

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 07/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Positionspapier
pädiatrischer
Bereitschaftsdienst

Fortbildung

Schläft mein
Kind genug?

Forum

Schwerpunkt
Kindesmissbrauch

Magazin

Dr. Werner Schmidt –
Ehrenpräsident seit 25
Jahren und 90. Geburtstag

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 07 | 2018

Berufsfragen

Position des BVKJ zum Bereitschaftsdienst	383
Impressum	383
Datenschutzanforderungen – ein Zwischenstand // Michael Stehr	384
Bericht aus dem Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser	387
Kinderkrankschreibung // Juliane Netzer-Nawrocki	390
Kinder- und Jugendrehabilitation // Alwin Baumann	394
Wahlaufruf	396
Pädiatrische Fallvignette 5 // Wolfgang Landendörfer	399
Wahlergebnis	399
Erste Stimmen zu TransFit	400
Pädiatertreffen Deutschland, Österreich, Schweiz // Thomas Fischbach	401

Fortbildung

Schläft mein Kind genug? // Bernhard Schlüter, Uta Schürmann, Patrizia Kutz, Claudia Roll	402
Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler	417
Impfforum // Ulrich Heiningner	419
Consilium: Kein möglicher Zusammenhang von Krampfanfällen und Mehrkomponentenimpfungen // Sebastian Schmidt	420
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	422
Suchtforum // Matthias Brockstedt	423

Forum

Schwerpunkt Kindesmissbrauch: Was tun bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung? // Regine Hauch	424
Schwerpunkt Kindesmissbrauch: 143 getötete Kinder im Jahr 2017	426
Schwerpunkt Kindesmissbrauch: Zahlen und Fakten zur Bekämpfung der Kinderpornografie	427
Gesetzentwurf zur Landarztquote // Sebastian Bartels	428
ECPCP-Frühjahrstreffen // Karin Geitmann	430
Das Leser-Forum	431
Save the Children // Wolfram Hartmann	432
Kinderarmut // Ulrich Fegele	433



Ehrenpräsident Dr. Werner Schmidt wird 90! S. 434

Magazin

Ehrenpräsident Dr. Werner Schmidt wird 90! // Michael Stehr	434
Die Welt der Kinder im Blick der Maler // Peter Scharfe	436
Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz zum 65. Geburtstag // Thomas Fischbach	437
Buchtipp	438
Personalien	439
Fortbildungstermine des BVKJ	441
Pädindex	442
Nachrichten der Industrie	444
Wichtige Adressen des BVKJ	449

Titelbild: © ArtMarie - iStock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe ist das Programmheft zum 46. Herbst-Seminar-Kongress vom 11. bis zum 14. Oktober in Bad Orb beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Position des BVKJ zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen im ärztlichen Bereitschaftsdienst

- Es ist sowohl unter medizinischen als auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten erforderlich, dass Kinder und Jugendliche auch außerhalb der regulären Praxiszeiten von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin behandelt werden.
- Den Anforderungen an die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht nur eine begrenzte Anzahl von Kinder- und Jugendärzten gegenüber.
- Eine 24/7 – Versorgung ist außerhalb der regulären Praxiszeiten deshalb nur in Kooperationen mit Kinder- und Jugendkliniken bzw. anderen Fachgruppen möglich.
- Für den zielgerichteten Einsatz der knappen Ressourcen sind eine Bündelung der Präsenz des kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes und eine Zugangssteuerung zwingend erforderlich.
- Zwingende Voraussetzung für eine sinnvolle und Ressourcen schonende Inanspruchnahme eines pädiatrischen Bereitschaftsdienstes ist ein flächen-deckender und wohnortnaher Zugang aller Kinder und Jugendlichen zu einer allgemeinpädiatrisch-hausärztlichen Versorgung während der normalen Praxisöffnungszeiten.
- Für den zielgerichteten Einsatz der knappen Ressourcen bedarf es einer fachkundigen, standardisierten und rechtssicheren Ersteinschätzung der medizinischen Dringlichkeit (Triage) um eine bedarfsgerechte Zuweisung zu den verfügbaren ambulanten Hilfsstrukturen zu gewährleisten.
- Geeignete strukturelle Maßnahmen können edukative Angebote (Flyer, Plakate, Apps etc.) unter Kostenbeteiligung der Krankenkassen sein. Auch eine angemessene Kostenbeteiligung der Versicherten kann angedacht werden, wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem Werkstattpapier von 2017 „Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“ diskutiert worden ist.
- Der Präsenzdienst sollte wo immer möglich bedarfsangepasst in räumlicher und medizinischer Kooperation mit einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erfolgen.
- Entfernungen, Fahrtzeiten und Zugangswege müssen regional an den zur Verfügung stehenden Ressourcen ausgerichtet werden.
- Die Honorierung des kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes muss folgenden Kriterien entsprechen:
- Arbeit außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten (in der Nacht/ an Wochenend- und Feiertagen) muss angemessen honoriert werden.
- Honorar muss so attraktiv sein, dass erforderliche zusätzliche Kinder- und Jugendärzte für die Teilnahme am Bereitschaftsdienst gewonnen werden können (Beispiele: Rentner, Elternzeit, Klinikärzte, ÖGD)

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; 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. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger,

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

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

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

Druckauflage 12.650
lt. IVW I 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

Bezugspreis: Einzelheft € 11,40 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 114,90 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

Datenschutzanforderungen für Arztpraxen – ein Zwischenstand



Dr. Michael Stehr

Rechtslage – „Nichts genaues weiß man nicht!“ – Papierbürokratie schützt keine Daten

Auf der Basis des gänzlich neuen Regelwerks der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes in neuer Fassung (BDSG-neu) gibt es für viele konkrete Fragen nach rechtskonformer praktischer Umsetzung noch keine Antworten. Selbst die Aufsichtsbehörden müssen sich mit der Anwendung der komplexen und nach dem Muster der verwaltungsrechtlichen Risikobeurteilung gestalteten Regelwerke erst noch eingehender befassen. Da das Personal der Behörden in den meisten Bundesländern bisher nicht aufgestockt wurde, konnte die zweijährige Übergangszeit wohl nicht so zur Vorbereitung der Umsetzung genutzt werden, wie es sich die Erfinder des Regelwerks in Brüssel und Straßburg vorgestellt hatten.

BVKJ bleibt ständig am Ball

Ende April konnten drei Vertreter des BVKJ den Verbandstag des Berufsverbandes der Datenschutzbeauftragten besuchen – Dr. Michael Achenbach konnte in einem Vortrag die Sichtweise der Arztpraxen auf das Thema geltend machen. In den Veranstaltungen und am Rande konnten Informationen über Einschätzungen der Aufsichtsbehörden gewonnen werden. Wichtig ist, Chancen zu nutzen,

im Prozess der Rechtsumsetzung praktische Aspekte und Grenzen der Leistungsfähigkeit der Praxen und Einrichtungen geltend zu machen. Bei aller Unklarheit im Einzelnen wird aber schon ein Ärgernis deutlich: die neuen Regeln verlangen die Bedienung von Beweispflichten durch bürokratische Maßnahmen, aber damit wird erst einmal nur eine neue Papier- und Informationsflut geschaffen und kein einziges Bit besser geschützt als bisher.

Gesetzgeber ist gefordert

Ein weiteres Ärgernis ergibt sich aus einer Inkonsistenz der Rechtsvorschriften.

Einerseits sind die Datenschutzvorschriften deshalb so undurchsichtig, weil sie von vornherein durch ihr Risikobeurteilungssystem auf eine einzelfallgerechte Rechtsanwendung ausgelegt sind – am Anfang der Geltungszeit ein Unsicherheitsfaktor, aber auf die lange Sicht ein Vorteil. Zudem wurde das BDSG gänzlich neu gestaltet, es findet sich nichts mehr an seinem alten Platz. Nur hat man leider nicht die Chance genutzt, alte Zöpfe abzuschneiden.

So ist die aus dem alten Bundesdatenschutzgesetz übernommene Regel, dass ab 10 Personen, die in einer Praxis „ständig mit der Verarbeitung von Daten beschäftigt sind“ ein Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss, schlicht ein Anachronismus! Diese starre Regel ist für eine situationsangemessene Risikobemessung ungeeignet, es sei denn, man wolle unterstellen, dass allein aus dieser geringen Zahl von datenverarbeitenden Personen schon eine Risikoerhöhung folge. Für wie risikobehaftet muss man denn dann erst die Datenverarbeitung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen mit ihren drei- bis vierstelligen Mitarbeiterzahlen halten? Angesichts des risiko-orientierten Normsystems der EU-DSGVO, das u.a. von § 64 BDSG-neu aufgenommen wird, ist die „10er-Grenze“ nicht mehr haltbar – nicht zufällig hat der europäische Normgeber auf so eine Grenze verzichtet. Hier muss

der deutsche Gesetzgeber nachbessern und dafür sorgen, dass das Risikobeurteilungsmodell der EU-DSGVO in Deutschland konsequent umgesetzt wird. Die Untergrenzen für die Benennung eines DSB müssen abgeschafft oder mindestens ganz deutlich nach oben verschoben werden.

Aktuelle Umsetzungshinweise – Lösungen „auf Sicht“ – was 2018 zu tun ist

Wichtig: Was ist derzeit zu tun? Vier Dinge muss man regeln bzw. haben:

- eine (neue) Datenschutzerklärung für die Praxiswebsite
- ein Patienteninformationsschreiben
- ein Verarbeitungsverzeichnis
- eine Dokumentation der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz (TOM).

Was man kurzfristig unbedingt regeln muss: Datenschutzerklärungen für Webseiten und Apps!

Bei Untätigkeit droht Ungemach vorläufig noch nicht von den Aufsichtsbehörden, sondern von Abmahnanwälten. Praxisinhaber stehen in der Pflicht, wenn Sie ihre Webseite selbst gestaltet haben oder in ihrem Auftrag haben individuell gestalten lassen.

Besser dran sind diejenigen, die unterhalb der Seite www.kinderaerzte-im-netz.de (KIN) eine Systemwebsite der Monks GmbH für Ihre Außendarstellung nutzen. Ebenso besser dran sind die Praxen, die die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ nutzen. Diese enthält nach Auskunft von Monks GmbH die notwendigen Vereinbarung zur Auftragsdatenverarbeitung in der Online-Verwaltung der PraxisApp zur Bestätigung. Für diese Dienste hat die Monks GmbH die Erklärungen vor dem 25. Mai 2018 an die neue Rechtslage angepasst.

Was man ebenfalls haben muss: ein Patienteninformationsschreiben, am besten das der KBV, siehe unter <http://www.kbv.de/html/datensicherheit.php>

Die KBV empfiehlt einen Aushang dieses Schreibens in der Praxis. Das ist eine einfache und praktische Lösung, die eigentlich zu bevorzugen wäre. Manche Aufsichtsbehörden stellen aber höhere Ansprüche im Sinne der aus Art. 13 EU-DSGVO folgenden Pflicht zur Mitteilung über die Datenerhebung und ihren Zweck „zum Zeitpunkt der Datenerhebung“.

In diesem Sinne müsste eine Information bei Anmeldung an der Rezeption genügen – was ja auch durch Aushang geschehen könnte. Die Aufsichtsbehörden sehen aber berechtigterweise ein weiteres Problem: die Beweislastumkehr (siehe Kasten). Ärzte müssen beweisen können, dass Patienten vom Patienteninformationsschreiben Kenntnis erlangen konnten – ob sie es tatsächlich gelesen und verstanden haben, ist aus datenschutzrechtlicher Sicht unerheblich.

Die geforderte Beweiskraft ist durch einen Aushang im Wartezimmer nicht erreichbar, weil nicht jeder Patient das Wartezimmer betritt. An der Rezeption kommt zwar kein Patient vorbei, aber hat man immer ausreichend Zeit zur Lektüre eines Aushangs? Deshalb ist es vertretbar, aber nicht sicher, ob ein Aushang ausreichend ist.

Wer sicher gehen will, folgt der Empfehlung etwa der „Unabhängigen Landesbehörde für Datenschutz“ (ULD) in Schleswig-Holstein, den Patienten an der Rezeption die Patienteninformation als Flyer an die Hand zu geben, siehe <https://www.datenschutzzentrum.de/artikel/1220-Die-Datenschutz-Grundverordnung-tritt-in-Kraft-das-muessen-selbststaendige-Heilberufler-beachten.html#extended>. Die Aushändigung genügt aber nicht, es braucht noch ein weiteres, hierfür gibt es

drei Alternativen:

1. Patient unterschreibt Erklärung, diese wird zu den Akten genommen,
2. die MFA macht ein Kreuzchen in der Patientenakte
3. die Pflicht zur Ausgabe des Infoblattes ist im QM der Praxis oder ihren Datenschutzrichtlinien oder in den Arbeitsanweisungen für die MFA beweiskräftig festgehalten.

Sofern eine der drei Alternativen nachweisbar praktiziert wird, kehrt sich die Beweislast nochmals um, jetzt zuungunsten des Patienten, der im Zweifelsfall beweisen müsste, dass ihm keine Gelegenheit zur Kenntnisnahme der Patienteninformation gegeben wurde.

Nach dem jetzigen Stand der Debatte in Fachkreisen ist Alternative 3 bis auf weiteres hinreichend und auch aus praktischen Gründen zu bevorzugen.

Was man sich ebenfalls anlegen (lassen) soll:

Ein Verarbeitungsverzeichnis und eine Dokumentation der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz (TOM). Für beide Dokumente liefert die KBV Erläuterungen, bearbeitungsfähige Muster und Ausfüllbeispiele. Beide Dokumente liefern zunächst dem Verantwortlichen selbst einen Überblick darüber, welche Daten zu welchem Zweck verarbeitet werden und wie er diese Datenverarbeitung gegen technische Pannen und Angriffe Unbefugter schützt – und stellen damit eine Basis dar für die Planung weiterer Maßnahmen. Im Außenverhältnis zur Aufsichtsbehörde und auch gegenüber den von der Datenverarbeitung Betroffenen dienen beide Dokumente zur Sicherung des Beweises über implementierte Maßnahmen des Datenschutzes.

PädInform: neuer Unterordner „Datenschutz“ unterhalb von Pädiskurs

Fortlaufend werden dort neue Informationen zum Datenschutz eingestellt. Dort finden sich Arbeitshilfen zu allen im Text genannten notwendigen Dokumenten. Gut sind die ausführlichen Hinweise und Arbeitshilfen der KBV, auf denen die im Unterordner „Datenschutz“ enthaltenen Materialien basieren, <http://www.kbv.de/html/datensicherheit.php>

Kooperationspartner für den Datenschutz – BVKJ Service GmbH ist dran am Thema

Seit Jahresbeginn analysieren Verband und Service GmbH gemeinsam den Markt für Datenschutzdienstleistungen. Angesichts der Goldgräberstimmung in der Branche finden sich nur wenige, die den Wünschen des BVKJ entsprechen und ihre Dienste zu Preisen anbieten, die für Arztpraxen akzeptabel sein könnten. Für Verhandlungen über und Abschlüsse von Kooperationsvereinbarungen ist die BVKJ Service GmbH zuständig – dort erhalten Mitglieder Informationen über den aktuellen Stand. Bei Redaktionsschluss war bei einem der in Frage kommenden Anbieter die Möglichkeit zur

konkreten Vertragsverhandlung gegeben, zwei weitere mussten noch „Hausaufgaben erledigen“ bzw. teils an ihren Konzepten arbeiten.

Wichtige Grundlagen von EU-DSGVO und BDSG-neu: nicht restriktiv, sondern orientiert an Risiko und Verantwortung

Für ein grundlegendes Verständnis der neuen Rechtsvorgaben im Datenschutz nachfolgend einige Zitate aus den Normwerken und Erläuterungen.

1. EU-DSGVO und BDSG-neu dienen nicht der Verhinderung von Datenverarbeitung und Datenverkehr, sondern sollen Datenverarbeitung und Datenverkehr unter Wahrung der Interessen natürlicher Personen am Schutz ihrer Privatheit und Handlungsfähigkeit dienen. Artikel 1 EU-DSGVO ... zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Verkehr solcher Daten. ... Der freie Verkehr personenbezogener Daten in der Union darf aus Gründen des Schutzes natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten weder eingeschränkt noch verboten werden.

2. Beide Normwerke weisen eine „polizeirechtliche Denkweise“ auf, wie man an den nachfolgend aufgeführten Beispielen erkennen kann:

Artikel 35 EU-DSGVO ... Hat eine Form der Verarbeitung, ... insbesondere bei Verwendung neuer Technologien, aufgrund der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung voraussichtlich ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge, ... § 64 BDSG neu ... Der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter haben unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten, der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Gefahren für die Rechtsgüter der betroffenen Personen die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen, um bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ein dem Risiko angemessenes

nes Schutzniveau zu gewährleisten, insbesondere im Hinblick auf die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten. ... Im Fall einer automatisierten Verarbeitung haben der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter nach einer Risikobewertung Maßnahmen zu ergreifen, ...

§ 69 BDSG-neu ... das Risiko nicht ausreichend ermittelt oder keine ausreichenden Abhilfemaßnahmen getroffen ...

§ 71 BDSG-neu ... Er hat hierbei den Stand der Technik, die Implementierungskosten und die Art, den Umfang, die Umstände und die Zwecke der Verarbeitung sowie die unterschiedliche Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Gefahren für die Rechtsgüter der betroffenen Personen zu berücksichtigen. ...

Das ist zunächst einmal keineswegs negativ zu bewerten. Verlangt wird nämlich eine Risikoanalyse und Risikobewertung

analog zum Polizeirecht und die Abwägung eines Eingriffs – Belastung des Verantwortlichen mit Pflichten – unter Einbeziehung der Rechte und Belastbarkeit des Verantwortlichen. Zu den Vorteilen gehört die hohe Entscheidungsflexibilität im Einzelfall. Die entscheidenden Größen der Abwägung sind „Eintrittswahrscheinlichkeit“ und „mögliche Schadensgröße“.

Die beiden werden aber nicht durch einen mathematischen Operator, z.B. Multiplikator, miteinander verbunden, sondern durch eine Relation unter Berücksichtigung aller beteiligten Rechtspositionen sowie von technischen und praktischen Erkenntnissen, Erfordernissen und Erfahrungen. Das hat auch einen gravierenden Nachteil: verlässliche Rechtsklarheit kann nicht allein durch EU-DSGVO und BDSG-neu selbst erlangt werden, sondern erst durch Verordnungen, Verwaltungsakte und Gerichtsurteile.

3. Der datenschutzrechtlich „Verantwortliche“ wird mit einer Beweislastumkehr belastet, die ihm Maßnahmen zur eigenen Ab-

sicherung vor Haftung auferlegt: Artikel 82 ... Der Verantwortliche oder der Auftragsverarbeiter wird von der Haftung ... befreit, wenn er nachweist, dass er in keinerlei Hinsicht für den Umstand, durch den der Schaden eingetreten ist, verantwortlich ist. ...

Dies folgt aus der langjährigen Erfahrung, dass dem Betroffenen der Verarbeitung von Daten die Führung eines Beweises von Rechtsverletzungen und Fehlern in aller Regel nicht gelingen kann und die Schutzrechte und -ansprüche ins Leere laufen. Es ist entscheidend für den Verantwortlichen, seine Aktivitäten im Datenschutz beweisen zu können, und zwar im Einzelfall gegenüber einem jeweils konkret Betroffenen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Michael Stehr,
Geschäftsführer BVKJ, 51069 Köln
E-Mail: michael.stehr@bvkj.de

Red.: WH

Bericht aus dem Hauptstadtbüro des BVKJ

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“

Die Länder haben sich auf die Teilnehmer für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ geeinigt. Bis 2020 sollen Vorschläge für eine sektorenübergreifende Versorgung erarbeitet sein. Die Koordination für die SPD-Länder übernimmt Cornelia Prüfer-Storcks, seit 2011 Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, für die CDU-Länder Stefan Grüttner, seit Januar 2014 hessischer Minister für Soziales und Integration. Beide werden wir natürlich zu passender Zeit um Gespräche bitten.

Wie das BMG kürzlich mitteilte, befindet sich die Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Bund-Länder-Arbeits-



Erich Irlstorfer (CSU) im Gespräch mit Dr. Fischbach

gruppe derzeit in der Konstituierungsphase. Das BMG wolle nun die weiteren Schritte zur Einrichtung, Organisation und Arbeitsaufnahme in die Wege leiten, sagte ein Sprecher dem Deutschen Ärzteblatt. Ziel sei es, die konstituierende Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „sektorenübergreifende Versorgung“ zeitnah abzuhalten.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist Teil des Koalitionsvertrags von Union und SPD. Sie soll die sektorenübergreifende Versorgung für die Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Codierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung weiterentwickeln. Wir werden uns hier – im Schulterchluss mit den anderen pädiatrischen Verbänden – entsprechend einbringen.

Die Pädiatrie will auf diese Arbeitsgruppe gut vorbereitet sein. Maßgeblich auf den Vorschlag von Dr. Fischbach hin wurde daher innerhalb der DAKJ e.V. (Generalsekretär: Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Bremen) eine „ad hoc Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung“ gegründet. Teilnehmen werden: Dr. Thomas Fischbach (BVKJ), Dr. Ulrike Horacek (DGSPJ), PD Dr. Burkhard Rodeck (DGKJ), Jochen Scheel (GKinD) und Reinhard Biker (DAKJ).

Ziel der Arbeitsgruppe: „Damit soll das im Koalitionsvertrag festgehaltene Ziel, die sektorenübergreifende Versorgung nachhaltig zu stärken und weiterzuentwickeln, proaktiv aufgegriffen und ein Papier erarbeitet werden, das für zukünftige Gespräche mit der Politik die spezifischen Herausforderungen im

Bereich der Pädiatrie zusammenstellt. In Form von best practice-Fallbeispielen sollen positive Signale an die Politik gesendet werden.“ Zurückgegriffen werden soll dabei unter anderem auch auf die von einer Arbeitsgruppe der DAKJ-Zukunftskommission im Jahr 2016 erarbeiteten Lösungsvorschläge für eine Optimierung der Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Der BVKJ im Dialog mit der Politik

Wie schon im letzten BVKJ-Newsletter dargestellt, vereinbaren wir nach wie vor viele Termine mit Politikerinnen und Politikern, die wir erstmalig oder wiederholt sprechen wollen. Wir konnten in dieser Legislaturperiode mit fast allen für uns thematisch relevanten Gesundheitspolitikerinnen und -politikern im Bundestag sprechen bzw. haben diese sogar schon mehrfach getroffen wie zum Beispiel Martina Stamm-Fibich (SPD) und Erich Irlstorfer (CSU), die beide für Kinder- und Jugendgesundheit in ihren Fraktionen zuständig sind.

Vorgebracht haben wir neben den dauerhaften Problemen (Mangel an Kinder- und Jugendärzten/ notwendige Gegenmaßnahmen, vgl. unser Paper „Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Wo wir die Unterstützung der Politik brauchen“) auch aktuelle Forderungen wie nach dem Ende der Budgetierung und unsere „Forderungen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V. zur Telematik“.

Daneben sprachen wir u.a. über die Themen:

- Aufnahme von Kinderrechten in das Grundgesetz
- Impfpflicht in Gemeinschaftseinrichtungen
- Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Maßnahmen zur Stärkung der Kinder- und Jugendrehabilitation und der unkomplizierteren Beantragung
- Kinder- und Jugendmedienschutz verbessern (mit Verweis auf den Flyer des BVKJ „Pädiatrische Empfehlungen für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch“)
- Prävention
- Maßnahmen gegen Adipositas

Berichte dazu finden Sie wie immer tagesaktuell im Ordner „Politische Informationen“ bei Pädinform oder bei Twitter: <https://twitter.com/bvkj> - wo Sie im Übrigen auch zu allen unseren Stellungnahmen und Pressemitteilungen auf dem Laufenden gehalten werden.

BVKJ im Austausch mit den Medien

Ein Beispiel der jüngsten Zeit war die gemeinsame Pressekonferenz des BVKJ (vertreten durch Dr. Thomas Fischbach) mit der einflussreichen Verbraucherschutzorganisation Foodwatch und dem bekannten TV-Arzt Dr. Eckart von Hirschhausen, den Krankenkassen AOK und TK sowie der Deutschen Diabetes Gesellschaft, auf der gemeinsam mobil gemacht wurde gegen Adipositas. Laut dem Robert-Koch-Institut gelten 15,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen (drei bis 17 Jahre) als übergewichtig oder adipös - 50 Prozent mehr im Vergleich zu den 1980er- und 1990er-Jahren.

Mehr als 2.000 Ärztinnen und Ärzte, die Verbraucherorganisation Foodwatch sowie (BVKJ forderten daher in einem offenen Brief die Kanzlerin, Minister und Parteichefs dazu auf, endlich ernst zu machen mit der Vorbeugung gegen Fettleibigkeit, Diabetes und andere chronische Krankheiten. Konkret wurde gefordert: eine Zuckersteuer (z. B. auf Cola und Limo), besseres Schul- und Kita-Essen, Werbe-Einschränkungen für Kinderprodukte und eine verständliche Nährwert-Kennzeichnung (z. B. die Lebensmittel-Ampel).

Dr. Fischbach wählte offene Worte, die von vielen Medien zitiert wur-



den: „Frau Klöckner sollte nicht wie ihr mutloser Vorgänger Schmidt weiter auf freiwillige Vereinbarungen mit der Lebensmittelwirtschaft pochen, sondern endlich verpflichtende Standards einführen!“

Die angesprochene Ministerin reagierte kurz darauf äußerst ablehnend. („Eine ausgewogene Ernährung ist keine Frage des Geldbeutels“, so die CDU-Politikerin Julia Klöckner), lud den BVKJ aber erstmalig zum Zweiten Runden Tisch zur Reduktionsstrategie ein. Dort wird Dr. Fischbach gemeinsam mit Prof. Dr. med. Dr. h.c.mult. Berthold Koletzko, dem Vorsitzenden der Ernährungskommission der DGKJ, die Flaggen hoch halten für sinnvolle Maßnahmen. Skepsis ist allerdings angebracht, denn ein Blick in die Teilnehmerliste des BMEL-Gipfels verdeutlicht, dass Industrie bzw. Lebensmittel-Hersteller hier dominieren. Wir werden Ihnen im Nachgang darüber berichten.

Dr. Fischbach wird hier in engem Austausch mit dem Kinderernährungsexperten Dr. Thomas Kauth (Mitglied des BVKJ-Präventionsausschusses) eigene Positionen einbringen, aber auch auf die Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages (DAET) hierzu verweisen.

Der DAET hatte gefordert, geeignete gesetzgeberische Maßnahmen der Besteuerung und Lebensmittelkennzeichnung zu ergreifen, um den Verzehr ungesunder Lebensmittel, insbesondere durch Kinder und Jugendliche, zu reduzieren. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) könne eine 20-prozentige Preiserhöhung auf zuckerhaltige Getränke zu einer 20-prozentigen Konsumreduktion führen, so die Ärzte in ihrem Antrag. Schon die Ankündigung einer gestuften Zuckersteuer in Großbritannien habe bewirkt, dass einige Softdrink-Hersteller den Zuckergehalt in den Rezepturen ihrer Getränke reduziert hätten. Am wirksamsten sei die Kombination unterschiedlicher konsumbezogener Maßnahmen in einem Policy-Mix, so das Fazit auf dem Ärztetag. Eine weitere Forderung auf dem 121. Deutschen Ärztetag: ein nationaler Diabetesplan für Deutschland. Die Forderung an die Bundesländer, im Schulunterricht Gesundheitserziehung in den Lehrplan aufzunehmen, wurde an den Vorstand überwiesen. Das Ärzteparlament plädierte außerdem für eine sogenannte



v.l.n.r.: Dr. Fischbach, Dr. Peter, Dr. Biedendieck, U. Weigeldt, T. Schröder

Ampel (Lebensmittelkennzeichnung) auf Lebensmittelverpackungen.

BVKJ im steten Austausch mit anderen Verbänden

Dr. Fischbach, die Mitglieder des Vorstandes und Dr. Stehr als Geschäftsführer nehmen sehr häufig Treffen mit anderen Verbänden wahr. Berichte dazu finden sich – sofern die Zeit dafür vorhanden war – in Pädinform, im Newsletter und hier in dieser Zeitschrift. Die Bandbreite hier ist extrem groß, da der BVKJ ein gefragter Verband ist und der Wunsch nach Kooperationen konstant hoch.

Ein Beispiel der jüngsten Zeit war der Austausch mit dem Hausärzteverband am 17.5.2018.

Von Seiten des Hausärzteverbandes nahmen daran teil: Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender, Dr. Carl Hans Biedendieck, Arzt aus Westfalen-Lippe, Herford und Tjarko J. Schröder, zuständig für Gesundheitspolitik und Kommunikation (siehe Foto). Von Seiten des BVKJ nahmen teil: Dr. Thomas Fischbach, Dr. Sigrig Peter und Kathrin Jackel-Neusser.

Besprochen wurden konkrete Ansätze zu einer besseren Vernetzung im hausärztlichen Bereich. Konsens bestand dahingehend, die Politik nehme die Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzte zu wenig ernst.

Herr Weigeldt betonte, die Politik habe aber zumindest mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 gut reagiert. Die Zahl der Allgemeinmediziner beginne wieder zu steigen, auch wenn diese noch nicht reichten.

Dr. Fischbach sagte hierzu, bis der Masterplan wirklich zu greifen beginnt, würde noch viel Zeit vergehen. Er bekräftigte die BVKJ-Forderung, dass die Pädiatrie im Masterplan nicht nur mitgedacht werden, sondern explizit erwähnt werden müsste, so wie dies uns dies die Gesund-

heitspolitiker Erich Irlstorfer (CSU) und Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) auch zugesagt hatten. Hierzu betonte Herr Weigeldt: „Hiergegen habe ich an sich nichts.“ Einig war man sich darüber, dass man die Divergenzen zwischen Hausärzten und Pädiatrie überwinden wolle. Positiv fand Ulrich Weigeldt den von Dr. Fischbach berichteten Schulterschluss zwischen BVKJ, DEGAM und Co. beim Thema Aus- und Weiterbildung.

Ein möglicher Schulterschluss wurde darin gesehen, dass beide Verbände sich (evtl. gemeinsam) für eine bessere Honorierung von Delegationsleistungen (und gegen mehr Substitution) einsetzen könnten. Dies wolle ja auch die KBV. Weitergebildete qualifizierte MFA müssten besser vergütet werden. Es sei Aufgabe der KBV, dies zu fordern, so die Meinung beider Präsidenten. Weigeldt stimmte mit Dr. Fischbach zudem darin überein, dass die MFAs eigentlich als Präventionsassistentinnen zugelassen werden müssten.

Dr. Sigrig Peter fragte nach dem Forum Pädiatrie der Hausärzte, das es früher einmal gegeben habe.

Weigeldt betonte, so etwas sei gerade wieder in Planung, er werde den BVKJ informieren, wenn die Kommission besteht.

Zum Thema Bedarfsplanungsgutachten sagte Weigeldt treffend: „Man kann viel aufschreiben, davon werden nicht mehr Leute kommen.“ Den Hausärzten sei ein freiwilliges Primärarztssystem wichtig.

Verabredet wurde, dass sich beide Verbände künftig zwei Mal pro Jahr austauschen.

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser

Politische Referentin BVKJ

10115 Berlin

E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

Fortsetzungsbeitrag zum Thema:

Die erforderliche Betreuung des kranken Kindes durch die Eltern

Was sind die Voraussetzungen für die sogenannte „Kinderkrankschreibung“? // Auf den Beitrag zum Thema „Kinderkrankschreibung“ im Heft 02/2018 folgte eine Vielzahl von inhaltlichen Ergänzungsfragen, die wir mit dem nachfolgenden Beitrag gern beantworten möchten.



**Dr. iur. Juliane
Netzer-Nawrocki**

1. Klarstellungen zum Thema Verdienstausschlag – Wann greift § 45 SGB V?

Als Grundlage vieler Fragen soll zunächst noch einmal klargestellt werden, wann der **Krankengeldanspruch aus § 45 SGB V** überhaupt eingreift. Dieser ist immer im Verhältnis zu dem zivil- bzw. arbeitsrechtlichen Anspruch auf Lohnfortzahlung nach § 616 BGB zu sehen.

a. Das Spannungsverhältnis zwischen § 616 BGB und § 45 SGB V

Kann der Arbeitnehmer aufgrund der Erkrankung seines Kindes seine Arbeitsstelle nicht aufsuchen, verliert er nicht automatisch seinen Vergütungsanspruch. Dies regelt § 616 BGB. Dort heißt es:

„Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, dass er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden

an der Dienstleistung verhindert wird. Er muss sich jedoch den Betrag anrechnen lassen, welcher ihm für die Zeit der Verhinderung aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung zukommt.“

Unter diese Norm können u.a. jegliche Fälle subsumiert werden, die mit einer (vorübergehenden) Erkrankung des Kindes des Arbeitnehmers einhergehen. Bei der Auslegung des Begriffs „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit“ orientiert sich die Rechtsprechung an den zeitlichen Voraussetzungen des § 45 SGB V, so dass auch hier eine **Höchstgrenze von etwa zehn Arbeitstagen pro Kalenderjahr** anzunehmen ist. **Der Arbeitnehmer darf grundsätzlich nicht auf den Anspruch auf Krankengeld aus § 45 SGB V verwiesen werden.**

§ 616 BGB ist aber kein „zwingendes“ Recht. Dies bedeutet, dass die Verpflichtung zur Lohnfortzahlung des Arbeitgebers durch **einzelvertragliche Regelungen** oder auch durch **Tarifvertrag** ausgeschlossen werden kann. Der Arbeitnehmer sollte also zunächst prüfen, ob in seinem Arbeitsvertrag ein solcher Ausschluss geregelt ist. Ist dies nicht der Fall, so muss er seinem Arbeitgeber gegenüber nur nachweisen, dass sein Kind krank ist und zu Hause betreut werden muss. **Hierfür ist die Vorlage des Attestes in Form des Musters 21 nicht erforderlich.** Denn schließlich wird kein Krankengeld durch die Krankenkasse gezahlt, sondern der Arbeitnehmer erhält „ganz normal“ seine Lohnfortzahlung. Vielen Arbeitgebern reicht eine entsprechende Auskunft durch den Ar-

beitnehmer selbst. Alternativ kann der Kinder- und Jugendarzt formlos schriftlich bestätigen, an welchen Tagen das Kind krank war und der häuslichen Betreuung bedurfte.

.....
In den Fällen, in denen die Lohnfortzahlung gemäß § 616 BGB ausgeschlossen wurde, greift § 45 SGB V und gewährt dem Arbeitnehmer einen Anspruch auf Krankengeld. Gleichzeitig wird er unbezahlt von der Arbeitsverpflichtung freigestellt. Der Arbeitnehmer kann also nicht gleichzeitig Lohnfortzahlung nach § 616 BGB beanspruchen und Krankengeld nach § 45 SGB V beantragen.
.....

b. Die Modalitäten der Auszahlung des Krankengeldes nach § 45 SGB V

Will bzw. muss der versicherte Arbeitnehmer **Krankengeld nach § 45 SGB V** beantragen, benötigt er zum Nachweis eine **Bescheinigung nach Muster 21**, welche durch den behandelnden Kinder- und Jugendarzt ausgestellt wird. **Die Bescheinigung nach Muster 21 ist grundsätzlich nur zur Vorlage bei der Krankenkasse vorgesehen.** Der Arbeitnehmer kann seinem Arbeitgeber zum Nachweis ggf. eine Kopie der Bescheinigung zukommen lassen.

Das Krankengeld wird sodann von der Krankenkasse direkt an den Versicherten (Mutter bzw. Vater) ausgezahlt. Die Höhe des Krankengeldes wird gemäß § 47 Abs. 1 SGB V ermittelt. Es beträgt **70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens**, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Kran-

kengeld darf 90 % des bei entsprechender Anwendung des § 47 Abs. 2 SGB V berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

2. Einzelfragen und Beispielssachverhalte

Nachfolgend sollen einige Einzelfragen und Beispielssachverhalte unter die gesetzlichen Voraussetzungen subsumiert werden. Die Ausführungen orientieren sich dabei an den gesetzlichen Merkmalen. Jedoch ist zu beachten, dass jeder Einzelfall eine neue und eigene Bewertung erfordert. **Die Ausführungen können daher nicht als allgemeinverbindlich betrachtet werden.** Sie sollen lediglich eine Auslegungshilfe darstellen.

- **„Kinderkrankschreibung bei Klinikaufenthalt“**

Wie im Beitrag in Heft 02/2018 dargestellt, kann **der Krankenhausarzt keine Bescheinigung nach § 45 SGB V ausstellen.** Dieser entscheidet aber (im Rahmen des § 11 Abs. 3 SGB V) darüber, ob die Mitaufnahme eines Erziehungsberechtigten ins Krankenhaus medizinisch erforderlich ist.

Ob der behandelnde niedergelassene Kinder- und Jugendarzt eine Bescheinigung nach Muster 21 ausstellen kann, hängt vom Einzelfall ab. Hierfür ist erforderlich, dass ihm der Gesundheitszustand des Kindes bekannt ist und er die Erforderlichkeit der Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege beurteilen kann.

Bei geplanten Eingriffen könnte dies der behandelnde Kinder- und Jugendarzt sein, der auch die Einweisung ins Krankenhaus ausgestellt hat. Eindeutig gesetzlich geregelt ist dieser Fall aber nicht, zumal § 11 Abs. 3 SGB V **nur die Kostentragung für die Unterbringung des Elternteils im Krankenhaus beinhaltet. Die Erstattung des Verdienstaufalles der Begleitperson ist für diesen Fall ausdrücklich nicht gesetzlich geregelt.** Viele Krankenkassen erstatten den Verdienstaufall ebenfalls, dann ggf. sogar nicht auf der Grundlage des § 45 SGB V, sondern allein aufgrund der Bestätigung des Krankenhausarztes, dass eine Mitaufnahme des Erziehungsberechtigten erforderlich gewesen ist.

- **„Ausschluss vom Kita-Besuch bei Windpockenausbruch ohne ausreichenden Impfschutz“**

Die zuständigen örtlichen Gesundheitsämter können gemäß § 34 IfSG Kinder, die über keinen ausreichenden Impfstatus verfügen, vom Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (Kita, Schule) ausschließen, wenn eine Infektionskrankheit (Masern, Windpocken etc.) aufgetreten ist und die Verbreitung/Ausbreitung der Erkrankung durch den Ausschluss verhindert werden soll. Besteht auch hier ein Anspruch auf Lohnfortzahlung oder Krankengeld für betroffene Erziehungsberechtigte?

Wurde die Anwendung des § 616 BGB einzel- oder tarifvertraglich nicht ausgeschlossen, so bietet diese Regelung eine Möglichkeit, ggf. auch in einem solchen Fall unter Lohnfortzahlung der Arbeit fern zu bleiben und das Kind zu Hause zu betreuen.

.....
 Die Geltendmachung von Krankengeld nach § 45 SGB V scheidet allerdings aus. Denn seine Voraussetzungen sind nicht erfüllt. § 45 Abs. 1 SGB V setzt die Erkrankung des Kindes, das betreut werden soll, voraus. In § 45 SGB V heißt es: „... wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben...“

Der Wortlaut ist insoweit also eindeutig. Der Arbeitnehmer muss entweder eine externe Betreuung sicherstellen oder ggf. (un)bezahlten Urlaub nehmen.

- **„Kinderkrankschreibung für einen Elternteil, wenn der andere Elternteil nicht arbeitet (aber krank ist)“**

Auch in dieser Konstellation ist auf die gesetzlichen Voraussetzungen zu verweisen. § 45 SGB V gewährt Versicherten nur dann Krankengeld, wenn „eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann“. Kann die Betreuung durch einen anderen Elternteil sichergestellt werden, so besteht auch kein Anspruch auf Krankengeld nach § 45 SGB V.

Teilt der eine Erziehungsberechtigte dem Kinder- und Jugendarzt mit,

dass der andere Erziehungsberechtigte selbst beispielsweise von der Grippe betroffen und eine Betreuung des Kindes somit nicht sichergestellt ist, so können die Voraussetzungen des § 45 Abs. 1 SGB V wiederum erfüllt sein. Hierbei handelt es sich um eine Einzelfallentscheidung.

- **„Kinderkrankschreibung bei planbaren Arztterminen (Vorsorge, Impfung); präoperatives Aufklärungsgespräch im Krankenhaus“**

Bei planbaren Terminen in der Kinder- und Jugendarztpraxis für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie bei der Wahrnehmung eines präoperativen Aufklärungsgesprächs wegen eines elektiven Eingriffs sind die **Voraussetzungen des § 45 Abs. 1 SGB V grundsätzlich nicht erfüllt.** Bei Notfällen wäre letzteres ggf. anders zu beurteilen. Bei der Wahrnehmung von Vorsorgeterminen ist das Kind nicht „erkrankt“ im Sinne des § 45 Abs. 1 SGB V. Der Arbeitnehmer ist gehalten, den Termin entweder außerhalb seiner Arbeitszeit zu vereinbaren oder mit seinem Arbeitgeber eine andere Lösung (ggf. unbezahlte Freistellung oder Ausgleich über Minusstunden) zu vereinbaren.

- **„Kinderkrankschreibung im Anschluss an Krankenhausaufenthalt“**

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt kann es medizinisch erforderlich sein, dass das Kind noch eine Zeit zu Hause bleibt, also „krankgeschrieben“ wird. Damit die Erziehungsberechtigten Krankengeld nach § 45 SGB V beanspruchen können, kann der Kinder- und Jugendarzt, ggf. in Absprache mit dem behandelnden Krankenhausarzt, eine **Bescheinigung nach Muster 21** ausstellen. Für die Ausstellung gelten dann die üblichen Voraussetzungen, nämlich dass die Daten der Betreuungsbedürftigkeit grundsätzlich nicht rückwirkend ausgestellt werden sollen. Hier muss der Kinder- und Jugendarzt im Einzelfall entscheiden, ob er die Bescheinigung auch im Nachhinein noch ausstellt bzw. ob er einen Anruf der Eltern in der Praxis unmittelbar nach Verlassen des Krankenhauses (zunächst) als ausreichend ansieht, ohne dass er sich persönlich ein eigenes Bild vom Gesundheitszustand des Kindes gemacht hat.

- **„Behandlung in der Notfallpraxis – Wer stellt die Bescheinigung nach Muster 21 aus?“**

Wurde das Kind außerhalb der Sprechzeiten des behandelnden Kinder- und Jugendarztes in einer Notfallpraxis vorgestellt und benötigt der Arbeitnehmer für die Beantragung von Krankengeld nach § 45 SGB V eine Bescheinigung nach Muster 21, so muss er sich **grundsätzlich an den Arzt wenden, der ihn vertragsärztlich in der Notfallpraxis behandelt** hat.

- **„Wie soll die Dauer der Betreuungsbedürftigkeit festgelegt werden?“**

Es steht im medizinischen Ermessen des behandelnden Kinder- und Jugendarztes, für welche Dauer er die Betreuungsbedürftigkeit des Kindes auf dem Muster 21 bescheinigt. Dabei ist es naturgemäß schwierig, in die Zukunft zu sehen. Der Kinder- und Jugendarzt kann sich daher einzig auf gewisse Erfahrungswerte verlassen und ggf. in Absprache mit den Eltern, eine individuelle Lösung vereinbaren. Da der Arzt dem Risiko der Strafbarkeit nach § 278 StGB (Ausstellen eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses) ausgesetzt ist, sollte er die Dauer der Krankschreibung nicht unangemessen weit in die Zukunft datieren. Dem Arzt kommt dabei aber ein medizinischer Beurteilungsspielraum zu. Eine justiziable Festlegung auf ein bestimmtes Vorgehen kann aufgrund der Vielzahl möglicher Einzelfälle nicht erfolgen. Der Wunsch von Eltern, das Kind noch länger zu Hause zu behalten, ohne dass eine medizinische Erforderlichkeit besteht, ist zwar zu respektieren, jedoch sollte dies vom Kinder- und Jugendarzt nicht auf dem Muster 21 zur Beantragung von Krankengeld bescheinigt werden. Hierfür muss aus medizinischer Sicht die Betreuungsbedürftigkeit gegeben sein.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki,
Rechtsanwältin und Fachanwältin
für Medizinrecht*

*Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.moellerpartner.de)*

*Die Anwälte der Kanzlei sind als
Justiziare des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: WH

Kinder- und Jugendrehabilitation

Vom Kinder- und Jugendarzt bis zum Lehrer: Ein ganzes Reha-Team kümmert sich für mehrere Wochen um die Kinder und Jugendlichen



Das Bündnis Kinder- und Jugendreha trifft sich regelmäßig mit der Dt. Rentenversicherung zum Austausch (v.l.n.r.):

Alwin Baumann (BKJR e.V.), Bettina Schulze (DEGEMED), Andreas Auer (BKJR e.V.), Dr. Edith Waldeck (Edelsteinklinik Bruchweiler), Dr. Bernard Hoch (KJF Augsburg), Dr. Stefan Berghem (DGpRP), Dr. Tomas Steffens (Diakonisches Werk), Antonia Walch (BDPK), Dr. Markus Jaster (DRV Bund)

Der Gesetzgeber hat mit dem **Flexi-rentengesetz** vom Dezember 2016 deutlich gemacht, dass mehr für die Rehabilitation von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen getan werden muss: „Kinder, die chronisch erkrankt sind, müssen die Chance erhalten, durch eine spätere berufliche Tätigkeit ihr Leben eigenständig und unabhängig von staatlichen Unterstützungsleistungen führen zu können. Um diese Ziele noch besser zu

erreichen, ist es notwendig, die Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung zu stärken und fortzuentwickeln.“ (Zitat aus der Gesetzesbegründung). Einhalb Jahre danach zeigt sich, dass die Kinder- und Jugendrehabilitation tatsächlich eine viel höhere Aufmerksamkeit erhalten hat. So sind 2017 die durchgeführten Maßnahmen angestiegen und in den ersten vier Monaten 2018 wurden über 8 % mehr Maßnahmen bewilligt.

Für welche Kinder und Jugendlichen sollte eine Rehabilitation beantragt werden?

Die DRV bewilligt RehaMaßnahmen für Kinder und Jugendliche, die reha-bedürftig sind. **Rehabedürftig** sind chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit Krankheiten der Atemwege und allergischen Erkrankungen, psychosomatischen und psychomotorischen Störungen, Verhaltensstörungen, Übergewicht und Adipositas, Haut-, Herz- und onkologischen Erkrankungen, Stoffwechselkrankheiten, mit Nieren-, neurologischen oder orthopädischen Erkrankungen.

Entscheidend für eine Rehabedürftigkeit ist, dass die Kinder und Jugendlichen durch die Folgen der Erkrankung in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, das heißt im Alltag, in der Schule und im sozialen Umfeld längere Zeit Probleme haben. Die Kinder erhalten die Maßnahme über die Rentenversicherung eines Elternteils. Dabei ist es unerheblich, bei wem die Kinder versichert sind. Ihrem Rentenbescheid können die Eltern entnehmen, wo sie rentenversichert sind. Wird der Antrag an diese DRV gestellt, geht es mit der Bewilligung am schnellsten.

Die **Rentenversicherung** übernimmt die **Kosten der Rehabilitation** und **weitere Leistungen**, eine Zuzahlung müssen die Eltern nicht übernehmen:

- Auswahl der Klinik
- Kosten der Rehabilitation
- Kosten der med. notwendigen Begleitperson
- Verdienstausschlag der Begleitperson

- Kosten gesunder Begleitkinder
- Übernahme der Reisekosten
- Keine Zuzahlung

Eine **Rehabilitationsmaßnahme dauert vier Wochen** und kann von der Klinik aus medizinischen Gründen verlängert werden.

Rehabilitation durch ein interdisziplinäres Team

Mit der Bewilligung teilt die Rentenversicherung den Eltern mit, in welcher Klinik die Reha stattfindet. Diese Klinik stimmt mit den Eltern den Aufnahmezeitpunkt ab. Die Reha beginnt mit dem ärztlich-therapeutischen Aufnahmegespräch und der ergänzenden **Rehadiagnostik** zur Klärung der **Reha-Ziele**. Auf dieser Grundlage wird der **Reha-Plan** erstellt, der in den wöchentlichen Teamgesprächen dem Verlauf angepasst wird. Das Besondere an der Rehabilitation ist die Betreuung durch das interdisziplinäre **Reha-Team**. Fachleute mit unterschiedlichsten Qualifikationen führen

ihre speziellen Angebote durch und tauschen sich regelmäßig aus:

- Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater
- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen, Heilpädagogen
- Sozialpädagogen, Jugend- und Heimerzieher, Gesundheits- und Krankenpfleger
- Schuler und Trainer
- Sporttherapeuten, Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten
- Diätassistenten und Oecotrophologen
- Lehrer und Sonderpädagogen

Begleitpersonen, die bei Kindern bis 12 Jahren mit aufgenommen werden, unterstützen ihre Kinder, nehmen an Gesprächen teil und werden beraten und geschult. Die Rehabilitation endet mit einem **Abschlussgespräch im Beisein der Eltern**. Hier geht es vor allem darum, das weitere Vorgehen zu besprechen, um eine nachhaltige Wirkung des in der Reha Er-

reichten sicherzustellen. Der einweisende Kinder- und Jugendarzt erhält einen ausführlichen Entlassungsbericht, der einem Gutachten gleicht. Die aktuelle gesundheitliche und psychosoziale Situation wird beschrieben ebenso der Verlauf, die erreichten Ziele und die Empfehlungen für weitergehende Maßnahmen.

Schulische Rehabilitation

Die Kinder- und Jugendärzte müssen bei den Eltern häufig Überzeugungsarbeit für eine Rehabilitation leisten, weil viele Eltern durch die Reha weitere Schulversäumnisse befürchten. Dabei ist eigentlich das Gegenteil richtig. Die Kliniken bieten einerseits Unterricht an, damit kein Unterricht versäumt wird, andererseits findet sogar eine „schulische Rehabilitation“ statt. Viele chronische Erkrankungen wirken sich negativ auf die Schullaufbahn aus, so dass es ausdrücklich Aufgabe der Kliniken ist, diesen Krankheitsfolgen zu begegnen. Manche Erkrankung wie z.B. eine Angststörung kann zu schulmeidendem Verhalten füh-

ren. Diesen schulischen Problemen nehmen sich die Klinikschulen an und die Lehrer sind Mitglieder im Rehateam. Die Heimatschule erhält am Ende der Reha für einen nahtlosen Anschluss einen ausführlichen Schulbericht.

Unterbringung und Betreuung

Die Kinder und Jugendlichen werden in **altershomogen und geschlechtsgemischten Wohngruppen** von sozialpädagogischen Fachkräften betreut. Das gemeinsame Erleben in einer Gruppe ist ein wesentliches Element der Rehabilitation. Unter Anleitung findet ein Austausch untereinander statt, der zur „Selbsthilfe“ im Umgang mit der Erkrankung und den persönlichen Problemen beiträgt. In der Wohngruppe wird das in der Therapie Erlernte exemplarisch umgesetzt und

Schritt für Schritt Verantwortung für das eigene Krankheitsmanagement übernommen.

Die Qualität der Rehakliniken wird laufend überprüft

Die Rentenversicherung belegt nur Kliniken, die durch die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** zertifiziert sind und schließt mit diesen Kliniken Belegungsverträge ab. Sie legt fest, welche Mitarbeiter mit welcher Qualifikation und Anzahl die Klinik vorhalten muss und überprüft dies regelmäßig. Die Therapien sind durch eine Klassifikation therapeutischer Leistungen festgelegt und müssen dokumentiert werden. Für die Rehabilitation der häufigsten Erkrankungen gibt es Vorgaben im Rahmen von Reha-Therapiestandards.

Die DRV erwartet, dass der Kinder- und Jugendarzt innerhalb von maximal 14 Tagen den Reha-Entlassungsbericht von der Klinik erhält. All diese Vorgaben werden regelmäßig überprüft. In regelmäßigen Abständen findet eine ganztägige Visitation durch die DRV in den Kliniken statt.

Alle Informationen zur Kinder- und Jugendreha: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Korrespondenzadresse:

Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
Alwin Baumann, Freiherr-von-Eichendorff-Str. 8/1, 88239 Wangen im Allgäu
E-Mail: a.baumann@bkjr.de
kontakt@kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Red.: WH

Mitteilungen aus dem Verband

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND SACHSEN-ANHALT

Termingerecht findet vom 13.08. bis 03.09.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seines Stellvertreters, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 03.09.2018 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Sachsen-Anhalt, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Roland Achtzehn, Wanzleben, Landesverbandsvorsitzender

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG

Termingerecht findet vom 17.09. bis 08.10.2018 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 08.10.2018 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Baden-Württemberg, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Roland Fressle, Freiburg, Landesverbandsvorsitzender

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Pädiatrische Fallvignette 5

Schwerpunkthema: Chassaignac-Subluxation des Radiusköpfchens



Dr. Wolfgang Landendörfer

Fallbeschreibung:

Ein 4 Jahre altes Kleinkind hat sich auf dem Klettergerüst durch zugreifen mit der rechten Hand gerade noch vom Sturz bewahren können. Seither wird der rechte Arm geschont und kann nicht mehr eleviert werden. Vorstellung in der Praxis in Begleitung der berufstätigen Mutter, die hierfür die Erwerbstätigkeit unterbrechen musste.

Befund:

Rechter Arm in pronierter Beugeschonhaltung

Klinische Diagnose einer Chassaignac-Subluxation des Radiusköpfchens

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in €
Primärversorgung:	125	Unfallbericht nach Muster F1050	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	143	Kinderkrankenpflege-Verletztengeld	2,96
	1	Symptomorientierte Untersuchung	6,71
	2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniscus, der Subluxation eines Radiusköpfchens oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenkes	8,94
Erläuterung:	Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden. Die GOP 143 bezieht sich eigentlich auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Erwachsenenbehandlung. Die GOP 143 darf auch für die Ausstellung der Bescheinigung zum Bezug des Kinderpflege-Verletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes verwendet werden. Die GOP 2226 ist nur einmal abrechenbar; unabhängig von der Anzahl der Versuche und vom Erfolg. In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel eine Abrechnungssumme in Höhe von 27,79 € .		

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Maßnahmen:

Erster Repositionsversuch mit fraglichem Erfolg, da persistierende Schonhaltung. Gabe Ibuprofen p.o., Beobachtungszeit 25 Minuten, erneute klinische Prüfung, zweiter Repositionsversuch – erfolgreiche Reposition bei zweiter klinischer Kontrolle 30 Minuten später.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendörfer

90482 Nürnberg

E-Mail: praxis@dr-landendoerfer.de

Red.: WH

Mitteilungen aus dem Verband

ERGEBNIS

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

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter
Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter
Schatzmeisterin
1. Ersatzdelegierter
2. Ersatzdelegierte

Dr. Andreas Lemmer, Erfurt
Dr. Wolfgang Karmrodt, Mühlhausen
Dipl.-Med. Veronika Bier, Erfurt
Dr. Ronald Bastian, Zeulenroda
Dipl.-Med. Brigitta Dahlmann, Erfurt

Erste Stimmen aus der Praxis zu dem Projekt



Das Projekt TransFIT zur Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und zur Vermeidung von Komplikationen bei Transitionen, hat volle Fahrt aufgenommen. Die ersten Patienten sind eingeschrieben und Fallmanagerinnen und Kinder- und Jugendärzte sind aktiv. Dr. Andrea Dickmanns aus Grefrath hat sich mit uns über das Projekt in der Praxis ausgetauscht – dabei standen diese Fragen im Mittelpunkt:

Frage: Zuerst einmal herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und Bereitschaft unsere Fragen zu beantworten. Frau Dr. Dickmanns, was begeistert Sie als Kinder- und Jugendärztin am TransFIT Projekt?

Frau Dr. Dickmanns: Mich begeistert, dass es nun endlich eine Möglichkeit gibt, schon vor dem 18. Geburtstag für chronisch kranke Patienten den weiterbehandelnden Kollegen/die weiterbehandelnde Kollegin zu finden, der/die sich in den Fall einarbeiten kann und dem/der wir Befunde übergeben können. Zudem finde ich es auch hilfreich, dass es ein begleiteter Vorgang ist, d.h. auch der Patient ernst genommen wird und mitentscheiden kann, wie es weiter geht.

Die Sorgen der Eltern, wie es nach dem 18. Lebensjahr weiter geht, werden ernst genommen und die Eltern dann im Prozess, in die andere Praxis zu wechseln, unterstützt.

Frage: Nun haben Sie ja auch besondere Erwartungen an das Projekt. Welche Erwartungen und vielleicht auch Hoffnungen haben Sie?

Frau Dr. Dickmanns: Erwartungen meinerseits sind, dass sich weiterbehandelnde Kollegen/Kolleginnen finden, mit denen ich mich austauschen kann und dies über eine längere Zeit vor dem Wechsel, so dass der Patient nicht ohne weitere ärztliche Versorgung bzgl. seiner Problematik alleine bleibt, sobald er/sie 18 Jahre alt wird. Die Unterstützung der Patienten und der Eltern liegen mir natürlich auch am Herzen. Deshalb befürworte ich auch Schulungsangebote und Gespräche, die durch das Team übernommen werden.

Frage: Projekte starten und manchmal gibt es Hindernisse, mit denen nicht so im Vorfeld gerechnet werden konnte. Welche Hindernisse sehen Sie hier und was möchten Sie uns als Projektverantwortliche mit auf den Weg als Empfehlung geben?

Frau Dr. Dickmanns: Hindernisse sehe ich darin, dass nur die Techniker KK dieses Projekt derzeit unterstützt. Ansonsten eigentlich keine, da die Eltern oft dringend weiterbehandelnde Ärzte suchen und Hilfe gern in Anspruch nehmen. Wichtig ist mir, dass die Jugendlichen und ihre Eltern erkennen, wie sinnvoll eine derartige Begleitung ist und Kinder- und Jugendärzte genau die richtigen Ansprechpartner für sie sind. Wir kennen die Jugendlichen meist seit dem Säuglingsalter und können ihre Entwicklung gut einschätzen. Dass die Techniker KK ihre chronisch kranken Kinder und Jugendliche explizit auf das Programm aufmerksam macht ist wichtig, denn so kann zusätzlich gewährleistet werden, dass keiner vergessen oder übersehen wird.

Frage: Leider stehen nicht immer alle Kinder- und Jugendärzte diesem Projekt und der Thematik positiv gegenüber. Warum sollten aus Ihrer Sicht sich viele Kinder- und Jugendärzte beteiligen?

Frau Dr. Dickmanns: Für viele Kolleginnen und Kollegen stellt sich die Frage: „Wer betreut die chronisch kranken Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus?“ Dies wird mit diesem Projekt beantwortet. Es ist wichtig für mich, persönlichen Kontakt zu weiterbehandelnden Ärzten aufzubauen. Denn es sind oft komplexe Fälle, die Zeit und einen intensiven Austausch benötigen.

Des Weiteren fühle ich mich in meiner Tätigkeit als Kinder- und Jugendärztin unterstützt und ich habe das Gefühl, dass die Patienten gut versorgt sind.

Liebe Frau Dr. Dickmanns, ganz herzlichen Dank für Ihre Antworten auf unsere Fragen. Transition und die Stärkung der Selbstmanagement Kompetenzen sind Prävention für chronisch kranke Kinder und Jugendliche, damit sie gut versorgt erwachsen werden können.

Hinweis:

Das Projekt wird weiterhin auf unterschiedlichen Kongressen und Zusammenkünften des BVKJ präsentiert. Hier stehen wir für Fragen und Anregungen jederzeit zur Verfügung. Außerdem erreichen Sie uns bei Fragen und Anregungen über das Kontaktformular auf der Projekt-Website www.innovation-transfit.de. Das Interview führte Dr. Martina Oldhafer; Sie leitet das Change-Management am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und ist die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin (DGfTM). In dem Projekt TransFIT ist sie für die Projektkommunikation verantwortlich.

Kontakt:

BVKJ-Service GmbH
Mielenforster Str. 2
51069 Köln
Tel.: 0221-6890939
E-Mail: [bvkservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkj-servicegmbh@uminfo.de)

Red.: WH

Pädiatertreffen Deutschland, Österreich, Schweiz

Am 26. Mai 2018 fand in München ein weiteres Treffen der ambulant tätigen Pädiater aus dem deutschsprachigen Raum statt („Drei-Länder-Treffen“). Vertreten waren die Länder Österreich (Dr. Wilhelm Sedlak, Delegierter ECPCP), Schweiz (Dr. Heidi Zinggeler - Fuhrer, Präsidentin Kinderärzte Schweiz KIS; Dr. Jan Chalik, Vizepräsident Kinderärzte Schweiz KIS) sowie seitens des BVKJ die Vortandsmitglieder Dr. Karin Geitmann (Beauftragte ECPCP) sowie Schatzmeister Dr. Tilman Kaethner, Vizepräsident Dr. Roland Ulmer und ich.



(v.l.n.r.): Dr. Wilhelm Sedlak, Dr. Jan Chalik, Dr. Heidi Zinggeler, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Karin Geitmann, Dr. Roland Ulmer

Gemeinsame Themen

Das Gespräch diente dem aktuellen Austausch über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der berufspolitischen Lage der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin in den drei Ländern und fand in einer ausgesprochen freundschaftlichen Atmosphäre statt.

Obwohl die Versorgungsstrukturen in allen drei Ländern sehr unterschiedlich sind – ein KV – System kennt außer

Deutschland niemand! – sind dennoch die Sorgen ähnlich. Ganz vorneweg steht das Nachwuchsproblem, denn die demographischen Verhältnisse innerhalb der Ärzteschaft sind durchaus vergleichbar.

Eine deutliche Zunahme der Geburtenzahlen findet sich hingegen nur in Deutschland. In Österreich gibt es wegen des bereits heute starken Pädiatermangels – selbst in der Hauptstadt Wien können Praxissitze nicht wiederbesetzt werden – Pläne der Regierung, sogenannte

Primary Care Centres zu etablieren und die freie Niederlassung abzuschaffen. In der Schweiz ist die pädiatrische Versorgung in den 26 Kantonen sehr heterogen geregelt, was zusätzlich für Probleme sorgt. Interessant ist in der Schweiz eine nahezu geniale Kooperation in Gestalt der mfe (Mèdecins de famille e de l'enfance Suisse), einem Verband, der sich die hausärztliche Versorgung auf die Fahne geschrieben hat und aus Allgemeinmedizinern und Pädiatern besteht (<http://www.hausaerzteschweiz.ch/>). Beide Fachgruppen treten mit einer Stimme gegenüber der Politik auf. Leider sind wir davon in Deutschland noch Lichtjahre entfernt, aber es bleibt nach wie vor Ziel des BVKJ innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs mit den dort verorteten Fachgruppen Allgemeinmedizin und Hausärztlichen Internisten Kooperation voranzubringen. Dazu diente auch ein Gesprächsaustausch zwischen dem Vorsitzenden des Deutschen Hausärzteverbands Ulrich Weigelt und Vertretern des BVKJ unlängst in Berlin.

Korrespondentanschrift:

Dr. Thomas Fischbach, Präsident BVKJ,
51069 Köln

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

Schläft mein Kind genug?

Nicht-erholsamer Schlaf und Begleitphänomene des Schlafs // Die Häufigkeit von Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen scheint in den letzten 20 Jahren zugenommen zu haben. Für die Erholungsfunktion des Schlafs ist nicht die Schlafdauer, sondern die Qualität des Nachtschlafs entscheidend. Parasomnien („Begleiterscheinungen des Schlafs“) und damit einhergehende kurze Schlafunterbrechungen sind bei Kindern häufig und aus kinderärztlicher Sicht meist „harmlos“. Sie können aber im Familienalltag eine erhebliche Belastung darstellen. Bei typischer Schilderung können Parasomnien anhand der Anamnese diagnostiziert werden. In unklaren Fällen muss eine umfangreiche Differenzialdiagnose berücksichtigt werden, sodass im Einzelfall eine Untersuchung im pädiatrischen Schlaflabor (einschließlich EEG und Video) sinnvoll sein kann. Auf therapeutische Aspekte wird eingegangen.



Prof. Dr. Bernhard Schlüter

Dr. Uta Schürmann

Patrizia Kutz

Prof. Dr. Claudia Roll

Abkürzungsverzeichnis

DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
ICSD	International Classification of Sleep Disorders
NREM	Nicht REM, d.h. Leicht- und Tiefschlaf
PLMD	Periodic limb movement disorder
REM Schlaf	Rapid eyes movement Schlaf, Traumschlaf
RLS	Restless Legs Syndrom

Einleitung

Im Mittel verbringt jeder Mensch ungefähr ein Drittel seiner Lebenszeit mit Schlafen. Im Vergleich zu dem, was wir im Wachen erleben, ist uns der Schlaf „fremd“ – weil wir so wenige Erinnerungen daran haben, was wir im Schlaf erleben. Schlafen ist ein geregelter Ablauf. Im Vergleich zu anderen Regulationsmechanismen des Körpers ist die Schlafregulation in jedem Lebensalter störanfällig – durch Umgebungs- und Umweltreize wie Licht und Lärm und durch psycho-emotionale Triggerfaktoren. „Schläft mein Kind genug?“ ist eine Elternsorge mit der Kinder- und Jugendärzte (-innen) in der Praxis immer wieder konfrontiert werden.

Kinder- und Jugendarzt und Elternsorgen

Zwischen 1991 und 1996 veröffentlichten G. Stickler und H. Olbing mehrere Artikel zum Thema „Kinderarzt und Elternsorgen“, auch in dieser Zeitschrift [36].

Aus der Perspektive der Kinder- und Jugendärzte (-innen) machten sich die Eltern im Jahre 1996 deutlich mehr Sorgen um ihre Kinder als die Eltern im Jahre 1986. Die Medien (Fernsehen, Print-Medien) standen bei den vermuteten Ursachen an erster Stelle („Verunsicherung nach mediengesteuerten Gesundheitsskandalen“).

In der Umfrage des Jahres 1996 stand „zu wenig Schlaf (oft/häufig)“ in der Perspektive der Eltern an fünfter Stelle der Sorgenliste, in der Perspektive der Kinder- und Jugendärzte an neunter Stelle [36].

Aus der Perspektive eines Kinderschlaflabors ist in den letzten zehn Jahren ein deutlicher Anstieg bei der Abklärung

von Ein- und Durchschlafstörungen festzustellen (Abbildung 1).

Neben einer echten Zunahme schlafgestörter Kinder und Jugendlicher spielen folgende Aspekte vermutlich eine Rolle:

- Genauere Beobachtung des Kinderschlafs durch die Eltern
- „Leben nach der Uhr“ schon bei Kleinkindern
- Zunahme der Besorgnis der Eltern
- Tendenz zum Pathologisieren von Normalem
- Veränderte Lebenswelten von Kindern [30]

Alle diese Faktoren tragen in den pädiatrischen Praxen zu einer vermehrten Beschäftigung mit dem Kinderschlaf bei. Im Januar 2017 wurde vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKM) vor der unkritischen Verordnung und der unkontrollierten Gabe von schlaffördernden Medikamenten bei Kindern gewarnt, obwohl keine validen Zahlen über eine Zunahme von entsprechenden Verordnungen vorlagen [9, 11]. Bei den Veränderungen der Lebenswelt von Kindern macht sich der allgegenwärtige Einfluss der Medien bemerkbar [8, 12]: Kleinkinder werden am frühen Morgen vor den Fernseher gesetzt, „damit sie ruhig sind“; ein Drittel der Grundschüler hat einen eigenen Fernseher im Schlafraum; Jugendliche gehen mit eingeschaltetem Handy ins Bett, „weil sie immer erreichbar sein wollen“. Der Einfluss der elektronischen Medien und ihre missbräuchliche Nutzung haben im Zeitalter der Digitalisierung im Vergleich zu 1996 enorm zugenommen.

Gleichwohl wurde durch Studien belegt, dass Schlafprobleme im Kindes- und Jugendalter in westlichen Industriestaaten

unterdiagnostiziert sind [2], in der medizinischen Lehre und Fortbildung eine nachgeordnete Rolle spielen [6] und Kinder- und Jugendärzte (-innen) im Umgang mit Schlafproblemen unsicher sind [37, 39].

Gibt es Normwerte für den Kinderschlaf?

„Wie viel Schlaf braucht mein Kind?“ – Die Beantwortung dieser Frage vor ca. 20 Jahren und heute spiegelt einen Paradigmenwechsel in der Schlafforschung und Schlafmedizin wider. Nicht die Schlafdauer ist entscheidend, sondern die Qualität des Schlafs, erkennbar an der Erholbarkeit. Eine aktuelle Studie an Kindern und Jugendlichen bestätigt dies [31].

Referenzwerte für die Schlafdauer in verschiedenen Altersstufen wurden auf der Basis der Züricher Longitudinalstudie (n=493 Schweizer Kinder, Kohorten der Jahrgänge 1974 bis 1986) [20, 22] publiziert. In allen Altersstufen fand sich eine große Variabilität, was auf die Existenz verschiedener Schlafertypen hindeutete. So schliefen im Alter von sechs Monaten 96 % der Kinder zwischen 10,4 und 18,1 Stunden; im Alter von sechs Jahren schliefen 96 % der Kinder zwischen 9,3 und 12,6 Stunden [22].

Bei Erwachsenen entsprechen zwei Drittel dem Normalschlafertyp (7-8 Std. Nachtschlaf). Das verbleibende Drittel teilt sich auf in den (gesunden) Kurzschlafertyp (stets < 7 Std. Nachtschlaf;

Untergrenze 4,5 bis 5 Std.) und den (gesunden) Langschlafertyp (stets > 8 Std., Obergrenze bei 12 Std.). Die Normvarianten der Schlafdauer gelten als genetisch determiniert, wobei kein einfacher Erbgang vorzuliegen scheint. Tendenziell sind diese Varianten bereits im Kindes- und Jugendalter erkennbar.

In der Schweizer Longitudinalstudie waren auch über die Generationen hinweg bestehende Trends zu beobachten, insbesondere eine signifikante Abnahme der Gesamtschlafzeit in den ersten sieben Lebensjahren. Gegenüber 1974 mit 14,2 Stunden hatte die mittlere Gesamtschlafzeit bei zweijährigen Kindern im Jahre 1986 auf 13,5 Stunden abgenommen [20]. Dies war auf eine Rückverlage-

Tab. 1: Fragen, die vor einer Untersuchung im pädiatrischen Schlaflabor abgeklärt werden sollten.

Kind mit nicht erholsamem Schlaf:	
Besteht eine Beeinträchtigung der Tagesfunktion bei Ein- und Durchschlafstörungen?	Dies ist bei Parasomnien nicht regelmäßig der Fall, kann aber bei (Tagesmüdigkeit, -schläfrigkeit) Parasomnien, die mehrfach in jeder Nacht auftreten, vorkommen.
Besteht ein adäquater Umgang mit dem Schlaf (adäquate Schlafhygiene)?	Bei Kindern mit Parasomnien trifft dies i.d.R. zu.
Ist der Schlaf an den zirkadianen Rhythmus angepasst?	... trifft i.d.R. zu.
Werden schlafstörende Substanzen eingenommen?	... trifft i.d.R. nicht zu.
Bestehen Symptome einer organischen und/oder psychischen Erkrankung?	... trifft i.d.R. nicht zu.

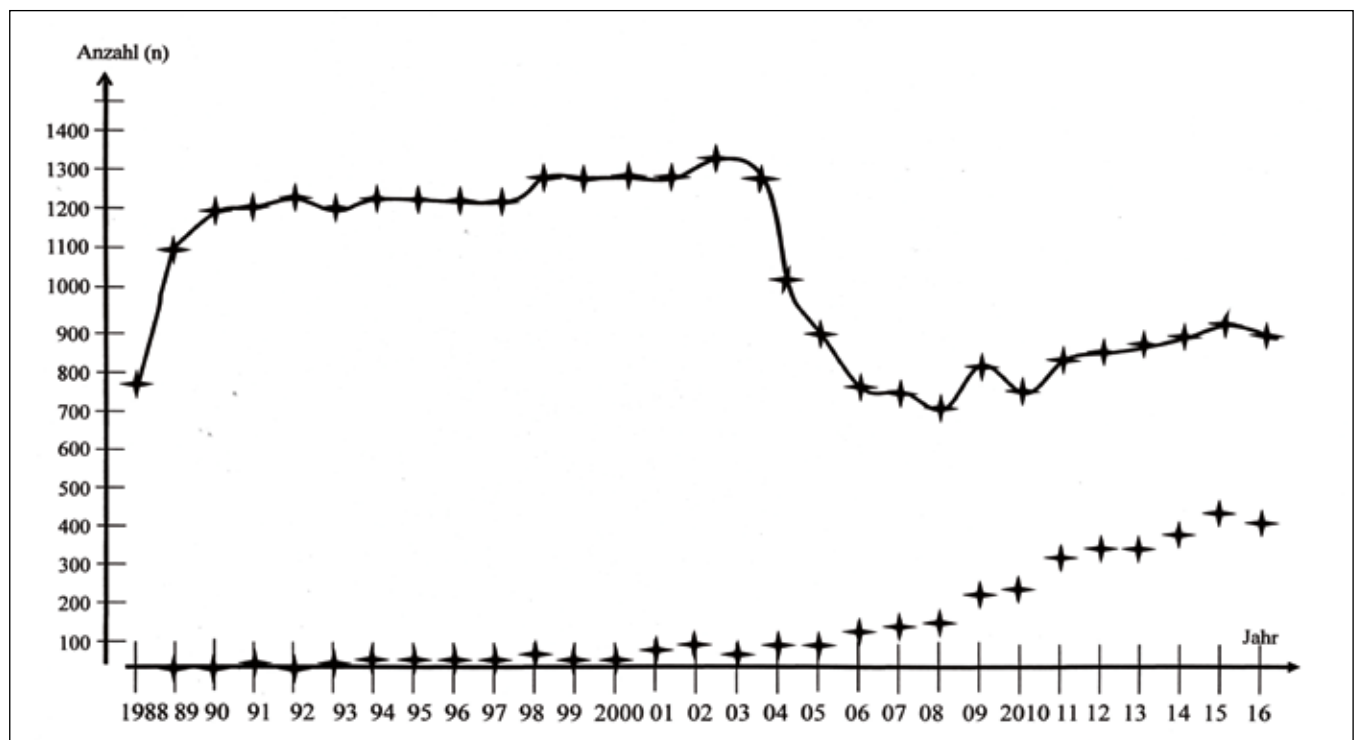


Abb. 1: Schlaflabor der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln (1988-2016; 29 Jahre): Gesamtzahl der untersuchten Kinder und Jugendlichen (durchgezogene Linie) und Anzahl der Untersuchungen wegen Ein- und Durchschlafstörungen. Ab dem Jahre 2006 ist ein stetiger Anstieg der Patienten mit Ein- und Durchschlafstörungen zu erkennen.

nung der Zubettgehzeiten zurückzuführen [20].

Die Orientierung an vermeintlichen „Normwerten“ ist somit wenig sinnvoll. Seit der von der DGSM im Jahre 2001 herausgegebenen Leitlinie „S2“ gilt das Konzept des „nicht-erholsamen Schlafs“ [13].

Die Frage „Schläft mein Kind genug?“ lässt sich also am Verhalten des Kindes am Morgen nach dem Aufwachen und im Tagesverlauf entscheiden. Mit der Einschulung tritt ein evtl. vorhandener Schlafmangel besonders deutlich hervor (Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, Stimmungslabilität). Bereits in der ersten Klasse wird erwartet, dass das Kind 45 Minuten still sitzt – eine hohe Erwartung an Erstklässler.

Es ist zu beachten, dass Kinder im Vergleich zu Jugendlichen und Erwachsenen selten explizit über „Müdigkeit“ klagen. Sie zeigen vermehrte Stimmungsschwankungen und versuchen sich durch Bewegung wach zu halten (Hypermobilität). Schließlich kann auch Schlafen zu ungewöhnlichen Zeiten auffallen.

Klinischer Algorithmus „Der nicht-erholsame Schlaf“

Bei Verdacht auf Schlafmangel bei nicht-erholsamem Schlaf sollte entsprechend dem Klinischen Algorithmus „Der nicht-erholsame Schlaf“ [1, 13] vorgegangen werden (Abbildung 2). Dieses Vorgehen soll am Beispiel der Parasomnien erläutert werden (Tabelle 1). Die Grenze zwischen dem Physiologischen und dem Pathologischen (Behandlungsbedürftigkeit) ist hier besonders schwer zu ziehen. Erst nach der anamnestischen Klärung verschiedener Fragen (Tabelle 1) ist ggf. eine Untersuchung im pädiatrischen Schlaflabor sinnvoll.

Was sind Parasomnien?

Aus der Wortbedeutung (para = neben; somnus = Schlaf) ergibt sich, dass alles, was neben dem normalen Schlaf herläuft, alle Begleiterscheinungen des Schlafs unter der Überschrift „Parasomnien“ zusammengefasst werden können (Tabelle 2).

„Neben dem normalen Schlaf“ bedeutet, dass die Schlafgliederung (Hypnogramm; Makrostruktur des Schlafs; Schlafstadienfolge; Schlafzyklen (Abbildung 3)) bei den von Parasomnien Betroffenen in der Regel nicht gestört ist [1, 13, 18]. Die normalen Mechanismen, die den zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus und während des Schlafens einen ultradianen Rhythmus (Leichtschlaf, Tiefschlaf, REM-Schlaf) generieren, funktionieren ungestört [1, 13, 18].

Parasomnien sind Ausdruck der Aktivierung motorischer und vegetativer Funktionen während des Schlafs [7]. Die Ursachen dieser Aktivierungen („Arousal“) sind heute noch weitgehend unbekannt.

In der ICSD-Klassifikation der Schlafstörungen (Tabelle 3) [1, 13] stellen Parasomnien eine Hauptgruppe dar. Die polysomnographische Untersuchung im Schlaflabor zeigt die Störung im Bereich der Mikrostruktur, z.T. auch im Bereich der Makrostruktur des Schlafs (Tabelle 4).

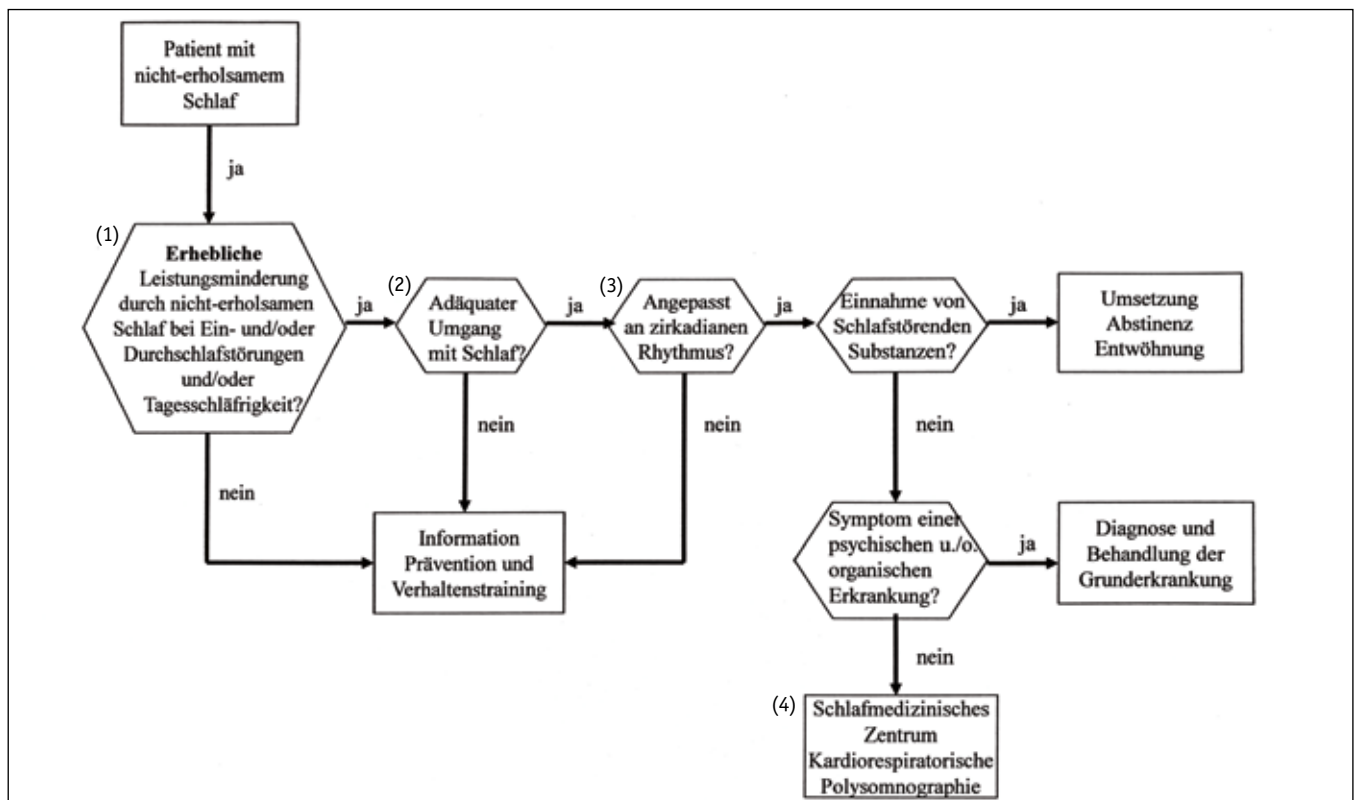


Abb. 2: Klinischer Algorithmus „Der nicht-erholsame Schlaf“ (Leitlinie S3 der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, DGSM)

- (1) Auffällige Symptome im Wachen und/oder im Schlaf
- (2) Inadäquate Schlafhygiene
- (3) Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen
- (4) V.a. genuine („intrinsic“) Schlafstörung (Hypersomnie/Narkolepsie; psychophysiologische Insomnie; schlafbezogene Atmungsstörungen; schlafbezogene Bewegungsstörungen)

Formen von Arousal (Tabelle 4)

Bei Kindern und Jugendlichen finden sich in jedem Nachtschlaf spontane Arousalreaktionen (kurze Weckreaktionen). Ein Bonmot, das von Schlafforschern in Vorträgen immer wieder zitiert wird, lautet: Wir sollten uns nicht fragen, warum wir schlafen. Wir sollten uns fragen, warum wir wachen.

Arousalmechanismen sind basale Mechanismen, ohne die ein Aufwachen aus dem Schlaf nicht möglich wäre. Hingegen kann eine vermehrte Arousalaktivität zu nicht-erhosamem Schlaf beitragen. NREM-Parasomnien beginnen stets mit einem Arousal.

Epidemiologie ausgewählter Parasomnien

Häufigkeitsangaben zu ausgewählten Parasomnien sind in der Tabelle 5 zusammengestellt. Die Häufigkeitsangaben variieren zwischen verschiedenen Studien zum Teil erheblich. Dafür sind vor allem methodische Probleme verantwortlich (Studiendesign: Selektions-Bias; Observer-Bias und Recall-Bias in Fragebogenstudien etc.). Wenn gefragt wurde, ob ein Phänomen bei einem Kind mindestens einmal auftrat, ergaben sich zum Teil hohe Prävalenzzahlen, die nicht bedeuten, dass eine klinisch relevante Ausprägung der Störung vorlag. Fragt man Eltern nach Alpträumen ihrer Kinder beziehungsweise Pavor nocturnus, kann es zu Verständigungsschwierigkeiten kommen. Eltern denken eher an Alpträume als an Pavor nocturnus, wenn Kinder schreiend aus dem Schlaf hochschrecken.

Die Prävalenz der Parasomnien ist in der Altersgruppe null bis zwölf Jahre mit 12,5 % hoch. Spontane Rückbildungen sind möglich, sodass die Prävalenz bis zum Erwachsenenalter auf 1 bis 4 % abnimmt [29]. Schlafwandeln, Pavor nocturnus, Alpträume und Enuresis nocturna sind die häufigsten klinisch relevanten Parasomnien im Kindesalter (Tabelle 5).

Die Prävalenz der Enuresis nocturna korreliert am deutlichsten mit dem Lebensalter. Pavor nocturnus weist im Kleinkind- und Vorschulalter, Schlafwandeln und Alpträume weisen im Grundschulalter die größte Prävalenz auf (Tabelle 5). Außer der Schlaftrunkenheit, die bei Jugendlichen häufig vor-

Tab. 2: Parasomnien

1. Klassifizierte Parasomnien [1, 13, 29]
Arousal-Störungen (Non-REM-Parasomnien)
Schlaftrunkenheit
Schlafwandeln
Pavor nocturnus (Nachtschreck)
REM-Schlaf-assoziierte Parasomnien
Alpträume
(isolierte) Schlaflähmung
REM-Schlaf-Verhaltensstörung (Schenck-Syndrom)
Parasomnien, die nicht an ein bestimmtes Schlafstadium gebunden sind
Enuresis nocturna
schlafbezogene dissoziative Störung
Katathrenie (nächtliches Stöhnen)
schlafbezogene Halluzinationen
schlafbezogene Essstörung
2. Nicht klassifizierte Parasomnien
Nächtliches Schwitzen
(isoliert auftretende) Veränderungen des Herzrhythmus und /oder der Atmung im NREM- bzw. REM-Schlaf
3. Früher als Parasomnien klassifizierte Phänomene, die in der ICSD-2, 2005 nicht mehr aufgeführt werden:
Einschlafzuckungen
Somniloquie (Sprechen im Schlaf)
Nächtliche Wadenkrämpfe
Beeinträchtigung der Erektionen im Schlaf
REM-Schlaf assoziierte Asystolie (Sinusarrest)
Schlafbezogenes abnormes Schlucksyndrom
Syndrom des ungeklärten plötzlichen natürlichen Todes
Gutartiger Schlafmyoklonus des Neugeborenen
4. Der Hauptgruppe „Schlafbezogene Bewegungsstörungen“ werden nach ICSD-2, 2005 zugeordnet:
Bruxismus (Zähne knirschen im Schlaf)
Rhythmische Bewegungsstörung im Schlaf („head banding“, „body rocking“, Jactatio capitis et corporis)
5. Der Hauptgruppe „Isolierte Symptome etc.“ werden nach ICSD-2, 2005 zugeordnet:
Habituelles Schnarchen

Tab. 3: Hauptgruppen der ICSD-2, 2005 [29] (seit 2014 ICSD-3)

1 Insomnien
2 Hypersomnien
3 Schlafbezogene Atmungsstörungen
4 Schlafbezogene Bewegungsstörungen
5 Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen
6 Parasomnien
7 Isolierte Symptome, Varianten, ungelöste Probleme
8 Andere Schlafstörungen

Tab. 4: Arousal

Mikrostruktur des Schlafs: Mikro-Arousal
EEG-Arousal
Vegetatives Arousal
Makrostruktur des Schlafs: Makro-Arousal
Motorisches Arousal, Movement-Arousal

kommt, sind andere Parasomnien eher selten (Tabelle 2) [40].

Krankheitswert der Parasomnien

Die Frage des Krankheitswerts und der Behandlungsbedürftigkeit der Parasomnien bezieht sich vor allem darauf, inwieweit Parasomnien den Schlaf unterbrechen [7]. Der Versuch, den Krankheitswert der Parasomnien aus der Defi-

inition abzuleiten, führt in ein Dilemma, welches mit der „Doppelnatur“ des Schlafes zusammenhängt [18]. Schlafen ist einerseits ein physiologisches, andererseits gleichzeitig ein psychologisches Geschehen. Außerdem sind Schlafen und Wachen nicht als Gegensätze zu verstehen, sondern als Pole eines Kontinuums [18]. Parasomnien gehen nicht per se mit einer „Störung“ des Schlafes einher, sondern mit einem „unvollständigen Erwachen“, wobei verschiedene Grade der Wachheit

möglich sind [7]. Physiologische Kennzeichen des EEG-Schlafs bestehen fort (d.h. keine Unterbrechung der Schlafkontinuität), während subjektiv eine Veränderung der Schlafwahrnehmung vorhanden sein kann (z.B. Alpträume) [29]. Oder umgekehrt: Auf der Bewusstseinssebene besteht Amnesie, während neben den physiologischen Schlafkriterien zahlreiche motorische, vegetative und/oder EEG-Arousal nachweisbar sind (z.B. Pavor nocturnus) (Abbildung 4) [32].

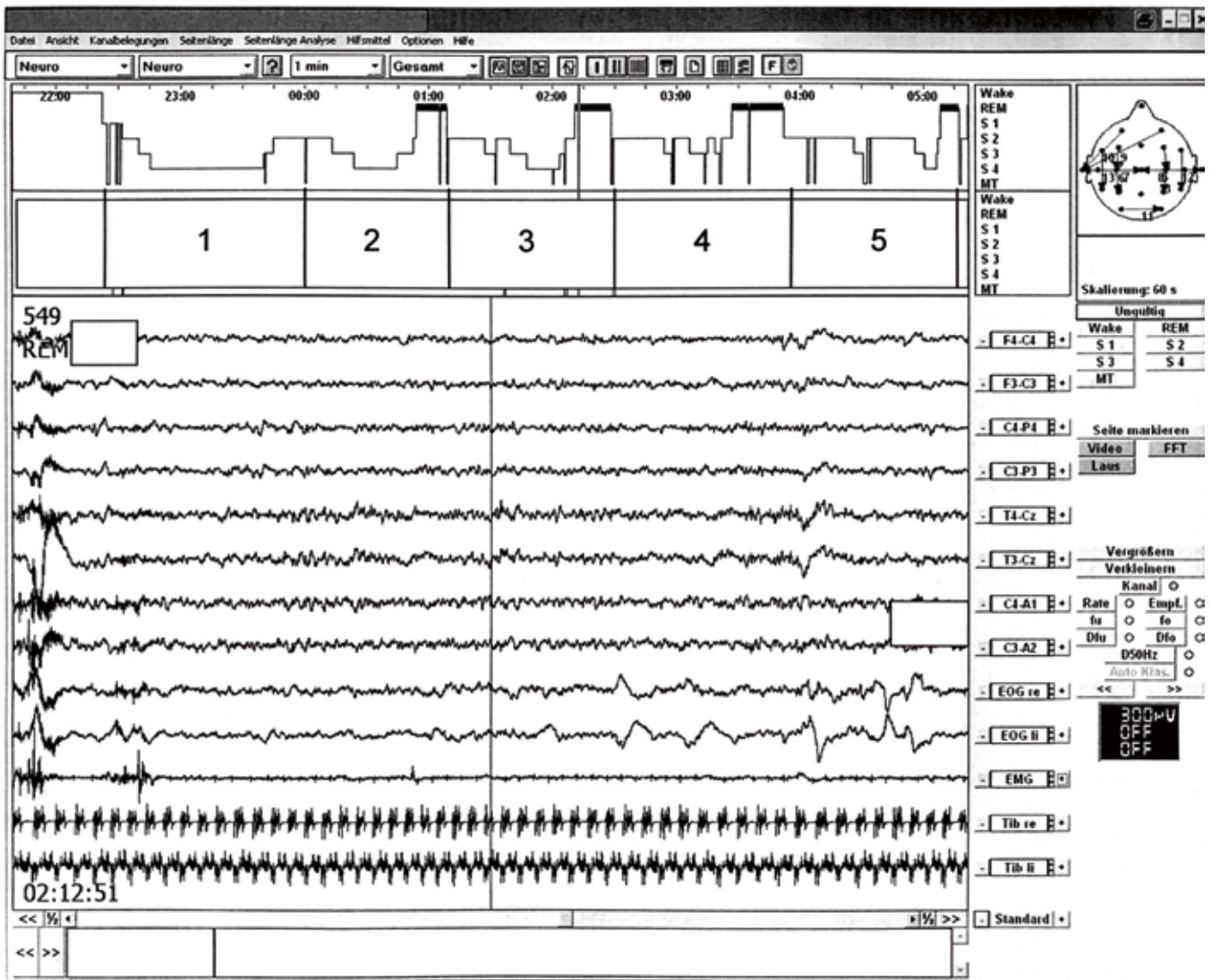


Abb. 3: Normales Hypnogramm (oben) und normaler REM-Schlaf (unten) bei einem 13,5 Jahre alten Jungen mit Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen.
Oberer Teil: Schlafbeginn um 22:23 Uhr. In der Zeit von 22:23 bis 05:17 Uhr kommen 5 Schlafzyklen zur Darstellung. Die mittlere Schlafzyklusdauer ist mit 80 Minuten altersentsprechend.
Unterer Teil: Ausschnitt von 1 Minute Dauer aus der zweiten REM-Phase (02:12:51 Uhr). In der ersten Hälfte des Ausschnitts finden sich kurze Muskelaktivierungen bei sonst sehr niedrigem Grundtonus („phasischer REM-Schlaf“). In der zweiten Hälfte kommen neben einem niedrigamplitudig-gemischtfrequenten EEG und einem sehr niedrigen EMG-Tonus schnelle Augenbewegungen in den EOG-Kanälen zur Darstellung („tonischer REM-Schlaf“).
 Non-REM-Parasomnien (Pavor nocturnus) treten bevorzugt am Ende der ersten Tiefschlafphase auf. Die Zeit des bevorzugten Auftretens von REM-Schlaf-Parasomnien (z.B. Alpträume) liegt in den REM-Schlaf-Phasen der frühen Morgenstunden. Über das Traumerleben können die neurophysiologischen Ableitungen nichts aussagen.

Die Frage nach dem Krankheitswert der Parasomnien kann nicht pauschal beantwortet werden. „Sprechen im Schlaf“, „Zähneknirschen“ und „Einschlafzuckungen“ sind so häufig vorkommende Phänomene, dass sie nicht von vornherein als pathologisch bezeichnet werden können. Konsequenterweise werden diese Phänomene in der ICSD-2 [1] nicht mehr als Parasomnien klassifiziert. Bei „Pavor nocturnus“, „Schlafwandeln“, „Alpträumen“ und „Enuresis nocturna“ ist der Krankheitswert im Einzelfall anhand der biographischen Anamnese zu bewerten. Dabei ist die Beeinträchtigung der Tagesfunktion ausschlaggebend.

Parasomnien in der Systematik der Schlafstörungen

Sowohl in der ICSD-R (1997) als auch in der ICSD-2 (2005) bilden die Parasomnien eine Hauptgruppe [1, 13]. Inhaltlich wurde das Kapitel „Parasomnien“ in der ICSD-2 erheblich überarbeitet. Aus pädiatrischer Sicht sind die meisten Änderungen von untergeordneter Bedeutung, da die jeweiligen Phänomene bei Kindern und Jugendlichen selten oder gar nicht beobachtet werden (Tabelle 2).

Habituelles Schnarchen, d.h. Schnarchgeräusche, die nicht mit schlafbezogenen Atmungsstörungen einhergehen, wird nicht mehr als Parasomnie klassifiziert

sondern der Hauptgruppe „Isolierte Symptome“ zugeordnet.

Kindliche Apnoe wurde in der ICSD-R (1997) sowohl als „schlafbezogene Atmungsstörung“ als auch als „Parasomnie“ klassifiziert. Die ICSD-2 (2005) ordnet die „kindliche Apnoe“ allein den schlafbezogenen Atmungsstörungen zu, nicht mehr den Parasomnien.

In der ICSD-2 (2005) werden folgende Phänomene als schlafbezogene Bewegungsstörungen klassifiziert, welche zuvor (ICSD-R; 1997) zu den Parasomnien gezählt wurden: Zähneknirschen im Schlaf; rhythmische Bewegungen im Schlaf.

Einschlafzuckungen gelten nicht mehr als Parasomnien, sondern werden der Hauptgruppe „Isolierte Symptome etc.“ zugeordnet. Es handelt sich phänomenologisch um kurze, für den Schläfer überraschende Muskelkontraktionen des Körpers oder von Teilen des Körpers. Nur bei starken, repetitiven und regelmäßig auftretenden Muskelkontraktionen beim Einschlafen kommt es im Einzelfall zu Einschlafstörungen. Sie gelten in durchschnittlicher Ausprägung als physiologisch und treten bei bis zu 70 % der Bevölkerung beim Übergang vom Wachen zum Schlaf auf. Die Ursache der Einschlafzuckungen wird in der absteigenden Retikulärformation des Hirnstammes, aufgrund einer Instabilität des Systems beim Wach-Schlaf-Übergang, vermutet [40].

Phänomenologie ausgewählter Parasomnien

Bisher ist es nur möglich, die Parasomnien phänomenologisch zu beschreiben [1, 13, 18]. Die derzeitigen Kenntnisse zur Ätiopathogenese sind unvollständig. Phänomenologisch handelt es sich um abnorme und bizarre Bewegungen, Verhaltensweisen, Emotionen, Wahrnehmungen, Träume und Funktionen des autonomen Nervensystems während des Schlafs. Parasomnien sind häufig komplexe, scheinbar zielgerichtete Verhaltensweisen, die aber nicht der Kontrolle durch das Bewusstseins unterliegen [40].

Schlaftrunkenheit (confusional arousal)

Geistige und verhaltensbezogene Verwirrtheit während und nach dem Erwachen aus dem Schlaf wird typischerweise beim nächtlichen Erwachen aus dem Tiefschlaf beobachtet, kann aber auch beim endgültigen Erwachen am Morgen auftreten. Charakteristische Merkmale sind fehlende räumliche und zeitliche Orientierung, verlangsamte oder verwaschene Sprache sowie ein reduziertes Denkvermögen. Es besteht anterograde und retrograde Amnesie. Beim Wecken der Betroffenen kann es zu unangepassten Verhaltensweisen kommen [40].

Tab. 5: Epidemiologie ausgewählter Parasomnien

Störung	Prävalenz [%]	Lebensalter	Autor
Schlafwandeln	3,9	5-6	Kraenz et al. [25]
	13,4	10	Petit et al. [32]
	16,7	6-16	Klackenberg [23]
	2	Erwachsene	Blatt et al. [3]
Pavor nocturnus	34,4	1,5	Petit et al. [32]
	17,2	3-13	Laberge et al. [26]
	13,4	5	Petit et al. [32]
	6,2	6-12	Bruni et al. [5]
	5,3	13	Petit et al. [32]
Alpträume	14	5-6	Kraenz et al. [25]
Enuresis nocturna	30	4	Henne et al. [17]
	5	10	Henne et al. [17]
	10-15	6	Laberge et al. [26]
	0,5-1	>15 J.	Laberge et al, [26]
Parasomnien	12,5	<12 Jahre	Mayer u. Kotterba [28]
(gesamt)	1-4	Erwachsene	Mayer u. Kotterba [28]

Schlafwandeln (sleep walking, Somnambulismus)

Ausgelöst durch Erwachen aus dem Tiefschlaf kommt es dabei zu einer Reihe von komplexen Verhaltensweisen. Schlafwandeln findet zumeist im ersten Drittel der Nacht statt. Während des Schlafwandeln ist das Bewusstsein eingeschränkt, das Urteilsvermögen ist reduziert. Häufig sind die Verhaltensweisen als Reaktion auf ein Traumerleben zu verstehen. Für die Episode besteht häufig eine Amnesie oder nur ein bruchstückhaftes Erinnerungsvermögen. Die Motorik ist häufig eingeschränkt, das Verletzungsrisiko durch Stürze oder Fehlbeurteilung von Gefahrensituationen ist deutlich erhöht. Die Betroffenen können schwer erweckbar sein; nach dem Erwachen sind sie häufig verwirrt.

Gelegentlich begeben sich die Patienten am Ende der somnambulen Episode selbständig zurück ins Bett [3, 26, 32, 40].

Pavor nocturnus (Nachtschreck, sleep terrors) (Abbildung 4)

Dabei kommt es zum Aufschrecken aus dem Tiefschlaf, verbunden mit vegetativen und verhaltensbezogenen Anzeichen von gesteigerter Angst. Lautes angsterfülltes Schreien, Panikreaktionen, Herzrasen, Schwitzen und Atemnot sind typische Erscheinungsformen des Pavor nocturnus. Die Patienten schrecken aus einem Traum hoch, an dessen Inhalt sie sich nicht erinnern können. Typischerweise treten die Episoden im ersten Drittel der Nacht auf. Nach dem Erwachen sind die Patienten häufig verwirrt und

orientierungslos. Es besteht eine retrograde Amnesie [5, 16, 26, 40].

Nächtliche Alpträume (nightmares)

Es handelt sich um ängstigende Träume während des REM-Schlafs mit terminierendem Erwachen. In Abgrenzung zu Pavor nocturnus können sich die Betroffenen an die Träume erinnern. Typisch sind vegetative und verhaltensbezogene Anzeichen von intensiver Angst [35, 40].

Differenzialdiagnosen der Parasomnien: Schlafbezogene Atmungsstörungen

Schlafbezogene Atmungsstörungen stellen eine Hauptgruppe der ICSD dar.

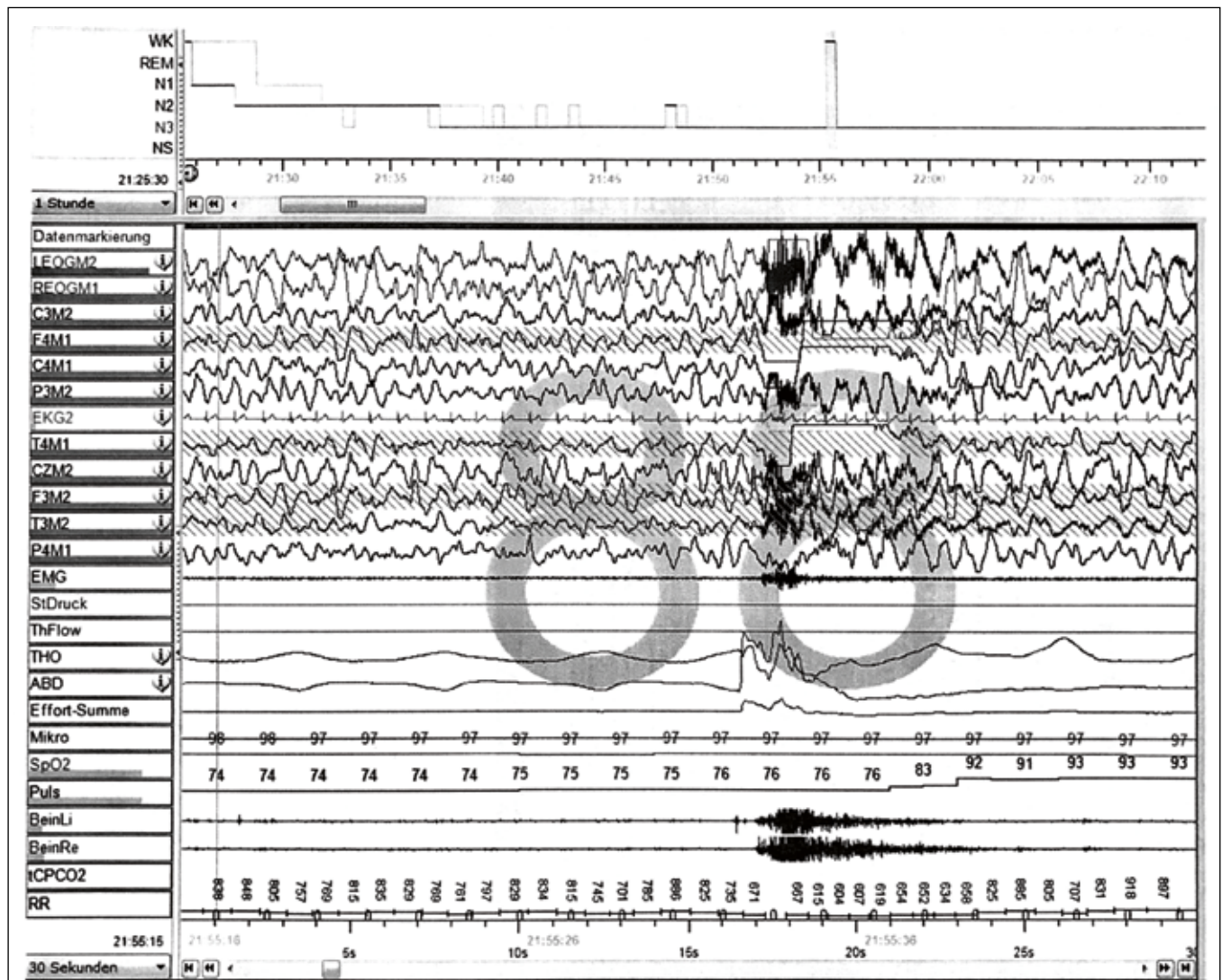


Abb. 4: Ausschnitt von 1 Minute Dauer aus einer polysomnographischen Registrierung eines 5-jährigen Kindes: unvollständiges Erwachen aus dem Tiefschlaf. Das EEG-Muster entspricht einem Tiefschlaf mit Delta-Wellen, während plötzlich der Muskeltonus ansteigt und (im Video) Augenöffnen und Körperbewegungen zu sehen sind.

Schlafbezogene Atmungsstörungen können mit vegetativen und motorischen Arousalen einhergehen, die phänomenologisch mit Parasomnien verwechselt werden können. Eine exakte Differenzierung ist mittels kardiorespiratorischer Polysomnographie möglich.

Differenzialdiagnosen der Parasomnien: Schlafbezogene Bewegungsstörungen [1, 13]

Einige früher als Parasomnien klassifizierte Phänomene werden heute als schlafbezogene Bewegungsstörungen bezeichnet. Es handelt sich um motorische Phänomene, die sich stereotyp in immer gleicher Weise wiederholen, z.T. über lange Zeiträume (Stunden). Demgegenüber weisen Parasomnien mehr Variationen im Erscheinungsbild auf und werden in unterschiedlichem Maße von vegetativen Erscheinungen begleitet.

Schlafbezogene Bewegungsstörungen stellen eine Hauptgruppe der Schlafstörungen in der ICSD dar. Neben dem Restless Legs Syndrom (RLS; Syndrom der unruhigen Beine im Schlaf) und der Periodic Limb Movement Disorder (PLMD; Syndrom der periodischen Beinbewegungen im Schlaf; Abbildung 5) werden in der ICSD-2 (2005) folgende Phänomene als schlafbezogene Bewegungsstörungen klassifiziert, welche zuvor (ICSD-R; 1997) zu den Parasomnien gezählt wurden: Zähneknirschen im Schlaf; rhythmische Bewegungen im Schlaf.

Phänomenologisch ist der schlafbezogene Bruxismus (Zähneknirschen) durch ausgeprägte, periodische, mahlende Bewegungen zwischen Ober- und Unterkiefer charakterisiert. Bei schweren Formen lassen sich neben einer verstärkten Abnutzung der Zähne, autonome und kortikale Aktivierungen mit sekundärer Fragmentierung des Nachtschlafs feststellen [40].

Bei der schlafbezogenen rhythmischen Bewegungsstörung kommt es im Schlaf, insbesondere während des Einschlafens, zu schaukelnden Bewegungen des Kopfes oder des gesamten Körpers (Abbildung 6) [24, 40]. Rhythmische Bewegungen im Schlaf (Jactatio capitis et corporis, head rolling, head banging, body rocking) werden nach der ICSD-2 nicht mehr den Parasomnien, sondern den schlafbezogenen Bewegungsstörungen zugeordnet.

Differenzialdiagnosen der Parasomnien: Schlafbezogene Epilepsie [14, 15, 21]

Klinisch-anamnestisch kann die Abgrenzung von Parasomnien und epileptischen Phänomenen erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Die nächtliche paroxysmale Dystonie wird nach ICSD-2 [1] nicht mehr zu den Parasomnien gezählt, sondern der Frontallappen-Epilepsie zu-

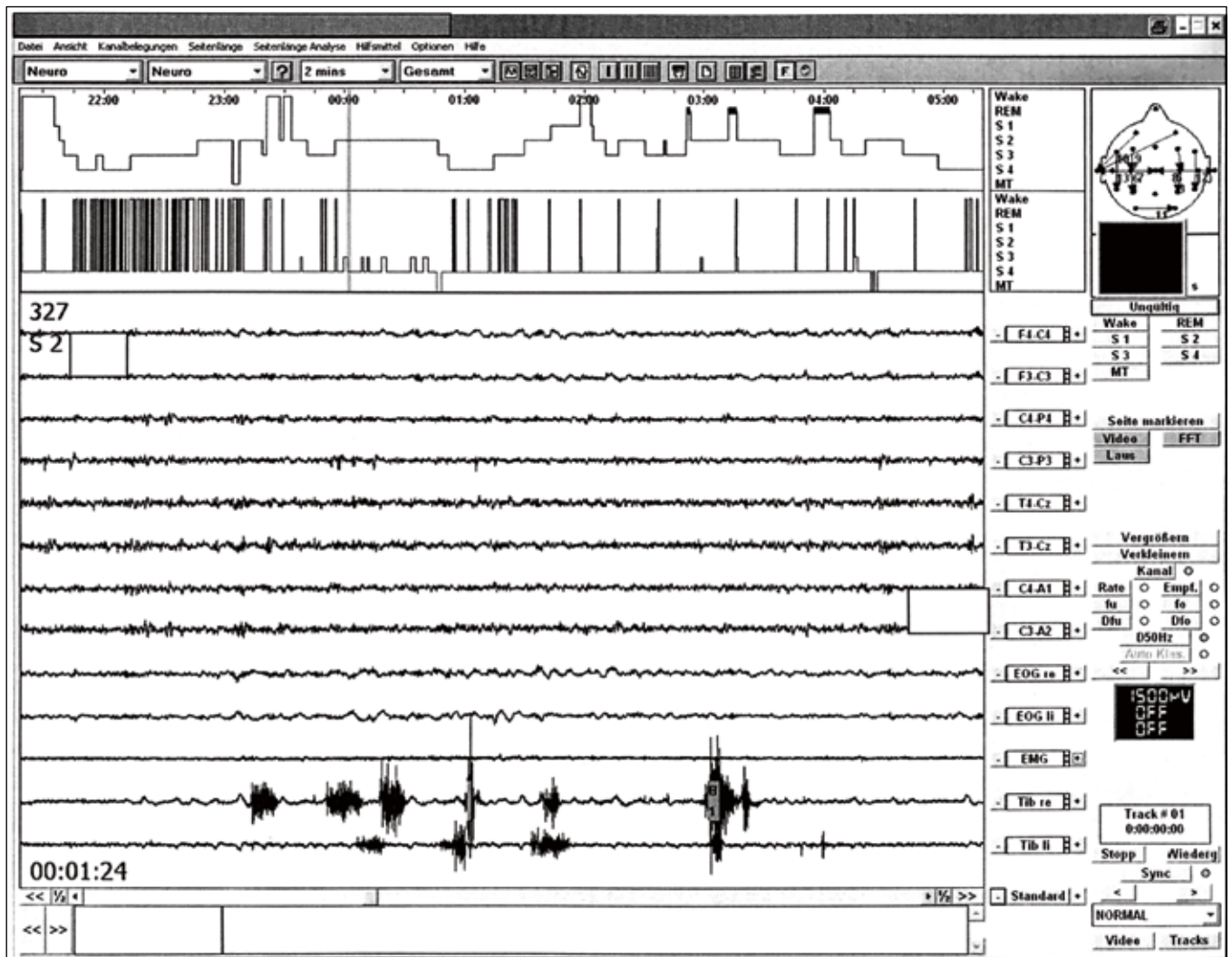


Abb. 5: Ausschnitt von 2 Minuten Dauer aus einer polysomnographischen Registrierung eines 7 Jahre alten Patienten mit kindlichem Restless Legs Syndrom: Nachweis von periodischen Beinbewegungen im Schlaf.

geordnet [14]. Bei benignen Schlafmyoklonien handelt es sich um nicht epileptische paroxysmale Phänomene [15, 21]. Bei Kindern, deren Symptomatik eher im Wachen auffiel („Abwesenheitszustände“, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, kognitive Defizite), werden bei polysomnographischen Registrierungen im Schlaflabor gelegentlich die Aktivierung eines Rolando-Fokus (Abbildung 7) oder ein Absence-Muster im Schlaf-EEG gefunden (Abbildung 8).

Differenzialdiagnosen der Parasomnien: Schlafbezogener gastroösophagealer Reflux

Auffällige neurovegetative Symptome (plötzliche Veränderungen des Muskeltonus: Schlaffwerden, Steifmachen; plötzliche Veränderungen des Hautkolorits: Blässe, Gesichtsrötung; abrupte und bizarre Bewegungsmuster (Sandifer-Sut-

cliffe-Syndrom)) können besonders bei sehr jungen Kindern das einzige klinische Symptom eines pathologischen gastroösophagealen Refluxes sein [34]. Die Abgrenzung zu Parasomnien bzw. Epilepsie kann klinisch-anamnestisch schwierig sein. Eine kardiorespiratorische Polysomnographie mit Videodokumentation kann hier wertvolle Informationen liefern [34].

Komorbidität der Parasomnien mit anderen Schlafstörungen

Sowohl Schlafwandeln als auch Pavor nocturnus werden bei Kindern mit schlafbezogenen Atmungsstörungen und Kindern mit Restless Legs Syndrom häufiger gefunden als bei Vergleichskindern [16]. Ebenso leiden Kindern mit schlafbezogenen Atmungsstörungen häufiger an Enuresis nocturna [4]. Parasomnien können in Begleitung fast aller anderen Schlafstörungen vermehrt auftreten,

Psychopathologische Relevanz von Parasomnien

Während die psychopathologische Determination des Pavor nocturnus als gering angesehen wird, kommt den Alpträumen der Stellenwert eines Markers für affektive Vulnerabilität zu [33], dessen Bedeutung mit zunehmendem Lebensalter zunimmt. Im Gegensatz zu den anderen Parasomnien sind wiederkehrende Alpträume prädiktiv für spätere affektive Erkrankungen [33]. Auf Modelle der Ätiopathogenese, Diagnostik und Therapie soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Modelle zur Ätiopathogenese der Parasomnien [18, 27, 28]

Bei den meisten Parasomnien bestehen zur Zeit nur hypothetische Annahmen über die Ätiopathogenese. Es wird von ei-

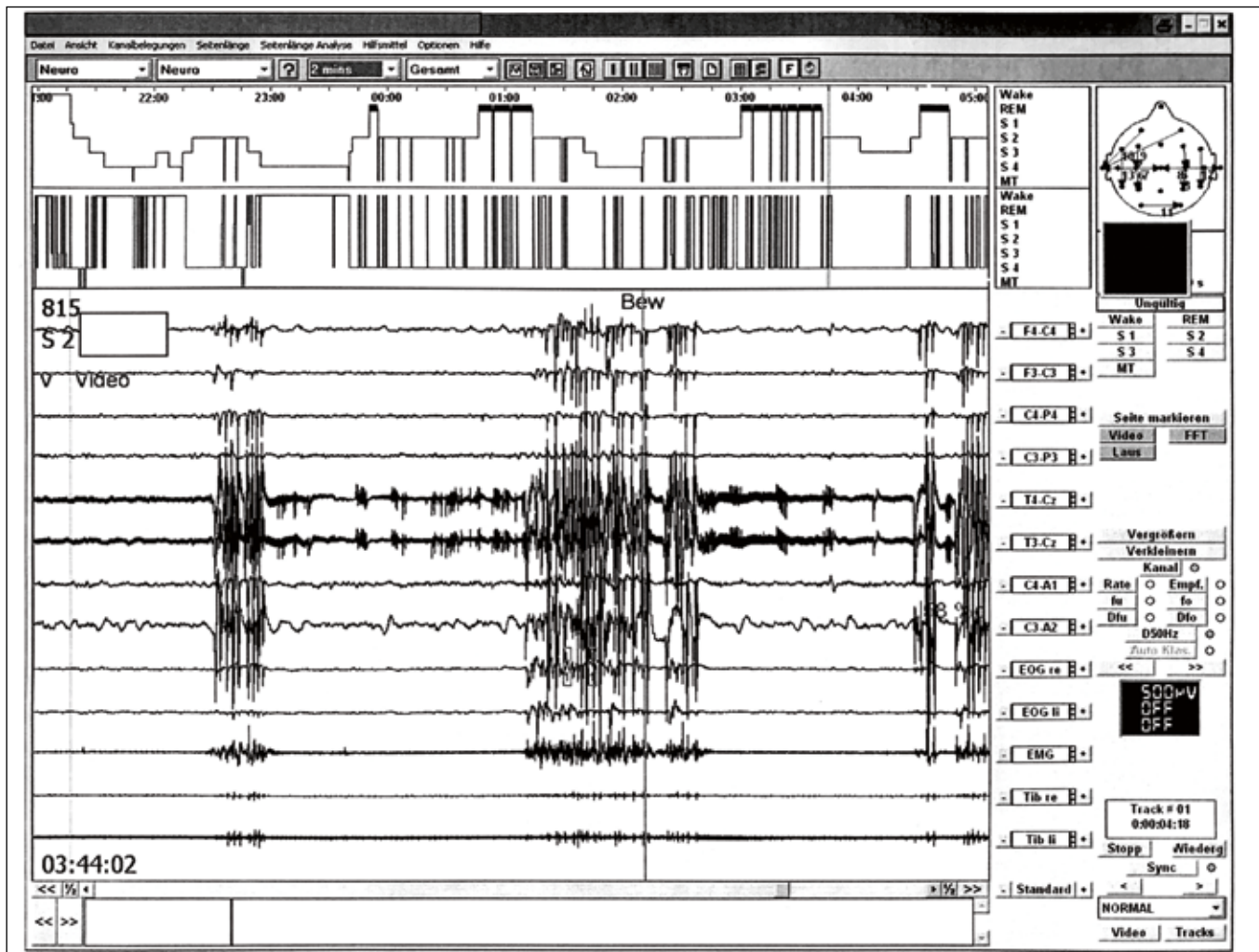


Abb. 6: Ausschnitt von 2 Minuten Dauer aus einer polysomnographischen Registrierung eines 4-jährigen Kindes mit rhythmischen Bewegungen im Schlaf: rhythmisches Bewegungsartefakt, das das EEG überlagert. Im Video ist gleichzeitig heftiges „Kopfschlagen“ zu sehen. Das Kind liegt auf dem Bauch, hebt den Kopf und schlägt mit der Stirn gegen die Matratze.

nem psycho-bio-sozialen Krankheitsmodell ausgegangen.

Im Allgemeinen kann in einem ätiopathogenetischen Modell das Zusammenwirken von deterministischen und stochastischen Faktoren postuliert werden. Bei Parasomnien werden folgende Faktoren als deterministisch angesehen [16]: Zentrales Nervensystem (ZNS; Reifung; Lebensalter; Schlafontogenese), genetische Faktoren (familiäre Häufung; HLA-Assoziationen [41] (Humanes Leukozyten Antigen), andere Schlafstörungen). Es ist eine praktisch-klinische Erfahrung, dass bei Kindern und Jugendlichen mit länger bestehenden Schlafstörungen im Laufe der Zeit weitere Schlafprobleme hinzukommen, wenn nicht frühzeitig therapeutisch interveniert wird.

Hingegen sind die „Auslöser“ (Manifestationsfaktoren) eher stochastischer Natur [16, 25, 30]: seelische Belastungen („Stress“), Trennungserlebnisse, Verunsicherungen

der Eltern-Kind-Bindung, psycho-emotionale und -soziale Belastungsfaktoren.

Variablen im Zusammenhang mit dem Auftreten von Parasomnien [25]

In der Kölner Studie [25] wurde die Assoziation von Parasomnien und 13 Verhaltens- und Umweltfaktoren untersucht. Licht- und Lärmbelastigung, Neigung zu Infekten, und familiärer Stress waren mit Alpträumen assoziiert. Neigung zu Infekten, Allergiebeschwerden und familiärer Stress waren mit Pavor nocturnus assoziiert. Mit Schlafwandeln war keiner der 13 Faktoren assoziiert.

Von kinderpsychologischer und pädagogischer Seite wird in den letzten Jahren zunehmend auf den Wandel der Familie und die „veränderte Kindheit“ in zivilisierten Industriegesellschaften aufmerksam gemacht [30].

Pathophysiologie der Non-REM-Parasomnien [27, 28]

Aus elektrophysiologischer Sicht bestehen Ähnlichkeiten von Parasomnien einerseits und den endogen generierten generellen Bewegungen andererseits, welche vom frühen Fetalstadium bis zum Alter von drei Monaten nach der Geburt beobachtet werden. Daraus wurde auf einen unzureichenden Reifungszustand der übergeordneten hemmenden Zentren der Motoneurone bei Kindern mit Non-REM-Parasomnien geschlossen. Betroffen sind insbesondere lokomotorische Zentren zwischen Medulla oblongata und Mesenzephalon.

Auch bei Non-REM-Parasomnien wird ein zugrunde liegendes „Traumgeschehen“ vermutet. Die Gleichsetzung von REM-Schlaf mit „Traumschlaf“ ist ungenau und unzutreffend [18, 38].

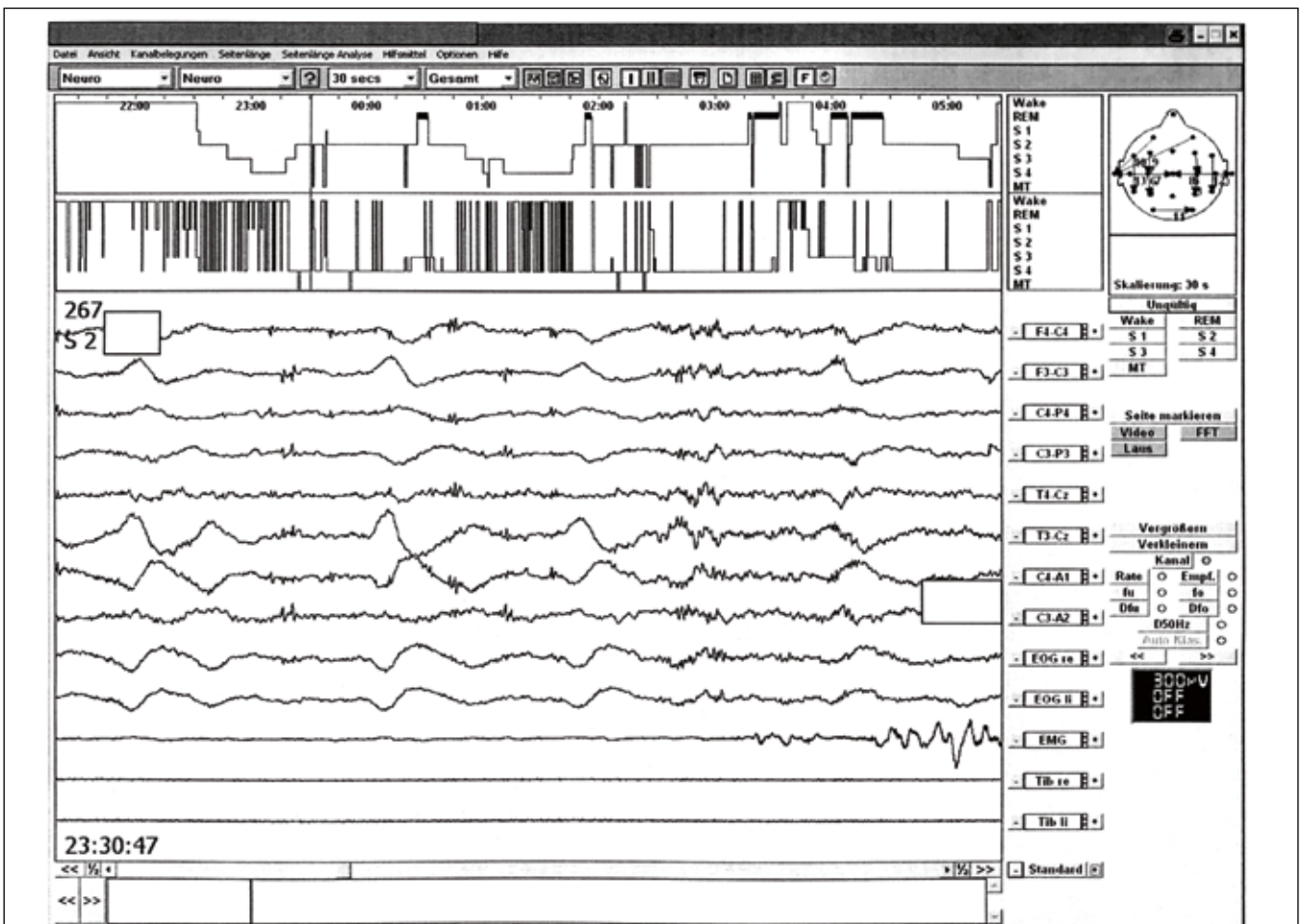


Abb. 7: Ausschnitt von 1 Minute Dauer aus einer polysomnographischen Registrierung eines 10-jährigen Kindes: Aktivierung eines Rolando-Focus im Schlaf. Das Wach-EEG war normal.

Anamnese: Seit 3 Jahren auffällige Störung der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit, was zu Versagen in der Schule führte. Störungen des Sozialverhaltens mit „Wutanfällen“; nächtliche „Anfälle“ mit Schreien und Orientierungslosigkeit.

Pathophysiologie der REM-Schlaf-Parasomnien [18, 27]

Normalerweise besteht im REM-Schlaf auf Rückenmarksebene eine monosynaptische Hemmung der Skelettmuskulatur [18]. Bei REM-Schlaf-Parasomnien ist die physiologische „REM-Schlaf-Atonie“ unvollständig oder aufgehoben [33]. Bezüglich der Alpträume existieren einerseits psychologische, andererseits neurobiologische Traum-Theorien. Anhand von Untersuchungen mittels Positronen-Emissionstomographie während des REM-Schlafs ergaben sich folgende Korrelationen [38]: Die Aktivierung des visuellen Assoziationskortex ist ein physiologisches Korrelat der erlebten Traumbilder; die Aktivierung in den Amygdalae spiegelt die starke emotionale Tönung der Traumbilder wider. Das kritiklose Akzeptieren der zum Teil bizarren und grotesken Traumbilder hat seinen Grund

möglicherweise in der verminderten Tätigkeit lateraler Anteile des frontalen Kortex [38].

Diagnostik der Parasomnien/ Indikation zur kardiorespiratorischen Polysomnographie (mit Videoaufzeichnung)

Liegen typische Beschreibungen vor, können die Parasomnien klinisch-anamnestic ohne zusätzliche Untersuchungen diagnostiziert werden. Häufig ergeben sich Unklarheiten, da die Schilderungen der Eltern durch Deutungen beeinflusst sind und bei den Kinder- und Jugendärzten Unsicherheiten bezüglich der Phänomenologie der Parasomnien bestehen.

Die Indikation zu einer Untersuchung im pädiatrischen Schlaflabor (kardiorespiratorische Polysomnographie einschließlich Videoaufzeichnung) ergibt

sich im Einzelfall, wenn die Diagnose der Parasomnie anhand der Anamnese allein nicht gestellt werden kann und wichtige Differenzialdiagnosen auszuschließen sind (z.B. schlafbezogene Atmungsstörungen; schlafbezogene Bewegungsstörungen; schlafbezogene Epilepsie).

Therapeutische Aspekte

In der eingangs zitierten Arbeit von Stickler und Olbing [36] wurde den Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen eine Empfehlung gegeben, wie sie besorgte Eltern beraten sollen: „Kinder schlafen immer genug. Notfalls holen sie „zu wenig Schlaf“ nach.“

Diese Empfehlung aus dem Jahre 1996 wird der heutigen Situation nicht mehr gerecht. Viele Kinder schlafen heute eben nicht „immer genug“; und es ist bekannt, dass versäumter Schlaf nur in geringem Maße „nachgeholt“ werden kann.

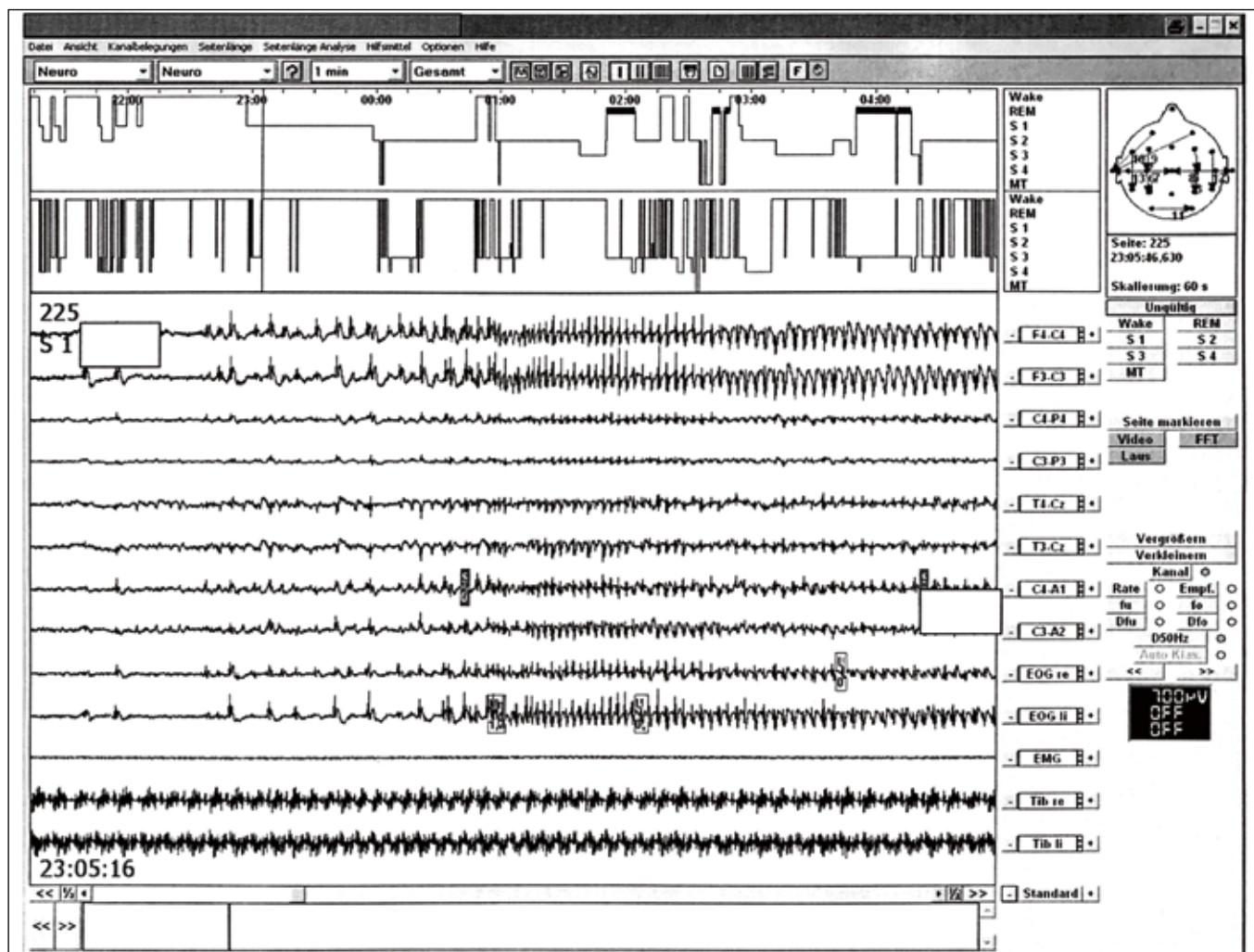


Abb. 8: Ausschnitt von 1 Minute Dauer aus einer polysomnographischen Registrierung eines 12-jährigen Patienten mit „Abwesenheitszuständen“: Spike-and-wave-Muster im Schlaf.

Beratung

Eine ausführliche Beratung der Betroffenen bzw. der Eltern und Betreuer des Kindes stellt stets die erste Stufe der Behandlung von Parasomnien dar. Ein ärztliches Beratungsgespräch ist zeitintensiv und umfasst sowohl diagnostische als auch therapeutische Aspekte. Ein ärztliches Beratungsgespräch zu führen, stellt eine ärztliche Basiskompetenz dar, auf welche in jeder Stufe der ärztlichen Ausbildung großer Wert gelegt werden sollte. Die Beratung bei Parasomnien enthält die Elemente „Schlafhygiene“, „Instruktion“ und „Eduktion“. Allein eine gute Beratung kann zu einer Reduktion der kindlichen Parasomnien führen (Abbildung 9).

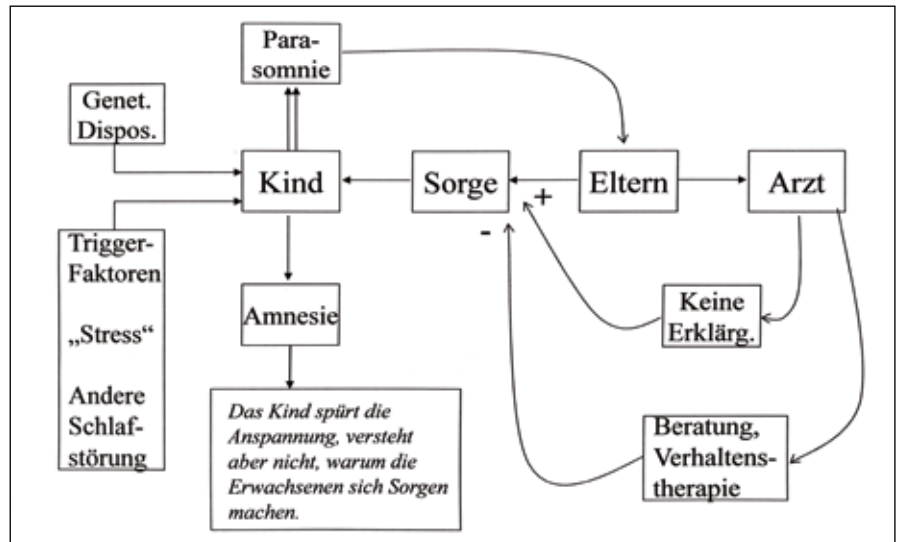


Abb. 9: Neben einer genetischen Disposition und Trigger-Faktoren (siehe Text) können die Eltern-Kind und die Eltern-Arzt-Interaktionen die Häufigkeit des Auftretens von Parasomnien erheblich beeinflussen. Das Kind mit Pavor nocturnus hat am nächsten Morgen keine Erinnerung an die nächtlichen Ereignisse, auch wenn diese mit erheblicher Dramatik abliefen. Die Eltern sind i.d.R. sehr besorgt, weil sie sich den Zustand des Kindes nicht erklären können. Häufig besteht eine ausgeprägte Angst vor Epilepsie. Das Kind spürt die Anspannung der Eltern, weiß aber nicht, warum sich die Erwachsenen Sorgen machen. Die angespannte Familienatmosphäre ist durchaus geeignet, die Häufigkeit der Pavor nocturnus-Episoden zu erhöhen. Wird nun eine diagnostische Abklärung durchgeführt, so ist die Mitteilung von Normalbefunden häufig keine echte Beruhigung für die Eltern („EEG normal; keine Epilepsie!“). Die Eltern möchten in erster Linie wissen, worum es sich konkret handelt. Erst in zweiter Linie interessiert sie, „was es nicht ist“. Kann anhand einer Videodokumentation den Eltern erklärt werden, dass es sich um ein unvollständiges Erwachen aus dem Tiefschlaf handelt, so kann das ärztliche Beratungsgespräch allein eine Normalisierung der Familienatmosphäre einleiten, was gelegentlich zum vollständigen Sistieren des Pavor nocturnus ohne weitere Therapie führen kann (Behandlungserfolg durch „sprechende Medizin“; der Zeitaufwand für die Beratung beträgt mindestens 20 Minuten).

Kognitive Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Techniken stellen die zweite Stufe bei der Behandlung von Parasomnien dar.

Technik des antizipatorischen Weckens bei Pavor nocturnus

Etwa 60 Minuten nach dem ersten Einschlafen des Kindes gehen Mutter oder Vater ans Bett des schlafenden Kindes und geben leichte Weckreize, die nicht zum Aufwachen führen sollen, aber zu einer kurzen „Störung“ der Tiefschlafphase führen, in der sich das Kind zu diesem Zeitpunkt befindet. Diese einfache Intervention führt zu einer „Rasterverschiebung“ der Schlafzyklen. Die Erfolgsquote liegt bei Kleinkindern bei 70 bis 80 %.

Technik der kognitiven Strukturierung bei Alpträumen

Das Kind wird gebeten, ein Bild von dem „schlechten Traum“ zu malen. Ist das Bild nach Meinung des Kindes „fertig“, sollen die Eltern das Bild zu einem anderen Zeitpunkt gemeinsam mit dem Kind betrachten. Das Kind soll überlegen, was es nachträglich in das Bild hineinmalen kann, um die Bedrohlichkeit des Traums zu „entschärfen“.

Medikamente

Wenn überhaupt, stellen Medikamente eine nachgeordnete Therapieoption bei kindlichen Parasomnien dar. Clonazepam ist bei Pavor nocturnus wirksam.

Der Einsatz des Medikaments sollte nicht ohne Absprache mit dem Schlafmediziner erfolgen (niedrige Dosierung, zeitlich begrenzte Anwendung).

Aus homöopathischer Sicht wird Stramonium D12 bzw. die Hochpotenz C 30 bei NREM-Parasomnien empfohlen.

Sollten diese Behandlungsschritte nicht erfolgreich sein, sollte die Abklärung in einem pädiatrischen Schlaflabor erwogen werden. In Deutschland gibt es 30 von der DGSM akkreditierte Kinderschlaflabore (www.dgsm.de; Liste der akkreditierten Schlaflabore).

Präventive Aspekte

In Deutschland und anderen westlichen Industriestaaten klagen bis zu 80 % der Erwerbstätigen über Schlafprobleme [10, 12, 19]. Wie bei anderen Zivilisationskrankheiten kommt Kinder- und Jugendärzten (-in-

nen) auch in Bezug auf den Kinderschlaf eine Präventionsaufgabe zu: Nicht erholsamen Schlaf bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkennen und behandeln!

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. Bernhard Schlüter
 Abteilung Neonatologie, Intensivmedizin,
 Schlafmedizin der Vestischen
 Kinder- und Jugendklinik Datteln,
 Universität Witten/Herdecke, Dr.-Friedrich-Steiner-Straße 5, 45711 Datteln
 Tel.: 02363/975-0
 E-Mail: Bernhard.Schlueter@kinderklinik-datteln.de

Interessenkonflikt:
 Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Dr. Anne Teichler

Anamnese

Ein 14 Monate alter Junge wird mit seit sechs Monaten bestehender entzündlicher und seit einigen Wochen auch juckender Rötung im Windelbereich vorgestellt. Bisherige Therapieversuche mit zinkhaltigen Externa, einer Nachtkerzensamenöl-haltigen Basiscreme, wässriger Eosinlösung und verschiedenen topischen Antimykotika seien ohne Effekt geblieben. Bei der Großmutter väterlicherseits bestünde eine Psoriasis vulgaris.

Untersuchungsbefund

1 2/12-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Es findet sich eine großflächige, scharf begrenzte, nicht schuppende, hochrote Plaque im Windelbereich inklusive medialer Oberschenkel, Gluteal- und Genitalbereich, medialer Oberschenkel und im Bereich des mons pubis bis auf den Unterbauch ziehend. Im Randbereich finden sich einige satellitenförmige, erythematöse Papeln. Retroaurikulär beidseits finden sich blässerythematöse, eher scharf begrenzte, leicht schuppende Plaques, Axillär beidseits finden sich scharf begrenzte, erythematöse Plaques. Das übrige Integument ist unauffällig.



Abb. 1: Scharf begrenzter, erythematöser, infiltrierter Plaque im Windelbereich.

Welche Diagnose wird gestellt?

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

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen,
die Assekuranz AG, können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:
(02 21) 6 89 09 21



Diagnose

Windelpsoriasis („Napkin-Psoriasis“)

Die Psoriasis ist eine genetisch bedingte, chronisch-entzündliche Hauterkrankung die sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindesalter vorkommt. Unter dem Einfluss zusätzlicher Provokationsfaktoren, zu denen insbesondere Streptokokkeninfekte, Adipositas, psychischer Streß und verschiedene Medikamente zählen, kommt es dabei zu einer T-Zell mediierten Inflammation der Haut mit einer epidermalen Hyperproliferation der Keratinozyten.

Etwa 15% aller Psoriasisfälle treten vor dem 15. Lebensjahr auf. Die häufigste Form bei Erwachsenen und älteren Kindern ist die Plaque-Psoriasis mit ihren klassischen, scharf begrenzten, erythemosquamösen Plaques, die sich vor allem an den Streckseiten der Extremitäten, der behaarten Kopfhaut, Ohren, Retroaurikulärregion und Bauchnabel ausbilden.

Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu einem Alter von 2 Jahren ist die Windel-Psoriasis mit einer Häufigkeit von 37% vor der Psoriasis inversa die häufigste Manifestationsform. Die für die Plaque-Psoriasis typische Schuppung fehlt bei diesen Formen oftmals, so dass sie nicht selten verkannt werden. Meist besteht kein oder nur leichter Juckreiz. Die Prävalenz der Windelpsoriasis liegt bei den 1-Jährigen bei 0,1%. Sie entsteht bei entsprechender genetischer Disposition vermutlich im Sinne eines Köbner-Phänomens. Dieses auch als isomorpher Reizeffekt bezeichnete Phänomen ist typisch für die Schuppenflechte und beschreibt eine krankheitsspezifische Hautreaktion auf einen unspezifischen, z.B. physikalischen oder chemischen Reiz, in diesem Fall also auf das Tragen einer Windel bzw. eine Windeldermatitis. 5-25% der Kinder mit Windelpsoriasis entwickeln im Laufe der ersten zehn Lebensjahre eine klassische Schuppenflechte.

Diagnostik

Die Diagnose der Windelpsoriasis wird in der Regel klinisch gestellt. Historische Merkmale der Erkrankung sind

Akanthose, Papillomatose, Verlängerung der Reteleisten, Para- und Hyperkeratose, Papillenödem und erweiterte Kapillaren in den dermalen Papillen, sowie ein lymphozytäres Infiltrat in der Dermis.

Differenzialdiagnosen

Die wichtigste Differenzialdiagnose ist die Windeldermatitis, die jedoch im Vergleich zur Windelpsoriasis weniger scharf begrenzt ist, eine geringere Infiltration der Haut aufweist und im Gegensatz zur Psoriasis zur Mazeration neigt. Weitere Abgrenzungskriterien sind der protrahierte Verlauf und das fehlende therapeutische Ansprechen der Windelpsoriasis auf topische Antimykotika. Zudem finden sich nicht selten weitere Anzeichen für eine Psoriasis, so dass stets das gesamte Integument untersucht werden sollte mit einem besonderen Augenmerk auf die oben genannten Prädilektionsareale der Schuppenflechte.

Auch das seborrhoische Ekzem ist oftmals im Windelbereich lokalisiert und geht mit eher scharf begrenzten, erythematösen Plaques einher. Diese finden sich jedoch in den meisten Fällen auch an Stamm und behaartem Kopf und weisen hier eine gelblich-fettige Schuppung auf. Betroffen sind vor allem Säuglinge bis zu einem Alter von 3 Monaten, während die Windelpsoriasis meist ältere Säuglinge betrifft. Weitere Differentialdiagnosen sind Zinkmangeldermatitis, allergisches Kontaktekzem und Langerhans-Zell-Histiozytose. Für die differentialdiagnostische Abgrenzung kann auch die Familienanamnese hilfreich sein, da bei 30-70% der Kinder mit Psoriasis weitere Familienmitglieder von einer Psoriasis betroffen sind. Im Zweifelsfall kann eine biopsische Abklärung erwogen werden.

Therapie

Da ein isomorpher Reizeffekt durch den Kontakt mit der Windel bzw. die bei Säuglingen sehr häufige Windeldermatitis angenommen wird, sollten die Windeln bei Napkin-Psoriasis häufig gewechselt werden und wenn möglich auch windelfreie Zeiträume gewährt werden.

Unter einer Behandlung mit topischen Steroiden kommt es meist zu einer raschen Besserung der Windelpsoriasis. Moderne topische Steroide der Klasse II mit einem hohen therapeutischen Index wie Prednicarbat und Methylprednisolon

naceponat sollten bevorzugt zum Einsatz kommen. Aufgrund der erhöhten transkutanen Resorptionsrate in talgdrüsenreichen Arealen wie dem Anogenitalbereich, die durch den Okklusiveneffekt unter der Windel noch verstärkt wird, sowie aufgrund des Risikos der Induktion eines Granuloma gluteale sollte ihr Einsatz im Windelbereich jedoch zeitlich begrenzt sein (max. 5-8 Tage). Um eine langfristige Anwendung bzw. Nebenwirkungen zu vermeiden, ist eine Umstellung der Therapie nach wenigen Tagen auf Tacrolimuslotion 0,03% empfehlenswert, die jedoch für die Behandlung der Psoriasis und bei Kindern unter zwei Jahren offiziell nicht zugelassen ist, so dass es sich in zweifacher Hinsicht um ein off-label use handelt.

Literaturangaben

1. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol.* 2010;162:633-636.
2. Höger P, Hamm H. Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen: Pathogenese, klinisches Bild und Therapie. *Hautarzt* 2015; 66: 267-276
3. Bonigen J, Phan A, Hadj-Rabia S et al. Impact of sex and age on the clinical and epidemiological aspects of childhood psoriasis: Data from a French cross-sectional multicentre study. *Ann Dermatol Venereol.* 2016;143:354-63
4. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D et al. Childhood psoriasis--an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:8-13

Korrespondenzadresse:

Dr. Anne Teichler

Abt. Pädiatrische Dermatologie
und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger



Foto: © stalnyk - Fotolia.com

Tod durch Pertussis

Kürzlich verstarb in der Schweiz ein 6 Wochen alter Säugling an Pertussis. Hier das kurze Protokoll eines vermeidbaren Todes im Jahr 2018: Die letzte Pertussisimpfung der Mutter fand in deren Kindheit statt. Ungezählte Arztbesuche über zwei Jahrzehnte blieben ungenutzt, ihren Impfstatus zu überprüfen und aufzufrischen. Während der Schwangerschaft besucht sie einen Informationsabend der Wunsch-Geburtsklinik: viele Informationen, aber kein Wort zum Thema „Impfungen“. Nach der Geburt, im Entlassungsgespräch, keine Frage nach dem Impfschutz der Eltern und kein Wort zum „Cocooning“ als Schutz für das Neugeborene vor Pertussis. Vier Wochen nach der Geburt erkrankt der Vater des Kindes an einem Husten. Trotz gehäufte nächtlicher Hustenanfälle mit Erstickungsängsten (!) und Schweissausbrüchen war vom konsultierten Hausarzt Pertussis nicht in die Differentialdiagnose einbezogen worden. Zwei Wochen später erkrankt das Kind, zunächst mit Rhinitis, am nächsten Tag begann ein wenig stark ausgeprägter Husten. Kein Fieber. Am 5. Tag beobachtet die Mutter Atempausen und Zyanoseanfalle ihres Kindes (wie im Lehrbuch, Kapitel „Pertussis“...) und alarmiert den Notarzt. Zuweisung in eine Kinderklinik, dort Verdacht auf RSV-Bronchiolitis und Aufnahme auf die Intensivstation. Zunahme der Apnoen, mehrmals stündlich. Rasche Intubation des Kindes. Jetzt wird der V.a. Pertussis geäussert, Sekret für PCR-Untersuchung gestellt und im Blutbild zeigt sich eine massive Leukozytose durch Lymphozytose. Das Kind stirbt akut.

Hier ist vieles schief gelaufen und es ist deprimierend zu sehen, wie leicht Pertussis weiterhin übersehen wird. Jeder Tod eines Kindes ist tragisch, insbesondere wenn er vermeidbar gewesen wäre. Impfstoffe nützen nur, wenn sie aus dem Kühlschrank geholt und angewendet werden und Impfempfehlungen können noch so sinnvoll sein – sie nützen nur, wenn sie umgesetzt werden.

Die Denguevirus-Impfproblematik

Vor 3 Jahren hatte ich Sie über die optimistischen Aussichten zur Impfprävention gegen Denguefieber informiert [Kinder- und Jugendarzt 2015; 46: 387]. Die Ausgangslage ist Besorgnis erregend: Die WHO geht von weltweit jährlich 50-100 Millionen Krankheitsfällen durch Denguevirus-Infektionen aus, welche ca. 500'000 Hospitalisationen und bis zu 20'000 Todesfälle verursachen, die meisten davon bei Kindern. Die Impfstudien stimmten positiv, das Dengueproblem effizient bekämpfen zu können. Sie zeigten aber auch, dass bei prävakzinal bereits seropositiven Kindern der Schutzeffekt der Impfung höher war als bei den Seronegativen. Das Caveat hierbei war, dass bei der natürlichen Infektion mit Dengueviren die Schwere der Krankheit bei Re-

Infektionen zunimmt, weshalb ich damals darauf hinwies, dass „Langzeitbeobachtungen im Hinblick auf die Sicherheit dieses Lebendimpfstoffes sehr bedeutsam sein“ werden. Nun spielt sich aktuell auf den Philippinen, dem ersten Land welches im April 2016 ein Denguevirus-Impfprogramm für Schulkinder lancierte, eine wahre Tragödie ab, die man auf Wikipedia regelmässig aktualisiert verfolgen kann [https://en.wikipedia.org/wiki/Dengvaxia_controversy]. Was ist geschehen? Bis Dezember 2017 wurden 830'000 Schulkinder geimpft und es stellte sich heraus, dass prävakzinal Denguevirus-Antikörper negative Kinder im Vergleich zu positiven Kindern ein höheres Risiko für schwere Denguevirus-Impfdurchbrüche haben. Entsprechende Medienberichte führten zu einer grossen Verunsicherung der Bevölkerung und das Impfprogramm wurde daraufhin ausgesetzt. Um bestmöglichen Nutzen und Sicherheit der Impfung zu haben, müsste man die Kinder auf vorbestehende Denguevirus-IgG Antikörper screenen und selektiv nur die Seropositiven impfen. Der Ausgang der Geschichte ist ungewiss, hoffen wir auf eine gute Lösung.

Pneumokokken-Impfschema: erst 3+1, jetzt 2+1, und bald dann 1+1?

Die STIKO hat 2006 die Pneumokokkenimpfung als Standardimpfung für Kinder in den ersten beiden Lebensjahren mit dem Ziel, invasive Infektionen zu reduzieren empfohlen, zunächst im 3+1-Impfschema. 2015 erfolgte dann eine Anpassung, indem das Schema (ausser für Frühgeborene) um 1 Dosis auf 2+1 reduziert wurde. Es hatte sich nämlich gezeigt, dass die Effektivität des 2+1-Schemas im Vergleich zum 3+1-Schema allenfalls um wenige Prozentpunkte geringer ist, aber eine Injektion weniger und somit eine erhebliche Kosteneinsparung mit sich bringt. Nun publizierte eine Forschergruppe in England die Ergebnisse eines 1+1-Impfschemas [Goldblatt D et al, Lancet Infect Dis 2018;18:171-179]. In dieser multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie erhielten Säuglinge eine 13-valente Pneumokokken-Konjugatvakzine (PCV) im Alter von 2, 4 und 12 Monaten (2+1-Schema) oder mit 3 und 12 Monaten (1+1-Schema). Primärer Endpunkt der Studie waren die Pneumokokkenserotyp-spezifischen IgG-Konzentrationen (GMC, geometric mean concentrations) im Serum im Alter von 13 Monaten. Zwischen September 2015 und Juni 2016 wurden 213 Säuglinge randomisiert und geimpft, 91 (2+1) bzw. 86 (1+1) Serumproben konnten analysiert werden. Die GMCs für Serotypen 3, 5, 7F, 9V und 19A unterschieden sich in beiden Studiengruppen nicht signifikant, für Serotypen 1, 4, 14 und 19F waren sie in der 1+1 geimpften Gruppe höher (!) als nach 2+1 und für Serotypen 6A, 6B, 18C und 23F waren sie in der 2+1 geimpften Gruppe höher. Alles in allem also, so schlussfolgern die Autoren, waren für 9 der 13 Serotypen in PCV13 die GMC nach 1+1-Impfschema gleichwertig oder denen nach 2+1-Schema sogar überlegen. Nach dem „priming“ im ersten Lebensjahr jedoch waren nach 2 Dosen erwartungsgemäss alle GMC (ausgenommen Serotyp 3) signifikant höher als nach 1 Dosis. In Ländern mit etabliertem Herdenschutz (welcher zu einem geringen Expositionsrisiko führt) mag zukünftig also eine weitere Dosisreduktion hin zu einem 1+1-Impfschema mit PCV möglich sein.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Ulrich Heininger,
 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel (Schweiz)
 Red.: Huppertz

Kein möglicher Zusammenhang von Krampfanfällen und Mehrkomponentenimpfungen

Frage

In unserer Klinik wurde ein fast 3 Monate alter Säugling nach zwei Krampfanfällen vorgestellt. Das Kind erhielt die zweite Rotavirus- und die erste 6-fach-Impfung. Fieber trat in der Folge nicht auf. Am Folgetag und zwei Tage nach Impfung trat je ein von der Mutter glaubhaft beschriebener Krampfanfall auf. Ein zeitnah abgeleitetes EEG war unauffällig, ebenso ein Schädelsonogramm sowie erhobene Laborwerte. In der Literatur werden Infektkrämpfe mit Mehrkomponenten-Impfungen in Zusammenhang gebracht.

- Wie sollte aus der Sicht von Experten das weitere Impfgemeinschaft fortgesetzt werden, um den Eltern gegenüber auch fundiert argumentieren zu können?

Antwort

Krampfanfälle nach Impfungen treten üblicherweise im Rahmen eines Fieberanstieges als Reaktion auf die durchgeführte Impfung auf (sogenannte Fieberkrämpfe). Bei dem hier beschriebenen Kind kam es erst gar nicht zum Auftreten von Fieber, sodass hier andere Ursachen für die beobachteten Krämpfe gesucht werden müssen.

Die Furcht der Eltern vor einem Vakzine-induzierten Krampfanfall oder einer neurologischen Verschlechterung kann zu einer verminderten Durchimpfungsrate führen. Dadurch ist der Ausbruch eigentlich präventabler Infektionserkrankungen möglich und in der Vergangenheit immer wieder beschrieben worden (1). Die Entwicklung neurologischer Defizite oder eine Zunahme epileptischer Anfälle konnte in verschiedenen epidemiologischen Studien nicht auf Impfungen zurückgeführt

werden (2-6). In der allgemeinen pädiatrischen Population ist das Risiko febriler Krämpfe am Tag der Impfung mit einem Totimpfstoff, oder am Tag 5 bis 14 nach Impfung mit einem Lebendimpfstoff etwa zwei- bis fünffach erhöht (2,5-8).

Krampfanfälle ohne Fieber können Ausdruck der Erstmanifestation einer Epilepsie sein. Die Eltern missinterpretieren die Situation und geben der Impfung fälschlicherweise die Schuld am Auftreten des Krampfanfalls oder gar der Epilepsie. Es besteht aber bereits angeboren oder erworben eine Neigung zur Epilepsie. Es bedarf nur eines Auslösers, damit der Krampfanfall auftritt. Der Auslöser ist dann in diesem Fall die Impfung. Sie ist aber nicht die Ursache der Epilepsie oder des Krampfanfalls.

In einer niederländischen Studie (n=990) konnten bei den meisten Kindern mit Epilepsie – Beginn nach einer Impfung genetische oder strukturelle Ursachen einer Epilepsie nachgewiesen werden (9). Dies betraf zu ca. 35 % Kinder mit Dravet-Syndrom (früher schwere kindliche Myoklonus-Epilepsie), aber auch Kinder mit benigner Epilepsie oder vorbestehender Enzephalopathie.

Eine komplette Rotavirus-Impfserie hingegen senkt im ersten Jahr nach Impfung nach neuen Daten sogar das Risiko von Krampfanfällen, welche einer stationären Behandlung oder einer Behandlung auf einer Intensivstation bedürfen, um ca. 20 %. Unter Nutzung des Vaccine Safety Datalink (VSD) – Projektes wurde die relative Inzidenz von Krampfanfällen als Vergleich von Kindern mit einer kompletten Impfserie zu nicht geimpften Kindern berechnet. Die Inzidenz-Risk-Ratio für einen ersten Krampfanfall betrug für

vollständig Rotavirus-Geimpfte im Vergleich zu Ungeimpften 0,816 (95 % Konfidenzintervall 0,729-0,914); das Risiko für jeglichen Krampfanfall 0,790 (95 % Konfidenzintervall 0,714-0,875) (10).

Wie ist das erklärbar?

Eine Rotavirus-Infektion scheint nicht einfach nur eine Erkrankung des Darmes zu sein. Eine Enzephalopathie (definiert als Lethargie, die über das durch die Dehydratation erwartete Maß hinaus geht, kombiniert mit pathologischen Liquor-Befunden oder pathologischer zerebraler Bildgebung) und auch Krampfanfällen wurde bei jungen Kindern mit akuter Rotavirus-Gastroenteritis beobachtet. Die Häufigkeit von Krampfanfällen (mit oder ohne begleitendes Fieber) lag hier bei 2-7 % (11-15). Außerdem konnten Rotavirus-Antigen, Nukleinsäure und sogar kultivierbares Virus im Serum, sowie Nukleinsäure im Liquor cerebrospinalis bei Kindern mit Rotavirus-Infektion nachgewiesen werden (13, 15-17). Daher erscheint es biologisch plausibel, dass eine Rotavirus-Impfung die Rate an Krampfanfällen senken kann (18).

Diese Daten sind für die Beratung von Eltern wichtig, bei denen in Zusammenhang mit einer Impfung ein erster Krampfanfall aufgetreten ist. Sie sind auch wichtig, um die Akzeptanz von Impfungen in der Bevölkerung weiter zu erhöhen.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. med. Sebastian Schmidt
Universitätsklinikum Greifswald
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Sauerbruchstraße, 17475 Greifswald

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Vitamin D zur Vermeidung von schweren Asthma-Anfällen?

Vitamin D Supplementation to Prevent Asthma Exacerbations: a Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Participant Data

Jolliffe DA et al., *Lancet Respir Med*, (epub ahead of print),
Oktober 2017

Eine 2016 durchgeführte Cochrane Meta-Analyse randomisierter, kontrollierter Studien hat gezeigt, dass eine Vitamin D-Supplementierung die Häufigkeit von leichten bis mäßigen Asthma-Exazerbationen bei Kindern und reduzieren kann. Ob dieser Einfluss sich vor allem auf Patienten mit einem niedrigem Vitamin D-Serumstatus bezieht, wurde bisher nicht untersucht.

Für die aktuelle von Jolliffe et al. durchgeführte systematische Meta-Analyse wurde erstmals nach individuellen Studien-Teilnehmerdaten in MEDLINE, Embase, dem Cochrane Central Register of Controlled Trials und dem Web of Science gesucht. Voraussetzungen für die Übernahme in die Auswertung waren doppelblind, Placebo-kontrollierte, randomisierte Studien, in denen Vitamin D3 oder Vitamin D2 bei Menschen mit Asthma supplementiert wurde, und bei denen über die Inzidenz von Asthma-Exazerbationen bis zum 26. Oktober 2016 berichtet worden war. Das primäre Ergebnis-Ziel war die Erfassung der Inzidenz von Asthma-Exazerbationen, die eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden erforderlich gemacht hatten. Zur Messung des gepoolten Interventionseffekts mit einem 95 %igen Konfidenzintervall wurden Regressionsmodelle mit unterschiedlichen Einflussfaktoren (Variablen) verwendet. Die Autoren haben Untergruppenanalysen durchgeführt, um zu erfahren, ob sich Auswirkungen des Serum-Vitamin D-Status auf das Asthma-Exazerbationsrisiko, abhängig vom Ausgangs-Vitamin

D-Serumstatus, vom Alter, ethnischer oder rassischer Herkunft, BMI (Body-Mass-Index), vom Vitamin D-Dosierungsschema, von der Verwendung inhalativer Kortikosteroide oder vom Vitamin D-Serumstatus zum Studienende, nachweisen lassen.

Mit der Recherche wurden 483 Studien erfasst, von denen acht randomisierte kontrollierte Studien (insgesamt 1078 Teilnehmer) in die Auswertung übernommen werden konnten. Für sieben Studien (955 Teilnehmer) konnten die individuellen, von den Studienautoren angeforderten Patienten-Daten ausgewertet werden. Die Vitamin-D-Supplementierung reduzierte die Rate an Asthma-Exazerbationen signifikant bei 26 % aller Teilnehmer, die einer Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden bedurften. Eine Untergruppen-Analyse zur Rate von Asthma-Exazerbationen bei Patienten, die mit systemischen Kortikosteroiden behandelt wurden, zeigte, dass bei Teilnehmern mit einem Ausgangs-Vitamin D-Status (25 (OH)D) von weniger als 10 ng/ml ein positiver Einfluss der Vitamin D-Supplementierung mit einer Abnahme der Asthma-Anfälle um 67 % nachgewiesen werden konnte. Dies traf nicht für Teilnehmer mit einem höheren Vitamin D-Ausgangswert zu.

Die erhobenen Daten (92 Teilnehmer in drei Studien; Belege von mäßiger Qualität) zeigen, dass bei Patienten mit einem niedrigen Vitamin D-Serumstatus (<10 ng/ml) die Supplementierung zu einer Abnahme von Asthma-Anfällen führt, wenn die Patienten bei Anfällen mit systemischen Kortikosteroiden behandelt werden müssen.

Kommentar

Weltweit leiden etwa 300 Millionen Menschen, Kinder und Erwachsene unter Asthma. Die Schätzungen gehen von etwa 400.000 jährlichen Asthma-bedingten Todesfällen aus. Die Asthma-Anfälle werden überwiegend durch Virusinfektionen und einem Anstieg an pro-inflammatorischen Zytokinen ausgelöst. Vitamin D Metaboliten unterstützen die anti-viralen immunologischen Antworten und hemmen insbesondere die Bildung von Interleukin 17A, einem pro-inflammatorischen Zytokin. Die Frage, ob Vitamin D einen protektiven Einfluss auf die Asthmagenese besitzt, wird immer noch kontrovers diskutiert. Die Biologie der Asthma-Genese ist komplex und die Rolle von Vitamin D wird immer noch nicht ganz verstanden. Vitamin D-Mangel scheint jedenfalls, was mehrere Studien zeigen, die Funktion der Atemwege negativ zu beeinflussen. Er erhöht an Mäusen, die mit Hausstaubmilben belastet werden, die inflammatorische Antwort, die Reagibilität und das Remodeling der Atemwege. Martineau et al. haben mit ihrer Analyse randomisierter kontrollierter Studien (Cochrane-Analyse) zeigen können, dass Vitamin D einen inhibitorischen Einfluss auf die Häufigkeit von Asthma-Exazerbationen bei Kindern und Erwachsenen besitzt und die Anfallshäufigkeit um 36 % reduziert. Ihre Daten bestätigen eine zunehmende Evidenz für einen Einfluss von Vitamin D auf die Häufigkeit und Schwere von Asthma-Anfällen. Die Analyse individueller Patientendaten hat jetzt erstmals ermöglicht, den Einfluss von Vitamin D in Abhängigkeit vom Vitamin D-Serumstatus zu untersuchen. Die Ergebnisse über alle Patienten entsprechen mit 26 % etwa denen des Cochrane-Reviews von Martineau (36 %). Vitamin D weist in der aktuellen Studie bei Patienten mit einem niedrigen Vitamin D-Status (<10 ng/ml) einen Rückgang schwerer Asthma-Anfälle von 67 % auf. Leider wa-

ren die vorhandenen Fallzahlen für eine weitere Differenzierung der Abhängigkeit der Asthma-Exazerbationen vom Vitamin D-Serumstatus zu gering, um signifikante Aussagen zu erzielen, was in weiteren Studien geklärt werden sollte. Die vorhandenen Daten stützen jedoch auch eigene klinische Beobachtungen, die zeigen, dass die Anfalls-Häufigkeit bei Kindern mit rezidivierenden Asthma-Exazerbationen und niedrigem Vitamin D-Serumstatus nach einer Vitamin D-Supplementierung auf suffiziente Werte (≥ 30 ng/ml) rückläufig ist. Vitamin D ist eine sichere und preiswerte Substanz, deren positive Wirkung nicht nur auf die Atemwege beschränkt bleibt. Die EFSA (European Food Safety Authority / Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit) hat

den Beitrag von Vitamin D nicht nur zur Skelett-Mineralisation, sondern auch zur Immunregulation zwischenzeitlich als „Health Claim“ anerkannt. Auch wenn nicht alle Fragen zur Wirksamkeit von Vitamin D beim Asthma im Kindes- und Erwachsenenalter geklärt sind, sollten wir in der Praxis bei Asthma-Patienten häufiger auch an einen Vitamin D-Mangel denken. Kinder scheinen nicht nur zur Prävention von Asthma-Anfällen eine ausreichende Vitamin D-Versorgung zu benötigen.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Suchtforum



Steckbrief zu: Lachgas

Chemische Bezeichnung: Distickstoffmonoxid, N₂O; ein farbloses, leicht süßlich riechendes Gas, das als Narkosemittel erstmals 1844 eingesetzt wurde; in den anglo-amerikanischen Ländern auch heutzutage als Kurznarkotikum gebräuchlich; technisch wird es auch verwandt als Lebensmittelzusatzstoff (E942) in Schlagsahnekartuschen und hieraus zur Rauscherzeugung missbraucht;

Dosierung(en): zu Partyzwecken Inhalation einzelner Kartuschen direkt oder aus Plastiktüten bzw. aus abgefüllten Luftballons; die Rauschwirkung setzt in Sekunden ein, hält aber nur drei Minuten an; deshalb besteht die Gefahr der Dosissteigerung, bei regelmäßigem Gebrauch ist wegen des Gewöhnungseffektes eine weitere Dosissteigerung üblich mit den gefährlichen Langzeitfolgen (siehe unten);

Einnahmeform: Inhalation

Interaktionen: vor allem bei gleichzeitigem Alkoholgebrauch treten Übelkeit und Erbrechen auf; die chronischen Gesundheitsschäden anderer Drogen werden verstärkt;

Straßenpreis(e): preiswert über Einzelhandel oder Internet zu besorgen: 24 Sahnekartuschen kosten 12-14 Euro

Erwünschte Wirkung(en): kurzzeitiger euphorisierender Rausch mit Wärme- und Glücksgefühl, angstlösend und schmerzlindernd;

Unerwünschte Wirkung(en): mitunter Verwirrtheit und Dysphorie statt Euphorie, Kopfschmerzen und Schluckauf; Taubheitsgefühl und Schwindel mit Sturzgefahr; akut durch Sauerstoffverdrängung beim Einatmen Bewusstlosigkeit und Erstickengefahr, wenn zur Wirkverstärkung in Plastiktüte geatmet wird; lokale Vereisung an den Lippen, am Kehlkopf oder den Bronchien, wenn direkt aus Kartuschen inhaliert wird; Patienten mit vorbestehender Herzinsuffizienz können Blutdruckabfall und weitere kardiovaskuläre Komplikationen erleiden;

Nachweismethoden: wegen der kurzzeitigen Verweildauer im Körper von maximal 15 Minuten nicht sinnvoll, aus dem Setting heraus ersichtlich; der Erwerb der Sahnekartuschen ist legal, der Verkauf zu Rauschzwecken in Partyballons ist als unerlaubtes Inverkehrbringen eines Arzneimittels strafbar;

Therapieoptionen akut: bei Bewusstlosigkeit Atemwege freimachen und Sauerstoffgabe;

Therapieoptionen chronisch: bei fehlender Krankheitseinsicht schwierig, am ehesten mit Verweis auf Langzeitfolgen bei häufiger Anwendung;

Langzeitfolgen: Schädigung der weißen Substanz, Entwicklung einer Polyneuropathie (Mechanismus ähnlich einer funikulären Myelose durch Vitamin B12-Mangel), Koordinationsstörungen und Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses; daneben sind Knochenmarkschädigungen mit Anämie beschrieben

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt
Am Hirschsprung 43, 14195 Berlin
E-Mail: mabrock@zedat.fu-berlin.de

Red.: Heinen

Schwerpunkt Kindesmissbrauch

Was tun bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung?

Eine Studie des Deutschen Jugendinstituts benennt die Herausforderungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit Verdachtsmomenten



Die Studie wurde erstellt von Aline Dittmann, Dipl.-Sozialpädagogin (M.A.), wissenschaftliche Referentin in der Abteilung Jugend und Jugendhilfe in dem Projekt „Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz“, Deutsches Jugendinstitut e. V., dittmann@dji.de und Sarah Raabe, Sozialpädagogin (M.A.), wissenschaftliche Referentin in der Abteilung Jugend und Jugendhilfe in dem Projekt „Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz“, Deutsches Jugendinstitut e. V., raabe@dji.de



Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind oftmals die ersten, die Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen einschätzen müssen. Sie gelten daher als wichtige Kooperationspartner im Kinderschutz. Die Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz – einer rechtsmedizinischen Beratungsinstanz für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie der Kinder- und Jugendhilfe, die u. a. bei der Einschätzung von Verletzungsursachen hilft –, zeigte jedoch, dass niedergelassene Ärzte in Bayern in Hinblick auf Fortbildungen als auch auf örtliche Kooperationen im Kontext des Kinderschutzes schwerer zugänglich und schlechter eingebunden sind als ihre an Kliniken tätigen Kolleginnen und Kollegen. In der sich an die Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz anschließende Studie zur Handlungssicherheit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte im Kinderschutz wurden die Herausforderungen, denen sich Ärztinnen und Ärzte in Bayern bei der Einschätzung von Anhaltspunkten für eine körperliche Misshandlung, einen sexuellen Missbrauch oder eine Vernachlässigung

von Kindern und Jugendlichen stellen müssen, eruiert.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift erläutern die Sozialpädagoginnen Sarah Raabe und Aline Dittmann, wissenschaftliche Referentinnen in der Abteilung Jugend und Jugendhilfe in dem Projekt „Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz“, wie die Studie entstand und welche Ergebnisse sie erbrachte.

Was haben Sie denn genau untersucht in der Studie?

Raabe: In vier ärztlichen Qualitätszirkeln in Bayern wurde mit über 60 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aus den Fachbereichen Pädiatrie, Gynäkologie und Allgemeinmedizin über Strategien und Schwierigkeiten in der Einschätzung von Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen diskutiert. Ein besonderer Fokus lag auf der Frage, mit welchen weiteren Akteurinnen und Akteuren die niedergelassenen Ärzte im Kinderschutz zusammenarbeiten und welche Beratungsmöglichkeiten – wie beispielsweise das Angebot der anonymen Beratung durch das Jugendamt nach § 4 Abs. 2 KKG – und an-

dere unterstützende Instanzen ihnen bei der Einschätzung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bekannt sind und/oder von ihnen genutzt werden.

Welche Herausforderungen wurden dabei sichtbar?

Raabe: Vorweg kann man sagen, dass der Umgang mit der Frage, ob eine körperliche Misshandlung, ein sexueller Missbrauch oder eine Vernachlässigung stattgefunden hat, sehr unterschiedlich ist. Es wurden viele unterschiedliche Herausforderungen genannt, die bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bewältigt werden müssen. Es gab allerdings auch eine Reihe an Problemen, die von Teilnehmenden aus allen Qualitätszirkeln – unabhängig von Region und Fachdisziplin – genannt wurden. Darunter fällt z. B. die Gefahr nach einem geäußerten Verdacht das Misstrauen der Eltern zu wecken und einen Kontaktabbruch seitens der Familie zu riskieren und somit den Kontakt zu dem betroffenen Kind zu verlieren. In strittigen Familienkonstellationen wird der Kontakt zu den Eltern und vor allem das Ansprechen oder auch Ausräumen eines Verdachts als mühevoll eingestuft. Gegenseitige Missbrauchsvorwürfe beider Elternteile, die der eigenen Position vor dem Familiengericht dienlich sein sollen, sind in diesem Zusammenhang keine Seltenheit. Für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte sind diese oft undurchsichtig und hinsichtlich der Situation des involvierten Kindes alarmierend. Insbesondere, wenn die Kinder und Jugendlichen keine körperlichen Anzeichen eines Missbrauchs oder einer Misshandlung aufweisen, fühlen sich Ärzte handlungsahnmächtig. Als besonders herausfordernd nehmen nie-

dergelassene Ärztinnen und Ärzte den Umgang mit strittigen Fallkonstellationen in ländlichen Gegenden wahr. Hier kann es aufgrund der engen Beziehungen zu den Patienten an der notwendigen Neutralität zur Klärung der Situation fehlen. Weiterhin nannten die Niedergelassenen mangelnde Kenntnisse und fehlende Erfahrungen im Kinderschutz als Herausforderung. Niedergelassene stehen im Vergleich zu ihrer Patientenanzahl im Praxisalltag nur selten vor der Aufgabe, Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung einschätzen zu müssen, was dazu führt, dass keine Routine im Umgang mit Verdachtsmomenten sowie im weiteren Umgang mit Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung besteht.

Gilt das auch für Kinder- und Jugendärzte?

Dittmann: Ja, dies gilt auch für Kinder- und Jugendärzte. Unabhängig von der Fachrichtung oder der regionalen Zugehörigkeit bestehen Hemmschwellen und Unsicherheiten in der Bearbeitung eines Falls, die auf diagnostische Wissenslücken oder auch Unwissenheit in Bezug auf die eigenen Handlungsoptionen und -spielräume zurückgeführt werden. Eindeutige etwa körperliche Anhaltspunkte sind für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte deutlich einfacher zu handhaben, als wenig eindeutige Konstellationen, die „nur“ mit einem schlechten „Bauchgefühl“ einhergehen. Eine große Unsicherheit, die in allen Qualitätszirkeln beschrieben wurde, ist die Sorge Fehlentscheidungen zu treffen. Vorwürfe und Beschuldigungen können für die Betroffenen weitreichende Folgen haben, weshalb die Ärzte einerseits versuchen, eine vorschnelle Verdachtsbildung und -äußerung zu verhindern. Auf der anderen Seite fühlen sich die Mediziner für das Wohlergehen des Kindes mitverantwortlich und prüfen daher jede Situation, die auf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung hinweist. Eine prekäre Situation einzuschätzen, benötigt Zeit und Fingerspitzengefühl. Durch die hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten, aber auch aufgrund der teils fehlenden Finanzierung der Leistung, die mit der Einschätzung für Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung verbunden ist, stehen die Ärztinnen und Ärzte allerdings häufig unter Zeitdruck. Eine Strategie, die genannt wurde, um die eigene Unsicherheit zu be-



Foto: © Petr - Fotolia.com

wältigen, ist es, bei Bedarf erfahrene Kollegen zu konsultieren, eine enge Kooperation mit den Eltern anzustreben oder sich an Kooperationspartnerinnen und -partner aus der Kinder- und Jugendhilfe zu wenden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren im Kinderschutz wurde ein hohes Informationsdefizit der für Ärzte im Kinderschutz existierenden Unterstützungsangebote, wie z. B. dem anonymen Beratungsangebot nach § 4 KKG oder dem Beratungsangebot der bayerischen Kinderschutzambulanz, offensichtlich. Im Kinderschutz gibt es zahlreiche Akteurinnen und Akteure, die zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung beitragen, allen voran die örtlichen Jugendämter. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass den Diskussionsteilnehmenden die Rollen und Aufgaben wichtiger Kooperationspartner und -partnerinnen sowie die Verfahrensweisen im Falle einer möglicherweise bestehenden Kindeswohlgefährdung kaum bekannt waren. Gleichzeitig wurden in den Diskussionen Momente der Überforderung beschrieben, die sich auf die unklare Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Aufklärung und Bearbeitung eines Kinderschutzfalls beziehen.

Was muss nun getan werden?

Raabe: Die Studienergebnisse zeigen, dass weiterhin der Bedarf besteht, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für das Thema Kinderschutz zu sensibilisieren, sie über Aufgaben und Rollen der verschiedenen Akteure im Kinderschutz aufzuklären und ihnen die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten nahezubringen.

Wie sehen nun Ihre Handlungsempfehlungen aus?

Dittmann: Die Tatsache, dass bestehende, auch anonyme Beratungsmöglichkeiten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Mehrheit unbekannt sind und auch nur ein Teil der Ärzte mit der Kinder- und Jugendhilfe kooperiert, macht die Notwendigkeit einer weiterhin kontinuierlichen und gezielten Information und Aufklärung Niedergelassener mit Blick auf das Thema Kinderschutz sichtbar. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte finden mittlerweile regional, überregional sowie bundesweit Beratungsmöglichkeiten, die sie in dem Prozess der Einschätzung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung unterstützen können. Dazu gehören die Bera-



Foto: © Petr - Fotolia.com

tungsmöglichkeiten des Jugendamts für Ärztinnen und Ärzte, genauso wie spezialisierte Angebote wie beispielsweise in Bayern der bayerische Leitfaden „Gewalt

gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln.“ oder die bayerische Kinderschutzambulanz. Auch Kliniken können mit aktiven Kinderschutzgrup-

pen oder sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zur Beratung angesprochen werden und weitere Untersuchungen sowie die Anbindung der Familien an weitere Hilfen übernehmen. Einheitliches Wissen über die Strukturen und Vorgehensweisen der Kinder- und Jugendhilfe kann dabei helfen, die eigene Rolle in der Bearbeitung einer Kindeswohlgefährdung zu definieren, und sich somit zu entlasten. Der Ausbau von Möglichkeiten eines gemeinsamen Austauschs sowie Kontaktaufbaus zwischen Fachkräften aus der Medizin und der Kinder- und Jugendhilfe ist wünschenswert. Dieser kann dazu beitragen, über die Systemgrenzen hinaus eine Annäherung der Berufsgruppen zu fördern und den Kinderschutz weiter zu stärken.

ReH

143 getötete Kinder im Jahr 2017 – Netzwerke im Kinderschutz stärken

Die Deutsche Kinderhilfe stellte am 6. Juni in Berlin gemeinsam mit Holger Münch, Präsident des Bundeskriminalamtes, Johannes-Wilhelm Rörig, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, und Professor Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm und Leiter des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin, die Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik 2017 zu kindlichen Gewaltopfern vor.

Im vergangenen Jahr wurden in Deutschland 143 Kinder getötet. Fast 78 Prozent von ihnen waren zum Zeitpunkt des Todes jünger als sechs Jahre. In 77 Fällen blieb es bei einem Tötungsversuch. Die Zahlen zu Misshandlungen an Kindern stagnieren seit Jahren auf einem hohen Niveau. 4.208 Kinder waren hiervon betroffen, 43 Prozent von ihnen haben das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet.

Im Bereich sexuelle Gewalt nach den §§ 176, 176a und 176b weist die Statistik einen Rückgang von 3,64 Prozent auf, doch wurden noch immer 13.539 Kinder als Opfer registriert. Die in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfassten Fallzahlen des Besitzes und der Verbreitung kinderpornografischen Materials stiegen im Vergleich zum Vorjahr wieder um 15,06 Prozent an.

Holger Münch, Präsident des Bundeskriminalamtes, schätzt die Dunkelziffer noch weitaus höher ein und forderte, dass „Prävention und Strafverfolgung besser ineinandergreifen“. **Rainer Becker**, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Kinderhilfe, ergänzte, dass „zum Schutz der Kinder Risikofaktoren wie Trennungskonflikte und psychische Störungen bei Eltern frühzeitig erkannt werden müssen. Um der Verantwortung gerecht zu werden, müssen die Institutionen wie Medizin, Kinder- und Jugendhilfe, Justiz, Kitas und Schulen, Fachberatungsstellen und Polizei aber finanziell und personell gut ausgestattet sein“.

Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, **Johannes-Wilhelm Rörig**, verwies auch auf die zunehmende Gefahr sexueller Gewalt durch die digitalen Medien: „Kin-

der- und Jugendschutz findet im Internet nicht statt. Der Jugendmedienschutz muss jetzt dringend modernisiert und die IT-Wirtschaft auch gesetzlich verpflichtet werden, den Kinder- und Jugendschutz im Netz zu verwirklichen.“ Rörig forderte mehr geschultes Personal bei Justiz und



Foto: © Marco2811 - Fotolia.com

Strafverfolgung. Auch die Ermittlungsmöglichkeiten müssten rechtlich und technisch verbessert und dem Internetzeitalter angepasst werden: „Sexualstraftäter dürfen sich in Deutschland nicht länger sicher fühlen.“

Bezüglich des alltäglichen Ausmaßes von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Gesellschaft stellte **Professor Dr. Jörg M. Fegert**, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm und Leiter des Kompetenzzentrums Kinderschutz in der Medizin, fest: „Auf diese riesige Dimension sind die zuständigen Institutionen nicht

vorbereitet. Dies gilt für das Gesundheitswesen wie für die Jugendhilfe etc. Die spezifische Fachberatung hat immer noch keine regelhafte Finanzierung. Bis 2013 durften Misshandlungsdiagnosen im Krankenhaus in Deutschland gar nicht gestellt werden, vielerorts gibt es Abrechnungsprobleme bei der Abklärung von Kinderschutzfällen oder z. B. bei einer vertraulichen Befundicherung nach einer Vergewaltigung von Kindern und Jugendlichen. Die Weltgesundheitsorganisation sagt, dass gerade in den reichen Ländern durch eine systematische Verbesserung und ein Ausbau der Versorgung Betroffener noch relativ viel er-

reicht werden kann, der Zugang zu einer fachlich fundierten wirksamen Traumatherapie muss dabei verbessert werden. Im Rahmen der nachhaltigen Entwicklungsziele der UN hat sich Deutschland verpflichtet, Gewalt gegen Kinder zu beenden. Regelmäßig müssen entsprechende Indikatoren im Dunkelfeld erhoben werden. Die alleinige regelmäßige Präsentation der Kriminalstatistik reicht hierfür nicht aus.“

Info: www.kindervertreter.de

Red.: ReH

Zahlen und Fakten zur Bekämpfung der Kinderpornografie

Das Bundeskriminalamt weist bereits seit geraumer Zeit auf die enorme Bedeutung der Vorratsdatenspeicherung für die Bekämpfung von Kinderpornografie hin. Ohne eine Umsetzung der Vorratsdatenspeicherung bleiben tausende Fälle von Kinderpornografie unaufgeklärt, den Ermittlerinnen und Ermittlern seien die Hände gebunden, meldet das Bundeskriminalamt.

Im Jahr 2017 registrierte die deutsche Polizei 6.512 Fälle von Kinderpornografie. Die Aufklärungsquote betrug rund 90 Prozent. Diese Daten seien um etwa 8.400 weitere Fälle zu ergänzen, die von einer US-amerikanischen Organisation übermittelt wurden, so das BKA. Eine Aufklärung dieser Sachverhalte war mangels Umsetzung der Vorratsdatenspeicherung nicht möglich. Die Daten finden bisher keinen Eingang in die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), weil sie zwar deutschen IP-Adressen, nicht aber einer konkreten Person in einem Bundesland zuzuordnen sind. Gleichwohl müssen für eine Einschätzung der Lage beide Zahlen zusammengefasst werden. Im Ergebnis erlangte die deutsche Polizei im Jahr 2017 Kenntnis von rund 14.900 Fällen. Die Aufklärungsquote reduziert sich somit von knapp 90 auf rund 40 Prozent.

Die Fakten

Die meisten Hinweise zu Dateien mit kinderpornografischen Inhalten erhält

das BKA aktuell von der US-amerikanischen Nichtregierungsorganisation National Centre for Missing and Exploited Children (NCMEC). Diese arbeitet wiederum mit amerikanischen Internetanbietern und Service Providern wie Facebook, Microsoft, Yahoo oder Google zusammen, die ihre Datenbestände und die über ihre Dienste verbreiteten Daten mittels modernster Filtertechnologien permanent nach Missbrauchsabbildungen scannen.

Die festgestellten Dateien werden gelöscht und die verfügbaren Informationen dem NCMEC übermittelt. Das NCMEC leitet diese Verdachtsanzeigen auf Basis der IP-Adresse (Adresse, von der aus der Upload des strafrechtlich relevanten Materials stattgefunden hat) an die jeweils zuständige polizeiliche Zentralstelle des Landes weiter, in dem die Straftat stattgefunden hat.

Über 35.000 Hinweise auf mögliche strafbare Handlungen in Deutschland gingen so im Jahr 2017 im BKA ein. Als Zentralstelle ist das Bundeskriminalamt für die Auswertung und die Weiterlei-



tung der Erkenntnisse an die zuständigen Strafverfolgungsbehörden der Bundesländer zuständig.

Die Herausforderungen

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Hinweise auf Missbrauchsabbildungen im Internet kontinuierlich gestiegen. Die Zahl der Fälle, die Eingang in die Polizeiliche Kriminalstatistik

(PKS) fanden, blieb jedoch annähernd gleich, im Vorjahr lag sie bei 6.512 Fällen und einer Aufklärungsquote von knapp 90 Prozent, ein auf den ersten Blick sehr guter Erfolg. Dieser war insbesondere möglich, weil bei einer Vielzahl der aufgedeckten Fälle die Inhaber der ermittelten IP-Adresse noch festgestellt werden konnten. So erklärt sich die hohe Aufklärungsquote der in der PKS registrierten Fälle und zeigt die Notwendigkeit der Vorratsdatenspeicherung.

Dennoch bildet die PKS nur einen sehr kleinen Teil der tatsächlichen Straftaten ab. Dies erkennt man daran, dass die Zahl der erfassten Fälle sehr viel geringer ist, als die Zahl der Hinweise (rund 35.000).

Die im Vergleich zu den eingehenden Hinweisen geringe Anzahl an registrierten Fällen ist einerseits darin begründet, dass nicht jedes gemeldete Foto oder Video tatsächlich strafbare Handlungen enthielt. Andererseits konnte in vielen Fällen die vom Provider mitgelieferte IP-Adresse mangels Vorratsdatenspeicherung keinem konkreten Anschluss in Deutschland mehr zugeordnet werden, da der Provider die zur Identifizierung notwendigen Daten bereits gelöscht hatte. Diese Fälle fanden keinen Eingang in die PKS, weil sie eine Zuordnung zu einem bestimmten Bundesland voraussetzt. 2016 und 2017 betraf dies jeweils rund 8.400 Fälle. Andere Ermittlungsansätze (etwa E-Mail-Adressen oder Telefonnummern) waren in diesen Fällen

nicht mehr vorhanden, die Ermittlungen mussten eingestellt werden.

Die 8.400 in Deutschland nachweislich begangenen, aber wegen fehlender Vorratsdatenspeicherung nicht aufgeklärten Fälle bezieht das BKA für ein klares Bild über die tatsächlich begangenen Straftaten mit ein. Zusammen mit den 6.512 in der PKS registrierten Fällen vom Jahr 2017 ergibt sich eine Zahl von über 14.900 Fällen von Kinderpornografie. So reduziert sich die Aufklärungsquote von knapp 90 auf rund 40 Prozent.

Info: www.bka.de

Red.: ReH

Gesetzentwurf zur Landarztquote: Nordrhein-Westfalen geht mutig voran

Am 5. Juni stellte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann den Gesetzentwurf der Landesregierung sowie weitere Eckpunkte zur Umsetzung der Landarztquote vor. Mit dem vom Kabinett beschlossenen Gesetzentwurf, kündigte die Landesregierung an, werde ein wichtiger Baustein zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auf den Weg gebracht. Unser Autor, Asistentensprecher des Berufsverbandes, hält die Landarztquote für nicht geeignet, um junge Ärztinnen und Ärzte die Niederlassung auf dem Land schmackhaft zu machen. Er wendet sich daher in einem offenen Brief an den Minister.



Dr. Sebastian Bartels

Landärzte für NRW – was plant die Landesregierung?

Über eine Vorabquote sollen voraussichtlich 7,6 Prozent der Medizinstudieneplätze in Nordrhein-Westfalen an Bewerber vergeben können, die sich verpflichten, nach ihrer Facharztausbildung für zehn Jahre in einer unterversorgten Region als Hausarzt zu arbeiten. Geplant ist, dass das Landeszentrum für Gesundheit (LZG) als zuständige zentrale Vergabestelle mit der Wahrnehmung der Aufgaben betreut wird, unter anderem mit der Durchführung des Auswahlverfahrens. Das LZG wird auch die Vergabe der Studienplätze evaluieren.

Die Auserwählten

In die Auswahl der Studierenden werden neben der Abiturnote Kriterien wie die Berufsausbildung und Berufserfahrung einfließen. Im Rahmen eines standardisierten Tests sollen zudem Empathie und Sozialkompetenz überprüft werden.

Sehr geehrter Herr Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann, es freut mich zu lesen, dass Sie sich der schon lange zunehmenden Proble-

me der medizinischen Unterversorgung in ländlichen Regionen angenommen haben und Verbesserungen anstreben.

Aber bitte verfallen Sie nicht in blinden Aktionismus!

Der fehlende Nachwuchs und die hohe Abwanderungsquote von Ärzten in

nicht versorgungsrelevante Bereiche ist auf allen Ebenen ein großes Problem. In der Grundversorgung, zu der neben den Hausärzten auch die Kinder- und Jugendärzte zählen, ist dies mit Blick auf die aktuelle Versorgungssituation und Altersstruktur natürlich besonders eklatant. Doch obwohl das Interesse an Studienplätzen für Humanmedizin seit 15 Jahren beachtlich groß ist (mehr als vier Bewerber auf jeden Studienplatz) wurde ihre Anzahl in der Vergangenheit verringert statt erhöht. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass die Zahl von Studienabbrechern bzw. -wechslern relevant angestiegen ist. Reduzieren wir also nun die Gesamtzahl von künftigen Medizinstudenten um bis zu zehn Prozent im Sinne der Landarztquote ohne zusätzliche Studienplätze zu schaffen, führt dies unweigerlich zu vermehrten Engpässen in allen anderen medizinischen Bereichen. In anderen Worten: Sie betreiben mit dieser Verschiebetaktik lediglich ein Nullsummenspiel.

Das Abitur, da stimme ich Ihnen zu, ist kein Indikator zur Eignung des Arztberufes und dennoch nach wie vor leider das entscheidende Kriterium zur Auswahl der Bewerber. Eignungsspezifische Auswahlgespräche existieren nur in einem kleinen Umfang. Mit Ihrem Vorschlag, den Numerus Clausus durch die Quote zu umgehen, da auch Abiturienten mit der Note 3 noch gute Landärzte abgeben können, vermitteln Sie - womöglich ungewollt - den Eindruck, dass für

die grundversorgende Medizin andere Standards gelten. Gute Schüler studieren Medizin mit allen Möglichkeiten für die Zukunft - befriedigende Schüler dürfen immerhin noch den Landarztplan wählen. Da entsteht schnell ein falsches Bild. Also lieber die Auswahl aller Medizin-studienplätze reformieren und die Zahl der Studienplätze erhöhen!

Als Abiturient ist man heute etwa 18 bis 19 Jahre alt und auf dem Papier erwachsen. Und dennoch: Glauben Sie tatsächlich, dass man einem jungen Menschen ohne relevante Berufseinsicht in der Schullaufbahn eine so weitreichende Entscheidung wie die der Landarztlaufbahn aufbürden sollte? Das Medizinstudium dauert minimal sechs Jahre. Im Anschluss mindestens fünf Jahre Facharztweiterbildung. Läuft alles bestmöglich ohne große Verzögerung, dauert die Arztausbildung also inklusive Prüfungszeiten und Arbeitsplatzwechsel rund zwölf Jahren. Hieran schließt sich dann die Verpflichtung für zehn Jahre an. Somit verlangen Sie von heranreifenden Erwachsenen eine Weitsicht für die nächsten 22 Jahre! Nicht nur, dass man vor dem Beginn des Medizinstudiums dessen Vielfältigkeit und Möglichkeiten in aller Breite gar nicht überblicken kann oder während der Schulzeit seine speziellen beruflichen Begabungen womöglich noch gar nicht erkennen konnte, man kann sich zudem nicht annähernd vorstellen, wie einem die tatsächliche Arbeit als Arzt in Praxis, Krankenhaus, Labor

u.v.m. liegt. Somit führt Ihr Vorschlag in meinen Augen zu einer besonders hohen Unzufriedenheit der Studierenden und Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung mit steigender Abbruch-/ Wechselquote und wahrscheinlich vielen juristischen Streitigkeiten um die Vertragsstrafen.

Statt der Landarztquote sollten Sie die grundversorgende Medizin von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen grundlegend attraktiver gestalten. Fördern Sie die eigentliche Arzttätigkeit! Helfen Sie, diese zu entbürokratisieren und entlasten Sie die Ärzte und Ärztinnen von weiter ausufernden Verwaltungsaufgaben. Neben finanziellen Zuschüssen und anderen Anreizen für die Mediziner sollten auch die Kommunen entsprechend unterstützt werden! Wenn Kindertagesstätten, Schulen, Gemeinschaftseinrichtungen, Einkaufsmöglichkeiten u.a. fehlen oder nach und nach geschlossen werden müssen, sinkt auch die Bereitschaft junger Ärzte, ihren Familienmittelpunkt in diese Regionen zu verlegen.

Was wir also brauchen, ist ein ganzes Paket von Maßnahmen gegen den Ärztemangel auf dem Land. Die Landarztquote brauchen wir nicht!

Ihr Dr. Sebastian Bartels

BVKJ-Assistentensprecher

56073 Koblenz

E-Mail: s.bartels@daad-alumni.de

Red.: ReH

Endlich: HPV-Impfung auch für Jungen

Die STIKO hat im Juni 2018 beschlossen, die HPV-Impfung in Zukunft auch für Jungen von neun bis 14 Jahren gegen HPV zu empfehlen. Verpasste Impfungen sollen bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden. Eine Aufnahme dieser vom BVKJ lange geforderten Empfehlung in die Schutzimpfungsrichtlinie ist erst gegen Ende 2018 zu erwarten. Damit wird diese Impfempfehlung eine geschlechts-neutrale Empfehlung. Impfziel sind HPV-assoziierte Tumoren bei beiden Geschlechtern (z.B. an

Cervix, Vagina, Vulva, Anus, Penis, Oropharynx, Zunge, Tonsillen). Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen müssen sich auf einen veränderten und erhöhten Beratungsaufwand vorbereiten. In den nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift werden wir dazu ausführlicher informieren.

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Terhardt

Red.: ReH



Foto: © Africa Studio - Fotolia.com

ECPCP-Frühjahrstreffen in Toledo/Spanien

Vom 20. bis 22.04.2018 trafen sich über 30 Delegierte verschiedener europäischer Nationen zum diesjährigen ECPCP-Frühjahrstreffen. Unsere Autorin war dabei und berichtet.



Zu Beginn wurden die politischen Aktivitäten seit dem letzten Treffen vorgestellt und besprochen.

- 1) **Annahme des ECPCP-Curriculum** für die allgemeine ambulante Pädiatrie von der DV der EAP in 12/2017 in Brüssel
- 2) **Treffen zwischen EPA/UNEPSA und ECPCP** in 12/2017 Wien
Ziel: Bündelung der Kräfte und dadurch Stärkung der PCP (Primary Care Paediatrician).
Im Rahmen des Treffens in Toledo stellten Prof. Massimo Petrello Mantovani (EPA Vice President) & Prof. Jochen Ehrlich (Chairman Scientific Advisory Board) das geplante Projekt „Speaking with one voice“ im Plenum vor.
- 3) **Neuigkeiten aus den Ländern:**
Das Problem des fehlenden Nachwuchses treibt alle Länder um. Die Gegenmaßnahmen sind unterschiedlich: Israel plant zum Beispiel eine neue medizinische Hochschule und hofft,

damit auf eine Erhöhung der Medizinerzahl um 20 Prozent.

Das Thema „Impfen“ steht in Frankreich und Italien im Focus des Gesundheitsministeriums, in Slowenien kümmert sich hauptsächlich die pädiatrische Gesellschaft um dieses Thema.

In Spanien hat die pädiatrische Gesellschaft AEPap über 150 000 Unterschriften (Change.org: CONFIANZA) von Eltern gesammelt, damit die primäre Versorgung durch Pädiater bestehen bleibt.

Der Samstagvormittag wurde in Kooperation mit den spanischen pädiatrischen Gesellschaften AEP, AEPap und CESCAM gestaltet. **Themen:** Invasive Meningokokken-Erkrankungen in Europa; Pädiatrische Versorgungsforschung und Vorsorge-Leitlinien.

Außerdem wurden unterschiedliche Ausbildungsprogramme für das Erlernen von PCP vorgestellt. U.a. berichteten

zwei junge spanische Kollegen von ihrer Weiterbildung in einer hausärztlichen pädiatrischen Praxis.

Die **Arbeitsgruppen der ECPCP** tagten nachmittags.

Prevention&Vaccination: Darlegung der verschiedenen nationalen Programme zur Früherkennung von Hüftdysplasie: Während in Österreich, der Schweiz, Deutschland und Tschechien ein obligatorisches Hüftscreening per Ultraschall etabliert ist, werden in Spanien, Frankreich und englischsprachigen Ländern Säuglinge primär klinisch untersucht und nur bei speziellen Verdacht einer sonographischen Hüftuntersuchung zugeführt. Die Gründe sind letztlich unklar, die vorliegende Datenlage nur begrenzt aussagekräftig.

Anleitung zum Fehlermanagement in den Praxen und sinnvolle Präventivmaßnahmen für Kinder durch Pädiater sind Themen der Zukunft.

Curriculum: Statement zur primary care - Lehre und Ausbildung in der Pädiatrie.

Weiterbearbeitung der EPAs (Entrustable Professional Activity)

Research: Aktuell geht die Befragung zur Diagnostik und Therapie der AOM in den teilnehmenden Ländern zu Ende. Angedachte zukünftige Themen: Unfallverhütung im Kindesalter; Bildschirm(ber)nutzung.

Termine: ECPCP-Treffen 19.-21. Oktober 2018 in Vilnius

Korrespondenzadresse:

Karin Geitmann
Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Mitglied im Bundesvorstand des BVKJ
Delegierte für EAP und ECPCP
Liebigstr. 41, 58095 Hagen
Tel.: 02331 / 2 44 48
E-Mail: karin.geitmann@uminfo.de

Red.: ReH

Das Leser-Forum

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

**Kinder sind ein Armutsrisiko?
Kinder sind DAS Armutsrisiko!**
von Dr. Ulrich Fegeler
KJA 5/2018, S. 284

Hallo, Herr Kollege Fegeler, ich bin seit 27 Jahren niedergelassener Kinder- und Jugendarzt; das Thema treibt uns sicher alle um. Geld in die Hand genommen wird seit den 27 Jahren immer mehr. In Worms hat sich die Zahl der Ergotherapeuten und Logopäden gefühlt verfünffacht. Die von Ihnen genannten Verbesserungen wie Familienzentren, Frühe Hilfen usw. sind sicher noch ausbaufähig. Was mir bei dem Thema aber immer wieder etwas aufstößt, ist die Unterstellung der kausalen Reihenfolge: erstens kommt das Kind und zweitens kommt die Armut. Meinem Empfinden nach kommt erst mal bildungsfernes Milieu. In dessen Folge kommen dann Probleme beim Erreichen einer Berufsausbildung, Armut und das Fehlen jeglicher Familienplanung. Während in Akademikerfamilien wenige Kinder spät geboren werden und schon über Social Freezing nachgedacht wird, haben manche 25-jährigen Mütter zwar noch keine Berufsausbildung, aber schon drei Kinder. Bisschen mehr Hilfestellung bei der Familienplanung könnte sicher auch Leid verhindern – z.B. wäre die Pille zu Lasten der Krankenversicherung vielleicht kostengünstiger als endlose Soziotherapien.

Mit freundlichen Grüßen
Martin Becker

Lieber Herr Becker, ganz herzlichen Dank für Ihre kritische Rezension. Vielleicht habe ich mich nicht verständlich genug ausgedrückt. Ich bin ganz ihrer Meinung, dass zunächst das bildungsferne Umfeld (Familie, Sozialraum) kommt und dann das darin nicht ausreichend entwicklungsstimulierte Kind mit häufig bereits früh erkennbaren Defiziten der sozialen, kognitiven sprachlichen Fähigkeiten, um nur Einige zu nennen. Dies wiederum führt zu einer deutlich verringerten schulischen und Ausbildungsprognose, letztlich zu einer sehr häufig nicht gelingenden Berufs- und Sozialentwicklung. Circa 50 Prozent der Kinder, die in prekären familiären Verhältnissen aufwachsen, machen keinen Schulabschluss, das sind ca. 60.000 bis 70.000 Kinder pro Jahr. Diese addieren sich zu denen des Vorjahres usw. Wir schieben vor unserem gesellschaftlichen Tanker eine gewaltige Bugwelle von schwierig in den Ausbildungsprozess zu integrierenden Jugendlichen her. Deswegen muss bei diesen Familien und den in sie hineingeborenen Kindern möglichst von Anfang an soziale, Erziehungs- und Anregungsunterstützung angeboten werden, damit zumindest ein Teil dieser Kinder eine einigermaßen chancengleiche Schul- und Ausbildungsperspektive hat. Dies muss alles strukturiert werden, damit entsprechend investierte Gelder auch eine Wirkung erzielen. Gelder in Logopädie und Ergotherapie sind in meinen Augen verschleudert, die Effekte sind bezüglich einer besseren vorschulischen Entwicklung allenfalls marginal und nicht validiert. Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist das kooperative Zusammenwirken der verschiedenen an der kindlichen Entwicklung beteiligten Institutionen, ich erwähnte einige.

Sie haben Recht, auch die Familienplanung gehört mit in diesen großen

Themenbezug, aber es muss auch die Institution vorhanden sein, die den potentiellen Müttern einen niedrigschwelligen Beratungszugang ermöglicht. Solche Beratung wird aber gerade im bildungsfernen Milieu nur gering nachgefragt. Also müssen wir uns überlegen, wie wir mehr gerade solcher Menschen erreichen. Auf diesem Gebiet wird zwar eifrig geforscht und vorgeschlagen, aber all dies ist sehr mittelschichtorientiert und geht in meinen Augen häufig an den einfachen, originären Bedürfnissen der betroffenen Familien vorbei. (...) Ich habe vorgeschlagen, in die mittlerweile unzähligen zu diesem Thema tagenden Expertenrunden immer Kinder- und Jugendärzte in der Grundversorgung miteinzubeziehen, da diese von unten nach oben denken, also von den beobachtbaren Bedürfnissen ausgehen und die dazu notwendigen Hilfe-, Unterstützungs- und Förderstrukturen definieren und erst dann die dazu notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen.

Sicher muss man auch noch einmal deutlich betonen: es ist nicht primär die Armut, die zu einer nicht ausreichenden Entwicklungsstimulation für die Entfaltung der angeborenen Fähigkeiten führt, sondern die Bildungsferne der Familien. Leider sind Armut und Bildungsferne zu über 90 Prozent kongruent.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Fegeler
Deutsches Kinderbulletin
Bäkeweg 37
16515 Oranienburg
03301-701227
0172-3004134
ul.fe@t-online.de
www.deutsches-kinderbulletin.de

Red.: ReH

„Gesichter der Ausgrenzung“ – Save the Children vergleicht Situation der Kinder weltweit: Slowenien und Singapur auf Platz 1, Deutschland auf Platz 12

Berlin, 30. Mai 2018 // Anlässlich des Internationalen Kindertags am 1. Juni veröffentlicht Save the Children, die größte unabhängige Kinderrechtsorganisation weltweit, zum zweiten Mal den Bericht „Gesichter der Ausgrenzung“, der die Situation von Mädchen und Jungen in 175 Ländern untersucht.

Das Ergebnis ist alarmierend:

1,2 Milliarden Kinder sind bedroht, ihre Kindheit zu verlieren.

Bewaffnete Konflikte, große Armut und geschlechterspezifische Diskriminierung sind dafür drei wesentliche Faktoren.

„Mehr als die Hälfte der Kinder dieser Welt sind benachteiligt,

- weil sie Mädchen sind
- arm sind oder
- in einem Kriegsgebiet aufwachsen

Frühverheiratung, Kinderarbeit und Mangelernährung sind nur einige der alarmierenden Lebensumstände, die Kinder ihrer Kindheit berauben können“, sagt Susanna Krüger, CEO von Save the Children Deutschland.

West- und Zentralafrika besonders betroffen

Der im Bericht enthaltene Index verdeutlicht, dass Kindheit am stärksten in West- und Zentralafrika gefährdet ist. Obwohl auch dort – wie in insgesamt 95 Ländern – Fortschritte erzielt wurden. Aber diese sind nicht weitreichend und gehen nicht schnell genug. In rund 40 Staaten hat sich die Lage extrem verschlechtert. Niger bleibt das Schlusslicht. Mali, die Zentralaf-

rikanischen Republik und der Tschad sind knapp davor platziert.

Eine eher unbeschwerte Kindheit erleben Kinder in Singapur, Slowenien und Norwegen. Deutschland belegt Platz 12.

Forderungen an alle Regierungen

Save the Children verlangt von allen Regierungen, jedem Kind einen optimalen Start ins Leben zu ermöglichen, damit Mädchen und Jungen ihr Potential voll entfalten können. „Jetzt müssen die Nationen handeln, damit die UN-Nachhaltigkeitsvereinbarungen, ausnahmslos allen Kindern eine Zukunft zu geben, auch erfüllt werden. Zu viel steht auf dem Spiel“, betont Susanna Krüger.

Zentrale Erkenntnisse aus dem Bericht:

- Mehr als eine Milliarde Kinder leben in armen Ländern, 240 Millionen Kinder wachsen in Konflikten auf und mehr als 575 Millionen Mädchen sind geschlechtsspezifischer Diskriminierung ausgesetzt.
- Fast 153 Millionen Kinder leben in den 20 Ländern, in denen alle drei Bedro-

hungen gelten – dazu gehören Südsudan, Somalia, Jemen und Afghanistan.

- Unterernährung, Krankheiten und unzureichende Gesundheitsversorgung töten mehr als 20 Mal so viele Kinder in Kriegsgebieten wie konfliktbedingte Gewalt.
- Kinderarbeit liegt in Ländern, die von bewaffneten Konflikten erschüttert werden, um 77 Prozent über dem globalen Durchschnitt. Dort werden Mädchen auch häufiger früh verheiratet.
- Die ärmsten Mädchen haben etwa dreimal so viele Geburten wie die wohlhabendsten Mädchen.
- Trotz ihrer wirtschaftlichen, militärischen und technologischen Stärke liegen die Vereinigten Staaten (Platz 36), Russland (Platz 37) und China (Platz 40) im Index hinter sämtlichen westeuropäischen Staaten.
- In Ostasien und im Pazifik erzielten 76 Prozent der Länder Fortschritte. Nur auf den Philippinen war ein Rückgang zu verzeichnen. Dort führt Mangelernährung zu gebremstem Wachstum.

Zusammenstellung:

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

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.



NRW startet neues Programm zur Bekämpfung von Kinderarmut

Die NRW-Landesregierung hat ein neues Programm zur Bekämpfung der Kinderarmut gestartet. In den letzten fünf Jahren sei der Anteil der Sozialleistungsbezieher bei den Minderjährigen mehr als doppelt so stark gestiegen wie bei der Bevölkerung insgesamt, so Sozialminister Karl-Josef Laumann bei der Vorstellung des neuen Programms, das Kindern und Jugendlichen gegen die Verfestigung von Armut und sozialer Ausgrenzung helfen soll. Für das Programm stehen jährlich acht Millionen Euro zur Verfügung.

Im Fokus stehen Stadtquartiere, in denen besonders viele Kinder und Jugendliche Sozialleistungen wie etwa „Hartz IV“ beziehen, was in der Regel auf die Lang-

zeitarbeitslosigkeit oder geringe Erwerbseinkommen von Eltern zurückzuführen ist. Hier soll es künftig bessere Zugänge zu Beratungs-, Mitwirkungs- und Gesundheitsangeboten geben, zum Beispiel sogenannte Quartiers-Kümmerer, die auf Heranwachsende zugehen und ihnen helfen, Widerstände zu überwinden und Übergänge wie den von der Schule in Ausbildung oder Beruf zu meistern. Auch Projekte, die etwa durch Sport oder ausgewogene Ernährung für ein gesundes Aufwachsen sorgen, können gefördert werden.

Quelle: <http://www.land.nrw>

Info

Nach der neuesten Kurzanalyse zur Sozialberichterstattung des Landes NRW ist bei den unter 18-Jährigen die Mindestsicherungsquote von 15,8 Prozent im Jahr 2011 auf 20,1 Prozent im Jahr 2016 gestiegen, während dieser Anteil bei der Bevölkerung insgesamt im selben Zeitraum von 10,2 auf 12,0 Prozent angestiegen ist. Absolut ist die Zahl der minderjährigen Sozialleistungsbezieher in Nordrhein-Westfalen von 471.415 zum Jahresende 2011 auf 598.364 zum Jahresende 2016 gestiegen.

auf den ● gebracht

Bekämpfung von Kinderarmut geht anders!

Die Zahlen sind bekannt: circa 20 Prozent der Kinder eines Geburtsjahrganges werden in Familien hineingeboren, die überwiegend von Sozialtransfers leben. Neben den bedrückenden Lebensverhältnissen ist es die meist zusätzlich vorhandene Bildungsferne der betroffenen Familien (die Kongruenz von prekären Lebensverhältnissen und Bildungsferne beträgt > 90%), die den Kindern keine ausreichende frühkindliche Entwicklungsanregung zuteil werden lässt. Bereits früh sind Defizite der sozialen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung erkennbar. Die betroffenen Kinder haben von Anfang an schlechtere Schul-, Ausbildungs- und Berufschancen, die Sozialprognose ist schlecht. Etwa 50 Prozent der betroffenen Kinder machen keinen Schulabschluss (ca. 6% keinen Hauptschulabschluss, weitere 4-5% nach dem Wechsel auf die Sekundarstufen). Die finanziellen Aufwendungen zur Reintegration dieser fast schon verlorenen

Kinder sind gigantisch und häufig nicht von Erfolg beschieden. Dass sich der Anteil der armen Kinder bis zum Jugendlichenalter um 20 Prozent hält, belegt, dass sich bis dahin für die Kinder nichts an ihrer Situation geändert hat.

Will man Kinderarmut bekämpfen, muss man viel früher in den Teufelskreis der Armutsentstehung eingreifen. Quartierskümmerer, wie von Sozialminister Laumann vorgeschlagen, sind ein griffiger Titel, vielleicht sogar auch eine gute Idee, sie greift nur fast zu spät. Ich habe nichts gegen ihre Etablierung, aber besser wäre es in meinen Augen, wir würden große, wirklich große Programme starten, die systematisch – am besten schon in der Schwangerschaft – betroffene hilfe- und unterstützungsbedürftige Mütter/Familien identifiziert, in der Geburtsklinik Kontakte zu Frühen Hilfen, KJGD oder anderen knüpft, die aufsuchen dürfen, die Mütter und Familien an Strukturen bindet, die ihnen selbst, aber auch

den Kindern bei einem gelingenden Aufwachsen helfen. Strukturen, die dieses leisten könnten, gibt es; es gibt auch gute Ideen, sie besser zu vernetzen, z.B. durch sozialräumliche Lotsendienste, die Eltern aufsuchen, Termine organisieren und sogar zu solchen Unterstützungsstrukturen begleiten könnten. Zugegeben: das ist teuer, viel teurer als die acht Millionen, die der Sozialminister in Aussicht stellt. Aber dieses Mehr-Geld würde wahrscheinlich auch mehr helfen, den betroffenen Kindern eine Chance zu geben. Acht Millionen klingen nach schlechtem Gewissen, aber nicht nach dem Wunsch, tatsächlich zu helfen.

Dr. Ulrich Fegeler

Der Autor ist Mitbegründer des *Kinderbulletins* und engagiert sich seit vielen Jahren im BVKJ für die „vergessenen Kinder“

Red.: ReH

Ehrenpräsident Dr. Werner Schmidt wird 90!

Seit 25 Jahren ist Dr. Werner Schmidt Ehrenpräsident des Berufsverbandes. Zu seinem 90. Geburtstag am 28. Mai 2018 haben Geschäftsführer Dr. Stehr aus Köln und der Obmann des Bezirks Oberpfalz, Dr. Guido Judex (Regensburg), in Regensburg Dr. Schmidt die Glückwünsche des BVKJ überbracht, und konnten die Verdienste des Jubilars für die Kinder- und Jugendärzte vor einer umfangreichen Versammlung von Wegbegleitern des Ehepaares Schmidt hervorheben. Dr. Hannelore Schmidt war ebenfalls als Kinderärztin in der gemeinsamen Praxis tätig. Für mich als neuem Geschäftsführer war dies eine schöne Gelegenheit, eine die Geschichte des Verbandes und die Geschicke der Berufsgruppe prägende Persönlichkeit kennenzulernen.



Dr. Michael Stehr

Beruf und Verband

In kurzen Stichworten Dr. Werner Schmidts Weg in den Beruf und den Verband:

- 1928 in Chemnitz geboren,
- Ausbildung zum Krankenpfleger in der SBZ/DDR,
- Ab 1951 Studium der Medizin in Tübingen, Berlin und Freiburg,
- 1957 Staatsexamen und Promotion,
- Niederlassung als Kinderarzt in Regensburg 1964.

Seit 1964 hatte er auch Kontakt zur Abteilung für Berufsfragen der Dt. Ges. f. Kinderheilkunde (DGK), in deren Netzwerk und Gremien er zunehmend integriert war.

1970 passierte etwas für alle Beteiligten Entscheidendes:

- die Abteilung für Berufsfragen der DGK trennt sich ab
- und **gründet den Berufsverband der Kinderärzte e.V. (BVK).**

Berufspolitik und Fortbildung für Kinderärzte sowie die Unterstützung der Kinderärzte in den fünf neuen Ländern nach dem Fall der Mauer prägten seine Tätigkeiten im Verband ganz wesentlich.

- **1983-1991 war er Präsident des BVK** – und der erste hauptamtliche Präsident in der Geschichte des Verbandes.
- **Seit 1993 ist er Ehrenpräsident** des Verbandes, der 1999 in BVKJ e.V. umbenannt wurde.

Berufs- und Honorarpolitik – Wiedervereinigung

In der Laudatio des **ehemaligen Präsidenten Dr. Klaus Gritz** zur Verleihung der **goldenen Ehrennadel** liest es sich in aller Kürze so:

„Früh erkannte er die Notwendigkeit, unsere Fachgruppe durch eine selbstbe-

wusste Berufs- und Honorarpolitik davor bewahren zu müssen, ins Abseits gedrängt zu werden. So gab er in den achtziger Jahren - davon acht Jahre als Präsident - wichtige Impulse für den Aufbruch auch über den engeren Radius des Berufsverbandes hinaus. Er gehörte zu den Vätern der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, knüpfte Verbindungen zu anderen Fachgruppen und Gesellschaften und verhalf dem Verband zu wachsendem Ansehen. Mit untrüglichem Instinkt nutzte er unmittelbar nach der Wiedervereinigung die Chance, unseren Verband auch in die Neuen Bundesländer hinein auszudehnen und ein Band zwischen Ost und West zu knüpfen.“

Ein „Band ... zu knüpfen“ klingt recht einfach, aber der Vollzug der Wiedervereinigung in den Jahren ab 1990 ging mit erheblichem Reiseaufwand und viel Ein-



satz vor Ort und der Notwendigkeit zur Überwindung von vielfältigen Problemen einher.

Er selbst hatte aufgrund seiner Herkunft aus Chemnitz eine hohe Glaubwürdigkeit bei den Ärztinnen und Ärzten in den fünf neuen Ländern, deren Lebenswege nicht selten schon in der DDR beschnitten und durch die rasanten Umbrüche durcheinandergeworfen wurden. In den Worten von Dr. Werner Schmidt, der den Einsatz aller Beteiligten im Verbandorgan 1996 würdigte und sich ausdrücklich kritisch mit der Art und Weise des Vorgehens der Vertreter westdeutscher Selbstverwaltungsstrukturen auseinandersetzte: „Die unzähligen Reisen, die unsere Funktionsträger, unterstützt von der einschlägigen Industrie, damals unternommen haben, um die Kinderärzte mit unserem System der ambulanten pädiatrischen Versorgung und den Tücken der Leistungsabrechnung vertraut zu machen, werden vielen ... in Erinnerung bleiben. Fünf neue Landesverbände mussten gegründet werden. ... Was wir nicht erreichen konnten bei den tonangebenden Ärzte- und Krankenkassenverbänden, war ein von uns gefordertes behutsames Vorgehen bei einer Neuordnung. ... Doch

die westliche Überheblichkeit zeigte sich auch bei der nun zu rasch durchgeführten Neuordnung. ... Wir riefen alle westdeutschen Kinderkliniken auf, mit einer ... Ostklinik Kontakte aufzunehmen und sie gleich einer Patenschaft zu betreuen. Das hat anfangs leider nur in wenigen Fällen wirklich geklappt.“

Nachhaltige Erfolge

Heute hat Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine ausgezeichnete pädiatrische Versorgung, deren Vorzüge sich u.a. ergeben

- aus der Freiberuflichkeit,
- aus der eigenständigen Facharztqualifikation (die es eben nicht in jedem europäischen Staat gibt)
- und der sektoralen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Der BVKJ hat zu diesem Erfolg maßgeblich beigetragen – und der Jubilar hat daran einen erheblichen Anteil.

Heute baut der Verband auf den Leistungen der vorhergehenden Generationen auf, wenn er Themen nachdrücklich voranbringt, wie

- Reform des Medizinstudiums,

- Reform der Muster-Weiterbildungsordnung,
- und Modernisierung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte.

Außerdem wird der BVKJ tätig als Advokat einer gesunden Kindheit, etwa durch Forderungen, z.B.

- rauchfreies Auto und
 - Kinderrechte ins Grundgesetz.
- oder Empfehlungen
- zum Mediengebrauch für Kinder- und Jugendliche.

Sprechend für den Präsidenten und den gesamten Vorstand wurden dem Jubilar die Glückwünsche und der Wunsch übermittelt, dass der Jubilar seinen Berufsverband weiterhin und lange als Ehrenpräsident begleiten und diese Würde genießen möge.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Michael Stehr

Geschäftsführer BVKJ

51069 Köln

E-Mail: michael.stehr@uminfo.de

Red.: WH

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Oskar Kokoschka, Gitta Wallerstein

Dieses Bild ist eine Sinfonie aus Blautönen. Der Blau-Grün-Klang von Kleid, Wasser und Himmel wird unterbrochen von dem hellen Oval des Gesichts und den Händen, ergänzt von dunklem Rotbraun, einigen weißen Flecken und ein wenig Rot. Etwas heller ist das Blau des Kleides, bis zum tiefen Ultramarin reichen die Blautöne von Fluss und Himmel. In einem dunklen Blau leuchten die großen Augen des Kindes.

Oskar Kokoschka malte die zehnjährige Tochter des Berliner Kunsthändlers Victor Wallerstein in seinem Atelier in der Dresdner Akademie der Künste auf der Brühlschen Terrasse. Der Blick geht über die Elbe zum Neustädter Ufer. Das zierliche Mädchen wirkt etwas angespannt, darauf deuten der leicht geöffnete, etwas verzogene Mund und die Haltung der Hände hin. Aber auch Erlebnisfähigkeit und Staunen scheinen sichtbar zu werden. Die junge Dame wurde wenige Jahre später Tänzerin an der Berliner Staatsoper, emigrierte 1933 in die Schweiz, 1939 in die USA. 1968 erinnert

sie sich: „Der Maler wartete geduldig, bis er mich erhaschte oder, was er von mir brauchte, im rechten Licht erhaschte.“

Kokoschka war nach „wilden“ Jahren in Wien und Berlin seit 1919 Professor an der Kunstakademie Dresden. Von 1905 bis 1909 lernte er an der Kunstgewerbeschule in Wien. Den damals vorherrschenden Jugendstil lehnte er ab, sehr beeindruckt

wurde er von den Werken van Goghs. Es entstanden expressive Porträtmalerei. 1910 ging der Künstler nach Berlin. Sein



Oskar Kokoschka, Gitta Wallerstein, 1921, Staatliche Kunstsammlung Dresden, Galerie Neue Meister

Drama „Mörder, Hoffnung der Frauen“ entfachte bei der Uraufführung einen Skandal. Für die expressionistische Kunstzeitschrift „Der Sturm“ fertigte er Federzeichnungen an. Eine Ausstellung eigener Werke bei Paul Cassirer verlief erfolgreich. 1911 kehrte er nach Wien zurück. Dort lernte er Alma Mahler, die Witwe von Gustav Mahler, kennen. Es begann eine leiden-

schaftliche Beziehung mit vielen Höhen und Tiefen, ohne dass es zu einer stabilen Harmonie kam. Als Alma schwanger wurde, ließ sie gegen den Willen von Kokoschka eine Interruption durchführen. Das führte zur Trennung der Liebenden. Allerdings ließ der Maler 1918 noch eine lebensgroße Puppe in der Gestalt von Alma Mahler für sich anfertigen. Als Freiwilliger nahm er am Krieg in Galizien und in der Ukraine teil. 1915 erlitt er eine schwere Verwundung durch Kopfschuss und Bajonettstich in die Lunge.

Von der Professur in Dresden ließ sich der Künstler 1924 freistellen, um Reisen durch Europa, Nordafrika und den Nahen Osten durchzuführen. Dabei entstanden zahlreiche Städteporträts und Landschaften. In der Nazizeit wurden seine Werke als entartet aus öffentlichen Sammlungen entfernt. 1938 emigrierte er nach England, seit 1953 leitete er die „Schule des Sehens“ an der Internationalen Sommerakademie Salzburg. Kokoschkas von leidenschaftlicher Unruhe bewegte Kunst verkörpert eine individuelle Form des Expressionismus.

Dr. Peter Scharfe
Kinder- und Jugendarzt
Wilhelm-Weitling-Str. 3
01259 Dresden

Red.: ReH

Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz zum 65. Geburtstag

Zu den Wissenschaftlern mit lebenslangem Wohnsitz im Elfenbeinturm gehört Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz definitiv nicht. // Im Gegenteil. Gleich nach dem Abitur in Essen ging er zum Medizinstudium nach Würzburg. Nach Staatsexamen, Approbation und erfolgreicher Promotion ging es weiter nach Rotenburg ob der Tauber, von dort für zwei Jahre in ein ländliches Krankenhaus in Ruanda, dann zurück nach Würzburg, um dort die Facharztausbildung zu beenden. Dann zog er mit einem Forschungsstipendium weiter nach Vancouver, wo er im Bereich der medizinischen Mikrobiologie und pädiatrischen Rheumatologie arbeitete und forschte.

Nach diesen Lehr- und Wanderjahren trat Hans-Iko Huppertz eine Oberarztstelle an der Universitätskinderklinik Würzburg an, wo er sich auch 1992 mit einer Arbeit über die mögliche infektiöse Ätiologie der chronischen Arthritis bei Kindern habilitierte. Die 90er-Jahre widmete er dem Aufbau und der Leitung eines Forschungslabors sowie der Organisation mehrerer Multicenterstudien in pädiatrischer Rheumatologie und pädiatrischer Infektiologie. Dann kam die Berufung zum Leitenden Arzt der Prof.-Hess-Kinderklinik in Bremen, heute Klinikum Bremen-Mitte.

Als Arzt und Wissenschaftler hat Hans-Iko Huppertz nicht nur ganz direkt seinen Patienten gedient, er hat auch nie gezögert, wenn es darum ging, pädiatrisches Wissen zu vermitteln und unser Fach nach vorne zu bringen. Zum Beispiel als Präsident der 101. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin oder als Organisator diverser großer Kongresse, als Präsident der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und als Mitglied der Kommission für Infektions-



Dr. Hans-Iko Huppertz

und Impffragen der Deutschen Akademie für kinder- und Jugendmedizin.

Bis heute arbeitet er in den Vorständen der DGKJ, der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und der Pediatric Rheumatology European Socie-

ty. Zugleich arbeitet Hans-Iko Huppertz als Herausgeber, Mitherausgeber und Mitglied des wissenschaftlichen Komitees mehrerer pädiatrischer Zeitschrift. Die Leser dieser Zeitschrift kennen ihn als federführendes Redaktionsmitglied für die Rubrik Fortbildung und kompetenten Reviewer.

Seit 2017 ist Hans-Iko Huppertz Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ). Sein Weitblick und sein diplomatisches Geschick haben dazu geführt, dass die Pädiatrie heute wieder mit einer Stimme spricht.

Wir sind froh zu wissen, dass er sich auch jenseits der 65 weiter für unser Fach engagiert. Aber erst einmal gratulieren wir sehr herzlich zum Geburtstag. Unsere Glückwünsche gehen an einen außergewöhnlichen Arzt, Wissenschaftler und Wissensvermittler, der sich für die Pädiatrie in Deutschland in besonderer Weise verdient gemacht hat.

Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Buchtipps

Harald Bode, Uwe Büsching und
Ulrich Kohns (Hrsg.)
**Psychosomatische Grundver-
sorgung in der Pädiatrie**
Thieme Stuttgart 2016,
288 S., 16 Abb., € 99,-,
ISBN 9783132023314



„Ist ja nur psychosomatisch“ - dieser oft geäußerte Satz meint, dass schreiende Säuglinge oder Kinder mit rezidivierenden Kopf- oder Bauchschmerzen nicht wirklich „was haben“. Wahr ist aber, dass das Kind „etwas hat“; auch wenn es nichts Somatisches ist, so ist es doch etwas Medizinisches. Die betreuende Ärztin oder der Arzt wäre schlecht beraten, wenn sie oder er sich ab diesem Moment nicht

mehr zuständig oder kompetent fühlte. In Studium und Ausbildung allerdings wird diesen, den Praxisalltag bestimmenden „funktionellen“ Störungen nicht die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt. Man lernt bis in alle Einzelheiten, sich auf die somatische Abklärung zu stürzen. Mit Recht werden psychosomatische Symptome nicht als eigene nosologische Entitäten geführt, gibt es doch keinen Körper ohne Geist. So begegnen uns körperliche, vor allem chronische Erkrankungen, deren Bewältigung einer über die medizinische Behandlung der Grundkrankheit hinausgehenden Betreuung bedarf, es begegnen uns weiterhin psychische Symptome als direkte Folge organischer Erkrankungen und somatoforme Störungen ohne somatisches Korrelat.

Es ist sehr erfreulich, dass sich eine Gruppe von bekannten Sozialpädiatern und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zusammengetan hat, um dieses in der Ausbildung wenig gelehrt und gelernete Feld zu beackern. Sie schreiben aus ihrer langjährigen beruflichen Erfahrung heraus. Denn erst in der Praxis lernt der Pädiater die Fülle von Schreibabys, Kindern mit Fütterungs- oder Schlafstörungen, Störungen der Ausscheidungsfunktionen, diffusen Kopf- oder Bauchschmerzen, Schwindel und Übelkeit, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen kennen, bei denen körperliche Ursachen zwar ausgeschlossen werden müssen, aber nur ausnahmsweise zu finden sind. In diesem Buch wird dieses Feld also beackert. Was dem Rezensenten fehlt, ist der Hinweis auf die wichtige aufsuchende Hilfe bei Schreibabys und Fütterstörungen,

die im häuslichen Umfeld unterstützen können, wie zum Beispiel durch Familienhebammen oder Kinderkrankenschwestern in der ambulanten Pflege. Im Kapitel zur Obstipation fehlen eine Altersdifferenzierung sowie der Hinweis auf den wichtigen interaktionellen Anteil kindlichen Verweigerungsverhaltens. Auch vermisse ich eine umfassendere Betrachtung der für die ambulante Pädiatrie bedeutsamen Schulphobie als Trennungsangststörung. Die Frage nach Fehlzeiten ist eine der anamnестischen Kernfragen, um die Schwere der Problematik zu erfassen.

Das Buch erfüllt jedoch den Anspruch, ein übersichtliches, pragmatisches und effizientes Instrumentarium zu bieten, um Eltern und Patienten zu helfen, diesen häufigen Krankheits- und Störungsbilder zu begegnen. Die Herausgeber kennen die Gratwanderung zwischen dem notwendigen Zeitaufwand und der wirtschaftlichen Praxisführung aus eigener langjähriger Tätigkeit in der Praxis und in Spezialambulanzen und geben ihr Wissen weiter. Typische psychosomatische Symptome werden, eingeleitet mit einer typischen Kasuistik, knapp und übersichtlich dargestellt und das diagnostischen Vorgehen, Behandlung und Beratung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erläutert. Dokumentations- und Abrechnungshinweise beschließen das jedem Pädiater empfehlenswerte Buch.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

Red: ReH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben (z. B. die Serie zum Ar-

beitsrecht in diesem Jahr), wenden Sie sich bitte an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im August 2018

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Renate Boosfeld-Mikolajczak**,
Aachen, am 01.08.1953
Herr Dr. med. **Klaus-Dieter Früchtenicht**,
Berlin, am 07.08.1953
Herr Dr. med. **Manfred Endres**, München, am 08.08.1953
Frau Dr. med. **Dorothea Schmidt-Colberg**,
Erlangen, am 08.08.1953
Herr Dr. med. **Christian Beyer**, Hamburg, am 09.08.1953
Herr Dr. med. **Thomas Fendel**, München, am 10.08.1953
Frau Dr. med. **Claudia Wegener**, München, am 11.08.1953
Herr Dr. med. **Bernhard Emde**, Brilon, am 12.08.1953
Frau Dr. med. **Anna Karniewicz-Lenfers**,
Hennef, am 14.08.1953
Frau Dr. med. **Marlies Gremminger-Fröhle**,
Reichenau, am 15.08.1953
Herr **Ulrich Gurr**, Aachen, am 17.08.1953
Herr Dr. med. **Rolf Thelen**, Warendorf, am 17.08.1953
Frau Dr. med. **Marlies Bölich**, Jena, am 18.08.1953
Frau Dr. med. **Cecilia van Buer**, Reken, am 20.08.1953
Frau Dr. med. **Christiane Mench-Bauer**,
Wetzlar, am 23.08.1953
Frau **Elisabeth Ostasch**, Belm, am 23.08.1953
Herr **Hubertus Weinhold**, Bad Sachsa, am 24.08.1953
Herr **Ralph Victor Warrlich**, Bad Dürkheim, am 24.08.1953
Herr Dr. med. **Peter Kohl**, Nagold, am 29.08.1953
Frau Dipl.-Med. **Dagmar Langer**, Werder, am 30.08.1953
Herr Dr. med. **Peter Rosenberg**, Goldbach, am 30.08.1953
Herr Dr. med. **Uwe Büsching**, Bielefeld, am 30.08.1953
Herr Dr. med. **Stephan Unkelbach**, Volkach, am 31.08.1953

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Jörg Nase**, Bergneustadt, am 03.08.1948
Frau Dr. med. **Irmela Mohadger**, Reute, am 07.08.1948
Frau Dr. med. **Anne-Rose Götze**, Dresden, am 10.08.1948
Frau Dipl.-Med. **Eva Lützkendorf**, Dohna, am 15.08.1948
Herr Dr. med. **Heinrich-Karl Haas**, Hannover, am 20.08.1948
Frau Dr. med. **Christine Gaipf**, Kahla, am 28.08.1948
Herr Dr. med. **Eberhard Küenzlen**, Ulm, am 30.08.1948

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Gudrun Terhorst-Ferber**,
Siegburg, am 01.08.1943
Herr Dr. med. **Helmut Renz**, Deißlingen, am 01.08.1943
Frau Dr. med. **Elke Seidel**, Greifswald, am 07.08.1943
Herr Prof. Dr. med. **Erik Harms**, Telgte, am 11.08.1943
Herr Dr. med. **Holger Boeck**, Aachen, am 16.08.1943
Herr Dr. med. **Heimo Werner**, Baden-Baden, am 21.08.1943
Frau Dr. med. **Aglaja Noske**, Bielefeld, am 21.08.1943

Herr Dr. med. **Volker Stechele**, Heilbronn, am 24.08.1943
Herr Dr. med. **Godhard M. Husemann**,
Stuttgart, am 24.08.1943
Frau Dr. med. **Christa Nisius**, Kaarst, am 30.08.1943

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Renate Scheier**, Wermelskirchen, am 01.08.1923
Frau Dr. med. **Christa Spieth**, München, am 01.08.1936
Herr Dr. med. **Jaroslav Cermak**, Prag, am 01.08.1934
Herr Dr. med. **Hannes Fattouh**, Stollberg, am 02.08.1938
Herr Dr. med. **Armin Unterberg**, Moers, am 02.08.1920
Frau Dr. med. **Ursula Stechele**, Mainz, am 02.08.1938
Herr Med.Dir.Dr. med. **Horst Chomse**, Soest, am 03.08.1920
Herr Dr. med. **Georg Schüler**, Hannover, am 04.08.1933
Herr Dr. med. **Klaus Schönfelder**, Berlin, am 04.08.1934
Frau Dr. med. **Gabriele Maus**, Gießen, am 05.08.1931
Herr Dr. med. **Harald Zoepffel**, Würzburg, am 05.08.1929
Herr Dr. med. **Manfred Schwerdtfeger**, Flein, am 05.08.1933
Frau Dr. med. **Edith Kurek**, Dinslaken, am 07.08.1935
Frau Dr. med. **Hannelore Cramer**, Waren, am 07.08.1936
Frau Dr. med. **Elisabeth Happe**, Rheine, am 07.08.1934
Herr Prof. Dr. med. habil **Edgar Rohmann**,
Rostock, am 09.08.1938
Herr Dr. med. **Dieter Derbacher**, Zirndorf, am 10.08.1938
Herr Dr. med. **Eberhard Scholle**, Stuttgart, am 10.08.1936
Frau Dr. med. **Sigrun Dünnebeil**, Weimar, am 11.08.1938
Herr Dr. med. **Raul Chavez**, Alfter, am 11.08.1934
Herr Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. **Hans Wolfgang Schmidt**,
Zorneding, am 13.08.1928
Herr Dr. med. **Christos Antoniadis**,
Bremerhaven, am 13.08.1937
Frau Dr. med. **Eva Gliesche**, Berlin, am 18.08.1934
Herr Dr. med. **Ahmad Nikpour**, Essen, am 18.08.1927
Herr Dr. med. **Bernd Schubert**, Horb, am 18.08.1936
Frau Dr. med. **Käthe Deutsch**, Schöneiche, am 19.08.1933
Herr Dr. med. **Franz Josef Lang**, Groß-Umstadt, am 19.08.1935
Herr Dr. med. **Gernot Weyer**, Hamminkeln, am 21.08.1938
Frau Dr. med. **Marianne Schönknecht**, Winsen, am 24.08.1936
Herr Dr. med. **Hans Georg Esche**, Pinneberg, am 24.08.1930
Herr Dr. med. **Meinolf Bartscher**, Schwabach, am 27.08.1927
Herr Dr. med. **Dankward Marx**, Schongau, am 28.08.1936
Frau SR Dr. med. **Helga Cerny**, Berlin, am 28.08.1938
Herr Dr. med. **Heinrich Lehn**, Dachau, am 30.08.1936
Frau Dr. med. **Anne Gettmann**, Saarbrücken, am 31.08.1935
Herr Dr. med. **Dietmar Müller**, Gütersloh, am 31.08.1938
Frau Dr. med. **Anna-M. Wuestemann**,
Kirchheimbolanden, am 31.08.1938
Frau Dr. med. **Heidi von Leszczyński**,
Frankfurt, am 31.08.1935

Wir trauern um:

Dr. Werner Pössel, Berlin

Im Monat Mai durften wir 20 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

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



Hessen

Herrn **Jan Bauer**



Sachsen

Frau **Désirée Schrader**



Bayern

Frau Dr. med. **Kathrin Bastidas Correa**
Frau Dr. med. **Carola Schum**



Nordrhein

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



Thüringen

Frau Dr. med. **Margrit Neubauer**



Brandenburg

Frau Dr. med. **Karina Maria Köhler**



Rheinland-Pfalz

Frau **Elena-Laura Dumitrescu**



Westfalen-Lippe

Frau **Nura Idris**

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingsangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater
– Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
– Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
– Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche
Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:
– Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing

**Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de**

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

18. Juli 2018

Immer etwas Neues in Nürnberg

Auskunft ⑤

13.-14. Juli 2018

**Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg
des BVKJ LV Baden-Württemberg**

Leitung: Dr. Christof Wettach,
Dr. Andreas Bruch, Dr. Markus Wössner

Auskunft: ③

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

25. August 2018

Immer etwas Neues in Halle (Saale)

Auskunft ⑤

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

Auskunft: ②

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

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

22. September 2018

Immer etwas Neues in Bonn

Auskunft ⑤

11.-14. Oktober 2018

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

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

Auskunft: ⑤

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

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

10. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

Auskunft: ③

10.-11. November 2018

Praxisabgabeseminar in Fulda

Auskunft ⑤

21. November 2018

Immer etwas Neues in München

Auskunft ⑤

30. November-1. Dezember 2018

8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

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

Auskunft: ①

1. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Oldenburg

Auskunft ⑤

8. Dezember 2018

Immer etwas Neues in Stuttgart

Auskunft ⑤

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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

Asthma: Spiriva® Respimat® erhält Indikationserweiterung für Kinder ab 6 Jahren*

- Europäische Zulassungsbehörde erkennt den Nutzen von Spiriva® Respimat® in der Dauertherapie bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen mit Asthma an.^{1,2}
- Fast jeder zweite Asthma-Patient leidet trotz Behandlung weiter unter Symptomen^{3,4,5} was das Risiko für potenziell lebensbedrohliche Asthma-Anfälle erhöht.⁶
- Asthma ist eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter⁷ mit bisher wenigen Behandlungsmöglichkeiten; daher werden neue Optionen wie beispielsweise Spiriva® Respimat® benötigt.

Die europäische Zulassungsbehörde hat eine Erweiterung der Asthma-Indikation von Spiriva® (Tiotropium) Respimat® für Kinder und Jugendliche akzeptiert.^{*} Das BfArM hat diese am 9. Mai 2018 bestätigt. Danach ist Spiriva® Respimat® nun in Deutschland als zusätzlicher dauerhaft einzusetzender Bronchodilatator bei Patienten ab 6 Jahren mit schwerem Asthma zugelassen, die im Vorjahr mindestens eine schwere Asthma-Exazerbation erfahren haben.^{*}

„Fast jeder zweite Asthma-Patient jeglichen Alters hat trotz Behandlung weiterhin Symptome der Erkrankung, die das tägliche Leben einschließlich Ausbildung, Arbeit, Schule, Sozialleben und Schlaf deutlich beeinträchtigen können“, so Prof. Dr. med. Christian Vogelberg, Leiter des Fachbereichs Kinderpneumologie/Allergologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. „Diese neue Zulassung, die von umfassenden Daten des klinischen Studienprogramms UniTinA-asthma® gestützt wird, erkennt den Nutzen an, den Tiotropium im Respimat® als Zusatztherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma ab einem Alter von 6 Jahren haben kann.“

Tiotropium im Respimat® gehört zur Wirkstoffklasse der langwirksamen Muskarin-Antagonisten (LAMA) und ist als einziges LAMA für Asthma zugelassen. Es unterscheidet sich von anderen Behandlungsoptionen in der Wirkungsweise, indem es andere Dauertherapien

ergänzt (normalerweise ICS/LABA[†]), um die Lungenfunktion^{1,2,8} und Symptomkontrolle zu verbessern sowie das Risiko für Exazerbationen und Asthma-Anfälle zu reduzieren.^{8,9} Das Sicherheitsprofil von Spiriva® Respimat® in allen Altersklassen[‡] ist vergleichbar mit dem von Placebo.^{10,11,12}

Die Indikationserweiterung, die auf den Abschluss des dezentralen europäischen Variationsverfahrens am 9. März 2018 folgte, wird durch den Abschluss des großen klinischen Studienprogramms UniTinA-asthma® gestützt. Es zeigte, dass die Zusatztherapie mit Spiriva® Respimat® bei Patienten ab 6 Jahren wirksam und gut verträglich ist.^{1,2,8}

„Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, das Leben von Menschen mit Atemwegserkrankungen zu verbessern“, sagte Ivan Blararik, Senior Vice President und Leiter des Therapiegebiets Atemwege von Boehringer Ingelheim. „Asthma-Symptome beeinträchtigen alle Bereiche im Leben der Patienten, so dass sie sich oft eingeschränkt fühlen, da ihre täglichen Aktivitäten durch die Erkrankung bestimmt werden. Wir glauben, dass die europäische Zulassungserweiterung für Spiriva® Respimat® für viele symptomatische Patienten ab dem sechsten Lebensjahr von Nutzen sein wird.“

Spiriva® wird mittels Respimat® verabreicht. Er ist der einzige Inhalator, der aktiv[§] eine feine Sprühwolke erzeugt – Patienten müssen nur minimal Kraft beim Einatmen aufwenden, damit der Wirk-

stoff tief in die Lungen gelangt.^{13,14,15,16,17,18,19}

Die Mehrheit der Kinder ab 6 Jahren kann mit dem Respimat® erfolgreich und ohne Hilfe inhalieren.²⁰

Spiriva® Respimat® war in der EU zuvor zugelassen als ein zusätzlicher dauerhaft einzusetzender Bronchodilatator bei erwachsenen Asthma-Patienten, die als Dauertherapie eine Kombination aus inhalativen Kortikosteroiden (≥ 800 µg Budesonid/Tag oder Äquivalent) und langwirksamen Beta 2-Agonisten erhalten, und die im Vorjahr mindestens eine schwere Exazerbation erfahren haben.

* Spiriva® Respimat® ist in der EU als zusätzlicher dauerhaft einzusetzender Bronchodilatator bei Patienten ab 6 Jahren mit schwerem Asthma zugelassen, die im Vorjahr mindestens eine schwere Asthma-Exazerbation[†] erfahren haben (s. Abschnitt 4.2. und 5.1. der Fachinformation)

† definiert als Verschlechterung der Asthma-Symptome, die die Initiierung oder mindestens eine Verdopplung der systemischen Kortikosteroide für ≥ 3 Tage erforderlich machen

‡ Inhalative Kortikosteroide/langwirksame Beta-2-Sympathomimetika

§ Patienten im Alter von 1-75 Jahren

§ Der Respimat® gibt beim Druck auf einen Knopf eine abgemessene Menge an Wirkstoff in einer Sprühwolke ab, so dass nur minimal Kraft bei der Inhalation erforderlich ist

Literatur beim Verfasser

**Nach Informationen von
Boehringer Ingelheim Pharma
GmbH & Co. KG, Ingelheim**

Prednisolon-Saft – schnelle Hilfe für Kinder im Akutfall

Anaphylaktische Reaktionen sowie Asthma- und Pseudokruffanfälle im Kindesalter sind akute Erkrankungen, die für Kinder und Eltern mit großem Stress verbunden sind. Eine frühzeitige Medikation kann fulminanten Verläufen vorbeugen und Leben retten. Glucocorticoide wie Prednisolon sind ein wichtiger Pfeiler der Behandlung dieser Erkrankungen. Der bewährte Wirkstoff ist ab sofort auch als Saft mit kindgerechtem Kirschgeschmack verfügbar.

Seit dem 1. April 2018 ist Okrido®, der erste und einzige Prednisolon-Saft als Fertigarzneimittel, in Deutschland erhältlich. Er weist eine nahezu vollständige orale Bioverfügbarkeit und einen schnelleren Wirkeintritt gegenüber Zäpfchen und Kapseln auf.^{1,2} Mit dem Prednisolon-Saft können Kinderärzte ein einfach anzuwendendes Glucocorticoid als neue Therapieoption verschreiben, sodass Eltern im Akutfall das Medikament direkt zur Hand haben. Der Saft ist für über 50 Indikationen zugelassen*, darunter Pseudokruff sowie asthmatische und anaphylaktische Reaktionen.³

Anaphylaxie – an biphasische Verläufe denken

„Allergien gegen Nahrungsmittel, Medikamente oder Insektengifte sollten nicht bagatellisiert werden“, warnt Professor Dr. Dr. Johannes Ring, Haut- und Laserzentrum an der Oper in München. Eine Anaphylaxie ist eine akute systemische Reaktion und damit potentiell lebensbedrohlich.⁴ Es gilt, schon erste Warnsignale zu erkennen: „Bei 80 bis 90 Prozent aller Anaphylaxien fängt es mit Hautreaktionen an“, so Prof. Ring. Im Akutfall ist neben Basismaßnahmen wie Lagerung und Volumengabe, die Injektion von Adrenalin eine der ersten Maßnahmen. Daneben kommen weitere Medikamente zum Einsatz, darunter auch Glucocorticoide, die aufgrund ihrer antiinflammatorischen und membranstabilisierenden Wirkung einem biphasischen Verlauf vorbeugen können. Denn gelegentlich kommt es nach erfolgreicher Therapie zu protrahierten oder biphasischen Verläufen mit erneuter Symptomatik nach sechs bis 24 Stunden.⁵ Wichtig ist, dass betroffene Kinder nach einer ersten allergischen Reaktion dem

Okrido*

- Seit 1. April 2018 verfügbar
- Erster und einziger in Deutschland zugelassener Prednisolon-Saft als Fertigarzneimittel
- Wird schneller resorbiert als Zäpfchen^{1,2}
- Maximale Plasmakonzentration nach 1-2 Stunden erreicht⁷
- 5 ml Dosierspritze ermöglicht einfache Applikation³
- Frei von Konservierungsmitteln, Farbstoffen, Lösungsmitteln und Parabenen
- Geeignet für die Anwendung bei Kindern, Säuglingen und Allergikern
- Kindgerechter Kirschgeschmack

Arzt vorgestellt werden bzw. betroffene Erwachsene einen Arzt aufsuchen, um in Zukunft ein Notfallset mitführen zu können, hebt Prof. Ring hervor.

Asthma und Pseudokruff – Allergene und Viren als Auslöser

Auch Asthma ist häufig allergisch bedingt: „Rund 90 Prozent des Asthmas ist im Kindesalter mit Allergien assoziiert“, berichtet Privatdozent Dr. Kai-Michael Beeh, insaf Institut für Atemwegsfor-schung, Wiesbaden. „Dabei steigt das Exazerbationsrisiko mit der Anzahl der allergischen Sensibilisierungen an,“ so Dr. Beeh. Ein weiterer Trigger, der meist über die Hälfte aller asthmatischen Exazerbationen auslöst, sind Viren wie etwa Rhinoviren. Pseudokruff (stenosierende Laryngotracheitis) wird ebenfalls mehrheitlich durch Viren verursacht, zu 50 Prozent durch Parainfluenzaviren, die nach der Infektion eine Entzündung auslösen.

Sowohl Asthma als auch Pseudokruff gehen als entzündliche Erkrankungen häufig mit einer Verengung der Atemwege einher. „Bei einem großen Atemweg wie bei einem Erwachsenen bewirkt eine kleine Änderung im Radius eine sehr geringe Widerstandserhöhung. Ist der Atemweg jedoch klein, wie bei Kindern, so kann schon eine minimale Verkürzung des Ra-

dius dramatische Folgen haben“, erklärt Dr. Beeh. Um dieser Verengung entgegenzuwirken ist die Gabe von Glucocorticoiden (z. B. Prednisolon) wegen ihrer entzündungshemmenden und immunsuppressiven Wirkung indiziert. „Sie werden seit langer Zeit in Notfallsituationen eingesetzt und können bei einem frühen Einsatz den Krankheitsverlauf verbessern“, hebt Dr. Beeh hervor. „Der Saft kann jederzeit verabreicht werden. Es ist keine weitere Flüssigkeit wie beispielsweise bei einer Tablette notwendig“, ergänzt dazu Prof. Ring.

Quellen:

- * Okrido® dient zur Behandlung von Erkrankungen, die, je nach klinischem Bild und Schweregrad, eine systemische Therapie mit Glucocorticoiden erfordern.
- ** Fortbildungsveranstaltung „Schnelle Hilfe im Akutfall – Neue Therapieoption mit Glucocorticoiden“, Kongress „Allergologie im Kloster“, 5. Mai 2018, Kloster Eberbach, Eltville
- 1 Vermeulen A. Journal of Endocrinology 18: 278-291 (1959)
 - 2 Beubler et al. Pharmacology 2015; 95: 300-302
 - 3 Fachinformation Okrido® Stand August 2017
 - 4 Ring J et al. Allergo J Int 2014; 23: 96
 - 5 Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie. 2014
 - 6 Hasselkorn et al. J Allergy Clin Immunol. 2009
 - 7 Hendeles L. J Pediatr 2003 Feb; 142 (2 Suppl): S40-S4

Mit freundlicher Unterstützung der Pharmapol Arzneimittelvertriebs-GmbH, Dägeling

Eltern über Früherkennung von Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen aufklären

Kinder- und Jugendärzte haben eine Schlüsselfunktion // Kinder- und Jugendärzte haben bei der Kontrolle und Feststellung des altersgerechten kindlichen Wachstums und bei der Aufklärung von Eltern eine zentrale und wichtige Aufgabe, denn sie dokumentieren mit den Längenmessungen in ihrer Praxis das Wachstum der Kinder im Rahmen der regelmäßigen Vorsorge-Untersuchungen (U- und J-Untersuchungen) und tragen es im „Gelben Heft“ in die sogenannten Perzentilkurven (= Wachstumskurven) ein. Dabei ist es besonders wichtig darauf zu achten, dass das Kind auf seiner eigenen, altersspezifischen und genetisch bedingten Perzentilkurve wächst und sich nicht zu weit davon entfernt.



Abb. 1: Broschüre für Eltern „Warum ist mein Kind so klein?“

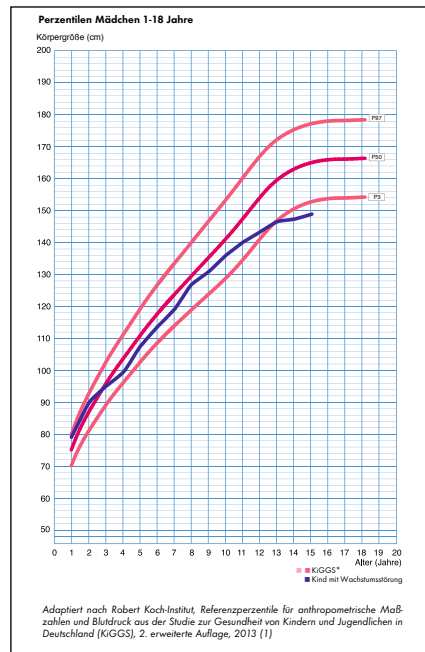


Abb. 2: Perzentilen Mädchen 1-18 Jahre aus Broschüre „Warum ist mein Kind so klein?“

Wachstumsstörungen als Indikator für mögliche Erkrankungen ernst nehmen

Das Wachstum von Kindern und Jugendlichen kann aber auch noch von vielen anderen Faktoren abhängen. Verlässt ein Kind seine Wachstumskurve und weicht es von seinem Zielkorridor nach unten oder oben ab, kann das der erste Hinweis auf eine zugrundeliegende Erkrankung sein. Dazu zählen angeborene oder auch chronische Erkrankungen, Mangelernährung, Umweltfaktoren, Schilddrüsenhormonmangel oder auch Entwicklungsstörungen. Produziert die Hypophyse nicht ausreichend Wachstumshormon, liegt ein Wachstumshormonmangel vor. Wachstumsstörungen müssen ernst genommen, die Ursachen frühzeitig diagnostiziert und rechtzeitig behandelt werden.

Eltern aufklären und in die Früherkennung einbinden

Eltern finden im Internet auf der neuen Webseite www.demlebensgewachsen.de ausführliche und für Laien gut verständliche Informationen zu altersgemäßem, perzentilengerechtem Wachstum und zur Früherkennung von Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Nach Informationen von Hexal AG, Holzkirchen

Altersgemäßes Wachstum bedeutet, dass ein Kind immer auf seiner eigenen Wachstumskurve parallel zu den Werten der Normalbevölkerung (Perzentil) wächst. Es bleibt sozusagen in seinem „Wachstumskorridor“. Die Endgröße von Kindern und Jugendlichen wird im Wesentlichen von den elterlichen Genen beeinflusst. Kinder kleinerer Eltern wachsen eher im

unteren Bereich zwischen P3 und P50, Kinder größerer Eltern eher im oberen Bereich zwischen P50 und P97. Bei der Körpergröße gibt es zudem ein geografisches Nord-Süd-Gefälle. Fällt ein Kind längere Zeit aus seiner Wachstumskurve heraus, sollte so früh wie möglich nach der Ursache gesucht werden, da die Wahrscheinlichkeit sinkt, die genetische Zielgröße zu erreichen.

Temperaturstabilität von Faktor VIII ermöglicht flexiblen Einsatz im Alltag und auf Reisen

Hämophilie A // Kinder und Jugendliche mit Hämophilie wollen in Schule, Beruf oder Freizeit genauso unabhängig sein wie ihre Altersgenossen ohne Blutgerinnungsstörung. Die Substitution mit rekombinanten Präparaten ist sowohl bei akuten Blutungen als auch für die Vermeidung von Spätfolgen essenziell. Für die Compliance der Betroffenen spielt die Praktikabilität eines Faktorpräparates im Alltag eine wesentliche Rolle, um den Gerinnungsfaktor sicher lagern und bei Raumtemperatur transportieren zu können. Turoctocog alfa (NovoEight®), der rekombinante Faktor VIII (rFVIII) zur Behandlung und Prophylaxe von Blutungen bei Hämophilie A, kann jetzt bis zu Monate bis zu 40 °C gelagert werden.

Bei schwerer Hämophilie A ist der Ersatz des fehlenden Faktors VIII die Standardtherapie. Unter der Substitutionstherapie zur Behandlung und Prophylaxe von Blutungen haben heute geborene Kinder mit der Erkrankung eine annähernd normale Lebenserwartung. Menschen mit Hämophilie können ein nahezu normales Leben führen, erläuterte Dr. Georg Goldmann, Bonn, am Rande der 62. Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH) in Wien. Doch die zur Verfügung stehenden Präparate müssen im Alltag auch richtig eingesetzt werden. Die Hämophilietherapie erfordert bei Jugendlichen und Erwachsenen ein hohes Maß an Einsicht und Eigenverantwortung: „Im Alltag sind die großen Herausforderungen Compliance und Convenience.“

Herausforderung Compliance

Durch den Mangel des Blutgerinnungsfaktors VIII können bei Hämophilie-A-Patienten bereits bei kleinsten Verletzungen erhebliche Schäden durch Blutungen auftreten: Das Risiko der gefürchteten, spontan auftretenden inneren Blutungen, etwa in Gelenken, können durch die prophylaktische Behandlung deutlich verringert werden. Dabei ist es wichtig, Jugendlichen klar zu machen, dass sie bei Verletzungen eventuell mit einer Anpassung der Faktorsubstitution reagieren müssen – auch wenn die Verletzungen in „verbotenen Situationen“ entstanden, die die Betroffenen lieber verschweigen würden, weil von aggressiven Ballsportarten und sehr verletzungsanfälligen Aktivitäten abgeraten wird. Doch die Offenheit im Umgang mit Familie und Behandlern bei spontanen oder traumabedingten Blutungen sei es-

senziell, um die gefürchteten Spätfolgen zu vermeiden. Bereits eine einzige Gelenkblutung, die unbehandelt bleibt oder deren Behandlung sich verzögert, kann Jahre später zur völligen Zerstörung dieses Gelenkes führen, so Goldmann.

Enger Kontakt mit Behandlern – auch in der Transition

Um von Anfang an eine hohe Compliance zu erzielen, ist es wichtig, dass Eltern mit einem hämophilen Kind ausführlich informiert und geschult sowie durch den betreuenden Arzt eng geführt werden. Laut Goldmann „ist eine gute Bindung an das Hämophiliezentrum mitentscheidend für eine gute Compliance der Eltern und später auch der Kinder“. Schwierig werde es aber oft bei Jugendlichen in der Zeit des Erwachsenwerdens, der sogenannten Transition. Wenn die Kinder das Elternhaus für Ausbildung oder Studium verlassen wollen, müssen sie akzeptieren, dass die Krankheit ein lebenslanger Begleiter sein wird. Zudem müssen sie verstehen, dass das Unterlassen der Faktorgaben schwerwiegende Folgen haben kann. Das Problem dabei sei jedoch, dass sich die Jugendlichen gesund fühlen, nicht ständig an ihre Krankheit erinnert werden wollen und sich nicht um Dinge wie Faktornachschub kümmern möchten – besonders wenn sie mobil sind und auf Reisen gehen. Durch eine unregelmäßige Faktorgabe werde das Risiko für Gelenkblutungen und damit Gelenkschäden jedoch immens erhöht. Insofern muss die Compliance gerade beim Jugendlichen hoch bleiben, betonte Goldmann. Ein in der Anwendung praktisches Faktorpräparat mit guter Lagerfähigkeit und hoher Raumtemperaturstabilität wie

NovoEight® könne hier unterstützend wirken.

Länger haltbar – einfacher in der Handhabung

Das rekombinante Faktor-VIII-Präparat NovoEight® kann vor der Rekonstitution jetzt bis zu drei Monate bis zu 40 °C und für neun Monate bis zu 30 °C gelagert werden, und damit problemlos ohne Kühlkette auf Reisen mitgenommen werden. Zudem kann das rekonstituierte Präparat für 4 Stunden bei 30 °C oder für 24 Stunden im Kühlschrank aufbewahrt werden (NovoEight® Fachinformation). Letzteres sei laut Goldmann von Bedeutung, wenn es z. B. beim Spritzen eines Kindes Probleme gibt und die Eltern erst am nächsten Tag ins Hämophiliezentrum fahren können. So müsse der Faktor nicht verworfen werden, was helfe, Kosten zu sparen.

Beim Einsatz von NovoEight® im Bonner Hämophiliezentrum bei bisher 23 Patienten mit Hämophile A (insgesamt über 70 Patientenjahre) habe es nach dem Wechsel auf NovoEight® weder unerwünschte Ereignisse noch eine Hemmkörperbildung gegeben. Die Temperaturstabilität von NovoEight® sei von 100 % der Patienten als vorteilhaft bewertet worden, unabhängig davon, ob der Faktor als Prophylaxe oder on demand eingesetzt wurde, erläuterte Goldmann das Ergebnis einer Umfrage unter seinen Patienten.

Martina Freyer

Quelle: Presse-Talk „Convenience & Compliance in der Hämophilietherapie“, anlässlich der 62. Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung, 21. Februar 2018 in Wien

**Nach Informationen von
Novo Nordisk Pharma GmbH, Mainz**

Transition – ein wichtiger Eckpfeiler der erfolgreichen ADHS-Therapie

Mehr als jeder zweite Patient mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nimmt die Erkrankung ins Erwachsenenleben mit. Im Kindes- und Jugendalter liegt die Prävalenz zwischen 3 und 5 %, bei Erwachsenen wird von 1-4 % Betroffener ausgegangen. Entsprechend beträgt die Persistenz der Entwicklungsstörung etwa 80 %. Das stellt junge Erwachsene vor die als Herausforderung empfundene Notwendigkeit, von der langjährig bekannten Kinder- und jugendärztlichen Versorgung zum Erwachsenenpsychiater wechseln zu müssen. Ein Problem, durch das viele Erkrankte dann nicht mehr adäquat betreut werden.

Die Ursachen dafür sind vielschichtig: Zum einen stellt sich bei den Jugendlichen häufig eine gewisse Therapiemüdigkeit ein. Die Bereitschaft für eine regelmäßige Therapie und Medikamenteneinnahme sinkt und auch der Einfluss und das Interesse der Eltern lässt nach. Zum anderen verändert sich das Erscheinungsbild der Erkrankung und die bekannte Symptomatik kommt nicht mehr so deutlich zum Tragen. Gerade im Erwachsenenbereich spielen zudem Komorbiditäten eine immer größere Rolle. Nicht selten suchen Patienten aufgrund ihrer Sucht- oder Angsterkrankung Hilfe. Die zugrundeliegende ADHS wird aber übersehen.

Der Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen mit ADHS ist charakterisiert durch

- Veränderungen im Erscheinungsbild der Erkrankung,
- einen Umbruch der Rolle des Betroffenen in der Gesellschaft,
- veränderte Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung. (nach Prof. Retz)

1. Verschiebung der Kern-Symptomatik

Bei Persistenz der jugendlichen ADHS in das Erwachsenenalter kommt es zu einer deutlichen Veränderung der Symptomatik, d.h. es kommt zu einer verminderten oder verstärkten Ausprägung der Kernsymptome:

- Hyperaktivität: Nimmt bei über 50 % der Patienten ab.
- Impulsivität: Nimmt bei 40 % der Patienten ab.

- Aufmerksamkeitsstörung: Bleibt bei 80 % der Betroffenen bis in das Erwachsenenalter bestehen.
- Desorganisation und emotionale Dysregulation: Als zusätzliche Symptome nimmt deren Ausprägung im frühen Erwachsenenalter oftmals zu.

2. Neue Komorbiditäten

- Bei 80 % der ADHS-Patienten im Erwachsenenalter liegt mindestens eine komorbide psychische Störung vor.
- Vornehmlich treten Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen, aber auch Essstörungen und Suchterkrankungen auf.
- ADHS-Patienten haben ein fast 5-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Komorbidität im Vergleich zu Gesunden.

3. Erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen

Neben den genannten komorbid auftretenden psychischen Erkrankungen besteht bei erwachsenen ADHS-Patienten zudem ein deutlich erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen wie Adipositas oder metabolisches Syndrom.

4. Negative psychosoziale Konsequenzen

Darüber hinaus sind gehäuft negative psychosoziale Konsequenzen zu verzeichnen, wie

- Arbeitslosigkeit,
- ungewollte Schwangerschaften,
- Scheidungen
- Gesetzeskonflikte.

Um den Patienten den Übergang zu erleichtern, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Kinder-/Jugend- und Erwachsenenmedizin wünschenswert.

Auch sollte der bevorstehende Wechsel rechtzeitig adressiert werden. So kann mit den Betroffenen und ihren Angehörigen in Ruhe erörtert werden, ob, wie und durch wen die Therapie fortgesetzt wird.

Mit der Volljährigkeit geht oft ein Medikationswechsel einher

Während im Kindesalter entsprechend der Goldstandard-Therapie zahlreiche Methylphenidat-Präparate zur Verfügung stehen, haben nur zwei MPH Retardformulierungen eine Vollzulassung im Erwachsenenalter (z. B. Medikinet® adult). Neben dem Wechsel des Therapeuten muss ab der Volljährigkeit daher in vielen Fällen auch ein Wechsel des Medikaments erfolgen.

Literatur

- Gerd Lehmkuhl, Ingrid Schubert. Gesundheitsmonitor 2013: Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK
- Nyberg, E. et al. ADHS bei Erwachsenen. HOGREVE 2013
- Fayyad J et al. Br J Psychiatry 2007; 190: 402-409
- Rösler M et al. Nervenarzt 2008; 3: 320-327
- Barbareis WJ et al. Pediatrics 2013; 131: 637-644
- Ströhlein, B. et al. Transition bei ADHS: Kritische Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. NeuroTransmitter 2016; 27

Nach Informationen von Medice Arzneimittel Pütter GmbH, Iserlohn

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-gesundheit.de

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

**Teamleiterin Bereich Mitglieder-
service/Gremien:**

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

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

monika.kraushaar@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.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