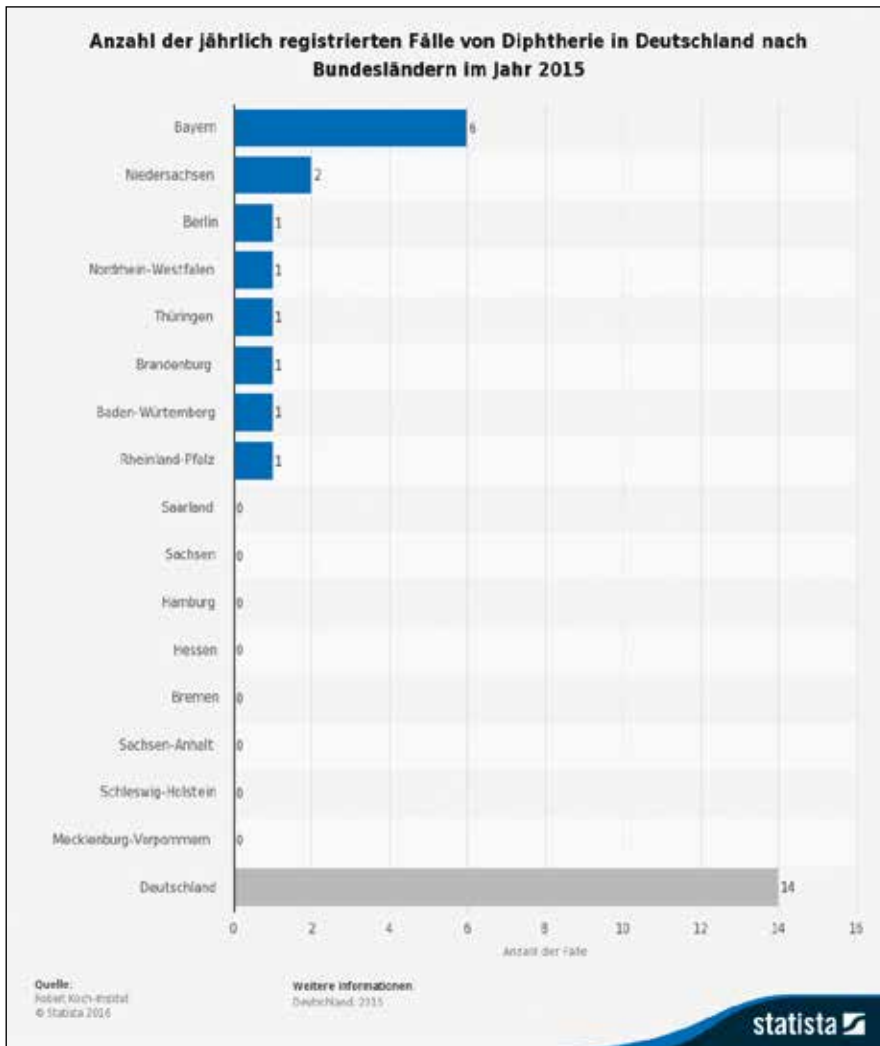


Abb. 6: Robert Koch-Institut: Anzahl der jährlich registrierten Fälle von Diphtherie in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2015. Statista. Zugriff am 29. November 2016. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/461149/umfrage/faelle-von-diphtherie-nach-bundesland/>

Buenos Aires, die dem „hochverehrten Herrn Professor“ oder „Onkel Doctor“ – auch unter Beigabe von Fotos, Sonetten, Aquarellen, Naturalien oder Geldspenden – mit ergreifenden Worten für die Rettung ihrer Kinder dankten.

Für die Entwicklung der Serumtherapie erhielt Behring den 1901 erstmals vergebenen Nobelpreis für Physiologie oder Medizin „für seine Arbeiten über Serumtherapie, besonders ihre Anwendung gegen die Diphtherie, womit er neue Wege in der medizinischen Wissenschaften eingeschlagen hat und der Wissenschaft eine wirksame Waffe gegen Krankheit und Tod in die Hände gegeben hat.“

Behring starb am 31. März 1917 – hoch angesehen und weltweit geehrt als „Retter der Kinder“ – gerade 63-jährig nach langer Krankheit an den Folgen einer Lungenentzündung.

Warum die Diphtherie noch nicht ausgerottet ist

Dank der Entwicklung einer auch auf Forschungen Behrings zurückgehenden aktiven Impfung, die durch den französischen Veterinärmediziner Gaston Ramon (1886-1963) eingeführt wurde, ist der Diphtherieimpfschutz bei den Klein- und Vorschulkindern in Deutschland mit über 97 Prozent sehr gut. Wie das Robert-Koch-Institut in seinem *Ratgeber für Ärzte* berichtet, werden jedoch die Auffrischimpfungen im Alter von fünf bis sechs Jahren, vor allem aber die Impfungen im Alter von neun bis 17 Jahren häufig nicht mehr verabreicht. Dies hat zur Folge, dass bereits jüngere Erwachsene Defizite in der Impfmunität aufweisen, und bekanntlich nehmen die Erkrankungszahlen erheblich zu, sobald die Durchimpfungs-

rate unter einen bestimmten Wert sinkt. Im Gegensatz zu den Pocken ist die Diphtherie bis heute nicht ausgerottet: Allein 2016 wurden durch Diphtherie verursachte Todesfälle aus Myanmar, Kerala (Indien), Punjab (Pakistan) und Bolivar (Venezuela) gemeldet. Auch in Deutschland werden weiterhin Diphtheriefälle – wenn auch nicht mit tödlichem Ausgang – verzeichnet, wie die Statistik des Jahres 2015 aus dem Robert-Koch-Institut zeigt.

Autor:

Dr. Ulrike Enke

*Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin
Philipps-Universität Marburg*

Bahnhofstraße 7

35037 Marburg

E-Mail: ulrike.enke@staff.uni-marburg.de

Red: ReH

Aufklärung leicht gemacht

Wie sich die neuen Kinderrichtlinien bei der U-2 auswirken

Die Zeit ist knapp, Mittagspause, schnell noch ein Hausbesuch, U2, erstes Kind, ich fahre schnell mit dem Fahrrad, dritte Querstraße rechts, Hausnummer 15, dritter Stock: Martina Milde, Bernd Stockhausen, quer darüber ein handgeschriebenes Zettelchen: Max.

Ich klinge, es dauert ein bisschen, dann öffnet mir Herr Stockhausen, barfuß, mit wirrem Haar, in der Hand ein Käsebrötchen. Bevor er mich begrüßt, dreht er sich um, ruft ins Halbdunkel des Flurs: „Tina, der Kinderarzt!“, dann zu mir: „Hallo, Tach, kommse rein, meine Frau stillt gerade, ja wär nett, wenn Sie die Schuhe ausziehen würden.“ Also hinein in die gute Stube, Neumutter Martina liegt milde lächelnd auf dem Sofa, um sie herum Decken, Söckchen, Windeln, auf dem Fußboden das nagelneue gelbe Vorsorgeheft, auf der Brust der kleine Max. Auf dem Wohnzimmertisch eine Glasanne Tee mit reichlich Teebeutel.

Ich stelle mich vor, setze meine Tasche ab und hole meine Utensilien heraus. „Wollen wir hier, oder...?“ Ja, wir wollen hier, im Dämmerlicht des Wohnzimmers, am Ende des Sofas, auf einer der vielen Decken. „Bevor ich Ihren Max untersuche, wollen wir ein paar wichtige Dinge besprechen.“ Max stößt auf, beide Eltern gucken schnell warum, nein, es ist nichts weiter... „Sagen Sie ruhig, Herr Doktor, was...?“

„Nun, die neuen Kinderrichtlinien sehen vor, dass ich Ihnen ein paar Informationen für Ihr neues Glück sozusagen mit auf den Weg geben muss...möchte.“ „Wegen der Vitamine? Das haben wir alles im Schwangerschaftsvorbereitungskurs...“ „Ja, auch, sicher, wir geben heute ein zweites Mal Vitamin-K-Tropfen, zur Verhütung von schweren Hirnblutungen...“ „Gerne, machen Sie ruhig...“ „Apropos...ich habe hier zwei Flyer für Sie...“ „Zeigen Sie mal!“ „Das ist ein Flyer mit Hinweisen zum plötzlichen Säuglingstod...und hier...“ Herr Stockhausen nimmt die Flyer in die Hand, Mutter Martina legt Mäxchen wieder an die Brust, versucht, etwas aufgerichtet, mitzulesen. „Nicht schütteln? Naja, das wol-

len wir auch gar nicht, warum sollten wir unseren Max schütteln...?“ „Nun“, sage ich, „manche machen das, wenn ihr Kind schreit.“ „Unser Kind schreit nicht“, sagt Herr Stockhausen. „Nur wenn er Hunger hat“, ergänzt Frau Milde. „Und was ist das hier?“ „Das ist eine Stuhlfarbentabelle, mit der prüfen Sie...aber dazu später. Kommen wir zu dem Bluttest, den ich gleich bei Max abnehmen werde – dem Guthrietest...“

„Ach Gott ja...“ seufzt die junge Mutter, „aber was sein muss, muss sein, machen seman...“ Erst einmal hole ich ein paar Din-A-4-Blätter aus meiner Tasche. „Das neue Gengesetz schreibt vor, dass ich Sie fragen muss, ob Sie...“



Jetzt hat sich Max verschluckt, er fängt an zu husten, damit ist die Aufklärung für einige Minuten unterbrochen, ich gucke auf die Uhr. „Sie müssten bitte hier einige Unterschriften leisten, bevor ich...“ Ich reiche den Eltern die Einwilligungserklärung für den Guthrietest, die Erlaubnis, die Blutstropfen zu wissenschaftlichen Zwecken weiter zu verwenden, das neue Informationsblatt zum Mucoviszidose-Screening und die IGEL-Leistungserklärung für den Fall, dass die Eltern...“

„Mucoviszidose ist eine schwere chronische Krankheit, die es gilt, möglichst früh zu entdecken, damit...“ „Wo soll ich

unterschreiben?“ fragt Herr Stockhausen, während Frau Milde mit ihrem Baby auf der Schulter summend und federnden Schrittes durch die Wohnung spaziert. „So einfach ist das nicht, Herr Stockhausen, ich muss Ihnen erst einmal etwas erklären. Wenn Sie das Mukoviszidose-Screening wollen, dann wird es automatisch gemacht, vorausgesetzt, Sie sind bereit, die Untersuchung selber zu bezahlen, weil: die Krankenkasse zahlt es noch nicht, also müssen Sie in dem Fall dem Labor gegenüber erklären, dass Sie die Kosten übernehmen. Wenn Sie das Screening nicht möchten, dann müssen wir das auf der Guthrietestkarte extra vermerken.“ Herr Stockhausen denkt nach. „Aber wenn ich es nicht wollen müsste...würde, dann wird es ja nicht gemacht, wenn ich es nicht bezahle...also, wenn ich diese Erklärung nicht unterschreibe...dann muss ich doch auf dieser Karte auch nicht...nein...auf dieser Erklärung...oder wie?“ „Ja...nein...also, möchten Sie denn die Untersuchung?“ „Tjaaaaa, wenn ich damit eine Krankheit bei unserem Kind ausschließen kann...“ „Nun, ausschließen kann man es meist zunächst nicht, es ist dann erst einmal nur ein Verdacht... meistens, also wenn der Test positiv ausfällt, dann heißt das nicht *automatisch*, dass Ihr Kind diese Krankheit hat, es folgen dann weitere Tests, die dann...“ „Ach, lassen Sie mal, wir überlegen uns das noch mal in Ruhe...“

Ich bin dann gegangen, weil ich dringend in die Praxis musste. Als ich am Abend die Praxis erschöpft verließ, da fiel mir ein, dass ich das Kind bei der U-2 gar nicht untersucht hatte. Wie blöd von mir! Aber wenigstens aufgeklärt habe ich die Eltern umfassend. Und das ist doch das Wichtigste, oder?

Korrespondenzadresse:

Dr. Hendrik Crasemann
28209 Bremen
E-Mail: fam.hansen-crasemann@
t-online.de

Red.: ReH

Buchtipp

Hans Jellouschek,
Bettina Jellouschek-Otto
Familie werden, Paar bleiben.
**Wie man einen wichtigen
Lebensübergang meistert**
Verlag Hans Huber, Bern, 2014,
184 S., € 24,95
ISBN 978-3-456853888



Der bekannte Paartherapeut Hans Jellouschek wagt sich zusammen mit seiner Frau, Hebamme und Psychotherapeutin, an ein brisantes, aber leider vernachlässigtes Thema: was geschieht mit der Paarbeziehung, wenn Kinder geboren werden? Ein Thema, mit dem sich Kinder- und Jugendärzte intensiver beschäftigen sollten. So können Sie den jungen Paaren gegebenenfalls beratend zur Seite stehen, bevor die Beziehung ernsthaft in Gefahr ist.

Ausgehend vom Lebenszyklus einer Paarbeziehung beleuchten die Autoren in sieben Kapiteln empathisch diesen Lebensübergang aus den verschiedenen Perspektiven: als Paartherapeuten, Eltern, aber auch als Partner von geschiederten Ehen.

Die Autoren beginnen im dritten Kapitel weit vor der Geburt mit der Ent-

scheidung für das Kind, widmen sich danach den Veränderungen, die die Schwangerschaft mit sich bringt und reflektieren, was das Erlebnis der Geburt für die Identität der Partner als Mann und Frau bedeuten kann. Sehr einfühlsam formulieren die Autoren hier Rollenbilder für die frisch gebackenen Väter, plädieren dafür, sich auf die unausweichlichen Belastungen, vor denen die Partner als Eltern- und Liebespaar stehen – analog zum Geburtsvorbereitungskurs – vorzubereiten.

Im vierten Kapitel widmen sich die Autoren dem „Dritten als Störung und Chance“. Der flexible Wechsel zwischen Sich-Einlassen und Los-Lassen, wie er konkret für den Vater, für die Mutter aussehen kann und was ihn möglicherweise behindert, wird einfühlsam geschildert und mit konkreten Beispielen erläutert. Dem Sprengpotential von Koalitionen für das Paar- und Familiensystem kann durch achtsamen Umgang miteinander wirkungsvoll begegnet werden. Wir alle kennen aus der täglichen Praxis Familien, bei denen die Paarbeziehung der Eltern problematisch geworden und das Kind in direkter Folge davon emotional zu nahe an einen der Partner herangerückt ist, häufiger zur Mutter als zum Vater. Damit das nicht geschieht und Mann und Frau füreinander nicht nur noch „Mama und Papa“ sind, braucht ihre Liebesbeziehung bewusste Aufmerksamkeit und engagierte Pflege. Ansonsten verschlechtert sich das emotionale Klima in der Familie und das kann für Kinder schlimmer sein als offene Konflikte oder gar eine Trennung.

Nicht nur die Beziehungszufriedenheit sondern auch die sexuelle Beziehung wird nach der Geburt eines Kindes in aller Regel schlechter. Das liegt nicht nur am Stress der ersten Jahre. Und es liegt auch nicht nur am Prolaktin, das den Frauen die Lust nimmt und die Bindung ans Kind verstärkt. Es sind vielfältige Einflüsse, denen sich die Autoren im fünften Kapitel „Konfliktthema Sex“ widmen. Rollenkonflikte, Autonomie-Konflikte, körperliche Veränderungen, biographische Prägungen, Ängste und Unsicherheiten verhindern, dass die Partner ihr Bedürfnis nach Körperkontakt und Aner-

kennung ihrer Weiblichkeit bzw. Männlichkeit weiterhin ausleben. Die Autoren scheuen sich nicht, ganz konkrete Empfehlungen zu geben, was das Paar tun kann, um miteinander eine reife Sexualität leben zu können und der emotionalen Entfremdung entgegenzuwirken.

Sehr konkret hilfreich wird es noch einmal im sechsten Kapitel, in dem es um die Prägungen durch gesellschaftliche und persönlich erlebte Rollenbilder geht und wie sie zu Paarkonflikten führen können. Jellouschek nimmt hier Bezug auf das Modell des „Skripts“ der Transaktionsanalyse und illustriert mit Beispielen, wie das Vorbild unserer Eltern unser Verhalten bestimmt. Bewusstheit und Achtsamkeit in Situationen, in denen das eigene skriptgesteuerte Verhalten befremdlich und unverständlich wirkt, können helfen, sich von dem Skript zu befreien und sich bewusst für ein „erwachsenes“ Verhalten zu entscheiden. Sehr versöhnlich leitet Jellouschek an, wie sich Eltern mithilfe des Partners liebevoll um ihr „inneres Kind“ kümmern und mit den eigenen Eltern aussöhnen können. Und so schließt sich im letzten und siebten Kapitel der Kreis: Kinder sind eine Herausforderung für die Beziehung und für jeden persönlich. Aber sie sind vor allem eins: eine Bereicherung unseres Lebens, in dem sie uns die Chance bieten, persönlich und in der Paarbeziehung zu reifen und unser Leben erfüllter und inniger zu gestalten.

„Familie werden – Paar bleiben“ sei jedem Pädiater ans Herz gelegt. Es ist leicht zu lesen, Fallbeispiele sowie Übungen zur Achtsamkeit und Gesprächsführung machen es anschaulich und geben konkrete Hilfestellungen, wie Paare nicht nur ihrem Kind eine gute und förderliche Umgebung schaffen, sondern auch selbst daran wachsen und zu einer innigeren Beziehung finden können.

Korrespondenzadresse:

Dr. Regina Gaissmaier

E-Mail: regina.gaissmaier@gmx.de

Red.: ReH

Geburtstage im April 2017

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Franz Baumgärtner**,
Weingarten, am 03.04.

Frau Dr. med. **Ingrid Layer-Pfeil**,
Schwaigern, am 03.04.

Herr **Lutz Hartmann**,
Gießen, am 04.04.

Herr **Carl Reichert**,
Berlin, am 04.04.

Herr MUDr.Univ.Prag **Vaclav Chod**,
Bogen, am 07.04.

Herr Dr. med. **Rudolf Höhne**,
Reinfeld, am 10.04.

Herr Dr. med. **Alfred Kuttruf**,
Leinfelden-Echterdingen, am 11.04.

Frau Dr. med. **Sybille Huber**,
Illerkirchberg, am 11.04.

Herr **Wolf Stahlknecht**,
Luckau/Wendland, am 12.04.

Herr Dr. med. **Heinz A. Mogalle**,
Hildesheim, am 12.04.

Herr Prof. Dr. med. **Stefan Burdach**,
München, am 12.04.

Herr Dr. med. **Leonhard Haaf**,
Tauberbischofsheim, am 13.04.

Herr Prof. Dr. med.

Helmuth-Günther Dörr,
Erlangen, am 13.04.

Herr Dr. med. **Hans-Jürgen Hess**,
Berlin, am 20.04.

Herr Dr. med. **Ulrich W. Müller**,
Wedemark, am 28.04.

Frau **Marga Lux**,
Stuttgart, am 28.04.

Frau Dr. Uni. Teheran.

Safavi Sudabeh Safavi,
Berlin, am 28.04.

Frau Dr. med. **Edelgard Knispel**,
Finsterwalde, am 29.04.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Günter Naß**,
Maulbronn, am 02.04.

Frau Dr. med. **Inge Bernhardt**,
Bucha, am 03.04.

Frau **Maria Voichita Bardea**,
Solingen, am 10.04.

Frau Dipl.-Med. **Ingrid Schlonski**,
Gera, am 11.04.

Herr Dr. med. **Jörg Ott**,
Groß-Zimmern, am 12.04.

Frau Dr. med. **Elke Weber**,
Zell am Harmetsbach, am 28.04.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Martin Wenzke**,
Cottbus, am 01.04.

Frau Dr. med. **Juliane Schröder**,
Siegen, am 02.04.

Herr Dr. med. **Manfred Vogt**,
Mühlhausen, am 04.04.

Frau Dr. med. **Ursula Nischke**,
Hilden, am 07.04.

Herr Dr. med. **Franz Xaver Baumann**,
Bad Wörishofen, am 07.04.

Frau Dr. med. **Monika Nelles**,
Altenburg, am 09.04.

Herr Prof. Dr. med. **Werner Havers**,
Essen, am 13.04.

Herr Dr. med.

Hanspeter Goldschmidt,
Bad Orb, am 24.04.

80. Geburtstag

Herr SR Dr. med. **Roland Busch**,
Rostock, am 02.04.

Herr Dr. med. **Udo Kalbe**,
Neustadt, am 04.04.

Herr Dr. med. **Edgar Gruber**,
Berlin, am 22.04.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. **Susanne Fleischmann**,
Köln, am 18.04.

Herr Dr. med. **Khosrow Amirpour**,
Wolfsburg, am 23.04.

Herr Dr. med. **Volker Jährig**,
Limbach-Oberfrohna, am 24.04.

Herr Dr. med. **Jörg Woweries**,
Berlin, am 28.04.

Herr Dr. med. **Klaus Gritz**,
Bleckede, am 29.04.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. **Türkan Schnieders**,
Geilenkirchen, am 01.04.

Herr Prof. Dr. med. **Kurt Baerlocher**,
St. Gallen, am 02.04.

Herr MR Dr. med. **Horst Meyer**,
Berlin, am 07.04.

Herr Priv.Do. Dr.

Heinz G. Terheggen,
Köln, am 10.04.

Frau Dr. med. **Ursula-Ruth Bauch**,
Chemnitz, am 19.04.

Frau Dr. med. **Anke Althaus**,
Schrecksbach, am 22.04.

Frau Dr. med. **Rodica Draia**,
Duisburg, am 29.04.

Herr Dr. med.

Hans-Gernot Bohlmann,
Mönchengladbach, am 30.04.

83. Geburtstag

Herr Dr. med.

Theophil Schleihauf,
Ilvesheim, am 06.04.

Herr Dr. med.

Hans-Joachim Landzettel,
Darmstadt, am 25.04.

Herr Dr. med. **Horst Lison**,
Hemmingen, am 28.04.

Frau Dr. med. **Margrit Esklony**,
Suderburg, am 30.04.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. **Arnold Vahle**,
Landshut, am 03.04.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. **Bernhard Bucke**,
Erlangen, am 13.04.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. **Renate Köhler**,
Eisenach, am 04.04.

Herr Dr. med. **Johann Schwenk**,
Achern, am 29.04.

87. Geburtstag

Herr Dr. med.

Faruk Ömer Erdem,
Izmir, am 01.04.

Frau Dr. med. **Gisela Feldheim**,
Kronshagen, am 21.04.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. **Otto Oertel**,
Metzingen, am 01.04.

Frau Dr. med. **Susanne Stein**,
Köln, am 25.04.

90. Geburtstag

Herr Dr. med.

Rudolf Schlanstedt,
Goslar, am 06.04.

93. Geburtstag

Herr Dr. med. **Heinz Wilutzky**,
Bad Kreuznach, am 05.04.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. **Edward Jung**,
Mölln, am 07.04.

Frau Dr. med. **Maria Ott**,
Allensbach, am 24.04.

Wir trauern um:

Frau Dr. **Elisabeth Härtel-Bothe**,
Hannover

Im Monat Januar durften wir 87 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. **Ines Brand**
 Frau Dr. med. **Anne Hammer**
 Frau Dr. med. **Silke Kramer**



Bayern

Herrn Dr. med.
Matthias Ensslen
 Frau Dr. med. **Anne Grieger**
 Frau Dr. med.
Friderike Schmitt
 Frau Dr. med.
Nina Christa Sellerer



Berlin

Frau **Lisa Schmelzer**
 Herrn Dr. med.
Martin Wannack



Bremen

Frau Dr. med.
Katrin Christensen



Hessen

Frau Dr. med. **Nikola Burgard**
 Frau Dr. med. **Meike Huber**
 Herrn Dr. med.
David Krackhardt



Niedersachsen

Frau Dr. med.
Stefanie Beil



Nordrhein

Herrn Dr. med.
Sören Bäumner
 Frau Dr. med.
Sigrid Ellerkmann
 Herrn Dr.med. Dr.phil.
Raphael Hilgenstock
 Frau **Marina Lipki**
 Frau **Viola Schmelter**



Rheinland-Pfalz

Herrn **Moritz Schuster**



Sachsen

Frau Dr. med. **Stefanie Junge**



Thüringen

Frau Dr. med. **Anne Steffens**



Westfalen-Lippe

Frau **Natalie Gossen**
 Herrn **Jan-Niclas Schwade**

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

April 2017

1. April 2017

Pädiatref à la carte – Schnittstelle der Pädiatrie des BVKJ LV Nordrhein und LV Westfalen-Lippe und **9. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Bochum**

Leitung: Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg/ Dr. Herbert Schade, Mecherich/ Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim a. d. Ruhr
Auskunft: ④

6.-9. April 2017

Päd-Ass 2017

14. Assistentenkongress des BVKJ in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid/ Dr. Dirk Schnabel, Berlin
Auskunft: ⑤

22.-23. April 2017

6. Praxismotivationsworkshop

Auskunft: www.sprung-in-die-praxis.de

Mai 2017

6. Mai 2017

30. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms
Auskunft: ①

17. Mai 2017

„Immer etwas Neues“ in Leipzig

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

19.-20. Mai 2017

27. Pädiatrie zum Erfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen

Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

31. Mai 2017

„Immer etwas Neues“ in Verden

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

Juni 2017

23.-25. Juni 2017

47. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Berlin

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

23.-25. Juni 2017

12. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

Juli 2017

12. Juli 2017

FASD Fachtagung in Berlin

Auskunft: ⑤

19. Juli 2017

„Immer etwas Neues“ in Fürth

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

September 2017

2.-3. September 2017

21. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

des BVKJ LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen
Leitung:

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

16. September 2017

Jahrestagung des LV Sachsen des BVKJ e.V. in Dresden, Sächsische LÄK

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

November 2017

4. November 2017

BVKJ Landesverbandstagung in Verden/Aller

Leitung:

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

11.-12. November 2017

15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ LV Bayern in Bamberg

Leitung:

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

① CCJ GmbH

Tel.: 0381-8003980

Fax: 0381-8003988

ccj.hamburg@t-online.de

oder Tel.: 040-7213053

ccj.rostock@t-online.de

② Schmidt-Römhild

Kongressgesellschaft, Lübeck

Tel.: 0451-7031-205

Fax: 0451-7031-214

kongresse@schmidt-roemhild.com

③ DI-TEXT

Tel.: 04736-102534

Fax: 04736-102536

Digel.F@t-online.de

④ Interface GmbH & Co. KG

Tel.: 09321-3907300

Fax: 09321-3907399

info@interface-congress.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln,

Tel.: 0221-68909-26

Fax: 0221-68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

Die Zeckensaison beginnt – Jetzt noch FSME-Infektion vorbeugen

Aktuelle Zahlen zeigen, dass 2016 in Deutschland deutlich mehr Fälle der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) aufgetreten sind als im Vorjahr.¹ Die Infektionskrankheit kann durch mit dem FSME-Virus infizierte Zecken übertragen werden und kann bei Erwachsenen und Kindern schwere Folgen haben.² Dabei könnten die Fallzahlen reduziert werden: Neben allgemeinen Vorsorgemaßnahmen kann auch eine Impfung einer FSME-Infektion vorbeugen.

Dass Zecken Erreger schwerer Krankheiten übertragen können, ist allgemein bekannt. Oftmals denkt man aber nur vor einem Waldspaziergang in einem zeckenexponierten Risikogebiet über den richtigen Zeckenschutz nach. Wie wichtig Vorsorge auch darüber hinaus ist, zeigen aktuelle FSME-Fallzahlen: Deutschlandweit ist die Zahl der gemeldeten FSME-Erkrankungen in 2016 – auch außerhalb der Risikogebiete – im Vergleich zum Vorjahr um circa 56 Prozent gestiegen.¹

Spätfolgen auch bei Kindern möglich

Die durch den Stich einer infizierten Zecke übertragenen FSME-Viren können unter anderem schwere Erkrankungen der Hirnhäute und des zentralen Nervensystems zur Folge haben.² Weitläufig unterschätzt wird dabei das Risiko für Spätfolgen einer Infektion bei Kindern und Jugendlichen. Diese können sich in Kopfschmerzen, Konzentrationsproblemen, Ermüdungserscheinungen, Gedächtnis- oder Gleichgewichtsstörungen äußern.^{3,4} Aufgrund ihrer variablen Krankheitsverläufe wird eine FSME aber zum Teil erst spät oder gar nicht erkannt. Kinder, die an unspezifischen ZNS-Symptomen leiden, sollten daher auch auf FSME getestet werden.³

Einer FSME-Infektion auch kurzfristig vorbeugen

Neben der allgemeinen Zeckenvorsorge, wie zum Beispiel das Tragen von langer Kleidung, kann einer FSME-Infektion auch durch eine Schutzimpfung vorgebeugt werden. Nach dem regulären Grundimmunisierungsschema, zum Bei-

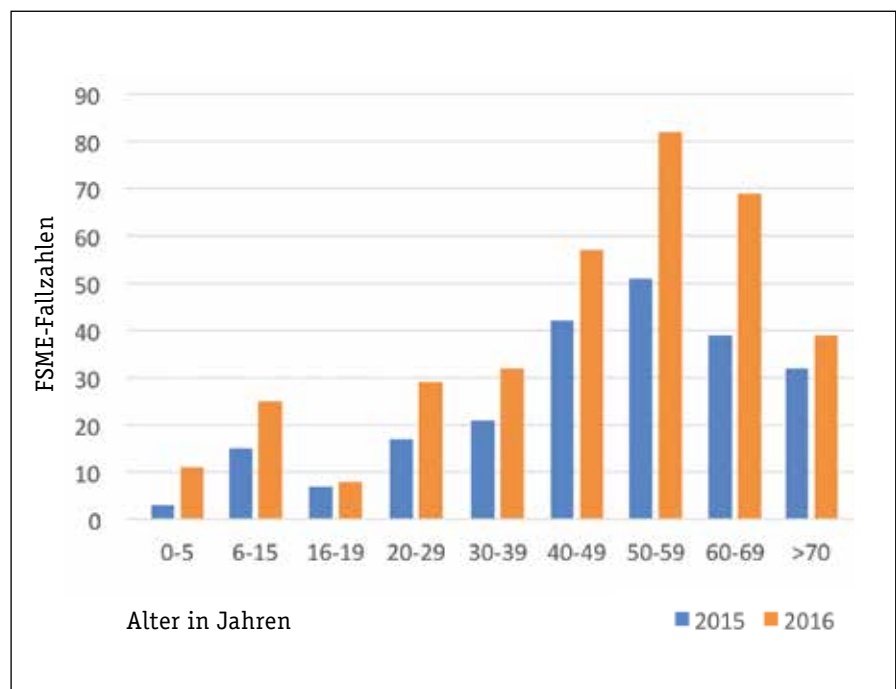


Abb.: FSME-Fallzahlen in Deutschland nach Alter in den Jahren 2015 und 2016

spiel beim Einsatz von FSME-IMMUN 0,25 ml Junior® (für Kinder im Alter von 1 bis 15 Jahren) und FSME-IMMUN Erwachsene® (ab 16 Jahren), erfolgt die zweite der insgesamt drei Impfdosen nach einem ein- bis dreimonatigen Abstand und die dritte Impfung nach fünf bis zwölf Monaten. Um auch noch kurzfristig vor der anstehenden Zeckensaison (März bis Oktober) einen schützenden Antikörpertiter aufzubauen, empfiehlt sich allen, die Zecken exponiert sind, eine Schnellimmunisierung. Dabei werden die ersten zwei Impfdosen innerhalb von 14 Tagen verabreicht. Mehr als 89 % der geimpften Erwachsenen hatten bereits zwei Wochen nach der zweiten Impfung eine ausreichende Immunität gegen FSME.⁵ Die dritte Dosis erfolgt dann wie-

der gemäß dem regulären Impfschema der Grundimmunisierung nach fünf bis zwölf Monaten.^{5,6}

Literaturnachweise

- 1 SurvStat@RKI 2.0. Datum der Abfrage: 16.02.2017.
- 2 Kaiser R et al. S1-Leitlinie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). AWMF-Registernummer: 030/035.
- 3 Sundin M et al. Eur J Pediatr. 2012; 171(2): 347-52.
- 4 Fowler A et al. J Pediatr. 2013; 163(2): 555-60.
- 5 Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene®, Stand: Juli 2016.
- 6 Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior®, Stand: Juli 2016.

**Mit freundlicher Unterstützung der
Pfizer Pharma GmbH, Berlin**

Neue Pflegeserie nach dem Vorbild der natürlichen Käseschmiere stärkt Babys Haut von Beginn an

Vernix caseosa wird zu BÜBCHEN verniosa // Die neue, ultra sensitive Pflegeserie BÜBCHEN verniosa wurde nach dem Vorbild der natürlichen Vernix caseosa, der sogenannten „Käseschmiere“ entwickelt. Diese „körpereigene Hautschutzcreme“ auf der Babyhaut ist ein wahres Wunder der Natur. Sie bewahrt das Kind im Mutterleib vor einem allzu intensiven Kontakt mit dem Fruchtwasser und schützt auch nach der Geburt vor Austrocknung und Infektionen. Darüber hinaus verfügt sie über eine ausgeprägte Pflegewirkung, die auch Experten bestätigen. Sie raten dazu, die Käseschmiere vorsichtig in die Haut des Neugeborenen einzumassieren (1).

Durch die Kombination verschiedener pflanzlicher Inhaltsstoffe ist es gelungen, die wertvollen Bestandteile der Käseschmiere nachzuentdecken. Avocado-, Kokos-, Jojoba- und Sonnenblumenöl liefern Inhaltsstoffe, die auch in der Käseschmiere vorkommen. Das Avocadoöl spielt eine besondere Rolle, denn es enthält die wertvolle Palmitoleinsäure, einen für die Käseschmiere charakteristischen Fettbestandteil, der wesentlich zum Aufbau der Hautschutzbarriere beiträgt. Elementare Bestandteile der *verniosa*-Produkte sind darüber hinaus Ceramid 3, aus Raps gewonnene Sterole sowie Aminosäuren aus Weizenprotein. Ceramid 3 unterstützt in der neuen Pflegeserie wie in der Käseschmiere in erster Linie den Aufbau der Hautschutzbarriere. Die Rapssterole wirken entzündungshemmend, und die Aminosäuren aus Weizenproteinen sind wie die Aminosäuren in der Käseschmiere für einen ausgeglichenen Feuchtigkeitshaushalt der Haut verantwortlich.

Dank dieser besonderen Inhaltsstoffe kann die BÜBCHEN *verniosa* Pflege nach der Geburt die schützenden und pflegenden Funktionen der Käseschmiere fortführen und so den Aufbau der Hautbarriere unterstützen – sanft und nach dem Vorbild der Natur.

Zur Unterstützung beim Aufbau der Hautbarriere:

BÜBCHEN *verniosa* Gesichtspflege

- Die Formel mit Avocado-Öl und körperversandten Lipiden wie Ceramid 3



pflegt natürlich sanft und spendet Feuchtigkeit.

- Die natürliche Schutzfunktion der Haut wird unterstützt. Die Haut wird so vor schädlichen Umwelteinflüssen geschützt.

BÜBCHEN *verniosa* Pflege Öl

- Ideal nach dem Bad, zur sanften Reinigung des Windelbereichs und für wohltuende Baby massagen.
- Die Formel mit Avocado-Öl beruhigt und pflegt natürlich sanft.

BÜBCHEN *verniosa* 2-Phasen Bad

- Die 2-Phasen Formel mit Avocado-Öl und körperversandten Lipiden wie Ceramid 3 reinigt natürlich sanft.
- Dank des Öl-Anteils spendet es der Haut während und nach dem Baden spürbare Pflege.

Die *verniosa* Pflegeserie ist frei von Mineralölen, Konservierungs- und allergieverdächtigen Duftstoffen. Auch ältere

Kinder und Erwachsene profitieren von den pflegenden Eigenschaften der neuen *verniosa* Linie.

Hebammen und Eltern können sich darauf verlassen, dass eine Hautpflege mit BÜBCHEN von Anfang an eine gesunde und widerstandsfähige Hautschutzbarriere fördert. Das sorgt für einen ausgeglichenen Feuchtigkeitshaushalt der empfindlichen Babyhaut und stärkt den Eigenschutz der Haut gegenüber Irritationen, Allergenen und sensibilisierenden Stoffen, welche Allergien auslösen können. Alle BÜBCHEN Pflegeprodukte werden von der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e.V. bewertet und empfohlen.

1 Blume-Peytavi U. et al.: 2016, *Pediatr. Dermatol.* 33: 311-321
<https://derma.plus/journal/hautpflege-bei-saeuglingen>

Nach Informationen von Bübchen Wissenschaftlicher Service, Soest

Husten: Antitussive und expektorierende Wirkung in einem Präparat

Natürliche Kinderarzneien // In Krippen und Kindergärten verbreiten sich Erkältungen besonders leicht. Je früher die Kinder in die Kita kommen, umso höher ist das Expositions- und Erkrankungsrisiko. Und: Die Infekte werden oftmals auch innerhalb der Familie weitergereicht. Bei Säuglingen und Kindern ab sechs Monaten kann bei Atemwegsinfektionen (ARI) und Husten der Heilungsprozess mit einem speziell entwickelten natürlichen Arzneimittel unterstützt werden.

Erkrankungen, die durch Infektionen im Kindergartenalter ausgelöst werden, sind ein wichtiges Training für das Immunsystem des Kindes, das beim Kindergarten-Einstieg meist noch unreif und anfällig für Keime ist.

Zehn bis zwölf Infektionen pro Jahr, die teilweise auch mit Fieber einhergehen, sind im Vorschulalter normal und heilen in der Regel nach acht bis zehn Tagen aus. In den kälteren Monaten ist jedoch ein enormer Andrang an Kindern mit grippalen Infekten, akuten Atemwegsinfektionen (ARI), quälendem Husten und Influenza zu verzeichnen.

„Typisch für Grippe ist der schlagartige Beginn der Erkrankung“, so Christopher Schäfer, Kinder- und Jugendarzt aus Itzehoe und Brunsbüttel bei einem Symposium im Rahmen der Veranstaltung „7. Pädiatrie zum Anfassen“ in Berlin. Jedes Jahr infizieren sich in Deutschland fünf bis zwanzig Prozent der Bevölkerung, wobei Kinder die Hauptüberträger innerhalb von Familien, Kindertagesstätten und Schulen sind. Kinder sind auch die Hauptleidtragenden.

Häufigster Konsultationsgrund: Husten

In den Kinderarztpraxen ist nächtlicher Husten mit der häufigste Grund, weshalb Eltern mit ihrem Kind ärztliche Hilfe suchen. „Je jünger die Kinder sind, umso unschärfer sind die Krankheitsbilder“, erklärte Schäfer. Er wies darauf hin, dass oft aus Zeitmangel keine fundierte Diagnostik – etwa mit Schnelltests oder Polymerase Chain Reaction (PCR) – durchgeführt werden kann, sondern gleich eine symptomatisch orientierte Therapie erfolgt (siehe Abb.).

Ein zentrales Symptom bei akuten Atemwegsinfektionen (ARI) ist Husten, der hinsichtlich Dauer (akut, subakut,

| Häufigste akute Vorstellungsanlässe in den Altersklassen | | | | | | |
|--|--------|---|-------------|-------------|--------------|---------------|
| Vorstellungsanlässe | Mittel | Anteil (%) der Patienten im Alter von ... | | | | |
| | | 0 bis < 1 J | 1 bis < 3 J | 3 bis < 6 J | 6 bis < 10 J | 10 bis < 18 J |
| Husten | 30,0 | 41,3 | 36,0 | 31,3 | 23,8 | 21,2 |
| Akute Schmerzen | 15,2 | 4,8 | 7,6 | 14,2 | 19,8 | 27,3 |
| Fieber | 13,2 | 7,8 | 18,6 | 14,9 | 10,7 | 6,9 |
| Hautprobleme | 13,0 | 14,3 | 12,8 | 11,9 | 15,1 | 12,3 |
| Durchfall und/oder Erbrechen | 8,1 | 7,4 | 9,7 | 7,9 | 6,9 | 7,5 |
| Neue Morbidität | 7,0 | 10,4 | 3,6 | 6,4 | 9,8 | 8,5 |
| Rote und/oder verklebte Augen | 4,3 | 6,1 | 5,3 | 5,1 | 3,0 | 2,5 |
| Unfälle | 3,2 | 1,7 | 2,6 | 2,7 | 3,6 | 5,1 |

n=51.019 bereinigt aus n=96.096. J Jahre.

Abb.: Husten ist häufigster Vorstellungsgrund in der Praxis

Fegeler U, et al. Ambulante allgmeinpäd. Grundversorgung. Versorgungsstudie der DAKJ, Monatsschrift Kinderheilkunde 2014, 162: 1117-1130

chronisch) und Qualität (trocken, verschleimt, röchelnd, pfeifend oder auch von ganz unten kommend) differenziert werden kann.

Bei Husten werden von Eltern häufig rezeptfreie Präparate aus der Apotheke eingesetzt. Zur Effektivität der verwendeten Hustenpräparate hinsichtlich der Verringerung des Schweregrades des Hustens oder der Verkürzung der Hustendauer gibt es jedoch keine validen Ergebnisse aus kontrollierten, randomisierten Studien, berichtete Christopher Schäfer.

Einfache und sichere Dosierung

Meist ist akuter Husten harmlos und selbstlimitierend. Oft wünschen sich besorgte Eltern vom Kinderarzt jedoch eine medikamentöse Unterstützung des Heilungsprozesses. Für Säuglinge und Kinder wurde mit Bronchobini® ein natürliches Arzneimittel speziell für diese Altersgruppe entwickelt, das die antitussive und expektorierende Wirksamkeit mit ausge-

zeichneter Verträglichkeit verbindet. Zugelassen sind die Globuli für Säuglinge ab sechs Monaten, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Bronchobini® ist nicht erstattungsfähig, kann aber auf dem grünen Rezept verordnet werden.

Das Arzneimittel ist in einem praktischen Dosierspender erhältlich, der eine exakte Entnahme der Globuli erleichtert. Auf Fingerdruck wird jeweils ein Globulus vom Spender in eine Auffangschale freigegeben, sodass hygienisch, sicher und einfach nur die jeweils benötigte Globulimenge entnommen wird.

Bronchobini® wirkt sich günstig auf die Entzündungsprozesse der Atemwege aus und erleichtert das Abhusten festsitzenden Schleims. Es unterstützt die Selbstheilungskräfte des Kindes und kann bei Bedarf auch zusammen mit Antibiotika verabreicht werden.

Nach Informationen von Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden

Effektiv und durch Studien belegt: NYDA® bei Kopflausbefall

Zur Behandlung von Kopflausbefall stehen verschiedene Produkte auf dem deutschen Markt zur Verfügung. Darunter beispielsweise Arzneimittel mit neurotoxischen Wirkstoffen und verschiedene dimeticonhaltige Medizinprodukte. Wie vergleichende In vitro-Studien zeigen, unterscheiden sich die Produkte insbesondere in der Wirksamkeit. So überzeugt das 2-Stufen-Dimeticon der NYDA®-Produktreihe vor den Einfach-Dimeticonen und Arzneimitteln.

In In vitro-Vergleichsstudien wurde die pedikulozide Wirkung unterschiedlicher Kopflauspräparate untersucht. Die Testpräparate enthielten das 2-Stufen-Dimeticon der NYDA®-Produktreihe und 0,5 % Permethrin sowie 0,3 % Pyrethumextrakt.^{1,2} Bei NYDA® und NYDA® plus zeigten 100 Prozent der behandelten Läuse schon nach fünf Minuten keine wesentlichen Lebenszeichen mehr, während die Parasiten bei den Vergleichspräparaten deutlich länger aktiv blieben.

In einer weiteren In vitro-Vergleichsstudie wurde die Wirksamkeit von 0,5 % Permethrin, 0,3 % Pyrethumextrakt, 100 % Dimeticon, 4 % Dimeticon und dem 2-Stufen-Dimeticon auf junge und reife Eier der Kopflaus analysiert.³ Bei NYDA® plus und NYDA® wurden nach 1-stündiger Einwirkzeit 97 und 100 Prozent der Nissen abgetötet, während bei 100 % Dimeticon fast 15 Prozent der Eier vital blieben. Bei den neurotoxischen Pedikuloziden mit Pyrethumextrakt und Permethrin schlüpfen Larven bei über 90 bzw. 75 Prozent der Eier. Das 4 % Dimeticon hatte eine sehr geringe Wirkung auf die Eier.

Selbst bei hochgradig parasitärem Befall ist das physikalisch wirkende 2-Stufen-Dimeticon effizient, wie eine randomisierte, kontrollierte, Untersucher-blinde klinische Studie an schwer infizierten Kindern bestätigte: Die Heilungsrate betrug nach 9 Tagen 97 Prozent.⁴

Das 2-Stufen-Dimeticon überzeugt mit rein physikalischem Wirkprinzip

Aufgrund der geringen Oberflächenspannung zeigt das aus zwei speziellen

Silikonölen bestehende 2-Stufen-Dimeticon besondere Fließ- und Spreiteigenschaften: Es breitet sich sehr gut auf der Kopfhaut aus und kann tief in die Atemsysteme der Kopfläuse eindringen. Dort verdunstet das niedriger viskose Dimeticon und das dickflüssigere der beiden Silikonöle verschließt die Tracheen der Parasiten, so dass diese wirkungsvoll ersticken. Durch dieses rein physikalische Wirkprinzip ist NYDA® sicher und zudem sehr gut verträglich.

Quellen:

- 1 Oliveira FAS et al. In vitro-Wirksamkeit von fünf gängigen Kopflausprodukten. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2008; 156 (Suppl. 1): 82.



- 2 Heukelbach J et al. A new two-phase dimeticone pediculicide shows high efficacy in a comparative bioassay. BMC Dermatol. 2009; 14(9): 12. doi: 10.1186/1471-5945/9/12.
- 3 Heukelbach J et al. Ovicidal efficacy of high concentration dimeticone: A new era of head lice treatment. J Am Acad Dermatol. 2011; 64(4): e61e62. doi: 10.1016/j.jaad.2010.04.003.
- 4 Heukelbach J et al. A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. BMC Infect Dis. 2008; 8: 115. doi: 10.1186/1471-2334-8-115.

Nach Informationen von
Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Individuell optimierte ADHS-Therapie

Wer profitiert von welchem Medikament? // Lisdexamfetamin (Elvanse®) und Guanfacin retard (Intuniv®) eröffnen neue Möglichkeiten, die ADHS-Therapie individuell zu optimieren. Im Rahmen eines interaktiven Symposiums auf der Jahrestagung des BKJPP betonten Dr. med. Brigitte Pollitt (Neuwied) und Dr. med. Jürgen Fleischmann (Sinzig) die Komplexität des heterogenen Störungsbildes der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Anhand von Patientenfällen zeigten sie mögliche Gründe für einen Wechsel der Medikation sowie Einsatzmöglichkeiten von Lisdexamfetamin und Guanfacin retard auf.*

Die Einflussfaktoren einer ADHS sind vielfältig und Patienten können unterschiedlich auf ADHS-Medikamente ansprechen. Daten aus einer Metaanalyse zeigen, dass 41 Prozent der untersuchten Patienten gleich gut auf Methylphenidat (MPH) und Amfetamin (AMF) ansprachen. 16 Prozent sprachen besser auf MPH an, 28 Prozent besser auf Amfetamin und 13 Prozent auf keinen der Wirkstoffe¹. Neben dem individuellen Ansprechen auf die Medikation können eine unzureichende Wirksamkeit oder Wirkdauer², Wirkungsschwankungen², intolerable Nebenwirkungen^{3,4}, bestimmte Komorbiditäten^{3,4} sowie eine mangelnde Adhärenz^{3,4} Gründe für den Wechsel der Medikation sein, so die Experten.

Fallbeispiele mit unzureichender Wirkung und Wirkdauer von MPH

Fleischmann präsentierte einen Patienten, bei dem retardiertes MPH die Anforderungen der Grundschule zunächst gut abdeckte. In der weiterführenden Schule zeigte die Medikation jedoch keine ausreichende Wirksamkeit und Wirkdauer mehr. Zudem nahm der Junge die Wirkung des MPH inzwischen als unangenehm wahr. Während eines Auslassversuchs verschlechterte sich seine Konzentrationsfähigkeit zwar stark, er berichtete aber auch von einer besseren sozialen Einbindung. Die Umstellung auf Elvanse® (nachgewiesene Wirkdauer 13 Std.)^{5,6} ermöglichte bei diesem Jungen

eine effektive Symptomkontrolle über den gesamten Tag, verbunden mit einer verbesserten Teilhabe am sozialen Leben in der Klasse und einer Anmeldung im Fußballverein, so Fleischmann.

Pollitt unterstrich die Vorteile der langen Wirkdauer am Beispiel eines Patienten mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. Unter MPH zeigten sich unzureichende Wirkdauer und Kopfschmerzen, mit Atomoxetin eine unzureichende Wirkung und unter D,L-Amfetaminsaft persistierende Beeinträchtigungen. Nach der Markteinführung von Elvanse® konnte bei diesem Jugendlichen mit Lisdexamfetamin eine deutliche und stabile Besserung der Regulationsfähigkeit im gesamten Tagesverlauf erreicht werden.

Intuniv® – die neue Alternative zu Stimulanzien

Aus verschiedenen Gründen können Kinder und Jugendliche mit ADHS eine Alternative zu Methylphenidat oder Amfetamin benötigen. Pollitt stellte einen Jungen vor, bei dem eine phasenhaft verlaufende Tic-Störung durch MPH verstärkt wurde. Unter Atomoxetin traten nebenwirkungsbedingt Adhärenzprobleme auf. In diesem Fall wechselte die Ärztin auf den Alpha2A-adrenergen Rezeptor-Agonisten Intuniv®. So konnte der Patient die erstrebten Therapieziele erreichen und profitierte dabei zudem von der 24-Stunden-Wirkung der Medikation⁷.

Dass Intuniv® auch die Medikation der ersten Wahl sein kann, verdeutlichte Fleischmann am Beispiel eines Patienten mit geringem Gewicht. Hinzu kam eine ablehnende Haltung der Eltern gegenüber

Stimulanzien. In diesem Fall konnten sowohl die ADHS-Symptome als auch zuvor regelmäßig auftretende Konfliktsituationen mit Intuniv® wirksam behandelt werden, und das Gewicht stabilisierte sich.

Medikationswechsel kann Adhärenz fördern

Beide Experten nannten eine schlechte Therapietreue als wichtigen Grund für einen Wechsel der Medikation. Die Abdeckung des gesamten Tages mit einer einzigen Medikamentengabe, die flexible Einnahme morgens oder abends wie im Fall von Intuniv®⁷ oder die Möglichkeit, das Medikament wie im Fall von Elvanse® auch gelöst einnehmen zu können^{5,6}, seien wirksame Faktoren, um die Adhärenz zu verbessern. Zusammenfassend stellte Pollitt fest: „Mit Lisdexamfetamin und Guanfacin retard können wir mehr Patienten als zuvor individuell optimal behandeln.“

Quellen

- 1 Arnold LE. J Atten Disord 2000; 3: 200–11
- 2 Dittmann RW et al. CNS Drugs 2013; 27 (12): 1081–1092;
- 3 Leitlinie der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. Aktualisierte Fassung 2007, März 2014.
- 4 DGKJP u.a. (Hg.): Leitlinien z. Diagnostik u. Therapie von psych. Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 3. überarbeitete Auflage 2007: 239–254.
- 5 Elvanse® Fachinformation 20mg/40mg/60mg, Juli 2015
- 6 Elvanse® Fachinformation 30mg/50mg/70mg, Januar 2015
- 7 Intuniv® Fachinformation, Oktober 2016

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

* Jahrestagung des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., 3.–5. November 2016, Regensburg

Neu von PARI: VORTEX® Inhalierhilfe: die Neue Generation für mehr Anwenderfreundlichkeit

Die VORTEX® – die Nr. 1* unter den Inhalierhilfen in Deutschland – überzeugt durch hervorragende Aerosolperformance dank ihrer antistatischen Metallkammer und dem Zyklon-Wirbel-Prinzip.

Jetzt profitieren Patienten von weiteren Erleichterungen in der Anwendung dank des verbesserten Designs der neuen VORTEX:

- **Verbesserte Sichtbarkeit der Ventile** ermöglichen die einfache optische Überprüfung der Inhalation
- die **Einhand-Bedienhilfe** erleichtert das Halten und gleichzeitige Auslösen des Dosieraerosols
- Einfache Reinigung: die VORTEX ist jetzt auch **spülmaschinengeeignet**

Mit diesen neuen Funktionen unterstützt die VORTEX® jetzt noch besser eine ebenso einfache wie wirkungsvolle Anwendung.

Natürlich gibt es die VORTEX weiterhin mit den optional auf das Mundstück aufsteckbaren Gesichtsmasken in 3 Größen für Babys, Kleinkinder und ältere Kinder bzw. Erwachsene:



| Produktbezeichnung | Alter | Bestell-Nr. | PZN | Hilfsmittel-Nr. |
|--------------------------------------|------------|-------------|----------|-----------------|
| VORTEX mit Babymaske Käfer | 0-2 Jahre | 051G5020 | 12371279 | 14.24.03.1001 |
| VORTEX mit Kindermaske Frosch | ab 2 Jahre | 051G5040 | 12371291 | 14.24.03.1001 |
| VORTEX mit Mundstück | ab 4 Jahre | 051G5000 | 12371196 | 14.24.03.1001 |
| VORTEX mit Erwachsenenmaske | | 051G5060 | 12371285 | 14.24.03.1001 |

Weitere Informationen wie z.B. Studien, ein Anwendervideo und unterstützendes Material für medizinisches Fachpersonal und Patienten finden Sie unter www.pari.com.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das PARI Service Center unter info@pari.de oder 08151-279 279.

Quelle:

* Nr. 1 im Apothekenmarkt gemäß Insight Health Abverkaufszahlen von 12/2016

Nach Informationen von PARI GmbH, Starnberg

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-13

armin.woelbeling@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit- gliederservice/Organisation:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Gremien/Funktionsträger

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

Politische Referentin des BVKJ in Berlin:

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.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