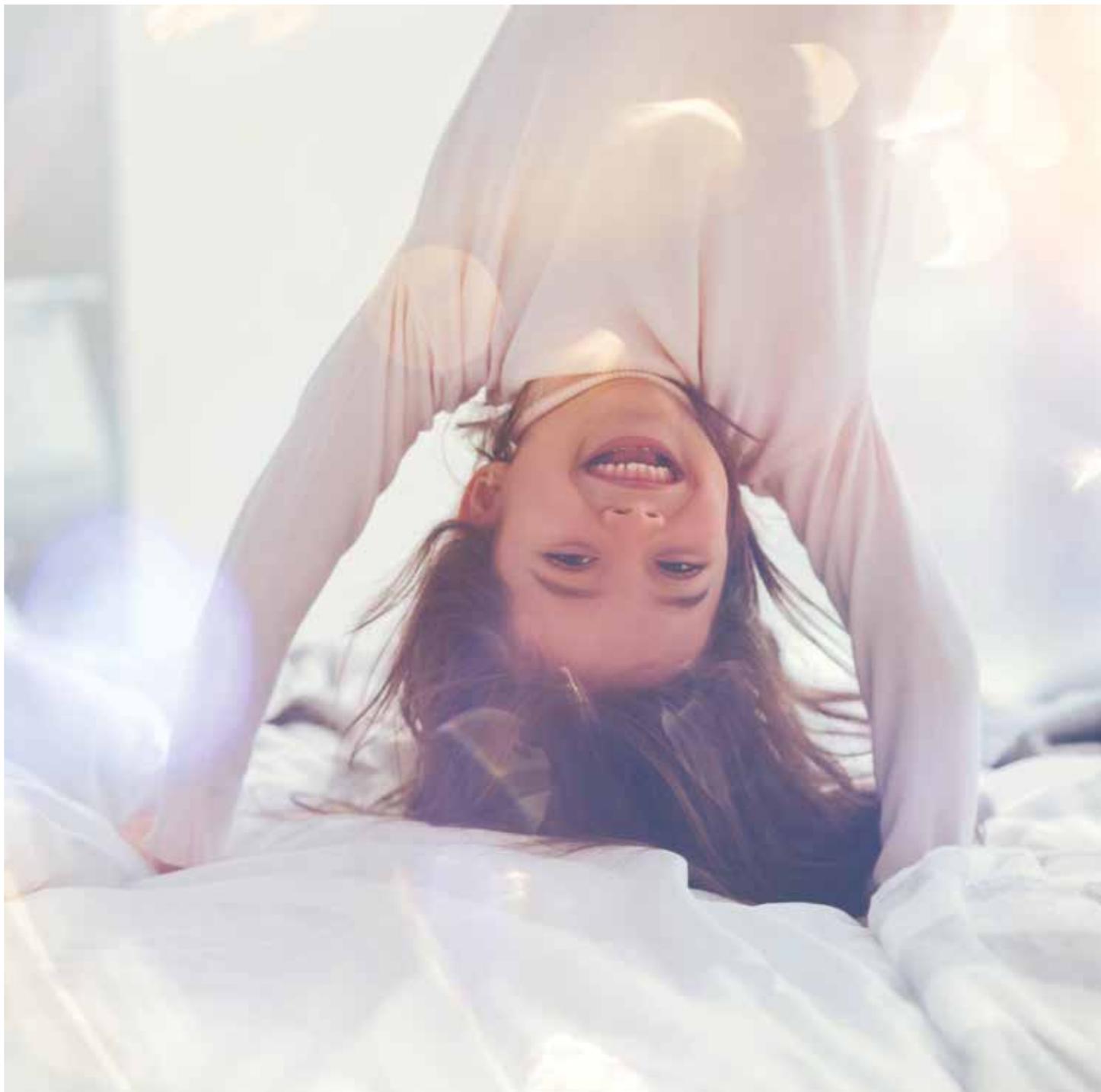


KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 03/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen
Neues aus
dem Länderrat

Fortbildung
Prävention von Allergien:
ist das möglich?

Forum
Pädiater machen
Frühe Hilfen bekannt

Magazin
Wenn der Staat in
die Familie eingreift

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

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

INHALT 03 | 2019

Berufsfragen

Der Behandlungsvertrag //	
Juliane Netzer-Nawrocki, Daniel Gröschl	74
Pro und Contra: Impfen in der Apotheke //	
Christian Roth, Ralph Köllges	76
Update Laborreform 2/18 //	
Markus Heidemann, Reinhard Bartzky	78
Aus der Klinik in die Praxis //	Steffen Lüder
Tagung des BVKJ-Länderrates //	Martin Lang
Sicherer Umgang mit Daten in der Praxis //	Sabrina Hörmann
Entwicklung der Anzahl der Gebietsärzte	86
Wohin mit dem Geld? //	Tilo Croonenberg
Impressum	91

Fortbildung

Editorial //	Klaus-Michael Keller	92
Prävention von Allergien im Kindesalter //	Oliver Fuchs	93
Frühdagnose der Duchenne Muskeldystrophie //	Maggie C. Walter	100
Review aus englischsprachigen Zeitschriften		105
Welche Diagnose wird gestellt? //	Peter H. Höger	109
consilium: Ernährung mit Stutenmilch //	Sebastian Dick	112

Forum

Frühe Hilfen in Düsseldorf //	
Hermann Josef Kahl, Wilfried Kratzsch	114
Humane Milch Oligosaccharide //	Regine Hauch
Chancengerechte Hochschulmedizin in NRW	120
Nur einige Prozent? //	Karl Ernst von Mühlendahl
Eine Nachricht und ihre Geschichte //	Regine Hauch
App Baby & Essen mit Update	125
Richtig angesprochen //	Regine Hauch
Das Leser-Forum	129
Auszeichnung für Dr. Thomas Fischbach //	Regine Hauch
Neu im Bundestag: Die Kinder- und Jugendärztin Nezahat Baradari //	Regine Hauch



Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen S. 132

Magazin

Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen //	Theresa Richter	132
Theater auf Rezept //	Regine Hauch	135
Buchtipps		136

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien	137
Wahlaufruf	138
Fortbildungstermine des BVKJ	139

Nachrichten aus der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ	145
----------------------------	-----

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

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind die Programmhefte zu dem 49. Kinder- und Jugendärztetag (BVKJ) in Berlin sowie der 115. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in München beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Titelbild: © yacobchuk – iStock.com

Der Behandlungsvertrag – Wann ist eine schriftliche Vereinbarung sinnvoll?

Jede Kinder- und Jugendarztpraxis kennt das Problem: Privatversicherte Patienten erhalten nicht alle erbrachten ärztlichen Leistungen von ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) oder der Beihilfe erstattet. Rechnungen für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden nicht bezahlt oder der Patient (gesetzlich oder privat versichert) legt keine Versichertenkarte vor. All diese Situationen bergen das Risiko, dass die Praxis nicht ihr vollständiges Honorar erhält. Dieser Aufsatz widmet sich der Frage, ob dies durch einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit dem Patienten vermeidbar oder zumindest besser lösbar ist.



Dr. iur.
Juliane Netzer-Nawrocki



Dr. iur. Daniel Gröschl

Grundsatz

Ärzte und ihre Patienten schließen immer einen **Behandlungsvertrag** ab. Dies geschieht allein dadurch, dass sich der Patient – ganz gleich ob gesetzlich oder privat versichert – in die Behandlung bei einer(m) niedergelassenen Ärztin/Arzt begibt. Der Vertrag (Angebot auf Erbringung ärztlicher Leistungen und dessen Annahme) kommt dabei durch schlüssiges – sog. konkludentes – Handeln zustande. Es handelt sich um einen **Dienstleistungsvertrag** (§ 630a BGB), wonach der Arzt die Behandlung und der Patient aufgrund üblicher Erwartung, auch wenn nichts Ausdrückliches dazu vereinbart ist (§ 612 BGB), die Vergütung schuldet. Bei gesetzlich versicherten Patienten gelten hinsichtlich der Vergütung spezielle Regelungen aufgrund der systemischen Einbindung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen (sog. vertragsärztliches Vierecksverhältnis); hierbei schuldet jedenfalls der Patient keine Vergütung.

Außer bei Honorarvereinbarungen (die speziellen Vorgaben folgen; vgl. § 2 GOÄ), gilt bei Selbstzahlern ausschließlich die GOÄ (§ 1 GOÄ). Aus diesem Grund darf ein Arzt auch **keine** von der GOÄ nicht vorgesehenen **Pauschalen** berechnen, und eine **Rechnung** wird erst fällig, wenn sie **ordnungsgemäß**, also vollständig korrekt ist (§ 12 GOÄ).

Aus all dem folgt, dass

- a. Privatpatienten zur Zahlung der in Rechnung gestellten ärztlichen Leis-

tungen – unabhängig von der Erstattung durch ihre private Krankenversicherung – immer verpflichtet sind, wenn die Rechnungslegung ordnungsgemäß ist und den Regeln der GOÄ entspricht, und

- b. niedergelassene Ärzte bei Privatpatienten einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließen können, es aber keineswegs müssen.

Der schriftliche Behandlungsvertrag dient daher letztlich (nur) einer bestmöglichen Dokumentation – eine Motivation, die jeder für sich selbst ermitteln kann.

Mögliche Konfliktfälle

Es sind indes bestimmte Fallkonstellationen denkbar, in denen der Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages durchaus sinnvoll erscheint – beispielsweise weil die Praxis in diese schriftliche Vereinbarung weitere Informationen und Feststellungen aufnehmen kann, die wiederum durch Unterschrift der gesetzlichen Vertreter des Patienten ausdrücklich bestätigt werden.

IGeL

Im Rahmen der Erbringung und Abrechnung sog. Individueller Gesundheitsleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten trifft den Kinder- und Jugendarzt eine besondere wirtschaftliche **Aufklärungspflicht**. Die diesbezüglichen Angaben (konkret gewünschte Leistung, Kostenaufstellung nach der GOÄ, Bestä-

tigung der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Vertreter) können in einem schriftlichen Behandlungsvertrag fixiert werden.

Honorarvereinbarung

Gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ kann der Kinder- und Jugendarzt über eine Honorarvereinbarung einen **abweichenden höheren Steigerungssatz** mit dem privat versicherten Patienten vereinbaren. Dies muss gemäß § 2 Abs. 2 GOÄ nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Ärztin/Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung in einem Schriftstück vereinbart werden. Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Die pädiatrische Praxis hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhandigen.

Nichtvorlage der Versichertenkarte

Nicht selten kommt es vor, dass der privat oder gesetzlich versicherte Patient keine Versichertenkarte vorlegt und die Praxis nicht weiß, auf welcher Grundlage sie ihre Leistungen berechnen soll. Grundsätzlich ist der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt vertragsarztrechtlich zur Behandlung verpflichtet (§ 13 Abs. 7 BMV-Ärzte). Zur Abrechnung gilt Folgendes, wobei zwischen der regulären Sprechstunde und der Behandlung in der Notfallpraxis oder im Bereitschaftsdienst zu unterscheiden ist:

Für die **Behandlung in der Notfallpraxis** oder im **Bereitschaftsdienst** kommt es im Ergebnis darauf an, ob das Kind im Zeitpunkt der Behandlung gesetzlich krankenversichert war oder nicht. Hieran richtet sich alles aus. Besteht keine gesetzliche Krankenversicherung, kann der Kinder- und Jugendarzt privat liquidieren. Es gelten zum Behandlungsvertrag die oben dargestellten Grundsätze. Ist der Patient jedoch gesetzlich krankenversichert, gilt grund-

sätzlich das sogenannte „Ersatzverfahren“ gemäß Anlage 4a zum BMV-Ärzte (dort Anhang 1, Ziffer 2.3 und 2.5) und eine zunächst erfolgende Privatliquidation, die vom Kinder- und Jugendarzt wieder erstattet wird, wenn für den Patienten seine Krankenkassenkarte vorgelegt wird, scheidet – jedenfalls dann, wenn eine tatsächliche Notfallbehandlung vorliegt – aus. Ein schriftlicher Vertrag hilft hier nicht.

Denkbar wäre hier aber, dass die gesetzlichen Vertreter des Patienten – wenn sie keine Krankenversicherungskarte vorlegen und **keine Notfallbehandlung medizinisch erforderlich ist (!)**, die Eltern aber gleichwohl eine sofortige Behandlung wünschen – eine Übernahme der Behandlungskosten auf Selbstzahlerbasis, also privat, vereinbaren. Hierfür wäre dann eine **schriftliche Vereinbarung** aufzusetzen, die über die Höhe der Kosten aufklärt und eine ausdrückliche Erklärung zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Vertreter vorsieht und zwar unter Berücksichtigung von § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ärzte.

Für die Behandlung in der **regulären Sprechstunde** gilt Folgendes: Wird die **elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt**, besteht gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 1 und Abs. 9 BMV-Ärzte die Möglichkeit zur Privatliquidation. Die Praxis kann nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn **bis zum Ende des Quartals** eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige elektronische Gesundheitskarte oder ein anderer gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wird. Die Praxis nimmt den Fall sodann in ihre Quartalsabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf. Für diese Konstellation empfiehlt sich die Abfassung eines **schriftlichen Behandlungsvertrages**, in welchem das Prozedere – insbesondere bezüglich der fristgerechten, **nachträglichen Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte** – beschrieben wird und der Patient bzw. die gesetzlichen Vertreter dies durch ihre Unterschrift bestätigen.

Sonderfall: privater Abrechnungsdienstleister

Rechnet die pädiatrische Praxis bei der Behandlung von privatversicherten Pati-

enten nicht selbst gegenüber diesen bzw. den gesetzlichen Vertretern ab, sondern leitet die Abrechnungsunterlagen an einen privaten **Abrechnungsdienstleister** weiter, so benötigt sie bzgl. der Weitergabe der patientenbezogenen Daten das **Einverständnis der gesetzlichen Vertreter**. Dieses Einverständnis kann – mit deutlicher Hervorhebung – im Rahmen des Abschlusses eines schriftlichen Behandlungsvertrages erklärt werden oder aber auch als isolierte Einzelerklärung abgegeben werden. Wichtig ist in beiden Fällen, dass diese Erklärung zur Patientendokumentation genommen wird.

Fazit

Es lässt sich also festhalten, dass ein **schriftlicher Behandlungsvertrag** auch bei der Behandlung privat versicherter Patienten **regelmäßig nicht erforderlich** ist. Für **einzelne Fallgestaltungen** ist die Verschriftlichung der Vergütungsgrundsätze jedoch, wenn man das anstrebt, aus Dokumentationsgründen **sinnvoll**. Dabei stellt sich naturgemäß auch immer die Frage, wer diese Erklärung unterzeichnen muss und ob die Erklärung eines Sorgeberechtigten ausreicht. Dies ist zum einen von der Sorgerechtsituation (getrennt lebend, geteiltes oder gemeinsames Sorgerecht in Gesundheitsfragen usw.) aber auch von der Art der Behandlung (Notfallbehandlung, Routineeingriff, schwerer Eingriff) sowie von den möglichen Folgen der (Nicht)Behandlung abhängig. Hierzu gibt es eine Vielzahl kasuistischer Rechtsprechung, die jeweils einzelfallbezogen eine Abwägung vornimmt.

Die Darstellung bleibt einem weiteren Beitrag vorbehalten.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht
Dr. iur. Daniel Gröschl, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht (www.moellerpartner.de)
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: WH

Pro und Contra

Impfen in der Apotheke

Reinkommen, drankommen, informieren, kleiner Piks: wenn es nach Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ginge, sollten Apotheker künftig impfen dürfen. Apotheken in anderen Ländern wie der Schweiz, Großbritannien oder den USA praktizieren das Impfen längst. In Deutschland ist eine heftige Debatte darüber entbrannt.

Pro

Yes, we can!

„Impfmüde Deutsche – keine Lust auf den Piks“ titelte die Ärztezeitung über rückläufige Impfquoten. Impfungen zählen unbestreitbar zu den medizinischen Durchbrüchen, es gibt für viele Krankheiten keine effektivere Prävention, keinen besseren Schutz vor allem von Risikogruppen. Aber wie kann man die Impfquoten aufrechterhalten und weiter ausbauen, wenn zeitgleich Praxen überlastet sind und in vielen Gegenden Deutschlands das Netz niedergelassener Praxen zunehmend ausdünn?

Nicht nur in unserer Apotheke häufen sich die Anfragen von Eltern: „Könnten Sie



nicht auch hier impfen?“ Tatsächlich bieten Impfungen, Auffrischimpfungen und auch Beratung in der Apotheke viele Vorteile für Patienten, z. B. den niedrigschwelligen Zugang (kein Warten, kein Anmelden, lange Öffnungszeiten) und unsere pharmazeutische Fachexpertise. Meines Erachtens wird es Zeit, diese Vorteile vermehrt zu nutzen und zu erweitern und endlich auch das Impfen in der Apotheke zu ermöglichen.

Wirft man einen Blick über die Landesgrenzen hinaus, sind impfende Apotheker sowohl in EU- und Nicht-EU-Staaten erfolgreich ergänzend tätig. Reviews bestätigen dort eine generelle Erhöhung der Quoten durch Einbezug der Apotheker in beratender, adjuvanter oder administrativer Tätigkeit. Die Bedürfnisse und Lebensumstände unserer Patienten sollten leiten-

de Prämisse sein, um Ressourcen effizient zu nutzen, Praxen zu entlasten und neue Patientengruppen für den Impfschutz zu erschließen. Regelmäßige Fortbildungen und klare Definitionen müssen hier Voraussetzung sein! Mit der Novellierung der ApBetrO wurden bereits verbindliche strukturelle Standards gesetzt. Mehr Mut also zu interdisziplinären neuen Ansätzen! – „It’s the patient, stupid!“ (Linda Strand).

Christian Roth

*Der Autor leitet eine Apotheke in Rechberghausen und ist Experte für Arzneimitteltherapie-sicherheitsmanagement (AMTS)
E-Mail: Christian.Roth@quadro-apotheke.de*

Contra

Wat soll dä Kwatsch („Was soll der Unsinn“, Artikel 9 Rheinisches Grundgesetz)



Anzahl von Praxen in der Peripherie sind dabei die geringsten Impfhindernisse. Die Ärzteschaft hat die notwendige Ausbildung, Patienten bezogen auf ihr individuelles Gesundheitsrisiko über Impfungen zu beraten, und sie hat deren Vertrauen. In einer BZgA Befragung bezüglich „Information zu Impfungen“ präferierten die Befragten zu 98 Prozent Arzt oder Ärztin und zu 90 Prozent die MFA als Verabreicher von Impfungen. Apotheker oder Apothekerin rangierten mit 55 Prozent auf dem vorletzten Platz. Somit sollte man mehr an der Verminderung der Impfhürden und nicht an der Erweiterung des Kreises der Impfberechtigten arbeiten und damit zusätzliche Probleme erzeugen wie: Wer sichert die Liefereffektivität bei Impfstoffknappheit? Wie erhebt der impfende Pharmazeut die Impfanamnese und beurteilt die medizinischen Kontraindikationen? Wer impft bei komplexen Krankheitsbildern?

Apothekern liegen Bedürfnisse und Lebensumstände von Patienten doch so am Herzen? Dann aber bitte auch umfassend: Patienten erhalten in Zukunft die Medikamente direkt im Notdienst und müssen nicht lange nach dienstbereiten Apotheken suchen; Praxen bestellen ihre Impfstoffe ohne Zwischenhändler kostengünstiger und schneller direkt beim Hersteller.

Impfen ist komplex und nicht nur ein kleiner Piks. Impfen gehört auch zukünftig in die Hände von gut ausgebildeten Praxen. Impfende Apotheken: *Kenne mer nit, bruche mer nit, fott domet.* („Kennen wir nicht, brauchen wir nicht, fort damit“, Art. 6 Rheinisches Grundgesetz)

Ralph Köllges

*Der Autor ist Kinder- und Jugendarzt und praktiziert in Mönchengladbach
E-Mail: r.koellges@t-online.de*

Red.: ReH

Der Honorarausschuss informiert

Update Laborreform 2/18 – Laborreform mit Rechenfehler

Medizinisch-wirtschaftliches Verhalten bei der Anforderung von Laborleistungen war schon immer eine Herausforderung. Durch die Reform des Wirtschaftlichkeitsbonus ist dies noch einmal bedeutsamer geworden. In der Pädiatrie kommt es aufgrund eines Kalkulationsfehlers hierbei zu einer besonderen Situation, die ggf. zu Widersprüchen gegen die Abrechnung führen sollte. Daher lohnt es folgenden Artikel zu lesen, auch wenn er auf den ersten Blick zum Teil mathematisch schwer verdauliche Kost enthält.



Dr. med. Marcus Heidemann



Dr. med. Reinhard Bartzky

Was ist geschehen?

Zum 1.4.2018 hatte es eine **Veränderung der Aufteilung der Laborkosten** zwischen den Fachgruppen gegeben (ausführliche Darstellung im Heft 4/18). Eine Nachfinanzierung des Facharzttopfes ist nun nicht mehr möglich. Zum anderen hat es eine **Neuformatierung des Wirt-**

schaftlichkeitsbonus gegeben; hierüber müssen wir berichten. Der Wirtschaftlichkeitsbonus (die GOP 32001), die auch weiterhin von der KV, bei allen berechtigten Scheinen automatisch hinzugesetzt wird, wurde in Ihrer Wertigkeit von 6 auf 17 Punkte (2019 also etwa 1,80 Euro) heraufgesetzt. Diese Vergütung für die Veranlassung einer Laborleistung ist rein politisch festgesetzt – nicht kalkuliert und **mindert natürlich unser RLV.**

Die kritischen Punkte

Die Grundidee des **Wirtschaftlichkeitsbonus (WB)** im Labor, eine zielgerichtete und sparsame Diagnostik zu fördern und damit den Einsatz der im Labor eingesetzten Mittel auf ein medizinisch notwendiges Maß zu regulieren, ist grundsätzlich sicher richtig. Allerdings zeigt die Auswertung der nun erfolgten ersten Abrechnungen sowohl in der Kalkulationsgrundlage wie auch in der Anwendung der Ausnahmeziffern drei wesentliche Problembereiche, die im Folgenden näher dargestellt werden sollen:

Vorbemerkung: Wie wird der Wirtschaftlichkeitsbonus überhaupt gerechnet?

Für alle Fachbereiche wurde zur Berechnung des WB eine obere und eine untere Fallgrenze bestimmt. So liegt die **untere Fallgrenze** in unserem Fach bei **0,90 €**, die **obere Fallgrenze** bei **2,40 €**. Dies bedeutet zunächst, dass jemand der weniger als 0,90 € je Fall an Laborkosten verursacht den Bonus voll ausgezahlt bekommt. Jemand, der mit seinen durch-

schnittlichen Laborkosten über dem oberen Fallwert liegt, bekommt hingegen keinen Bonus mehr ausgezahlt. Die Idee für die Kollegen zwischen den beiden Fallwerten ist, dass diese für jeden Euro, den sie an Kosten verursachen, einen Teil des Bonus abgeben müssen.

Die Festlegung der Fallgrenzen erfolgte dadurch, dass **Quartile aus den Laborkosten** gebildet wurden. Das bedeutet, bisher lagen ca. 25 % der Kollegen unter 0,90 € und 25 % der Kollegen über 2,40 € Laborfallwert, der Rest dazwischen und somit in dem von der folgenden Darstellung besonders betroffenen Bereich.

1. Problem: Berechnungsgrundlagen führen in der Pädiatrie zu überhöhtem Bonusverlust.

In der Pädiatrie kommt es zu einer Besonderheit in der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus. So ist der Abstand zwischen oberen und unterem Fallwert mit 1,50 € geringer als die Höhe des WB, der bei 17 Punkten und somit in etwa bei 1,83 € liegt. Wer also jetzt individuelle Laborfallkosten von z.B. 1,65 € hat und somit genau in der Mitte der Verteilung liegt, der bekommt für seine Überschreitung des unteren Fallwertes in Höhe von 0,75 € (=1,65€-0,90€) einen Bonusverlust von 0,91 € je Fall abgezogen. Das heißt, **der Bonusverlust liegt höher als die Laborkosten, die er kompensieren soll.**

Dies ist in der Pädiatrie einzigartig, da die Berechnungsgrundlagen unseres Faches einerseits insgesamt durchaus höhere Laborkosten und somit eine höhere Punktzahl (17 Punkte) für den Wirtschaftlichkeitsbonus einbringen, ande-

rerseits aber die Abweichungen zwischen den Praxen gering sind und somit die Grenzen eng beieinander liegen.

Ein Euro Anforderung im Labor bedeutet somit ca. 1,20 € Abzug beim Bonus. Ein in der Praxis durchgeführter Test in der Sofortdiagnostik wie der **Strep-A Test** erbringt ein Honorar von 2,55 €, führt aber ggf. zu einem Bonusverlust von 3,07 €. Für den Arzt **wirtschaftlich sinnvoller wäre es**, im Einzelfall den Test nicht abzurechnen, da der Honorarverlust beim Bonus über dem Honorar liegt. **Gleiches gilt für im Labor angeforderte Leistungen:** Für den Arzt wäre es in gewissen Grenzen wirtschaftlicher, das Laborhonorar an den Laborarzt direkt zu bezahlen, als den Verlust im Wirtschaftlichkeitsbonus hinzunehmen.

Das Gegenteil gilt z.B. für die Endokrinologen, bei denen oberer und unterer Fallwert fast 60 € auseinander liegen und der WB bei ca. 4 € liegt. Hierdurch „bezahlt“ der Endokrinologe jeden Laboreuro Überschreitung nur mit 6 Cent.

2. Problem: Ausnahmeziffern decken typische pädiatrische Laborfälle nicht ab

Um Praxen bei notwendiger und vernünftiger Labordiagnostik vor unberechtigten Abzügen zu schützen, gibt es Ausnahmeziffern. Diese bewahren die Praxis davor, dass die entsprechenden Leistungen zu WB-Abzügen führen würden. So ist z. B. die **bakteriologische Diagnostik**, die zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes gefordert wird, freigestellt, um diese bewusst zu fördern.

In unserem Fachbereich sind allerdings viele notwendige Parameter, die gerade bei Kindern im Gegensatz zu Erwachsenen benötigt werden, nicht freigestellt, so dass die leitliniengerechte Diagnostik und Therapiesteuerung mit teilweiser teurer Labordiagnostik nicht ausreichend berücksichtigt wird. So rechnen beispielsweise manche **Stoffwechsellabore bei Folgeuntersuchungen des Neugeborenscreenings** Ziffern ab, die von den derzeitigen Ausnahmeziffern nicht erfasst werden.

Dem Pädiater bleibt aber gar keine andere Möglichkeit, als die notwendigen Kontrollen durchzuführen, so dass er bei entsprechenden oben geschilderten Bedingungen des WB diese Leistungen de facto selbst bezahlen muss – und zwar nicht zum Originalpreis, sondern mit

einem **Aufschlag von ca. 20 % über den eigentlichen Kosten.**

Ebenso ist dieses bei der Diagnostik der Tuberkulose der Fall, in der die speziell in der Pädiatrie benötigten diagnostischen Wege nicht freigestellt sind, obwohl diese das Budget des einzelnen Arztes oft deutlich belasten. **Eine einzelne fachgerecht abgeklärte Gerinnungsstörung reicht z. B. aus, den Wirtschaftlichkeitsbonus einer Durchschnittspraxis zur Hälfte zu verbrauchen.** Eine sinnvolle und nicht auf wenige Zentren beschränkte, sondern in der Breite der Pädiatrie verfügbare Labordiagnostik, ist aber Bedingung um eine fachlich gut aufgestellte Pädiatrie zu erhalten.

3. Problem: Kein Steuerungseffekt

Letztendlich hat die **Labornovelle über alle Fachgruppen betrachtet NICHT zu einer Abnahme der Laboruntersuchungen** geführt. Auch die komplizierteste Regelung konnte das Verhalten von uns Vertragsärzten nicht beeinflussen!

Was können Sie tun?

- **Labor wird nur indiziert angesetzt**, insbesondere sollte man bei „Wunschkontrollen“ von Eltern, anderen Kollegen oder Kliniken beachten, wer letztendlich die Kosten dafür trägt.
- Vor jeder Abrechnung **prüfen, ob auch alle Ausnahmekennziffern richtig gesetzt wurden.** Die jeweils gültige Liste der Ausnahmekennziffern finden Sie im EBM am Anfang des Kapitels 32. Das Setzen der Ausnahmekennziffern befreit nur noch die in der entsprechenden Legende benannten Ziffern, nicht mehr alle Blutabnahmen am Tag oder im Quartal. **Das hat zur Folge, dass pro Patient in einem Quartal auch mehrere Ausnahmekennziffern gesetzt werden können.** Am komfortabelsten geht dies, wenn alle angesetzten Ziffern vom Labor in die Praxissoftware überspielt wurden, indem ein Makro mit entsprechenden Suchläufen eingesetzt werden kann. Ansonsten sollte **bei jeder Blutabnahme genau kontrolliert werden, ob Befreiungstatbestände vorliegen.**
- **Prüfen Sie Ihre Abrechnung.** Wenn Sie von anteiligen Kürzungen im Mittelfeld des Wirtschaftlichkeitsbonus oder bei

einer knappen Überschreitung des oberen Fallwertes betroffen sind, sollten Sie **überlegen Einspruch, gegen diese Abrechnung zu einzulegen;** dies unter Verweis auf die Tatsache, dass eine Bestrafung durch einen Laborabzug beim indizierenden Hausarzt nicht größer sein könne als das Honorar, das der Laborarzt erhalte; dass diese Regelung weder sachgerecht noch rechtskonform sei. In wie weit hier wirklich ein Rechtsbruch vorliegt, vermag der Honorar-ausschuss momentan nicht zu beurteilen, dies sei korrekter Weise angefügt. Natürlich würde der ein oder andere Widerspruch das Druckpotential in den KVen für Änderungen zu unseren Gunsten ggf. erhöhen.

Und was tut Ihr Berufsverband BVKJ?

Natürlich sind wir jetzt wieder in Verhandlungen eingetreten. Das ist aber kein schneller und kein einfacher Weg. Ziel unserer Bemühungen ist es, für die Pädiatrie eine angemessene Abzugsquote zu erlangen, die nicht wirren Bestrafungscharakter hat. Darüber hinaus müssen in die Ausnahmekennziffern pädiatrische Sachverhalte aufgenommen werden – dort spiegelt sich bislang keine kinderärztliche Expertise wieder.

Noch mal deutlich:

Die Laborkosten wachsen (ohne Genetik) um 5 % pro Jahr – das übersteigt unsere Honorarzuwächse bei weitem. Wir alle finanzieren diesen Zuwachs aus unserem ärztlichen Honorar. Begrenzungsmechanismen sind aus hausärztlicher Sicht zwingend und notwendig. Die letzte Reform hat Ihren Hauptzweck scheinbar nicht erfüllt und nicht zu einer Absenkung der Laboranforderungen geführt. Stattdessen sind neue Ungerechtigkeiten aufgetreten. **Checken Sie Ihre Abrechnung.**

Korrespondenzanschrift:

Dr. Marcus Heidemann
33605 Bielefeld
E-Mail: marcusheidemann@web.de
Dr. Reinhard Bartezky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartezky.de
Honorarausschuss

Red.: WH

Aus der Klinik in die Praxis – auch noch nach jahrelanger Tätigkeit als Oberärztin

Die Fragen stellte Dr. Steffen Lüder, Initiator des Workshops „Sprung in die Praxis“.

Frau Dr. Voss, wie lief der Weg ihrer klinischen Ausbildung?

1988 begann ich meine Facharzt Ausbildung zur Kinderärztin in einer großen Berliner Kinderklinik mit dem primären Ziel, nach fünf Jahren in einer Poliklinik eines der großen Neubaugebiete der Stadt ambulant tätig zu werden. Durch den Zusammenbruch des Ambulanten Gesundheitswesens der DDR änderte sich meine Perspektive, und ich arbeitete und qualifizierte mich in der Klinik weiter. In der Kinderklinik der Grund- und spezialisierten kinder- und jugendärztlichen Versorgung bot mir die stationäre Tätigkeit breiten Raum, fachmedizinisches Wissen und klinische Erfahrungen zu sammeln.



Was waren die Gründe, sich für eine Praxistätigkeit zu interessieren?

Familiäre Gründe waren der Anlass, über einen Wohnortwechsel nachzudenken, mit dem ein Wechsel des Arbeitsumfeldes einhergehen musste. Angebote gab es sowohl im klinischen als auch ambulanten Bereich. Vor allem aber wurde ein Kinder- und Jugendarzt „im ländlichen Bereich“ dringend gesucht.

Wie haben Sie die Praxis gefunden, in der Sie jetzt tätig sind?

Die KV Mecklenburg-Vorpommern hatte eine Stelle für Nordvorpommern-Stralsund ausgeschrieben. Mit Hilfe des Bürgermeisters der Stadt meines Wunschstandortes fand ich die vorherige Praxisinhaberin, neue Praxisräume und meine heutigen engagierten Mitarbeiterinnen.

Wie haben Sie sich auf die Praxistätigkeit vorbereitet???

Hierfür nutzte ich die Angebote des BVKJ, respektive mir bekannter Kollegen aus ehemaliger gemeinsamer Zusammenarbeit in der Klinik, die den „Sprung in

die Praxis“ schon vor Jahren gewagt hatten und zudem berufspolitisch sehr aktiv sind. So bot Dr. Steffen Lüder, Berlin, ein gleichnamiges Seminar an. Dr. Andreas Michel, Greifswald, wurde mein Mentor. In den Praxen der beiden genannten erfahrenen Kinder- und Jugendärzte konnte ich hospitieren und sammelte essentielle Grundkenntnisse. Zudem nutzte ich die Seminare der KV Berlin und der Ärztekammer MV. In MV wird für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ein Impfsertifikat benötigt, um Impfungen abrechnen zu können.

Was waren Ihre (drei) Positiverlebnisse in der Praxis?

Ich habe mich auf unbekanntes Terrain gewagt – sowohl örtlich, menschlich als auch meinen Arbeitsbereich betreffend. Bereits bei den baulichen Vorbereitungen, in der Interaktion mit den zuständigen Behörden, der KV und den Ärztekollegen der Region wurde mir überraschend viel Zuspruch und praktische Unterstützung zuteil. Ich bin sicher, Vieles wäre in Berlin

deutlich komplizierter verlaufen. Einige Patienten bringen Ihre Freude zum Ausdruck, dass die kinder- und jugendärztliche Versorgung vor Ort nun gesichert ist. In die ärztliche Fortbildung der Region bin ich bereits integriert.

Was hätten Sie so nicht in der Praxis erwartet?

Eigentlich nichts. Eher bin ich angenehm überrascht, wie reibungslos die Einarbeitung mit dem Praxisverwaltungssystem, der papierlosen Aktenführung usw. verlaufen ist, wovor ich großen Respekt hatte. Meine beiden MfA sind Klasse. Es fehlt mir ein wenig der kurze Weg eines fallbezogenen Fachgesprächs – man ist eben Alleinkämpfer.

Wie hat sich die Praxis in Ihrem ersten Quartal entwickelt? Kommen die Mecklenburger zur Berliner Kinder- und Jugendärztin?

Der Standort der Praxis ist neu. Im ersten Quartal lagen die Fallzahlen mit 650 deutlich unter dem Fachgruppenn Durchschnitt. Ich sehe jedoch den Grund nicht in der Ablehnung der „Berlinerin“. Ich arbeite dennoch an meiner Aussprache... Der Start in das neue Quartal bestätigt den zu erwartenden Zuwachs bereits.

Wie gut lassen sich jetzt berufliche Tätigkeit und Privatleben vereinbaren?

Sehr gut. Schließlich genieße ich die regelmäßig freien Wochenenden und Feiertage und zudem die reine Ostseeluft.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Steffen Lüder

13051 Berlin

E-Mail: info@kinderarzt-dr-lueder.de

Red.: WH

Tagung des BVKJ-Länderrates in Saarbrücken

Der Länderrat tagte zum Jahresauftakt im Januar in Saarbrücken. Im Rahmen des politischen Workshops wurden einige Themenschwerpunkte in Arbeitsgruppen intensiv aufbereitet, aus unserer Ländersicht für den BVKJ diskutiert und zur gemeinsamen Abstimmung vorgelegt.



Dr. med. Martin Lang

TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz)

Im Juli des vergangenen Jahres legte Bundesgesundheitsminister Spahn den Referentenentwurf zum neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vor. In einer ersten Analyse zeigte der BVKJ die Mängel und die zu erwartenden Verschlechterungen durch einzelne Vorgaben in dem geplanten Gesetz auf. Hierbei nahmen die Landesvorsitzenden von Beginn an aktiv teil. Insbesondere der gemeinsam abgestimmte **Brandbrief der Landesverbände an die Bundestagsabgeordneten** führte zu zahlreichen, wertvollen Hintergrundgesprächen mit den verantwortlichen Politikern.

Fehlerhafte Entwicklungen, wie die Forderung nach fünf zusätzlichen freien Sprechstunden konnten für uns Pädiater frühzeitig abgewendet werden. Die Zulassungsbestimmung wurde auf eine Dreiviertel-Zulassung hin erweitert.

Nach der ersten Lesung des Gesetzes im Januar im Bundestag wird wohl auch die temporäre Aufhebung der Zulassungsbeschränkung entfallen zugunsten einer zügigen Verbesserung der

Bedarfsplanung für uns Kinder- und Jugendärzte noch im Laufe dieses Jahres. Der Länderrat spricht sich dafür aus, den **konstruktiven Dialog zum TSVG mit den politisch Verantwortlichen fortzuführen** und auf **weitergehende Maßnahmen in der Öffentlichkeit** (z. B. vorbereitete Patientenbriefe) **einstweilig zu verzichten**.

Wichtig sind auch unsere weitergehenden politischen Forderungen:

- **verbesserte Ausbildungsmöglichkeiten unseres ärztlichen Nachwuchses** (Umsetzung des Masterplans 2020),
- eine **flächendeckende finanzielle Förderung der ärztlichen Weiterbildung in pädiatrischen Praxen**
- die **gesetzlich verankerte Berücksichtigung der grundversorgenden ambulanten Kinder- und Jugendärzte in der ärztlichen Selbstverwaltung (KVen)**.

Reform der Bedarfsplanung

Mit der **Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie** beschäftigte sich eine Länderrats-Arbeitsgruppe. Sehr hilfreich war die vorausgehende Beratung des bayerischen Landesvorstandes mit der verantwortlichen GBA-Gutachterin zur Bedarfsplanungsreform, Frau Prof. Dr. L. Sundmacher. Folgende inhaltliche **Kernpunkte** halten wir für eine **verbesserte Bedarfsplanung** in der ambulanten Pädiatrie für relevant. Der bestehende Demographiefaktor ist für die Kinder- und Jugendmedizin wenig aussagekräftig – hingegen müsste die **Geburtenentwicklung** zeitnah erfasst und in der Bedarfsplanung Eingang finden. Die **Berechnung der Arztsitze** nach den Morbiditätsdaten der Bevölkerung benachteiligt die Pädiatrie. In unserem Versorgungsalltag sind 40 % der Leistungen präventiv, also nicht morbi-

tätsbezogen. Zudem lassen sich im ICD 10 zahlreiche spezifisch pädiatrische Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen nicht abbilden, was zu einer **fehlerhaften Morbiditätsmessung** in unserer Fachgruppe führt.

Ebenfalls findet die Aufteilung unseres Fachgebietes in eine **allgemeinpädiatrische** und **spezialpädiatrische** Versorgung keinen Einfluss in die bisherigen Bedarfsanalysen. Dies soll verbessert werden, beispielsweise durch Bestandsaufnahme der Vorsorge-Zahlen und Impfmaßnahmen am jeweiligen Praxis-sitz.

Kritisch zu sehen ist weiterhin, dass die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte insgesamt so gering ist, dass eine kleinräumige Planung wie bei der Allgemeinmedizin nicht möglich ist. Laut Bedarfsplanungsgutachten sollte ein Versorgungsareal mindestens vier Arztsitze beinhalten um eine adäquate Planbarkeit zu gewährleisten. **Eine wichtige Kenngröße ist die Zahl der maximal zu versorgenden Kinder pro Arzt (Umsteiger)**. Die Planungsgrundlage der 90er Jahre, bei der pro Arzt und Quartal bis zu 3.500 Kinder versorgt werden können, ist unter den heutigen Gegebenheiten neu zu justieren. Ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten, sowie kulturelle und gesellschaftliche Veränderungen, die deutlich gestiegene Leistungsdichte der ambulanten Pädiatrie begründen die Notwendigkeit für eine neue Kennzahl für die leistbare Patientenversorgung pro Arzt.

Das sogenannte **Gravitationsmodell** (15 km Umkreis zur Praxis) aus dem GBA Gutachten ist grundsätzlich zu begrüßen, zumal in der Pädiatrie Pendlerströme (Mitversorgungseffekte) eine geringere Rolle spielen, wie in der Erwachsenenmedizin. Der im Gutachten beschriebene Mehrbedarf von 700–1.000 Zulassungen bundesweit ist

realistisch. Dabei ist eine **konsequente Gegenfinanzierung seitens der Krankenkassen** zu fordern.

Kooperation mit der Allgemeinmedizin

Die Herausforderungen und Problemstellungen in der ambulanten Versorgung sind bei den Allgemeinmedizinern sehr ähnlich gelagert, wie bei den Kinder- und Jugendärzten. Beide Fachgruppen leiden an **Überalterung und Nachwuchsmangel**. Es geht um den **gemeinsamen Erhalt einer flächendeckenden hausärztlichen Primärversorgung**.

Dabei haben sich in den letzten Jahren auf vielen Ebenen **Kooperationsfelder** ergeben, Abstimmungsgespräche werden geführt. **Wir begrüßen ausdrücklich, wenn sich die Fachgruppen der Allgemeinmedizin und die der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin gegenseitig partnerschaftlich unterstützen**. So können wir Kinder- und Jugendärzte im Rahmen **gemeinsamer pädiatrischer Fortbildungen** den Allgemeinmedizinern wichtige Grundkenntnisse und Grundkompetenzen für die Basisversorgung von Kindern und Jugendlichen vermitteln.

Auf der anderen Seite können die Allgemeinmediziner die **pädiatrische Kernkompetenz der Kinder- und Jugendärzte** als Hausärzte für die Patienten im Kindes- und Jugendalter anerkennen. Die Schnittstellen zwischen der allgemeinärztlichen Basisversorgung und der fachärztlichen pädiatrischen Versorgung können in gemeinsamen Ausbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen erläutert werden.

Grundlage der Kooperation unter den hausärztlichen Fachgruppen ist ein **gemeinsames Bekenntnis zur ambulanten Primärversorgung**. Die Kinder- und Jugendärzte sollen hierbei als die hausärztlichen Versorger von Kindern und Jugendlichen eine Gleichstellung zur Allgemeinmedizin im Gesetz und in der ärztlichen Selbstverwaltung bekommen. Dies betrifft insbesondere eine gleichwertige Förderung für die studentische Ausbildung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie, wie auch die adäquate und **flächendeckende Förderung für die ärztliche Weiterbildung in den Kinder- und Jugendarztpraxen**, analog zu den Fördermaßnahmen in der Allgemeinmedizin.

Digitalisierung in der ambulanten Pädiatrie

Die digitale Revolution in der ambulanten Medizin lässt sich nicht aufhalten. Fast täglich werden weltweit neue Telemedizinprodukte für die Gesundheitsversorgung entwickelt, die von der Gesellschaft und auch von der Wissenschaft gutgeheißen werden. Gesundheitsminister Spahn erklärt den Einsatz digitaler Medizin als eines seiner Hauptziele.

Der BVKJ-Länderrat empfiehlt, die Entwicklung sorgfältig, kritisch und konstruktiv zu begleiten.

Telematik-Infrastruktur (TI) ist eine gesetzliche Vorgabe des E-Health-Gesetzes. Um die finanzielle Fördermaßnahme durch die KV zu erhalten und eine Honorarkürzung von einem Prozent zu vermeiden, sind die Bestellung bis 31. März und die Einführung der Telematik im zweiten Quartal 2019 notwendig. Mittlerweile weitet sich der Markt der technischen Angebote, die Kosten der Geräte (Kartenterminals, TI-Konnektoren) und der Installation sinken. Die Erfahrungen der Anwender sind in jüngster Zeit zunehmend positiv. Technische Störungen im Praxisablauf werden kaum berichtet. Die Telematik dient aktuell der online Überprüfung der Versichertenstammdaten (VSD), in einem nächsten Schritt der Speicherung von Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK).

Die Elektronische Patientenakte (ePa) soll nach dem vorliegenden Gesetzesvorhaben bis 2021 verpflichtend eingeführt werden. Die medizinischen Daten werden dabei auf einer Cloud abgelegt und sollen jederzeit durch den Patienten oder autorisierten Personen via Handy oder Tablett abrufbar sein. Dabei gibt es gravierende Sicherheitsbedenken. **Der Länderrat sieht das Vorhaben kritisch – wird die Entwicklungen sorgsam prüfen**.

Wir empfehlen eine **Projektgruppe „Digitalisierung in der Pädiatrie“** einzurichten, die die technischen und wissenschaftlichen Grundlagen telemedizinischer Angebote prüft, damit der BVKJ seinen Mitgliedern qualifizierte Empfehlungen für den Umgang mit den jeweiligen digitalen Produkten geben kann.

Sinnvoll ist darüber hinaus eine für alle Mitglieder offene **AG Digitale Zukunft**, in der alle Kinder- und Jugendärzte Kritik und eigene Erfahrungen mit der digitalen

Medizin einbringen können, aber auch konstruktive Vorschläge für die Verbesserung der pädiatrischen Versorgung mittels neuer telemedizinischer Techniken. Die AG Digitale Zukunft als „Think tank“ der Basis und die Projektgruppe Digitalisierung in der Pädiatrie sollen idealerweise eng zusammenarbeiten.

Als erster Berufsverband hat der BVKJ **eigene Konzepte zur Telemedizin** entwickelt. Die Praxisverwaltung via **PraxisApp**, die ärztliche Konsultationsplattform **PädExpert**, die Patientenbegleitung **PädAssist** und die Videosprechstunde **PädHome** erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Sie werden von immer mehr **GKVen** und den **PKVen/Igel** honoriert. **Der Datenaustausch ist dank einer besonderen Technologie extrem sicher**, die Anwendung bereichert die Qualität der Versorgung vor Ort erheblich.

In diesem Jahr werden immer mehr telemedizinische Projekte kommen, die eine sektorenübergreifende Versorgung mit anderen Fachgebieten, mit den Kliniken und wissenschaftlichen Projekten ermöglichen. **Der Länderrat empfiehlt allen Mitgliedern den Einstieg** und die **vollumfängliche Inanspruchnahme** unserer verbandseigenen Telemedizin-Produkte. Sie helfen die Praxisarbeit für die ärztliche Nachfolgenergeneration attraktiv zu machen, stärken die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung am Praxisort.

Wahl des Länderratsvorsitzenden und seiner Stellvertreter

Turnusgemäß wurde die Wahl des Länderratsvorsitzenden und seiner drei Stellvertreter für die Amtsperiode 2019-2022 durchgeführt. Dabei wurde Dr. Martin Lang als Länderratsvorsitzender wieder gewählt, als Stellvertreter wurden gewählt: Dr. Andreas Michel, Dr. Lothar Maurer, Dr. Roland Achtzehn.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Martin Lang
Länderratsvorsitzender
86150 Augsburg
E-Mail: Dr.Lang@jugendmedizin.de

Red.: WH

Informationen aus der BVKJ-Service GmbH

Sicherer Umgang mit Daten in der Praxis: Ein Blick durch die Datenschutzbrille

Im ärztlichen Tagesgeschäft verstecken sich Fallstricke, die auf das Thema Datenschutz zurück zu führen sind. Der Umgang damit und die entsprechende Vermeidung möglicher Bußgelder ist keine leicht zu lösende Aufgabe, die ohne weiteres bewältigt werden kann. Seitdem die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gilt, sind insbesondere Arztpraxen, die mit den als besonders sensibel geltenden Daten ihrer Patienten arbeiten, mit der Umsetzung der Verordnung konfrontiert. Dabei gilt es drei Dinge zu beachten:

- die Auskunftsrechte des Patienten,
- die Weitergabe von Patientendaten an Dritte,
- das Arbeiten in der Praxis.



Sabrina Hörmann

Recht des Patienten auf Dateneinsicht

Ein Patient hat das Recht, Einsicht in die ihn betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Hierzu muss eine sogenannte Betroffenenanfrage beim behandelnden Arzt eingereicht werden. Dabei sieht das Gesetz neben der Auskunft über die verarbeiteten Daten auch die Offenlegung der verarbeiteten Kategorien personenbezogener Daten vor. Solch eine Anfrage verlangt einen sorgsamem Umgang und eine schnelle Beantwortung. Was bei der Bearbeitung zu beachten ist und welche Fristen gelten, kann bei Ihrem Datenschutzbeauftragten angefragt werden.

Wann darf die Einsicht in die Daten verweigert werden?

Im Falle einer angeforderten Einsichtnahme gilt, dass gemäß §630g BGB die Einsichtnahme vom behandelnden Arzt verweigert werden kann, wenn erhebliche therapeutische Gründe dagegen sprechen. Hierbei bedarf es im Zweifelsfall einer rechtlichen Beratung und es empfiehlt sich, einen Rechtsanwalt hinzuzuziehen.

Weitergabe von Patientendaten an Dritte

Im ärztlichen Tagesgeschäft geschieht es andauernd, dass Daten von Patienten an Dritte weitergegeben werden, etwa an Krankenhäuser oder andere Praxen. Aus der Sicht eines Datenschützers stellen sich hierbei eine Reihe von Herausforderungen. Zunächst gilt die Frage, ob eine Einwilligung zur Weitergabe sowie eine Schweigepflichtentbindung vom Patienten eingeholt wurden. Wichtig ist, wie die Daten an den Empfänger übermittelt werden. Ein klassisches Beispiel ist dabei das Versenden von Faxen. Ein Fax das personenbezogene Daten enthält, sollte nur dann verschickt werden, wenn sichergestellt ist, dass der Empfänger vor dem entsprechenden Gerät bereitsteht, um dieses gleich an sich zu nehmen. Im tagtäglichen Arbeiten ist dies aber nicht praktikabel und eine alternative Lösung ist dringend erforderlich.

Innerhalb des Praxisteam ist der Wunsch nach Effizienz und Praktikabi-

lität der eingesetzten IT-Anwendungen nachvollziehbar. Trotzdem gilt es einige wichtige Punkte zu beachten. WhatsApp etwa ist ein weitverbreitetes Tool, das aus Datenschutzgründen insbesondere für patientenbezogene Kommunikation auf keinen Fall verwendet werden sollte. Außerdem sind die Anbieter von vielen Cloud-Lösungen oft nicht sicher genug und Praxen sollten hier besser auf spezialisierte Lösungen setzen.

Datenschutzbeauftragter

Bei all diesen Herausforderungen kann ein qualifizierter Datenschutzbeauftragter helfen. Nicht nur kennt er sich mit der Materie rechtlich wie technisch aus, sondern kann auch konkrete Maßnahmen für die Praxis vorschlagen, um so keine Aufmerksamkeit von der Kernaufgabe – der Patientenbetreuung – abzulenken.

Korrespondenzanschrift:

Sabrina Hörmann ist als
Datenschützerin für DataGuard tätig
und berät Sie gerne unverbindlich.

Kontakt:

Tel.: +49 89 210 944 63
Email: shoermann@dataguard.de
(Bitte beziehen Sie sich bei
der Kontaktaufnahme auf Ihre
Mitgliedschaft beim BVKJ)

Red.: WH

Entwicklung der Anzahl der Gebietsärzte(innen) für Kinder- und Jugendmedizin nach Angaben der Bundesärztekammer

Die Diskussionen um die Sicherstellung der Versorgung werden seit Monaten heftig geführt. Auf der einen Seite klagen Patienten bzw. Eltern darüber, dass sie für ihre Kinder keine Termine, auch keine Vorsorgetermine in kinder- und jugendärztlichen Praxen bekommen, auf der anderen Seite weisen die Ärzteverbände und auch die KBV darauf hin, dass die Bedarfsplanung nicht mehr der Realität entspricht. Das TSVG führt zu weiterer Verunsicherung und BM Spahn findet keine konstruktive Gesprächsebene mit der Ärzteschaft.

Wie sehen die Zahlen aus?

Wer sachlich mitreden will, muss die Zahlen kennen und auch in der Lage sein, diese richtig zu interpretieren. Wie hat sich die Zahl der in der Versorgung tätigen Kinder- und JugendärztInnen seit nunmehr 20 Jahren verändert? (Abb. 1, 2)

Wie sieht die Bevölkerungsstatistik bezogen auf die Bevölkerungsgruppe, die vorwiegend in pädiatrischen Praxen betreut wird, aus? (Abb. 3)

Die Grafik 3 zeigt, dass die Zahl der 0 bis 14-Jährigen (das ist die Altersgruppe, die überwiegend von Kinder- und Jugendärzten versorgt wird) bis 2013 kontinuierlich zurückgegangen ist, **seit 2014 ist wieder ein Anstieg** zu verzeichnen. In der Altersgruppe bis zum vollendeten 18. Lebensjahr lag die Zahl 2017 bei **13.538.146**.

Im Jahr 1996 kamen 2.239 Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre auf einen in der ambulanten Versorgung tätigen Kinder- und Jugendarzt, im Jahr 2017 waren es nur noch 1.519.

Kamen 1996 3.571 Kinder- und Jugendliche bis 14 Jahre auf einen in der stationären Versorgung tätigen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, so waren es 2017 nur noch 1.835.

Konsequenzen für die politische Arbeit

Das sind natürlich Zahlen, die auch die Politik kennt und unzulässigerweise davon ausgeht, dass es im Bereich der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen keine Versorgungsengpässe gibt. Völlig unberücksichtigt bleibt dabei die Stundenzahl, die aufgrund von Arbeitszeitregelungen und work-life-balance pro Arzt/Ärztin zur Verfügung steht.

Im **klinischen Versorgungsbereich** zeigt die steil ansteigende Kurve der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen, dass die in den Tarifverträgen vereinbarten Arbeitszeitregelungen zu einem deutlichen Anstieg der Arztlizenzen geführt haben.

Im **ambulanten Versorgungsbereich** gibt es ja keine entsprechenden Tarifverträge, wohl aber den Anspruch der Kolleginnen und Kollegen, Familie, Hobbies, Interessen und Beruf besser als bei früheren Generationen miteinander in Einklang zu bringen. Betrachtet man daneben den rasanten Anstieg der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- und JugendärztInnen, so muss auch jedem Politiker klar werden, dass sich Zahlen von 1996 nicht mit den Zahlen von 2017 vergleichen lassen. Hinzu kommt eine steigende Anzahl von Kolleginnen und Kollegen, die nur für Teilzeittätigkeiten auch in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.

Hinzu kommen etliche **neue Impfungen**, mehrere **zusätzliche Kinderfrüherkennungsuntersuchungen**, eine vermehrte Inanspruchnahme durch **neue Morbiditäten**, die einen höheren Zeitaufwand bedeuten, und die Zunahme von Kindern und Jugendlichen mit Mi-

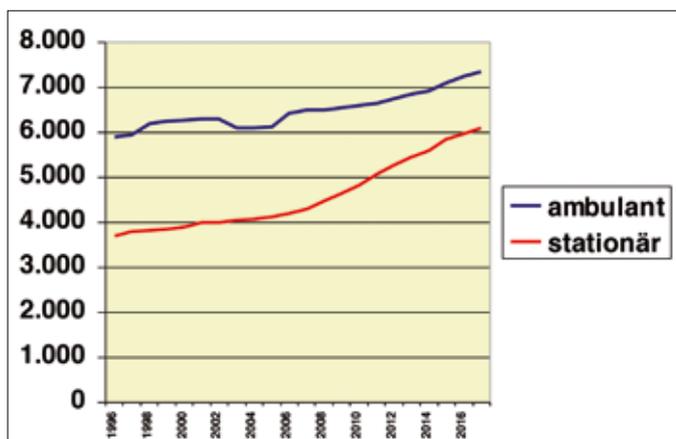


Abb. 1: Entwicklung der Zahl der Kinder- und Jugendärzte(innen) seit 1996 im ambulanten und stationären Versorgungsbereich (Quelle: BÄK)

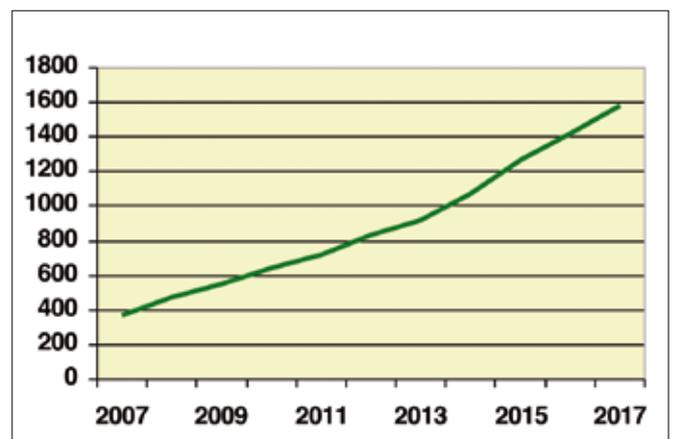


Abb. 2: Entwicklung der Zahl der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- und Jugendärzte(innen) in den letzten 10 Jahren (Quelle: BÄK)

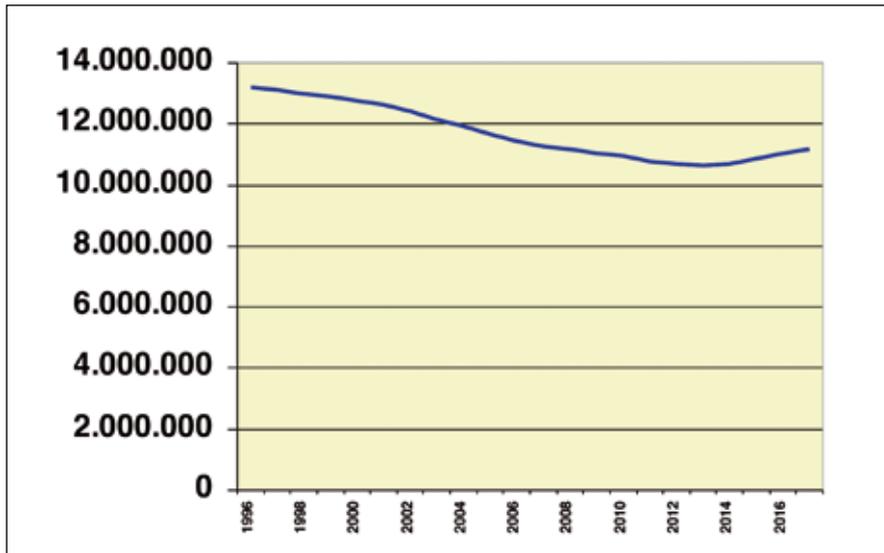


Abb. 3: Entwicklung der Bevölkerung in der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre von 1996 bis 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt)

grationshintergrund, deren Betreuung aufgrund von Sprachproblemen und auch kulturellen Unterschieden ebenfalls sehr zeitaufwändig ist. Zudem werden immer mehr Kinder in die **U3-Betreuung** aufge-

nommen, was zu einer Zunahme von Infekten und aufgrund der von den Betreuungseinrichtungen geforderten Atteste zu vielen medizinisch völlig unnötigen Arzt-Patienten-Kontakten führt.

Fazit

Gehen wir einmal sehr großzügig davon aus, dass im Jahr 2017 die in der ambulanten Versorgung tätigen Kinder- und JugendärztInnen nur noch 70 % der Stunden erbracht haben, die früher üblich waren, hätten wir **2.207** Kolleginnen und Kollegen mehr benötigt, gehen wir realistischerweise von **60%** aus, hätten wir schon **2.943** Kolleginnen und Kollegen mehr gebraucht, um den Versorgungsgrad aufrecht zu erhalten. In den Jahren 2018 und 2019 sieht das natürlich nicht anders aus.

Die Politik muss lernen, die Realitäten anzuerkennen, und entsprechend handeln. Die Forderungen des BVKJ liegen auf dem Tisch.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Die Finanzfrage

Wohin mit dem Geld?

In der letzten Ausgabe des Kinder- und Jugendarzt haben wir mit unserer Kolumne Finanzfragen – Wohin mit dem Geld? begonnen. Tilo Croonenberg, unabhängiger Vermögensverwalter, beantwortet für unsere Leserinnen und Leser Vermögensfragen und erklärt die Möglichkeiten, die der Markt für sie bereithält. Heute geht es um die Frage:

Soll ich in so unsicheren Zeiten überhaupt Aktien kaufen, bzw. meine Bestände halten?



Tilo Croonenberg

Bei der Geldanlage werden üblicherweise die Anlageziele des Kunden, seine finanziellen Verhältnisse sowie die Erfahrungen und Kenntnisse

der verschiedenen Anlageformen, in die investiert werden soll, kritisch betrachtet. So kommt man zu einem Risikoprofil. Dieses gilt es dann, mit der gewünschten Renditevorstellung über das Gesamtvermögen abzustimmen.

In der Praxis teilt der Berater bei einer Bank oder einem Vermögensverwalter den Kunden in sogenannte Risikoklassen ein. So eine Unterteilung kann zum Beispiel grob in „konservativ“, „risikobereit“ oder auch „spekulativ“ erfolgen. Oder weiter aufgefächert in: „sicherheitsorientiert“, „konservativ“, „gewinnorientiert“, „ertragsorientiert“ und „risikobewusster Anleger“. Die Unterscheidung wird je nach Bank oder Vermögensverwaltung sehr unterschiedlich gehandhabt, denn es gibt für die Risikoklassen keine einheitlich definierten, wissenschaftlich evaluierten Kategorien.

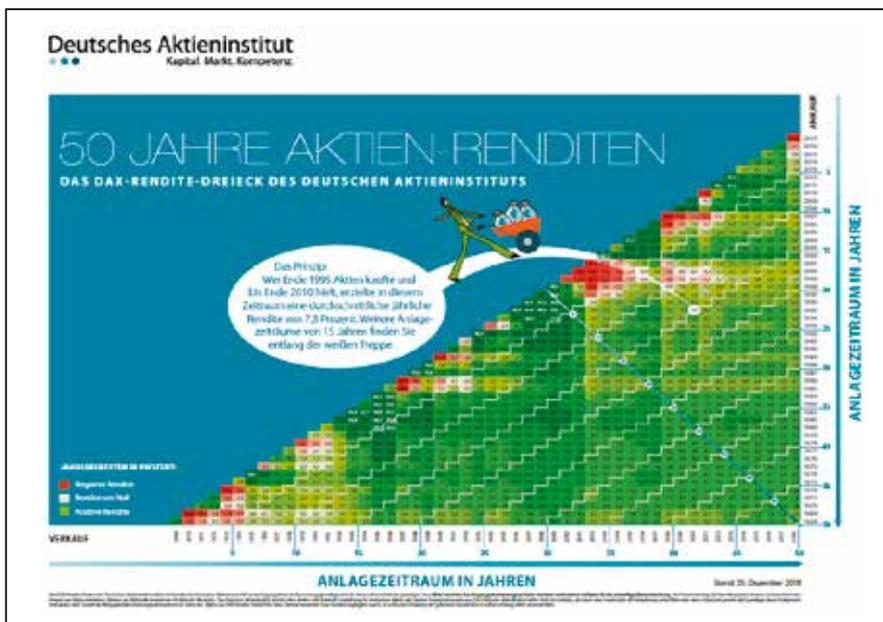
Ich lade Sie daher ein, sich selbst mit der Frage zu beschäftigen, in welche Risikoklasse Sie gehören. Allerdings ist dies nicht viel mehr als ein netter Zeitvertreib. Viel wichtiger ist es, dass Sie sich damit befassen, welche Vorstellungen und langfristigen Renditewünsche Sie haben. Was können Sie in einem sehr schlechten Börsenjahr an negativer Performance auf das im Depot befindliche Vermögen verkraften ohne schlechte Laune zu bekommen? Denken Sie am besten einmal in einer ruhigen Stunde über diese Fragen nach. Gerne dann auch gemeinsam mit Ihrem Berater bei der Bank oder Vermögensverwaltung.

Bei einem solchen Gespräch merken Sie bald: Nimmt sich der Berater überhaupt genügend Zeit? Geht er wirklich gründlich auf meine Bedürfnisse und Bedenken ein, um mich im Anschluss angemessen beraten zu können? Finde ich mich nach einem solchen Gespräch auch in der richtigen Risikoklasse wieder?

Leider zeigt die Praxis, dass das Gespräch oft eher eine Verkaufsveranstaltung ist als eine wirkliche Orientierung über die geeignete individuelle Anlagestrategie.

Was tun in einem solchen Fall? Den Berater einfach machen lassen? Zu einem anderen wechseln? Zu Hause eine eigene Anlagestrategie entwickeln? Das müssen Sie selbst entscheiden.

Mein Rat an dieser Stelle: Nehmen Sie sich Zeit über Ihre Finanzen und die Strukturierung Ihres Gesamtvermögens, insbesondere über die Strukturierung Ihres Depots nachzudenken. Und zwar immer wieder einmal, denn Ihre Lebensumstände ändern sich im Laufe der Zeit und Ihre Anlagen sollten solchen Veränderungen angepasst werden.



Grafik zu finden unter www.dai.de (Renditedreieck)

Wie könnte eine optimale Depotstruktur aussehen? Welche Dinge sind hierbei in Bezug auf Chance und Risiko zu berücksichtigen?

Nehmen wir einmal drei Anlageprofile:

Beim auf Sicherheit bedachten konservativen Anleger empfiehlt sich: 75 Prozent in konservative Anlageklassen mit wenig Schwankung, 25 Prozent zum Beispiel in Aktien mit höherer Schwankungsbreite.

Beim auf Wachstum orientierten Anleger mit höheren Renditevorstellungen könnte die Aufteilung eher bei 50/50 liegen.

Bei der risikofreudigen Anlegerin, die überdurchschnittliche Kursgewinne erzielen möchte, könnte die Aufteilung bis 70 Prozent oder mehr in Aktien reichen.

Bei allen drei Anlagestrukturen spielt der Zeitfaktor eine ganz entscheidende Rolle. Je risikofreudiger die Anlagestruktur ist, desto mehr Zeit muss man sich nehmen, um dann auch schlechte Börsenphasen mit Ruhe „aussitzen“ zu können.

Eine gute Streuung der Investitionen in der jeweiligen Anlageklasse, im Fach-

jargon Asset-Allokation, ist einer der Schlüssel zum langfristigen Erfolg: Wie soll also die prozentuale Gewichtung von Anleihen, Aktien, Immobilien, Rohstoffen, Edelmetallen sowie bei großen Vermögen zum Beispiel auch Privat Equity, Kunst und Oldtimern aussehen? Möchte man innerhalb der Anlageklassen auch noch im Hinblick auf Währungen wie zum Beispiel US-Dollar, Norwegischer Krone diversifizieren?

Danach ist dann für jede Anlageklasse, zum Beispiel Aktien oder Anleihen, die Gewichtung in der jeweiligen Klasse zu überlegen. Also wieviel investiert man zum Beispiel in Staatsanleihen, Unternehmensanleihen oder Wandelanleihen? Kauft man Einzelanleihen oder Fonds, die dann in Anleihen investiert sind? Bei Fonds hat man sofort eine Streuung, aber die Kosten sind auch höher, die erst einmal verdient werden müssen.

Selbstverständlich ist auch der Einstiegszeitpunkt wichtig. Es gilt die Regel: „Im Einkauf liegt der Gewinn“.

All das sind nur erste kleine Denkanstöße, die ich Ihnen geben kann, sie ersetzen nicht das persönliche Gespräch und die „update“-Gespräche mit dem Berater, in denen es gilt, die Anlageformen immer wieder auf Chance und Risiko zu überprüfen.

Zu guter Letzt doch noch ein Tipp: Aktien und Aktienfonds sind die Anlageformen mit der höchsten Rendite! Die Grafik des Deutschen Aktieninstituts (s. S. 88) zeigt im Detail, wie wichtig dabei die lange Haltedauer ist, um abseits der bei dieser Anlagerklasse unvermeidlichen Schwankungen erfolgreich zu sein.

Korrespondenzanschrift:

Tilo Croonenberg

VM Vermögens-Management GmbH

Berliner Allee 10

40212 Düsseldorf

E-Mail: t.croonenberg@vmgruppe.de

Red.: ReH

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@uminf.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woebeling@uminf.de.

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

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

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

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

Druckauflage 13.267

lt. IVW IV 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 52 vom 1. Oktober 2018

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2019. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



Editorial zum Artikel von Dr. med. Oliver Fuchs: Allergieprävention

Was haben wir in den 80er-Jahren nicht alles gedacht, erforscht und empfohlen, um der zunehmenden Entwicklung von Allergien bei Kindern zuvorzukommen! Hydrolysatnahrungen statt konventionelle Säuglingsmilchnahrungen, Stillen wurde zwar propagiert, aber Studien zu mütterlichen Diäten während der Stillzeit wurden zumindest durchgeführt. Elimination von hochpotenten Allergenen statt Exposition. Viele der damaligen Empfehlungen – Nichtbefolgung wurde z. T. sogar als „Kunstfehler“ apostrophiert – haben Nachuntersuchungen nicht in dem Maße standgehalten, wie ursprünglich erhofft und behauptet, einige Studien erwiesen sich sogar als „fake“!



**Prof. Dr. med.
Klaus-Michael Keller**

Mittlerweile wurde die **Ernährung von schwangeren und stillenden Frauen sowie die Säuglingsernährung „vom Kopf auf die Füße gestellt“**, was im Fortbildungsartikel von Dr. Oliver Fuchs aus Bern nach seinem schönen Vortrag in Bad Orb 2016 sehr gut dokumentiert wird: Voll Stillen, aber keine Eliminationsdiäten in Schwangerschaft und Stillzeit, ausgewogene und vielfältige Ernährung des Kindes ab dem vollendeten 4. Lebensmonat. Die stillenden Mütter sollen/dürfen alles essen, was sie vorher

gewohnt waren. Der Fischkonsum von Mutter und Kind zeigt günstige Effekte.

Ein **Paradigmenwechsel: Exposition statt Elimination** zur Erzeugung einer Toleranz, schön prospektiv untersucht in der Erdnussallergiestudie (LEAP): bei Kindern mit früh und regelmäßig in die Ernährung eingeführten Erdnüssen am wenigsten Erdnussallergien. Das ist aber nicht bei allen potentiell allergenen Nahrungsmitteln so zu erwarten. Bei der Zöliakie z.B., einer genetischen, autoimmun, zellvermittelten Dünndarmmukosaschädigung, haben sich Hoffnungen aus retrospektiven Untersuchungen in prospektiven Studien nicht bestätigt: Laut Lionetti et al und Vriezinga et al (beide in: New Engl. J Med 2014) kann eine Zöliakie durch die Einführung kleiner Glutemengen ab dem vierten Monat bei einem ansonsten voll gestillten Kind leider nicht verhindert werden.

Auch wenn Prä-, Pro- und Symbiotika schon ausgesprochen en vogue sind, lässt die aktuelle Studienlage hinsichtlich einer Allergieprävention noch keine eindeutigen Empfehlungen zu.

Darüber hinaus zeigt Dr. Fuchs überzeugend auf, dass die **Allergieprävention weit über alimentäre Gesichtspunkte hinausgeht**: Der „Wunschkaiserschnitt“

sollte hinterfragt werden, Rauch- und Schimmelfreiheit sind essentiell, seelisches Gleichgewicht von Vorteil, Leben auf dem Bauernhof wünschenswert, aber vielleicht hilft da auch ein Hund weiter, der genügend mikrobielle Vielfalt mit ins Haus bringt. Impfungen nach STIKO sind obligat.

Neben den neuen Gesichtspunkten zur Primärprävention findet der interessierte Leser – alle Pädiater sollten genau lesen! – weitere neue und für die pädiatrische Praxis relevante Fakten zur sekundären Prävention am Beispiel der atopischen Dermatitis und dem Einsatz von Emollenzien, sowie zur tertiären Prävention die evidenzbasierten und validierten Maßnahmen der spezifischen Immuntherapien (SCIT und SLIT).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller
DKD Helios Klinik, Fachbereich Pädiatrie
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
E-Mail: Klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Highlights aus Bad Orb

Prävention von Allergien im Kindesalter

Allergische Erkrankungen im Kindesalter, zu denen neben dem allergischen Kontaktekzem v.a. das allergische Asthma bronchiale, die allergische Rhinokonjunktivitis, das atopische Ekzem und Nahrungsmittelallergien, Allergien gegen Insektengifte sowie gegen Arzneimittel mit zum Teil schweren Reaktionen (Anaphylaxie) zählen, sind häufig und nehmen weltweit weiter an Zahl zu. In der westlichen Welt sind gegenwärtig annähernd 25 % aller Kinder von Allergien betroffen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit präventiver Maßnahmen gerade früh im Leben. Für die primäre Prävention stehen evidenzbasierte Empfehlungen zur Verfügung. Ebenso wie zur primären Prävention existieren auch für die sekundäre sowie die tertiäre Prävention Möglichkeiten der Beeinflussung von Folgen einer bereits bestehenden Sensibilisierung bzw. des weiteren Fortschreitens allergischer Erkrankungen. Im folgenden Übersichtsartikel, welcher auf Daten beruht, die anlässlich des Herbst-Seminar-Kongresses des BVKJ in Bad Orb 2016 präsentiert wurden, werden exemplarisch aktuelle Entwicklungen und Beispiele aus allen Feldern der Prävention von allergischen Erkrankungen im Kindesalter dargestellt.



Dr. med.
Oliver Fuchs MD, PhD^{1,2,3}

Einleitung

Allergische Erkrankungen stellen im Kindesalter die häufigsten Erkrankungen dar. In der westlichen Welt sind annähernd 25 % aller Kinder von Allergien betroffen. Zu den allergischen Erkrankungen im Kindesalter zählen neben dem allergischen Kontaktekzem v.a. das allergische Asthma bronchiale, die allergische Rhinokonjunktivitis, das atopische Ekzem und Nahrungsmittelallergien, Allergien gegen Insektengifte sowie gegen Arzneimittel mit zum Teil schweren Reaktionen (Anaphylaxie).

In der letztmalig durchgeführten Phase-III-Erhebung der *International Study of Asthma and Allergies in Childhood*

(ISAAC) betrug die globale 12-Monats-Prävalenz für Asthma, allergische Rhinokonjunktivitis und atopisches Ekzem für sechs bis sieben Jahre alte Teilnehmer 11,7 %, 8,5 % und 7,9 %, für 13-14 Jahre alte Jugendliche 14,1 %, 14,6 % und 7,3 %. Im Rahmen der Welle 1 genannten Folgeerhebung (2009-2012) des durch das Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) gesammelte 12-Monats-Prävalenzen in Deutschland betragen für sieben bis zehn Jahre alte Mädchen 2,1 % für Asthma bronchiale, 6,9 % für allergische Rhinokonjunktivitis und 5,3 % für das atopische Ekzem, im Alter von elf bis dreizehn Jahren 4,8 %, 10,6 % und 6,5 %.(1) Für teilnehmende Jungen lauteten die Zahlen entspre-

Abkürzungen

AD	Atopische Dermatitis
AR	Allergische Rhinokonjunktivitis
DGAKI	Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
EAACI	European Academy of Allergology and Clinical Immunology
GAP	Grazax Asthma Prevention (Study)
HR	Hazard Ratio
ISAAC	International Study of Asthma and Allergies in Childhood
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

LEAP	Learning Early about Peanut Allergy
OR	Odds Ratio
PAT	Preventive Allergy Treatment (Study)
RCT	randomisiert-kontrollierte Studie
RR	Relatives Risiko
sIgE	Spezifisches Immunglobulin E
SIT	Spezifische Immuntherapie
STIKO	Ständige Impfkommission
Th1/2	T-Helferzelle Typ 1/2
Treg	Regulatorische T-Zelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation
95 %CI	95 %-Konfidenzintervall

1 Pädiatrische Pneumologie, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital, Universität Bern, Bern, Schweiz

2 Sektion Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Universität zu Lübeck, Deutschland

3 Airway Research Centre North (ARCN), Deutschland; Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL)

chend für das Alter sieben bis zehn Jahre 4,7 %, 9,4 % und 5,5 % sowie 5,2 %, 12,7 % und 4,1 % für die Altersgruppe elf bis dreizehn Jahre (1). Den unterschiedlichen 12-Monatsprävalenzen liegen unterschiedliche Krankheitsdefinitionen zugrunde, so basierten die Definitionen in ISAAC (2) beispielsweise auf berichteten Symptomen, in KiGGS war dies eine Arzt diagnose, ein Neuauftreten der Erkrankung in den letzten zwölf Monaten oder die Anwendung entsprechender Medikamente (3).

Für Lebensmittelallergien im Kindesalter betragen durch Provokationstests objektivierte Prävalenzen zwischen 0.1 % und 0.6 % und liegen damit wesentlich niedriger als die um ca. ein Zehnfaches höher vermuteten Prävalenzen (4).

Für Allergien gegen Medikamente fällt wie bei Lebensmitteln eine Diskrepanz zwischen vermuteter Allergie und objektivierbaren Prävalenzen auf (5), für die leider keine genauen Zahlen vorliegen. Für Insektengiftallergien sind die Häufigkeiten im Kindesalter ebenfalls deutlich niedriger als bei Erwachsenen, es gibt leider ebenfalls keine genauen Zahlen in Bezug auf Anaphylaxien, man geht aber von Prävalenzen unter 1 % aus (6).

Die gegenwärtige Studienlage weist insgesamt auf eine weitere Zunahme der Häufigkeit allergischer Erkrankungen, v.a. Asthma bronchiale, allergische Rhinokonjunktivitis und atopische Dermatitis hin. Dies konnte sowohl in den verschiedenen ISAAC-Phasen (7) als auch in den verschiedenen KiGGS-Erhebungen (1) gezeigt werden. So ist die Lebenszeitprävalenz für mindestens eine allergische Erkrankung in der letzten KiGGS-Welle 1 im Vergleich zur Basiserhebung 2008 von knapp 17 % auf 26 % angestiegen (1). Diese Zunahme der Häufigkeit allergischer Erkrankungen im Kindesalter unterstreicht die Wichtigkeit von Maßnahmen zu deren Prävention. Im Folgenden werden Maßnahmen zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aus Platzgründen cursorisch und nicht-erschöpfend dargestellt.

Primäre Prävention von Allergien im Kindesalter

Maßnahmen der Primärprävention von Allergien im Kindesalter sollen dar-

auf abzielen, bei Kindern eine allergische Sensibilisierung und damit eine Prädisposition zur Entstehung allergischer Erkrankungen zu verhindern, messbar zum Beispiel an der fehlenden Bildung von spezifischem Immunglobulin E (sIgE). Evidenzbasierte Maßnahmen der Primärprävention wurden zuletzt 2014 in der gemeinsamen S3-Leitlinie „Allergieprävention“ der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) veröffentlicht (8). Die Kernaussagen der Vorversion blieben in der aktualisierten Version bestehen, hinzu kamen einige Neuerungen (siehe Abbildung 1 für eine Darstellung der Empfehlungen der S3-Leitlinie).

Zunächst ist es wichtig, Kinder mit erhöhter familiärer Allergiebelastung (Elternteil oder Geschwisterkind mit bestehender allergischer Erkrankung) zu identifizieren, da diese dadurch ein erhöhtes Risiko für spätere Allergien besitzen (Abbildung 1 oben). Unverändert wird Vollstillen in den ersten vier Lebensmonaten als wichtige präventive Maßnahme empfohlen. Sollte Vollstillen während der ersten vier Lebensmonate nicht möglich sein, wird für Kinder mit erhöhter familiärer Allergiebelastung eine hypoallergene Kuhmilchformel empfohlen. Sojamilch als Ersatznahrung (9) sollte nicht gegeben werden (8).

Nach Vollendung des vierten Lebensmonats kann mit der Beikost Einführung begonnen werden. Eine Verzögerung wird nicht empfohlen, ebenso wenig eine Eliminationsdiät der Mutter während der Schwangerschaft und Stillzeit mit dem Ziel der Allergieprävention durch Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel.

Neu aufgenommen wurde der Hinweis, dass Fisch in der mütterlichen Ernährung während Schwangerschaft und Stillzeit einen protektiven Effekt auf die Entwicklung allergischer Erkrankungen beim Kind haben könnte (8).

In Bezug auf Elimination von Lebensmitteln zur Allergievermeidung versus das Gegenteil, nämlich der gezielten Exposition gegenüber verschiedenen, potenziellen Allergenen, hat sich damit ein Paradigmenwechsel vollzogen. Auf dessen

Bedeutung für die sekundäre Prävention wird im Folgenden noch eingegangen. Bezüglich der Primärprävention gibt es mittlerweile ausreichend valide Daten, dass die Vielfalt der Nahrungsmittel im ersten Lebensjahr die Prävalenz von Giemen als Symptom obstruktiver Atemwege, Asthma als Diagnose und auch allergischer Rhinitis reduziert (8, 10, 11). Es ist zudem wichtig zu betonen, dass mit Beginn der Beikost Einführung nicht automatisch der Zeitpunkt des Abstillens gekommen ist. Aus Gründen der Allergieprävention wird ausdrücklich empfohlen, während der Beikost Einführung weiter teilzustillen, solange dies für die stillende Mutter möglich ist.

Die Empfehlungen zur Haustierhaltung sind liberalisiert worden. Für Kinder ohne erhöhtes Allergierisiko bestehen keinerlei Einschränkungen. Bei Risikokindern gilt, dass Familien mit erhöhtem Allergierisiko keine Katzen anschaffen sollten (8). Es sollte so vorgegangen werden, dass keine Empfehlung zur Abschaffung einer bereits im Haushalt lebenden Katze gegeben wird.

Hundehaltung ist nicht mit einem erhöhten (8), sondern aufgrund der aktuellen Datenlage sogar mit einem erniedrigten Allergierisiko (12) verbunden.

Unverändert blieb auch die Empfehlung der Meidung von Passivrauchexposition während der Schwangerschaft und der Kindheit, der Vermeidung von Übergewicht, der Vermeidung eines schimmelpilzfördernden Innenraumklimas, der Minimierung der Exposition gegenüber Innenraum Schadstoffen und kraftfahrzeugbedingten Emissionen sowie die Darstellung fehlender Datengrundlage für eine Reduktion der Exposition gegenüber Hausstaubmilbenallergenen zum Zweck der primären Allergieprävention (8). Ebenso erging wiederum die Empfehlung, Impfungen nach Richtlinien der Ständigen Impfkommission (STIKO) durchzuführen (8).

Erstmals aufgenommen wurde in das Update der Empfehlungen 2014, dass **Kinder, welche durch Kaiserschnitt auf die Welt kommen, ein erhöhtes Risiko für Allergien aufweisen und dass dies bei der Wahl des Geburtsverfahrens zu berücksichtigen sei (8)**. Ebenfalls neu ist

Familiäre Vorbelastung: mindestens ein Elternteil und/oder Geschwisterkind mit Asthma bronchiale, allergischer Rhinitis/Rhinokonjunktivitis oder atopischer Dermatitis

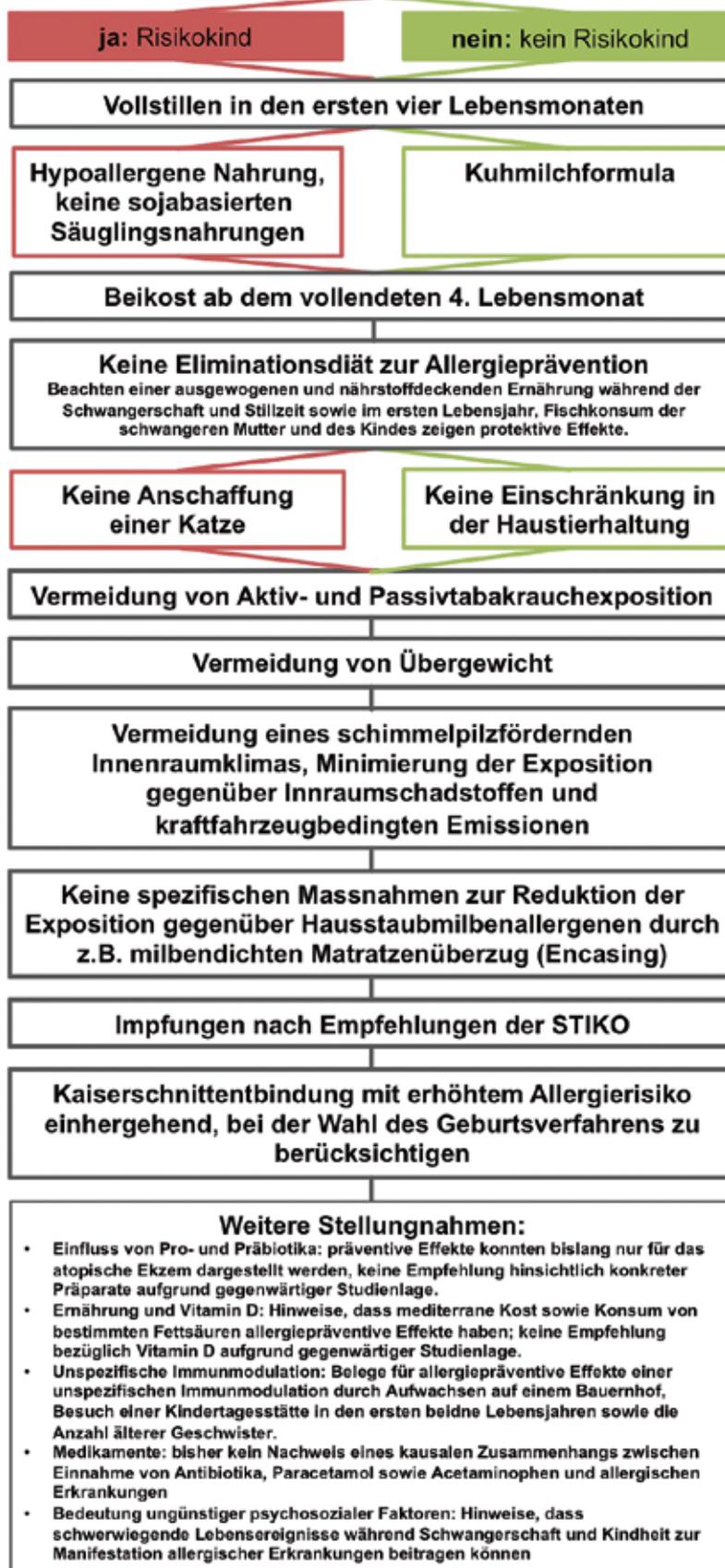


Abb. 1: Darstellung der 2014 aktualisierten Empfehlungen zur Allergieprävention (8). Fuchs O 2018.

der Hinweis, dass ungünstige psychosoziale Faktoren wie z.B. schwerwiegende Lebensereignisse während Schwangerschaft und Kindheit zur Entstehung allergischer Erkrankungen beitragen können (8). Daneben bestehen weiterhin Hinweise zum Einfluss von Prä- und Probiotika, allgemeiner Ernährung und Vitamin D, unspezifischer Immunmodulation sowie der Einnahme von Medikamenten (siehe Abbildung 1) (8).

Sekundäre Prävention von Allergien im Kindesalter

Im Unterschied zur Primärprävention dienen Maßnahmen der Sekundärprävention dazu, bei bestehender Prädisposition (atopischer Neigung bzw. Familienanamnese oder erfolgter Sensibilisierung, damit nachweisbarem sIgE) die Ausbildung eines allergischen Krankheitsbildes zu verhindern. In diesem Zusammenhang

soll im Folgenden exemplarisch auf neue Möglichkeiten der Sekundärprävention im Falle der atopischen Dermatitis (AD) sowie Lebensmittelallergien eingegangen werden.

Beispiel AD: Prävention durch Emollenzien

Die AD ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung mit zunehmender Häufigkeit im Kindesalter (1). Klinisch äußert sie sich durch teils ausgeprägten Juckreiz und ekzematös veränderter Haut mit entsprechenden Läsionen an den typischen Prädilektionsstellen, welche teilweise superinfiziert und bei chronischem Verlauf lichenifiziert sein können (13). Aufgrund ihrer Assoziation mit IgE-vermittelten Erkrankungen, v.a. Lebensmittelallergien, wurde die AD historisch als vorrangig allergische Erkrankung gesehen, Präventionsmaßnahmen waren daher auf eine Allergen-

vermeidung fokussiert und leider wenig erfolgreich (14).

Nach aktuellem Verständnis der zugrundeliegenden Pathophysiologie liegen der Entwicklung und der Progression der AD jedoch v.a. Defekte der Hautbarrierefunktion mit erhöhtem transepidermalen Wasserverlust und erhöhter Permeabilität sowohl für Irritanzen, Pathogene als auch Allergene mit der Folge einer möglichen transepidermalen Sensibilisierung zugrunde (siehe Abbildung 2) (13-15). Filaggrine spielen hier eine wichtige Rolle. Sie sind ein Hauptbestandteil der Keratohyalingranula des oberen Stratum granulosum. Als histidinreiche Strukturproteine der äußersten Hautschicht sind sie wichtig für die Entstehung des Keratins, da sie Keratinfilamente aggregieren können. Mutationen im Filaggrin-kodierenden *FLG*-Gen sind mit der Entwicklung einer AD sowie der Ichthyose assoziiert (16). Diese neuen Erkenntnisse stellen

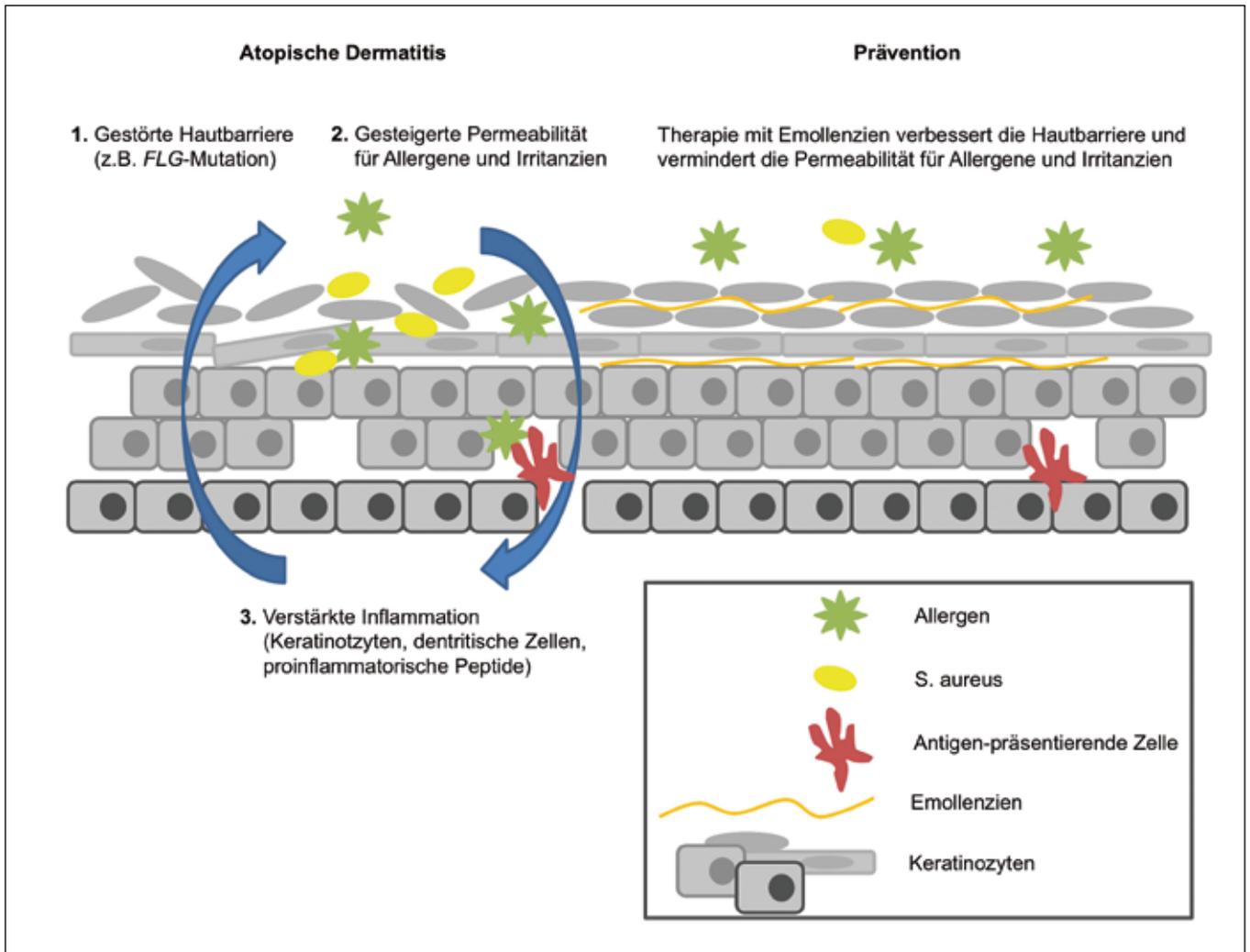


Abb. 2: Darstellung der Wirkungsweise therapeutischer oder präventiver Anwendung von Emollenzien zur Wiederherstellung der Hautbarriere bei atopischer Dermatitis. Fuchs 0 2018 modifiziert nach (14).

die Basis für **neue Präventionsstrategien dar, welche auf eine Verbesserung der Hautbarrierefunktion mittels Emollenzien abzielen** und damit aufgrund einer eventuellen Verhinderung einer weiteren transepidermalen Sensibilisierung (17) zusätzliche präventive Effekte auf andere allergische Erkrankungen haben könnten (14-16). Im Folgenden werden zwei randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) dargestellt, in denen dies in Hochrisikopopulationen für die Entstehung einer AD (ein erstgradig Verwandter mit allergischer Erkrankung) untersucht wurde (14, 16).

In der ersten Studie wurde die regelmäßige Anwendung von Emollenzien bei n=64 Neugeborenen im Vergleich zu n=60 Kontrollen mit ansonsten gleicher Pflege, jedoch ohne zusätzliche Emollenzien untersucht (14). Die Intervention erfolgte dabei so früh wie möglich ab Geburt bis zum Alter von sechs Monaten. Der tägliche Gebrauch von Emollenzien reduzierte das Risiko für eine AD im Alter von sechs Monaten (relatives Risiko, RR, 0,50; 95 % Konfidenzintervall, 95 %CI, 0,28 – 0,90, p=0,017) (14). In der zweiten Studie, welche die tägliche Anwendung von Emollenzien bei n=59 Neugeborenen im Vergleich zu n=59 gleichaltrigen Kontrollen untersuchte, resultierte die Intervention in einer signifikant länger bestehenden intakten Hautbarriere (Kaplan-Meier-Analyse, p=0,012) und einem verminderten Risiko für eine AD im Alter von 32 Wochen (Hazard Ratio, HR, 0,48; 95 %CI 0,27 – 0,86) (16). Obwohl in dieser Studie kein signifikanter Effekt der Intervention auf sIgE gegen Hühnerei gezeigt werden konnte, zeigte sich doch zumindest ein vermindertes Risiko für sIgE gegen Hühnerei bei intakter im Vergleich zu ekzematös veränderter Haut (16) und damit zumindest indirekte Effekte auf die zuvor genannte transepidermale Sensibilisierung.

Beispiel Erdnussallergie – Exposition versus Elimination

Im Zusammenhang mit der Prävention von Lebensmittelallergien ereignete sich nicht nur hinsichtlich der primären, sondern auch in Hinblick auf sekundäre Präventionsmaßnahmen ein **Paradigmenwechsel**. Als Beispiel werden neue Erkenntnisse bezüglich einer Erdnussallergie geschildert, da Reaktionen nach Erdnussingestion zunehmen und – obwohl weniger häufig als Allergien gegen

Milch und Ei - gerade mit schweren allergischen Reaktionen (Anaphylaxien) assoziiert sind (18).

Frühe Vergleichsdaten von Du Toit et al. aus 2008 ergaben, dass die Prävalenz von Erdnussallergien in Israel viel geringer war als in Großbritannien (0,17 % vs. 1,85 %, p<0.001) (19). Es zeigte sich, dass in Israel Erdnüsse viel früher in die Ernährung eingeführt und viel häufiger verzehrt wurden als in Großbritannien. Israelische Kinder im Alter von acht bis vierzehn Monaten aßen durchschnittlich 7,1 g Erdnussprotein/Monat, in Großbritannien waren dies Null Gramm (19), Folgen der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der britischen Gesundheitsbehörden in den 1990er-Jahren mit empfohlener Meidung von Erdnuss innerhalb der ersten drei Lebensjahre (15). Es stellte sich damit die Frage, ob ein frühes Einführen von Erdnuss in die Ernährung und damit frühe Exposition gegenüber Erdnussproteinen eine Sensibilisierung und relevante Erdnussallergien in der Folge verhindern könnte.

In der *Learning Early about Peanut Allergy* (LEAP)-Studie sollte diese Fragestellung bei n=640 vier bis elf Monate alten britischen Kindern (Hochrisikopopulation: AD, Allergie gegen Hühnerei oder beides) in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign, zus. stratifiziert nach dem Ergebnis eines Hautpricktests (SPT) mit Erdnuss, analysiert werden. Die teilnehmenden Kleinkinder wurden in zwei Armen untersucht, ein Arm erhielt zusätzlich mindestens sechs Gramm Erdnussprotein/Woche bis zum Alter von fünf Jahren zur sonstigen Ernährung, primäres Outcome war eine Erdnussallergie gemessen durch orale Provokationstestung (20). Bei den Erdnuss-„SPT“-Kindern, bei welchen Erdnussprotein früh eingeführt und welche dies regelmässig erhielten, war die Prävalenz einer Erdnussallergie (*intention-to-treat*-Analyse) im Vergleich zu Kindern unter fortführender Erdnusselimination signifikant niedriger mit 1,9 % vs. 13,7 % (mit manifester Erdnussallergie in oraler Provokationstestung) (20).

Der Effekt der Intervention war nachhaltig, wie die Arbeitsgruppe in der Folgestudie (LEAP-On) bei n=556 Teilnehmern der ursprünglichen LEAP-Studie zeigen konnte (21). Hier wurde untersucht, was in beiden Armen nach

weiteren zwölf Monaten Erdnusselimination für alle Teilnehmer unabhängig von ihrer ursprünglichen Zuteilung zu den Studienarmen geschehen sollte. Interessanterweise hatte die ursprüngliche Vermeidungsgruppe weiterhin einen höheren Anteil an Allergien gegen Erdnuss als diejenigen Kinder, welche früh Erdnuss erhielten (18,6 % vs 4,8 %, p<0,001) (21). Die Ergebnisse wurden durch Daten zur Sensibilisierung unterstützt. Zeigten sich schon in der LEAP-Studie tiefere Spiegel für Erdnuss-spezifisches IgE (gemessen u.a. durch sIgE gegen Ara h2, ein Speicherprotein) und höhere Spiegel an Erdnuss-spezifischem Immunglobulin G4 (IgG4) für diejenigen Kinder, welche Erdnuss erhielten (p<0,001) (20), so blieb der Unterschied auch in LEAP-On bestehen (21). Auch wenn die Erdnuss-spezifischen IgG4-Spiegel im Interventionsarm im Laufe der Zeit sanken, zeigen diese Ergebnisse doch die induzierte Immuntoleranz an.

Leider ist gegenwärtig noch unklar, inwieweit diese Daten einer erfolgreichen sekundärpräventiven Maßnahme (es handelte sich um atopische Kinder) auf Kinder mit manifester Erdnussallergie im Sinne einer oralen Immuntoleranzinduktion übertragen werden können, sowohl unter dem Aspekt der Sicherheit als auch der Einleitung einer nachhaltigen Toleranz. Dies wäre als tertiäre Prävention einzuordnen.

Tertiäre Prävention von Allergien im Kindesalter

Mit Hilfe tertiärer Prävention sollen Folgeschäden bei bestehender Allergie (Sensibilisierung und damit einhergehendes allergisches Krankheitsbild mit entsprechenden Symptomen) verhindert oder reduziert werden. Wichtige Beispiele tertiärer Prävention von Allergien im Kindesalter sind die spezifische Immuntherapie (SIT) sowie die Maßnahmen der Schulung und adäquaten Instruktion Betroffener, v.a. im Falle des Asthma bronchiale, der AD sowie von Anaphylaxien. Eine eingehende Darstellung beider Themen würde den Rahmen dieses Überblicks sprengen, deswegen kann hier nur auf wenige Beispiele der SIT eingegangen werden. Für die Grundlagen und die Effekte der Schulungsprogramme der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

(AGAS, <https://www.asthmaschulung.de/>), der *Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V.* (AGNES, <https://www.neurodermitisschulung.de/>) sowie der *Arbeitsgemeinschaft Anaphylaxie Training & Education* (AGATE, <http://www.anaphylaxieschulung.de/>) muss auf die entsprechenden Websites sowie vorhandene Daten (22, 23) verwiesen werden.

Die Mechanismen, welche dem Effekt einer SIT unterliegen, wurden kürzlich in einem empfehlenswerten Review durch Shamji et al. behandelt (24). Eine SIT ist nachgewiesenermaßen effektiv im Falle der allergischen Rhinokonjunktivitis (AR) und des allergischen Asthma bronchiale. Auch nach Beendigung der SIT zeigt sich ein nachhaltiger Effekt, sofern über mindestens drei Jahre ausreichend hohe Dosen verwendet wurden, was sich durch eine Abnahme an Effektorzellen (Mastzellen, Basophile, Eosinophile, *type 2 innate lymphoid cells*) in den allergologisch relevanten Zielorganen zeigt (24). Eine SIT resultiert zudem in einer verstärkten Produktion blockierender IgG-/IgG4-Antikörper, welche eine Aktivierung von Mastzellen und Basophilen aufgrund IgE-Bindung (und Quervernetzung) an hochaffine IgE-Rezeptoren (FcεRI) sowie von B-Zellen durch Bindung an niedrigaffine IgE-Rezeptoren (FcεRII) verhindert (24). Die folgende Supprimierung einer T-Helferzell-Typ-2-Antwort (Th2) erfolgt als Konsequenz von Deletion und Anergie antigenspezifischer T-Zellen, der Induktion antigenspezifischer regulatorischer T-Zellen sowie der Verschiebung von einer Th2- in Richtung einer Th1-Antwort (24). Es ist derzeit noch unklar, ob der langfristige Effekt der SIT eher im T-Zell- oder B-Zell-Kompartiment zu suchen ist. Neue Daten weisen jedoch gerade auf die wichtige Rolle Interleukin-10 (IL-10)-produzierender B-Zellen sowie «schützender» Antikörper vom Typ IgG und IgA hin (24).

Für die SIT sind neben der aktuellen deutschen S2k-Leitlinie (25) neue Leitlinien der *European Academy of Allergology and Clinical Immunology* (EAACI) 2017 erschienen. Diese bieten einen guten Überblick über die bis 2015 publizierte Literatur samt insbesondere auch Metaanalysen zum Erfolg der SIT, kann jedoch auch die aktuell offenen Fragen wie z.B. Vorgehen bei Präparatewechsel, oder der Umstellung

von subkutaner (SCIT) auf sublinguale (SLIT) oder umgekehrt nicht beantworten. Sie sind per Download auch für Nichtmitglieder der EAACI erhältlich (<http://www.eaaci.org/resources/guidelines/ait-guidelines-part-1.html>, <http://www.eaaci.org/resources/guidelines/ait-guidelines-part-2.html>). Für eine produktspezifische Bewertung wird auf die halbjährlich aktualisierten Tabellen der DGAKI (<http://www.dgaki.de/leitlinien/praeambel/>) mit Auflistung aller v.a. in Deutschland verfügbaren Präparate zur SIT unter Beachtung der Präambel zur Verwendung der Tabellen (keine Richtlinien, keine Beeinflussung der Verkehrs-, Verordnungs- oder Erstattungsfähigkeit) verwiesen.

Im Kindesalter konnten mittels SIT wichtige tertiärpräventive Effekte in Bezug auf die Entwicklung eines Asthma bronchiale gezeigt werden. Der asthmapräventive Effekt der SIT wurde u.a. in der *Preventive Allergy Treatment* (PAT)-Studie in einer Risikogruppe von Schulkindern mit AR untersucht (26-28). In dieser multizentrischen, offenen, randomisiert-kontrollierten Studie wurden n=205 Kinder im Alter von sechs bis vierzehn Jahren mit AR aber ohne Asthma bronchiale zum Einschluss mit allergenspezifischer SCIT vs. keine SCIT (keine Placebokontrolle) verglichen. Schon am Ende der SIT nach drei Jahren zeigte sich eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Asthmasymptomen (Odds Ratio, OR, 2,52, p<0,05) (27). Diese Ergebnisse persistierten mit signifikanten Effekten im 5-Jahres-Follow-Up (OR 2,68, p<0,05)(28) sowie im 10-Jahres-Follow-Up (OR 2,5, p<0,05)(26) und damit zwei bzw. sieben Jahre nach Beendigung der SIT sowie über die ganze Laufzeit hinweg (p=0,0075) (26).

Eine weitere Studie im Kindesalter, in diesem Fall inklusive einer Placebogruppe, ist die *Grazax Asthma Prevention* (GAP)-Studie, welche den asthmapräventiven Effekt einer Gräser-SLIT über drei Jahre bei n=812 Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren wiederum mit einer AR aber ohne Asthma zwei Jahre nach Beendigung der SLIT untersuchte (29, 30). Im Gegensatz zur PAT-Studie wurden in GAP nicht Asthma-Symptome (27) sondern die Diagnosestellung eines Asthma bronchiale als primärer Endpunkt und damit sehr strenge Kriterien gewählt (29, 30). In diesem Zusam-

menhang ist zu sehen, dass in der GAP-Studie der primäre Endpunkt nur von 73 Patienten überhaupt erreicht wurde und damit kein signifikanter Effekt bez. einer Asthmadignose (HR 0,90, p=0,67) aber sehr wohl in Bezug auf die sekundären Endpunkte wie beispielsweise Asthmasymptome (OR 0,37, p=0,00064 im vierten Jahr bzw. OR 0,55, p=0,042 im fünften Jahr, damit Jahr eins und zwei des Follow-Ups nach Beendigung der SLIT) (30).

Damit wurde erstmals in einer doppelblind-randomisiert-placebokontrollierten Studie bei Kindern nachgewiesen, dass eine allergenspezifische SIT (in diesem Fall Gräser-SLIT) die Entstehung von Asthmasymptomen verhindern kann.

Dies wird zusätzlich durch sehr neue Daten aus Deutschland bestätigt, welche Kinder älter als fünf Jahre mit AR mit und ohne Verschreibung einer allergenspezifischen SLIT in Hinblick auf Asthamedikamentenbezug und Asthmasymptome untersuchte (31). Im Vergleich von 2.581 Kindern mit SLIT vs. 71.275 Kontrollen zeigte sich auch in dieser *real-world*-Studie ein signifikanter asthmapräventiver Effekt in Hinblick auf Asthma im Allgemeinen (OR 0,696, p=0,002) sowie Zeit bis zum Auftreten eines Asthma bronchiale (HR 0,523, p=0,003) (31). Die Studie zeigte zudem einen signifikant-präventiven Effekt in Bezug auf die Progression einer AR (p<0,0001) (31).

Fazit für die Praxis

Allergische Erkrankungen im Kindesalter sind häufig. Präventive Maßnahmen sind deshalb wichtig und notwendig, um deren weiteren Zunahme entgegenwirken zu können. In diesem Zusammenhang gibt es evidenzbasierte Empfehlungen zur primären Prävention, welche eine Sensibilisierung von vornherein verhindern sollen. Zudem gibt es zur Primärprävention weitere, interessante Daten aus Studien, welche den immunmodulierenden Effekt des **Aufwachsens in einer Bauernhofumgebung (sog. Farming-Studien)** untersuchten. Der sog. Bauernhofeffekt konnte mittlerweile in vielen Studien

repliziert werden (32,33). Kürzlich publizierte Daten konnten dem immunmodulierenden Effekt dieses protektiven Umwelteinflusses weiter auf den Grund gehen und unterstreichen die Wichtigkeit des angeborenen Immunsystems in diesem Zusammenhang (34). Man darf also gespannt sein, wann und inwieweit bald Werkzeuge zur Verfügung stehen, welche eine Anwendung auf Populationsebene erlauben und somit die aktuellen Empfehlungen (8) um weitere Maßnahmen ergänzen könnten. Ebenso wie zur primären Prävention stehen mittlerweile auch für die sekundäre Prävention Möglich-

keiten der Beeinflussung von Folgen einer bereits bestehenden Sensibilisierung zur Verfügung. Exemplarisch wurde in dieser Übersicht auf die Anwendung von Emolnzen bei Kindern atopischer Eltern zur Prävention einer atopischen Dermatitis sowie den Paradigmenwechsel in Bezug auf Lebensmittelallergien eingegangen. Auch zur tertiären Prävention gibt es evidenzbasierte und validierte Maßnahmen, aus welchen beispielhaft die SIT sowie die gerade für allergische Erkrankungen etablierten Schulungen aufgeführt wurden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Oliver Fuchs, MD, PhD
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Universitätsklinik für Kinderheilkunde,
Inselspital
Freiburgstrasse 15, 3010 Bern, Schweiz
Tel.: 0041 31 632 2911
E-Mail: oliver.fuchs@insel.ch*

Interessenkonflikt: *Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt und der Beitrag keine Studien an Menschen oder Tieren beinhaltet.* **Red.: Keller**

Frühdiagnose der Duchenne Muskel-dystrophie – Entwicklungsverzögerung kann wegweisend sein

Expertenempfehlung // Die Duchenne-Muskeldystrophie (DMD) ist eine schwere und seltene, X-chromosomal vererbte Erkrankung, die sich durch Fehlen funktionsfähigen Dystrophins sowie eine progrediente Muskelschwäche und -atrophie auszeichnet. Mit dem Ziel der frühzeitigen Diagnose und Zuführung zu einer angemessenen Therapie, erarbeitete eine Gruppe von Experten im informellen Konsens Empfehlungen zur Frühdiagnose symptomatischer Betroffener. Kriterien, die eine Bestimmung der bei der Muskeldystrophie stark erhöhten Kreatinkinase (CK) als zentralem Screening-Test nach sich ziehen sollten, sind: 1. männliches Geschlecht und 2. unspezifische Entwicklungsstörungen, Nichterreichen des freien Laufens bis 18 Monate und/oder unklare Erhöhung der Transaminasen. Bei CK-Werten $\geq 1\ 000$ U/l sollte eine genetische Verifizierung der Mutation im Dystrophin-Gen, zunächst mittels „Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification“ (MLPA) durchgeführt werden. Ein Neugeborenencreening mit Bestimmung der CK erscheint prospektiv sinnvoll. Es wird angeregt, unterstützende Evidenz dazu im Rahmen eines Pilotprojekts zu generieren.



Prof. Dr. med.
Maggie C. Walter M.A.⁶

Prof. Dr. med.
Günther Bernert¹

Univ.-Prof. Doz. Dr.
Reginald Bittner²

Dr. med. Thomas Fischbach³

Prof. Dr. med.
Janbernd Kirschner⁴

Dr. med. Cornelia Köhler⁵

Einleitung

Die Duchenne-Muskeldystrophie (DMD) ist eine schwere und seltene, X-chromosomal-rezessiv vererbte Erkrankung. Sie stellt mit einer Inzidenz von etwa 1 : 3.600–6.000 männlichen Neugeborenen und schätzungsweise 1.900 Betroffenen in Deutschland eine der häufigsten angeborenen neuromuskulären Krankheiten im Kindesalter dar (1, 2). Klinisch zeichnet sie sich durch eine progrediente Muskelschwäche und -atrophie aus, bedingt durch das Fehlen funktionsfähigen Dystrophins (3, 4). Die Krankheit geht mit einer zunehmenden Verschlechterung der Gehfähigkeit, üblicherweise mit Rollstuhlpflicht im Teenageralter sowie mit zunehmenden pulmonalen und kardialen Komplikationen einher (5, 6). Weitere mögliche Symptome sind kognitive Störungen mit einer verzögerten Sprachentwicklung sowie mögliche Lern- und Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung (7, 8). Ursache ist möglicherweise eine verminderte Expression von Dystrophin

im Gehirn, die sich auf die Hirnfunktion auswirken kann (9).

Krankheitsverlauf und Lebenserwartung können durch respiratorische, kardiale, orthopädische und rehabilitative Maßnahmen verbessert werden; als zusätzliche medikamentöse Maßnahmen kommen die Gabe von Kortikosteroiden und bei gehfähigen Patienten ab fünf Jahren, deren Muskeldystrophie auf einer Nonsense-Mutation (nmDMD) beruht, eine mutationsspezifische Therapie in Betracht (2).

Eine genaue und rasche Diagnose ist ein wesentliches Ziel bei Patienten mit Muskeldystrophie Duchenne, da sie die zwingende Voraussetzung des frühzeitigen Beginns einer angemessenen Therapie darstellt (2). Dies stellt jedoch in der klinischen Praxis eine Herausforderung dar:

- Eltern kennen oder erkennen möglicherweise frühe Symptome nicht oder erst spät (10)
- Klinische, insbesondere frühe unspezifische Zeichen werden in der ärztlichen Routineversorgung übersehen oder nicht der DMD zugeordnet (10–12)
- Ärztinnen und Ärzte sehen im Verlauf ihres Berufslebens in der Regel nur wenige DMD-Patienten (2, 13)
- Da die Erkrankung bei einem Drittel der Patienten durch eine Neumutation verursacht wird und bei zwei Dritteln der DMD Patienten die Mütter in der

1 Gottfried von Preyer'sches Kinderspital, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, Wien, Österreich

2 Neuromuskuläre Forschungsabteilung, NMRD, Zentrum für Anatomie und Zellbiologie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

3 Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendheilkunde, Solingen

4 Klinik für Neuropädiatrie und Muskelerkrankungen, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Freiburg

5 Kinder- und Jugendmedizin, Katholisches Klinikum Bochum, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

6 Friedrich-Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Regel asymptomatische Konduktorinnen sind (14, 15), gibt es meist keine klassische „positive“ Familienanamnese.

Diese Faktoren können den Zeitraum zwischen den ersten Verdachtsmomenten von Eltern und der Diagnose durch den Arzt um bis zu 30 Monate verzögern (16). Im Durchschnitt sind die kleinen Patienten in Deutschland bei Diagnosestellung rund 3,8 Jahre alt – wobei Einzelfälle erst nach dem fünften Lebensjahr diagnostiziert werden (10).

Mit dem Ziel, die Grundlage einer optimierten Therapie und Verbesserung der Lebenssituation von Patienten mit DMD und ihren Angehörigen weiter zu verbessern, stehen Maßnahmen einer rational begründeten Früherkennung zunehmend im Fokus. Der vorliegende Artikel beschreibt die Möglichkeiten und Grenzen der Frühdiagnose der DMD. Er basiert auf den konsentierten Überlegungen von Experten aus Deutschland und Österreich aus den Fachbereichen Neuropädiatrie, Pädiatrie, Neurologie und Humangenetik.

Chancen der frühzeitigen Diagnosestellung

Vor dem Hintergrund der früh einsetzenden pathologischen Prozesse bei DMD und der bereits existierenden oder künftig zu erwartenden Therapieoptionen (17) ist nach Ansicht der Experten eine frühzeitige Diagnosestellung gerechtfertigt. Für die Förderung einer Früherkennung der DMD sprechen insbesondere folgende Gründe (10) (**Abb. 1**):

- Das Kind kann durch frühzeitigen Zugang zur Therapie von den Vorteilen gegenwärtiger Therapiestandards profitieren, z. B. von einer Kortikosteroid- oder Physiotherapie.
- Innovative therapeutische Optionen befinden sich in der klinischen Entwicklung oder sind zum Teil schon zugelassen. Der frühzeitige Therapiebeginn verspricht einen größeren Behandlungsvorteil, da der Abbau der Muskulatur noch nicht so weit fortgeschritten ist. Je später der Verlust der Gehfähigkeit eintritt, desto besser ist die Atemfunktion und desto später treten Ateminsuffizienz und orthopädische Komplikationen auf.
- Die Frühdiagnose hat Vorteile im Hinblick auf eine geringere Belastung von Eltern und Kindern im Sinne eines bewusst vorweggenommenen Care-Managements und einer geringeren Stigmatisierung.
- Eltern können eine fundierte Entscheidung im Hinblick auf ihre zukünftige Familienplanung treffen.
- Bei Bestätigung der Diagnose kann das Kind in Patientenregister und ggf. in klinische Studien zu neuen Therapien eingeschlossen werden.

Nicht zuletzt verleiht die frühzeitige genetische Testung den Eltern Sicherheit. Eltern berichten häufig, dass sie Probleme bei ihrem Kind „schon immer“ bemerkt hätten, die Erkrankung dann jedoch erst viel später diagnostiziert worden sei. Nach einer aktuellen Übersicht von Registerdaten aus dem CARE-NMD-Projekt (18) liegt das mittlere Diagnose-

alter in Deutschland bei $3,8 \pm 2,4$ Jahren, die Dauer zwischen Auftreten der ersten Symptome und Diagnosestellung liegt bei $1,4 \pm 1,8$ Jahren, was insgesamt zu lang erscheint.

Vor dem Hintergrund, dass sich der Verlust von Muskelfunktion nicht wiederherstellen lässt (16), spricht die klinische Erfahrung dafür, dass Patienten von einer frühen Diagnose und resultierendem Therapiebeginn, noch vor einem relevanten Muskelverlust, profitieren könnten (2, 19).

Frühe unspezifische Zeichen können wegweisend sein

Die Experten sind sich einig, dass die DMD möglichst frühzeitig diagnostiziert werden sollte, wenn Symptome der Erkrankung vorliegen. Es gibt jedoch nur wenige Publikationen, die sich speziell mit den frühen unspezifischen Zeichen und Symptomen der Duchenne Muskeldystrophie auseinandersetzen (10, 16, 20). Bis zum zweiten Lebensjahr verläuft die Entwicklung gesunder Kinder, auch familiär begründet, im Allgemeinen sehr variabel (21-23). Untersuchungen zu den Meilensteinen der kindlichen Entwicklung zeigen, dass mindestens ein Drittel der gesunden Kinder mit zwölf Monaten nicht laufen kann und 15% der gesunden Kinder erst mit 15 bis 18 Monaten das Laufen erlernen. (24)

Deshalb bietet sich das Alter von zwei Jahren als ein früher Diagnosezeitpunkt an: Als zentrales Frühsymptom gilt die frühkindliche Entwicklungsverzögerung (**Tabelle 1**). Kinderärzte sollten eine DMD immer in Betracht ziehen, wenn Jungen eine Entwicklungsverzögerung aufweisen. Diese wird sich primär in der motorischen, aber auch der kognitiven und der sprachlichen Entwicklung innerhalb der ersten beiden Lebensjahre zeigen können. Als weiterführende Orientierung können die Zeichen von Entwicklungsstörungen bei neuropädiatrischen Krankheitsbildern dienen (25). Im Rahmen der Vielzahl der möglichen frühen Zeichen kann das verspätete Laufen lernen in besonderem Maße zur weiteren Konkretisierung herangezogen werden. Verspätet bedeutet in diesem Fall, dass die betroffenen Jungen das freie Laufen in einem Alter von 18 Monaten nicht erreicht haben – wobei rund die Hälfte der betroffenen Jungen im Alter von 18 Monaten laufen kann (26).



Abb. 1.: Vorteile der Frühdiagnose, modifiziert nach van Ruiten et al., 2014 (10); DMD: Muskeldystrophie Duchenne

Empfehlung: Kriterien zur Früherkennung der DMD
Zutreffen Kriterium 1 und mindestens 1 der folgenden Kriterien rechtfertigen ein selektives CK-Screening:

1. Männliches Geschlecht (obligat)
2. Unspezifische Entwicklungsverzögerung (betrifft sowohl die Motorik, das Lernen als auch die Sprache)
3. Nichterreichen des freien Laufens mit 18 Monaten
4. Unklare Erhöhung der Transaminasen

Aus Sicht des Pädiaters bietet sich die U7-Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (Deutschland) bzw. die sechste Mutter-Kind-Pass-Untersuchung im 22. bis 26. Lebensmonat (Österreich) als guter Zeitpunkt an, um bei Entwicklungsverzögerungen differenzialdiagnostisch eine DMD in Betracht zu ziehen. Im Mittelpunkt dieser Vorsorgeuntersuchungen steht die Beurteilung der altersgerechten körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes. Darüber hinaus sollte eine unklare Erhöhung der Serumtransaminasen an die Diagnose einer DMD denken lassen (27, 28). Bei rund einem Viertel der Patienten wird die Erkrankung im Rahmen einer Routineblutentnahme aufgrund erhöhter, in diesem Fall aus dem Muskel stammender Transaminasen diagnostiziert. Sind die „Leber“-Werte erhöht, insbesondere wenn kein begleitender Ikterus vorliegt, sollte bei Jungen immer der CK-Wert bestimmt werden (2). Auch für den Fall, dass bei einer Blutabnahme aus anderen Gründen die Transaminasen erhöht sind, sollte bei einem Jungen (mit und ohne unspezifische Entwicklungsverzögerung) auch die CK bestimmt werden.

Weiterführende Stufendiagnostik

Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer DMD erfolgt die Abklärung im Rahmen einer Stufendiagnostik. Erster Schritt nach der klinischen Verdachtsdiagnose ist die Messung der CK im Serum. Bei einem erhöhten CK-Wert ≥ 1.000 U/l (27) sollte der Patient in ein Zentrum mit neuropädiatrischer Expertise überwiesen werden (Abb. 2). Dort wird eine eingehende klinische Untersuchung einschließlich

einer Untersuchung des neuromuskulären Systems und des Skeletts durchgeführt (Abb. 3). Auch die genetische Untersuchung wird im Allgemeinen vom Neuropädiater veranlasst. Liegt der CK-Wert unter 1.000 U/l, bestätigt sich die Diagnose einer DMD meist nicht, sollte aber dennoch in Erwägung gezogen werden.

Bei HyperCKämie >1000 sollte eine genetische Untersuchung anhand des Goldstandards der „Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification“ (MLPA) als primärer Bestätigungstest erfolgen, da ca. 70 % der Patienten mit DMD eine Deletion oder Duplikation innerhalb eines oder mehrerer Exons des Dystrophin-Gens aufweisen (2, 29). Bei einem negativen

Ergebnis der MLPA ohne Nachweis einer Deletion oder Duplikation sollte im nächsten Schritt eine genetische Sequenzierung durchgeführt werden (Next Generation Sequencing bzw. Whole Genome Sequencing), um andere Mutationsarten identifizieren zu können (2, 30). Bei der MLPA-Technik ist jedoch die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass eine Nonsense-Mutation im Bereich der Hybridisierungssequenz einer der MLPA-Sonden eine Deletion eines einzelnen Exons vortäuschen kann. Somit ist es als obligat anzusehen, dass jede mittels MLPA detektierte Deletion im DMD-Gen mittels konventioneller Sequenzierung bestätigt werden muss.

Tab. 1.: Typische frühe und späte Zeichen bei DMD

Entwicklungsverzögerungen (bis Ende 2. Lebensjahr)	
Unspezifische frühe Zeichen*	Verzögerung bei der KOGNITIVEN Entwicklung Kann sich ganz allgemein in Lern- und Verhaltensauffälligkeiten äußern
	Verzögerung bei der SPRACHLICHEN Entwicklung Junge ist nicht in der Lage, einzelne Worte zu sprechen
	Verzögerung bei der MOTORISCHEN Entwicklung
	bis Ende 3. Monat Reduzierte, langsame und unkoordinierte Arm- und Beinbewegungen Nimmt beim Hochziehen aus der Rückenlage den Kopf nicht aktiv mit
	bis Ende 6. Monat Schlaffer und energieloser Gesamteindruck Keine Kopfhaltetechnik Kein aktives Greifen und Fassen von Gegenständen Keine aktiven Rollbewegungen
	bis Ende 18. Monat Kein freies Sitzen mit 9 Monaten Kein aktives Kriechen mit 9 Monaten Kein aktives Hochziehen in den Stand mit 12 Monaten Kein Entlanghängeln an Möbel/Wand mit 15 Monaten Kein freies Gehen mit 18 Monaten
Muskuläre Zeichen (3.-5. Lebensjahr)	
Spezifische späte Zeichen**	Pseudo-Wadenhypertrophie
	„Watschelnder“ Gang
	Zehenspitzen Gang
	Knien beim Gehen überstreckt
	Positives Gowers Zeichen (Manöver)
	Schwierigkeiten beim Rennen/ Springen/ Treppensteigen
	Häufiges Fallen Reduzierte körperliche Ausdauer im Vergleich zu Gleichaltrigen

Modifiziert nach RCPC Compass (25) und Birnkrant DJ et al. 2018 (2). *Die unspezifischen frühen Zeichen können auch bei einer großen Zahl anderer Entwicklungsstörungen oder neuropädiatrischer Krankheitsbilder vorhanden sein. **Spezifische Zeichen können auch bei anderen progressiven Muskeldystrophien beobachtet werden.

Empfehlung: Weiterführende Diagnostik
 Bei entsprechenden klinischen Hinweisen, männlichem Geschlecht und einem CK-Wert ≥ 1.000 U/l sollte eine genetische Verifizierung, zunächst mittels MLPA, erfolgen. Durch eine unauffällige MLPA kann die Diagnose DMD aber nicht komplett ausgeschlossen werden. Bei etwa 30% der Patienten liegt eine kleinere Mutation vor, die nur durch Sequenzierung gefunden werden kann.

Einbeziehung der Kinderbetreuung

Ziel der Maßnahmen zur Früherkennung der DMD sollte die frühzeitige CK-Messung bei klinischem Verdacht durch den Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt sein (10). Für eine eindeutige Diagnosestellung ist dann die Überweisung an einen Spezialisten für neuromuskuläre Erkrankungen mit Zugang zu geeigneten Untersuchungsverfahren und genetischer Abklärung unumgänglich (2). Darüber hinaus ist zu empfehlen, weitere Personen und Fachgruppen in die Früherkennung einzubeziehen und über Zeichen und Symptome der DMD als eine der häufigsten angeborenen neuromuskulären Krankheiten im Kindesalter aufzuklären. Hierzu zählen Personen, die in unterschiedlichen Institutionen und Funktionen an der Betreuung von Kindern unter drei Jahren beteiligt sind (siehe Empfehlung). Durch den täglichen Umgang mit Kindern und ihren professionellen Blick sind sie prädestiniert, motorische, kognitive oder sprachliche Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen.

Empfehlung: In die Früherkennung einzubeziehende Fachgruppen

- Kinderkrippen mit Betreuung/ Erzieher/innen für Kinder unter drei Jahren
- Physiotherapeuten, Krankengymnasten (die bei anderen Gesundheitsproblemen auf Veranlassung des Kinder- und Jugendarztes bereits vor einer Diagnosestellung therapieren)
- Frühförderung
- Anbieter von Mutter-Kind-Turnen, z. B. über (Landes-) Sportverbände, Deutsches Rotes Kreuz, Wohlfahrtsverbände



Abb. 2.: Geographische Verteilung Neuromuskuläre Zentren im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) e.V.

Für Österreich und Schweiz: Österreichische Muskelforschung (<http://www.muskelforschung.at/muskelforschung/muskelerkrankungen/muskelzentren-spezialisten/>), Schweizerische Muskelgesellschaft (www.muskelgesellschaft.ch).

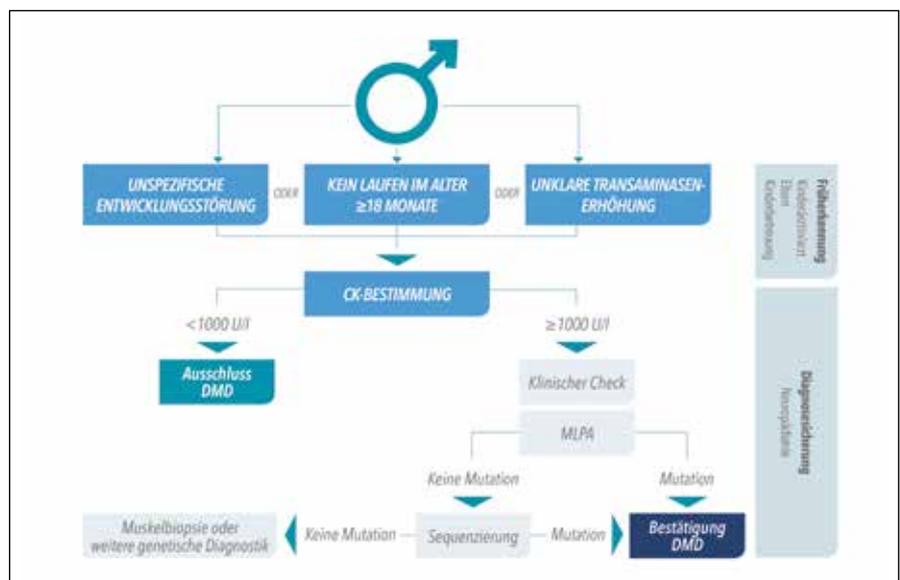


Abb. 3.: Stufendiagnostik der Muskeldystrophie Duchenne; modifiziert nach Birnkrant et al., 2018 (2). DMD: Muskeldystrophie Duchenne, MLPA: Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification.

Neugeborenencreening

Die Experten empfehlen grundsätzlich, ein Neugeborenencreening der DMD zu diskutieren, da die CK-Erhöhung als Ausdruck des pathologischen Muskelprozesses bereits vor der Geburt besteht und bei Neugeborenen durch eine einfache Messung per kapillarer Blutabnahme z. B. aus der Ferse zu erkennen ist. Dabei hat sich ein zweistufiges Vorgehen mit einer genetischen Untersuchung bei Neugeborenen, bei denen im ersten Schritt ein deutlich erhöhter CK-Wert gemessen wurde, als sinnvoll erwiesen (31). Die Vor- und Nachteile eines Neugeborenencreenings bedürfen weiterer Diskussion (32). Aber Argumente wie eine bewusster Familienplanung, eine möglicherweise verbesserte Prognose (u. a. durch neue Therapieoptionen) und der Einschluss in ein Register sprechen durchaus für ein Neugeborenencreening mit Bestimmung der CK-Konzentration im Serum. Hierbei könnte sich ein Pilotprojekt anbieten, um weitere Evidenz über die Auswirkungen des Screenings und Awareness für die Erkrankung zu generieren. Im Rahmen eines solchen Pilotprojekts könnten zudem Algorithmen evaluiert werden, die dabei unterstützen, Patienten mit CK-Erhöhung aufgrund einer anderen Muskelerkrankung zu identifizieren (33).

Empfehlung: Früherkennung und Neugeborenencreening
Für symptomatische Patienten ist eine rasche Diagnosestellung wünschenswert. Die Entwicklung aktueller und zukünftiger pharmakologischer Therapieoptionen lässt ein Neugeborenencreening für DMD mit Bestimmung der CK sinnvoll erscheinen. Es wird empfohlen

zu prüfen, in wie weit zusätzliche Evidenz im Rahmen eines Pilotprojekts erhoben werden kann.

Fazit für die Praxis

- Die Duchenne Muskeldystrophie (DMD) ist eine progressiv verlaufende, seltene, X-chromosomal vererbte degenerative Erkrankung primär der Skelettmuskulatur mit konsekutiv fortschreitender Muskelschwäche. Eine genaue und rasche Diagnose ist ein wesentliches Ziel bei Patienten mit DMD, da nur sie den frühzeitigen Beginn einer angemessenen Therapie ermöglicht.
- Die Früherkennung bietet für Betroffene und ihre Eltern Vorteile, nicht zuletzt diagnostische Sicherheit und die Möglichkeit einer fundierten Entscheidung bezüglich der Familienplanung.
- Kriterien, die eine weiterführende Diagnostik mit Bestimmung der CK nach sich ziehen sollten, sind 1. männliches Geschlecht und 2. unspezifische Entwicklungsstörungen und/oder Nichterreichen des freien Laufens mit 18 Monaten und/oder eine unklare Erhöhung der Transaminasen.
- Bei einer unklaren Erhöhung der Serumtransaminasen, insbesondere wenn kein Ikterus vorliegt, sollte bei Jungen immer eine Muskeldystrophie differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen und eine CK bestimmt werden.
- Zur Diagnosesicherung ist zunächst die Durchführung einer MLPA-Untersuchung angezeigt. Jede mittels MLPA erfasste Auffälligkeit ist obligat mittels konventioneller DNA-Sequenzierung zu überprüfen bzw. zu bestätigen.
- Neben Kinder- und Jugendärzten sollten Personen über die Frühsymptome der DMD aufgeklärt werden, die an der

Betreuung von Kindern unter drei Jahren beteiligt sind.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Maggie C. Walter, M.A.
Friedrich-Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik
Labor für Molekulare Myologie
Ludwig-Maximilians-Universität
Ziemssenstr. 1, D-80336 München
Tel.: +49.89.4400-57400
E-Mail: maggie.walter@lrz.uni-muenchen.de
Website: <http://www.baur-institut.de>,
<http://www.md-net.org>

Interessenkonflikt:

Alle Autoren: Teilnahme an einem Advisory Board Meeting der Fa. PTC Therapeutics.
Walter MC: Teilnahme an ad hoc AdBoards von PTC Therapeutics, Santhera Pharmaceuticals, Grünenthal Pharma AG und Sarepta Therapeutics Inc., Beratertätigkeit für PTC Therapeutics.
Bernert G: Teilnahme an ad hoc AdBoards von PTC Therapeutics, Santhera Pharmaceuticals, Beratertätigkeit für PTC Therapeutics
Bittner R: Keine Interessenkonflikte.
Fischbach T: Keine Interessenkonflikte
Kirschner J: Tätigkeit als Berater und Unterstützung für klinische Forschungsprojekte durch PTC Therapeutics, Santhera Pharmaceuticals, Sarepta Therapeutics.
Köhler C: Teilnahme an ad hoc AdBoards von PTC Therapeutics, Santhera Pharmaceuticals, Berater- und Referententätigkeit PTC Therapeutics.

Red.: Heinen

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

Machen Sie mit
Werden Sie Mitglied!
Informationen und
Mitgliedsanträge
auch unter
www.dgaap.de



**Review aus
englischsprachigen Zeitschriften**

Luftverschmutzung macht Kinder krank. Aussagen einiger kürzlich erschienener Reviews

Air Pollution and Child Health: Prescribing Clean Air,
World Health Organisation (WHO), Oktober 2018

Ende Oktober 2018 hat die WHO in einer umfangreichen Dokumentation (1) aktuelle Daten zusammengestellt zur Gesundheitsschädlichkeit von Außen- und Innenraumluft für Kinder. Dieses Thema ist auch in einer Lancet-Kommission (Pollution and Health) (2) dargestellt worden. Eine umfangreiche kanadische Studie (3) beschäftigt sich insbesondere mit Auswirkungen von Luftverschmutzung während der Schwangerschaft.

Detailliert wird in diesen Publikationen die zweifelsfrei bestehende Atemwegs-Toxizität von Außenluft beleuchtet – hier

bei insbesondere im Hinblick auf die durch den Kraftfahrzeug-Verkehr bedingte Schadstoffbelastung.

Nicht ganz so klar, aber doch deutlich hinweisend, ist die Datenlage zu Assoziationen von Außenluftverschmutzung mit späteren Verhaltensstörungen (ASD, ADHS, IQ-Herabsetzung), mit der Entwicklung von Sexualverhalten und Geschlechtsmerkmalen, wie auch zu Korrelationen mit Adipositas und Diabetes. Zu diesen Themen gibt es sehr zahlreiche Untersuchungen, vielfach Fall-Kontroll-Studien, die nur zum Teil auf Zusammenhänge hinweisen, zum anderen Teil auch das Fehlen von Assoziationen aufzeigen.

Vielfach wird die Feinstaubbelastung mit Partikeln mit Durchmessern bis zu 10 µm gewogen; die entsprechende Maßeinheit ist dann: µg/m³. Wichtiger ist bzw. wäre die Messung der schädlicheren Feinstäube mit einem Durchmesser von 2,5 µm, und als noch wesentlich toxischer werden Ultrafeinstäube (etwa 0,1 µm) angesehen.

Bei der Außenluftverschmutzung handelt es sich um Gemische von Schadstoffen, bei denen neben den Feinstäuben Stickoxide (NO_x) und Ozon (O₃) wichtig sind. Kohlenmonoxid (CO) ist besonders in der Innenraumluft in Entwicklungsländern von Bedeutung.

Es wird in diesem Beitrag vornehmlich die Schädigung durch Außenluft in Ländern der Ersten Welt betrachtet, wenngleich Kinder in der Dritten Welt in Haushalten, in denen mit Holz, Kohle oder Öl gekocht und geheizt wird, in viel größerem Maße betroffen sind. Die Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter (insbesondere durch Akzentuierung von Störungen des Herz-Kreislaufsystems und der Atemwege) werden hier nicht besprochen.

Lungenfunktion, Atemwegsinfekte, Asthma

Es gibt zahlreiche und eindeutige Studien die belegen, dass sowohl PM₁₀ und PM_{2,5}, wie auch NO_x in der Außenluft die Lungenfunktion und – wenn pränatal wirksam – die Lungenreifung beeinträchtigen, und zwar auch chronischen Belastungen, wie sie heutzutage in der Umwelt vorkommen und als akzeptabel definiert werden (Tabelle 1). Akute Expositionen führen zu vermehrten Krankenhausaufnahmen, chronische Belastung zur Erhöhung der Inzidenz von Bronchitis und Pneumonie sowie zur Entstehung und Exazerbation von Asthma bronchiale (4, 5).

Tab. 1: EU-Grenzwerte (bzw. WHO-Richtwerte) für Feinstäube in der Außenluft; Angaben in µg/m³

	EU (in Klammern Zahl der jährlich erlaubten Überschreitungen)	WHO (in Klammern Zahl der jährlich erlaubten Überschreitungen)
PM ₁₀ Jahresmittelwert	40	20
PM ₁₀ Tagesmittelwert	50 (35)	50 (2)
PM _{2,5} Jahresmittelwert	25	10
PM _{2,5} Tagesmittelwert		25 (3)
NO _x Jahresmittelwert	40	40
NO _x Tagesmittelwert	200 (18)	200

PM_{2,5} und Schwangerschaft und Säuglingssterblichkeit

Daten, die auf Erhebungen bei 3 Millionen Schwangerschaften in Kanada beruhen, belegen, dass höhere Belastungen die Schwangerschaft verkürzen und zu geringerem Geburtsgewicht der Kinder führen; sie unterstützen damit frühere Beobachtungen. Die Korrelationen sind eindeutig, zahlenmäßig erscheinen die Effekte (Reduktion des durchschnittlichen Geburtsgewichtes um 20,5 Gramm) gering, sind aber deshalb von Bedeutung, weil große Teile der Bevölkerung betroffen sind. Es gibt Hinweise darauf, dass Frühgeburtlichkeit, Säuglingssterblichkeit und die Häufigkeit von Fehlbildungen mit höheren PM_{2,5}-Werten und anderen Schadstoffen in der Außenluft korreliert sein könnten; hierzu gibt es allerdings widersprüchliche Aussagen.

Verhaltensstörungen, Intelligenz

Die Hirnentwicklung ist besonders anfällig für Störungen in der Pränatalzeit und in den ersten drei Lebensjahren. In dieser Zeit kommt es zur Entstehung anatomischer Strukturen (Proliferation, Migration, Differenzierung, Synaptogenese, Myelinisierung) und zur Ausbildung funktioneller Verknüpfungen. Störungen in dieser Zeit können lebenslange Beeinträchtigungen von Intelligenz, sozialer Kompetenz und Verhaltensmustern nach sich ziehen.

Es gibt eine große Zahl von Studien, die sich mit der Assoziation von außenluftbedingter Schadstoffbelastung in der Schwangerschaft (insbesondere PM_{2,5} und NO_x) und der Entstehung von ASD, ADHS und Intelligenzminderung sowie mit Störungen der Genitalentwicklung und der sexuellen Orientierung befassen. Diese Studien mit z.T. widersprüchlichen Ergebnissen – viele zeigen auch das Fehlen von solchen Korrelationen auf – werden in der WHO-Studie diskutiert, die in der zusammenfassenden Bewertung gleichwohl die gefundenen positiven Assoziationen hervorhebt: „Die Belastung mit Luftschadstoffen kann die neuronale Entwicklung negativ beeinflussen, was zu Intelligenz-Herabsetzung und zur Entwicklung von Verhaltensstörungen (wie ASD, ADHS) führen kann. Forschungsergebnisse legen nahe, dass sowohl pränatale wie auch postnatale Belastungen mit Luftschadstoffen die neuronale Entwicklung bedrohen. ... Metaanalysen von Untersuchungen über ASD haben relativ übereinstimmend Assoziationen zur Schadstoffbelastung in der Außenluft, besonders hinsichtlich der pränatalen Exposition gegenüber Feinstäuben, und Autismus aufgezeigt.“

Das wird – irritierenderweise – an anderer Stelle im gleichen WHO-Bericht zurückhaltender formuliert und etwas anders gewichtet, so dass eine gewisse intrinsische Widersprüchlichkeit resultiert: „Es gibt Hinweise auf eine Verbindung zwischen pränataler Belastung durch verkehrsbedingte Luftverschmutzung und

kognitiven und psychomotorischen Funktionen und Verhaltensproblemen, aber die Forschungsergebnisse sind nicht konsistent.“

Adipositas, Insulinresistenz, Diabetes

Die Ergebnisse einiger Studien ließen annehmen, dass eine Assoziation besteht könnte zwischen Außenluftbelastung in der Schwangerschaft und der späteren Entstehung von Adipositas und Diabetes. Hier seien weitere bestätigende Untersuchungen notwendig.

Herkunft von NO_x und PM₁₀ in der Außenluft in Deutschland? Notwendige Konsequenzen

Die Belastungen in städtischen Ballungsgebieten und der Stickoxid-Ausstoß aus Diesel-PKW stehen derzeit im Fokus vieler Diskussionen, die jedoch weiter gefasst werden müssen. Zwei Drittel der verkehrsbedingten Stickoxide werden durch den Schwerverkehr ausgestoßen. Schiffs- und Schienenverkehr spielen eine untergeordnete Rolle. Der Straßenverkehr ist für 95 % der NO_x-Belastung der Außenluft verantwortlich. (Umweltbundesamt) – Der Straßenverkehr steuert ca. 60 % zur Immission von PM₁₀ bei; davon stammen 22 % von Diesel-PKW, 35 % von Diesel-Nutzfahrzeugen, 15 % von benzingetriebenen PKW und 27 % durch Reifen- und Bremsabrieb. (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz)

Konsequenzen müssen also weiter greifen als nur Fahrverbote für Diesel-PKW. Unbestritten bleibt allerdings, dass derzeit vielerorts vorkommende Außenluftschadstoffe pathogen sind für Kinder (und auch Erwachsene) und dass eine Herabsetzung der Belastungen dringend erforderlich ist. Dahingehende Forderungen zu artikulieren und die Umsetzung einzufordern ist eine auch kinderärztliche Aufgabe.

Abkürzungen

AAP	ambient air pollution
ADHS	attention deficit hyperactivity syndrome
ASD	autism spectrum disorder
CO	Kohlenmonoxid
PM ₁₀	particulate matter, Schwebestaub, Feinstaub, Partikeldurchmesser unter 10 µm
PM _{2,5}	particulate matter, Schwebestaub, Feinstaub, Partikeldurchmesser unter 2,5 µm
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Karl Ernst von Mühlendahl, Georgsmarienhütte

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

Anamnese

Bei dem jetzt 15 Monate alten Kleinkind bestehen nach Angaben der Eltern seit sieben Monaten rezidivierend auftretende, rundliche „Ekzem“herde, die subjektiv keine Beschwerden verursachen. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit leichten Infekten. Die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig. Es besteht keinerlei Tierkontakt.

Klinischer Befund

15 Monate altes männliches Kleinkind in gutem Allgemeinzustand. Stammbetont kreisförmige, leicht schuppene Plaques (Abb. 1).

Histologischer Befund

Psoriasiforme Epidermisverbreiterung mit deutlicher Spongiose und fleckförmiger Parakeratose mit einwandernden Lymphozyten intraepidermal. Perivaskulär oberflächliches, lymphohistiozytäres Infiltrat



Abb. 1: Stammbetont multiple, kreisförmige, leicht schuppene Plaques

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

Erythema annulare infantum

Das annuläre Erythem ist durch das zyklische Auftreten ödematöser Papeln gekennzeichnet, die sich kreis- oder bogenförmig zentrifugal ausdehnen und dann mehrere Zentimeter durchmessende polyzyklische Plaques bilden. Einige dieser Plaques zeigen eine randständige Schuppung, andere eine urtikarielle Rötung. Die Hautveränderungen verschwinden nach 1-3 Wochen, kehren jedoch über einen längeren Zeitraum, manchmal 1-2 Jahre, rezidivierend zurück, ohne subjektive Beschwerden zu verursachen (1, 2).

Histologisch zeigt sich typischerweise ein perivaskuläres, teils eosinophiles, teils

lymphohistiozytäres Infiltrat, bei epidermaler Beteiligung auch intraepidermal. Neben der infantilen Form existiert auch eine bis zur Adoleszenz persistierende Form (3).

Die Ätiologie ist ungeklärt. Ähnlich dem Erythema marginatum, dem Erythema anulare centrifugum und dem Erythema migrans ist eine parainfektiose Ätiologie wahrscheinlich. Wichtige Differenzialdiagnosen sind neben den genannten zirkulären Erythemen Tinea corporis, neonataler Lupus erythematosus und nummuläres Ekzem.

Vor allem bei den nichtschuppenden Läsionen sollte ein neonataler LE ausgeschlossen werden (4). Weitere (Labor-) Diagnostik richtet sich nach dem individuellen Bild. Zur Lokaltherapie eignen sich bei ausgedehnten Befunden milde

topische Steroide, z. B. Prednicarbatcreme (0.15%).

Literaturangaben

1. Peterson AO Jr, Jarratt M. Annular erythema of infancy. *Arch Dermatol.* 1981; 117: 145-148
2. Pflugstler LF, Miller KP, Pride H. Recurring diffuse annular erythematous plaques in a newborn. *JAMA Dermatol.* 2014; 150: 565-566
3. Helm TN, Bass J, Chang LW, Bergfeld WF. Persistent annular erythema of infancy. *Pediatr Dermatol.* 1993; 10: 46-48.
4. Kettler AH, Stone MS, Bruce S, Tschen JA. Annular eruptions of infancy and neonatal lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 1987; 123: 298-299.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Peter H. Höger
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische
Dermatologie/Allergologie
Liliencronstr. 130, 22143 Hamburg

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Ernährung mit Stutenmilch

Frage

Seit neuestem habe ich einen fünf Monate alten Säugling in Behandlung.

- Geburtsgewicht 2120 g
- Rez. Hypoglykämien (in der Neonatalzeit)
- Fetaler Aszites
- Beckeniere als Doppelniere rechts
- Primäre Hypothyreose
- V. a. Kuhmilchproteinintoleranz

Das Kind wird mit Stutenmilch gefüttert, da vorher keine Gewichtszunahme zu verzeichnen war. Verdacht auf Kuhmilchunverträglichkeit.

- Was sollte man bei der Ernährung mit Stutenmilch beachten?

Antwort

Die Stute ist definiert als ein weibliches Tier der Familien Pferde (Equidae) und Kamele (Camelidae).

In der Literatur wird beschrieben, dass Stutenmilch seit der zweiten Hälfte des 19. Jh. in Deutschland produziert und bis heute von einigen Stutenmilchproduzenten regelmäßig an Kunden vermittelt werde. Bei Einnahme von Stutenmilch werden antiinflammatorische und immunmodulierende Wirkungen sowie eine Modifikation der Darmflora diskutiert. Vor allem Haut- und Darmerkrankungen gelten als Ansatzpunkt für eine Stutenmilcheinnahme, die therapieunterstützend Linderung verschaffen soll.

Detailliert betrachtet, lieferten Untersuchungen hinsichtlich Stutenmilch teilweise Hinweise auf positive Effekte bei Einnahme speziell bei vorliegender Atopischer Dermatitis, Psoriasis vulgaris, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Ferner wird in weiteren Studien berichtet, dass rohe Stutenmilch sowohl Einfluss auf die

Virulenzgenexpression von Bakterien als auch antiproliferative Wirkungen auf karzinomatöse Zellen im Colon haben soll.

Eine durch Immunglobulin E vermittelte Allergie gegen Kuhmilchprotein stellt ein Hauptproblem für Säuglinge, die nicht gestillt werden, dar. In einer Studie von Katz et al. (2) aus dem Jahre 2008 ergab die Suche nach einem Ersatz der konventionellen Kuhmilch eine Kreuzallergenität gegenüber Milch von Ziegen und Schafen, nicht jedoch gegenüber Stutenmilch. Hier wurde postuliert, dass die Kuh, Ziegen- und Schafspezies sowohl Paarhufer als auch Wiederkäuer sind und sie im Gegensatz zur Stute als sog. „koschere“ Tiere gelten. Laut dieser Studie bestehe eine signifikante Kreuzsensibilisierung gegenüber Milchproteinen, die von diesen „koschere“ Tieren (Kuh, Ziege, Schaf) stammen. Andererseits wurde eine deutlich niedrigere Kreuzaktivität im Vergleich zu den Milchproteinen von „nicht-koschere“ getesteten Tieren, wie Stuten, festgestellt.

Insgesamt finden sich in der Literatur aber wenig bis gar keine brauchbaren Studien, die sich mit der Einnahme von Stutenmilch über einen längeren Zeitpunkt – also mehrere Monate – beschäftigen.

Im Jahre 2009 untersuchte Pechmann (3) die Effekte einer längerfristigen Stutenmilcheinnahme auf die gesundheitliche Lage mit besonderer Berücksichtigung von Haut- und Darmerkrankungen.

Es wurde eine deutschlandweite Befragung von Stutenmilchkonsumenten durchgeführt. Im Zeitraum von November 2008 bis April 2009 wurden 500 Fragebögen über die Stutenmilcherzeuger an Konsumenten ausgehändigt. Bei chronischen Erkrankungen habe eine längerfristige Stutenmilcheinnahme mit positiven Effekten auf vorhandene Symptome korreliert. Diese Studie konzentrierte sich primär

aber auf Patienten-Fragebögen und wirkt in ihrer Bewertung eher subjektiv, denn objektiv. Außerdem wurde sie für den *Bundesverband Deutscher Stutenmilcherzeuger* (BVDS) verfasst, so dass die Ergebnisse insgesamt mit Vorsicht zu genießen sind.

Betrachten wir die Stutenmilch weiter, so sollte der Preis dieser besonderen Milch beachtet werden. Dieser schwankt von Anbieter zu Anbieter von 1 Liter für 10 € (Selbstabholer) bis hin zu teilweise knapp 5 € für 200 ml (Bio-Stutenmilch/Bestellung über das Internet).

Fazit: bei unklarer Datenlage auf etwaige Reaktion auf Stutenmilch und hohen Preisen kann man die Stutenmilch aus ärztlicher Sicht nur sehr eingeschränkt empfehlen.

- Wann sollte man von der Sonden-Ernährung entwöhnen?

Ich bin der Meinung, dass sich diese Frage nur sehr schwer pauschal beantworten lässt. Die Entwöhnung der Sondennahrung ist von Dingen wie Reife und Entwicklung des Kindes, Körpergewicht oder Mundmotorik abhängig. Die Frage ist auch, ob das Kind Schwierigkeiten beim Trinken – z. B. durch eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte – besitzt.

Im Zweifel kann eine etwaige Entwöhnung der Sonden-Ernährung sehr gut vom Fach-Pflegepersonal – im Krankenhaus oder möglicherweise zuhause im Rahmen von häuslicher Pflege – beurteilt werden.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

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

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

Aufkleber zu Angeboten Früher Hilfen in Düsseldorf im Kinderuntersuchungsheft

Ein Pilotprojekt von Düsseldorfer Kinder- und Jugendärzten und Jugendamt zum präventiven Kinderschutz

Düsseldorf verfügt wie viele Städte und Landkreise in der Bundesrepublik über ein umfangreiches Angebot Früher Hilfen. Hinweise darauf geben zahlreiche unterschiedliche Flyer, Broschüren, Internetauftritte der Anbieter und auf die Städte und Landkreise zugeschnittene Navigatoren, die zum Beispiel in NRW vom Familienministerium kostenlos zur Verfügung gestellt und jeweils ortsbezogen angepasst werden.

Angesichts dieser unterschiedlichen multiplen Informationsquellen und oft fehlender persönlicher Ansprechpartner ist es für den Pädiater – abgesehen von einzelnen Praxis-Modellen in Deutschland und im Saarland flächendeckend – schwierig, passgenaue Angebote zu Früher Hilfen zu kennen und zeitnah zu vermitteln.

Das Kinderuntersuchungsheft gibt in der seit 2016 bestehenden Version vor, dass bei den Vorsorgeuntersuchungen von U2 bis U6 Informationen zu regionalen Untersuchungsangeboten (z.B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe Hilfen) gegeben werden. Umfragen bei Pädiatern und Eltern ergaben, dass dieses Item im Kinderuntersuchungsheft selten bekannt und in der Regel nicht angekreuzt wird.

Von Ausnahmen abgesehen gibt es in der BRD bisher keinen gebündelten Überblick über Angebote im primär, sekundär und tertiär präventiven Bereich Früher Hilfen für Kinder- und Jugendärzte und Eltern gleichzeitig.

Ein Pilotprojekt aus Düsseldorf

In Düsseldorf wurde am 16.1.19 im Rahmen einer Pressekonferenz ein Pilotprojekt der Düsseldorfer Kinder- und Jugendärzte und des Jugendamts zum präventiven Kinderschutz vorgestellt. Dazu hat nach einer eineinhalbjährigen Vor-

bereitungszeit ein Arbeitskreis von fünf Kinder- und Jugendärzten, darunter der Obmann der Kinder- und Jugendärzte Dr. Josef Kahl und Dr. Wilfried Kratzsch, ehemaliger leitender Oberarzt des Kinderneurologischen Zentrums der Sana Kliniken Düsseldorf und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft, sowie zwei SozialarbeiterInnen des Jugendamtes, darunter der Leiter der Abteilung Soziale Dienste Stephan Siebenkotten-Dalhoff, eine Handreichung zu Angeboten Früher Hilfen in Düsseldorf entwickelt, die in alle Kinderuntersuchungshefte für den Zeitraum U2 bis U7a eingeklebt wird. Dieser einseitige Aufkleber enthält Adressen und Telefon-Nummern zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten sowie Notfall-Telefon-Nummern für junge Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. Diese Angebote sind Eltern und Ärzten bislang nur in begrenztem Masse oder gar nicht bekannt gewesen und können auch deshalb nicht genutzt werden. Dazu gehören unter anderen auch Adressen zu präventiven Angeboten von Familienpaten, Familien-Kinderkrankenschwestern, „Babylotsen“ und der Jugendhilfe. Bei besonderen Anlässen (Säuglings-, Kleinkind-Beratungen, Kinderschutzfragen) sind Telefon-Nr. hinterlegt, die nicht nur von den Praxen genutzt werden, sondern auch Eltern, Müttern und Vätern zur Verfügung stehen.

Angebote	Anbieter in Düsseldorf	Telefon
Eltern und Kind Angebote 0-3 Jahre	Familienbildungsstätte ASG	0211 17400
Eltern Start NRW	Familienbildungswerk Arbeiterwohlfahrt (AWO)	0211 60025110
	Familienbildungswerk Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	0211 2299-2166
	Kaiserswerther Familienakademie	0211 4093784
	EFA Evangelische Familienbildung	0211 600262-25
Familien-Treffs	Familienbildungsstätte ASG	0211 17400
Mütter, Vätertreff	Familienbildungswerk AWO	0211 60025110
Familiencafés	Kaiserswerther Familienakademie	0211 4093784
Treffen für Alleinerziehende	Deutscher Kinderschutzbund (DKSB)	0211 6170570
Babytreff	Familienbildungswerk Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	0211 2299-2166
	EFA Evangelische Familienbildung	0211 6008363
	KIND VAMV Düsseldorf e.V.	0211 418444-13
Willkommen in Düsseldorf	Ehrensprechdienst	0211 8993899
Familienpaten	Arbeiterwohlfahrt (AWO)	0211 60025-2635
	Caritas	0211 5162-9778
	Kaiserswerther Familienakademie	0211 4093784
	EFA Evangelische Familienbildung	0211 60028214
Kinder Willkommen	EFA Evangelische Familienbildung	0211 60028224
Familienkinderkrankenschwester	Städtisches Präventionsprogramm: Zukunft für Kinder	0211 8922606
Babylotse	Florence Nightingale Krankenhaus	0172 2993697
Eltern-Säuglings-, Kleinkind Beratung	Kinderneurologisches Zentrum (KNZ) Sana Kliniken-Gerrathheim	0211 28003228
Säuglings-, Kleinkinder Ambulanz	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Florence Nightingale Krankenhaus	0211 4092380
Schreibababy-Beratung	Deutscher Kinderschutzbund (DKSB)	0211 6170570
Schreibababy-Ambulanz	Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	0211 22994711
Baby-, Kleinkindsprechstunde	Ärztliche Kinderschutzbambulanz Evangelisches Krankenhaus (EVK)	0211 41605610
Entwicklungspsychologische Beratung	Arbeiterwohlfahrt (AWO)	0211 60025-371
	Caritas, Rath	0211 51629778
Erziehungs- und Familienberatungsstellen stadtteilbezogen	www.duesseldorf.de/je/vo-in-duesseldorf.html	
Ärztliche Kinderschutzbambulanz	Evangelisches Krankenhaus (EVK)	0211 41605610
Gewalt gegen Frauen	Hilfetelefon	0800 0116016
Frauenberatungsstelle Düsseldorf	Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V.	0211 686854
Beratung durch Bezirkssozialdienste	Jugendamt Düsseldorf	0211 8992400

Weitere Informationen finden Sie in der FamilyNavi App unter www.familynavi.de



Alle Angebote auf dem Aufkleber sind mit den dort genannten Trägern und Institutionen abgestimmt worden. Alle fünf Geburtskliniken und ein von Hebammen geführtes Geburtshaus in Düsseldorf unterstützen das Projekt.

Schulungen, Sponsoring und Evaluation

Das Vorhaben lebt davon, dass die Angebote Früher Hilfen jungen Eltern und Kinder- und Jugendarztpraxen im gleichen Maße bekannt werden. Dazu gehört,

dass sie Kontakt zu den aufgeführten Stellen aufnehmen und miteinander kommunizieren.

Der Aufkleber ist im November 2018 auf dem Stammtisch der Kinder- und Jugendärzte in Düsseldorf vorgestellt worden. Er wird seitdem bereits von zahlreichen Praxen eingesetzt. Die in den Praxen tätigen Medizinischen Fachangestellten werden in Seminaren geschult, wie sie die jungen Familien über Angebote Früher Hilfen in Düsseldorf informieren. Ein erster Kurs dazu hat stattgefunden und war sehr gut besucht.

Der Aufkleber soll in allen 48 Kinder- und Jugendarzt-Praxen in Düsseldorf für

den Zeitraum U2 bis U7a und später eingesetzt werden. Ferner ist zur Nutzung des Adressenpools zu Angeboten Früher Hilfen eine App vorgesehen.

Die Finanzierung der für die Kinderuntersuchungshefte von U2 bis U7a benötigten 20.000 Aufkleber übernimmt der **Kinderhilfsverein Sterntaler Düsseldorf e. V.**

Die Hochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaft, wird eine Evaluation zur Wirksamkeit des Pilotprojekts durchführen. Das Projekt ist auf weitere Städte, zunächst in NRW, übertragbar. Erste Anfragen dazu gibt es.



Korrespondenzanschriften:

*Dr. Hermann Josef Kahl,
Bundessprecher des BVKJ und Stiftung
Kind- und Jugend
Stephan Siebenkotten-Dalhoff,
Abteilungsleiter im Jugendamt der
Landeshauptstadt Düsseldorf
Dr. Wilfried Kratzsch, ltd. Oberarzt i.R.
des Kinderneurologischen Zentrums
der Sana Kliniken Düsseldorf,
Vorstandsvorsitzender der Stiftung
Deutsches Forum Kinderzukunft,
c/o Sana Kliniken Düsseldorf*

Red.: ReH

Hintergrund



Diskrete schnelle Hilfe // Seit wenigen Wochen finden Eltern in Düsseldorf in dem Gelben Heft ihrer Kinder ein Einlegeblatt mit Adressen, die ihnen bei Kindeswohlgefährdung weiterhelfen können. Unsere Zeitschrift sprach Dr. Josef Kahl, einem der beiden „Erfinder“, über den Mehrwert des Projekts, für Kinder- und Jugendärzte und Eltern.

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind sensibilisiert für Anzeichen von Kindeswohlvernachlässigung. Sie können Eltern ansprechen und Hilfen anbieten. Wozu braucht man das Einlegeblatt?

Wir Kinder- und Jugendärzte wissen, dass die Gefährdung von Säuglingen und Kleinkindern durch die eigenen Eltern eine noch immer tagtäglich stattfindende Katastrophe darstellt, die von außen schlecht verhindert werden kann. Wir haben versucht, im Neuen Gelben Heft einen Risikoscore in Form eines Elternfragebogens oder -interviews zu installieren, um den betroffenen Familien frühzeitig Schutz und Hilfe anbieten zu können. Leider ist dies bisher nicht gelungen. Eltern schämen sich sehr oft, im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung oder während einer normalen Ordination, uns ihre Not zu schildern. Die vorausschauende Beratung alleine hilft ebenfalls wenig, und ich bezweifle, dass die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion einen Durchbruch bringen

wird. Daher sind wir ständig auf der Suche nach weiteren wirksamen Maßnahmen, Familien in kritischen Situationen zu unterstützen. Das Einlegeblatt ist nun ein weiteres Tool, das sich direkt an die Eltern wendet.

Wie kam es dazu? Wer hatte die Idee?

Vor vielen Jahren machte mich eine Bemerkung des damaligen ärztlichen Leiters der hiesigen Kinderschutzambulanz Dr. Motzkau stutzig. In einer Fortbildung zu diesem Thema sagte er, dass die Selbsteinweisung durch die Eltern mit zunehmendem Bekanntheitsgrad der Kinderschutzambulanz in der Öffentlichkeit ständig steige, die Einweisung oder Kontaktierung durch die niedergelassenen Ärzte sei dagegen gleichbleibend niedrig geblieben.

Inzwischen haben wir in ganz Deutschland ein großes Netz an Frühen Hilfen. Diese Hilfen sind regional sehr unterschiedlich, aber in der Summe sehr wohl geeignet, in kritischen Situationen

oder auch schon vorher, effektive familiäre Unterstützung zu organisieren. Aber selbst lang praktizierenden Kinder- und Jugendärzten sind die Frühen Hilfen vor Ort oft nicht präsent. Und die jungen Familien kennen sie noch weniger. Also dachte ich darüber nach, wie wir den **Bekanntheitsgrad** erhöhen, wo wir die Frühen Hilfen sichtbar besser machen können, wo wir Eltern übersichtlich und knapp alle wichtigen Einrichtungen der örtlichen Frühen Hilfen mit den entsprechenden Telefonnummern zur Verfügung stellen können, um in Augenblicken der Not direkt von zu Hause aus dort anzurufen. So entstand die Idee, ein Informationsblatt zu entwerfen, das bei den Früherkennungsuntersuchungen in den ersten drei Jahren in das Gelbe Heft – oder das Grüne Heft – eingeklebt wird.

Siehe auch S. 132 im Magazin

ReH

Humane Milch Oligosaccharide (HMO): Mehr als Zucker?

Muttermilch ist die beste Ernährung für Säuglinge. Sie ist reich an wertvollen Nährstoffen und bietet diese in der passenden Menge und Zusammensetzung. Neben Protein, Fett und Kohlenhydraten bietet sie viele weitere Inhaltsstoffe, deren Wirkung Forscher immer noch nicht vollständig entschlüsselt haben. Dazu gehören auch die Humanen Milch Oligosaccharide. Sie bilden nach Laktose und den Milchfetten die drittgrößte Komponentengruppe in der Muttermilch.

HMO werden u.a. mit der Entwicklung der Immunentwicklung des Kindes diskutiert.

Hierzu gibt es deutliche Hinweise aus dem Bereich der Grundlagenforschung. Beim Säugling muss das jedoch erst noch untersucht werden. Kinder- und Jugendärzte, so Prof. Clemens Kunz vom Institut für Ernährungswissenschaften, Gießen, werden dem Thema HMO in den nächsten Jahren noch oft begegnen.



HMO sind seit über 60 Jahren bekannt. Warum verursachen sie auf einmal so einen Wirbel unter Forschern?

HMOs haben eine sehr komplexe Zusammensetzung. Methoden zu Ihrem relativ schnellen Nachweis in biologischen Flüssigkeiten (z. B. Milch) wurden erst in den letzten Jahren entwickelt. Der „Wirbel“ in wissenschaftlichen Zeitschriften wie auch in der Laienpresse ist darauf zurückzuführen, dass einige Firmen weltweit heute in der Lage sind, einige dieser HMOs in großen Mengen zu produzieren, sodass diese z.B. Säuglingsmilchnahrungen zugesetzt werden können.

Wichtig ist, dass diese HMOs, die jetzt zum ersten Mal hergestellt und Säuglingsmilchnahrungen zugesetzt werden können, identisch sind mit den in der Muttermilch natürlicherweise vorkommenden HMOs.

Wovon hängt ihre Konzentration in der Muttermilch ab?

Wichtige Einflussfaktoren sind Veränderungen während der Stillzeit (hohe Gesamtkonzentrationen am Anfang, dann allmählich abnehmend, wie von anderen Inhaltsstoffen der Milch auch bekannt). Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Lewis-Blutgruppen und Sekretorstatus der Mutter (siehe unten).

Warum produzieren einige Frauen viel, andere weniger?

Die Gesamtkonzentration in der Muttermilch liegt zwischen etwa 5-15 g pro Liter. D. h. alle Frauen produzieren recht viele dieser ungewöhnlichen Substanzen;

die Mengen unterscheiden sich vor allem in Anhängigkeit des Lewis-Blutgruppen und Sekretor/Nicht-Sekretorstatus' der Frauen (siehe unten).

Lässt sich die Produktion stimulieren?

Obwohl darüber immer wieder spekuliert wird, gibt es meines Erachtens bisher keine Hinweise darauf. Generell produziert jede einzelne Zelle beim Menschen täglich viele Proteine und Lipide, die Kohlenhydrate (Monosaccharide wie Galactose, Fucose oder Aminozucker) enthalten. Die menschliche Zelle macht das offensichtlich problemlos, da sie aus Glucose als Ausgangsquelle praktisch alle anderen Monosaccharide produzieren kann, also auch Milcholigosaccharide.

Wie „arbeiten“ die HMO, wie und wo entfalten sie ihre Wirkung?

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass wir zwar sehr viele experimentelle Studien und auch viele Ergebnisse aus Tiermodellen haben, die sehr deutlich Hinweise auf spezifische Funktionen beim Menschen geben. Diese Wirkungen sind aber beim Säugling noch nicht nachgewiesen, sondern sind Gegenstand momentan laufender Studien. Da die erforderlichen größeren Mengen an Humanmilch-Oligosacchariden bisher nicht verfügbar waren, konnten auch keine Humanstudien durchgeführt werden. Wir werden aber in den nächsten Jahren sehr viele neue Erkenntnisse bekommen, um eindeutige Aussagen des Nutzens dieser Oligosaccharide für das Kind machen zu können.

Generell kann man von verschiedenen Wirkungsweisen ausgehen. Zu nennen wäre 1. Einfluss auf die Mikrobiota im Darm, 2. Wirkung als Rezeptoranaloga von pathogenen Keimen, wodurch die Anhaftung von Krankheitserregern an die Darmzelloberfläche verhindert wird sowie 3. Auswirkungen auf das Immunsystem und auf antiinfektiöse und antiinflammatorische Prozesse.

Für die genannten Funktionen gibt es sehr viele Hinweise aus der Grundlagenforschung, die jetzt in Humanstudien untersucht werden müssen.

Was ist so einzigartig an HMO? Was unterscheidet HMO von „normalen“ Präbiotika?

Im Bereich der Säuglingsernährung werden in den meisten wissenschaftlichen Publikationen präbiotische Oligosaccharide (PBOs) wie beispielsweise GOS und FOS als sehr ähnlich zu HMOs dargestellt.

Manche Hersteller gehen so weit, darauf hinzuweisen, dass die Supplementierung mit GOS und FOS zu einer Säuglingsmilchnahrung führt, deren Zusammensetzung und Funktionen damit vergleichbar mit Oligosacchariden in Frauenmilch sind. Es gibt jedoch **keine** strukturelle Ähnlichkeit zwischen den in Säuglingsmilchnahrungen eingesetzten präbiotischen Oligosacchariden und HMOs, auch wenn das immer wieder sowohl in der Laienpresse als auch in wissenschaftlichen Zeitschriften so dargestellt wird. Wenn diese Ähnlichkeiten zutreffen würden, d. h. Vergleichbarkeit der Strukturen und damit auch der Funk-

tionen, dann setzte das Studien voraus, die zeigen, dass PBOs bei Säuglingen die gleichen Wirkungen haben wie HMOs. Solche Studien gibt es aber nicht.

Was bedeuten die unterschiedlichen Strukturen für die Funktionen?

Jede einzelne Komponente hat einen einzigartigen Aufbau, der dafür spricht, dass besondere Funktionen von Ihnen ausgehen können. Aufgrund der strukturellen Vielfalt zusammen mit dem teilweise sehr hohen Gehalt einiger Komponenten sind diese spezifischen HMOs geradezu prädestiniert, sehr unterschiedliche Wirkungen zu entfalten.

Worin liegt der Hauptnutzen der HMO für das kindliche Immunsystem?

Man kann davon ausgehen, dass das Immunsystem indirekt über die Beeinflussung der kindlichen Mikrobiota und dadurch z.B. über die Bildung von kurzkettigen Fettsäuren beeinflusst wird. Diskutiert werden außerdem Wirkungen im Zusammenhang mit der Beeinflussung der Darmpermeabilität (über tight junctions), Darmzellreifung, über Leukozyten-Endothelzell-Interaktionen oder auf Lymphozyten mit einer daraus folgenden Produktion spezifischer Cytokine.

Warum ist es so schwer, HMO ins Fläschchen zu bekommen?

Das größte Problem dürfte die Verfügbarkeit dieser komplexen HMOs sein, um Milchnahrungen überhaupt anreichern zu können. Obwohl zur Zeit bereits 2 unterschiedliche Komponenten Säuglingsmilchnahrungen zugesetzt werden, ist deren Produktion sowie anderer, die in Kürze auf dem Markt kommen, sehr teuer.

Wieweit sind die Hersteller und was bedeutet das für die Säuglingsernährung?

Seit wenigen Jahren ist einigen Firmen der Durchbruch bei der Herstellung einiger HMOs gelungen. Zur Zeit sind es zwar noch sehr wenige einzelne HMOs, die man in sehr großer Menge herstellen kann, dies wird sich jedoch im Laufe der nächsten Jahre ändern. Damit sind wir am Beginn einer neuen Ära in der Säuglingsernährung. Es ist keine Frage, dass in den ersten vier bis sechs Monaten nach der Geburt ausschließliches Stillen uneingeschränkt das Beste für den Säugling ist. Wenn aber aus welchen Gründen auch immer, nicht gestillt wird, stellt sich die Frage, wie kann ich Säuglingsnahrungen verbessern, um sie tatsächlich der Zusammensetzung der Frauenmilch näher zu bringen.

Was ist darunter zu verstehen: Gehalt und Muster hängen vom Sekretor/Non-Sekretorstatus der Mutter ab?

Die Milch von einzelnen Müttern kann sich deutlich voneinander unterscheiden.

Das hängt auch mit dem Sekretor- und Non-Sekretor-Status der jeweiligen Mutter zusammen. Dafür verantwortlich ist ein Gen in der Brustdrüse, das für ein Enzym verantwortlich ist, nämlich die Fucosyltransferase 2 (FUT2). Dieses Enzym modifiziert die Grundstrukturen einiger HMOs. Dies wiederum wirkt sich auf das HMO-Muster und auch die Menge der neutralen HMOs, und damit auf die Gesamtmenge an HMOs, aus. Zum Beispiel ist bei der sogenannten „Sekretormilch“ die 2'Fucosyllactose eine der Hauptkomponenten, während in „Nicht-Sekretormilch“ dieses Oligosaccharid gar nicht vorhanden ist. In Europa sind etwa 70-80 % der Mütter sogenannte „Sekretoren“ und 20-30 % Nicht-Sekretoren. Ausgesprochen interessant ist in diesem Zusammenhang, dass dieser Sekretor/Non-Sekretorstatus gerade sehr intensiv im Zusammenhang mit bakteriellen und viralen Krankheiten beim Menschen generell, unabhängig von der Thematik „Mutter-Kind-Interaktionen“ diskutiert wird. Man weiß z.B., dass bei Personen mit einem Sekretorstatus die Anfälligkeit für Norovirus-Infektionen sehr viel höher ist als bei Nicht-Sekretoren, während „Nicht-Sekretoren“ ein höheres Risiko für die Entwicklung eines Morbus Crohn haben.

ReH

14.740 € Spende für BVKJ-eigene Stiftung „Kind und Jugend“

Gutes tun ist manchmal ganz einfach. 737 Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen nahmen im vergangenen Jahr an der zweiten Befragung zur Meningokokken-B Impfung teil. Sie konnten zwischen einem Gutschein als Dankeschön wählen oder einer Spende für die Stiftung Kind und Jugend. Über die Hälfte der Befragten spendete ihr Honorar für die Stiftung. Stiftungsvorstand Dr. Ulrich Kohns: „Die hohe Spendenbereitschaft unserer



Kolleginnen und Kollegen ist einfach großartig und wir sind sehr dankbar dafür. Das Geld wollen wir dazu verwenden, zukünftig auch eigene Projekte zur ambulanten Versorgung in Kinder- und Jugendarztpraxen durchzuführen. Damit verbessern wir die Qualität der ambulanten kinder- und jugendmedizinischen Versorgung. Um dieses Vorhaben zu verwirklichen, brauchen wir allerdings noch weitere

Spenden. Meine Bitte daher: Unterstützen Sie unsere Stiftung auch in diesem Jahr mit Ihren Spenden. Selbst kleine Beträge wie das Befragungshonorar können in der Summe Großes bewegen.“

Unterstützen auch Sie mit einer Spende Ihre Stiftung!

Stiftung Kind und Jugend e. V.

IBAN DE79 3702 0500 0001 4074 41

ReH

Chancengerechte Hochschulmedizin in NRW

Programm soll gezielt Nachwuchsförderung in der Medizin unterstützen, Gleichstellungsarbeit stärken und medizinisches Personal entlasten // „Die aktuellen Studien zeigen, dass in der Hochschulmedizin immer noch das Geschlecht, Elternschaft, potentielle Mutterschaft oder ein möglicher Kinderwunsch mit über Karrierechancen entscheiden. Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit notwendig“, sagte Annette Storsberg, Staatssekretärin im Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen am 31. Januar bei der Vorstellung des neuen Landesprogramms „Chancen ergreifen, Forschung und Familie fördern – Programm für chancengerechte Hochschulmedizin in Nordrhein-Westfalen (FF-Med)“.

Trotz der Geschlechterparität bei den Studierenden der Medizin seit weit über 20 Jahren sind die Karrierechancen von Männern und Frauen in der Hochschulmedizin sehr ungleich verteilt. Lediglich 15,5 Prozent der Professuren und 29 Prozent der Oberarztstellen sind mit Frauen besetzt. Studien zeigen, dass die Gründe für Chancenungleichheit vielfältig sind. So führt der Gender Report 2016 auf, dass fast 60 Prozent der Assistenzärztinnen bereits Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, der häufigste Grund ist dabei ihr Geschlecht. Die Hälfte der Assistenzärztinnen gibt an, dass ihnen fachliche Kompetenz und Karriereambitionen abgesprochen würden, weil ihnen eine generelle Familienorientierung unterstellt wird. Folgen dieser Vorurteile sind schlechterer Zugang zu Rotationsstellen und weniger Operationsmöglichkeiten.

Das Ziel des Programms „FF-Med“ ist es, mit der Stärkung der Gleichstellungsarbeit in den Medizinischen Fachbereichen und einer gezielten Nachwuchsförderung dazu beizutragen, dass künftig im Sinne einer Bestenauslese Frauen ihr Potential besser entfalten können. Die dreijährige Förderung in zwei Programmsträngen beginnt 2019; für die Jahre 2020 und 2021 steht die Förderung unter dem Vorbehalt des Haushaltsetzgebers.

Programmstrang I: Gleichstellungsarbeit stärken

Der erste Programmstrang dient dazu, die Gleichstellungsarbeit in den Medizinischen Fachbereichen strukturell und systematisch zu unterstützen. Die Universitäten mit Medizinischen Fachbereichen in NRW erhalten dafür ab 2019 erstmals einen Sockelbetrag von jährlich 58.000 Euro pro Jahr und Universität.

Dieser Betrag soll vorrangig für eine zusätzliche personelle Entlastung der Gleichstellungsbeauftragten der Medizinischen Fachbereiche verwendet werden, damit diese ihre Aufgaben wie Berufungsverfahren, Mitwirkung an Personalverfahren der ärztlichen Beschäftigten, Gleichstellungsplan, strategische Planung etc. umfassend erfüllen können.

Programmstrang II: Förderung von Nachwuchswissenschaftlerinnen auf dem Weg zur Professur

In einem zweiten Programmstrang werden exzellente Nachwuchswissenschaftlerinnen im Bereich Medizin auf ihrem Weg zur Professur gefördert. Für Nachwuchskräfte ist es eine große Herausforderung, neben der klinischen Tätigkeit ausreichend Zeit für Forschung

und Publikationen zu finden. Jeder Medizinische Fachbereich in NRW wird jährlich einen festen Betrag in Höhe von 100.000 Euro zur Nachwuchsförderung erhalten. Durch diese Mittel können ausgewählte Wissenschaftlerinnen in der post-doc-Phase mit „Stipendien“ zeitlich entlastet werden, damit sie mehr Freiraum für Forschung und Publikationen haben. Wie diese zeitliche Entlastung im konkreten Fall gestaltet wird, soll vor Ort im Einvernehmen mit der Gleichstellungsbeauftragten entschieden werden.

Dem Fachbereich Medizin stehen unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten offen, zum Beispiel ein halbes Jahr dienstfrei, einige Wochen/Monate keine klinische Tätigkeit, ein Tag in der Woche über einen längeren Zeitraum „klinikfrei“. Auch darüber, wie viele Frauen in welchem Umfang ein Stipendium erhalten, kann entsprechend der spezifischen Situation an ihrem Standort entschieden werden. Wichtig ist, dass der Einsatz der Mittel zusätzlichen zeitlichen Freiraum für Forschung und Publikationen schafft, damit mehr Frauen neben den Herausforderungen des Klinikalltags und Sorgeverpflichtungen (Familie und Pflege) erfolgreich habilitieren.

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

Red.: ReH

Nur einige Prozent?

In ihrer im Januar lancierten „Stellungnahme zur Gesundheitsgefährdung durch umweltbedingte Luftverschmutzung, insbesondere Feinstaub und Stickstoffverbindungen (NO_x)“ schreiben der Initiator Prof. Köhler und 112 Pneumologen (zu ca. 75% klinisch und in Praxen tätig): „Man findet mehr oder weniger regelhaft eine sehr geringe Risikoerhöhung in staubbelasteten Gebieten, meistens nur um einige Prozent.“



**Prof. Dr. med.
Karl Ernst von Mühlendahl**

In der Tat: Es gibt umfangreiche, gut durchgeführte epidemiologische Studien, die nach Ausschluss von Störfaktoren die Assoziation von Luftschadstoffen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma, Infekte) und erhöhten Raten von Früh- und Mangelgeburten aufzeigen.

„Nur“ um einige Prozent? In deutschen Städten sind viele Millionen

Menschen Außenluft-Schadstoffen ausgesetzt, und eine Erhöhung von Krankheitshäufigkeiten von einigen Prozent betrifft Zehntausende von Menschen. Irreführend ist in diesem Zusammenhang die Aussage: „Lungenärzte sehen in ihren Praxen und Kliniken ... Tote durch Feinstaub und NO_x, auch bei sorgfältiger Anamnese, nie.“

Auch ich habe bei den mehreren tausend Früh- und Mangelgeborenen, die ich während meines Berufslebens gesehen habe, wohl niemals eindeutig und alleinig die Luftverschmutzung als Ursache zuschreiben können; aber ich weiß gut, dass die Feinstäube und Stickoxide mitverantwortlich sind und dass in Deutschland wahrscheinlich mehrere tausend die Kinder gefährdende Früh- und Mangelgeburten verhindert werden könnten.

Risiken zu identifizieren, zu quantifizieren und mitzuteilen ist Aufgabe der Wissenschaft. Festzustellen, welche Gefährdungen und Risiken zumutbar und akzeptabel sind, ist dann eine gesellschaftliche und politische Aufgabe. Die Forderung der 112 Pneumologen, dass

„die Rechtsvorschrift für die aktuellen Grenzwerte ausgesetzt werden sollte“, ist keine wissenschaftliche begründete Forderung, sondern eher die Privatmeinung von Ärzten, die die reichlich vorhandene Datenlage nicht kennen oder nicht ernst nehmen.

Einzelne kinderärztliche Gesellschaften (GPP, GPA, Kinderumwelt) haben den pädiatrischen Standpunkt öffentlich zum Ausdruck gebracht. Es ist bedauerlich, dass unsere Strukturen es nicht ermöglichen, klar und aktuell die ganz überwiegend geteilte pädiatrische Meinung zu äußern:

Die geltenden Grenzwerte dürfen nicht heraufgesetzt werden, da die Gesundheit der Kinder weiterhin geschützt werden muss!

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl
49124 Georgsmarienhütte
E-Mail: kontakt@kinderumwelt.de

Red.: WH

PM der Gesellschaft Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA e. V.) vom 30.01.2019

Feinstäube und Stickstoffdioxid gefährden die Kindergesundheit

Der Vorstand der GPA e.V. distanziert sich von der Stellungnahme zur Gesundheitsgefährdung durch umweltbedingte Luftverschmutzung, insbesondere Feinstaub und Stickstoffverbindungen (NO_x), die durch Prof. Köhler und 112 Lungenfachärzte veröffentlicht wurde.

Der Vorstand der GPA e.V. unterstützt die Stellungnahmen der Deutschen

Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der European Respiratory Society (ERS), des internationalen Forums der pneumologischen Fachgesellschaften (FIRS) und der World Health Organisation (WHO), die die **Belastung mit Luftschadstoffen als eine der wesentlichen Gesundheitsgefährdungen für Menschen insbesondere Kinder- und Jugendliche** einschätzen.

In der laufenden Debatte beziehen wir als Kinder- und Jugendärzte, Kinderpneumologen, Allergologen und Umweltmediziner klar und wissenschaftlich fundiert Position:

Kinder sind die zukünftigen Erwachsenen von morgen, Schädigungen ihrer in Wachstum und Reifung befindlichen Organe können teilweise zeitlebens nicht mehr wettgemacht werden.

Diese Aussagen gelten in Kenntnis vieler aktueller Untersuchungen, die meisten davon sind in der WHO-Publikation „Luftverschmutzung und Kindergesundheit“ vom Oktober 2018 erfasst. Studien mit Kindern belegen z. B., dass schon NO₂-Konzentration größer 20 µg/m³ in der Außenluft zu vermehrten Hospitalisierungen wegen schweren unteren Atemwegsinfektionen führen, die Folgeerkrankungen der Lunge und Atemwege verursachen.

Zudem erhöht die **Exposition mit Luftschadstoffen das Risiko von Kindern, Asthma zu entwickeln**. Eine kürzlich in Südengland veröffentlichte Studie erfasste die Belastung mit Luftschadstoffen wie Feinstäuben und NO₂ bei Babys, die in ihren Kinderwägen an viel befahrenen Straßen entlang geschoben werden mit dem Resultat, dass diese bis zu 60 % mehr Schadstoffe inhalierten als begleitende Erwachsene. Dies kann sich auch auf die neurologische Entwicklung negativ auswirken, wie die WHO-Publikation anhand weiterer Studien nachweist.

Deshalb und aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes beharren wir auf der **Forderung nach strikter Einhaltung der rechtlich verbindlichen EU-Grenzwerte für Feinstaub und Stickoxid** sowie weiteren Untersuchungen, ob und wie diese in den kommenden Jahren weiter abgesenkt werden müssen.

In Synopsis der eindeutigen wissenschaftlichen Datenlage, die zeigt, dass Luftschadstoffe die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gefährden, lehnen wir die undifferenzierte Stellungnahme der Kollegen ab. Denn die Fachgesellschaften haben auch die methodische Kritik an der Festlegung von Grenzwerten widerlegt und halten die Behauptung, dass Luftschadstoffe keine gesundheitliche Auswirkung haben, in keiner Weise für begründet. Die öffentliche Verleugnung einer erdrückenden Datenlage verletzt nach Auffassung des Vorstandes der GPA e. V. die Grundlagen wissenschaftlichen Diskurses und ärztlichen Handelns.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Dr. Thomas Lob-Corzilius und

PD Dr. Tobias Ankermann, 52072 Aachen

E-Mail: GPA.eV@t-online.de Red.: WH

Eine Nachricht und ihre Geschichte

Am 25. Januar ging eine außergewöhnliche Website online: www.team-sucht-arzt.de. „Wir – Kathrin, Yvonne und Kathrin suchen eine neue Chefin oder Chef und unsere Patienten ein/n Kinder- und Jugendarztin/arzt!“ war da zu lesen; dazu jede Menge Infos über die Praxis, den Standort, die Ausstattung und Interviews mit den Mitarbeiterinnen und Patienten. Was steckt hinter der Website? wollten wir von MFA und Team-Mitglied Kathrin Müssig wissen.

Frau Müssig, ein Praxisteam, das per Website und über Soziale Netzwerke einen neuen Chef oder eine Chefin sucht – wie sind Sie auf diese ungewöhnliche Idee gekommen?

Ganz einfach: wir mussten was machen, da wir einen Nachfolger für unsere derzeitige Chefin brauchen. Und über die konventionellen Wege hat sich bisher niemand gefunden.

Die Website ist sehr professionell und schön, wer hat die Ihnen gemacht?

Eine Agentur hier aus dem Ort. Und zwar umsonst. Daran sehen Sie, wie engagiert auch die Menschen hier im Ort nach einem Kinder- und Jugendarzt oder einer -ärztin suchen.

Und wie ist jetzt die Resonanz auf die Website?

Riesengroß, seit letztem Freitag sind wir online, heute ist Montag, wir haben genau 5411 Zugriffe.

Und ernsthafte Interessenten?

Leider bisher nicht.

Woran liegt's? Weil die Praxis auf dem Land liegt, in Neuendettelsau?

Vielleicht ein bisschen. Aber Sie vom BVKJ müsstest doch auch wissen, dass überall Kinderärztemangel herrscht, nicht nur bei uns auf dem Land. Die jungen Mediziner scheuen halt das Risiko – und das Land. Dabei sind wir eine gut organisierte Praxis und es ist bei uns sehr schön und gar nicht so abgelegen.

Und was passiert, wenn Sie jetzt keine Nachfolgerin, keinen Nachfolger finden?

Dann ist die Praxis in vier Wochen zu. Endgültig.

Wir als Team arbeiten so gerne und so engagiert und wir haben so nette Patienten – warum findet uns niemand, der ebenso gerne und engagiert arbeitet? Wir verstehen das überhaupt nicht.

ReH



Kinderstationen bauen Kapazitäten ab

Die Zahl der Betten in den Kinderabteilungen der deutschen Krankenhäuser ist leicht zurückgegangen. Die bundesweite Kapazität in der Kinderheilkunde sank zwischen 2007 und 2017 von 19.700 auf 18.600 Betten, wie die Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Linke-Fraktion antwortete.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sprach von einem „eher moderaten“ Rückgang. Angesichts einer geringen Auslastung von durchschnittlich 66 Prozent 2017 sei „auch weiterhin von eher hohen Kapazitäten auszugehen“.

Die Zahl der Ärzte in der Kinder- und Jugendmedizin der Kliniken stieg im selben Zeitraum von 4.300 auf fast 6.100,

heißt es in der Antwort. Dagegen blieb die Zahl der Kinderkrankenpfleger nahezu gleich – 2007 waren es 37.800 Pflegerinnen und Pfleger und zehn Jahre später 37.700.

Linke-Gesundheitsexperte Achim Kessler kritisierte, dies zeige, wie wenig die Pflege im derzeitigen Vergütungssystem mit Fallpauschalen wert sei. „Ich

fordere die Bundesregierung auf, die Situation in der Kinderkrankenpflege sofort zu verbessern.“

Gemessen an 100.000 Einwohnern standen 2017 bundesweit 22,5 Betten in der Kinderheilkunde zur Verfügung nach 23,9 Betten zehn Jahre zuvor. Am meisten waren es 2017 in Sachsen-Anhalt mit 32,2 Betten und am wenigsten in Schles-

wig-Holstein mit 15,1 Betten. In den Abteilungen für Kinderchirurgie ging die Zahl der Betten zwischen 2007 und 2017 bundesweit von rund 1.900 auf 1.700 zurück.

Das BMG erläuterte, für eine Konzentration des Bettenangebots und Schließungen von Fachabteilungen für Kinderheilkunde könnten nicht nur wirtschaftliche Aspekte eine Rolle spielen – sondern

auch Bemühungen um mehr Spezialisierung und Qualität. Zudem könnten immer mehr Krankheiten ambulant ohne Klinikaufenthalt behandelt werden.

Quelle: dpa/aerzteblatt.de

Red.: ReH

App Baby & Essen mit Update

Seit fast vier Jahren können junge Eltern die App Baby & Essen nutzen. Nun steht ein weiteres Update des Elternratgebers zur Verfügung. Die App ist technisch und inhaltlich aktualisiert und bietet die neuesten Empfehlungen zur Ernährung des Säuglings und der stillenden Mutter. Eine Evaluation der App hat dazu beigetragen, die Nutzung der App zu vereinfachen und Funktionen, wie Brei-Kalkulator oder Papa-Modus zu optimieren. Zusätzlich bietet die App jetzt eine Tagebuch-Funktion an.

Praktisch, wissenschaftlich fundiert und ohne Werbung

Die App ist ein interaktiver Begleiter durch das aufregende erste Lebensjahr. Sie bietet Eltern Informationen und praktische Unterstützung bei vielen Themen: vom Stillen, über die Flaschenmilch und die Beikost bis zum Familienessen. Auch die Ernährung der stillenden Mutter und die wichtige Rolle des Vaters werden erklärt. Die App basiert auf den bundesweit einheitlichen und wissenschaftlich fundierten Empfehlungen zur Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter des Netzwerks Gesund ins Leben.

Neue Funktionen: Tagebuch schreiben und Rezepte teilen

Im ersten Lebensjahr, wenn mit dem ersten Kind der gewohnte Alltag Kopf steht, tut es gut, Gefühle und Gedanken zu sortieren und festzuhalten. Mit der neuen Tagebuch-Funktion der App können Eltern ihre Erinnerungen an besondere Momente – auch in Form von Fotos – festhalten. Wer möchte, kann sich auch regelmäßig erinnern lassen, Tagebuch zu schreiben.

Ob mit Fleisch, Fisch oder vegetarisch: Mit dem Brei-Kalkulator können Eltern Rezepte erstellen und jetzt auch spei-

chern und teilen. Sollen die Großeltern mal den Brei kochen, erhalten sie das passende Rezept für den Mittagsbrei bequem aufs Handy. Größere Mengen lassen sich ebenfalls berechnen. So kann der Brei vorgekocht und portionsweise eingefroren werden. Das spart Zeit und Nerven.

Im Papa-Modus spricht die App gezielt Väter an. Zusätzliche Informationen und ansprechende Bilder zeigen, wie Väter die stillende Partnerin unterstützen können, oder machen Mut, mit dem Baby alleine Zeit zu verbringen.

Kostenlos für iOS und Android

Die App Baby & Essen ist kostenlos für iOS und Android erhältlich und ist auch für Tablets geeignet. Bereits installierte Apps aktualisieren sich je nach Einstellung automatisch.

Über den QR-Code in der beigefügten pdf-Datei gelangen Sie direkt zum passenden App-Anbieter für Ihr Gerät.

Die Links zu den passenden Stores finden Sie auch unter <http://www.gesund-ins-leben.de/app>.

App-Trilogie für Eltern

Die Kooperationspartner Kompetenzzentrum für Ernährung (Kern), Netzwerk Gesund ins Leben und Stiftung

Gesund ins Leben

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Netzwerk Gesund ins Leben ist angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) und Teil des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Weitere Informationen unter: <http://www.gesund-ins-leben.de>

Kindergesundheit haben je eine App zur Ernährung in der Schwangerschaft, im 1. Lebensjahr und im Kleinkindalter entwickelt. Die drei Apps „Schwanger & Essen“, „Baby & Essen“ und „Kind & Essen“ begleiten Eltern von der Zeit vor der Geburt bis zum 3. Lebensjahr ihres Kindes. Infos unter <https://www.familie-gesund-ernaehrt.de>

Red.: ReH

Richtig angesprochen

Der Kampf um die Geschlechtergerechtigkeit beschäftigt Sprachwissenschaftler, Genderbeauftragte – und die Redaktion des Kinder- und Jugendarzt. Fast drei von vier BVKJ-Mitgliedern sind Frauen – wie sollen wir sie ansprechen? Wie über sie schreiben? Wie sollen wir deutlich machen, dass wir beide Geschlechter meinen und niemanden, auch nicht die Minderheit der Männer ausschließen? In PaedInform hat unser Redakteur Wolfram Hartmann die Frage gestellt und zahlreiche Antworten bekommen. Der Anteil sarkastisch gemeinter Anregungen war dabei relativ hoch. Ein endgültiger Konsens konnte nicht erzielt werden.

Nicht nur im Fach Kinder- und Jugendmedizin, sondern in vielen Bereichen ist die sogenannte geschlechtergerechte Sprache ein Thema. Schauen wir uns also mal um, wie es die anderen machen. Die neue Fassung der Straßenverkehrsordnung ersetzt zum Beispiel die männliche Personenbezeichnung durch eine geschlechtsneutrale Partizipialbildung: nicht mehr „Fußgänger“ überqueren die Straße, sondern „zu Fuß Gehende“ – was natürlich sprachensible Naturen irritiert, ist es doch längst nicht dasselbe. Bei den Grünen muss das Gendersternchen („Politiker*innen“) in jedem Antrag stehen, seitdem die Partei dieses beschlossen hat. In Hochschulen konkurrieren Partizipialformen („Studierende“) oder Doppelnennungen („Studentinnen und Studenten“) mittlerweile mit ungewohnten Varianten wie dem neu erfundenen generischen Femininum („Herr Professorin“).

Und im Buch der Bücher? Die 2006 erschienene *Bibel in gerechter Sprache* spricht von „Jüngerinnen und Jüngern“ und „Pharisäerinnen und Pharisäern“, weil, nach sozialgeschichtlicher Erkenntnis, unter beiden Gruppen auch Frauen gewesen sein sollen.

Einen Empörungstsunami gab es, als der Duden im letzten Jahr den Ratgeber *Richtig gendern* herausbrachte. Die Lingu-

istinnen Gabriele Diewald und Anja Steinhauer erörtern darin, welche Möglichkeiten „die Sprache und andere Zeichensysteme“ bieten, „geschlechtergerecht“ zu schreiben, und zwar so, dass dabei „ansprechende und lesbare Texte“ herauskommen. Sie beschreiben, ohne sich für eine einzige Möglichkeit auszusprechen, Partizipialkonstruktionen, Schräg- und Bindestriche, Binnen-I, Gendersternchen und den Unterstrich. „Sprachzensur“ und „Schämen Sie sich!“ schallte es ihnen ent-



gegen. Der Linguist Peter Eisenberg, Autor gleich mehrerer Standardwerke zur Grammatik schrieb in der FAZ von „Manipulation des Sprachgebrauchs, Manipulation der Sprachnorm und Ridikülisierung der Grammatik: Der Preis, der für eine Anbiederung an den Zeitgeist gezahlt wird, ist hoch.“ Über der hitzigen Debatte war der Umstand ein wenig in Vergessenheit geraten, dass der Duden den Sprachgebrauch lediglich beobachtet und neue Wörter ins Wörterbuch aufnimmt, wenn es eben der Zeitgeist nahelegt. Regeln ändern darf er nicht. Der Ratgeber setzte also ebenfalls keine neuen Normen, sondern beschrieb nur Möglichkeiten.

Neue Regeln darf nur der Rat für deutsche Rechtschreibung setzen. Er versammelt 41 Fachwissenschaftler aus den deutschsprachigen Ländern und Regionen, also aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Liechtenstein, der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und der deutsch-

sprachigen Gemeinschaft Belgiens: Beschließen sie eine Regeländerung, befasst sich die deutsche Kultusministerkonferenz damit. Stimmt sie zu, ist die Änderung amtlich.

Beschlossen, nichts zu beschließen

Der Rat für deutsche Rechtschreibung hat dann schließlich auch getagt und beschlossen, dass es nichts zu beschließen gibt. Es wird weiterhin keine einheitliche geschlechtergerechte Schreibweise geben. Denn es gebe „einen Pluralismus grundsätzlicher kultureller, wissenschaftlicher, weltanschaulicher, sprachlicher und politischer Wahrnehmungen geschriebener Sprache als Darstellung von Lebenswirklichkeit“. Jetzt haben wir es also amtlich: die vielen Formen von der Mehrfachnennung der Geschlechter über die Binnenmajuskel und den Gender Gap bis zum Gender-Sternchen machen eine einheitliche Regel unmöglich.

Es lebe die freie Wortwahl!

Die vornehme Zurückhaltung des Rates ist eine feine Sache. Damit können wir nämlich selber entscheiden, wie wir reden und schreiben. Wir können zum Beispiel gelegentlich Sterne einfügen oder das Binnen-I verwenden oder beide Geschlechter einzeln ansprechen, wir können in Klammern w,m,d schreiben und ab und zu das generische Maskulinum verwenden. Unsere Autoren können dies genauso halten, wir müssen niemandem etwas vorschreiben. Mit dieser Lösung zeigen wir: es gibt Vielfalt, es gibt Diversität und wir schreiben für Alle. Unsere Zeitschrift will nicht nur den Kinder- und Jugendarzt informieren, auch wenn sie weiter so heißen wird.

Regine Hauch

Das Leser-Forum

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

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



Erher als Pflichtübung ging ich ins Kino, mit Staunen verfolgte ich die Dokumentation „Elternschule“. Sensibel, respektvoll und hautnah haben die Filmemacher das Thema umgesetzt. Bei den Ausschnitten aus den Elternseminaren fühlte ich mich an zahlreiche Gespräche in der eigenen Praxis erinnert. Didaktisch konnte ich sogar noch dazulernen. Mit der Methodik kann man sich freilich kritisch auseinandersetzen. Es wird auch durchaus klar, daß sie nicht für alle Konstellationen geeignet sein mag. Wer jedoch den Film verreisst, hat ihn entweder nicht (zuende) gesehen oder will einfach nicht verstehen, daß ein Team aus hochqualifizierten, empathischen und schier endlos geduldigen Therapeuten hier Familien aus völlig vertrackten Situationen heraushilft. Unverständlich, daß diese verdienstvollen Menschen als Zielscheibe für unreflektierte Angriffe von Fanatikern erhalten müssen. Sprechen doch beim Follow die Gesichter von Zarah und des kleinen

Mohammed Bände: sah man zu Beginn der stationären Maßnahme verhärmete, fast greisenhafte Nervenbündel, die nicht wussten, wie und wohin mit sich, waren die Kinder nach drei Monaten kaum wiederzuerkennen: fröhlich und gelöst, die Eltern erleichtert und deutlich entspannter.

Herr Langer und Mitarbeiter, Ihre langjährige Erfahrung und Ihr Erfolg gibt Ihnen Recht. Wann kommen Sie mit Ihren Elternseminaren auf „Tournee“?

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Gunthild Kayser
Kinder-und Jugendärztin
Kaiser-Karl-Ring 1
53111 Bonn
0228 / 65 05 13
0170 / 23 55 077

Red.: Reh

Engagement für Kinderschutz

Gerd-Unterberg-Preis 2019 für BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach

Auf der diesjährigen Fachtagung von RISKID, der elektronischen Informationsplattform gegen Kindesmissbrauch, zeichnete Dr. Ralf Kownatzki, Vorstand von RISKID, Thomas Fischbach für sein langjähriges entschiedenes Eintreten für einen verbesserten Kinderschutz mit dem Gerd-Unterberg-Preis aus. Der Preis ist mit 1000 Euro dotiert.



In seiner Laudatio erinnerte Ralf Kownatzki daran, dass es Thomas Fischbach war, der sich gegen massive Widerstände auch aus den eigenen Reihen maßgeblich dafür eingesetzt hat, dass Kinder zu ihrem Schutz die ihnen gesetzlich zustehenden Vorsorgeuntersuchungen auch tatsächlich erhalten, dass also auch überprüft wird, dass Eltern die Vorsorgetermine mit ihren Kindern wahrnehmen. Thomas Fischbach habe

zudem die Bedeutung und die Möglichkeiten von RISKID für den ärztlichen Informationsaustausch von Anfang an erkannt und als unverzichtbar unterstützt. Denn das Doktor-Hopping, mit dem Eltern oft ihre Misshandlungen verschleiern, könne mit Hilfe von RISKID verhindert werden. Mit seinem Engagement habe Thomas Fischbach dazu beigetragen, Kindern eine Stimme zu geben und sie besser vor Misshandlungen zu schützen.

ReH

Neu im Bundestag: Die Kinder- und Jugendärztin Nezahat Baradari

Elf Ärzte gehören dem Deutschen Bundestag an. Als Kinder- und Jugendärztin ist sie jedoch die einzige: Nezahat Baradari (SPD) aus Attendorn ist seit dem 7. Januar Mitglied des Deutschen Bundestags. Sie folgte auf den bisherigen Bonner SPD-Abgeordneten Ulrich Kelber, der Ende November zum neuen Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit gewählt wurde. Mit unserer Zeitschrift sprach sie über ihre politischen Pläne, welche Themen sie auf die politische Agenda setzen will und welche Rolle Erdbeeren für ihre Karriere gespielt haben.



Foto: Bernhard Fotografie

Sie haben nun schon zwei Sitzungswochen im Bundestag erlebt. Ihr Eindruck?

Aufregend und vielseitig. Es ist ein ganz anderes Leben, nicht vergleichbar mit meiner bisherigen Arbeit. Hinzu kommt, dass ich nachgerückt bin. Das ist, als wenn ich bei laufender Fahrt in einen Hochgeschwindigkeitszug zugestiegen wäre. Von meiner Landesgruppe wurde ich aber sehr nett aufgenommen – das hilft.

Was haben Sie sich für diese Legislaturperiode für Themen vorgenommen?

Ich bin nun erst einmal ordentliches Mitglied im Ausschuss für europäische Angelegenheiten. Dieser Ausschuss ist der zentrale Ort der europapolitischen Mitwirkung im Deutschen Bundestag. Als Querschnittsausschuss kümmert er sich vor allem um Grundsatzfragen der europäischen Zusammenarbeit. Er pflegt intensive Kontakte zu Europa-Ausschüssen anderer nationaler Parlamente in der Europäischen Union. Unter anderem geht es da natürlich auch um Gesundheitsthemen, und ich werde versuchen, meine Expertise als Kinder- und Jugendärztin dort einzubringen.

Im Gesundheitsausschuss, in dem ich auch gerne mitarbeiten würde, sind zurzeit alle Plätze besetzt, aber ich kann mein Wissen und meine Ideen in die Fraktion einbringen. Vor allem als niedergelassene Ärztin kann ich besondere Aspekte der ambulanten Grundversorgung ansprechen.

Welchen Stellenwert wird die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf Ihrer politischen Agenda künftig einnehmen?

Ganz allgemein möchte ich mich für die Verbesserung der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen in unserem Land einsetzen. Kinderrechte gehören endlich ins Grundgesetz, das ist mir eine Herzenssache. Zu den Kinderrechten gehört auch ein Leben ohne Gewalt und Missbrauch. Hier werde ich mich dafür stark machen, dass Jugendämter und Pädiater besser miteinander kommunizieren, dass Informationen nicht nur einseitig von Pädiatern an die Jugendämter gehen, sondern auch umgekehrt fließen.

Dann werde ich mich dafür einsetzen, dass besonders Kinder und Jugendliche aus armen Familien besser vorankommen. Und zwar von Anfang an. Meine Partei möchte da schon einige Projekte auf den Weg bringen, zum Beispiel kostenloses Mittagessen in den Schulen, die Aufstockung des Schulstarter-Pakets auf 150 Euro im Rahmen des „Starke-Familien-Gesetzes“. Wir brauchen aber auch mehr Unterstützung für Jugendliche und junge Erwachsene. Mehr finanzielle Ausbildungsförderung, also zum Beispiel Bafög. Dann müssen wir dafür sorgen, dass unsere Kinder von der Digitalisierung profitieren. Die Schulen sind entsprechend auszurüsten. Das Geld dafür ist vom Bund bewilligt, jetzt sind die Länder am Zug.

Und zur medizinischen Versorgung, speziell auf dem Land?

Ich weiß, welche Nöte Eltern auf dem Land haben, Kinder- und Jugendärzte für ihre Kinder zu finden. Wenn wir Landflucht und verwaiste Orte verhindern wollen, müssen wir dort unter anderem auch die medizinische Versorgung garantieren. Wir müssen Anreize für junge Ärztinnen und Ärzte schaffen, sich auf

dem Land niederzulassen, etwa durch Stipendien während des Studiums. Gemeinden könnten Ärztinnen oder Ärzten die Niederlassung durch günstige Kredite oder die Bereitstellung günstiger Praxisräume erleichtern. Natürlich sehe ich hier auch, dass es arme Gemeinden gibt, die das nicht aus eigener Kraft stemmen können. Darüber hinaus brauchen wir einfach mehr Mediziner, dafür muss der Numerus Clausus gelockert werden. Auch brauchen wir alternative Konzepte. Denkbar sind zum Beispiel medizinische Assistentinnen oder Assistenten vor Ort, die dort nicht-ärztliche, aber gesundheitsrelevante Aufgaben übernehmen, wie AGNES oder EVA. Die Digitalisierung wird uns ebenfalls helfen. Allerdings wird diese nur mit einem zügigen Netzausbau funktionieren, und davon sind wir noch meilenweit entfernt. Ich persönlich finde das Modell ärztlicher Genossenschaften auf dem Land interessant, also MVZs in Eigenregie der Ärzte, die ihre Patienten kennen und wissen, was ihnen gut tut, statt unter der Führung gewinnorientierter Konzerne.

Alles in allem ist die Bekämpfung des Ärztemangels insbesondere auf dem Land eine große nationale Aufgabe – eine einzige Idee rettet uns da nicht.

Mit Ihrem Einzug in den Bundestag verliert das Sauerland eine engagierte Kinder- und Jugendärztin, es passiert das, was Gesundheitspolitiker eigentlich vermeiden wollen ...

Stimmt nicht. Ich habe rechtzeitig für Ersatz gesorgt. Meine Patienten werden auch weiterhin gut betreut in meiner Praxis. Und wenn nicht gerade Sitzungswoche in Berlin ist, werde ich zudem versuchen, meine chronisch kranken und be-

hinderten Patienten weiterhin auch selbst in geringem Umfang zu betreuen.

Deutschland gilt als ein Land, in dem der familiäre Hintergrund bestimmt, welchen Schulabschluss ein Kind macht. Sie selbst stammen aus sehr bescheidenen Verhältnissen, haben zunächst die Sonderschule besucht, sind dann auf die Hauptschule gewechselt und schließlich über die Realschule auf das Gymnasium gekommen. Nach dem Abitur haben Sie Medizin studiert. Ist also die These vom ungerechten Land, in dem die Familie über den Schulabschluss bestimmt, falsch?

JEIN. Ich glaube nicht, dass meine Biographie auf alle anderen übertragbar ist.

Wer und was hat Ihnen bei Ihrem Aufstieg geholfen?

Das waren, ganz klar, meine Eltern. Mein Vater hat uns Kindern immer gesagt: „Ich verkaufe mein letztes Hemd für eure Bildung. Lernt soviel ihr könnt.“ Meine Mutter hat sich durch sehr viel Arbeit für uns aufgeopfert. Das hat mich und meine beiden Brüder angespornt. Wir haben alle studiert und gute Berufe.

Aber auch das Bafög ist mir sehr zugute gekommen. Allerdings hat es nicht

Von Ankara über Attendorn nach Berlin

Nezahat Baradari wurde am 15. August 1965 in Ankara geboren. Bereits als Säugling kam sie mit ihrer Familie nach Deutschland und verlebte ihre Kindheit in Kiel.

Vom 10. bis 14. Lebensjahr lebte sie in Ankara, kehrte dann während des Militär-Regimes nach Kiel zurück, weil ihr Vater als Gewerkschaftler verfolgt wurde. In Kiel studierte Baradari auch Medizin.

Die Bundestagsabgeordnete ist mit dem iranischen Chirurgen und Orthopäden Ra-

min Baradari verheiratet, das Ehepaar hat zwei Töchter (19 u. 16).

Baradari besitzt neben der deutschen auch die türkische und durch ihre Heirat automatisch die iranische Staatsbürgerschaft.

In den Kreis Olpe ist sie vor 16 Jahren gezogen, als ihr Mann eine Stelle im Attendorner Krankenhaus annahm.

Mitglied der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands ist Nezahat Baradari seit Januar 1984, also seit 35 Jahren. Dem Bundestag gehört sie seit Januar 2019 an.

gereicht. Ich habe Arztpraxen geputzt, mit 14 habe ich morgens um 5 Uhr für die Firma Schwartau Erdbeeren für ihre Marmeladen gepflückt, später dann, als Medizinstudentin, habe ich Nachtwachen im Krankenhaus übernommen, um mir zum Beispiel für 100 Mark endlich einen Anatomieatlas kaufen zu können.

Ich denke, all das kann man nicht von jedem Menschen erwarten. Wir brauchen daher höhere Bafög-Sätze. Denn Bildung ist das „A und O“, damit auch Kinder aus bescheidenen Verhältnissen ihre individuellen Begabungen entfalten und ein erfülltes, selbstbestimmtes Leben führen können.

Ihr Rat an junge Menschen, die einen ähnlichen familiären Hintergrund wie Sie haben?

Wenn ihr mitten in Europa lebt: Haltet eure Augen und Ohren offen, verschanzt euch nicht hinter eurer Herkunftskultur! Eignet euch soviel Bildung wie möglich an. Strengt euch an, damit ihr die bestmögliche Hochschul- oder sonstige Berufsausbildung schafft. Hört nie auf zu lernen! Besonders auch junge Frauen sollten dies beherzigen, um nicht eines Tages von einem Mann abhängig zu sein oder als alleinerziehende Mütter in Armut zu geraten.

ReH



Foto: © Jörn Steiner - Fotolia.com

Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

Wenn der Staat in die Familie eingreift // Mehr als 61.000 Kinder und Jugendliche wurden 2017 von deutschen Jugendämtern in Obhut genommen. Zehn Jahre zuvor waren es nur rund 28.000 Minderjährige. Wesentliche Ursachen für den massiven Anstieg sind einerseits die frühere Intervention der Jugendämter im Sinne des Kinderschutzes und zum anderen die seit 2015 gestiegenen Unterbringungen von unbegleiteten minderjährigen Ausländern. Aber was bedeutet Inobhutnahme, welches Ziel hat sie, wie läuft die Kooperation mit der Herkunftsfamilie und wie geht es danach weiter?



Theresa Richter

Unumstritten ist, dass es sich bei einer Inobhutnahme um einen weitreichenden Eingriff in die familiäre Privatsphäre handelt. Unser Grundgesetz regelt in Artikel 6: „Pflege und Erziehung sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“. Es folgt jedoch die Aussage, dass „die staatliche Gemeinschaft (...) über ihre Betätigung“ wacht, also über die Ausübung des zuvor benannten Elternrechts. Hier findet sich die verfassungsrechtliche Grundlage des staatlichen Wächteramtes, welches von den deutschen öffentlichen Jugendhilfeträgern ausgeübt wird. Im Rahmen dieser hoheit-

lichen Aufgabe sind sie befugt, Kinder und Jugendliche außerhalb der Familie unterzubringen, wenn dies aufgrund einer Kindeswohlgefährdung zu ihrem Schutz erforderlich ist.

Was bedeutet Kindeswohlgefährdung und wie kommt es dazu?

Gemäß der gängigen Rechtsprechung handelt es sich um eine „gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung (des Kindeswohls) mit ziemlicher Sicherheit vor-

aussagen lässt.“ Zu den Gefahren zählen körperliche oder seelische Misshandlung, sexueller Missbrauch und extreme Vernachlässigung. Bei einer Kindeswohlgefährdung steht die Situation des Kindes in erheblichem Maße im Widerspruch zu seinen körperlichen, seelischen oder geistigen Bedürfnissen, die im Hinblick auf seine Erziehung und Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit erwartet werden können. Für die Bewertung der Auswirkungen einer potentiellen Gefahr auf die Entwicklung des Kindes, ist sein Alter von entscheidender Bedeutung. Gegenstand der Beurteilung ist in der Regel die aktive Handlung oder Unterlassung der Personensorgeberechtigten – in der Regel die Eltern – und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Kind.

Wird das Jugendamt im Rahmen seines Schutzauftrages tätig, befindet sich eine Familie in einer Krise, welche von ihr allein mit den zur Verfügung stehenden Handlungskompetenzen und Problemlösungsstrategien in der Regel nicht bewältigt werden kann. Die Schichtzugehörigkeit ist dabei nicht maßgeblich. Insbesondere seelische Verwahrlosung von Kindern kommt auch bei gebildeten Eltern vor. Oftmals sind hier bei den Eltern jedoch Problemeinsicht und die Bereitschaft, Hilfen anzunehmen aufgrund von Sorgen um die Außenwirkung eingeschränkt. Gleichzeitig gibt es eine Häufung von Kindeswohlgefährdungen in bildungsfernen Familien durch seit Generationen bestehender Einschränkungen in Lebensführungs- und Erziehungskompetenzen.

Die Unterscheidung zwischen ungünstigen Entwicklungsbedingungen und gefährdenden Umständen ist schwierig und nur im Einzelfall möglich. Risikofaktoren wie Drogenkonsum oder die psychische Erkrankung eines Elternteils sind immer kritisch, doch stets verbunden mit der Frage, wie sich die jeweilige Problematik im Umgang mit den Kindern auswirkt und ob Hilfen angenommen bzw. die Rahmenbedingungen abgesichert werden können.

Gesetzlicher Rahmen und Umsetzung in der Praxis

Für Fachkräfte der Jugendhilfe ist § 8a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) handlungsweisend, er regelt den „Schutz-

auftrag bei Kindeswohlgefährdung“. Demnach ist zunächst eine Gefährdungseinschätzung im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte vorzunehmen, die dabei nach Möglichkeit die Erziehungsberechtigten und das Kind bzw. den Jugendlichen einbeziehen sollen. Sind die Eltern nicht bereit oder in der Lage die Gefährdung abzuwenden, ist das Familiengericht anzurufen. Bei dringender Gefahr ist eine Inobhutnahme auch ohne Entscheidung des Gerichts möglich, notfalls unter Hinzuziehung von Polizei und Einrichtungen der Gesundheitshilfe. Widersprechen die Eltern, ist das Familiengericht im Anschluss zu informieren, um gemäß § 1666 BGB eine sorgerechtliche Entscheidung herbeizuführen.

§ 42 SGB VIII benennt weiter die Grundlage für eine Inobhutnahme. Neben dem Fall von dringender Gefahr ist eine Inobhutnahme auch vorgesehen, wenn der Minderjährige um Obhut bittet oder aufgrund des unbegleiteten Aufenthalts eines ausländischen Kindes oder Jugendlichen.

Im 2011 eingeführten Bundeskinder- und Jugendhilfegesetz wurden Rahmenbedingungen für verbindliche flächendeckende Netzwerkstrukturen im Kinderschutz geregelt, welche auch Einrichtungen der Gesundheitshilfe betreffen. Zudem ist die trotz Schweigepflicht bestehende Beratungs- und Meldepflicht von Einrichtungen und Personen im beruflichen Kontext mit Kindern und Jugendlichen beschrieben, welche bei gewichtigen Anhaltspunkten auf eine Kindeswohlgefährdung besteht.

Doch was bedeutet all dies in der Praxis? Das Jugendamt erhält zunächst eine Meldung, d.h. einen Hinweis auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung, z.B. von Schule, Kinder- und Jugendarzt oder Nachbarn. Meldungen können rund um die Uhr erfolgen, eingerichtete Notdienste sollen den Einsatz von Fachkräften der Jugendhilfe zu jeder Zeit sicherstellen. Beschrieben werden beispielsweise Beobachtungen von auffälligen Verhaltensweisen, desolaten Wohnverhältnissen oder körperlichen Misshandlungsspuren. Die Mitarbeiter des Jugendamtes müssen nach Möglichkeit mit Kind und Eltern vor Ort sprechen, sofern dies den Schutz des Kindes nicht in Frage stellt. Entscheidend können auch die Einschätzungen anderer beteiligter Fachkräfte sein, z.B. ist bei Verdacht auf Misshand-

lung oder Vernachlässigung die Sichtweise des zuständigen Kinder- und Jugendarztes im Hinblick auf mögliche Auffälligkeiten relevant. Auch kann die Initiierung einer ärztlichen Untersuchung notwendig sein, um neben der medizinischen Versorgung auch einen Verdacht auf Gewalteinwirkung fachgerecht überprüfen zu lassen.

Auf Grundlage der gesammelten Informationen müssen die Mitarbeiter des Jugendamtes prognostisch die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung einschätzen und ggf. ableiten, wie diese abgewendet werden kann. Entscheidend ist dabei die Frage, was die Eltern dazu beitragen können, sowie deren Sichtweise der bestehenden Probleme. Wenn von den Eltern eigenes Fehlverhalten erkannt wird, ist dies positiv zu berücksichtigen. Neben der Einschätzung der Situation geht es um das Verstehen von Hintergründen des Verhaltens. Dies trägt dazu bei, die Grundlage für eine akzeptierende Zusammenarbeit und das Annehmen von Hilfen zu schaffen.

Ist der Verbleib des Kindes in der Familie tragbar und gleichzeitig ein Unterstützungsbedarf gegeben, können die Jugendämter kurzfristig freie Träger mit der Erbringung ambulanter Hilfen beauftragen, um die Situation zu begleiten und bei Bedarf abzusichern.

Ist eine Inobhutnahme erforderlich, stehen Einrichtungen zur Verfügung, die für die kurzfristige Aufnahme von in Not geratenen Kindern ausgerichtet sind und neben der materiellen Grundversorgung eine pädagogische Betreuung bieten. Alternativ können Kinder in Bereitschaftspflegefamilien oder im sozialen Umfeld der Familie untergebracht werden.

Fallbeispiel

Die Eltern eines zweijährigen Mädchens erscheinen mit ihm in der Notfallambulanz einer Kinderklinik und geben an, es sei gestürzt. Während der Untersuchung stellt der Pädiater fest, dass die Verletzungen nicht zur Erklärung des Unfallhergangs der Eltern passen und seiner Einschätzung nach durch Fremdeinwirkung entstanden sind. Der Arzt macht eine Meldung an das Jugendamt. Zwei Mitarbeiterinnen des Jugendamtes kommen in die Klinik und sprechen mit den Eltern und dem Arzt. Aufgrund deutlicher Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung und der



Foto: © Dron - Fotolia.com

Manchmal ist es in einer Einrichtung besser als in der Herkunftsfamilie

mangelnden Mitwirkungsbereitschaft der Eltern bringt das Jugendamt das Mädchen in einer Bereitschaftspflegefamilie unter.

Inobhutnahme als Kriseninterventionsmaßnahme – und dann?

Die Inobhutnahme eines Kindes ist immer eine vorläufige Entscheidung. Im Anschluss steht unmittelbar die Frage nach der weiteren Hilfeplanung an, die vom Jugendamt gesteuert wird. Das Ziel ist, eine beständige Lebenssituation in der das Kindeswohl gesichert ist, herzustellen. Die Einschätzung, ob dies bei der Herkunftsfamilie der Fall sein kann, erfordert eine Risikoeinschätzung unter Beteiligung mehrerer Fachkräfte. Viele Jugendämter arbeiten hier nach standardisierten Verfahren, um möglichst objektive professionelle Einschätzungen der meist komplexen Sachlagen zu ermöglichen. Diese sind Teil eines oft längeren Prozesses, in welchen auch Eltern und Kind im Sinne der Partizipation involviert werden, bis eine tragfähige Entscheidung getroffen werden kann.

Grundsätzlich ist das Ziel, den Minderjährigen in die Herkunftsfamilie zurück-

zuführen, bei Bedarf mit Begleitung durch ambulante Jugendhilfemaßnahmen. Ist die Rückführung nicht möglich, ist eine langfristige Unterbringungsmöglichkeit zu suchen. Mögliche Ursachen dafür sind eine mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit der Eltern, das als problematisch eingestufte Verhalten zu verändern, oder der fehlende Wille des Minderjährigen. Als Unterbringung kommen Einrichtungen oder Pflegefamilien, die für einen längeren Zeitraum oder für auf Dauer angelegte Hilfen ausgerichtet sind, in Betracht. Der Kontakt zur Herkunftsfamilie wird individuell geregelt und bei Bedarf begleitet.

Wird aufgrund des Widerspruchs der Eltern gegen die Inobhutnahme das Familiengericht involviert, findet die Beurteilung der Sachlage vor Gericht statt. Unter Berücksichtigung der Einschätzung des Jugendamtes als Verfahrensbeteiligter entscheidet das Gericht, ob das Sorgerecht oder Teile davon, z. B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht, entzogen und einem Amtsvormund übertragen werden, um zunächst die Fortsetzung der Unterbringung zu ermöglichen. Auch hier werden Eltern und, je nach Alter, auch das Kind angehört. Im weiteren Verlauf des Verfahrens wird über die langfristige Sorge-

rechtsregelung entschieden und die weitere Hilfeplanung erörtert. Gängige Praxis ist der Einsatz eines Verfahrensbeistandes, der als eine Art Anwalt des Kindes hilft, dessen Interessen im Verfahren zu vertreten. Bei besonders komplexen oder strittigen Fällen kann der Richter ein familienpsychologisches Gutachten einleiten, um die Erziehungsfähigkeit der Eltern genauer untersuchen zu lassen.

Im Mittelpunkt des Interesses steht immer das Kindeswohl, dessen Schutz als eines der höchsten Güter unserer Gesellschaft nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit von allen beteiligten Fachkräften erreicht werden kann.

Literatur bei der Verfasserin

Die Autorin ist seit 2011 als staatlich anerkannte Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (B.A.) im Jugendamt Bremen tätig sowie in der Ausbildung sozialpädagogischer Fachkräfte.

Korrespondenzanschrift:

Theresa Richter

E-Mail: theresa.re@gmx.net

Red.: ReH

„Theater auf Rezept“: Kulturprojekt des BVKJ startet erneut

Vor zehn Jahren startete in Düsseldorf ein bis dahin einzigartiges Projekt: Theater auf Rezept. Unter der Schirmherrschaft von Peter Maffay wurden Kinder mit zwei Theatergutscheinen für das örtliche Kindertheater belohnt, wenn sie bestimmte Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Im Laufe mehrerer Jahre profitierten bundesweit in zwölf Städten über 80.000 Kinder und Jugendliche von „Theater auf Rezept“. Nun erlebt das Projekt einen Neustart.



Viele Kinder- und Jugendärzte, MFA und jede Menge Kinder und Eltern fanden sich am 4.2. im Jungen Schauspiel Düsseldorf ein, um bei Theaterprobchen, kulinarischen Leckerbissen und musikalischen Darbietungen des Ensembles, begleitet von den Jazz-in-Eden-Musikern, die Wiedergeburt von „Theater auf Rezept“ zu feiern. Denn ab sofort ist es in Düsseldorf wieder soweit: Kinder- und Jugendärzte verschreiben eine etwas andere Medizin, sie funktioniert ganz ohne Risiken und Nebenwirkungen und besteht aus Gutscheinen für einen Besuch im örtlichen Theater und damit aus Anregung, Aufregung, Lachen und Weinen, Freude und lustvoller Anstrengung, Geschichte und Geschichten jenseits der

Konsumkultur. Verteilt werden die Gutscheine bei den Vorsorgeuntersuchungen U10, U 11 und J 1 durch die Kinder- und Jugendärzte.

„Theater auf Rezept“ ist gesund

„Viele Kinder haben damals durch unser „Theater auf Rezept“ überhaupt zum ersten Mal in ihrem Leben eine Theateraufführung erlebt und enorm davon profitiert. Denn kaum etwas regt intellektuelle Fähigkeiten und alle Sinne gleichermaßen intensiv an wie ein Theaterbesuch. Kinder und Jugendliche sind „live“ dabei, sie sehen, hören, riechen und fühlen, was sich auf der Bühne und um sie herum tut. In den Geschichten auf der Bühne geht es

um Fragen, die wichtig für sie sind. Vor der Glotze und beim Daddeln auf dem Smartphone verkümmert sie dagegen. Durch das Verschenken der Theaterkarten in den Praxen wird außerdem ein Anreiz geschaffen, Vorsorgeuntersuchungen wahr zu nehmen, damit tun wir auch etwas ganz unmittelbar für die Gesundheit der Kinder in unserer Stadt,“ so Dr. Hermann Josef Kahl. Der Düsseldorfer Kinder- und Jugendarzt ist einer der Gründer von „Theater auf Rezept“ und nun auch der Initiator, der das Projekt gemeinsam mit dem HNO-Arzt Michael Strahl und Theaterdirektor Stefan Fischer-Fels wiederbelebt hat. Der Sänger Peter Maffay, vor zehn Jahren bereits Schirmherr von „Theater auf Rezept“, bleibt auch weiterhin mit an Bord.

Gesponsert wird „Theater auf Rezept“ durch den Heinrich-Heine-Kreis. Dessen Mitglieder unterstützen das Projekt mit insgesamt 3000 Euro – genug für mindestens eine Saison „Theater auf Rezept“. Schon heute versuchen die Initiatoren aber auch, weitere Sponsoren ins Boot zu holen. Dr. Josef Kahl: „Wir hoffen, dass wir nun für viele Jahre „Theater auf Rezept“ verschreiben können. Und wir hoffen auch darauf, dass Kinder- und Jugendärzte in anderen Städten unser Projekt wieder aufnehmen und gemeinsam mit ihren örtlichen Theatern auf die Beine stellen. Dabei geben wir natürlich auch gerne unsere Erfahrungen und Ratschläge weiter.“

Regine Hauch

Buchtipps

Bernhard Stier, Nikolaus Weissenrieder, Karl Otfried Schwab (Hrsg.)
Jugendmedizin
 Springer Verlag, 2. Auflage
 2018, vollst. überarb. XIX, 431 S.
 101 Abb., Book + eBook, € 59,99,
 ISBN 978-3-662-52782-5



Bernhard Stier und Nikolaus Weissenrieder haben zusammen mit Karl Otfried Schwab das einzige Buch zur Jugendmedizin in Deutschland komplett überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht.

Für alle Kolleginnen und Kollegen, die ihre Gebietsbezeichnung „Jugendmedizin“ wirklich ernst nehmen, ist dieses Buch unverzichtbar. Man findet die Hilfestellung, die für die praktische Tätigkeit gebraucht wird. Das Buch unterstützt alle

Kolleginnen und Kollegen, die Jugendliche behandeln, u.a. bei spezieller Jugendmedizin z.B. in Kardiologie, Onkologie und Neurologie, bei chronischen Erkrankungen und Transition, beim Umgang mit jugendlichen Migranten, Störungen in der Pubertätsentwicklung, Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Suchtverhalten. Das Buch ist aus dem Alltag an Praxen und Kliniken heraus entstanden, verständlich geschrieben und klar strukturiert.

Mitgearbeitet haben viele Kolleginnen und Kollegen, die sich seit vielen Jahren mit der Jugendmedizin praktisch und theoretisch befasst haben.

In sieben Kapiteln werden auf über 400 Seiten folgende Themen umfassend abgehandelt:

- Körperliche Entwicklung im Jugendalter
- Psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz
- Körperbild bei Mädchen und Jungen in der Pubertät
- Sexualentwicklung und Sexualität
- Grundlagen jugendmedizinischer Tätigkeit in der Praxis
- Grundlagen jugendmedizinischer Tätigkeit in der Klinik
- Bewegung und Sport bei Jugendlichen
- Ärztliche Kommunikation mit jugendlichen Patienten
- Prävention im Jugendalter
- Spezielle Prävention
- Aspekte chronischer Krankheit bei Jugendlichen
- Pulmologie im Jugendalter
- Pädiatrische Endokrinologie
- Stoffwechselstörungen im Jugendalter
- Kinderkardiologische Betreuung von Jugendlichen in Praxis und Klinik

- Epilepsien bei Jugendlichen
- Onkologie/Hämatologie, KMT, Reha
- Rheumatologie und entzündliche muskuloskeletale Erkrankungen
- Orthopädie und Rehabilitation bei Jugendlichen
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Störungen in der Pubertätsentwicklung
- Haut und Haare im Jugendalter
- Essstörungen und Adipositas im Jugendalter
- Somatisierungsstörungen und Psychosomatik im Jugendalter
- Jugendgynäkologie
- Jungenmedizin – Einführung
- Verhaltensauffällige Jugendliche
- Weitere psychische Störungen bei Jugendlichen
- Unfälle
- Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen
- Transition
- Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund
- Jugendmedizinische Ausbildung

Ich kann dieses umfassende Werk wirklich empfehlen, denn die Jugendmedizin führt bisher bei uns in Deutschland trotz des großen Einsatzes unseres Ausschusses Jugendmedizin und der inzwischen über 20 Kongresse zum Thema immer noch ein Schattendasein.

Korrespondenzadresse:

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.



Mitteilungen aus dem Verband

Geburtstage im April 2019

65. Geburtstag

Frau **Danuta Baucz**, Bochum, am 01.04.1954
 Frau Dr. med. **Mechthild Kreysing**, Nottuln, am 02.04.1954
 Herr Dr. med. **Rainer Stachow**, Westerland, am 03.04.1954
 Herr **Gerhard Bleckmann**, Baunatal, am 06.04.1954
 Herr Dr. med. **Günther Golla**, Darmstadt, am 06.04.1954
 Herrn Prof. Dr. med. **Heino Skopnik**, Worms, am 06.04.1954
 Herr Dr. med. **Frank Meya**, Ritterhude, am 07.04.1954
 Herr Dr. med. **Thomas Greff**, Völklingen, am 08.04.1954
 Herr Prof. Dr. med. **Michael Vogel**, München, am 09.04.1954
 Herr Dr. med. **Michael Mühlshlegel**, Lauffen, am 10.04.1954
 Herr Dr. med. **Michael Becker**, Heinsberg, am 15.04.1954
 Herr Dr. med. **Joachim Zeller**, Miltenberg, am 18.04.1954
 Frau Dr. med. **Sabine Sussmann**, Wolgast, am 19.04.1954
 Herr **Jerzy Czernski**, Essen, am 19.04.1954
 Herr **Matthias Neblung**, Kiel, am 20.04.1954
 Herr Dr. med. **Michael Scherf**, Hannover, am 20.04.1954
 Herr Dr. med. **Wolfgang Brüninghaus**, Kleve, am 28.04.1954

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Paul Otten**, Köln, am 01.04.1949
 Herr Dr. med. **Johannes Zimmer**, Ehingen, am 02.04.1949
 Frau Dr. med. **Ute Würges-Menzel**, Möckmühl, am 04.04.1949
 Herr Prof. Dr. med. **Rainer Burghard**, Memmingen, am 04.04.1949
 Herr Dr. med. **Wolfram Schmidt**, Bad Königshofen, am 06.04.1949
 Herr **Manfred Lübke**, Kronshagen, am 08.04.1949
 Frau Dr. med. **Margret Postulka**, Oberhausen, am 09.04.1949
 Herr Dr. med. **Harro Sauter**, Stuttgart, am 17.04.1949
 Herr Dr. med. **Mathias Bauer**, Bad Wildungen, am 18.04.1949
 Herr Dr. med. **Wolfgang Hahn**, Schwäbisch Gmünd, am 21.04.1949
 Herr Dr. med. **Peter M. Herding**, Neuwied, am 25.04.1949
 Herr Dr. med. **Theodor Michael**, Berlin, am 26.04.1949

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Hans-Henning Peters**, Eschwege, am 10.04.1944
 Herr **Hermann Pöhlmann**, Bayreuth, am 12.04.1944
 Herr Dr. med. **Johannes Limberg**, Buchen, am 13.04.1944
 Herr Dr. med. **Rüdiger Schnarz**, Pforzheim, am 14.04.1944
 Herr Dr. med. **Tilman Schambach**, Esslingen, am 19.04.1944
 Herr Dr. med. **Dieter Zahn**, Lindenberg, am 23.04.1944
 Frau Dr. med. **Heide Friedrich**, Regensburg, am 23.04.1944
 Herr Dr. med. **Karl-Michael Doering**, Göttingen, am 23.04.1944

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Faruk Ömer Erdem**, Izmir, am 01.04.1930
 Frau Dr. med. **Türkan Schnieders**, Geilenkirchen, am 01.04.1935

Herr Dr. med. **Hans-Henning Koch**, Hamburg, am 01.04.1938
 Frau Dr. med. **Friederike Kühnemund**, Norderstedt, am 02.04.1939
 Herr Prof. Dr. med. **Kurt Baerlocher**, St. Gallen, am 02.04.1935
 Herr SR Dr. med. **Roland Busch**, Rostock, am 02.04.1937
 Herr Dr. med. **Arnold Vahle**, Landshut, am 03.04.1933
 Frau Dr. med. **Helga Füssel**, Chemnitz, am 03.04.1939
 Herr Dr. med. **Eberhard Langer**, Cloppenburg, am 03.04.1939
 Herr Dr. med. **Wolfgang Genss**, Koblenz, am 04.04.1939
 Herr Dr. med. **Udo Kalbe**, Neustadt, am 04.04.1937
 Herr Dr. med. **Heinz Wilutzky**, Bad Kreuznach, am 05.04.1924
 Herr Dr. med. **Rudolf Schlanstedt**, Goslar, am 06.04.1927
 Herr Dr. med. **Theophil Schleihaufl**, Ilvesheim, am 06.04.1934
 Herr MR Dr. med. **Horst Meyer**, Berlin, am 07.04.1935
 Herr Dr. med. **Edward Jung**, Mölln, am 07.04.1923
 Frau Dr. med. **Hilde Scholz**, Hemer, am 07.04.1939
 Herr Priv.Doz. Dr. **Heinz G. Terheggen**, Köln, am 10.04.1935
 Frau Dr. med. **Ursel Hergenhan**, Leipzig, am 13.04.1938
 Herr Dr. med. **Bernhard Bucke**, Erlangen, am 13.04.1932
 Herr Dr. med. **Rüdiger Lorentzen**, Hannover, am 16.04.1938
 Herr Dr. med. **Peter Stankowski**, Bergisch Gladbach, am 17.04.1938
 Frau Dr. med. **Susanne Fleischmann**, Köln, am 18.04.1936
 Frau Dr. med. **Ursula-Ruth Bauch**, Chemnitz, am 19.04.1935
 Frau Dr. med. **Urte Neuling**, Hamburg, am 19.04.1939
 Frau Dr. med. **Gudrun Scharifi**, Mariental, am 19.04.1938
 Herr Dr. med. **Karsten Schlez**, Neustadt, am 21.04.1938
 Frau Dr. med. **Gisela Feldheim**, Kronshagen, am 21.04.1930
 Herr Dr. med. **Edgar Gruber**, Berlin, am 22.04.1937
 Frau Dr. med. **Anke Althaus**, Schrecksbach, am 22.04.1935
 Frau Dr. med. **Maria Plate**, Hildesheim, am 23.04.1939
 Herr Dr. med. **Khosrow Amirpour**, Wolfsburg, am 23.04.1936
 Herr Dr. med. **Georg Kentrup**, Rhede, am 24.04.1939
 Herr Dr. med. **Volker Jählig**, Limbach-Oberfrohna, am 24.04.1936
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Landzettel**, Darmstadt, am 25.04.1934
 Herr Dr. med. **Jörg Woweries**, Berlin, am 28.04.1936
 Herr Dr. med. **Horst Lison**, Hemmingen, am 28.04.1934
 Herr Dr. med. **Johann Schwenk**, Achern, am 29.04.1931
 Frau Dr. med. **Rodica Draia**, Duisburg, am 29.04.1935
 Herr Dr. med. **Klaus Gritz**, Bleckede, am 29.04.1936
 Herr Dr. med. **Hans-Gernot Bohlmann**, Mönchengladbach, am 30.04.1935

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Friedemann Puls**, Immenstaad
 Herrn Dr. med. **Paul Ritscher**, Uetersen

MITTEILUNGEN AUS DEM VERBAND

Im Monat Januar durften wir 132 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,
sie öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Baden-Württemberg

Herrn **Andreas Bohle**
Frau **Lilian Burghardt**
Herrn Dr. med.
Dennis Conzelmann
Frau Dr. med.
Alexandra Müller-Frei



Bayern

Frau Dr. med.
Lisa Brückmann
Frau Dr. med. **Nilgün Durmus**
Frau **Astrid Fenner**
Frau Dr. med.
Birte Marei Huber
Frau Dr. med. **Angela Olze**
Frau **Melanie Römer**



Berlin

Frau **Susanne Maria Fritze**



Hessen

Frau Dr. med.
Elisa Bleckmann



Mecklenburg-Vorpommern

Herrn **Christian Güttel**
Frau **Sarah Hamod**
Frau **Sarah-Antonia Reich**



Niedersachsen

Frau Dr. med. **Joke Buring**
Frau **Maria Krabbe**
Herrn Dr. med. **Reinald Motz**
Frau Dr. med. **Mareike Price**



Nordrhein

Frau **Gabriele Lommen**
Frau Dr. med. **Kerstin Russell**
Frau Dr. med. **Anja Sprünken**



Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. **Anke Diehl**



Sachsen

Frau **Sophie Claus**
Herrn **Afrim Dushaj**
Frau Dr. med. **Kristin Hertwig**



Thüringen

Frau **Manuela Gramß**



Westfalen-Lippe

Frau **Julia Gerber**

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND RHEINLAND-PFALZ

Termingerecht findet vom **01.04.** bis **23.04.2019** die Wahl des Landesverbandvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **23.04.2019** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. Lothar Maurer, Frankenthal
Landesverbandsvorsitzender

Fortbildungstermine

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

23. März 2019

Seminar für MFA in Dresden des LV Sachsen

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

28.-31. März 2019

16. Assistentenkongress in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid

Auskunft: ⑤

6.-7. April 2019

8. Praxis-Motivationsworkshop in Berlin des LV Berlin

Leitung: Dr. Steffen Lüder

Auskunft: sprung-in-die-praxis.de

13. April 2019

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

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms /

Dr. C. von Buch, Bad Kreuznach

Auskunft: ①

4.-5. Mai 2019

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

Leitung: Dr. Steffen Lüder

Auskunft: freischwimmer-workshop.de

8. Mai 2019

Immer etwas Neues in Berlin

Auskunft: ⑤

10.-11. Mai 2019

29. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des LV Thüringen

Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt

Auskunft: ①

15. Mai 2019

Immer etwas Neues in Vreden

Auskunft: ⑤

24.-26. Mai 2019

25. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Burkhard Ruppert, Berlin

Auskunft: ⑤

14.-16. Juni 2019

49. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des BVKJ e. V. in Berlin

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

Auskunft: ⑤

14.-16. Juni 2019

14. Praxisfieber-live Kongress für MFA in Berlin

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen

Auskunft: ⑤

24.-25. August 2019

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

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Dr. Stefan Renz, Hamburg,

Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Dr. Volker Dittmar, Celle

Auskunft: ②

4. September 2019

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald

Auskunft: ①

14. September 2019

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

21. September 2019

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

Auskunft: ①

10.-13. Oktober 2019

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

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

Auskunft: ⑤

2. November 2019

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn

Auskunft: ③

9.-10. November 2019

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/München /

Dr. Martin Lang, Augsburg

Auskunft: ③

① CCJ GmbH

Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@t-online.de

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

Schweres eosinophiles Asthma bei Kindern und Jugendlichen

Für Kinder mit schwerem, refraktärem eosinophilen Asthma eröffnet die pädiatrische Zulassung eines Antikörpers als Zusatztherapie eine neue Behandlungsoption: Der gegen Interleukin-5 (IL-5) gerichtete Antikörper Mepolizumab (Nucala) kann auch bei Kindern ab 6 Jahren eingesetzt werden¹, es liegen Sicherheitsdaten über mehr als 4,5 Jahre² vor.

Schweres Asthma beginnt oft in der frühen Kindheit, erste Symptome zeigen sich häufig schon in den ersten Lebensjahren. „Wir haben bei Kindern oft eine sehr dynamische Entwicklung, wohingegen bei Erwachsenen das Asthma relativ konstant bleibt“, erläuterte Prof. Markus A. Rose (Klinikum Stuttgart und Goethe Universität Frankfurt).³ Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter, die in verschiedenen Phänotypen und Schweregraden auftritt und nicht immer einfach zu charakterisieren ist. Schweres Asthma, das schlecht auf die derzeitigen Standardbehandlungen anspricht, beobachtet man bei etwa 4,5% der Kinder mit Asthma.⁴

Auslöser bei Kindern sind häufig Virusinfektionen oder eine starke Allergenexposition.⁵ Laut Rose steht bei Kinder die atopische Komponente im Vordergrund, der Phänotyp kann sich ändern, Atemwegsobstruktionen sind noch reversibel, die Lungenfunktion ist bei Kindern zwischen den Exazerbationen unauffällig. Typisch ist eine starke atopische Belastung mit unterschiedlich ausgeprägter eosinophiler Entzündung.⁵

Status der Asthmakontrolle im Blick halten

Im Schulkindalter werde die Diagnostik von Asthma bronchiale klarer. „Die meisten Kinder mit Asthma bronchiale haben relativ milde Formen“, beschrieb Rose, „so dass die meisten Fälle mit Standardtherapien wie Inhalationen ausreichend kontrolliert werden können.“ Demgegenüber steht eine kleine Population, deren Asthma auch bei hohen Medikamentendosen nicht ausreichend

kontrolliert wird. Dahinter verbirgt sich in den meisten Fällen ein verbesserungsfähiges Asthma-Management oder eine schlechte Therapieadhärenz. In etwa 2-5% der Fälle handelt es sich um echte Medikamentenresistenz, für die andere Behandlungsoptionen angedacht werden können.⁶

Schwer zu behandelndes Asthma

Bislang waren die Optionen zur Behandlung des schweren pädiatrischen Asthmas begrenzt. Mit dem auf IL-5 gerichteten Antikörper Mepolizumab steht ein neues Biologikum zur Behandlung des schweren therapierefraktären eosinophilen Asthmas zur Verfügung: Mepolizumab ist momentan die erste und einzige biologische Therapie, auch für Kinder und Jugendliche mit schwerem Asthma zugelassen ist und auf IL-5 abzielt, das eine wichtige Rolle bei der Regulierung der Funktion von Eosinophilen spielt. Eosinophile als unabhängiger Prädiktor für Exazerbationen⁷ prägen das Krankheitsbild bei bis zu 60% aller Asthmapatienten⁸. Mepolizumab kann bei Patienten mit diesem Asthma-Phänotyp Exazerbationen vorbeugen^{9,10}, indem es die Anzahl der Eosinophilen in Blut und Sputum senkt, ohne dass es zu einer vollständigen Depletion der Eosinophilen kommt.

Vergleichbare Wirksamkeit bei Kindern und Erwachsenen

Die Kinderzulassung basiert auf einem partiellen Datenextrapolationsansatz: Mit diesem Ansatz wurden Wirksamkeits- und Sicherheitsdaten aus den Phase-III-

Studien, die im Rahmen des Programms zur Entwicklung von schwerem Asthma bei Patienten ab 12 Jahren durchgeführt wurden, auf Kinder extrapoliert. Das Sicherheitsprofil bei pädiatrischen Patienten im Alter von 6-12 Jahren entspricht dem Sicherheitsprofil bei Patienten ab 12 Jahren.¹

Aus verschiedenen Studien, in denen auch einige Kinder und Jugendliche eingeschlossen waren, liegen Langzeitdaten zur Wirksamkeit über maximal 4,5 Jahre vor. Auch bei diesen schwer betroffenen Patienten war das Sicherheitsprofil von Mepolizumab über bis zu 4,5 Jahre vergleichbar mit anderen klinischen Studien. Auch im Langzeiteinsatz traten weniger Exazerbationen auf, die Patienten brauchten weniger orale Steroide.²

Quellen

1. Fachinformation Nucala 100 mg, Stand August 2018
2. Albers FC et al. ERS-Kongress (European Respiratory Society) in Paris, Frankreich, 18.9.2018, Abstract OA3566
3. <https://www.pneumowissen.de/static/private/kurzfortbildung-schweres-asthma-bei-kindern-und-jugendlichen/index.html>
4. ERS White Book. https://www.erswhitebook.org/files/public/Chapters/11_childhood_asthma.pdf
5. Guilbert TW et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2014; 2: 489-500
6. Cook J et al. J Asthma Allergy 2017;10:123-130
7. George L et al. Ther Adv Chronic Dis 2016; 7: 34-51
8. Menzella F et al. Ther Clin Risk Manag 2016; 12: 907-916
9. Ortega HG et al. N Engl J Med 2014; 371: 1198-1207
10. Galkin D et al. J Allergy Clin Immunol 2018; 141: AB409

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

FSME auch bei Kindern nicht unterschätzen

Aufgrund variabler Krankheitsverläufe wird eine Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oft spät oder gar nicht erkannt. Kinder mit unspezifischen ZNS-Symptomen sollten daher auf FSME getestet werden.¹

Die Zeckensaison startet: FSME-Vorsorge ist jetzt besonders wichtig, da die größte Gefahr für eine FSME-Infektion zwischen Frühjahr und Herbst besteht.² 2018 erreichte die Zahl der FSME-Erkrankungen einen neuen Höchststand in Deutschland.³ Zudem unterstreichen Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) die Relevanz einer Steigerung der Impfquoten deutlich: Die Mehrzahl der FSME-Erkrankten in 2018 waren nicht oder nur unzureichend gegen FSME geimpft.³

FSME-Infektionen verlaufen bei Kindern meist milder als bei Erwachsenen. Deshalb besteht die Möglichkeit, dass die Erkrankung unerkannt bleibt.⁴ Aber auch schwere Verläufe und Langzeitfolgen können auftreten.^{1,5,6} Kinder, die an FSME er-

krankt sind, haben ein erhöhtes Risiko für bleibende neurologische Schäden, wie Defizite in Aufmerksamkeit, Konzentration und psychomotorischen Fähigkeiten.^{7,8} Da es keine kausale Therapie gibt, ist die FSME-Impfung die beste Vorsorge.⁶ Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt diese für alle Personen, die sich in FSME-Risikogebieten aufhalten und dort zeckenexponiert sind.³

Optimaler Zeitpunkt für die Grundimmunisierung mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior ist im Winter.⁴ Beim Einsatz von FSME IMMUN erfolgt nach der Initialdosis die zweite Impfung nach 1-3 Monaten und die Abschlussimpfung nach 5-12 Monaten.⁹ Zum Start der Zeckensaison kann der Impfschutz mit der Schnellimmunisierung aufgebaut wer-

den.⁹ Hier werden zwei Impfdosen innerhalb von 14 Tagen verabreicht, die dritte Dosis nach regulärem Schema.⁹

Quellen:

1. Sundin M et al. Eur J Pediatr. 2012; 171(2):347-52.
2. Süss J: Zecken, Kreuzlingen 2007
3. RKI: Epidemiologisches Bulletin 07/19
4. Fowler, A et al., ChildrenJPediatr. 2013; 163:555-560
5. Cizman M et al. Wien Klin Wochenschr.1999; 111(12):484-7
6. Kaiser, Infect Dis Clin N Am, 2008
7. AWMF-Leitlinien zur FSME, 2016
8. Schmolck H, et al. J Child Neurol 2005;500
9. Pfizer: Fachinfo FSME-IMMUN 0,25 ml Junior, Stand: September 2018

**Nach Informationen der
Pfizer Pharma GmbH**

VAXELIS®: Längere Stabilität außerhalb des Kühlschranks

Sechsfach-Kombinationsimpfstoff // Neue Daten zu VAXELIS® zeigen, dass die Stabilität des Impfstoffes für 150 Stunden bei Temperaturen bis zu 25 °C erhalten bleibt. Am Ende dieses Zeitraums muss der Impfstoff verabreicht oder verworfen werden. Zusätzlich zu den bereits bekannten Eigenschaften dieses Impfstoffes ist dies ein weiterer Vorteil im Praxisalltag.

VAXELIS® ist indiziert zur Grundimmunisierung und Auffrischimpfung bei Säuglingen und Kleinkindern ab einem Alter von 6 Wochen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Poliomyelitis und durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Krankheiten.

VAXELIS® enthält 5 azelluläre Pertussiskomponenten. Die Injektionssuspension wird in einer Fertigspritze mit **Luer-Lock-System** geliefert. Der Sechsfach-Kombinationsimpfstoff ist **kombinier-**

bar mit einigen anderen pädiatrischen Routine-Impfstoffen (Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoffe, Rotavirus-Impfstoffe, Masern-Mumps-Röteln (MMR)- und varizellenhaltigen Impfstoffe und Meningokokken-C-Konjugatimpfstoffe) und hat eine **Haltbarkeit von 4 Jahren** im Kühlschrank.

Nun kommt ein weiterer Vorteil dazu: Statt bisher 72 Stunden bleibt VAXELIS® 150 Stunden bei einer Temperatur bis 25 °C außerhalb des Kühlschranks stabil. Am Ende dieses Zeitraums muss

VAXELIS® verabreicht oder verworfen werden.

Die längere Stabilität von 150 Stunden außerhalb des Kühlschranks auf Grundlage neuer Stabilitätsdaten ist eine wichtige neue Information für den pädiatrischen Praxisalltag.

**Nach Informationen von
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar**

Meningokokken – Beratungsgespräch in der Praxis ist essenziell für Impfscheidung

Wie eine aktuelle Umfrage¹ zeigt, informieren sich 82 % der Eltern bzw. Schwangeren bei ihrem Kinder- und Jugendarzt über Themen wie Impfungen. 97 % der Befragten lassen ihre Kinder wie vom Arzt empfohlen impfen. Dies zeigt deutlich, welchen hohen Stellenwert das Beratungsgespräch in der Praxis hat. Vor allem bezüglich Meningokokken-Impfungen sind viele Eltern unsicher, ob sie ihre Kinder, neben der von der STIKO standardmäßig empfohlenen Impfung gegen die Serogruppe C, gegen weitere Serogruppen, wie z. B. der häufiger auftretenden Serogruppe B, impfen lassen sollen.

Meningokokken-Erkrankungen sind schwer zu diagnostizieren

Invasive Meningokokken-Erkrankungen (IME) sind in Deutschland mit rund 300 Fällen pro Jahr relativ selten.² Doch die Anfangssymptome einer IME ähneln oft einer Grippe oder einem grippalen Infekt. Daher ist es schwer, die Erkrankung frühzeitig zu diagnostizieren. „Als junger Assistenzarzt wurde in unserer Klinik ein anderthalbjähriger Junge eingeliefert, der leblos schien und stichartige Petechien zeigte. Trotz intensivmedizinischer Versorgung hatte das Kind keine Chance“, so Kinder- und Jugendarzt Dr. med. Michael Horn aus Berchtesgaden. Viele Ärzte machen in ihrer Klinikzeit ähnliche Erfahrungen. Denn das Tückische an IME: sie schreiten rasch fort und sind mit einer hohen Morbidität und Mortalität assoziiert.³

Impfungen sind der bestmögliche Schutz gegen IME

Mit ca. 66 % ist die Meningokokken-Serogruppe B aktuell für die meisten

Meningokokken-Fälle in Deutschland verantwortlich, gefolgt von Serogruppe C mit rund 19%.⁴ Die anderen in Deutschland vorkommenden Serogruppen A, W135 und Y sind mit insgesamt 15 % am seltensten.⁷ Bereits etwa 60 % der gesetzlich Krankenversicherten erhalten eine Kostenerstattung der Meningokokken-B-Impfung – komplett oder teilweise – auf Anfrage bei ihrer Krankenkasse. Weitere Informationen dazu sind unter www.kinderaerzte-imnetz.de in der Rubrik „Impfen“ zu finden.

Gemeinsam Eltern über Meningokokken informieren

Die Aufklärungskampagne „Meningitis bewegt.“ von GSK macht Eltern seit 2016 auf Meningokokken und Schutzimpfungen aufmerksam. Damit unterstützt das Unternehmen Kinder- und Jugendärzte bei ihrer Aufklärung in der Praxis. Eine zentrale Plattform zur Informationsbeschaffung bietet beispielsweise die Website www.meningitis-bewegt.de.

Um Kinder- und Jugendärzte bei der Aufklärung von Eltern in der Praxis zu

unterstützen, stellt GSK die Broschüre „Was sind eigentlich Meningokokken?“ bereit (kostenlos herunterzuladen unter www.gskpro.de/meningokokken). Darin finden sich Informationen zu Ansteckungswegen, Symptomen und Schutzimpfungen sowie Erfahrungsberichte von betroffenen Familien.

Referenzen

- 1 Nicht repräsentative Umfrage auf sechs Baby-Welt-Messen in Essen, Dresden, Frankfurt, München und Hamburg, Berlin (2017-2018), 120 Teilnehmer (m & w).
- 2 [www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/03_18.pdf?__blob=](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/03_18.pdf?__blob=,), Oktober 2018.
- 3 World Health Organization (WHO). Meningococcal Meningitis Fact Sheet. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en. Updated January 2018. Accessed Oct 2018.
- 4 Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Stand Epid. Jahrbuch 2017 Fallzahlen gemäß Referenzdefinition; Meldepflicht gemäß IfSG; IME mit Angabe der Serogruppe 2012-2017, abgerufen am 01.08.2018.

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Innovation hat einen neuen Namen: Driponin®

Preiswerte orale Behandlung der Krätze

Pädia GmbH führt in Deutschland das verschreibungspflichtige Arzneimittel **Driponin® 3 mg Tabletten** mit dem Wirkstoff Ivermectin ein. Damit steht künftig eine weitere orale Behandlungsoption der Krätze (Scabies) zur Verfügung, die wesentlich preiswerter als Scabioral® angeboten wird. Die Gabe von Tabletten ist bei dem durch Krätzemilben hervorgerufenen Krankheitsbild mit zahl-

reichen praktischen Vorteilen gegenüber der äußerlichen Ganzkörperbehandlung mit Permethrin, Benzylbenzoat oder Crotamiton verbunden. Eine einfache Dosierung nach Körpergewicht (0,2 mg/kg KG) in Zusammenhang mit der Einmalgabe verbessert in erheblichem Maße die Therapietreue der Patienten und reduziert mögliche Anwendungsfehler. Driponin® ist bestens für den Einsatz in betroffenen Ge-

meinschaftseinrichtungen sowie zur stets notwendigen Mitbehandlung aller engen Kontaktpersonen der Patienten geeignet. Das Präparat wird in 2 Packungsgrößen (4 Tabletten: PZN 14446053, 8 Tabletten: PZN 14446076) angeboten.

**Nach Informationen von
Pädia GmbH, Heppenheim**

Bewährte Pflege für trockene Haut und Juckreiz

Mit einer Prävalenz von 10 bis 15 Prozent stellt die Neurodermitis die häufigste chronische Hauterkrankung bei Kindern dar. Als Leitsymptom gilt der quälende Pruritus. Viele Eltern fragen daher in der Sprechstunde um Rat, welche Hautpflege sie für ihr Kind mit sehr trockener Haut und Juckreiz benutzen sollten. Hier können Pädiater auf bewährte Arzneimittel zur Basistherapie als auch auf medizinische Pflegeprodukte von Linola verweisen, etwa auf die Linola PLUS Hautmilch sowie die Linola PLUS Creme. Beide Produkte sind auch schon im Babyalter anwendbar und können so helfen, die Lebensqualität von Kindern und Eltern sehr früh zu verbessern.

Oft ist Milchschorf die erste Manifestation der Erkrankung. Charakteristisch ist schon hier der Juckreiz, der bei Babys zu Unruhe und Weinen führt. Der Leidensdruck ist enorm: Selbst bei gering ausgeprägtem klinischen Erscheinungsbild ist die Lebensqualität der Kinder – und damit auch die der Eltern – häufig stark beeinträchtigt. Auf den quälenden Juckreiz reagieren die Kinder mit Kratzen und lösen so den bekannten Teufelskreis aus Jucken-Kratzen-Jucken aus, denn oft tritt der Juckreiz nach dem Kratzen noch stärker auf. Zudem kommt es häufig zu Hautverletzungen. Diese können zum einen zu Narben und zum anderen zu einer Störung der natürlichen Hautbarriere führen. So können z. B. Bakterien leichter in die Haut eindringen und weitere Komplikationen hervorrufen.

Juckende Haut beruhigen

Die Basispflege ist ein wichtiger Grundpfeiler bei der Behandlung trockener und juckender Haut bei Neurodermitis. So können z. B. medizinische Pflegecremes mit Echinacea-Wurzel-Extrakt und Linolsäure-reichem Distelöl den Leidensdruck deutlich vermindern. Linolsäure unterstützt den natürlichen Regene-

rationsprozess der Haut und schützt vor Feuchtigkeitsverlust. Die für eine intakte Hautbarriere essentielle Fettsäure muss jedoch regelmäßig zugeführt werden, da sie der Körper nicht selbst synthetisieren kann. Die Cremeformulierung mit dem Echinacea-Wurzel-Extrakt lindert insbesondere den Juckreiz und kann zusätzlich auch leicht antientzündlich wirken.

Beide pflanzlichen Hauthelfer bei zu Neurodermitis neigender Haut sind zum Beispiel in Linola PLUS-Produkten enthalten. Linola PLUS Hautmilch kann bei trockener, juckender oder gereizter Haut am gesamten Körper angewandt werden. Da sie schnell in die Haut einzieht, lässt sie sich sehr gut großflächig verteilen. Für die Intensivpflege von einzelnen, betroffenen Hautstellen ist die Linola PLUS Creme empfehlenswert. Der charakteristische Duft der Linola PLUS Hautmilch und Creme geht auf den Echinacea-Wurzel-Extrakt zurück.

Defekte Hautbarriere stärken

Bei der gesunden Haut liegen die Hornzellen der äußersten Hautschicht dachziegelartig übereinander und werden durch eine Linolsäure-reiche Lipiddoppelschicht verbunden. So entsteht eine Barriere, wel-



che die Feuchtigkeit in der Haut hält und dafür sorgt, dass Erreger oder Irritantien nicht in tiefere Hautschichten eindringen können. Von Neurodermitis betroffene Hautstellen zeigen hingegen eine defekte Hautbarriere. Der hohe Ordnungsgrad der Struktur lipide ist gestört, die Hornzellen lösen sich voneinander und bilden Lücken. Dadurch kommt es zu einem erhöhten transepidermalen Wasserverlust – die Haut wird trocken, spannt und juckt. Zugleich können Erreger leichter eindringen und die Haut reagiert empfindlicher auf äußere Einflüsse wie Kälte, trockene Luft oder häufiges Waschen. Eine gute Basispflege ist für neurodermitische Haut daher essentiell, um die Hautbarriere zu stärken und den Juckreiz einzudämmen.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

**Nach Informationen von
Dr. August Wolff GmbH & Co. KG
Arzneimittel, Bielefeld**

Langjährige Expertise

Bereits 1938 erkannte Dr. August Wolff, wie wichtig Linolsäure für eine gesunde Haut ist. Seither enthalten viele Linola-Produkte diesen wertvollen Inhaltsstoff. Für sehr trockene und juckende Haut stehen Linola PLUS-Produkte zur Verfügung, die zusätzlich einen Extrakt aus Echinacea-Wurzel-enthalten. So lassen sich etwa die Linola PLUS Hautmilch und die Linola PLUS Creme zur therapiebegleitenden Hautpflege bei Neurodermitis einsetzen. Sie sind auch für Babys und Kleinkinder geeignet. Für Kinder ab 3 Jahren sind zudem das Linola PLUS Kopfhaut-Tonikum sowie das Linola PLUS Shampoo in der Apotheke erhältlich.

Wirksam, verträglich, verordnungsfähig – NYDA®

Auch wenn die Läusezeit regelmäßig nach den Sommerferien ihren Höhepunkt erreicht – die Parasiten kennen keine Pause und sind auch im Herbst und Winter ein Thema in der pädiatrischen Praxis. Da der Befall regelmäßig zu Kleinerepidemien führt, ist eine rasche Therapie angezeigt. Schnell und effektiv wirkt NYDA®. Der Kopfläusexperte ist das am häufigsten verordnete Pedikulozid in Deutschland.

Die Effizienz von NYDA® beruht auf einem rein physikalischen Wirkprinzip, das sich die Achillesferse der Parasiten zunutze macht: das Atmungssystem. Durch seine besonders niedrige Oberflächenspannung besitzt das einzigartige 2-Stufen-Dimeticon NYDA® sehr gute Kriech- und Spreiteigenschaften und kann so in die winzigen Atemöffnungen der Läuse, Larven sowie Eier eindringen. Es verschließt diese irreversibel, was zum Ersticken der Parasiten führt. In einer klinischen Studie zeigt sich NYDA® auch bei hochgradig parasitärem Befall bereits nach der ersten Anwendung als äußerst wirksam.¹ Das Robert Koch-Institut empfiehlt grundsätzlich für jedes Kopfläuspräparat eine Wiederholungsbehandlung nach 8-10 Tagen. In jedem Fall sollte nach dieser Zeitspanne eine Nachkontrolle erfolgen; werden lebende Läuse entdeckt, sollte die Behandlung nochmals durchgeführt werden.



Sehr gut verträglich – ohne Altersbeschränkung

Die rein physikalische Wirkweise macht NYDA® hochwirksam und sehr gut verträglich. ÖKOTEST vergab das Testurteil „sehr gut“ – und auch 99 Prozent der Ärzte und Patienten sind überzeugt

von der Verträglichkeit des Pedikulozids.² NYDA® kann ohne Altersbeschränkung sowie während der Schwangerschaft und Stillzeit angewendet werden.

NYDA® und NYDA® Läuse- und Nissenkamm auf rotem Rezept

NYDA® sowie die NYDA® Doppelpackung sind für Kinder bis 12 Jahre verordnungsfähig. In Kombination mit einem Pedikulozid auf separatem Rezept kann auch der NYDA® Läuse- und Nissenkamm für Kinder bis zwölf Jahren als Hilfsmittel verordnet werden.

Besorgten Eltern wird somit ein wirksames und verträgliches Pedikulozid an die Hand gegeben, das ihre Kinder sicher und schnell von den Parasiten befreit.

Nach Informationen von G. Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Neu von InfectoPharm: InfectoCiproCort® Ohrentropfen jetzt auch als praktische Einzeldosen

InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH bietet die InfectoCiproCort® Ohrentropfen nun auch in einer Packungsgröße mit 15 Einzeldosisbehältnissen an.

Die Realisierung der modifizierten Darreichungsform in Einzeldosen ermöglicht zum einen den Verzicht auf Konservierungsmittel, zum anderen bleibt die bewährte Wirkstoffkombination unverändert. Hierdurch kann weiterhin die gewohnte Dosierung in Form einer 2x täglichen Darreichung bei einer Therapiedauer von 7 Tagen beibehalten werden. Zwei Jahre nach Veröffentlichung der multizentrischen Doppelblindstudie, welche eine signifikant überlegene Wirksamkeit von InfectoCiproCort Ohrentropfen (Ciprofloxacin (0,3 %) + Fluocinolonacetamid (0,025 %)) im Vergleich zur Monotherapie mit Ciprofloxacin (0,3 %) bei Patienten mit

akuter Otitis media und Paukenröhrchen belegen konnte, steht somit eine überarbeitete Form der Applikation zur Verfügung.¹ InfectoCiproCort Ohrentropfen in Einzeldosisbehältnissen sind gemäß Anlage III der aktuellen Arzneimittel-Richtlinie weiterhin bei Entzündungen des äußeren Gehörganges voll erstattungsfähig und können bei dieser Indikation zu Lasten der GKV verordnet werden.²

„Wir freuen uns, mit den InfectoCiproCort Ohrentropfen in Einzeldosen eine zusätzliche und neue praktische Darreichungsform, ohne Konservierungsstoffe präsentieren zu können“, so Philipp Zöller, Geschäftsführer der In-

fectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH. „Damit untermauern wir unseren Anspruch, Ärzte mit innovativen und evidenzbasierten Präparaten bei der Therapie ihrer Patienten zu unterstützen.“

Quellen:

1. Spektor Z. et al., *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* (2016), Efficacy and Safety of Ciprofloxacin Plus Fluocinolone in Otitis Media With Tympanostomy Tubes in Pediatric Patients: A Randomized Clinical Trial.
2. Arzneimittelrichtlinie, Anlage III (Stand: November 2017)

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@kinderaezrte-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 und
Syndikusanwalt:**

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

**Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:**

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

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

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

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.kinderaezrte-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