

# KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 07/19  
50. (68.) Jahr · A 4834 E

**bvkg.**

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



**Berufsfragen**  
Impfpflicht

**Fortbildung**  
Autismus –  
eine Erkrankung,  
kein Charakterzug

**Forum**  
Patientenbrief

**Magazin**  
Sexuelle  
Übergriffe

**Herausgeber:** Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.  
**Redakteure:** Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Regine Hauch, Düsseldorf

## INHALT 07 | 2019

### Berufsfragen

Impfpflicht gegen Masern //	
Juliane Netzer-Nawrocki, Kyrill Makoski	367
Zur Masern-Impfpflicht //	Martin Terhardt 370
Impressum	376
Vergütung nach TSVG //	Reinhard Bartzeky 378
TransFIT //	Wolfram Hartmann 380
Das Digitale Versorgung-Gesetz //	Kathrin Jackel-Neusser 383
Unternehmen pädiatrische Praxis //	
Alexander Lothar Gick	385
SmED – strukturierte medizinische Ersteinschätzung //	
Sigrid Peter	388
Fünfter und Sechster Staatenbericht (Teil 2) //	
Wolfram Hartmann	390

### Fortbildung

Autismus-Spektrum-Störungen //	Hannah Cholemkey 394
Suchtforum //	Matthias Brockstedt 402
Welche Diagnose wird gestellt? //	Anna-Therese Mücke 403
Impfforum //	Ulrich Heining 405
consilium: Meningokokken B-Impfung //	S. Schmidt 406
Exzessives Schreien im Säuglingsalter //	
Margret Ziegler, Volker Mall	408
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	412

### Forum

Patientenbrief nach jeder Diagnose? //	Regine Hauch 414
Wohin mit dem Geld? //	Tilo Croonenberg 416
ZI stellt Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze vor //	
Regine Hauch	418
Kind und Kittel //	Regine Hauch 420



### Sexuelle Übergriffe in der medialen Welt

S. 422

### Magazin

Sexuelle Übergriffe in der medialen Welt //	Evelyn Heyer 422
---	------------------

### Mitteilungen aus dem Verband

Personalien	425
Wahlergebnisse	427
Fortbildungstermine des BVKJ	428

### Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ	435
----------------------------	-----

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

**Titelbild:** © BillionPhotos.com – stock.adobe.com

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe sind ein Supplement der Novartis Pharma GmbH sowie Programmhefte zum 47. Herbst-Seminar-Kongress Bad Orb und einem Teil der Auflage Programmhefte zur Jahrestagung des LV Sachsen sowie als Teilbeilage die Einladung zum „Pädiatref 2019“ in Bonn beigefügt. Wir bitten um Beachtung

# Impfpflicht gegen Masern

## – Anmerkungen zum Gesetzentwurf eines Masernschutzgesetzes –

In den letzten Jahren ist die Zahl der Masernfälle in Deutschland gestiegen. Zugleich wurde festgestellt, dass das gewünschte Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 % nicht erreicht wurde. In diesem Zusammenhang hat sich nunmehr das Bundesministerium für Gesundheit entschlossen, eine Impfpflicht für Masern – jedenfalls teilweise – einzuführen. Hierzu hat es am 6. Mai 2019 den Referentenentwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention veröffentlicht (abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/M/Masernschutzgesetz-RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Masernschutzgesetz-RefE.pdf)).

Das Gesetz ist inhaltlich vor allem eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).



Dr. iur.  
Juliane Netzer-Nawrocki

Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe aufklären.

### Impfpflicht bei bestimmten Personengruppen

Durch eine Ergänzung von § 20 IfSG um die Absätze 8 bis 10 wird nunmehr vorgeschrieben, dass bei bestimmten Personen entweder ein ausreichender Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern vorliegen muss. Dabei handelt es sich um **Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 IfSG betreut werden, Personen, die dort Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben und des Weiteren Personen, die in einer Einrichtung nach § 23 Abs. 3 S. 1 IfSG Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zum Patienten haben.**

Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG sind alle Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere **Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und vergleichbare Einrichtungen.** Der Begriff ist also sehr weit gefasst. Tageseltern fallen nicht unter den derzeitigen Entwurf. Es ist daher zu überlegen, ob der Anwendungsbereich auf diese erweitert werden sollte.

Erfasst werden nicht nur die betreuten Personen, sondern auch die Betreuer und sonstige Personen, soweit sie Kontakt zu den Betreuten haben. Bei einer Schule wäre dies das gesamte Personal einschließlich des Hausmeisters, da auch dieser Kontakt mit den Betreuten hat.

Ausnahmen könnten insoweit zum Beispiel gelten für Reinigungspersonal, welches nicht zwangsläufig unmittelbaren Kontakt hat. Ob das unspezifische Kriterium des „Kontakts“ angesichts der Übertragbarkeit der Masernerreger tatsächlich eine sinnvolle Beschränkung ist, oder ob auf andere Kriterien, wie z.B. den (regelmäßigen) Zutritt zu den Räumlichkeiten, abgestellt wird, wird noch zu diskutieren sein.

Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 S. 1 IfSG sind insbesondere **Krankenhäuser, Einrichtungen für das ambulante Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Arztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe oder auch ambulante Pflegedienste.** Das gesamte medizinische sowie ggf. nichtmedizinische Personal mit Kontakt zu Patienten, welches auch Praktikanten und Mitarbeiter im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes einschließt, soll also ebenfalls geimpft werden.

### Kombinationsimpfung keine Ausrede

Der Gesetzgeber hat auch darauf reagiert, dass es üblicherweise keine singuläre Masernschutzimpfung gibt, sondern sie Bestandteil einer Kombinationsimpfung ist. **Nach § 20 Abs. 8 S. 2 IfSG-E gilt die Verpflichtung zum Nachweis eines Impfschutzes auch, wenn hierzu ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen.** Hierin soll also keine Ausrede liegen, sich nicht gegen Masern impfen zu lassen. Dies wird im Ergebnis auch zu einer Verbesserung der Impfquote bei Mumps und Röteln führen.



Dr. iur. Kyrill Makoski

### Mehr Aufklärung

Zunächst soll in § 20 Abs. 4 IfSG-E die Aufgabe der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** deutlicher gefasst werden. Diese soll jetzt die Bevölkerung über das Thema Prävention durch Schutzimpfungen und andere

### Medizinische Ausnahmen

Sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen gibt es Personen, die aus medizinischen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden können. Hierfür sieht § 20 Abs. 8 S. 3 IfSG-E eine Ausnahme von der Impfpflicht vor, wenn eine **medizinische Kontraindikation** gegen die Schutzimpfung gegen Masern vorliegt. Dieser Personenkreis profitiert also von der Herdenimmunität, da er selbst nicht geimpft werden kann. Ob die Feststellung einer medizinischen Kontraindikation z.B. neutralen Amtsärzten vorbehalten bleiben soll, muss noch geklärt werden.

### Nachweis über Impfung

Der Nachweis über den bestehenden Impfschutz ist entweder vor Aufnahme in die Einrichtung oder vor Beginn der Tätigkeit durch den Impfausweis nach § 22 IfSG zu führen. Alternativ kann auch eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden, die bestätigt, dass entweder eine ausreichende Immunität gegen Masern (wegen durchlebter Erkrankung) gegeben ist oder dass eine gesundheitliche Kontraindikation gegen die Schutzimpfung vorliegt.

Bei Schülern, die in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule aufgenommen werden sollen, kann das zuständige Gesundheitsamt den Impfstatus auch im Rahmen der Erhebung nach § 34 Abs. 11 IfSG vornehmen.

### Impfberechtigte Ärzte

§ 20 Abs. 10 IfSG-E erweitert den Kreis der Ärzte, die Schutzimpfungen durchführen dürfen. **Die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen wird nunmehr alleine an die Approbation geknüpft und nicht mehr an eine bestehende Facharztweiterbildung.** Ebenso darf jeder Arzt unabhängig von seiner Gebietsbezeichnung impfen, d.h. jeder Humanmediziner darf auch Kinder impfen **und der Kinder- und Jugendarzt darf danach auch Erwachsene impfen.** Ob dies dann auch im Rahmen der GKV abgebildet werden wird, bleibt abzuwarten. Wünschenswert wäre eine gesetzliche Regelung, wonach Fachgruppengrenzen im Rahmen der Abrechnung – insbesondere beim EBM – für Impfungen keine Anwendung finden.

Darüber hinaus soll noch eine Änderung von § 132e SGB V erfolgen. Bisher ist dort vorgesehen, dass Impfungen durch geeignete Ärzte einschließlich Betriebsärzte erfolgen können. Nunmehr sollen dort sämtliche Ärzte genannt werden und die Eignungsvoraussetzung soll entfallen. Ebenso sollen die Beschränkungen von den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen erforderlich sind, erweitert werden auf sämtliche Landesbehörden, die für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig sind. Hiermit soll die Zahl der Ärzte, die tatsächlich Schutzimpfungen durchführen dürfen, erweitert werden. Zugleich soll der Kreis der bevorzugten Vertragspartner angepasst werden auf Vertragsärzte, Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin und die für die im öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Landesbehörden. Es sollen damit noch mehr Möglichkeiten gegeben werden, dass Impfungen durchgeführt werden.

### Impfausweis

Die Regelungen zum Impfausweis (§ 22 IfSG) sollen neu gefasst werden. **Es ist die Möglichkeit vorgesehen worden, dass Impfausweis und Impfbescheinigung in digitaler Form erstellt werden.** Hierfür wird jetzt bestimmt, dass die Bestätigung der Impfung nicht nur mit Unterschrift erfolgen kann, sondern auch mit der entsprechenden elektronischen Signatur. Das bisher im Impfausweis vorgesehene Feld für einen Terminvorschlag für die Auffrischimpfung soll entfallen. Stattdessen soll nur noch eine Information über Folge- und Auffrischimpfung eingefügt werden.

Bezüglich der elektronischen Gesundheitskarte soll § 291a Abs. 4 SGB V-E dahingehend geändert werden, dass auch die für den Gesundheitsdienst zuständigen Behörden Zugriff auf die Daten erhalten, soweit dieses den elektronischen Impfpass betrifft. Vollständig umgesetzt werden kann das Vorhaben erst dann, wenn tatsächlich die elektronische Patientenakte vorhanden ist.

### Aufnahme in Kindertagesstätten nur nach Impfung

Eine Kita in Essen hat Schlagzeilen gemacht, weil sie nur geimpfte Kinder aufgenommen hat. Diese Einzelpolitik

soll nunmehr generelle Vorgabe werden. Nach § 34 Abs. 10b IfSG-E darf die Aufnahme eines Kindes in eine Kita erst dann erfolgen, wenn der erforderliche Nachweis über den Impfstatus vorgelegt wurde. **Das zuständige Gesundheitsamt kann Ausnahmen zulassen.** Ob es dieses tatsächlich tun wird, bleibt jedoch offen. Allein aus haftungsrechtlichen Gründen dürften Gesundheitsämter damit sehr zurückhaltend sein.

### Sanktionsmöglichkeiten

#### • Betretungsverbot bei fehlender Impfung

Wenn die betroffenen Personen, die sich der Impfung verweigern, nicht der allgemeinen Schulpflicht unterliegen, kann das zuständige **Gesundheitsamt ein Betretungsverbot aussprechen.** Dies gilt insbesondere gegenüber den entsprechenden Mitarbeitern. Was zu geschehen hat, wenn ein schulpflichtiges Kind keinen Impfnachweis vorlegt, ist aus dem Gesetzentwurf nicht zu entnehmen. Hiermit wird deutlich, was der Unterschied zur amerikanischen Politik des „no vaccination, no school“ ist: Dort gibt es keine Schulpflicht, sondern nur eine Impfpflicht für den Besuch öffentlicher Schulen. Wer sich also gegen den Besuch an der öffentlichen Schule entscheidet, kann damit auch die Impfpflicht umgehen. Es bleibt abzuwarten, ob es im Rahmen der Beratungen des Entwurfes hier noch zu Änderungen kommt.

Für Personen, die bereits in einer der entsprechenden Einrichtungen tätig sind oder dort aufgenommen wurden, wird eine **Übergangsfrist eingeräumt bis zum 31. Juli 2020.** Falls der entsprechende Nachweis nicht erbracht wurde, muss die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt informieren und die Daten des entsprechenden Mitarbeiters bzw. Kindes übermitteln. Spricht das Gesundheitsamt sodann ein Betretungsverbot für den betreffenden Mitarbeiter aus, bekommt der Sachverhalt auch eine arbeitsrechtliche Komponente. Es stellt sich nämlich die Frage, ob in der Impfverweigerung ein (außerordentlicher) Kündigungsgrund liegen kann. Jedenfalls wird der Arbeitnehmer seiner arbeitsrechtlichen Leistungsverpflichtung nicht mehr nachkommen können. In ähnlich ge-

lagerten Fällen (z.B. Verlust der Fahrerlaubnis bei Busfahrern) haben einige Arbeitsgerichte das Vorliegen eines Kündigungsgrundes angenommen. Ob diese Rechtsprechung auf die Fälle der Impfverweigerung übertragen wird, bleibt abzuwarten.

- **Bußgeld**

Die Nichtbebringung des Nachweises wird nunmehr als Ordnungswidrigkeit behandelt und kann mit einem **Bußgeld von bis 2.500 €** geahndet werden. Ebenso wird die fehlerhafte Information des Gesundheitsamtes durch die Leitung der Einrichtung sanktioniert. Gleiches gilt für die Aufnahme eines Kindes, bei dem der Impfstatus nicht nachgewiesen wurde. Während bei Einzelpersonen der Bußgeldrahmen wohl kaum ausgereizt werden wird, dürfte dies bei Trägern von Einrichtungen anders sein. Ein Erreichen der oberen Grenzen ist hier nicht auszuschließen. Darüber hinaus werden wiederholte Verstöße gegen die Vorgaben des IfSG durch die Leitung einer Einrichtung mutmaßlich

zu weiteren Maßnahmen bis hin zur Schließung der Einrichtung führen.

### Weiteres Gesetzgebungsverfahren

Nach dem Referentenentwurf soll das Gesetz am **1. März 2020 in Kraft treten**. Der jetzige Referentenentwurf wird erst einmal von den Beteiligten im Gesetzgebungsverfahren kommentiert werden. Anschließend wird das Gesetz von der Bundesregierung beschlossen und in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden. Ein Inkrafttreten vor dem Jahreswechsel wäre daher ohnehin eher unwahrscheinlich. Durch das geplante Inkrafttreten erst im ersten Quartal 2020 soll die Vorlaufzeit noch einmal erhöht werden. Der Nachweis des entsprechenden Impfschutzes soll erst Mitte 2020 vorliegen. Ob dies tatsächlich ausreicht, ist fraglich.

### Fazit

Der Gesetzentwurf stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar. Er enthält al-

lerdings **keine vollständige Impfpflicht für die Gesamtbevölkerung**, sondern beschränkt sich auf medizinisches Personal, Personal im Kontakt mit Kindern und Kinder selbst. Damit soll perspektivisch eine möglichst hohe Durchschnittsimpfungsrate erzielt werden. Die im Moment bestehenden Impflücken, die sich insbesondere bei nach 1970 geborenen Personen ergeben, die nicht in Kontakt mit Kindern stehen, werden durch diesen Gesetzentwurf aber nicht geschlossen. Daher bleiben weitere Maßnahmen wie ein Impfreister und gezielte Aufklärung von hoher Bedeutung.

---

#### **Korrespondenzanschrift:**

*Dr. Juliane Netzer-Nawrocki/*

*Dr. Kyrill Makoski*

*Möller & Partner –*

*Kanzlei für Medizinrecht*

*(www.moellerpartner.de)*

*Die Anwälte der Kanzlei sind als*

*Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.*

*Red.: WH*

---

# Zur Masern-Impfpflicht – ein Zwischenruf

*Die WHO warnt vor weiter steigenden Masern-Inzidenzen auch in Europa und muss die Eliminationsziele immer wieder verschieben. Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) fordern schon lange eine Impfpflicht, vor allem vor Eintritt in Kita und Schule. Die Politik legt jetzt konkrete Pläne dazu vor. Aber wird das unsere Probleme bei Masern lösen?*



Dr. Martin Terhardt

## Impfquoten bei der Einschulungsuntersuchung (4-6-jährige Kinder)

Um die oben gestellten Fragen zu beantworten lohnt es sich, die bundesweiten Masern-Impfquoten zu bewerten, sofern sie valide sind, wie zum Beispiel die Impfquoten aus den am RKI (Robert-Koch-Institut) bundesweit verarbeiteten ESU (Einschulungsuntersuchung)-Daten, die vom ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst) lokal erhoben werden, sowie die RKI-KV-Impfsurveillance.

Die in Abbildung 1 gezeigten Zahlen belegen das Erreichen des Impfziels von mindestens 95 Prozent **einmal-Masern-geimpften** Einschüler/innen in allen Bundesländern (aktuell 97,1 %), mit Länderwerten von 95,2 Prozent (BW) bis 98,6 Prozent (BB). Die durchaus vorkommenden lokalen, oft auch sehr kleinteiligen Ausreißer in einigen Gemeinden oder Landkreisen können in dieser Statistik nicht abgebildet werden, sind aber den lokalen Gesundheitsämtern bekannt.

Die Zahlen zeigen jedoch bei den Quoten für die zweite Masern-Impfung bei Einschüler/innen noch eine deutliche Dif-

ferenz zu den Quoten der einmaligen Impfung in allen Bundesländern. Das Ziel von 95 Prozent ist für die **zweimalige Masern-Impfung** außer in BB und MV (95,5%) noch nirgendwo landesweit erreicht. Die durchschnittliche Impfquote liegt bei 92,8 Prozent, mit Länderwerten von 89,1 Prozent (BW) bis 95,5 Prozent (BB und MV). Die Differenz zum 95%-Ziel beträgt bundesweit durchschnittlich 2,2 Prozentpunkte, mit einem maximalen Länderwert von 5,9 Prozentpunkten.

Die **Differenz** zwischen einmal-geimpften und zweimal-geimpften Einschüler/innen liegt bundesweit bei 3,4 Prozentpunkten mit Länderwerten von 2,5 (MV) bis 6,3 (SL) Prozentpunkten.

Bei diesen Impflücken kann man davon ausgehen, dass die Eltern keine Impfgegner sind, da sie der ersten Masern-haltigen Impfung ihrer Kinder zugestimmt haben.

Es ist also in diesen Fällen nicht gelungen, in bis zu drei Jahren zwischen der U7 und der U8/U9 die Impflücken zu schließen. Dahinter verbirgt sich der WHO-Begriff „vaccine hesitancy“. Mit diesem Begriff ist eben nicht nur die kleine Gruppe (maximal ca. 1-2 % der Bevölkerung) der Impfgegner gemeint, sondern auch die deutlich größere Gruppe der Kinder mit verpassten oder verschobenen Impfgelegenheiten.

Wenn man die Impfquoten in der Tabelle weiter betrachtet, fallen außerdem bundesweit noch deutlich schlechtere Impfquoten für Hepatitis B (86,9 %), Windpocken (83,7 %), Meningokokken C (89,5 %) und Pneumokokken (83,8 %) auf. Auch dahinter verbirgt sich „vaccine hesitancy“, allerdings sicherlich mit anderen Ursachen als bei den Masern-Impfquoten. Es ist zu befürchten, dass diese Zahlen bei einer Masern-Impfpflicht noch weiter sinken (Betsch et alii, 2016).

Beachtenswert ist allerdings auch der methodisch bedingte Mangel der ESU-Daten: sie messen die Impfquoten weit außerhalb der von der STIKO empfohlenen Impf-Zeiträume und auch außerhalb der WHO-Impfziele (95 % zweimal Masern-geimpfte Kinder mit 24 Monaten) und der Impfziele des deutschen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln 2015-2020 (95 % Quote für einmal Masern-geimpfte Kinder mit 15 Monaten und 95 % Quote für zweimal Masern-geimpfte Kinder mit 24 Monaten).

## Impfquoten bei 24-monatigen Kindern

Diese Ziel-Quoten lassen sich mit den Daten der RKI-KV-Impfsurveillance besser bewerten. Dort werden die Impfdaten der einzelnen KV-Regionen anhand pseudonymisierter Patienten-Abrechnungsdaten verarbeitet und in [www.vacmap.de](http://www.vacmap.de) nach Geburtsjahrgängen aufbereitet. Aktuell liegen die Impfquoten für die Masern-Impfungen der Geburtsjahrgänge 2014 und älter vor.

Die folgenden Grafiken zeigen die Impfquoten der bis zum Alter von 24 Monaten **einmal (blau)** gegen Masern-geimpften oder **zweimal (rot)** gegen Masern-geimpften Kinder des Jahrgangs 2014 auf Länder- (Balkendiagramm rechts) und Landkreis-Ebene (Karte) (Abb. 2 und 3).

Bei den einmal geimpften Zweijährigen zeigen sich Quoten von 95,6 Prozent bundesweit mit minimal 89,8 Prozent (BW) und maximal 97,3 Prozent (B).

Bei den zweimal geimpften Zweijährigen zeigen sich Quoten von 73,9 Prozent bundesweit mit minimal 68,9 Prozent (BW) und maximal 80,5 Prozent (HH). Damit sind die Ziele des deutschen Masern-Aktionsplans noch weit entfernt. Die Werte aus Sachsen (24,9 %) eignen sich nicht zum Vergleich, da die dortige SIKO

Bundesland	Anzahl untersuchter Kinder	davon Impfausweis vorgelegt (%)	Impfquoten (%)																
			Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Hib	Polio	Hep. B	Masern		Mumps		Röteln		Varizellen		Men. C	Pneumokokken	Rotavirus
									1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.			
BW <sup>1*</sup>	92.197	92,2	89,2	89,3	89,0	87,3	88,2	78,1	95,2	89,1	94,8	88,9	94,8	88,9	82,7	77,4	86,1	85,2	19,1
BY <sup>2</sup>	107.743	92,1	95,9	96,6	95,1	93,5	95,3	86,0	96,7	92,3	96,3	92,0	96,2	92,0	80,0	76,7	85,1	81,4	k.A.
BE <sup>3†</sup>	31.479	90,5	94,0	94,2	91,6	90,6	93,5	85,4	97,2	92,6	96,6	92,2	96,6	92,2	88,1	83,2	89,9	77,0	36,9
BB	24.559	90,8	96,4	96,6	96,2	95,0	95,8	92,9	98,6	95,5	98,4	95,4	98,4	95,4	92,6	89,0	92,9	86,6	57,1
HB <sup>§</sup>	5.902	83,8	90,8	90,9	90,5	90,1	92,4	86,9	97,3	91,9	96,8	91,4	96,9	91,4	75,0	69,8	88,5	85,6	k.A.
HH <sup>4*</sup>	15.015	94,1	92,6	93,1	92,2	90,5	91,9	86,2	k.A.	93,5	k.A.	93,2	k.A.	93,2	k.A.	87,0	k.A.	83,4	k.A.
HE <sup>¶</sup>	56.606	93,2	93,5	93,7	93,4	93,1	94,7	89,2	97,5	93,4	97,5	93,4	97,5	93,4	90,3	86,0	91,2	88,5	k.A.
MV	13.695	91,0	97,3	97,4	96,6	95,5	96,2	95,1	98,0	95,5	97,9	95,4	97,9	95,4	94,2	91,3	94,2	92,0	k.A.
NI <sup>5</sup>	68.815	91,9	94,2	94,5	93,9	93,0	94,2	91,8	97,2	93,3	97,0	93,1	97,0	93,1	89,8	86,2	90,7	k.A.	k.A.
NW	156.881	91,1	92,8	92,9	92,7	90,1	91,5	85,5	98,0	93,9	97,8	93,8	97,8	93,8	90,4	86,3	91,3	79,8	14,4
RP	35.820	91,1	96,6	96,6	95,8	95,3	96,0	94,8	97,7	93,8	97,6	93,8	97,6	93,8	91,5	89,6	91,1	89,8	k.A.
SL <sup>†</sup>	8.207	90,6	92,1	92,2	90,8	90,1	90,7	89,3	96,8	90,5	96,0	89,9	97,0	90,8	94,0	87,3	90,0	78,4	18,3
SN <sup>6</sup>	36.375	92,3	94,8	95,0	94,7	93,0	93,2	86,3	96,8	92,9	96,3	92,6	96,3	92,6	79,6	82,1	90,6	89,2	62,5
ST <sup>7</sup>	16.069	90,3	94,1	94,1	94,1	91,5	92,8	93,6	98,3	94,1	98,2	94,0	98,2	94,0	95,1	89,1	92,1	80,7	53,8
SH <sup>†*</sup>	21.800	88,5	93,0	93,1	92,9	91,2	92,2	88,0	97,0	93,7	96,8	93,5	96,8	93,5	92,3	88,6	90,4	88,5	19,5
TH <sup>3*¶</sup>	18.199	92,8	94,5	94,6	94,4	92,0	93,5	89,5	97,4	93,1	97,2	92,9	97,2	92,9	90,7	85,8	88,6	90,1	51,5
D ges.	709.362	91,6	93,6	93,8	93,2	91,6	92,9	86,9	97,1	92,8	96,9	92,6	96,9	92,6	87,3	83,7	89,5	83,8	k.A.
WBL	600.465	91,6	93,3	93,5	92,8	91,3	92,7	86,2	97,0	92,6	96,8	92,4	96,8	92,4	87,1	83,1	89,1	83,0	k.A.
ÖBL	108.897	91,6	95,3	95,4	95,1	93,4	94,2	90,5	97,7	94,4	97,4	94,3	97,4	94,3	88,5	88,1	91,5	87,9	k.A.

Tab. 1: An das RKI übermittelte Impfquoten in Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2017 (n = 649.847) nach Bundesland. Stand: April 2019

\* Die Impfquote der Poliomyelitis-, Hib- und Hepatitis-B-Impfung bezieht sich auf die Gabe von mindestens vier Dosen (Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen, Hamburg, Schleswig-Holstein).  
 † Die Impfquote der Pneumokokken-Impfung bezieht sich auf die Gabe von mindestens zwei Dosen (Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Schleswig-Holstein, Thüringen).  
 ‡ Die Impfquote der Rotavirus-Impfung bezieht sich auf die Gabe von mindestens zwei Dosen (Berlin, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen).  
 § Für Baden-Württemberg wurden Daten 4- bis 5-jähriger Kinder verwendet, die im Schuljahr 2016/2017 untersucht wurden und nach Stichtagsregelung 2018 eingeschult werden sollten.  
 ¶ In Bayern sind seit den Schuleingangsuntersuchungen 2016 Kinder mit der Information, dass sie weniger als 1 Jahr in Deutschland leben, nicht Teil der hier untersuchten Kinder.  
 † Seit den Schuleingangsuntersuchungen 2013 (Berlin) bzw. 2017 (Thüringen) basieren die Daten auf den erstmalig untersuchten Kindern, zuvor auf den im entsprechenden Jahr eingeschulten Kindern (d. h. einschließlich der im Vorjahr zurückgestellten Kinder).  
 ‡ In Hamburg können für die Schuleingangsuntersuchungen 2017 die Impfquoten der ersten Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sowie der Meningokokken-C-Impfung nicht erhoben werden.  
 § Niedersachsen kann für die Schuleingangsuntersuchungen 2017 keine Pneumokokken-Impfquoten übermitteln.  
 ¶ Für Sachsen wurden bei der zweiten Masern-, Mumps-, Röteln-, Varizellen-Impfung Daten aus den zweiten Klassen verwendet; der Anteil von Kindern mit vorgelegtem Impfausweis betrug hier 80,8%.  
 † Für Sachsen-Anhalt wurden Daten 4- bis 5-jähriger Kinder verwendet, die 2017 untersucht, jedoch erst 2018 eingeschult wurden.

BW: Baden-Württemberg; BY: Bayern; BE: Berlin; BB: Brandenburg; HB: Bremen; HH: Hamburg; HE: Hessen; MV: Mecklenburg-Vorpommern; NI: Niedersachsen; NW: Nordrhein-Westfalen; RP: Rheinland-Pfalz; SL: Saarland; SN: Sachsen; ST: Sachsen-Anhalt; SH: Schleswig-Holstein; TH: Thüringen; D: Deutschland; WBL: Westliche Bundesländer (inkl. Berlin); ÖBL: Östliche Bundesländer

Abb. 1: Einschulungsdaten 2017, Epidemiologisches Bulletin 18/2019, RKI

die zweite Masern-Impfung (leider) erst mit fünf/sechs Jahren empfiehlt.

### Impfquoten bei 15-monatigen Kindern

Die Daten der im Alter von 15 Monaten einmal gegen Masern geimpften Kin-

der (Ziel im Masern-Aktionsplan) sind in der folgenden Grafik ablesbar (Abb. 4).

Hier ergibt sich eine bundesweite Impfquote von 89,5 Prozent mit minimal 82,4 Prozent (SN) und maximal 93,5 Prozent (B). Hier scheint das Ziel des Aktionsplans (95 %) in erreichbarer Nähe zu liegen.

Ein weiterer Vorteil der KV-Impfsurveillance ist die Möglichkeit der ausführlichen Regionalisierung der Daten, hier am Beispiel der Impfquoten in Baden-Württemberg (Abb. 5).

Bei dieser interaktiven Nutzung der vacmap kann man den Verlauf der Impfquoten der einzelnen Landkreise in

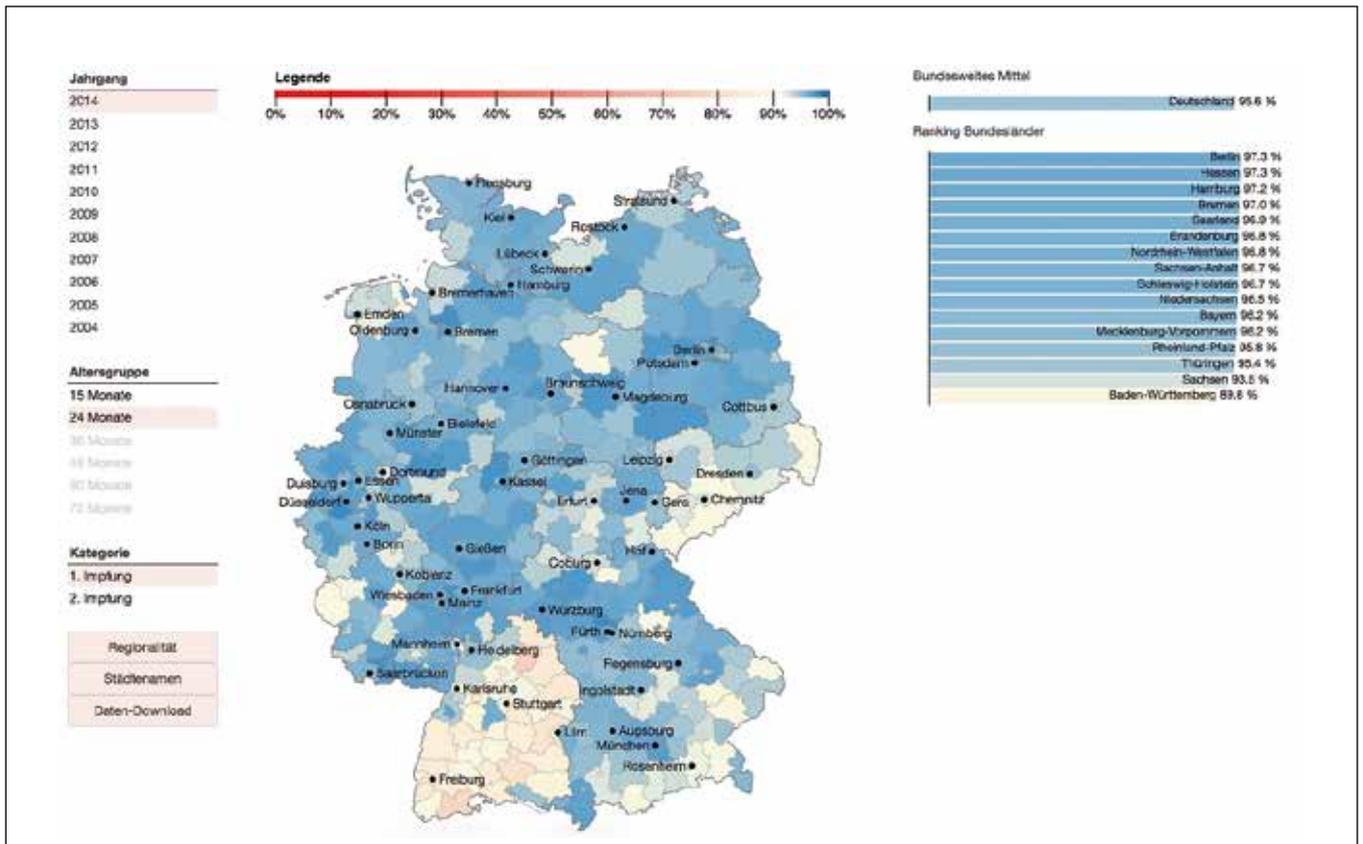


Abb. 2: 24 Monate alte Kinder, Geburtsjahrgang 2014, 1x Masern-geimpft, RKI-KV-Impfsurveillance, www.vacmap.de

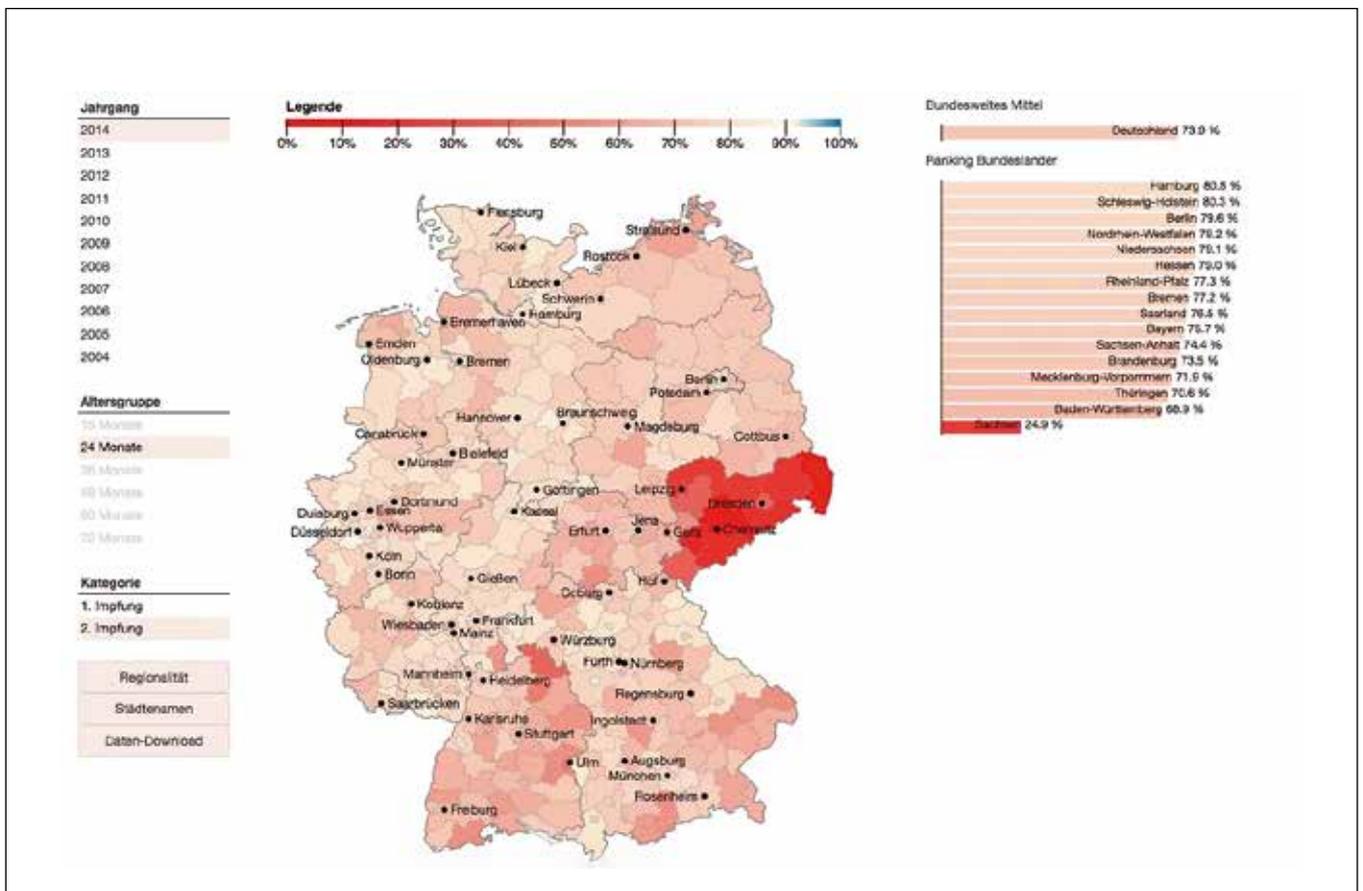


Abb. 3: 24 Monate alte Kinder, Geburtsjahrgang 2014, 2x Masern-geimpft, RKI-KV-Impfsurveillance, www.vacmap.de

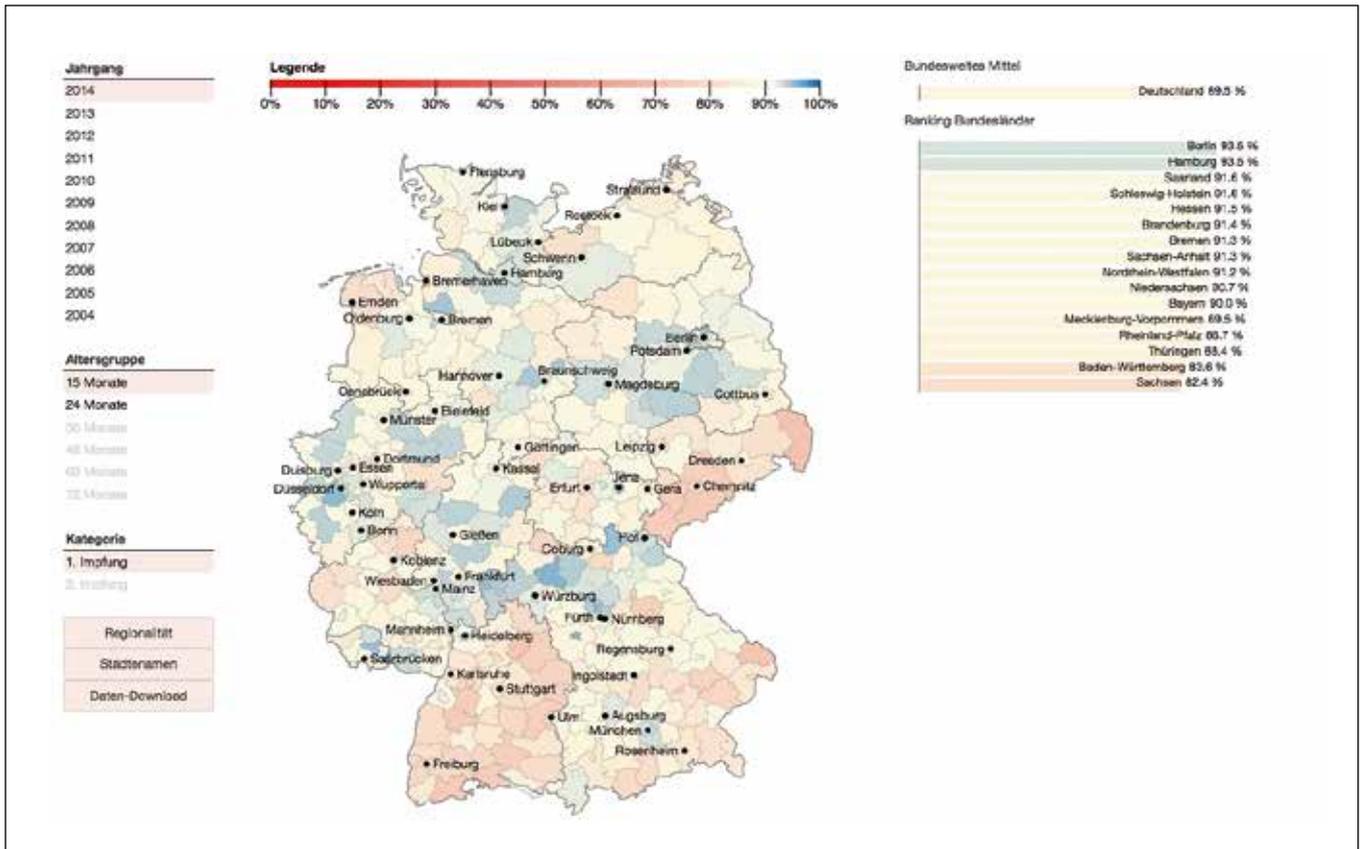


Abb. 4: 15 Monate alte Kinder, Geburtsjahrgang 2014, 1x Masern-geimpft, RKI-KV-Impfsurveillance, www.vacmap.de

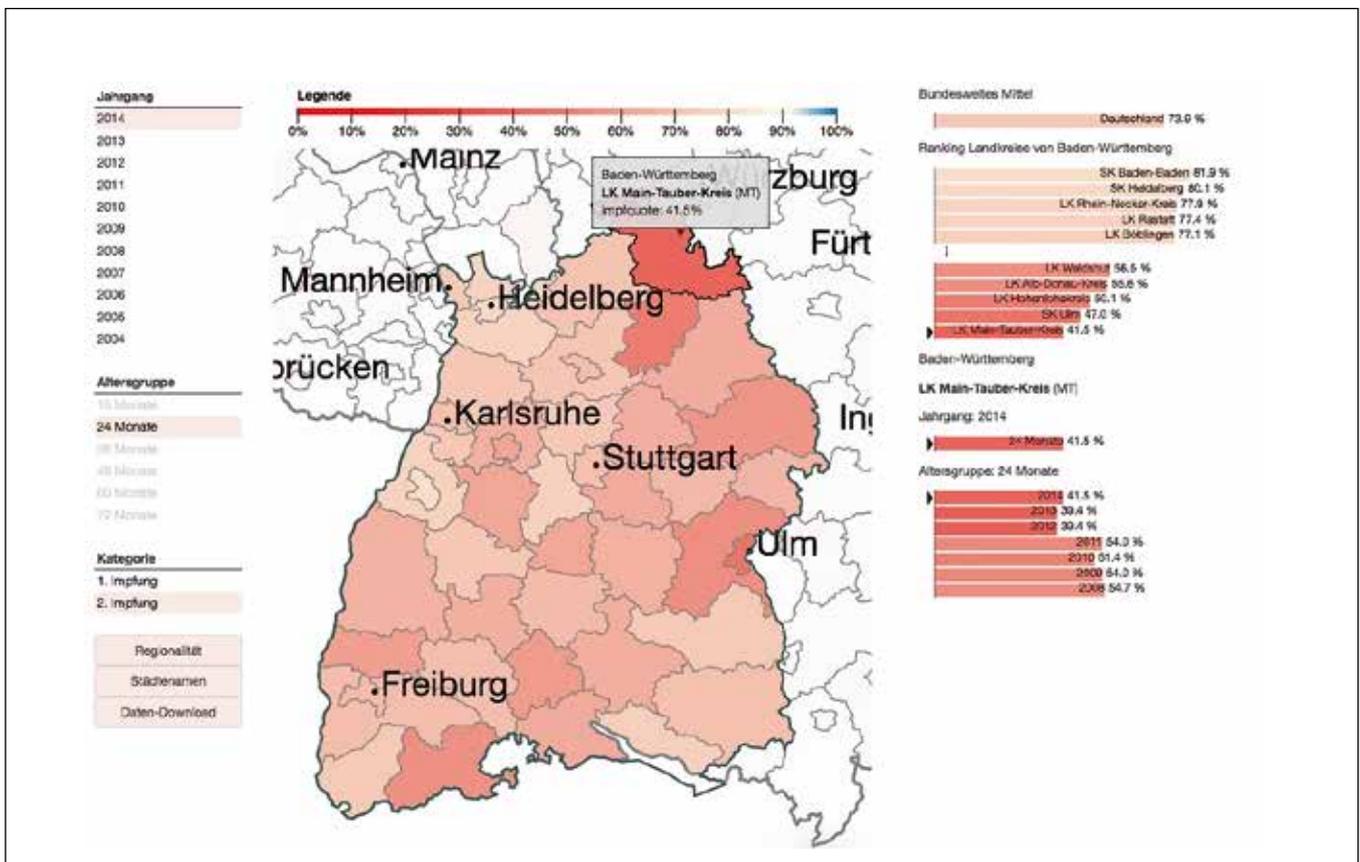


Abb. 5: Regionalisierte Impfquoten für 24 Monate alte Kinder, Jahrgang 2014 in Baden-Württemberg, RKI-KV-Impfsurveillance, www.vacmap.de

den letzten Jahren vergleichen und ein Ranking der Stadt- und Landkreise eines Bundeslandes darstellen. Hier ist exemplarisch der Main-Tauber-Kreis ausgewählt, der die schlechtesten Impfquoten für die zeitgerechte 2-malige Masern-Impfung bis zum Alter von 24 Monaten in Baden-Württemberg aufweist, die sich zudem in den letzten Jahren eher verschlechtert haben (siehe rechte untere Balkengrafik: 54,7 % beim Geburtsjahrgang 2008, 41,5 % beim Geburtsjahrgang 2014).

### Wie lassen sich diese Datenquellen im Zusammenhang mit einer notwendigen Verbesserung der Impfquoten einordnen?

Aus den ESU-Daten und den KV-Impfsurveillance-Daten ist zu erkennen, dass wir in Deutschland bei der Einschulung sehr nahe am Ziel einer 95 Prozent Impfquote für 2 Masern-Impfungen gelangt sind. Die Quoten für die einmalige Impfung bei der ESU überschreiten diese Quote sogar, so dass es doch eigentlich nur sehr weniger gezielter Eingriffe bedürfte, **dieses Ziel** auch bei der zweiten Impfung zu erreichen.

Eine bundesweite Maßnahme könnte das Schließen der von den Kinder- und Jugendärzten und/oder den Eltern bis zum 5. Lebensjahr hingenommenen oder nicht beachteten Impfücken direkt durch den ÖGD bei der Einschulungsuntersuchung sein. Bisher ist diese Möglichkeit nur sehr selten eingesetzt worden, was offensichtlich vor allem an der mangelnden Impfbereitschaft der ÖGD-Ärzt/innen und den mangelnden Ressourcen des ausgedünnten öffentlichen Gesundheitsdienstes vor Ort liegt.

Das wäre eine praktikable, wenig aufwändige, aber aus WHO-/STIKO-/public health-Sicht nur mangelhafte Maßnahme, da sie nicht hilft, **zeitgerechte** Impfquoten von mindestens 95 Prozent zu erreichen. Wir würden weiterhin Impfücken sowohl für die erste als auch für die zweite Masern-Impfung im vulnerablen Kleinkindalter hinnehmen.

Aus den Daten der KV-Impfsurveillance lässt sich jedoch mit größerer Genauigkeit und deutlichem Regionalbezug feststellen, wo und in welchem Ausmaß die zeitgerechten Impfquoten (bis zum Alter von 2 Jahren) schon seit vielen Jahren bei Masern verpasst werden. Dort gilt es (ebenfalls schon seit vielen Jahren), regi-

onal in unterschiedlichem Maße und mit unterschiedlichen Mitteln anzusetzen.

### Fazit aus diesen Daten

Die Verantwortung für die Verbesserung der regional schlechten Quoten kann nur in den Regionen selbst getragen werden. Hier ist dringend eine gute STIKO-konforme Beratung aller **Eltern** durch die **niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt/innen** und in vielen ländlichen Regionen auch durch die **Hausärzt/innen** erforderlich. Genauso wichtig ist allerdings auch eine gute Kooperation dieser Ärzt/innen mit den **lokalen Gesundheitsämtern** und den regionalen Ärztekammern und **Kassenärztlichen Vereinigungen**.

Da die **Eltern** in unserem System auf gute Aufklärung, Beratung und adäquate Betreuung durch die Fachleute angewiesen sind, sind an sie nicht viele Anforderungen zu stellen. Da die sie betreuenden Berufsgruppen das den Impfungen eventuell abträgliche elterliche Verhalten aus Erfahrung einschätzen können (mangelndes Vertrauen, Angst, Unwissen, fake news, Bequemlichkeit, schlechte Compliance), müssen die anderen Beteiligten die damit verbundenen Risiken für gute Impfquoten antizipieren. Hier sind vor allen Dingen gut koordinierte und konsenterte, öffentlich wirksame und mit der Praxis-Arbeit kongruente, nachhaltige Aufklärungskampagnen in allen Medien notwendig (**RKI, BZgA, GKV, PKV, Länder, Kommunen**).

Die Rollen und Aufgaben der anderen Beteiligten sind einfach und konkret zu benennen:

Die **Kinder- und Jugendärzt/innen** oder die **Hausärzt/innen** sollten ihre Aufgaben erfüllen, **nach STIKO aufzuklären** und **zeitgerecht zu impfen**. Falsche Kontraindikationen sollten nicht mehr berücksichtigt werden. Unnötiges Aufschieben von Impfungen von Seiten der Praxen oder der Eltern sollte vermieden werden. Impfhindernisse für Eltern mit geringer Compliance sollten konsequent vermieden werden (Impfen auch ohne Termin, Impfen auch ohne Vorlage von Impfpass oder Gesundheitskarte, Impfen auch bei anderen Vorstellungsanlässen, aufsuchendes Impfen durch den ÖGD, evtl. unterstützt von niedergelassenen Ärzt/innen). In den Praxen sollte, vor allem in den ersten beiden Lebensjahren, vor dem Alter des Schuleintritts und im Ju-

gendalter jeglicher Praxiskontakt genutzt werden, den Impfstatus zu überprüfen, auf fehlende Impfungen hinzuweisen und diese bestenfalls sofort nachzuholen. Die Abläufe in den Praxen sollten stets kontrolliert, verbessert und angepasst werden (Dokumentation, Impfsoftware, Recall, Überprüfung der Praxis-Impfquoten etc.).

Der ÖGD in Form der **lokalen Gesundheitsämter** sollte seine Aufgaben bei der Impfstatus-Kontrolle bei Eintritt in eine Kita und in die Grundschule besser definieren und nachhaltig wahrnehmen. Subsidiäre Impfangebote bei Non-Compliance und zum Impflückenschluss durch den ÖGD (bei der ESU, aber auch in Kitas und Schulen und durch aufsuchendes Impfen bei hard-to-reach-Gruppen) sollten in allen Regionen selbstverständlich sein. Bei der Datenerhebung durch den ÖGD sollte immer auch dazu gehören, auffällige Abweichungen vom STIKO-Impfschema in einzelnen Kinder- und Jugend- oder Hausarztpraxen festzustellen und mit den betroffenen Praxen und bei ausbleibenden Verbesserungen eventuell auch mit den Ärztekammern zu kommunizieren. Dazu ist ein regelmäßiger lokaler, vertrauensvoller Austausch zwischen niedergelassenen Ärzt/innen und ÖGD unbedingt notwendig.

Die Ärztekammern müssen neben ihren regelmäßigen (verpflichtenden?) Fortbildungsaufgaben zum Impfen auch ihren berufsrechtlichen Aufgaben nachgehen, wenn klar zu erkennen ist, dass Ärzt/innen ihre Aufgabe der Aufklärung nach STIKO nicht nachkommen.

All das kann eventuell auch mit einer Impfpflicht für Kita-Kinder erreicht werden. Eine Impfpflicht für Schulkinder scheint angesichts der Daten kaum erforderlich zu sein. Aber sie wäre vor allem eine Pflicht für die Ärzt/innen, die ihre Aufgaben bisher nicht ausreichend wahrgenommen haben, die Kleinkinder zeitgerecht (bis zum Alter von 24 Monaten) zweimal gegen Masern geimpft zu haben. Die Sanktionen dafür werden nach den bisher bekannten Gesetzentwürfen die Kinder und Eltern zu tragen haben. Ist das wirklich unsere Forderung?

### Impflücken bei Jugendlichen und Erwachsenen

Und was ist mit den deutlich größeren Impflücken bei den Altersgruppen der Jahrgänge 1965 bis 2004, die unseren Pra-

zen teilweise noch gar nicht so lange ent- wachsen sind und die aufgrund des man- gelhaften Schutzes das größte Masern- Risiko haben und die das meiste dazu beitragen, dass der Gemeinschaftsschutz nicht ausreicht für unsere kleinen, al- tersbedingt noch nicht impffähigen oder nicht mehr „nest-geschützten“ Patienten sowie für viele chronisch kranke vulnera- ble Patienten aller Altersgruppen? Diese würden von einer ja anscheinend so po-

pulären Impfpflicht gemäß dem aktuellen Gesetzentwurf nicht erfasst, es sei denn, sie arbeiten in der Kindertagesbetreuung, im Schulwesen oder im Gesundheitswe- sen. Die weiter verbleibenden Lücken wer- den noch für viele Jahre eine Elimination der Masern in Deutschland verhindern! Unsere Gesellschaft sollte den Aufwand zum Schließen der Impflücken auch oder gerade in diesen Altersgruppen erhöhen. Das ist sicher deutlich schwieriger als

eine plakative, jetzt anscheinend politik- gerechte Impfpflicht für Kinder und für Beschäftigte in Kitas, Schulen und Ge- sundheitswesen.

**Masern-Inzidenz**

Die Impfquoten müssen unbedingt in den Zusammenhang zu den aktuellen Masern-Inzidenzen in Deutschland und der ganzen Welt gesehen werden (Abb. 6).

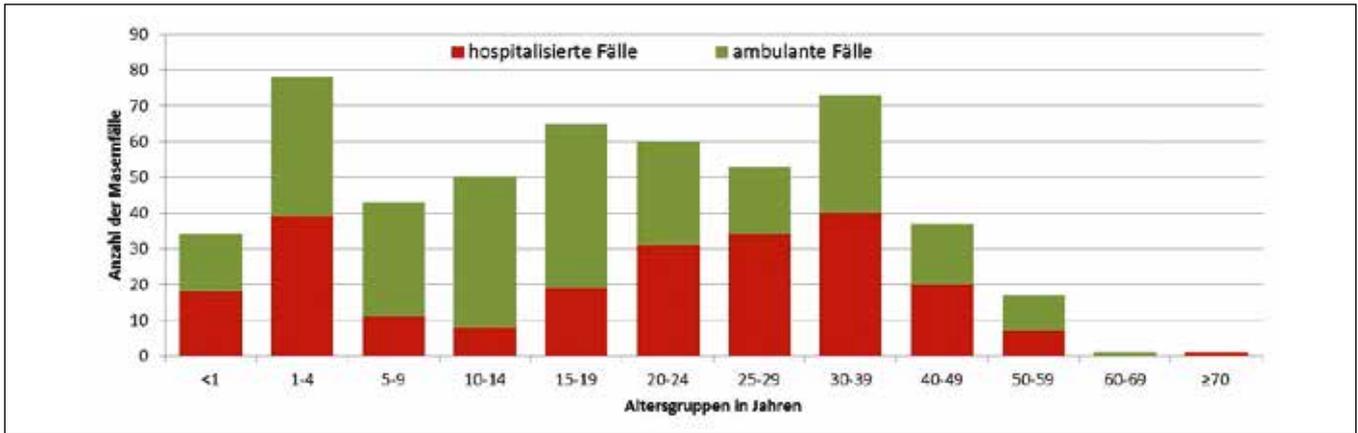


Abb. 6: Masern-Inzidenz Deutschland 2018 aus [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\\_04\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html)

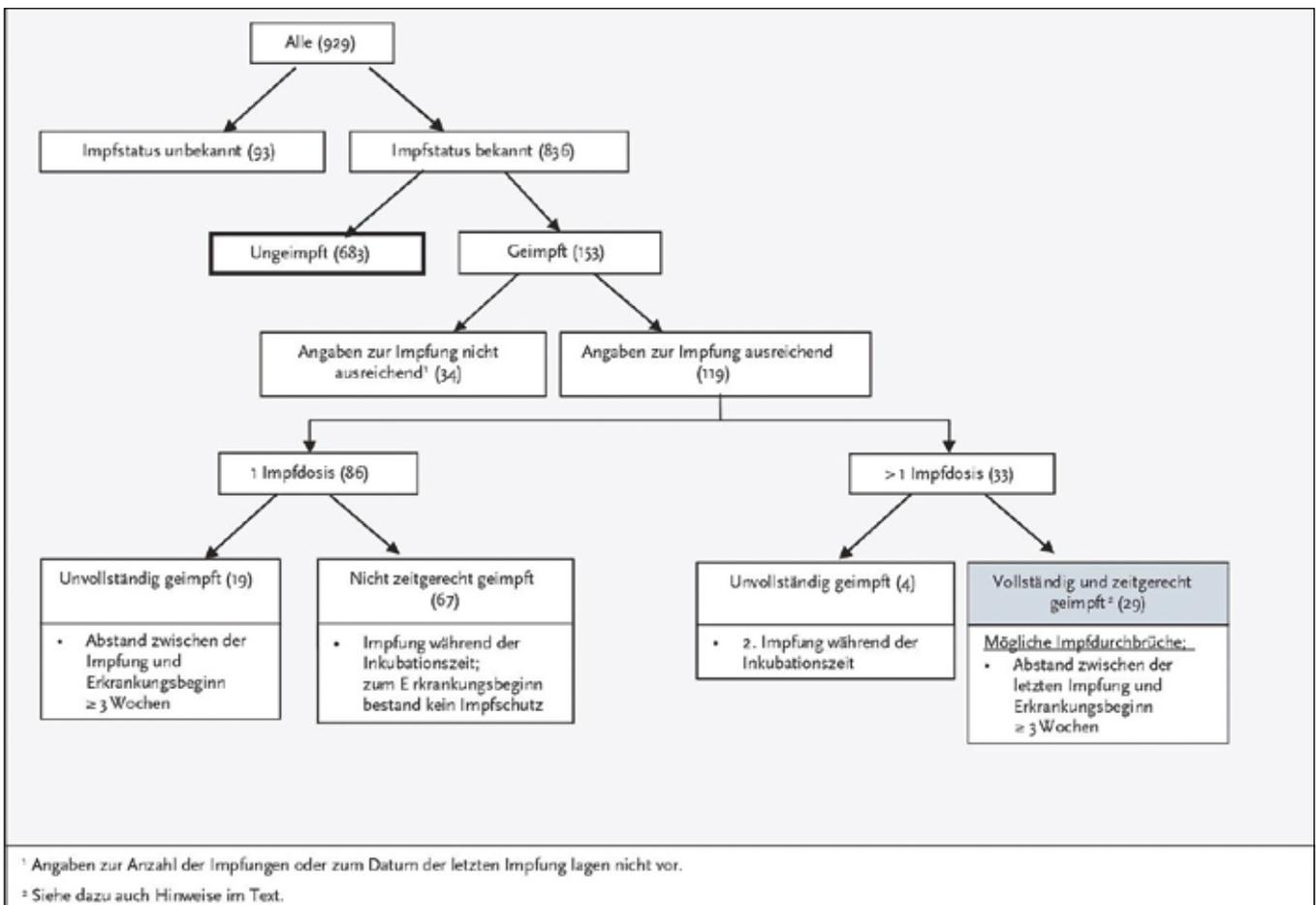


Abb. 7: Gemeldete Masernfälle 2017 und Impfstatus aus: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017, Seite 166, RKI 2018

Diese Tabelle der Masern-Inzidenzen 2018 stellt die dem RKI gemeldeten altersstratifizierten Masernfälle dar. Dort wird deutlich, dass mindestens die Hälfte der insgesamt 543 in 2018 gemeldeten Masern-Fälle (under-reporting ist anzunehmen) bei Erwachsenen anfiel. Die Jahrgangs-Inzidenz für einzelne Geburtsjahrgänge war jedoch bei weitem am höchsten im ersten Lebensjahr, gefolgt von zweitem und drittem Lebensjahr.

Die Impfdaten für die gemeldeten und überprüfbaren Masernfälle liegen für 2018 noch nicht endgültig vor. Die vergleichbaren Daten aus dem Jahr 2017 wurden im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch des RKI ausführlich bewertet (siehe Abb. 7).

Der Anteil der Masernfälle **ohne** jegliche Masern-Impfung lag bei 81,7 Prozent (unabhängig vom Grund dieser Impflücken). Der Anteil der Erkrankungen mit **einer korrekt** verabreichten einmaligen Impfung lag bei 10,3 Prozent, mit **einer verspätet** in der Inkubationszeit verabreichten ersten Masern-Impfung bei 2,92 Prozent. Es gab auch Masern-Erkrankungen bei **zweimal korrekt** gegen Masern geimpften Patienten, der Anteil lag bei 4,46 Prozent, der von Patienten

mit einer **zu spät** verabreichten zweiten Impfung (in der Inkubationszeit) lag bei 0,62 Prozent.

Es ist wichtig zu verstehen, dass der Anteil von 19,3 Prozent der Masernfälle bei mindestens einmal geimpften Patienten nicht als ein Maß für die Impf-Effektivität zu verstehen ist.

Aus vielen Studien zur Impfeffektivität ist bekannt, dass die Masern-Impfstoffe sowohl in Einzel- als auch in Mehrfach-Impfstoffen nach einer einmaligen Impfung ca. fünf Prozent Impfersager hinterlässt. Die zweite Impfung ist vor allem dazu gedacht, diesen fünf Prozent eine erneut ca. 95 prozentige Chance auf die Entwicklung eines effektiven Masern-Impfschutzes zu geben. Nach der zweimaligen Impfung ist also rein rechnerisch mit immer noch 0,25 % Impfersagern unter allen zweimal Geimpften zu rechnen. Je mehr Menschen in Zukunft geimpft werden, desto höher wird bei eventuellen Masern-Ausbrüchen der Anteil der zweimal geimpften Erkrankten sein.

Um diesem immanenten Rest-Erkrankungsrisiko wirksam zu begegnen und um das Erkrankungsrisiko der chronisch Kranken ohne Impfmöglichkeit sowie der kleinen Säuglinge ohne effizien-

ten Nestschutz zu verringern, ist eine kontinuierlich hohe Impfquote in der Bevölkerung (95 %) mindestens ab dem Jahrgang 1971 erforderlich. Dieses Ziel kann mit dem jetzt vorgelegten Gesetz nur in begrenztem Umfang erreicht werden. Da die angekündigten Maßnahmen aber nach aller Voraussicht zu öffentlich wirksamem Widerstand bis zu juristischen Auseinandersetzungen führen werden und da es sicher genügend Familien und Ärzte geben wird, die versuchen werden, das System zu umgehen oder zu sabotieren, könnte der Impfgedanke in den nächsten Jahren erheblichen Schaden nehmen. Der notwendige Aufwand sollte aus meiner Sicht besser in die oben genannten alternativen Maßnahmen und weitere noch auszuarbeitende Kampagnen investiert werden.

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Martin Terhardt

Kinder- und Jugendarzt

Mitglied der STIKO

10827 Berlin

E-Mail: martin.terhardt@t-online.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. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221) 68909-34, andreas.plate@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@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“:** 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 Verlagkontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.200  
lt. IVW I 2019

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

– **Redaktionsorganisation:** Petra Tristram, Tel.: (0201) 8130-309, Fax: (0201) 8130-412, E-Mail: tristram@verlag-beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

**Anzeigenpreisliste:** Nr. 52 vom 1. Oktober 2018

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe [www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise](http://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.

## Der Honorarausschuss informiert

# Vergütung nach TSVG – Vorsicht Falle!

Am 11. Mai 2019 ist nun das TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) in Kraft getreten. Der Minister verspricht, alles wird schneller, besser und digitaler. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat auch versprochen, dass es neues Geld für zusätzliche Leistungen geben wird. Aber: Vorsicht Falle – der Teufel steckt im Kleingedruckten.



Dr. Reinhard Bartzky

### Was hat der BVKJ erreicht?

Ich verweise dazu auf meine Ausführungen in Heft 5 (S. 224-226) „Kinder- und Jugendarzt“.

Was haben wir noch erreicht: Aufstockung der bundesweit finanzierten Weiterbildungsstellen von 1.000 auf 2.000, dabei sind die Kinder- und Jugendärzte als einzige Fachgruppe im Gesetz explizit erwähnt. Die Erhöhung der anzugebenden Pflichtsprechstundenzahl von 20 auf 25 Std. war nicht zu verhindern, getroffen werden sollen damit aber wohl andere – zum Beispiel die Psychotherapeuten.

Als Erfolg für die Bemühungen des BVKJ muss auch die Abwehr der Aussetzung der Bedarfsplanung genannt werden: Das ungesteuerte Öffnen der Schleusentore ohne Gegenfinanzierung (so wie es Minister Spahn wollte) hätte zu einer ungesteuerten Niederlassung v.a. in attraktiven Regionen und v.a. rundherum um die großen Kliniken geführt.

Der Preis des Verhinderns der Niederlassungsöffnung nach Spahn ist nun der neue GBA-Beschluss zur Bedarfsplanung. Natürlich hat der Gemeinsame

Bundesausschuss (GBA) wieder keine echte Bedarfsplanung geschaffen, sondern das alte System, welches auf faktischen Niederlassungen der 90er Jahre basiert, ein wenig reformiert:

**411 neue Sitze für Kinder- und Jugendärzte** sind geschaffen worden.

Entgegen den Wünschen einiger Lokalpolitiker, auf Mittelbereichsebene zu beplanen, sind die alten Verhältniszahlen fortentwickelt worden. Eine Beplanung auf Mittelbereichsebene hätte in der Pädiatrie

keine gesteuerte Zulassung gebracht und gleichzeitig wäre die Anzahl der Ärzte in gesperrten Gebieten gestiegen. Stattdessen wurden die Raumordnungstypen 2-6 zusammengefasst – alle Regionen bis auf die ganz großen Ballungszentren erhalten fortan die gleiche Verhältniszahl inklusive eines kleinen Zuschlages. Nur der Raumordnungstyp 1 (Zentren größer 100.000 Einwohner) erhält weiterhin eine eigne Verhältniszahl (**numerische Auswirkungen siehe Tabelle**).

**Tab. 1:** SIMULATION der Niederlassungsmöglichkeiten anhand der Zahlen Q4/17 Vorsicht: dies ist nur eine Simulation: die genauen Zahlen werden anhand der neuen Verhältniszahlen von den Landesausschüssen festgelegt. Rechnerische Niederlassungsmöglichkeiten im **blauen Feld**: in vielen Regionen werden sich keine Pädiater finden.

KV-Region	STATUS QUO			SIMULATION MORBIFAKTOR		
		Ärzte > 110%	Ärzte > 140%		Ärzte > 110%	Ärzte > 140%
Schleswig-Holstein	0	61,4	26,4	5	17,5	0
Hamburg	0	6,6	0	17	0	0
Niedersachsen	1	100,5	24	70,5	18,7	2,6
Bremen	0	18,5	5,8	0	10,4	0
Nordrhein	0	139,8	33,6	31,5	33,2	4,2
Westfalen-Lippe	0,5	99,4	20,6	53,5	17,8	2
Hessen	1	79,5	20,6	33	10,9	0
Rheinland-Pfalz	2	78,8	39,6	29,5	31,3	9,9
Baden-Württemberg	1	191,4	68,6	49,5	64,5	6,3
Bayerns	1,5	196,6	67,7	89	60,7	14,8
Saarland	0	19,3	6,8	1	6,6	0
Berlin	0	69,3	4	0	28,7	0
Mecklenburg-Vorpommern	1,5	46,9	31,2	8,5	27,8	12
Sachsen-Anhalt	0	53,3	30,5	10,5	28	9,4
Thüringen	0	64,2	37	2,5	32,3	7,7
Brandenburg	0	59,3	31,6	9	27	7,4
Sachsen	2	52,4	17,5	1,5	68,7	17,5
<b>Deutschland</b>	<b>10,5</b>	<b>1337,2</b>	<b>465,5</b>	<b>411,5</b>	<b>484,1</b>	<b>93,8</b>

**Die Neuzulassungen erfolgen ohne Gegenfinanzierung!** Das bedeutet, dass in Region mit voller Auszahlung (z.B.: Bayern, Baden-Württemberg) die neuen Stellen letztlich doch von den Kassen gegenfinanziert werden. In Regionen mit „Reststreifen“ (also Honorarbudgetierung) sieht es schon etwas anders aus: Die Tragweite der Mitfinanzierung durch die Kollegen hängt vom regionalen Honorarverteilungsmaßstab ab: Hier werden die neuen Stellen anteilig aus der gedeckelten Morbiditätsgesamtvergütung mitfinanziert, wobei es sich nachteilig auswirkt, wenn in einer KV eine Allgemeinmediziner-Pädiater-Topftrennung vorliegt und ganz besonders wenn dann auch noch das Aufsatzjahr für die Topftrennung in der Vergangenheit liegt.

### Neues Geld – Vorsicht Falle!

In der o.g. Ausgabe hatten wir berichtet für welche Leistungen es neues Geld geben wird (Vermittlung von Terminen und Vorsorgen bei Kinder- und Jugendärzten; Vermittlung von 116117-Patienten ab 1.1.20; eventuell Aufnahme von Neupatienten). Die Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband der Kassen und der KBV haben zwar gerade erst begonnen, aber schon wird klar, wer einen Teil des Honorars zahlen wird: Sie selbst!

Warum?

Im Gesetz steht geschrieben, dass die extrabudgetäre Vergütung im ersten Jahr nach beschriebenen Regeln bereinigt werden muss! Diese Regeln besagen, dass die Bereinigung BASISWIRKSAM erfolgt, das heißt **der bereinigte Betrag ist für immer (also auch für alle folgenden Jahre) aus der Morbiditätsgesamtvergütung weg**. Bereinigt wird nach der Vorjahresquotierung Ihrer KV, dieser Betrag schwankt also von KV zu KV.

Schätzungsweise müssen Sie aber davon ausgehen, dass im Bundesdurchschnitt 90% des neuen versprochenen

extrabudgetären Honorars bereinigt werden. Man kann dies natürlich auch als den Einstieg in die extrabudgetäre Vergütung feiern.

Aber bitte geben Sie Acht: das Ganze funktioniert nur, solange Sie sich im Hamsterrad befinden und jedes Quartal immer mehr arbeiten. Wenn Sie altersbedingt oder aus welchen Gründen auch immer, Ihre Praxis runterfahren, werden Sie die extrabudgetären Summen durch Extrapatienten nicht mehr erwirtschaften können, Ihr RLV-Honorar bleibt aber geschmälert.

Ein besonderes Augenmerk sollten Sie auch auf den Mechanismus der Berechnung der RLVs in Ihrer KV richten: Wenn Sie in einer KV arbeiten, in der die Scheinzahl des Vorjahresquartals zur RLV-Berechnung herangezogen wird, wird sich der von Ihnen angenommene Terminalsstellen-Patient ein zweites Mal auf Ihr Honorar auswirken, denn rein extrabudgetäre Scheine lösen keine RLV-Fälle aus.

Bizarr ist folgender Streitpunkt: Wir (die Ärzteseite) gehen davon aus, dass dieses eine Jahr (also das Aufsatzjahr der Bereinigung) vom In-Kraft-Treten (also Quartal 2/19 bis 1/20) gelten würde. Die Vorstellungen der Kassen sind wie folgt: das Gesetz müsse erst seine volle Kraft entfalten, ab dann gelte das eine Jahr der Bereinigung.

**Der Honorarausschuss rät:  
Bitte fahren Sie im ersten TSVG-Jahr  
mit angezogener Handbremse!!!**

#### Klar ist, was nicht klar ist:

- Von wann bis wann gilt das erste Jahr der Bereinigung
- Für welche Patienten und welche Arztgruppen gilt die Regelung Neupatient (die sollen nämlich auch extrabudgetär werden, was in der Pädiatrie wegen der vielen Kleinkinder schon beachtlich wäre)

- Höhe der Vergütung für das Besorgen eines Termins beim Facharzt (im Gesetz steht mindestens 10 Euro) [auch ist nicht verhandelt, ob dies auch für Kinder- und Jugendärzte gelten wird, die zum Schwerpunktpädiater überweisen]
- Ziffern für die Zuschläge zur Versichertenpauschale
- Was meint der Begriff „Behandlungsfall“ im Gesetz – ist damit der Behandlungsfall des Bundesmantelvertrages gemeint (also alle Leistungen der BSNR im besagten Quartal sind extrabudgetär) oder meinte der Minister den Fall der zusätzlichen Behandlung (so sehen es die Kassen); der Terminus wird im Gesetz leider unterschiedlich verwendet.

Es ist davon auszugehen, dass die meisten dieser Punkte zwischen den Vertragsparteien oder im Schiedsamt, zumindest aber spätestens im September entschieden sein werden.

### Und das alles für ein Problem, dass es nicht gibt

73 Mio. GKV-Versicherte gehen regelmäßig zum Arzt. Die KVen dokumentieren 1,1 Milliarden Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr [1.100.000.000] (Multiuser wegen fehlender Abrechnungsmöglichkeiten nicht mitgerechnet). Dem stehen lediglich 165.000 vermittelte Kontakte gegenüber, die zum Teil Termine bei Ihren Ärzten nicht wahrgenommen haben (sogenannte No-shows). Ein Rauschen im Promillebereich, durch das den KVen und den Vertragsärzten erhebliche Kosten entstehen.

Stand: Ende Mai '19

#### Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzky  
10967 Berlin  
E-Mail: [dr@bartzky.de](mailto:dr@bartzky.de)

Red.: WH

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter  
[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Aus der BVKJ-Service GmbH

# TransFIT für alle GKV-versicherten Kinder und Jugendliche

Das Projekt TransFIT des Innovationsfonds befindet sich auf der Zielgeraden und ermöglicht nun auch eine Teilnahme aller Patienten mit einer chronischen Erkrankung (ab dem vollendeten 12. Lebensjahr) unabhängig von ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Die Initiatoren und Unterstützer des Projektes freuen sich über diese Möglichkeit, denn so haben noch mehr Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern die Möglichkeit, sich besser bei ihrem Krankheitsmanagement und auf den Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin zusätzlich zu der Behandlung in der Praxis unterstützen und begleiten zu lassen.

### Positive Erfahrungen mit TransFIT

Diese Möglichkeit wird ausgiebig genutzt! Eltern, betroffene Kinder und Jugendliche sowie Kinder- und Jugendärzte bestätigen die Notwendigkeit und den positiven Effekt des Programms – das zeigt auch die steigende Zahl der Teilnehmer. Die Praxen spüren die Entlastung und Unterstützung durch das Fallmanagement, welches professionell von den DRK-Kliniken in Berlin geleistet wird. Das umfassende Netzwerk, die umfangreiche und langjährige Expertise und besonders die professionelle Ansprache durch das Fallmanagement werden sehr geschätzt. Dadurch ist das Vertrauen zwischen Kinder- und Jugendärzten und dem Fallmanagement deutlich gewachsen. Die eine oder andere Praxis möchte gar nicht mehr auf diese Unterstützung verzichten.

Das Projektteam bedankt sich bei über 1.000 an dem Versorgungsvertrag teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen für Ihre Unterstützung/Mitarbeit!

### Umsetzung des Programms einfach

In der Zwischenzeit hat sich herumgesprochen, dass das Einschreiben von Patienten in das Programm im wahrsten Sinne des Wortes kinderleicht ist. Insbesondere auch die Möglichkeit, dass auch Kinder bereits **ab dem vollendeten 12. Lebensjahr** eingeschrieben werden können, wenn von dem betreuenden Kinder- und Jugendarzt ein erhöhter Versorgungsbedarf jetzt, in der Zukunft und im Rahmen eines späteren Wechsels beobachtet wird. Durch die Unterstützung dieser jungen Patienten und die Zusammenarbeit von Fallmanagement und Praxis kann Versorgungsbrüchen in der Zukunft vorgebeugt werden.

### Was zeichnet TransFIT noch aus?

Eine **informative Homepage** mit schneller Rückmeldung auf Fragen versteht sich von selbst. Unterstützung und planbare Ansprechbarkeit des Fallmanagements überraschen doch den ein oder anderen. Hatten Eltern, Selbsthilfe und Praxis schon bisher das Gefühl bestens informiert zu

sein, freuen sie sich nun über noch mehr Praxiserfahrung, Kontakte, Netzwerke und weitere hilfreiche Hinweise, die entlasten und Freiraum für Anderes schaffen.

### Machen Sie mit!

Die Initiatoren wünschen sich für die letzte Phase der Förderung weitere Einschreibungen von Patienten, das Aufrechterhalten des sehr guten Austausches mit den Praxen, viele neue Kinder- und Jugendärzte, die das Angebot annehmen und die Akzeptanz bei Eltern und Betroffenen. Wenn Sie bisher noch keinen Patienten eingeschrieben haben, stellt das auch jetzt kein Hindernis dar. Alle notwendigen Schritte finden Sie in **PädInform**. Aktuell wurde erneut zur Unterstützung ein an die Eltern gerichteter Brief fertiggestellt, der allen Kinder- und Jugendärzten die Möglichkeit gibt, noch gezielter auf das Programm im direkten Austausch mit den Eltern einzugehen.

### Korrespondenzanschrift:

BVKJ-Service GmbH, 51069 Köln  
E-Mail: [bvkjservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)

Red.: WH

# Bericht aus dem Hauptstadtbüro

Während wir uns noch mit den konkreten Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) beschäftigen, liegen bereits die nächsten Gesetzesentwürfe zur Analyse und Bewertung vor. Nach dem Faire-Kassen-Gesetz (FKG) folgte nun sogleich das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)...



Kathrin Jackel-Neusser

## Das Digitale Versorgung-Gesetz (DVG)

Das Bundesgesundheitsministerium plant u.a. Folgendes (Langfassung siehe BMG-Homepage):

- Patientinnen und Patienten sollen sich **Gesundheits-Apps** künftig wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen können.
- Sie sollen ihre Daten in absehbarer Zeit in einer **elektronischen Patientenakte** speichern lassen.
- Sie sollen **telemedizinische Angebote** wie zum Beispiel Videosprechstunden leichter nutzen können.

Bitte beachten Sie, dass es sich im Folgenden um geplante Änderungen handelt (Stand: 28.05.2019). Es liegt erst der Referentenentwurf des Ministeriums vor. Auch wir werden nun eine Stellungnahme zum DVG erstellen, welche Sie bei Erscheinen dieses Artikels bereits auf unserer Internetseite unter „Stellungnahmen“ nachlesen können.

Vielleicht ändern sich einzelne Regelungen also nach dem Stellungnahmeverfahren, wir wollen Ihnen dennoch einen ersten Überblick dazu bieten, was das BMG plant.

## Die Regelungen im Einzelnen:

### • Die elektronische Patientenakte

Im TSVG ist geregelt, dass Krankenkassen ihren Versicherten **spätestens ab dem 1.1.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA)** anbieten müssen. Damit diese auch gefüllt wird, erhalten Patientinnen und Patienten zeitgleich einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin bzw. ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Das gilt auch nach einer Behandlung im Krankenhaus. Das Anlegen und Verwalten der ePA wird vergütet. Außerdem wird die ePA umfangreicher: Wer möchte, kann auch den Impfausweis, den Mutterpass, das gelbe U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft darin speichern lassen. Ab 2022 können Versicherte bei einem Krankenkassenwechsel ihre Daten aus der ePA standardisiert übertragen lassen.

### • Patienten sollen Gesundheits-Apps schneller nutzen können

Viele Patienten nutzen schon jetzt Gesundheits-Apps, die sie zum Beispiel dabei unterstützen, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Künftig können sie sich solche Anwendungen auf Kosten der GKV von ihrem Arzt verschreiben lassen. Dafür soll ein zügiger Zulassungsweg für die Hersteller geschaffen werden: Nach einer ersten Prüfung der Sicherheit und von Qualitätskriterien wie Datenschutz, Transparenz und Nutzerfreundlichkeit wird eine Anwendung ein Jahr lang vorläufig von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. In dieser Zeit muss der Hersteller beim BfArM nachweisen, dass das Angebot positive Effekte für die Versorgung hat. Wie viel Geld der Hersteller erhält, verhandelt er dann selbst mit dem GKV-Spitzenverband.

### • Honorarkürzungen für TI-Verweigerer

Patientinnen und Patienten sollen digitale Angebote wie die ePA möglichst

bald flächendeckend nutzen können. Darum verpflichtet das BMG **Apotheken (bis März 2020)** und **Krankenhäuser (bis März 2021)**, sich an die Telematik-Infrastruktur anschließen zu lassen. Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen bekommen die Möglichkeit dazu. Die Kosten für die freiwillige Anbindung werden erstattet. **Ärztlichen Praxisinhabern**, die noch immer nicht an die TI angeschlossen sind, droht **ab März 2020 eine Honorarkürzung von 2,5 Prozent**.

### • Die Videosprechstunde soll Alltag werden

Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte, die Videosprechstunden anbieten, leichter finden. Darum sollen diese künftig auf ihrer Internetseite über solche Angebote informieren dürfen. Bei der **Videosprechstunde** muss die Aufklärung durch den Arzt und die Einwilligung des Patienten für eine Videosprechstunde bisher persönlich oder schriftlich erfolgen. Jetzt ist klargestellt, dass dies künftig auch im Rahmen der Videosprechstunde geschehen kann. Ärztinnen und Ärzte haben zudem künftig mehr Möglichkeiten, sich auf digitalem Weg mit Kollegen auszutauschen. Diese sogenannten **Telekonsile** werden außerhalb des Praxisbudgets vergütet. Eine gute Chance für PädExpert!

### • Papier wird zum Auslaufmodell

Nach der **elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** (TSVG) und dem **E-Rezept** (GSAV) kommt die **elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung**. In Pilotprojekten soll schnell ausgelotet werden, wie die Verordnungen zum Beispiel für Physiotherapie digital gespeichert und elektronisch an den Therapeuten übermittelt werden können. Bislang

bekommen Ärzte für ein versendetes Fax mehr Geld als für das Versenden eines elektronischen Arztbriefs. Künftig erhalten sie deutlich weniger Geld für das Fax, so dass es attraktiver werden soll, den elektronischen Arztbrief zu nutzen. Wer einer gesetzlichen Kasse freiwillig beitreten möchte, kann das künftig auch elektronisch tun. Und Kassen dürfen ihre Versicherten mit deren Zustimmung über innovative Angebote elektronisch informieren.

### • Innovationen sollen schneller zum Patienten kommen

Der Innovationsfonds soll bis 2024 verlängert werden, die Förderung effizienter werden und ein Verfahren entwickelt, mit dem erfolgreiche Ansätze schnell in die Versorgung kommen. Krankenkassen können sich künftig mit Kapital an der Entwicklung digitaler Innovationen beteiligen. Dafür dürfen sie bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven aufwenden.

### Zur Bewertung des DVG

Die KBV sieht in dem Referentenentwurf sinnvolle Ansätze, verweist aber zugleich darauf, dass Digitalisierung die Arbeit der Arztpraxen erleichtern müsse und nicht für ein Mehr an Arbeitsaufwand sorgen dürfe.

Zu den geplanten „Apps auf Rezept“ sagte **KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Gassen**: „Der Einsatz von Apps in der Versorgung kann sinnvoll sein. Was aber nicht sein darf, ist, dass der einzelne Arzt sich mit einer Flut verschiedener App-Produkte beschäftigen und genau wissen muss, welche Krankenkasse welche Anwendung erstattet.“ Wichtig sei auch hier, dass eine angemessene und vor allem effiziente Nutzenbewertung vorgeschaltet sei.

**Dr. Fischbach** hierzu: „Der BVKJ begrüßt die Digitalisierungsinitiative des Bundesgesundheitsministers ausdrücklich und grundsätzlich, da Deutschland bei der Digitalisierung bereits heute aufgrund nationaler Zughaftigkeit – auch im Gesundheitswesen – anderen Ländern wie den USA und China meilenweit hinterherläuft und den Anschluss zu verlieren droht. Wir verlangen aber niedrigschwellige und leicht handhabbare Formate, die weder Patienten noch Ärztinnen und Ärzte überfordern.“ Grundsätzlich positiv sieht Dr. Fischbach die Pläne zur

Weiterentwicklung der **elektronischen Patientenakte (ePA)**.

**Dr. Fischbach** begrüßt außerdem, dass Telekonsile in größerem Umfang ermöglicht und extrabudgetär vergütet werden: „Dies ist eine große Chance für **PädExpert!** Wir sind hier in engem Austausch mit **Dr. Martin Lang** und **Sean Monks**, die **PädExpert** etabliert haben.“

Manchen geht es zu schnell mit der Digitalisierung, anderen zu langsam. **Tino Sorge, zuständiger CDU/CSU-Berichterstatter für Digitalisierung im Gesundheitswesen** im Bundestag, sieht in den neuen Zugangsregelungen für digitale Anwendungen zwar einen echten Durchbruch: „Endlich eröffnen wir digitalen Anwendungen einen schnellen Pfad in die Regelversorgung – mit klarer Evidenz-Erfordernis und fairer Erstattungsregelung.“ Dennoch fehle ihm noch einiges, Zum Beispiel in punkto Datenspende: „Das BMG darf gern noch einen Gang hochschalten.“

Diese Regelung zur Datenspende forderte auch **Frank Michalak, Vorstand der AOK Nordost**, ein. „Vor drei Jahren hätte ich selbst diese noch grundlegend abgelehnt.“ Heute sehe er das anders: Die Datenspende sei notwendig, um international in der Forschung nicht abgehängt zu werden.

### KBV macht sich bereits intensiv an die Umsetzung der ePA

Die **KBV will** laut eigenen Angaben den **Zeitplan für die Umsetzung der ePA einhalten**. Von 2021 an soll es für alle GKV-Versicherten die ePA über die Telematikinfrastruktur geben. Anbieter sind die Kassen. Die KBV wiederum muss dafür zunächst die technischen Standards für die medizinischen Inhalte erarbeiten.

**KBV-Vorstand Dr. Thomas Kriedel** kündigte an, noch in diesem Jahr sollen diese Standards für die ersten fünf Informationseinheiten, darunter der Impfpass, stehen: Im nächsten Jahr sollen dann die nächsten zehn Informationseinheiten folgen. Für den Start der ePA reicht das auch, denn sie ist selbst vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) als lernendes und sich weiterentwickelndes Gebilde geplant, wie **Dr. Gottfried Ludewig, Chef der Abteilung für Digitalisierung des Gesundheitswesens im BMG**, erklärte. Dieser äußerte sich folgendermaßen: „Wir brauchen kleine agile Schritte. Wir

müssen davon wegkommen, zu glauben, dass wir in einem Schritt die eierlegende Wollmilchsau bekommen.“ Sein Ziel sei, dass die Kassen die Möglichkeit bekämen, zusätzlichen Mehrwert über ihre Akten anzubieten und sich so gegeneinander abzugrenzen.

### Zentral für die KBV: Sicherheit und Interoperabilität

Für die KBV ist dabei auch wichtig, wie sich die Daten verschlüsseln lassen und dass diese in allen Praxis-EDV-Systemen abzurufen sind. „Entscheidend ist die Interoperabilität“, so Kriedel.

---

Klar ist: Wir werden in der BVKJ-Stellungnahme zum DVG unter anderem zum Ausdruck bringen, dass die Sicherheitsaspekte vom Gesetzgeber gelöst werden müssen und dass nicht irgendwann Apps auf Kosten der Patienten wesentliche ärztliche Versorgung substituieren.

---

### Gesetzentwurf zur Notfallreform kommt im Sommer

Der Abteilungsleiter für Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im BMG, Joachim Becker, kündigte an, dass noch in diesem Sommer ein Gesetzentwurf für eine **Reform der Notfallversorgung** vorliegen soll (siehe dazu auch den Beitrag zum Thema SmED von Frau Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin BVKJ, in diesem Heft).

### Neue Bedarfsplanungsrichtlinie: 3.470 zusätzliche Arztstühle, 401 darunter für die Pädiatrie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist seinem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und hat einen Monat vor Fristende die Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie beschlossen. (s. dazu auch den Beitrag von Dr. Bartzky, Honorar-ausschuss BVKJ, in diesem Heft)

Angehende Ärzte haben künftig deutlich mehr Wahlfreiheit bei der Niederlassung. Durch die Umsetzung der einstimmig im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie werden bundesweit über 6.900 Niederlassungsmög-

lichkeiten bestehen. Zusätzlich zu den 3.470 neuen Niederlassungsmöglichkeiten sind mit Stand Mai 2019 weitere rund 3.440 Arztsitze derzeit nicht besetzt – darunter über 2.700 Hausarztsitze.

Falls das BMG dem G-BA-Beschluss grünes Licht gibt, treten die **Änderungen zum 30. Juni 2019** in Kraft. Anschließend haben die Landesausschüsse maximal sechs Monate Zeit, diese umzusetzen. Nach der Abstimmung im G-BA gab dessen unparteiischer **Vorsitzender Prof. Josef Hecken** allerdings klar zu bedenken: „Mit den neuen Niederlassungsmöglichkeiten haben wir noch keinen einzigen neuen Arzt in der Versorgung.“ Für die fast 4.000 offenen hausärztlichen Niederlassungsmöglichkeiten müssten vor allem in ländlichen Gebieten von den Ländern, Kreisen und Kommunen attraktive Angebote an junge Ärzte gemacht werden.

Neu ist auch, dass die Verhältniszahlen durch Alter, Geschlecht und einen Morbiditätsfaktor modifiziert werden. Zudem sollen die Verhältniszahlen alle zwei Jahre aktualisiert werden. Nach fünf Jahren soll darüber hinaus eine zusätzliche Evaluation der angepassten Bedarfsrichtlinie erfolgen. Außerdem setzte der G-BA die durch das TSVG neu geschaffenen Möglichkeiten um, wonach die Landesbehörden in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten Zulassungssperren für die Neuniederlas-

sung von Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeuten aufheben können.

### Unterquoten für die Fachinternisten – aber nicht die Fachpädiater

Zur Vermeidung von Versorgungslücken in bestimmten Disziplinen hat der G-BA zudem mit den Unterquoten in der Arztgruppe der Fachinternisten ein weiteres Steuerungselement festgelegt. Für ausgewählte Fachinternisten wurden Maximalquoten festgelegt, die bei Zulassung und Nachbesetzung nicht überschritten werden sollen. Zum Beispiel für die Arztgruppe der Kardiologen liegt dieser Höchstanteil bei 33 %, für Gastroenterologen bei 19 %, für Pneumologen bei 18 % und für Nephrologen bei 25 %.

**Dr. Fischbach hierzu:**

„Dieses in der Erwachsenenmedizin sinnvolle Steuerungsinstrument verfährt leider bei den pädiatrischen Subdisziplinen nicht, da es **in der Pädiatrie keine saubere Trennung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung und somit dem jeweiligen Versorgungsanteil gibt**. Der G-BA bleibt daher nach wie vor aufgefordert, einen Algorithmus zu finden, der den **subdisziplinären Leistungsanteil bei der pädiatrischen Bedarfsermittlung herausrechnet**“.

### Weitere Umsetzung des TSVG

Die Kanzlei Meschke erarbeitet gerade gemeinsam mit unserem Geschäftsführer Dr. Plate und mir ein Informations-Papier für Sie alle zum TSVG. In diesem wollen wir auch möglichst viele Ihrer Fragen aufgreifen.

Dennoch bitten wir hier um Ihr Verständnis, dass die meisten Fragen noch nicht beantwortet werden können, weil die KVen derzeit noch die Umsetzung des TSVG prüfen.

Auch bei der KBV selbst, die viele Aspekte des TSVG zentral umsetzt, sind viele Punkte noch nicht final bearbeitet. Der BVKJ wird hier zwar einbezogen, kann aber auch noch keine Wasserstandsmeldungen bekannt geben. Wir sind dran und bitten weiter um Ihre Geduld. Bitte teilen Sie wenn möglich in den **Päd- Inform-Ordern** (Obleute/Länderrat) den Informationsstand Ihrer KVen mit – Sie helfen dabei bei der allgemeinen Einordnung mit. Vielen Dank!

#### Korrespondenzadresse:

*Kathrin Jackel-Neusser*

*Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation des BVKJ*

*E-Mail: [Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de](mailto:Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de)*

*Red.: WH*

## Unternehmen pädiatrische Praxis – Chancen und Zukunftsperspektiven



**Dr. med.  
Alexander Lothar Gick**

### Motivation zur Niederlassung

Nach Anerkennung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Jahre 2004 stellte sich für mich die Frage, wie ich mir meine weitere berufliche Zukunft vorstellte. Die letzten beiden Jahre meiner Weiterbildung absolvierte ich in Dänemark und konnte hier die großen Vorteile v. a. in ärztlicher Arbeitszeitgestaltung genießen. Daher war das Angebot einer Oberarztstelle sehr verlockend. Damals waren Stellen an Kliniken in Deutschland rar und die Arbeitszeitregelungen noch sehr arbeitnehmerunfreundlich. Schon in

meinem Studium war mein Ziel, als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt tätig zu sein, daher schrieb ich kurzerhand Praxen mit Inhabern an, die ein höheres Alter aufwiesen, mit der Frage, ob ein Verkauf angestrebt werde.

Es ergab sich hieraus nur eine positive Antwort von einer Praxis direkt am Wohnort. Es handelte sich dabei um eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis zweier Fachärzte, die einige Jahre zuvor aus einer Einzelpraxis entstanden war. In der Durchsicht der Gewinnermittlung und der KV Abrechnungen der letzten 5 Jahre war offensichtlich, dass selbst bei

Wegfall jedes dritten bis vierten Patienten nach Übernahme immer noch der gleiche Gewinn zu erzielen war - somit das Risiko als gering einzuschätzen war. Diese Bewertung wurde auch durch die kreditgebende Bank bestätigt.

### Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis

Zunächst wurde ich im letzten Quartal 2004 für drei Monate vom Vorbesitzer angestellt, um zum 1.1.2005 den hälftigen Praxisanteil zu übernehmen. Die wenigen „abwandernden Patienten“ wurden durch eher mehr „Zuwanderer“ ersetzt. Die Dynamik, die sich in einer Kleinstadt diesbezüglich entwickelt, ist enorm – ein „guter Eindruck am Anfang“ nach extern offensichtlich extrem wichtig. Nach intern war der Einstieg angenehm, da das bestehende junge Team von MFAs hervorragend zusammenarbeitete und Neuerungen überwiegend positiv entgegnet. Da ich in Gesprächen mit anderen Kollegen im Vorfeld vorgewarnt wurde, dass manchmal alteingesessene Arzthelferinnenteams Neuerungen blockieren, war ich sehr erleichtert, hier einen einfachen Start zu haben. Sowohl durch die dreimonatige Einarbeitungsphase als auch durch die Präsenz einer erfahrenen Kollegin in der weiter bestehenden Gemeinschaftspraxis, konnten medizinische Fragen der Allgemeinpädiatrie, die in der Klinik nicht behandelt wurden und mir hierzu damals der Erfahrungshorizont fehlte, gemeinsam gut gelöst werden.

### Anpassung der Praxis an bestehende Rahmenbedingungen

An eigenen Ideen für Neuerungen, Verbesserungen und Umstrukturierungen im Umgang mit der Behandlung von Patienten oder der Praxisorganisation mangelte es nicht. Man muss nur lernen, dass nicht immer alles gleichzeitig geht. Im Gegensatz zum Angestelltenverhältnis im Krankenhaus, wo eigentlich logische Änderungen erst einmal wieder und wieder diskutiert, abgestimmt und genehmigt werden müssen, kann ich als Freiberufler einigermaßen frei entscheiden, solange sich alle Partner einig sind. So ließ sich die m.E. dringende Digitalisierung der Praxis erst im Jahre 2008 umsetzen. Begleitet war diese durch turbulente Zeiten innerhalb des Abrechnungs-

systems. Kaum war eine EBM Reform durch, schon wurde über die nächste diskutiert. Jährlich musste man sich umstellen und sich neu einarbeiten. Nach einer längeren Verschnaufpause bezüglich Abrechnungsmodalitäten, kommen nun durch Herrn Spahn auf anderer Ebene wieder sehr turbulente Zeiten auf uns zu. Zusätzlich kamen und kommen immer wieder weitere Forderungen von der KV – teilweise unter Androhung von Honorarabzug – denen man sich unterwerfen muss, auch wenn die Maßnahmen einen fraglichen Nutzen haben. So musste z.B. ein mit erheblichen zeitlichen Aufwand verbundenes QM eingerichtet werden. Auch wenn sich hieraus ein gewisser positiver Nutzen sehen lässt, steht dieser in keinem Verhältnis zu dessen Aufwand.

### Erweiterung um einen weiteren Vertragsarztsitz

2014 wurde durch Erwerb eines weiteren Vertragsarztsitzes und Anstellung einer Kollegin die Praxis erweitert, da sich bereits im Vorfeld das Patientenaufkommen durch Schließen einer Praxis vor Ort erheblich gesteigert hatte. Durch diese strukturellen Veränderungen als auch durch größer werdende versorgungstechnische Anforderungen (z.B. neue Vorsorgen) wuchs unser nichtärztliches Team von zwei Vollzeit-, einer Teilzeitkraft und einer Auszubildenden (2-1-1) auf mittlerweile acht MFAs an (3-2-3). Das **aktuelle Ärzteteam** besteht aus **drei Fachärzten/innen und einer Weiterbildungsassistentin**. Gleichzeitig stieg die Patientenzahl um 25%. Daher mussten dringend größere Räumlichkeiten gefunden werden. Eine geeignete Praxis zu finden, die sowohl groß genug, gut gelegen und finanzierbar war dauerte etwa drei Jahre. Seit 2018 verfügen wir nun über zehn Behandlungsräume auf geräumigen 240m<sup>2</sup>.

### Aktuell

Neuerungen und Verbesserungen positiv gegenüberstehend interessierte ich mich für die neue **Verbundweiterbildung** in Schleswig-Holstein. Daher entschlossen wir uns 2017, an der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten zu beteiligen. Derzeit ist die Weiterbildung im ambulanten Bereich noch freiwillig und daher ist es noch teilweise schwierig, Kollegen und Kolleginnen hierfür zu gewinnen.

Umfragen zeigen jedoch, dass sich hierbei offensichtlich ein Wandel vollziehen wird und die Attraktivität einer Anstellung in der Kinder- und Jugendarztpraxis steigt. Auch die neue Weiterbildungsordnung wird hierbei hoffentlich neue Akzente setzen. Unsere bisherigen Erfahrungen sind äußerst positiv. Es macht Spaß und gibt einem ein angenehm befriedigendes Gefühl, Wissen weitergeben zu dürfen. Das zusätzliche an Arbeitszeit, das man hineinsteckt, wird durch Arbeitsentlastung vor allem in der Infektzeit mit hohem Patientenaufkommen wieder ausgeglichen. Die sogenannten „Spahn'schen“ Neuerungen gelten bei uns schon lange (Notfallsprechstunde, Online Kalender, >25 Stunden Öffnungszeiten, kurze Wartezeiten auf einen Termin, akut Erkrankte werden am selben Tag gesehen).

### Qualitäten und Anforderungen – positive Erfahrungen

Die ärztlichen Herausforderungen in der ambulanten Medizin des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes sind äußerst variationsreich, anspruchsvoll und herausfordernd. Vor allem in den infektreichen Monaten bedarf es einer gut organisierten Praxis, um trotz des hohen Patientenaufkommens alle Anforderungen zu erfüllen. Neben den üblichen Impfungen, längerfristigen Heilmittelverordnungen, Hautproblemen, kinderorthopädischen und HNO Fragen, Entwicklungsfragen, Kindergarten- und Schulproblemen, bedarf es nun bei den akut Kranken keine schwerwiegende oder lebensbedrohliche Erkrankung zu übersehen. Viel Zeit nehmen auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Problemstellungen in Anspruch, da es gilt, weniger komplizierte Fälle selbst zu begleiten, weil Termine beim Facharzt mit langen Wartezeiten verbunden sind.

Grundlegende kaufmännische Fertigkeiten sind erforderlich, um eine Praxis ausreichend gewinnbringend zu führen. Sowohl der Einkauf der üblichen Verbrauchsmittel als auch die Planung zur Anschaffung von medizinischen Geräten durch Berechnung des Break-even-Punktes sind für eine erfolgreiche Praxisführung erforderlich. Da die Personalkosten den größten Ausgabepunkt ausmachen, ist hier der größte Einspareffekt zu verzeichnen. Es gilt darauf zu achten, dass man den richtigen Mix an Mitarbeitern hat. Hilfreich für mittel- und langfristige

Planung sind das kontinuierliche Auswerten von kaufmännischen Messdaten durch Führen von Statistiken. Dies lässt sich durch einfache Excel Tabellen erreichen. Meines Erachtens sind hierzu aber keine besonderen kaufmännischen Fähigkeiten notwendig. Wer im Privaten sein Geld gut verwalten kann, kann das auch in der Praxis.

Erheblich komplizierter stellt sich die Personalleitung dar. Welcher Führungsstil ist der richtige – der autoritäre – der

zu stören oder gar die Praxis schließen zu müssen. Je besser die Vorstellungen aller Praxisinhaber bezüglich der Praxisführung harmonisieren und je engagierter der einzelne sich einbringt, desto unkomplizierter lässt sich der Ablauf gestalten. Da davon aus zu gehen ist, dass meist das Interesse in einer guten Patientenversorgung mit zufriedenen Eltern, glücklichen Angestellten bei gutem Betriebsklima und zufriedenstellender eigener Arbeitszeitgestaltung und guten Gewinnaussich-

heute lassen sich v.a. Allgemeinarztpraxen auf dem Land nicht mehr veräußern. Im Umkehrschluss heißt dies auch, dass die investierten Summen bei Erwerb der Praxis am Ende voraussichtlich nicht mehr durch Verkauf erwirtschaftet, geschweige denn vermehrt werden können. Dies bedeutet, dass man möglichst gute Kinder- und Jugendärzte finden sollte, die sich möglichst lange in einem angestellten Verhältnis wohlfühlen und sie an die eigene Praxis anbinden. Glaubt



mitarbeiterorientierte – der aufgabeno-orientierte? In der Ausbildung zum Arzt spielt Firmenpsychologie keine Rolle. In Workshops gibt es gute Ideen und Beispiele, allein die Umsetzung ist nicht immer einfach. Bei Bedarf sollte man sich Hilfe von außen einkaufen. Ziel ist es, das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so zu beeinflussen, dass diese eine bestmögliche Arbeitsleistung erbringen, die gestellten Aufgaben optimal bewältigen sowie auftretende Problemsituationen lösen können.

### Vorteile in einer Gemeinschaftspraxis

Der größte Vorteil liegt sicherlich in der einfacheren Arbeitsverteilung. Sollte einmal die Behandlung eines Patienten deutlich länger als geplant benötigen und auch die bereits eingeplanten Zeitreserven nicht ausreichen, kann der jeweils andere Partner in der Patientenbetreuung aus- helfen. Des Weiteren lassen sich unvor- hergesehene persönliche Ereignisse, die ein Arbeiten in der Praxis für einige Tage verhindern, relativ problemlos überbrü- cken. Aber auch der Wunsch nach einem längeren Urlaub am Stück lässt sich ver- wirklichen, ohne die Praxisabläufe zu sehr

ten liegt, sollte ein gemeinsamer Nenner oft einfach zu finden sein. Es ist dennoch wichtig, bei Vertragsschluss für eine Gemein- schaftspraxis auf ausgewogene faire Bedingungen für alle Beteiligte zu achten, um bei einer ggf. im Verlauf notwen- digen Auflösung der BAG klare Regeln und Vorgehensweisen im Vorfeld bereits abge- sprochen zu haben.

### Nachteile in einer Gemeinschaftspraxis

Der im Vergleich zum Patientenkon- takt doch sehr hohe zeitliche Aufwand für organisatorische Aufgaben ist ein Nachteil, der sowohl für die Einzel- als auch Gemeinschaftspraxis gilt. In letztere sind diese zeitlich sicherlich gar nicht so viel größer, lassen sich aber auf mehrere Personen verteilen. Den einzigen Nach- teil, den ich in der Gemeinschaftspraxis sehen kann, ist eine ev. auftretende Dis- harmonie der Praxisinhaber in Bezug auf Ziele, Arbeitsverteilung, Gewinnver- teilung oder bei persönlichen Differenzen.

### Zukunft

Laut aktuellen Analysen geht der Trend wohl zum angestellten Arzt. Schon

man den gängigen Umfragen, lässt sich dies am ehesten durch das Angebot einer guten Work-Life-Balance erreichen. Die Bedingungen hierfür sind einer größeren Gemeinschaftspraxis am ehesten um- setzbar.

### Fazit

In den nun 14 Jahren meiner Nieder- lassung hat sich das Patientenaufkommen um ein Viertel gesteigert bei gleichzeitig entsprechender Umsatzsteigerung. Neben dem wirtschaftlichen Erfolg wiegt die hohe Arbeitszufriedenheit in der Niederlassung im Besonderen und lässt sich zusammenfassen in:

**Würde ich nochmals vor der Ent- scheidung stehen, würde ich es wieder so machen.**

### Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Alexander Lothar Gick  
Kinder- und Jugendärztliche  
Gemeinschaftspraxis Schleswig  
24837 Schleswig

E-Mail: [www.kinderaerzte-schleswig.de](http://www.kinderaerzte-schleswig.de)

Red.: WH

# SmED – strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland – die Lösung für die Notfallambulanzen?

**Notfallversorgung in Deutschland umfassend und gut – Akzeptanz und Inanspruchnahme sehr gut** // Die Notfallversorgung in Deutschland ist umfassend ausgebaut sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, das Rettungswesen gut etabliert. In allen Bereichen gelten jedoch sektoral unterschiedliche Ordnungs- und Vergütungsregeln, die Fehlversorgung und Schnittstellenprobleme mit sich bringen. Stationäre Einrichtungen und der Rettungsdienst beklagen eine steigende Überlastung durch wachsende Inanspruchnahme. Mehr als die Hälfte der ca. 20 Millionen in Deutschland betreuten ambulanten Notfälle suchen Hilfe in den Krankenhäusern (1). Nach Abschaffung der Praxisgebühr in 2012 stieg die Zahl der Vorstellung in den Notaufnahmen um 14 %. Allein in 2013 wurden 1 Mio. Patienten zusätzlich in klinischen Notfallambulanzen versorgt. Die Hälfte der Vorstellungen fand während der Praxisöffnungszeiten statt. Dass dies kein rein deutsches Problem ist zeigen Daten aus Australien. Patientenströme lassen sich durch vorab in zentralen Stellen getätigte telefonische Triage lenken (2).



Dr. med. Sigrid Peter

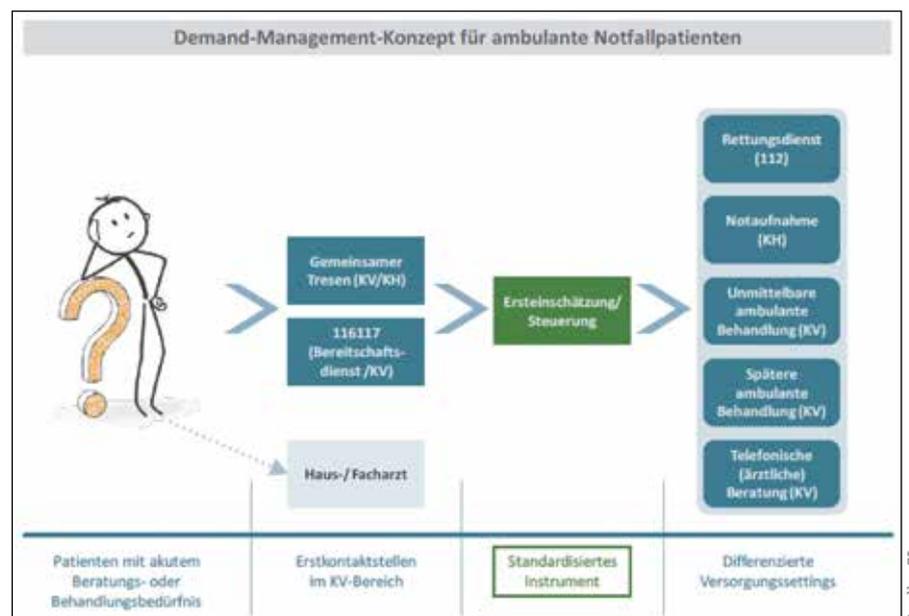
age), eine **einheitliche Notrufnummer (112 und 116117)** und eine **gemeinsame IT** für ein einheitliches Dokumentationssystem. Je nach Dringlichkeit wird für die Anrufer der passende Versorgungspfad ausgewählt, entweder die Vertragsarztpraxis, stationäre Notfallzentren oder der Einsatz des Rettungsdienstes. An Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, **entstehen Integrierte Notfallzentren (INZ)**, in denen die **Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit (2. Triage)** erfolgt. Entsprechend dem Bedarf werden Patienten direkt versorgt oder weitergeleitet.

## Entwicklung eines strukturierteren Einschätzungstools

Die Software **SmED** unterstützt medizinisches Fachpersonal (MFA, Krankenschwester/-pfleger, Notfallsanitäter, Rettungsassistenten), die Dringlichkeit von Alltagsbeschwerden und den adäquaten medizinischen Versorgungsbedarf schnell und sicher einzuschätzen. Das künstliche neuronale Netzwerk ermittelt anhand von **85 Leitbeschwerden** den Versorgungszeitpunkt und die Versorgungsebene. Die Dimensionen **Dringlichkeit (time-to-treat)** und der **Ort der**

## Die Notfallversorgung soll neu ausgerichtet werden

Gesundheitsminister Jens Spahn will die im Koalitionsvertrag angekündigte Reform der ambulanten Notfallversorgung neu strukturieren und legte im Dezember 2018 Eckpunkte, basierend auf den Vorschlägen des Sachverständigenrates, vor, wie diese organisiert werden soll. Ambulanter vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Klinikambulanzen sowie die Notaufnahme im Krankenhaus müssen sektorenübergreifend nach einheitlichen Kriterien organisiert und aufeinander abgestimmt werden. Ziel ist die häufig nicht bedarfsgerechte Notfallversorgung von Patienten zu verbessern. Notwendig sind dafür **integrierte Leitstellen in den Ländern für eine Ersteinschätzung (1. Triage)**.



Quelle: ZI

**Behandlung** (point-of-care) werden nach Algorithmen verknüpft und liefern ein Handlungsergebnis. Idealerweise findet die Einschätzung vorab per Telefon in einer Arztrufzentrale statt. Hierzu soll die bundesweite Rufnummer 116 117 genutzt und mit der Notrufnummer 112 vernetzt werden.

Beide Dimensionen sind in **vier Bereiche** unterteilt. **Time-to-treat** (Zeitpunkt der Behandlung):

- **sofort,**
- **schnellstmöglich,**
- **binnen 24 Stunden**
- **oder in den nächsten Tagen**

sowie **point-of-care** (Versorgungsebene):

- **Rettungsdienst,**
- **Krankenhaus-Notaufnahme,**
- **Arztpraxis**
- **oder Bereitschaftspraxis für die zielgenaue und zeitgerechte ärztliche Versorgung**

SmED soll als App vom Patienten zur Selbsteinschätzung benutzt und an den Portalpraxen eingesetzt werden.

**Umsetzung**

Am 16.5.19 stellte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in

Deutschland **SmED** in Berlin vor. Nach Aussage von Dr. Hofmeister (KBV) soll mit Blick auf die Ressource Arztzeit die hohe Erwartungshaltung – unverzüglich und umfassend – 24/7 Versorgung gelenkt werden. **SmED** ersetze nicht die Terminservicestellen und soll über die Leitstelle 116 117 genutzt werden, um eine passgenaue und zeitlich angemessene ärztliche Versorgung der Patienten zu ermöglichen.

Bereits seit über zehn Jahren wird in der Schweiz SMASS (swiss medical assessment system) angewandt. Auf Basis dieses evidenzbasierten Systems, das u.a. auf das Projekt und die Publikation Red Flags des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bern zurückgeht, wurde für Deutschland SmED entwickelt.

**Hintergründe und Wissenswertes über SmED**

Im Auftrag des ZI wurde SmED für den Einsatz in Deutschland angepasst und weiterentwickelt. Partner des ZI ist die Health Care Quality Systems (HCQS) GmbH, Göttingen, ein joint-venture des aQua-Instituts, Göttingen, und der Schweizer in4medicine AG, Bern.

SmED ist ein Medizinprodukt der Klasse I, wurde gemäß europäischer Medizinprodukte-Richtlinien entwickelt, ist bei dem Schweizerischen Heilmittelinstitut swissmedi registriert und trägt das CE-Kennzeichen.

SmED wird als zentral-serverbasiertes System zur Verfügung gestellt welches über eine HL7 FHIR Schnittstelle in die jeweils verwendete Disponentensoftware, das Praxisverwaltungs- oder Krankenhausinformationssystem eingebunden werden kann.

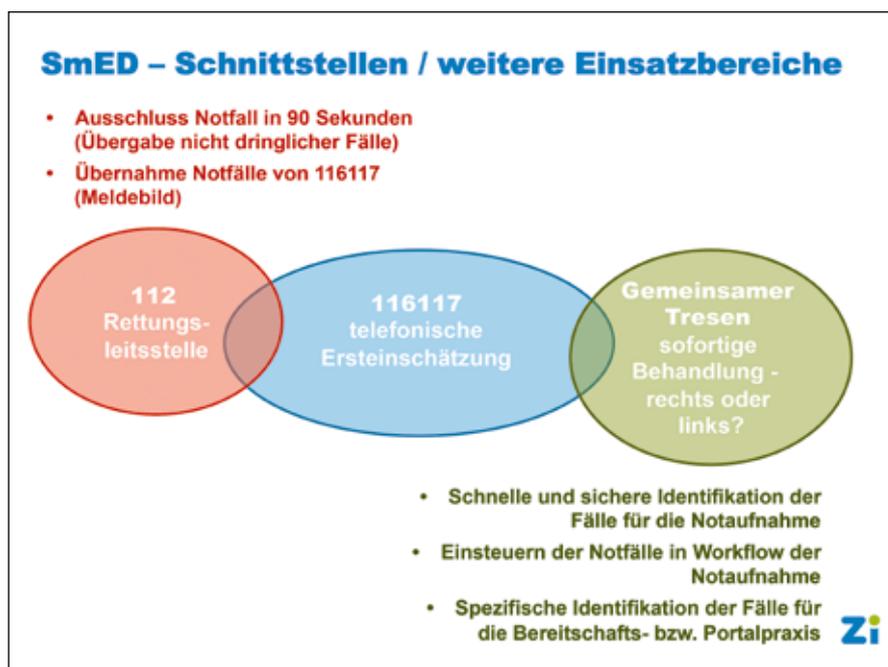
Soweit Kassenärztliche Vereinigungen als Kooperationspartner beteiligt sind, können SmED-Arbeitsplatzlizenzen durch die jeweilige KV bereitgestellt werden, ansonsten können diese bei der HCQS bestellt werden. Die Anwendung setzt gemäß MPBetreibV eine ausreichende Qualifikation bzw. Berufserfahrung sowie eine Schulung in der Nutzung von SmED voraus.

SmED wird über das Demandprojekt des Innovationsfonds erprobt und evaluiert (Quelle ZI).

Die **pädiatrische Expertise** wurde durch **Dr. Roland Ulmer (Vizepräsident BVKJ e.V.)** im SmED-Beirat und Interna-



Quelle: ZI-Forum, Berlin 16.5.19



Quelle: ZI

tional Board of Experts in medical Triage (IBEMT) vertreten.

### Erste Erfahrungsberichte

Anwender von SmED in KV-Rettungsstellen (Bremen und Sachsen-Anhalt) berichteten von der Einfachheit der Durchführung, sowie der Sicherheit in der Beratung. Zahlen zur Patientensteuerung lagen erfahrungsgemäß nicht vor, da SmED erst seit Anfang 2019 in Mo-

dellversuchen angewandt wird. Bislang habe sich an den Wartezeiten und dem hohen Patientenaufkommen nichts geändert. Sobald die Patienten in den Kliniken sind, wird die Notwendigkeit der Versorgung dort gesehen und geleistet, wobei hier Haftungsfragen eine erhebliche Rolle spielen.

Sicherheit und Effizienz in der Versorgung kann durch SmED gewährleistet werden, für eine sinnvolle Steuerung der Patienten in die für sie adäquate Versor-

gungsebene bedarf es der Inanspruchnahme der Beratung über die Telefonnummer 116 117.

*Literatur bei der Autorin*

---

#### Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin  
10115 Berlin

E-Mail: [sigrid.peter@uminfo.de](mailto:sigrid.peter@uminfo.de)

Red.: WH

---

# Fünfter und Sechster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (Teil 2)

Link: <https://www.bmfsfj.de/blob/133732/ed197a973db3136fa577d444dafa80e2/20190212-fuenfter-und-sechster-staatenbericht-data.pdf>

### Gesundheit und Gesundheitswesen, insbesondere medizinische Grundversorgung (Art. 24)

Die Gesundheit von Kindern zu fördern, zu erhalten und die medizinische Versorgung weiter zu verbessern, ist ein zentrales Anliegen des im Jahr 2015 in Kraft getretenen PräVG. Damit sollen u. a. die **Lebenswelten Kita und Schule gestärkt und vermehrt Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung vorgehalten werden**. Ausgangspunkte für Initiativen sind die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGs), die das Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag der Bundesregierung 2018 zum dritten Mal vorlegte.

Mit dem **Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“** des BMG und des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) sollen Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mitverursacht werden, deutlich reduziert werden. (...)

So hat das BMEL im Rahmen von IN FORM die **Vernetzungsstellen für Schul- und Kitaverpflegung** in den Ländern gefördert und etabliert. Gemeinsam mit dem vom BMEL 2016 gegründeten Nationalen Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule (NQZ) leisten sie wichtige Arbeit für eine verbesserte Verpflegung in Kitas und Schulen. (...)

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (**Gute-KiTa-Gesetz**) sieht vor, dass auch „Maßnahmen und ganzheitliche Bildung in den Bereichen kindliche Entwicklung, Gesundheit, Ernährung und Bewegung“ gefördert werden können. (...)

Mit dem **Förderschwerpunkt „Prävention von Kinderübergewicht“** setzt sich das BMG zudem für die Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern ein.

Der auf Initiative der BZgA gegründete **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit** verfolgt als zentrales Anliegen die Gesundheitsförderung und Prävention u.a. bei Kindern unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit zu stärken. Durch in-

tegrierte kommunale Gesundheitsstrategien sollen die Gesundheitschancen von Menschen in belasteten Lebenslagen in Städten, Gemeinden und Landkreisen verbessert werden. (...)

### Schutz für Kinder bei freiheitsentziehenden Maßnahmen in Kliniken und Heimen.

Um den Schutz von Kindern zu verbessern, die sich in psychiatrischen Kliniken oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Behindertenhilfe aufhalten, ist am 1. Oktober 2017 das **Gesetz zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern** in Kraft getreten. Freiheitsentziehende Maßnahmen – wie zum Beispiel Bettgitter, Fixierungen oder sedierende Arzneimittel – können im Einzelfall zum Schutz des Kindes vor einer Selbstgefährdung oder zum Schutz von Dritten erforderlich sein. Mit dem durch die Erweiterung des §1631b BGB um einen Abs. 2 eingeführten Genehmigungserfordernis ist gewährleistet, dass die elterliche Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen an ihrem Kind künftig von

einer unabhängigen Stelle, dem Familiengericht, überprüft wird. Damit wird sichergestellt, dass diese schwerwiegenden Maßnahmen nur als letztes Mittel zur Abwendung einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung zur Anwendung kommen. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens hat das Familiengericht unter anderem das schriftliche Zeugnis eines **Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einzuholen, der das Kind persönlich untersucht hat**. Zugleich erhält das Kind in jedem Einzelfall einen Verfahrensbeistand, der seine Interessen feststellt und im Verfahren zur Geltung bringt. Der Gesetzgeber hat außerdem, vorbehaltlich der gerichtlich genehmigten Verlängerung im Einzelfall, eine Höchstdauer für freiheitsentziehende Maßnahmen festgelegt.

### Psychologische Beratung und Unterstützung.

Kinder und Jugendliche und ihre Familien haben in Deutschland Zugang zu vielfältigen Angeboten der psychologischen Beratung und Unterstützung und der medizinischen Versorgung bei psychischen Erkrankungen, u.a. in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dazu zählen der **öffentliche Gesundheitsdienst**, vertreten durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste, sowie der **stationäre medizinische Bereich** (u.a. Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie, Kliniken für pädiatrische Psychosomatik) und der **ambulante Bereich** (u.a. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Medizinische Versorgungszentren, Sozialpädiatrische Zentren und kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz). (...)

### Diagnose und Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S).

Die **Diagnose bei AD(H)S obliegt spezialisierten Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit besonderer Expertise für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen**. Zur Sicherung einer evidenzbasierten Diagnostik und Therapie steht ihnen zur Orientierung eine im

Mai 2017 verabschiedete **medizinisch-wissenschaftliche Leitlinie der höchsten Entwicklungsstufe** zur Verfügung. Nach Diagnosestellung erfolgt die Behandlung gemäß den Leitlinien auf mehreren Ebenen in einem individuell angepassten, **multimodalen Behandlungskonzept**. Dazu können die Beratung der Eltern und anderer Bezugspersonen, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen sowie eine medikamentöse Behandlung gehören. Die Entscheidung über die im individuellen Fall angezeigten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen trifft der behandelnde Arzt oder die Ärztin eigenverantwortlich in Absprache mit den Eltern und dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen gemäß dem Berufsrecht. Über die Einhaltung des Rechts der ärztlichen Berufsausübung wachen die Landesärztekammern. **Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen in Deutschland, im September 2010 verbindlich strengere Anforderungen an die Diagnose einer AD(H)S und die Verordnung von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln gestellt. (...)**

Zur weiteren Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S trägt auch eine Sachverständigenkonferenz vom Dezember 2014 bei, als dessen Ergebnis das „**zentrale adhs-netz**“ zusammen mit Fachverbänden und Fachorganisationen neue Eckpunkte zur Versorgung von Menschen mit AD(H)S entwickelt hat.

### Unaufmerksamkeit im Unterricht und Diagnose psychischer Störungen.

Unaufmerksamkeit im Unterricht kann unterschiedliche Ursachen haben, zu denen – neben vielen anderen – auch psychische Probleme des Kindes zählen können. Eine wichtige Rolle bei der Erkennung auftretender sozialer, pädagogischer oder psychischer Probleme im schulischen Umfeld und bei einer diesbezüglichen Erstberatung der Schülerinnen und Schüler und ihrer Eltern spielen die Lehrkräfte und weiteren Fachkräfte der Schulen und ihrer Einrichtungen. Zur Einschätzung von psychischen Problemen bei Kindern können auch Schulpsychologische Dienste und Sozialpsychiatrische Dienste beitragen. Auf die Ausführungen

zur Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern weiter oben wird verwiesen.

### Maßnahmen gegen Stigmatisierung psychisch kranker Kinder.

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sind keinesfalls ungewöhnlich. Nach Erkenntnissen von KiGGs finden sich bei rund **20 % der Kinder und Jugendlichen** zumindest zeitweilig Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten. Neben der Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung psychisch Kranker, ist es ein Ziel, die Diskriminierung und Stigmatisierung betroffener Menschen abzubauen. Das BMG unterstützt hierzu bspw. das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. Dieses ruft gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) jährlich den DGPPN-Antistigma-Preis aus. Auch in Schulen oder Kitas wird das Thema Psychische Gesundheit bspw. durch Initiativen wie Irrsinnig Menschlich e.V. mit dem **Projekt „Verrückt? Na und!“** gebracht.

Zudem initiiert das BMG im **Förderschwerpunkt „Förderung der Kindergesundheit“** gezielte Maßnahmen insbesondere zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen und psychischen Erkrankungen.

Des Weiteren soll die **Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern** verbessert werden, da Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil ein erhöhtes Risiko für Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten sowie für die Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen haben. Eine seit Februar 2018 tagende interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertretern von Ministerien, Fachorganisationen und Sachverständigen soll Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt oder suchtkrank ist, erarbeiten. Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe soll dem Deutschen Bundestag voraussichtlich in der ersten Jahreshälfte 2019 zugeleitet werden.

### Förderung des Stillens.

Das BMEL setzt sich bereits seit vielen Jahren über die Nationale Stillkommission (NSK) sowie über das bundesweit tätige Netzwerk „Gesund ins Leben“ für die

Förderung des Stillens ein. Die NSK berät die Bundesregierung, gibt Richtlinien und Empfehlungen heraus und unterstützt Initiativen zur Beseitigung bestehender Stillhindernisse. (...) Das **Netzwerk „Gesund ins Leben“** unterstützt junge Eltern und Fachkräfte mit bundesweit einheitlichen Handlungsempfehlungen auch zum Thema Stillförderung.

Bereits jetzt setzt das BMEL im Bereich seiner Zuständigkeit **den Internationalen Verhaltenskodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten** streng um, indem es z.B. bei der Erstellung oder Überarbeitung von Normen darauf achtet, dass strenge Anforderungen an die Kennzeichnung und Etikettierung von Muttermilchersatzprodukten bestehen. Des Weiteren beteiligt sich das BMEL an der Erarbeitung von Qualitätsstandards für Muttermilchersatzprodukte.

Mit dem **PrävG vom Juli 2015** wurden die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ausgeweitet und präventionsorientiert ausgestaltet. Die vom G-BA beschlossene, im September 2016 in Kraft getretene **aktualisierte Kinder-**

**Richtlinie** sieht ausdrücklich vor, dass der Arzt oder die Ärztin die Eltern bei den Kinderuntersuchungen in den ersten sieben Lebensmonaten (U2 bis U5) zum Stillen und zur Ernährung des Säuglings berät. (...)

### Schutz vor Drogenmissbrauch (Art. 33)

Das **Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas** ist am 1. April 2016 in Kraft getreten. Mit dieser Reform des JuSchG wurden E-Zigaretten und E-Shishas sowohl mit als auch ohne Nikotin den anderen Tabakprodukten gleichgestellt und für Minderjährige verboten.

Auch noch heute richtungsweisend ist die **Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik** aus dem Jahr 2012. Sie setzt einen besonderen Schwerpunkt auf zielgruppenspezifische Suchtprävention, Gesundheitsförderung und Frühintervention. Die Zusammenarbeit an den

Schnittstellen insbesondere zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und Schulen soll gestärkt werden. (...)

In Schulen wird Präventionsarbeit entsprechend der KMK-Empfehlung **„Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“** aus dem Jahr 2012 mit verschiedenen außerschulischen Partnern realisiert. Im Rahmen von Beratung und Fortbildung werden die schulischen Fachkräfte auch darin gestärkt, mit strafrechtlich relevanten Situationen an Schulen (wie z.B. Alkoholkonsum, Drogenverkauf) umzugehen; dies ist auf Länderebene gesetzlich geregelt.

Im Berichtszeitraum wurden die Anstrengungen verstärkt, **Angebote für die schätzungsweise drei Mio. Kinder zu schaffen, die von der Suchterkrankung eines Elternteils betroffen sind.** (...)

#### Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail:

dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

### 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](http://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](http://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](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)

## Highlights aus Bad Orb

# Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) im aktuellen Blickpunkt

*Die Diagnostik und Behandlung autistischer Kinder und Jugendlicher stellt insbesondere aufgrund des heterogenen Erscheinungsbildes sowie der Komplexität der Komorbiditäten und differenzialdiagnostischen Überlegungen eine besondere Herausforderung dar. Der folgende Artikel fasst zusammen, was sich hinter dem Begriff der „Autismus-Spektrum-Störungen“ verbirgt, woran man eine Autismus-Spektrum-Störung bereits frühzeitig im Entwicklungsverlauf erkennen kann und welche komorbiden und differenzialdiagnostischen Erkrankungen in der Diagnostik berücksichtigt werden müssen. Zudem wird auf neue diagnostische Entwicklungen, ätiologische Konzepte und Behandlungsmöglichkeiten eingegangen.*



Dr. phil. nat.  
Hannah Cholemkey

### Einordnung des Begriffs Autismus-Spektrum

Auch wenn der Begriff „Autismus“ bereits eine lange kinder- und jugendpsychiatrische Geschichte aufweist, so gibt es doch in den letzten 15 Jahren zahlreiche neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Änderungen in der diagnostischen Klassifikation. Bereits 1911 wurde der Begriff Autismus („autos“: selbst, „ismos“: Zustand) erstmals von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler verwendet. Er beschrieb ein Grundsymptom der Schizophrenie, nämlich die Zurückgezogenheit in die eigene Gedankenwelt und eine daraus folgende Unfähigkeit, das eigene Verhalten an die Umwelt anzupassen.

Über 30 Jahre später veröffentlichten Leo Kanner (1943) und Hans Asperger (1944) beinahe gleichzeitig die ersten systematischen Fallbeschreibungen, die unser heutiges Verständnis maßgeblich prägen. Ähnlich ist u.a. beiden Beschreibungen, dass eine angeborene Symptomatologie aus geringer sozialer Reaktivität und Auffälligkeiten in Kommunikation und Interaktion beschrieben wurden. 1968 erfolgte dann die Aufnahme in das DSM-II, zunächst unter den „Typischen Psychosen des Kindesalters“, seit 1980 unter den „Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“. Erst 1992 (ICD-10), beziehungsweise 1994 (DSM-IV) wurde das „Asperger Syndrom“ als separate Diagnose in die internationalen Klassifikationssysteme aufgenommen. In den vergangenen 20 Jahren wurde jedoch eine valide Einteilung in Subtypen in zahlreichen Studien in Frage gestellt. Seit 2013 werden die bisherigen diagnostischen Kategorien „Frühkindlicher Autismus“, „Asperger Syndrom“ und „Atypischer Autismus“ durch den Begriff der „Autismus-Spektrum-Störungen“ (ASS) im Rahmen der fünften Überarbeitung des DSM abgelöst.

### Symptomatik: Woran erkenne ich ein Kind mit ASS?

Die Autismus-spezifische Symptomatologie wurde bisher durch die Symptomtrias, bestehend aus qualitativen **Beeinträchtigungen** der **Interaktion**, der

**Kommunikation** und der **Stereotypien** beschrieben. Diese Beeinträchtigungen sind **situationsübergreifend**, können jedoch in ihrem Ausprägungsgrad (beispielsweise je nach Vertrautheit mit Ort, Situation und Person) variieren. In den meisten Fällen bestehen Entwicklungsauffälligkeiten bereits **seit der frühesten Kindheit** und **bleiben lebenslang bestehen**. Hierbei ändert sich das Erscheinungsbild jedoch entsprechend der Entwicklungsphasen vom Kleinkind bis hin ins Erwachsenenalter, da jede dieser Lebensphasen zum einen unterschiedliche Anforderungen an die beeinträchtigten Bereiche der sozialen Kommunikation stellt und gleichzeitig im Entwicklungsverlauf individuell erworbene Umgangs- und Kompensationsstrategien angewendet werden. Eine kognitive Beeinträchtigung (IQ <70) besteht bei etwa der Hälfte der Betroffenen, wobei Betroffene das **gesamte Spektrum der Intelligenz** abdecken.

Hinter den **qualitativen Beeinträchtigungen der Interaktion** verbergen sich Störungen in der Initiierung, Aufrechterhaltung und Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen. Dabei sind alle Beziehungen des autistischen Menschen betroffen: von Gleichaltrigen und Erzieher/innen im Kindergarten bis hin zu Familienmitgliedern, Freundschaften oder Partnerschaften im Jugend- und Erwachsenenalter. Die Auffälligkeiten zeigen sich u.a. durch unangemessene Ein-

schätzungen sozialer und emotionaler Signale. Ausdruck findet diese Einschränkung beispielsweise im Ausbleiben einer Reaktion auf die Gefühle des Gegenübers. Auch soziale Signale (wie beispielsweise die Aufnahme von Blickkontakt bei der Initiierung eines Gesprächs) werden nicht oder falsch verstanden. Soziale Signale wie Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung oder Gestik werden vom Betroffenen selbst nicht zur Regulation sozialer Interaktionen verwendet. Das eigene Verhalten kann nicht entsprechend unterschiedlicher sozialer Kontexte moduliert und angepasst werden. Hierdurch entsteht ein deutlicher Mangel an sozial-emotionaler Wechselseitigkeit. Interessen, Aktivitäten und Gefühle werden dabei nicht (spontan) mit Gleichaltrigen geteilt.

Die **Störungen der Kommunikation** beziehen sich zunächst auf eine Störung in der Sprachentwicklung. Hierbei wird kein Versuch unternommen, die reduzierten sprachlichen Fertigkeiten durch den Einsatz von Mimik und Gestik zu kompensieren. Häufig fehlt auch das dem Sprachbeginn vorausgehende kommunikative Geplapper. Qualitative Auffälligkeiten in diesem Bereich betreffen zudem die fehlende / mangelhafte Wechselseitigkeit im Gespräch. Beispielsweise wird die Sprachmelodie häufig nicht zur Modulation des Gesprächs verwendet (z.B. durch Absenken oder Anheben der Stimme). In der Sprachproduktion selbst fallen Besonderheiten wie das stereotype, repetitive oder idiosynkratische Verwenden von Wörtern und Sätzen auf. Beispiele hierfür sind die Echolalien oder das Vertauschen von Personalpronomina. Bei gut begabten Betroffenen ohne Sprachentwicklungsverzögerungen fallen hingegen oft ein sehr pedantischer, formeller und elaborierter sprachlicher Ausdruck sowie Verständnisschwierigkeiten beim Verstehen der übertragenen Bedeutung von Sprichwörtern oder Ironie und Humor auf. Als letzter Baustein in diesem Bereich wird zudem der Mangel in spontanen „so tun als ob“- oder sozial imitierenden Spielen beschrieben. Fantasie und Kreativität sind im Denkprozess häufig eingeschränkt.

Symptomatisch für den dritten Bereich, die **eingeschränkten, repetitiven Verhaltensweisen**, ist die umfassende und stereotype Beschäftigung mit **begrenzten Interessen** und **Aktivitäten**. Häufig finden sich ausgeprägte stereotype Beschäftigungsmuster mit ungewöhn-

lichen Inhalten, die für Außenstehende möglicherweise nicht leicht nachvollziehbar sind (z.B. mit Oberflächen oder Rädern von Spielzeugen bei Kleinkindern, geografische Details oder Fahrpläne bei älteren Kindern/Jugendlichen). Die Interessen müssen jedoch nicht immer ungewöhnlich sein, sondern können auch ein besonders ausgeprägtes Ausmaß beinhalten (z.B. die ausgiebige und einseitige Beschäftigung mit alterstypischen Inhalten wie z.B. Dinosauriern oder Computerspielen). Hinzu kommt ein oftmals sehr starr, rituell und routiniert ausgeführter Alltag. Werden diese starren Abläufe unterbrochen oder werden Lebensumstände spontan geändert, reagieren die Betroffenen oftmals mit heftigem Widerstand, auch reaktives auto- und fremdaggressives Verhalten ist möglich. Symptomatisch für diesen Bereich der Auffälligkeiten sind auch wiederkehrende, ungewöhnliche, motorische Bewegungen, beispielsweise Hand- und Fingermanierismen, Flatterbewegungen mit den Händen oder Jaktieren (Schaukeln des Oberkörpers und Kopfes).

### Diagnostik und Screening: Das systematische Einordnen autistischer Symptome

Obwohl Autismus-Spektrum-Störungen durch einen frühen Beginn und relativ chronischen Verlauf geprägt sind, wird die Diagnose in Deutschland häufig recht spät im Entwicklungsverlauf gestellt. Eine Herausforderung in der Diagnostik ist insbesondere die hohe Varianz der alterstypischen Entwicklungsmeilensteine in der frühen Kindheit, sowie die Heterogenität durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Symptomatik und die Symptomveränderung im Laufe der Entwicklung vom Kleinkind zum jungen Erwachsenenalter gemäß der sich verändernden Lebensanforderungen. Im Kleinkindalter können bereits erste Auffälligkeiten wichtige Hinweise bieten. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei etwa 20-25 % der Säuglinge und Kleinkinder, die eine spätere Diagnose erhalten, zunächst keine Auffälligkeiten im Altersbereich <24 Monate deutlich werden. Genauso zeigen sich manche Kinder im Alter von zwölf Monaten deutlich auffällig, weisen jedoch im Alter von drei Jahren keine Autismus-spezifischen Auffälligkeiten mehr auf.

### Erste Symptome: Frühwarnzeichen in den Vorsorgeuntersuchungen

Entwicklungsauffälligkeiten im Säuglingsalter sind in der Regel noch unspezifisch. Einige Auffälligkeiten werden zwar in Studien für den Altersbereich <12 Monate (U6) beschrieben, reichen jedoch nicht zur Vorhersage einer späteren Störung aus. So konnte in Studien gezeigt werden, dass später diagnostizierte Kinder im Säuglingsalter oftmals ein asymmetrisches Bewegungsmuster zeigen, beim Gefüttert-werden deutlich seltener antizipatorisch den Mund im passenden Moment öffneten, den Kopf schlechter eigenständig halten konnten und weniger lautierten (Brabbeln / Wiederholen von Silben).

Bestehen diese Entwicklungsauffälligkeiten zum Zeitpunkt der U6, sollte eine weitere Untersuchung im Alter 16-18 Monaten erfolgen, da es sich noch nicht um spezifische Hinweise handelt.

Bereits im zweiten Lebensjahr zeigen sich jedoch markante Auffälligkeiten, insbesondere im Bereich der sozialen Kommunikation, die eine valide Autismus-Diagnostik bereits ab einem Alter von etwa 18-20 Monaten ermöglichen und konsistenter mit einer späteren Diagnose assoziiert sind.

So entwickelt sich beispielsweise in der Altersgruppe 12-18 Monate die Zeigegeste, um andere Personen auf etwas aufmerksam zu machen und Interesse zu teilen oder dem Blick einer anderen Person zu folgen, nicht oder sehr verzögert.

Diese Fertigkeit ist jedoch ein früher Ausdruck des „joint attention“ und entscheidend für soziales Lernen und die Sprachentwicklung. Ebenso ahmen Kinder mit frühkindlichem Autismus keine Winke-Geste nach, zeigen eine fehlende Reaktion auf die Nennung ihres Namens und imitieren im sozialen Kontext deutlich weniger als Gesunde. Bei Kleinkindern, bei welchen die Eltern eines oder mehrere der beschriebenen Merkmale berichten, sollte dementsprechend die genauere Diagnostik einer Autismus-Spektrum-Störung in Betracht gezogen werden.

Im Alter von 18-24 Monaten hat sich gezeigt, dass die fehlende Zeigegeste um Interesse zu teilen, die reduzierte oder auffällige Aufnahme des Blickkontakts, das fehlende Bringen, um Gegenstände zu zeigen und Interesse zu teilen, das

**Tab. 1:** Wegweisende Frühwarnzeichen

Alter	Symptome
<b>Ab 12 Monaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Zeigegeste, um Interesse zu teilen</li> <li>Keine Winke-Geste zum Abschied</li> <li>Fehlende Reaktion, wenn mit dem Namen gerufen wird</li> <li>Fehlende Imitation</li> <li>Mangelnder Blickkontakt</li> <li>Ungewöhnliche Exploration von Objekten</li> <li>Kein Folgen der Zeigegeste</li> <li>Seltenes soziales Lächeln</li> <li>Verlangsamte Flexibilität in der visuellen Anpassung</li> <li>Vorliebe für geometrische Figuren</li> </ul>
<b>Ab 18 Monaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Zeigegeste, um Interesse zu teilen</li> <li>Mangel an Verfolgen des Blickes</li> <li>Fehlendes Bringen um etwas zu zeigen</li> <li>Fehlendes „so tun als ob“-Spiel</li> <li>Keine mimische Reaktion bei Not eines anderen Menschen</li> </ul>
<b>Ab 24 Monaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Zeigegeste, um Interesse zu teilen</li> <li>Mangelnder Blickkontakt</li> <li>Fehlendes Bringen um etwas zu zeigen</li> <li>Fehlendes „so tun als ob“-Spiel</li> </ul>

Fehlen des alterstypischen „so-tun-als-ob“-Spiels (z.B. Telefonieren, Kochen, Kuscheltiere wickeln, o.ä.) sowie eine fehlende oder reduzierte Reaktion auf die Not eines anderen (z.B. wenn sich ein anderes Kind verletzt) bei Kindern mit frühkindlichem Autismus bereits auffällig sind. Insbesondere, wenn in der U7 ein fehlendes oder verringertes Verfolgen der Blickrichtung einer anderen Person oder geringes und fehlendes „als-ob-Spiel“, sowie die geäußerte Sorge der Eltern hinsichtlich der Entwicklung des Kindes vorliegt, sollte der Verdacht einer ASS-Diagnose überprüft werden. Wenn im Klein- und Vorschulalter eines oder mehrere der unten beschriebenen Symptome ab einem Alter von 24 Monaten (U7-U9) auftritt bzw. auftreten, sollte ebenfalls umgehend die ausführliche Diagnostik einer Autismus-Spektrum-Störung eingeleitet werden. (Tab. 1)

Zu bedenken ist, dass für das Asperger-Syndrom hinsichtlich der oben beschriebenen Frühwarnzeichen aussagekräftige Studien fehlen. Retrospektiv geben Eltern jedoch an, dass ihre Kinder bereits vor dem dritten Lebensjahr weniger oder keinen adäquaten Kontakt zu Gleichaltrigen aufgebaut haben, kaum Angebote etwas zu teilen, eine auffällige Reaktion bei Annäherung durch andere Kinder, ein eingeschränktes Fantasiespiel, seltener Einsatz der Zeigegeste mit begleitendem Blickkontakt, seltenes Nutzen der

Sprache um gesellig zu sein, stereotype Verhaltensweisen und Sprachgebrauch, Veränderungängste, zwanghafte und ritualisierte Verhaltensweisen sowie sensorische Auffälligkeiten gezeigt hätten.

**Screening und Diagnostik**

Wenn mehrere klare **Hinweissymptome** vorliegen (vgl. Tabelle 1) kann das **Kind ab einem Alter von 18 bis 20 Monaten direkt zur Diagnostik an eine Fachstelle** verwiesen werden. Diese führt eventuell zunächst nur ein Screening anhand eines Fragebogens für Eltern und Erzieher durch. Liegen neben mindestens einem der oben beschriebenen Symptome zusätzlich genetische Befunde, die mit einer Autismus-Spektrum-Störung assoziiert sind (z.B. Mikrodeletion, Mutation, Chromosomenaberration), Medikamenten-Exposition oder Virusinfektionen während der Schwangerschaft, ein Geburtsgewicht <1500g, Geburt <32. Woche oder neonatale Krampfanfälle vor oder gibt es bereits ein Geschwisterkind mit einer ASS, so ist ebenfalls ein Autismus-Screening indiziert. Für die Screening-Untersuchungen stehen Instrumente wie beispielsweise der 2-stufige M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) ab dem zweiten Lebensjahr oder der FSK (*Fragebogen zur Sozialen Kommunikation*) ab dem Vorschulalter bis zum Jugendalter zur Verfügung. Keines der aktuell verfügbaren

Screening-Instrumente kann eine Diagnose stellen, sondern ausschließlich den Verdacht auf eine Erkrankung erhärten oder zunächst verneinen. Sollte trotz negativem Screening-Befund weiterhin der klinische Verdacht auf eine ASS bestehen, so empfiehlt sich dementsprechend dennoch die Vorstellung zur Diagnostik.

**Diagnostik**

Die diagnostische Einordnung wird meist in spezialisierten Zentren durchgeführt und umfasst die Symptomerhebung im Quer- und Längsschnitt (vgl. Tabelle 2) durch Anamneseerhebung (Entwicklung des Kindes ab Schwangerschaft, psychiatrische, soziale und medizinische Anamnese) und Erfassung aktueller Symptome (Hinweise gemäß ICD-10 Kriterien), eine direkte und standardisierte Verhaltensbeobachtung des Betroffenen, eine standardisierte Entwicklungs-/Leistungsdiagnostik sowie Erfassung der Sprachentwicklung bei Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses sollte ein standardisiertes Interview mit dem Erziehungsberechtigten durchgeführt werden. Hierfür kann beispielsweise das ADI-R (Autismus-Diagnostisches Interview-revised) eingesetzt werden, insbesondere um den V.a. frühkindlichen Autismus zu überprüfen. Für die standardisierte Verhaltensbeobachtung des Kindes wird meist eines von vier Modulen des ADOS (Autismus-Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen) eingesetzt.

Zudem wird auch eine körperliche Untersuchung (speziell Berücksichtigung von **Hautveränderungen, die auf Neurofibromatose oder tuberöse Hirnsklerose hinweisen, Verletzungsanzeichen und Hinweise auf angeborene Fehlbildungen und Dysmorphiezeichen**) empfohlen. Im Rahmen einer pädiatrisch-neuropädiatrischen Untersuchung sollten **Erkrankungen, die häufig mit Autismus-Spektrum-Störungen assoziiert sind, berücksichtigt werden (z.B. infantile Zerebralparese, Schlafprobleme, Epilepsie, Seh- und Hörprobleme, motorische Schwierigkeiten und gastrointestinale Beschwerden)**.

Nur bei klinischer Indikation sollten weiterführende Laboruntersuchungen oder eine apparative Abklärung Anwendung finden.

### Ab welchem Alter kann eine Autismus-spezifische Diagnostik empfohlen werden?

- Bei mehreren klaren Hinweissymptomen kann ab dem Alter von 18-20 Monaten die Diagnostik erfolgen.
- Die Diagnose zeigt sich bereits im Alter vor zwei Jahren stabil im autistischen Spektrum.
- Liegen entsprechende Frühsymptome vor, sollten sie auch frühzeitig diagnostiziert werden.
- Liegen Entwicklungsstörungen im Vorschulalter vor, sollten weiterhin Hinweise für eine ASS beobachtet werden.
- Wird im Vorschulalter ein Asperger Syndrom oder atypischer Autismus diagnostiziert, sollte die Diagnose vor Einschulung nochmal überprüft werden.

### Diagnostische Klassifikation nach Subtypen

Zum aktuellen Zeitpunkt werden die Autismus-Spektrum-Störungen noch in **Frühkindlicher Autismus**, **Asperger Syndrom** und **Atypischer Autismus** aufgeteilt. Die Einteilung der Subtypen entspricht dabei einer unterschiedlich angenommenen Symptomschwere und -qualität. Alle Subtypen weisen jedoch eine phänotypische Schnittmenge mit dem Frühkindlichen Autismus aus, weswegen die Diagnosekriterien hierfür ausführlich in Tabelle 2 (gemäß ICD-10) dargestellt werden. Der Atypische Autismus (F84.1) wird diagnostiziert, wenn das Manifestationsalter verspätet auftritt (nach dem dritten Lebensjahr) und/oder eines der Diagnosekriterien nicht erfüllt ist. Das Asperger Syndrom (F84.5) unterscheidet sich vom Frühkindlichen Autismus in erster Linie durch das Fehlen früher Entwicklungsauffälligkeiten hinsichtlich der Sprache und der Kognitionen. (Tab. 2)

### Neue Entwicklungen „Autismus-Spektrum-Störungen“

Da zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte keine sichere kategoriale Unterscheidung der oben genannten Subtypen auf klinischer, neurobiologischer oder kognitiver Ebene finden konnten, wurden die Einteilungen nach Frühkindlichem Autismus, Asperger Syndrom und Atypischem Autismus in der DSM-5 Klassifikation aufgegeben und unter der diagnostischen Kategorie „Autismus-Spektrum-Störungen“ zusammengefasst. Als weitere Änderung wurde die Symptomentrias auf eine Symptomendyade reduziert. Die Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und der Kommunikation

werden nun unter der Domäne A „social communication impairments“ zusammengefasst. Die zweite Symptomdomäne (B) besteht weiterhin aus den restriktiven, stereotypen Verhaltensweisen, wobei die stereotype Sprache (bisher unter „Kommunikation“) nun der zweiten Symptomdomäne (B) zugeordnet wird. Zusätzlich wird dieser Bereich um die Symptome des Insistierens auf Routine und der hohen/reduzierten Reaktivität auf sensorischen Input ergänzt. Neben diesen beiden Domänen wird festgelegt, dass die Symptomatik in der frühen Entwicklung, nicht jedoch zwangsweise in den ersten drei Lebensjahren, vorliegen und die Symptome zu einer klinisch bedeutsamen Beeinträchtigung im Alltag führen muss (vgl. Tabelle 3). Neu eingeführt wurde zudem die Diagnose „Social (pragmatic) communication disorder“, welche bei Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation bei gleichzeitigem Fehlen der Stereotypen vergeben werden kann. Auch in der ICD-11 sollen die Subkategorien in eine einzige Kategorie („Autismus-Spektrum-Störungen“) überführt werden und die diagnostischen Kriterien gemäß DSM-5 verändert werden. (Tab. 3)

### Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen

**Etwa 70-85 % aller Menschen mit einer ASS sind von mindestens einer komorbiden Erkrankung betroffen.**

Komorbiditäten haben einen erheblichen Einfluss auf Lebensqualität und Entwicklungsverlauf und benötigen daher eine gesonderte Behandlung. Besonders häufig treten **komorbide Angststörungen** (v.a. Soziale Phobie und generalisierte Angststörungen), aber auch **oppositionelle Sozialverhaltensstörungen** und **Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen**

auf. Auch **depressive Störungen**, **Schlafstörungen** und **Ausscheidungsstörungen** (Enuresis, Harninkontinenz, Enkopresis) sind im Vergleich mit Gleichaltrigen erhöht. Zusätzliche Auffälligkeiten liegen auch im Bereich des selektiven Essverhaltens. Weiter sollten **Zwangsstörungen** und **Tic-Störungen** berücksichtigt werden. An körperlich-neurologischen Erkrankungen findet sich vor allem eine erhöhte Prävalenzrate für **Epilepsien**, insbesondere für Patienten mit frühkindlichem Autismus. Zahlreiche Komorbiditäten sollten auch als mögliche Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen werden. Hierbei sind insbesondere globale und Sprach- Entwicklungsstörungen, aber auch psychische Auffälligkeiten im Sinne eines ADHS, Angststörungen, oppositionelle Störungen, Zwangsstörungen, Bindungsstörungen oder stereotype Bewegungsstörungen und bei den älteren Patienten Persönlichkeitsstörungen und psychotische Störungen zu berücksichtigen.

### Epidemiologie

Epidemiologische Studien berichten seit etwa 40 Jahren deutlich ansteigende **Prävalenzraten**. Aktuelle Studien gehen derzeit von Prävalenzraten für alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in unterschiedlichen geografischen Regionen um 62/10.000 aus. **Populationsbasierte Untersuchungen zeigen aktuell eine Prävalenz von 0,9-1,1 % für Autismus-Spektrum-Störungen als Durchschnittszahl.**

Dabei bestehen keine ethnischen Unterschiede. Bezüglich der **Geschlechterverteilung** geht man aktuell von einem Verhältnis von 2-3 Jungen : 1 Mädchen aus. Es scheint wahrscheinlich, dass Mädchen hierbei deutlich länger und häufiger unerkannt bleiben. So müssen Mädchen wesentlich mehr Verhaltens- und kognitive Probleme bei gleichem Autismus-Symptomschweregrad aufweisen, um entsprechend diagnostiziert zu werden.

### Ätiologie

Wissenschaftlich belegte Ursachen für eine Autismus-Spektrum-Störung sind **genetische Risikofaktoren** und **früh wirksame Umweltrisikofaktoren**, insbesondere während der Schwangerschaft, welche die Entwicklung des Nervensystems beeinflussen und so zu den spezifischen Auffälligkeiten führen. Die

zugrunde liegenden Mechanismen sind dabei jedoch noch nicht ausreichend aufgeklärt.

Bezüglich genetischer Risikofaktoren kann von einer **Hereditabilität von ca. 40-80 %** ausgegangen werden, wobei zahlreiche unterschiedliche genetische Risikofaktoren angenommen werden. Auch das Alter der Eltern zum Zeitpunkt der Geburt stellt einen Risikofaktor dar, wobei das Risiko bei Frauen von 30-34 mit höchstem Risiko > 40 ansteigt. Bei 50-jährigen Männern ist das Risiko ebenfalls 10-fach erhöht im Vergleich mit unter 25-jährigen Vätern. Weitere Einflussfaktoren scheinen auch die Zuwanderungsgeschichte der Eltern, ein niedriger sozio-ökonomischer Status und Vorerkrankungen der Eltern (insbesondere somatische und psychiatrische Erkrankungen der Mutter) zu sein. Als Schwangerschafts-assoziierte Risikofaktoren sind insbesondere Rötelninfektionen und die Einnahme von Antiepileptika (v.a. Valproat), aber auch ein Diabetes mellitus vor und während der Schwangerschaft und eine erhöhte Feinstaubbelastung in der Schwangerschaft zu nennen. **Nachweislich stellen Impfungen, Nahrungsmittelenverträglichkeiten und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft keine Autismus-spezifischen Risikofaktoren dar.**

**Therapieindikation:  
Welche Behandlung wirkt?**

Wesentlich für die Auswahl der Behandlungsplanung sind Alter, kognitive und sprachliche Fertigkeiten des Betroffenen, Ausprägung der Symptomatik und komorbide Erkrankungen, sowie die aktuelle Lebensumwelt und zeitliche/persönliche Ressourcen der Familien. Die Diagnose einer ASS impliziert nicht per se eine bestimmte Therapie. Stattdessen sollte ein individueller und gezielter Behandlungsplan die Symptome in den Vordergrund rücken, die eine Teilhabe am Alltag erschweren oder verhindern. Wissenschaftliche Evidenz liegt für die verhaltenstherapeutische Behandlung sowie medikamentöse Behandlung der Komorbiditäten vor. Insbesondere nach der Diagnostik ist es unerlässlich, die Eltern sorgfältig über die Diagnose und Förderungsmöglichkeiten des Kindes aufzuklären, da sich die Erkrankung in der Regel lebensbegleitend und umfassend darstellt und Eltern nicht nur Bezugspersonen, sondern auch Medi-

**Tab. 2:** Diagnostische Kriterien für Autismus (84.0) gemäß ICD-10

<p>A. Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rezeptive oder expressive Sprache, wie sie in der sozialen Kommunikation verwandt wird</li> <li>2. Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion</li> <li>3. Funktionales oder symbolisches Spielen</li> </ol>
<p>B. Insgesamt müssen mindestens sechs Symptome von 1., 2. und 3. vorliegen, davon mindestens zwei von 1. und mindestens je eins von 2. und 3.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion</b> in mindestens drei der folgenden Bereiche:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden</li> <li>b. Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise, trotz hinreichender Möglichkeiten)</li> <li>c. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens</li> <li>d. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären)</li> </ol> </li> <li>2. <b>Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation</b> in mindestens einem der folgenden Bereiche:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation (vorausgehend oft fehlendes kommunikatives Geplapper)</li> <li>b. Relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau), bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt</li> <li>c. Stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen</li> <li>d. Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob-Spielen oder (bei jüngeren Betroffenen) sozialen Imitationsspielen</li> </ol> </li> <li>3. <b>Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten</b> in mindestens einem der folgenden Bereiche:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind; es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln</li> <li>b. Offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale</li> <li>c. Stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers</li> <li>d. Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z.B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration)</li> </ol> </li> </ol>
<p>C. Das klinische Bild kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zugeordnet werden, einer spezifischen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache (F80.2) mit sekundären sozio-emotionalen Problemen, einer reaktiven Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.1), einer Intelligenzminderung (F70-F72) mit einer emotionalen oder Verhaltensstörung, einer Schizophrenie mit ungewöhnlich frühem Beginn oder einem Rett-Syndrom (F84.2)</p>

**Tab. 3:** Diagnostische Kriterien der Autismus-Spektrum-Störungen nach DSM-5

**Domäne A:** Persistierende Defizite in sozialer Interaktion und Kommunikation über verschiedene Kontexte hinweg in allen folgenden drei Bereichen:

- a. Defizite in der sozial-emotionalen Reziprozität
- b. Defizite in non-verbale, kommunikativen Verhaltensweisen, die in sozialen Interaktionen notwendig sind
- c. Schwierigkeiten bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Freundschaften

**Domäne B:** Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens zwei der folgenden Kategorien:

- a. stereotype und repetitive Sprache, Motorik oder Einsatz von Objekten
- b. zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen und Rituale (verbal oder nonverbal); große Schwierigkeiten mit Veränderungen
- c. sehr restriktive und begrenzte Interessen, die in Inhalt oder Schwerpunkt abnorm sind
- d. sehr hohe/sehr geringe Reaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Teilobjekten

**Domäne C:** Die Auffälligkeiten müssen seit früher Kindheit bestehen, die volle Ausprägung ist jedoch nicht notwendig.

**Domäne D:** Die Zusammenschau der Auffälligkeiten muss den normalen Alltag einschränken und beeinträchtigen.

atoren zur Außenwelt sind. Hierzu bieten sich **psychoedukative Elterntrainings** an, in welchen neben der Aufklärung zur Erkrankung effektive Umgangsstrategien zur Förderung (z. B. Einsatz von Visualisierungshilfen) aber auch zum Umgang mit Herausforderungen erarbeitet und geübt werden. Die Aufklärung der betroffenen Familien und die Entwicklung von neu störungsspezifischen Handlungsstrategien sind zentral in der Behandlung von Kindern mit ASS. Für Kinder im Vorschul- und Kleinkindalter ist fast immer eine verhaltenstherapeutisch basierte, **Autismus-spezifische Frühförderung** notwendig. Diese findet meist zunächst im 1:1, später im 2:2 Setting unter engem Einbezug der Eltern statt. Zielführend sind hierbei der Aufbau neuer Kompetenzen (z.B. Grundfertigkeiten wie Imitation, Joint Attention, Sprachentwicklung, Blickfolgeverhalten, Wechselseitigkeit) sowie der gleichzeitige Abbau störender Verhaltensweisen (z.B. (auto-) aggressive oder stereotype Verhaltensweisen). Neuere Studien zeigen, dass bereits eine Förderung mit zwei Stunden pro Woche zu Verbesserungen der Eltern-Kind-Interaktion, der Sprachentwicklung, dem Erwerb sozialer Kompetenzen und Emotionsregulationsstrategien sowie der Steigerung des Entwicklungsalters führen kann. Der Übergang zu Kleingruppen ermöglicht anschließend vor allem das direkte und praxisnahe Üben sozialer Interaktionsfertigkeiten mit Gleichaltrigen. Da Schwierigkeiten im sozialen Kontakt eine Hauptbeeinträchtigung darstellen, sind spätestens im Grundschul- und Jugendalter Autismus-spezifische **Gruppentherapien zur Förderung sozialer Kompetenzen** indiziert. Dies gilt insbesondere

für normal begabte Kinder, die durch Defizite in den sozialen Fertigkeiten einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, schulisch und beruflich unterhalb ihres kognitiven Niveaus zu bleiben, sozial isoliert aufzuwachsen und Ausgrenzungen aufgrund ihrer Verhaltensbesonderheiten zu erleben, was komorbide Erkrankungen wie Ängste und Depressionen zur Folge haben kann. Zeitlich begrenzt können Familien auch **einzeltherapeutisch** zur Behandlung aktueller Schwierigkeiten (z.B. Vorbereitung für Kleingruppenarbeit bei Kindern mit kognitiver Beeinträchtigung; gezielte Förderung von Handlungsplanung, Selbstständigkeit und Selbstregulation bei Jugendlichen oder Abbau rigider Verhaltensweisen) unterstützt werden. Zusätzlich müssen **komorbide psychische Erkrankungen** (z.B. Angststörungen) lege artis mit den entsprechenden störungsspezifischen Ansätzen behandelt werden.

**Die Kernsymptomatik Autismus-spezifischer Symptome kann bisher nicht medikamentös behandelt werden.**

Gezielte **Pharmakotherapie** kann jedoch ab dem Vorschulalter zusätzlich zur Autismus-spezifischen verhaltenstherapeutischen Förderung sinnvoll sein. Zur Behandlung stereotyper-rigider und aggressiver Verhaltensweisen (z.B. mit Risperidon, Aripiprazol), hyperaktiver und unaufmerksam-er komorbider Verhaltensweisen (z.B. Methylphenidat), sowie Schlafstörungen (z.B. mit Melatonin) oder schweren Angststörungen (z.B. auch selektiver Mutismus) und depressiven Störungen (Behandlung mit SSRIs) stehen wirksame Medikamente zur Verfügung. Schlussendlich müssen auch komorbide, insbesondere neurologische Erkrankun-

gen, wie Epilepsie entsprechend medikamentös behandelt werden.

Hilfreich ist oftmals auch die **Beratung der Schule**, um Rahmenbedingungen für ein hilfreiches Lern- und Integrationsumfeld zu schaffen (z.B. durch Aufklärung der Lehrkräfte; Orientierungshilfen und Rückzugsräume für den Patienten). Beim Jugend- oder Sozialamt können zur Umsetzung der Inklusion auch **Integrationskräfte** beantragt werden, die dem betroffenen Kind individuelle Unterstützung ermöglichen.

Zusätzlich können Autismus-spezifische Besonderheiten in der Sprachentwicklung, Feinmotorik, sozial-emotionalen Entwicklung oder Körperwahrnehmung durch Ergotherapie, Logopädie, Musik- und Physiotherapie – je nach spezifischer Indikation – behandelt werden.

*Literatur bei der Verfasserin*

**Korrespondenzadresse:**

*Dr. phil. nat. Hannah Cholemkery  
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin  
Leitende klinische Psychologin  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters der  
JW Goethe-Universität Frankfurt  
Deutschordenstraße 50  
60528 Frankfurt am Main  
Tel.: 069/6301-705  
E-Mail: KJP.Ambulanz@kgu.de*

**Interessenkonflikt:**

*Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.*

*Red.: Keller*

## FORTBILDUNG

## Steckbrief zu: 2C-B, rosaroter Panther

**Chemische Bezeichnung:** 4-Brom-2,5-dimethoxyphenylethylamin, gehört zur Gruppe der halluzinogenen Phenylethylamine und ist strukturell dem Meskalin verwandt; dem BtMG seit 1993 unterliegende Designerdroge als Ersatz für ecstasy (MDMA);

**Straßenname(n):** Nexus, Erox, rosaroter Panther, Bees, Herox, Venus, Ubulawu, Bromomeskalin;

**Dosierung(en):** oral ab 4 mg, übliche halluzinogene Dosierung bei 12–24 mg, kritische Dosen liegen zwischen 25–50mg; beim Schnupfen reichen 2–15 mg;

Wirkeintritt beim Schnupfen schon nach 5–10 Minuten, oral nach 30–60 Minuten; Wirkungsmaximum nach 1–1,5 Stunden mit einer Plateauphase von 2–4 Stunden, die Wirkdauer beträgt insgesamt 4–8 Stunden mit einem möglichen Nachhalleffekt von weiteren 2–4 Stunden;

**Einnahmeform:** oral als weißes Pulver oder in Pillen- und Kapselform, aber auch geschnupft wie Kokain;

**Interaktionen:** in Kombination mit Alkohol oder MAO – Hemmern Wirkungsverstärkung mit Erbrechen und/oder depressiven Verstimmungen;

der Mischkonsum mit Stimulanzien wie Amphetaminen, Methamphetaminen oder Kokain kann psychotisierend und angststeigernd wirken, auch körperlich kann diese Kombination sehr bedrohlich, bis hin zu lebensgefährlich sein, da das Herz- Kreislaufsystem extrem belastet wird;

**Straßenpreis(e):** 100 mg sind für 16.00 Euro im Internet zu bestellen, was für 5 Trips ausreicht;

**Erwünschte Wirkung(en):** im Vordergrund halluzinogene Effekte der veränderten Sinneswahrnehmungen wie farbiges Mustersehen, Auren, intensiviertes Körpergefühl, dazu stimmungsaufhellend mit Lachattacken und sexuell stimulierend sowie empathogen;

**Unerwünschte Wirkung(en):** Mydriasis, tachykarde Herzrhythmusstörungen und Blutdruckanstieg, Schweißausbrüche, Schwindelanfälle, Übelkeit, erhöhte Körpertemperatur, unscharfes Sehen, innere Unruhe bis hin zu Angstattacken mit Verwirrung;



Lokale Schädigung der Nasenschleimhaut mit heftigen Schmerzen; Übertragung von Herpes-, Hepatitis- und HIV-Viren;

**Symptome bei Überdosierung:** sog. „Horrortrip“ mit kompletten Kontrollverlust; Auslösen zerebraler Krampfanfälle möglich; bei Hyperthermie ist auch ein Serotoninsyndrom möglich;

**Nachweismethoden:** Im Blut nur kurzzeitig, im Urin bis zu 3 Tage nach Konsum nachweisbar mit GC – MS; die üblichen Drogenschnellteste erfassen 2C – B nicht;

**Therapieoptionen akut:** bei Hyperthermie externe Kühlung; keine Gabe von Betarezeptorenblockern bei Tachykardie oder Blutdruckanstieg, bei Angstzuständen Benzodiazepingabe möglich; Schutz vor Unfallgefahren und Überwachung bis zum vollständigen Abklingen der Symptome;

**Therapieoptionen chronisch:** spezifische Drogentherapieeinrichtungen, da es sich meist um Polytoxikomanie handelt;

**Langzeitfolgen:** es können latent vorhandene Psychosen ausgelöst werden; Toleranzentwicklung mit Zwang zur Dosissteigerung ist möglich;

**Korrespondenzanschrift:**

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

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

## Welche Diagnose wird gestellt?

Anna-Therese Mücke

### Anamnese

Ein 5-jähriges Mädchen wird mit eines seit einigen Wochen bestehenden steinharten Hauttumors im Nackenbereich vorgestellt. Im Verlauf sei es zu einem Größenwachstum gekommen, ansonsten sei der Tumor asymptomatisch. Die weitere Eigen- und Familienanamnese ist bezüglich Hauterkrankungen unauffällig.

### Untersuchungsbefund

5-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Rosiges Hautkolorit. Keine vergrößerten Lymphknoten palpabel. Im Bereich des Nackens lässt sich ein steinharter, subkutaner, verschieblicher Tumor von ca. 3,0 cm Größe tasten.

### Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Steinharter, verschieblicher, subkutaner Tumor nuchal

## Pilomatrikom

**Synonym: Epithelioma calcificans Malherbe**

Pilomatricome sind derbe, gutartige, langsam wachsende Tumoren, die bevorzugt bei Kindern im Alter zwischen 3-8 Jahren beobachtet werden, aber grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten können. Mädchen sind etwas häufiger betroffen als Jungen.

Sie beruhen auf einer (somatischen) Mutation von  $\beta$ -Catenin in den Haarwurzeln. Mit 10-15% stellen sie die zweithäufigsten Tumoren im Kindesalter nach den epidermalen Zysten dar.

Am häufigsten treten Pilomatricome im Bereich von Kopf – insbesondere an den Wangen – und Hals auf, seltener an den Armen. Klinisch imponieren sie als solitäre, nicht dolente Knoten mit einer Größe von 0,5-3,0 cm. Ihre Oberfläche ist von normaler Haut bedeckt. Es können sich aber auch Entzündungszeichen finden oder die Tumoren scheinen bläulich-rötlich durch die Haut durch. Pilomatricome liegen kutan-subkutan, sind mit der Haut verbacken und steinhart (verkalkt) palpabel.

Multiple Pilomatricome sind selten. Sie sind mit Syndromen wie dem Turner-Syndrom oder dem Gardner-Syndrom assoziiert.

## Diagnostik

Die Diagnose eines Pilomatricoms ist meist eine Blick- (bzw. Tast-)diagnose.

Histologisch zeigt sich in der mittleren bis tiefen Dermis ein läppchenartig aufgebauter Tumor. Das Erscheinungsbild der Pilomatricome ist von ihrem Alter abhängig: Sie entwickeln sich zunächst als zystische basaloide Tumoren, die im Verlauf in mehrere Epithelinseln zerfallen. Diese Epithelinseln sind von Fremdkörpergranulomen mit Hornfragmenten und Schattenzellen umgeben. Bei 75% der Tumoren findet sich eine ausgeprägte Kalzifizierung, bei einigen eine Ossifikation.

Pilomatricome stellen sich in der Sonographie als echodichte Tumoren zwischen Dermis und subkutanem Fettgewebe dar.

## Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch muss an einen Spitz-Naevus, an epidermale Zysten sowie andere Adnextumoren gedacht werden. Bei Pigmentierung des Pilomatricoms kommt auch ein blauer Naevus in Betracht.

## Prognose

Die Prognose ist gut. Die Tumoren persistieren jedoch und zeigen meist ein

Größenwachstum. Nur selten werden Spontanregressionen beobachtet.

Das sehr seltene, de novo entstehende maligne Pilomatricom (Haarfollikelkarzinom) findet sich fast nur im mittleren Lebensalter und ist hauptsächlich an Rumpf und Extremitäten lokalisiert. Bei Kindern ist die Entwicklung eines Pilomatricoms extrem selten.

## Therapie

Die Exzision in toto stellt das Mittel der Wahl dar.

## Literaturangaben

Jones CD, Ho W, Robertson BF et al. Pilomatricoma: A Comprehensive Review of the Literature. *Am J Dermatopathol.* 2018; 40: 631-641

Richet C, Maza A, Dreyfus I et al. Childhood pilomatricomas: Associated anomalies. *Pediatr Dermatol.* 2018; 35: 548-551

Schwarz Y, Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Review of pediatric head and neck pilomatricoma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016; 85: 148-53

## Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Anna-Therese Mücke  
Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Lilientronstraße 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger



## 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**



Foto: © stalnyk - forolia.com

## Masern-Impfgesetz

Bundesgesundheitsminister Spahn möchte nächstes Jahr ein Masernimpfgesetz einführen und hat zahlreiche Fachgesellschaften und Verbände zu Stellungnahmen zum Gesetzentwurf eingeladen. Die Pädiatrie hat die Anfrage gemeinsam unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ; Generalsekretär Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz) beantwortet, vertreten durch ihre Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen (Sprecher: Prof. Dr. Ulrich Heininger). Die DAKJ begrüßt diese Initiative des Ministers zur Stärkung der Impfprävention und befürwortet weitere Interventionen. Hier kurz zusammengefasst unsere Anregungen:

- Das Gesetz sieht zwar eine Impfpflicht bei Kindern vor, die größten Masern-Impflücken bestehen aber bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diese sollten deshalb miteinbezogen werden.
- Statt Bestrafung von sich gegen die Impfungen weigernden Personen bzw. Eltern könnten impfwillige Personen finanziell belohnt werden, z.B. durch reduzierte Krankenkassenbeiträge (Belohnungssystem).
- Auch die bisherigen Aufklärungsmaßnahmen zum Nutzen der Impfungen sollten intensiviert werden.
- Die jüngste Entwicklung der Durchimpfungsraten gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis im Kindesalter (bereits im 3. Jahr in Folge abnehmend) besorgt uns. Deshalb sollten sich die Anstrengungen zur Verbesserung der Impfquoten nicht nur auf Masern konzentrieren, sondern alle von der STIKO empfohlenen Impfungen umfassen.
- Die vorgesehenen Impfpflichten für Personal von Gemeinschaftseinrichtungen befürworten wir. Die Impfpflicht sollte jedoch grundsätzlich auch hier auf alle von der STIKO empfohlenen Impfungen erweitert werden und alle Berufsgruppen umfassen, die regelmäßig beruflichen Kontakt zu Kindern im Säuglings- und Vorschulalter haben, also z.B. Physiotherapeuten, Heilpädagogen, Hebammen, und Heilpraktiker.
- Schließlich sollte endlich geprüft werden, ob gegen Ärzt\*innen, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 (3) des Infektionsschutzgesetzes aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können. Mal sehen, ob unsere Stimme gehört wird.

## Impfskepsis

Ich wurde kürzlich zu einem wissenschaftlichen Symposium zu Impfstoffsicherheit und Impfskepsis eingeladen, an dem Experten aus aller Welt teilnahmen und wir uns über aktuelle Erkenntnisse und Strategien austauschten. Eine wesentliche Er-

kenntnis war: Man kann es drehen und wenden wie man will, die auf kasuistischen Beobachtungen beruhenden Anschuldigungen gegenüber Impfstoffen stellen sich in aller Regel als Koinzidenzen heraus und exkulpieren somit die jeweilige Impfung. Ausnahmen bestätigen die Regel, zuletzt als 1999 das Risiko von Invaginationen nach Anwendung eines gerade zugelassenen Rotavirusimpfstoffs (Rotashield) in den USA erkannt wurde und der Impfstoff zurückgezogen wurde [CDC, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999;48:577-81]. Besonders im Kreuzfeuer der Kritik von Impfskeptikern stehen seit vielen Jahren HPV-Impfstoffe. Ihnen wird u.a. angelastet, diverse Autoimmunkrankheiten auszulösen bzw. zu verstärken. Eine aktuelle Metaanalyse hat dies nun widerlegt: keine von einer Vielzahl untersuchter Autoimmunkrankheiten diverser Organe (ZNS, Haut, Gastrointestinaltrakt, Schilddrüse, Bewegungsapparat, u.a.) trat nach HPV-Impfung häufiger als bei Kontrollen auf. Die Analyse umfasste 20 Studien – zwölf Kohortenstudien, sechs Fall-Kontroll-Studien und zwei randomisierte, kontrollierte Studien – mit insgesamt mehr als 169'000 Krankheitsereignissen. Das Risiko (Odds Ratio) für eine 1. Episode einer neuen Autoimmunkrankheit betrug 1,003 (95% Konfidenzintervall: 0,95–1,06), für die Auslösung einer neuen Autoimmunkrankheit bei Patienten mit bereits vorbestehender war es 0,82 (95% KI: 0,7–0,96) [Jiang et al, Vaccine 2019;37 3031–3039]. Das ist für uns beruhigend, bringt aber erfahrungsgemäß die Kritiker wohl nicht zum Schweigen. Wir dürfen nicht müde werden, unbegründete Vorwürfe und wiederkehrende falsche Behauptungen bei jeder sich bietenden Gelegenheit zu korrigieren.

## Chikungunya Impfstoff rückt näher

Das Chikungunya-Virus wird durch Stich der Aedes aegypti Mücke übertragen (ja, genau diejenige, welche auch Gelbfieber- und Dengue-Viren überträgt) und gehört zu den weltweit besorgniserregenden, weil sich ausbreitenden Infektionsauslösern. Die Krankheit ist durch Fieber, Myalgien, Polyarthralgien und makulopapulöses Exanthem, selten auch Hämorrhagien gekennzeichnet. Die Beschwerden können monatelang persistieren und rezidivieren. Entsprechend sind seit vielen Jahren intensive Bestrebungen im Gange, Vakzine dagegen zu entwickeln. Eine neue Publikation [Reisinger et al, Lancet 2018; 392: 2718–27] gibt Anlass zu Optimismus. Die Autoren aus Deutschland und Österreich testeten einen attenuierten, rekombinanten Vektorimpfstoff (MV-CHIK), der auf dem Masern-Impfstamm Schwarz basiert. Dieser wurde so modifiziert, dass er Strukturproteine des Chikungunya-Virus enthält, gegen die sich die Immunantwort richtet. Gesunde Freiwillige im Alter von 18-55 Jahren erhielten zwei Impfdosen in zwei unterschiedlichen Stärken, jeweils mit oder ohne vorherige Gabe von MMR als so genanntes „priming“. MC-CHIK war gut verträglich und immunogen. Die höher konzentrierte Vakzine führte zu besseren Ergebnissen, weder das Priming mit MMR noch die Höhe vorbestehender Masern-IgG-Antikörper vor der ersten Dosis hatten einen Einfluss auf den Impferfolg. Somit sind die auf einem Masernvirusvektor basierenden Impfviren bei Erwachsenen trotz vorbestehender Masernimmunität replizierend und immunogen. Phase-3-Studien sind jetzt geplant, um die Wirksamkeit des Impfstoffs nachzuweisen.

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

# Meningokokken B-Impfung nach überstandener Meningokokkeninfektion

## Frage

Die Meningokokken-B-Impfung wird ja von der STIKO noch nicht empfohlen. Viele Eltern wollen ihre Kinder trotzdem impfen lassen.

1. Sollte man auch Kinder impfen, die eine Meningokokken-B-Infektion überstanden haben?
2. Müssen geimpfte Kinder bei einem Meningokokken-B-Fall im nahen Umfeld auch eine antibiotische Prophylaxe erhalten wie nicht geimpfte nahe Kontaktpersonen?

## Antwort

Neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen sind auf der Basis der existierenden Impfstoff-Zulassungen weitere Impfindikationen möglich, die für den Einzelnen, seiner individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend, sinnvoll sein können. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern hindert auch eine fehlende STIKO-Empfehlung den Arzt nicht an einer begründeten Impfung (1).

Eine Empfehlung zur Anwendung eines neuen Meningokokken-B-(MenB)-Impfstoffes seitens der STIKO steht aufgrund der noch unvollständigen Datenlage derzeit aus. Dennoch kann auch ohne eine abschließende STIKO-Empfehlung eine Impfung mit einem MenB-Impfstoff gemäß Fachinformation für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung sinnvoll sein.

### Zu 1.:

MenB-Erkrankungen werden durch verschiedene Stämme ausgelöst. Nach überstandener Erkrankung mit einem MenB-Isolat besteht kein Schutz gegen die verschiedenen MenB-Stämme. Analog schüt-

zen MenB-Impfstoffe sehr gut gegen die jeweiligen MenB-Referenz-Stämme.

Daher ist auch nach einer überstandenen MenB-Erkrankung eine MenB-Impfung sinnvoll.

### Zu 2.:

Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko, an einer Meningokokken-Infektion zu erkranken. Insgesamt sind jedoch nur 1 bis 2 % aller Fälle sekundäre Fälle. Das höchste Risiko haben enge Haushaltskontaktpersonen, deren Erkrankungsrisiko in verschiedenen Studien zwischen 400- bis 1.200-fach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist, wenn keine Chemoprophylaxe erfolgt (3,4).

In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass Haushaltskontaktpersonen im Zeitraum zwischen 14 und 365 Tagen nach der Erkrankung des Indexfalls trotz einer Chemoprophylaxe ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hatten, das ca. 100-fach über der Hintergrundinzidenz lag (5). In verschiedenen Studien wurde ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Kontaktpersonen in Kindergärten (bis 76-fach erhöht gegenüber der Allgemeinbevölkerung) und Schulen (2- bis 3-fach erhöht) beobachtet (3). Krankenhauspersonal hat nach Kontakt nur dann ein erhöhtes Risiko, wenn Kontakt mit respiratorischen Sekreten stattfindet, z. B. durch Mund-zu-Mund-Beatmung oder wenn ohne Atemschutz intubiert oder tracheal abgesaugt wurde (2, 6, 7, 8).

Eine postexpositionelle Chemoprophylaxe muss schnellstmöglich durchgeführt werden. Sinnvoll ist eine solche Maßnahme für enge Kontaktpersonen maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten (7 Tage vor Ausbruch seiner Erkrankung bis 24 Stunden nach Beginn der antibiotischen Behandlung). Bei Haushaltskontakten sowie engen Kon-

takten mit haushaltsähnlichem Charakter sollte – sofern der Indexfall an einer impfpräventablen Serogruppe erkrankte – zusätzlich eine postexpositionelle Meningokokken-Impfung erfolgen mit einem Impfstoff, der die entsprechende Serogruppe enthält, da für diese Gruppe trotz einer Chemotherapie ein erhöhtes Risiko für eine Meningokokken-Erkrankung im Jahr nach dem Kontakt beobachtet wurde (2,9).

Eine Impfung gegen MenB scheint bei einem Ausbruch nur einen limitierten Schutz zu bieten, wenn der Ausbruch durch Bakterienstämme hervorgerufen wird, die nicht im Impfstoff enthalten sind. In einer Studie wurden knapp 500 Studenten einer Universität mit Bexsero® während eines Meningokokken-B-Ausbruchs geimpft. Der Ausbruch wurde durch einen MenB-Stamm verursacht, der nicht im Impfstoff enthalten war. Eine protektive Immunantwort wurde bei ca. 2/3 der Geimpften beobachtet (10). In einer weiteren Studie an mehr als 4.900 Studenten zeigte eine Impfung mit Bexsero® bei einem MenB-Ausbruch einen exzellenten Kurzzeit-Schutz gegen den Bakterienstamm des Ausbruchs sowie gegen 3 weitere Stämme, die an anderen MenB-Ausbrüchen an anderen Universitäten nachgewiesen worden waren. Allerdings waren schützende Antikörper gegen 2 der 3 anderen Stämme 7 Monate nach der Impfung substanzial vermindert (12).

### Fazit:

Bei einer Ausbruchssituation Chemoprophylaxe geben auch bei vorheriger Impfung.

### Literatur bei InfectoPharm

### Korrespondenzadresse

Priv. Doz. Dr. med. S. Schmidt  
Universitätsklinikum Greifswald  
Sauerbruchstraße, 17475 Greifswald

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

## Highlights aus Berlin

# Exzessives Schreien im Säuglingsalter

Das Phänomen des „Exzessiven Schreiens im frühen Säuglingsalter“ ist in seiner Ätiologie letztlich noch nicht geklärt; es stellt eine Extremvariante von Schreien und Unruhe in den ersten Lebensmonaten dar, klingt in der Regel bis zum Ende des dritten Lebensmonats ab, führt aber bei den Eltern zu z. T. extremen Überlastungen und Verunsicherungen. Mit diesem Up-date zu „Exzessivem Schreien im frühen Säuglingsalter“ wollen die Autoren aktuelle Erkenntnisse und Entwicklungen zu diesem Thema vorstellen. Berücksichtigt wurde die neue DC:0-5™ Klassifikation (Klassifikationsmanual für psychische Störungen in der frühen Kindheit: 0-5 Jahre), eine Metaanalyse zur Häufigkeit von exzessivem Schreien (7) und zwei Longitudinalstudien (1, 6). Ein besonderes Augenmerk soll auf die Relevanz dieser Daten bei der Frage geworfen werden, welche Säuglinge mit exzessivem Schreien ein erhöhtes Risiko für eine psychische Störung im späteren Kindesalter haben und somit, welche Familien eine intensive Unterstützung und Beratung oder Therapie benötigen.



Dr. med. Margret Ziegler



Prof. Dr. med. Volker Mall

### Begriffsbestimmung

Für das exzessive Schreien in den ersten Lebensmonaten wird nach wie vor die „3er-Regel“ nach Wessel genannt: ein gesundes, wohlgenährtes Baby mit Anfällen von Irritabilität, Schreien und Quengeln für mehr als drei Stunden am Tag, mehr als drei Tage die Woche, in einem Zeitraum von mehr als drei Wochen. In den modifizierten Kriterien ist der Zeitraum auf eine Woche begrenzt. Kennzeichnend ist, dass diese Babys vor allem am Tag schwerer zur Ruhe kommen und wenig schlafen, vor allem in den Abendstunden unruhig sind und schreien und sich auch bei einer kompetenten Betreuungsperson nicht beruhigen lassen. Das „unspezifische Schreien“ ist ab der zweiten Lebenswoche zu beobachten, zeigt eine hohe interindividuelle Variabilität und unterliegt keinen soziodemographischen Einflussfaktoren. Hervorzuheben ist, dass die Charakteristika dieses „unspezifischen Schreiens“ sehr variabel und wenig geeignet sind, dieses von physiologischem Schreien z. B. bei Hunger oder pathologischem Schreien, z. B. bei Schmerzen, abzugrenzen.

Eine gewissenhafte organische Abklärung des exzessiven Schreiens muss vor diesem Hintergrund der Diagnosestellung „unspezifisches Schreien“ und jeder psychosozial orientierten Beratung oder Therapie vorausgehen.

Im deutschen Sprachraum wird beim exzessiven Schreien, bei Schlaf- und Fütterstörungen von frühkindlichen Regulationsstörungen gesprochen. Als Selbstregulation wird die Fähigkeit eines Neugeborenen, Säuglings oder Kleinkindes verstanden, nach dem Auftreten von inneren oder externen Reizen wieder ein inneres Gleichgewicht herzustellen. Gerade bei den exzessiv schreienden Babys ist die Unreife in ihrer Verhaltensregulation evident; es scheint für sie schwieriger, einen ausgeglichenen Wachzustand aufrecht zu erhalten, ihre Selbstberuhigungsfähigkeiten bei Irritationen sind eingeschränkt. Im biopsychosozialen Modell der frühkindlichen Regulationsstörungen nach Papoušek (3, 4) sind die belasteten und überlasteten Eltern nicht in der Lage, ihr Baby / Kleinkind ausreichend co-regulatorisch zu unterstützen und es kommt zu dysfunktionalen Interaktionen beim Beruhigen, Schlafen legen, Füttern.

### Ätiologie – Biologische Faktoren der Wach-Schlafregulation

Ein Merkmal des exzessiven Schreiens ist, dass die Babys am Tag nur schwer zur Ruhe kommen und einschlafen, häufig nach kurzen Schlafphasen aufwachen und das Schreimaximum in den Abendstunden liegt; nachts schlafen sie relativ gut. Die Regulation des Schlaf-Wach-Rhyth-

**mus unterliegt zwei Mechanismen, der Schlafhomöostase und dem zirkadianen Prozess.** Letzterer stellt die „innere Uhr“ dar, ist im Zwischenhirn in den suprachiasmatischen Kernen lokalisiert, reguliert u.a. die Körpertemperatur und den Blutdruck und zeigt eine Abhängigkeit von Tageslicht, Lärm und Ernährung. Diese „innere Uhr“ ist schlafunabhängig, führt zu einer geringen Wachheit am Morgen und einer maximalen Wachheit am Abend (und hier auch zu einem höheren Blutdruck und einer höheren Körpertemperatur). Die Schlafhomöostase hingegen ist ein schlafabhängiger Prozess, der morgens nach ausreichendem Schlaf zu Wachheit und abends mit einer Schlafschuld zur Müdigkeit führt. Die Reifung der beiden Prozesse unterscheidet sich: Während die zirkadiane Rhythmik bereits ab dem dritten Trimester intrauterin vorhanden ist, treten Mechanismen der Schlafhomöostase erst nach der achten Lebenswoche in Kraft. Die besonders ausgeprägte Häufigkeit des Schreiens in den Abendstunden (zirkadianer Rhythmus) lässt sich hierdurch ebenso erklären wie die mangelhafte Beeinflussbarkeit durch „Wachhalten am Tag“ (ausbleibendes Auftreten einer Schlafschuld wegen fehlender Schlafhomöostase) und Abklingen des Schreiverhaltens, einhergehend mit dem ersten Reifungsschub im dritten Lebensmonat (2).

### DC:0-5™

Das 2016 erschienene Klassifikationsmanual für psychische Störungen in der frühen Kindheit DC:0-5™ (8) stellt eine gute Basis für die diagnostische Einschätzung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum Ende des fünften Lebensjahres dar. **Dieses multiaxiale System sieht neben den klinischen Störungen (Achse 1) weitere Dimensionen vor: Beziehungskontext, Gesundheitszustand, psychosoziale Faktoren und Entwicklungskompetenzen.** Wie in der Mehrbereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS) wird damit Umgebungs- und Entwicklungsfaktoren gerade in der frühen Kindheit besonders Rechnung getragen und erlaubt eine bessere Einschätzung von Risiken und Ressourcen (5). Hervorzuheben ist, dass die DC:0-5™ den Beziehungskontext berücksichtigt, im Sinne einer Eltern-Kind-Anpassung und förderlichem Beziehungsumfeld. Kritisch

anzumerken ist, dass nun schon im frühen Kindesalter Störungsdiagnosen gegeben werden können, wobei die Autoren damit auch weitere Forschungsarbeiten anstoßen möchten und darauf hinweisen, dass eine Achse 1-Diagnose nicht zwingend vergeben werden muss.

Für die Diagnose „exzessives Schreien“ (Excessive Crying Disorder) sieht die DC:0-5™ (8) folgende Kriterien in der Achse 1 vor:

- A. Das Kind/der Säugling schreit mindestens drei Stunden täglich, drei Tage pro Woche seit mindestens drei Wochen.
- B. Das Schreien ist nicht durch eine medizinische Ursache zu erklären.
- C. Die Symptome der Störung oder die Fürsorge durch die Bezugsperson in Reaktion auf die Symptome beeinträchtigen die Funktionen des Kindes und der Familie in folgender Art und Weise:
  1. Sie verursachen Unbehagen, Stress beim Säugling/Kleinkind
  2. Belasten die Beziehungen des Kindes zu seiner Umgebung
  3. Limitieren die Teilhabe des Kindes im Sinne eines verzögerten Erwerbs von Entwicklungsaufgaben
  4. Beeinträchtigt die Teilhabe der Familie an Alltagsaktivitäten
  5. Beeinträchtigt den Entwicklungsprozess oder den Erwerb neuer Fähigkeiten des Kindes.

Bezüglich des zeitlichen Verlaufs wird angegeben, dass die Störung in der Regel im ersten Lebensmonat beginnt und über den dritten Lebensmonat hinausgeht.

**Als Risikofaktoren für die Persistenz der Symptomatik werden ein Mangel an intuitivem Elternverhalten (*parental self-esteem and intuitive parenting skills*) und psychische Erkrankungen der Eltern angegeben.**

Sie erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für schwere Interaktionsstörungen, welche bei persistierendem Schreien nach dem dritten Lebensmonat vermehrt beschrieben werden.

### Epidemiologische Aspekte, die Definition exzessiven Schreiens anhand von Perzentilen

Die Häufigkeiten für exzessives Schreien in den ersten drei Lebensmonaten werden mit 16-29 % angegeben, je nachdem welche Definition und Untersuchungsinstrumente benutzt werden (8). In einer

Meta-Analyse wurde der Ansatz verfolgt, Perzentilen für die Schrei-/Quengeldauer der Babys in Minuten pro Tag zu erstellen. Insgesamt wurden 8.690 Kinder im Alter von ein bis zwölf Wochen aus 28 Studien erfasst (7). Gefunden wurde ein nicht signifikanter Peak mit sechs Wochen sowie ein signifikanter Abfall mit zwölf Wochen. Die mittlere Schreidauer betrug in den ersten sechs Lebenswochen 117-133 Minuten pro Tag und in der zwölften Woche 68 Minuten. Die Wessel-Regel trifft auf bis zu 25 % der Säuglinge mit sechs Wochen und 0,6 % im Alter von zwölf Wochen zu. **Die Autoren Wolke et al. schlussfolgern, die 90. Perzentile als Grundlage für die Definition exzessiven Schreiens statt der Wessel-Regel zu verwenden. Im Alter von fünf bis sechs Wochen lag die 90. Perzentile bei 240 Minuten Schreien/Quengeln am Tag, im Alter von acht bis neun Wochen bei ca. 180 Minuten am Tag, im Alter von zehn bis zwölf Wochen bei ca. 120 Minuten pro Tag.**

### Die Prognose exzessiven Schreiens – Aktuelle Ergebnisse aus Longitudinalstudien

Sowohl eine süddeutsche Studie mit 1.459 Kindern (Bayrische Risikokinder Longitudinalstudie) (1) als auch eine holländische Studie mit 3.389 Kindern (Geburtskohorte) (6) belegen den **Zusammenhang zwischen persistierenden und multiplen Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter und dem Auftreten von Aufmerksamkeitsstörungen (1, 6) und Stimmungsstörungen (mood disorders) (6) im späteren Kindesalter.** Mütterliche bzw. elterliche Belastungen und psychische Erkrankungen werden in beiden Studien als Risikofaktoren für das spätere Auftreten von psychischen Erkrankungen der Kinder angegeben.

### Diskussion und Fazit für die Praxis

In der kinderärztlichen Praxis, wie auch in einer Beratungsstelle für exzessiv schreiende Babys ist der Belastungsgrad der Eltern bei einem schreienden Baby ausschlaggebend für Diagnostik und Beratung mit Entlastung der Eltern und Unterstützung des Säuglings in seiner Regulationsfähigkeit.

An Hand von 24 Stunden-Tagebüchern (Wach-Schlaf-Tagebuch) zu Schreien/Quengeln, Schlafen, Füttern, ausgeglichenen Wachzeiten und gemeinsamem Spiel mit den Eltern, können objektiverbare Daten gewonnen werden, die auch den Eltern wieder mehr Sicherheit im Tagesverlauf geben und konkrete Interventionsmöglichkeiten aufzeigen (9). Die Anwendung der Wessel-Kriterien (3er-Regel) ist über viele Jahrzehnte etabliert und bewährt sich für den klinischen Alltag. Für weitere Studien zum Thema exzessives Schreien bietet sich die 90. Perzentile der Schrei- und Quengeldauer an, da diese deutlich den Entwicklungsschub im Alter von zwei bis drei Monaten mit Verminderung der Schrei- Quengeldauer berücksichtigt.

**Tab. 1:** Beratung bei exzessivem Schreien in den ersten Lebensmonaten

Aufklärung über exzessives Schreien
Entlastung der Eltern bzgl. Schuldgefühlen
Reizreduktion „Ruheinseln am Tag“
Tagesrhythmus: Übermüdung vermeiden
Strukturierung des Tages mit regelmäßigen Schlafenszeiten
Beruhigung: kein ständiger Wechsel der Strategien
Überbrücken der Schreiphasen (am Abend) – Unterstützung durch weitere Personen
Aufklärung über Schütteltrauma

Mit der Erstellung von Perzentilen für die **Schreizeiten anhand der Daten von 8.690 Kindern konnte die Abnahme der Schreihäufigkeit im Alter von zwölf Wo-**

**chen erneut eindrücklich belegt** werden. Sie lässt sich durch den ersten Reifungsschub im Alter von zwei bis drei Monaten, mit Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit der Babys und Ausreifung der Schlafhomöostase gut erklären.

Die Kombination persistierendes Schreien über die zwölfte Lebenswoche hinaus und multiple Regulationsstörungen des Kindes mit psychischen Erkrankungen der Mutter und ungünstigen Umweltbedingungen sind ein starker Prädiktor für das Auftreten von psychischen Erkrankungen im späteren Kindesalter, wie aktuell erneut anhand zweier großer Longitudinalstudien belegt werden konnte.

In der Zusammenschau belegen diese Studien die Aktualität des bereits von Papoušek und Mitarbeitern (Papoušek et al. 2004) postulierten **biopsychosozialen Modells bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von frühkindlichen Regulationsstörungen**. Auch wenn exzessives Schreien, definiert nach der Wessel-Regel oder nach den Perzentilen, nach der zwölften Lebenswoche mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit einen Krankheitswert aufweist, greift die Fokussierung allein auf die Dauer des Schreiens zu kurz. Erst die kombinierte Betrachtung mit psychosozialen Faktoren führt zur Identifizierung des exzessiven Schreiens mit pathologischer Relevanz und einer schlechten Prognose ohne Behandlung und versetzt den Behandler in die Lage, dies von einer allein durch einen physiologischen Reifungsprozess verursachten vermehrten Unruhe zu unterscheiden, eine Erkenntnis, die bereits in der neuen Klassifikation gemäß der DC:0-5™ vermehrt berücksichtigt wird und darüber hinaus die Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeiten unterstreicht.

**Tab. 2:** Indikation für weiterführende Beratung/Therapie

Persistierendes Schreien über den dritten Lebensmonat hinaus
Multiple Regulationsstörungen
Depression oder andere psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile
Belastungen oder Störungen der Eltern-Kind-Beziehung
Gefahr von Vernachlässigung und Misshandlung

Literatur bei den Verfassern

**Korrespondenzanschriften:**

*Dr. med. Margret Ziegler  
Oberärztin Frühe Entwicklung und Kommunikation  
kbo-Kinderzentrum München  
gemeinnützige GmbH  
Heiglhofstraße 65  
81377 München  
E-Mail: Margret.Ziegler@kbo.de  
Telefon: 089/71009-334  
Web: <http://www.kbo-kinderzentrum-muenchen.de>*

*Prof. Dr. med. Volker Mall  
Ärztlicher Direktor  
Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie  
kbo Kinderzentrum München gGmbH  
Heiglhofstraße 65  
81377 München  
Telefon: 089/71009-233/318  
E-Mail: volker.mall@kbo.de*

**Interessenkonflikt:**

*Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.*

*Red.: Keller*



## 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.



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Wie sollen wir die Bell'sche Lähmung bei Kindern und Jugendlichen behandeln?

#### A Network Meta-Analysis to Compare the Efficacy of Steroid and Antiviral Medications for Facial Paralysis from Bell's Palsy

Fu X, Tang L, Wang C, et al., *Pain Physician* 21(6):559-569, November 2018

Die häufigste bekannte Ursache einer Fazialisparese bei Kindern ist eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi*. In der Mehrzahl der Fälle findet sich aber keine Ursache der idiopathischen Fazialisparese.

Die idiopathische Lähmung des Nervus facialis (Bell'sche Lähmung -BL-) gehört mit zu den häufigsten Nervenschädigungen, die zu einer akuten Lähmung der betroffenen Seite im Gesichtsbereich führt. Die eigentliche Ursache der Lähmung bleibt meistens unbekannt. Die meisten Untersucher gehen davon aus, dass die Reaktivierung einer Herpes-simplex-Infektion zur Lähmung des Fazialisnerven führt, was aber bisher nicht bewiesen werden konnte. Die berichtete jährliche Inzidenz der BL beträgt, unabhängig vom Alter und Geschlecht, 20-30 Erkrankungen auf 100.000 Personen. Zur Behandlung haben sich zwei Optionen etabliert, die zum einen auf die Behandlung der Entzündung (Steroide) und zum anderen auf die Behandlung der unterstellten Virusinfektion (Virustatika) gerichtet sind.

Mit einer aktuellen Meta-Analyse versuchen die Autoren die Wirksamkeit einer Steroidtherapie, einer antiviralen Therapie sowie ihrer Kombination zur Behandlung der BL zu ermitteln. Hierzu haben sie eine systematische Suche in den PubMed und

Embase-Datenbanken durchgeführt. Ergebnisziel war die Erfassung der Effizienz, gemessen als Wahrscheinlichkeitsquotient (Odds Ratio – OR), mit der eine Wiederherstellung der Fazialis-Funktionen erreicht werden konnte. Das zusammengefasste Ranking für jede Behandlung im Hinblick auf die Ausheilung wurde im Rahmen einer Netzwerk-Meta-Analyse als Fläche unter einer kumulativen Ranking Kurve (Surface Under the Cumulative Ranking – SUCRA) ermittelt. Die Werte liegen zwischen 0 und 1, entsprechend 0 % und 100 %.

#### Ergebnisse

Von den Ergebnissen der Recherche konnten 23 Studien mit 4.623 Patienten in die Auswertung übernommen werden. Im Hinblick auf die allgemeine klinische Besserung konnten in der paarweisen Netzwerk-Meta-Analyse keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Die Kombination einer antiviralen mit einer steroidalen Behandlung war der Placebo-Therapie jedoch überlegen (OR = 3,25; 95 % KI [Konfidenzintervall] 1,23-8,61), obwohl weder für eine Steroid-, noch für eine antivirale Monotherapie im Vergleich zur Placebo-Therapie ein signifikanter Nutzen nachgewiesen werden konnte. Die SUCRA-Ergebnisse wiesen nur für die Kombination einer antiviralen mit einer Steroidtherapie bei einem SUCRA-Wert mit 0,96 Höchstwerte auf. Die Wahrscheinlichkeit, an erster Stelle im Ranking zu stehen, betrug 90 %. Nur ein kleiner Unterschied wurde zwischen der Wirksamkeit einer steroidalen und antiviralen Behandlungen beobachtet (SUCRA-Werte von 0,55 bzw. 0,36). Beide Werte waren immer noch besser als für eine Placebo-Therapie (SUCRA-Wert 0,134).

#### Schlussfolgerung

Die Kombination einer antiviralen und steroidalen Therapie führt zu signifikant besseren klinischen Ergebnissen als die Monotherapie mit Virustatika oder Steroiden. Die Wirksamkeit der Therapie mit Virustatika war der mit Steroiden vergleichbar. Alle 3 Therapien waren der Behandlung mit einem Placebo überlegen.

#### Kommentar

In Deutschland wird die einseitige Gesichtslähmung häufig in Folge einer Borreliose beobachtet und bei Nachweis einer lymphozytären Pleozytose antibiotisch behandelt. Diese Möglichkeit sollte immer bedacht werden sollte, wenn es auch das Thema der aktuellen Studie nur indirekt berührt. Die eigentliche Bell'sche Lähmung (BL) wird als eine akut auftretende, einseitige periphere Fazialisparese unbekannter, idiopathischer Ursache definiert. Eine Reaktivierung des Herpes-simplex-Virus wird in den meisten Fällen vermutet, wobei auch weitere Viren wie das Herpes zoster Virus (Ramsay-Hunt-Syndrom), das humane Immunodeficiency Virus, das Epstein Barr Virus und das Hepatitis B Virus mit dem Auftreten einer akuten Fazialisparese assoziiert sein können. In selten Fällen kann

die einseitige Gesichtslähmung auch in Verbindung mit einer familiären, genetischen Bereitschaft, mit einem Melkersson-Rosenthal-Syndrom (Gesichtsödeme, granulomatöse Cheilitis, Lingua plicata) und einer Sarkoidose auftreten. Die vorhandenen Studien zeigen, dass sich unter der Behandlung der BL die Lähmungssymptome bei 70 % aller Patienten innerhalb von 6 Monaten vollständig zurückbilden. Bei 30 % der Betroffenen sind dann immer noch Paresen vorhanden, die im weiteren Krankheitsverlauf mit Synkinesien und Spasmen der Gesichtsmuskulatur assoziiert sein können. Für Steroide wird seit Jahrzehnten vermutet, dass sie die Nervenentzündung und damit die Nervenschwellung mindern und zur Wiederherstellung der Funktionen beitragen. Virustatika wie Aciclovir und die bisher nur für Erwachsene zugelassenen Wirkstoffe Famciclovir und Valaciclovir werden unter der Vorstellung verordnet, dass die Ursache der Gesichtslähmung überwiegend auf eine primäre Herpes-simplex-Infektion oder eine Reaktivierung zurückgeführt werden kann. Herpes-simplex-Viren konnten in einigen Fällen bei Erkrankungen im Speichel und in der endoneuralen Flüssigkeit der Gesichtsnerven nachgewiesen werden. Die Kombination beider Optionen (Steroide und Aciclovir) könnte eine allgemeine Verbesserung der therapeutischen Wirksamkeit auch für Kinder bedeuten. Dies wurde mit einer kleinen randomisierten Studie von Khedr et al. an 65 betroffenen Patienten gezeigt. Diese Ergebnisse konnten in einer randomisierten, kontrollierten Studie von Kajeh et al. an 43 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 2-18 Jahren bestätigt werden, die im Vergleich zur Kontrollgruppe (nur Prednisolon) eine Kombination von 2mg/kg/KG/Tag Prednisolon und 10 mg/kg/KG Aciclovir alle 8 Stunden über 7 Tage erhielten. Die vollständige Ausheilungsrate betrug 90 % in der Kombinationsgruppe und 65,2 % in der Prednisolongruppe. Diese Ergebnisse werden mit der aktuellen Netzwerk-Meta-Analyse (NMA) von Fu et al. bestätigt. Wie effektiv die einzelnen Behandlungen in ihrer Kombination sind, konnte bisher noch mit keiner zusammenfassenden, vergleichenden Untersuchung dargestellt werden. Die von den Autoren erstmals durchgeführte NMA weist ein zusammengefasstes Ranking für die Wirksamkeit aller drei Therapien, Steroide, Virustatika und Steroide plus Virustatika zur Behandlung der einseitigen Gesichtslähmung im Vergleich zu einem Placebo aus. Hierbei besitzen Steroide und Virustatika eine annähernd gleiche Wirkung (SUCRA-SCORE 0,54 versus 0,36) und waren besser als ein Placebo (SUCRA-SCORE 0,13). In der Kombination erhöht sich die Wirksamkeit auf einen SUCRA-SCORE von 0,96. Wie sollen wir unsere Patienten mit einer BL in Zukunft behandeln? Die aktuellen Ergebnisse von Khedr, Khajeh und Fu scheinen plausibel zu sein und vor allem bei schweren Lähmungen eher für eine Kombinations-therapie sprechen. Die Datenlage ist allerdings noch dünn und die Ergebnisse bedürfen weiterer Bestätigung, um eine Kombinationstherapie bei der BL allgemein zu empfehlen.

#### **Korrespondenzanschrift:**

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

## **Fehlender Effekt einer Ankyloseprävention bei jungen Patienten mit Spondylarthritis trotz einer Inhibitionstherapie gegen Tumornekrosefaktor-alpha**

**Sacroiliac Joint Ankylosis in Young Spondyloarthritis Patients Receiving Biologic Therapy: Observation of Serial Magnetic Resonance Imaging Scans**  
Bray TJP, et al.; *Arthritis Rheumatol* 71(4): 594-598.  
April 2019

Jugendliche Patienten mit einer Spondylarthritis werden gemäß den aktuellen Klassifikationskriterien typischerweise als „Enthesitis-assoziierte Arthritis“ diagnostiziert. Ein Teil dieser Patienten entwickelt im Verlauf eine ankylosierende Spondylitis. Für die adulte Form der Spondylarthritis hat die Therapie mit TNF-alpha Inhibitoren (TNF-i) einen klaren therapeutischen Stellenwert im Rahmen der Eindämmung der spinalen Inflammation (Baraliakos, Listing et al. 2011). Allerdings waren die Studienergebnisse im Hinblick auf die Reduktion der spinalen Destruktion bei Patienten mit AS im Vergleich mit historischen Kontrollen uneinheitlich (van der Heijde, Dijkmans et al. 2005, van der Heijde, Landewe et al. 2008).

In der vorliegenden retrospektiven Studie wurde bei 29 mit verschiedenen TNF-i behandelten Patienten mit einer Sakroiliitis im Alter von 12-24 Jahren der Effekt einer TNF-i Therapie untersucht. Dabei waren die Entzündungsscores in den Kontroll MRTs zwar signifikant reduziert, aber nicht in Abhängigkeit vom zeitlichen Beginn der TNF-i Therapie. Zudem ließ sich kein signifikanter Effekt auf den Fusions- oder den Fettmetaplasiescore nachweisen, beide nahmen im Verlauf der Erkrankung trotz fortgeführter Therapie sogar zu.

Diese Studie ist sehr ernüchternd, da sie dem – nicht nur in der Kinderrheumatologie – vorherrschenden Paradigma einer Prävention durch Frühtherapie widerspricht.

Für eine genauere Einschätzung sind weitere größere und prospektiv langfristig angelegte Studien notwendig, insbesondere da bislang nicht klar ist, ob die Ankylosierung eher durch eine anhaltende subklinische Inflammation oder eine initiale inflammatorische Induktion zustande kommt. Zudem könnten dann eventuell auch Effekte auf Subgruppen sichtbar gemacht werden (HLA-B 27 Assoziation, Medikamentenvarianz, familiäre Belastung).

#### **Korrespondenzanschrift:**

Anton Hospach, Stuttgart

# Patientenbrief nach jeder Diagnose?

Die Bundesländer Berlin, Brandenburg und Hamburg wollen verständlichere Informationen für Patienten. In einer am 17. Mai im Bundesrat vorgestellten Initiative fordern sie unter anderem nach jeder stationären oder auch ambulanten Behandlung einen Patientenbrief. In diesem sollten nach jeder Behandlung verständliche Informationen zur Diagnose, Behandlung und Einnahme von Medikamenten festgehalten werden.

Brandenburgs Gesundheitsministerin Susanna Karawanskij (Linke) ist die Hauptinitiatorin der Initiative.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift erklärt sie ihre Idee.



© Johanna Bergmann

**Derzeit werden in der ambulanten Pädiatrie alle Befunde dokumentiert. Dabei werden Diagnose- und Therapie-kürzel verwendet und natürlich die lateinischen Namen von Wirkstoffen etc. Sollen die Eltern nun nach jedem Arztkontakt diese Befunde übersetzt und ausgedruckt bekommen?**

**Karawanskij:** Unterstützung, Beteiligung, Information und gemeinsame Entscheidungsfindung stärken das Vertrauen und die Selbstverantwortung von Kranken.

Wenn Gesundheitspolitik sich an Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten orientieren will, muss danach gesucht werden, wo und wie dies im Gesundheitssystem ausgestaltet werden kann. Mit unserer Bundesratsentschließung wollen wir diese Diskussion befördern. Und zwar mit Vorschlägen für einen Patientenbrief, ein Angebot zur gesundheitlichen Versorgungsplanung, die Patientenbeteiligung in allen Gremien des selbstverwalteten Gesundheitswesens, die Bürgerbeteiligung zur Verbesserung von Patientenorientierung im Gesundheitswesen und schließlich auch für einen Patientenentschädigungsfonds. Wir haben es heute in aller Regel mit selbstbewussten Patientinnen und Patienten zu tun. Sie wollen und sollen nicht passiv die Hilfe der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Professionen in Anspruch nehmen, sondern Partner im Gesundheitsprozess sein.

Unser Entschließungsantrag zeigt Wege, wie Patientenorientierung konkret und nachhaltig in der medizinischen Versorgungspraxis umgesetzt werden kann.

**Wann sollen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte dann noch heilen?**

Ich kann verstehen, wenn ohnehin reichlich ausgelastete Ärztinnen und Ärzte zunächst einmal skeptisch auf unsere Vorschläge blicken und nur einen Mehraufwand sehen. Doch ich bin überzeugt davon, dass die praktische Handhabung letztendlich den Mehrwert erkennen lassen wird. Zunächst einmal soll der Patientenbrief nur bei bestimmten Anlässen den Patientinnen und Patienten bzw. den Eltern kranker Kinder ausgehändigt werden. Patientinnen und Patienten sollen schriftlich und verständlich über Diagnose, Behandlung, Einnahme von Medikamenten und angemessenes Gesundheitsverhalten aufgeklärt werden.

Aus vielen Studien ist bekannt, dass das vom Behandelnden Gesagte schon kurze Zeit später nur bruchstückhaft erinnert wird. Gründe können die besondere Gesprächssituation sein, aber auch spezifische medizinische Vokabeln, um nicht „Fachchinesisch“ zu sagen.

Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation ist möglich, wenn die Patienten ihre Krankheit, Diagnose und Behandlungsempfehlungen verstehen und auch gegenüber Weiterbehandelnden darauf zurückgreifen können.

Der Patientenbrief fördert Vertrauen und verbessert letztlich den Therapieerfolg. Um Bürokratie zu vermeiden, soll zudem geprüft werden, in welcher Form IT-Systeme für die Informationsdarstellung verwendet werden können. Hierzu gibt es bereits Vorarbeiten (<https://washabich.de>).

Ebenso sollte geprüft werden, wie der Patientenbrief mit der elektronischen Patientenakte verbunden werden kann.

**Wer bezahlt den Mehraufwand?**

**Karawanskij:** In der Entschließung werden gute Argumente für den Patientenbrief genannt. Der Bundesgesetzgeber ist aufgefordert, eine Umsetzung zu prüfen. Und dazu gehört auch die Klärung offener Fragen bei einem Mehraufwand. Selbstverständlich sollten die Fachverbände einbezogen sein.

**Was könnten mögliche Alternativen sein?**

**Karawanskij:** In den letzten Jahrzehnten hat es ohne Zweifel große Fortschritte in Diagnose- und evidenzbasierten Behandlungsmethoden gegeben. Wir brauchen aber auch einen Fortschritt bei der Ausrichtung des Versorgungssystems auf die Bedürfnisse der Menschen.

Alternativen sind nicht bekannt, wenn man Patientenorientierung und damit verbesserte Information für Patientinnen und Patienten ernst nimmt.

ReH

## Die Finanzfrage

# Wohin mit dem Geld?

## Der Immobilienmarkt



Tilo Croonenberg

**M**ein Thema in diesem Monat: der mit Abstand bedeutendste Anlagensektor Deutschlands – der Immobilienmarkt. Wobei man gleich vorausschicken muss, dass es *den* Immobilienmarkt gar nicht gibt. Er zerfällt nämlich in unendlich viele regionale Teilmärkte und in eben so viele unterschiedliche Arten von Objekten. Für all diese Bereiche gibt es bei Transaktionen Preise, die dann auch als Wertmaßstab für die gar nicht gehandelten Gebäude angesehen werden.

Dank einer riesigen Datenbank des „Verbands Deutscher Hypothekenbanken“ (vdp) kann man versuchen, sich ein Bild von den Trends in einzelnen Bereichen zu machen. Aber es gilt immer die Einschränkung, dass dies bis zu einem gewissen Grad eine Zusammenfassung von „Äpfeln und Birnen“ sein muss.

Ich versuche, Ihnen das gleich mal am Beispiel der Wohnimmobilienpreise deutlich zu machen. Dank der vdp-Daten kann man die Preisentwicklung dort nicht nur für ganz Deutschland, sondern auch für sieben ausgewählte Metropolen seit 2003 nachverfolgen. Während der Preistrend in ganz Deutschland, also bundesweit mit jährlich 3,2 Prozent Anstieg weniger spektakulär verlief, kletterten die Preise in der „Boomtown“ Berlin

um mehr als das Doppelte – jährlich auf 8,0 Prozent, Hamburg auf 6,4 Prozent, München 5,6 Prozent und selbst alle Top 7 Städte zusammen genommen auf jährlich 6,3 Prozent.

Doch auch zwischen den einzelnen Immobilienarten Wohnen und Gewerbe gab es gravierende Unterschiede. Die Zahlenreihe für Gewerbeimmobilien reicht nur bis 2008 zurück, ist also ein halbes Jahrzehnt kürzer als für Wohnobjekte. Daher ist nur ein Vergleich über die elf Jahre von 2003 bis zum ersten Quartal 2019 möglich. Doch der umfasst genau die heiße Phase ab 2011, in der die Preise angesichts andauernd sinkender Hypothekenzinsen zu steigen begannen. Und siehe da, gewerblich genutzte Immobili-

en wie Büros oder Einzelhandelsobjekte stiegen im Schnitt deutlich langsamer mit 2,9 Prozent im Jahr als die gefragten Wohnimmobilien mit 4,3 Prozent p.a..

Die Bundesbank, die den Immobilienmarkt nach den traurigen Erfahrungen der Amerikaner in der berüchtigten Finanzkrise mit Argusaugen im Hinblick auf mögliche Risiken für die kreditgebenden Banken verfolgt, hat den Gewerbebereich noch einmal für die Mieten in einer Grafik auseinanderggezogen (Abb. 1).

Bemerkenswert: innerhalb dieser Gruppe gab es eine sehr beachtliche Diskrepanz zwischen den gefragten Büros und den weniger nachgefragten Einzelhandelsflächen. Bei Letzteren fürchtet man einen Strukturwandel durch das

### Mieten für Gewerbeimmobilien\* in Deutschland nach Städtegruppen

2010 = 100, log. Maßstab



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Angaben der bulwiengesa AG.  
\* Büro- und Einzelhandelsimmobilien (Core-Objekte). 1 Berlin, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg, Köln, München und Stuttgart.  
Deutsche Bundesbank

(Quelle: Bundesbank, <https://www.bundesbank.de/resource/blob/615264/83d7e2d2918e4e966a6b27b657346f5b/mL/03-mieten-fuer-gewerbeimmobilien-in-deutschland-nach-objekttypen-data.pdf>)

Abb. 1

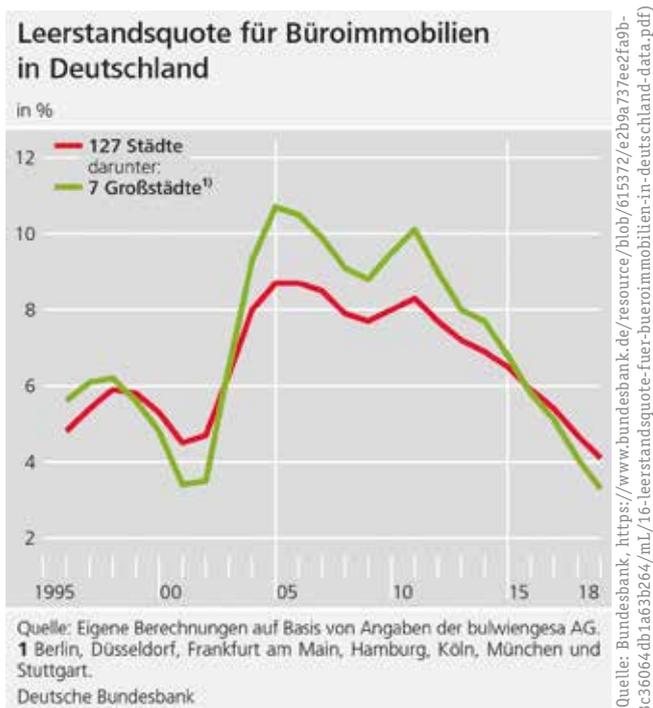


Abb. 2

wachsende Internetangebot, das aber in der Dimension noch niemand so recht einzuschätzen weiß. Da neben spekulativen Überlegungen oder simplem Anlage-Druck vor allem die Mieten den Preistrend vorgeben, kann man sich die Konsequenzen für das Preisniveau ausmalen. Für mich immer wieder ein kleines Rätsel, warum die Büroflächen so stark gefragt sind, wie das der Fall ist. Die Leerstände sind da auf langfristigen Tiefständen angelangt. Man hört doch immer wieder von Homeoffice und flexiblen Arbeitszeiten, von Verringerung der Verwaltungen, aber offenbar überlagert der Trend zu mehr Dienstleistungen und Bürokratie all das, sitzen immer mehr Menschen tagtäglich an den Schreibtischen (Abb. 2).

Interessanterweise kann man in den großen Metropolen, wo sich klassischerweise Dienstleistungen wie Rechts- und Unternehmensberatung, Werbung oder Medien stark konzentrieren, als Anleger mit entsprechenden Immobilien nicht mehr verdienen als in kleineren Städten. Die Grafik der Bundesbank zeigt, dass Gewerbeimmobilien bei der Neuvermietung in den „Kleinmetropolen“ 2,2 Prozent mehr Rendite abwerfen als in den angesagten Boomstädten. Ich vermute mal, dass dort die stark gestiegenen Baupreise die Rendite drücken, weil die Mieten langsamer nachziehen (Abb. 3).

Zum Schluss noch ein Blick auf die aktuelle Entwicklung. Die Analyseabteilung



Abb. 3

vdpResearch des Hypothekenverbands fasst die Situation so zusammen: „Während im wohnwirtschaftlichen Bereich die Dynamik der Preisentwicklung langsam abzunehmen scheint, verzeichneten Büroimmobilien einen der höchsten Preisanstiege im gesamten Betrachtungszeitraum. Dem gegenüber stehen geringfügig sinkende Kapitalwerte bei Einzelhandelsimmobilien.“

Und zum heißen Markt für Wohnimmobilien ergänzt die Untersuchung: „Die weiterhin hohen Steigerungsraten in diesem Marktsegment sind ein Indiz dafür, dass die Attraktivität von Wohneigentum sowohl zur Selbstnutzung als auch zur Kapitalanlage angesichts des niedrigen Zinsniveaus ungebrochen hoch bleibt.“

Fazit: Auch in der Anlageklasse Immobilie empfehle ich: Augen auf bei der rich-

tigen Auswahl der vielen Angebote bei Direktinvestitionen, Beteiligungen, aber auch bei dem Kauf von Finanzprodukten in dieser Anlageklasse. Und Vorsicht ist natürlich geboten, wenn die Zinsen wieder steigen sollten!

**Korrespondenzadresse:**

Tilo Croonenberg  
VM Vermögens-Management GmbH  
Berliner Allee 10, 40212 Düsseldorf  
E-Mail: [t.croonenberg@vmgruppe.de](mailto:t.croonenberg@vmgruppe.de)

Der Autor arbeitet als unabhängiger Vermögensverwalter für die VM-Vermögens-Management GmbH

Red.: ReH



## Personaländerung in der Redaktion

Nachdem Christiane Daub-Gaskow nach langjähriger erfolgreicher Tätigkeit als Redaktionsassistentin Anfang Juni in den Ruhestand gewechselt ist, hat Dipl.-Päd. Petra Tristram ihre Nachfolge in der Redaktion unserer Verbandszeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ angetreten.

Dr. Wolfram Hartmann für die Redaktion

# Zi stellt Bedarfsprojektion für Medizin- studienplätze in Deutschland vor

*Bis 2035 fehlen pro Jahr bis zu 6.000 Studienplätze – Versorgungsgrad in der ambulanten Medizin könnte auf 74 Prozent des heutigen Niveaus absinken*



Foto: © deagreetz - stock.adobe.com

## Heilen reicht nicht. Ärztinnen und Ärzte müssen immer mehr Verwaltungsarbeit machen

**N**ach aktuellen Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) fehlen in Deutschland jährlich bis zu 6.000 Studienplätze im Fach Humanmedizin – wenn die aktuelle ambulante Versorgungsleistung bis 2035 aufrechterhalten werden soll. Abhängig vom Ausbildungserfolg der zukünftigen Studierenden, der Dauer der Weiterbildung und der beruflichen Orientierung variiert die Projektion zwischen 6.000 (75 Prozent der Studienanfänger werden innerhalb von 15 Jahren Facharzt) und 3.000 fehlender Studienplätze (Facharztquote von 92 Prozent) pro Jahr. Im günstigen Fall müssten sich neun von zehn erfolgreichen Absolventen für die medizinische Versorgung und gegen eine Anstellung in Forschung, Industrie, etc. entscheiden. Die Projektion zeigt, dass der vertragsärztliche Versorgungsgrad bis 2035 auf 74 Prozent des heutigen Niveaus absinken könnte – selbst wenn es weiterhin gelingt, die heutige Nettozuwanderung in Höhe von 1.639 Ärzten pro Jahr nach Deutschland aufrechtzuerhalten. Allein eine Steigerung der Zuwanderung um etwa 3.600 Fachärzte pro Jahr würde das medizinische Versorgungsniveau in Deutschland bis 2035 stabilisieren.

„Deutschland ist kurz- und mittelfristig darauf angewiesen, dass der Zuzug von Ärzten und Fachärzten aus dem Ausland erheblich steigt. Nur so kann das gewohnte ambulante Versorgungsniveau gehalten werden. Selbst wenn im Jahr 2020 die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin von derzeit 11.000 Plätzen um 30 bis 50 Prozent erhöht würden, wären die Auswirkungen in der vertragsärztlichen Versorgung erst nach 15 Jahren zu spüren, also 2035. In der Zwischenzeit zeigen sich die Folgen des Studienplatzabbaus in den letzten zwei Jahrzehnten. Der Wettbewerb um ausgebildete Mediziner und Fachärzte wird in den nächsten zehn Jahren extrem zunehmen. Es wird spürbar schwieriger werden, das heutige medizinische Leistungsangebot flächendeckend zu garantieren und zu verhindern, dass strukturschwächere Regionen benachteiligt werden“, sagte Zi-Geschäftsführer Dr. Dominik von Stillfried am 25. Mai in Berlin.

Die zur Verfügung stehende Arztzeit in der ambulanten Versorgung gehe kontinuierlich zurück. Der Grund dafür sind veränderte Arbeitsgewohnheiten und zunehmende Verwaltungsaufgaben. So habe sich die Zahl der angestellten Ärzte seit 2007 fast versechsfacht. Waren 2007 nur rund 5.600 Ärzte angestellt, waren es 2017 bereits 31.477. Während wirtschaftlich selbständige, niedergelassene Ärzte im Schnitt 50 Stunden pro Woche arbeiten, führen die Trends zur Anstellung (40-Stunden-Woche) und zur Tätigkeit in Teilzeit zu einer Abnahme der Behandlungsleistung pro Arzt. Es werden daher mehr Ärzte benötigt, um das Versorgungsniveau aufrecht zu erhalten. Die weiter steigende Zahl von Ärzten, die in den nächsten Jahren aus Altersgründen aus der ambulanten Versorgung ausscheiden und einen Nachfolger für ihre Praxen suchen, verschärfe die Situation im vertragsärztlichen Sektor weiter, so Stillfried.

„Wenn das bisherige Niveau der medizinischen Versorgung in Zukunft auch

nur annähernd aufrechterhalten werden soll, ist eine substanzielle Steigerung der Ausbildungskapazität durch die Bundesländer im Fach der Humanmedizin unabdingbar. Um die verfügbare Arztzeit möglichst zur Patientenversorgung zu nutzen und die Attraktivität der Niederlassung weiter zu steigern, sollte die ärztliche Tätigkeit in der stationären und ambulanten Versorgung zudem konsequent von Verwaltungsaufgaben entlastet werden“, forderte von Stillfried.

**Info:** Die Zi-Studie „Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland“ bewertet, wie viele Studienplätze im Fach Humanmedizin im Zuge des „Masterplans Medizinstudium 2020“ notwendig wären, um den erwarteten medizinischen Versorgungsbedarf in Zukunft zu decken. Dazu hat das Autorenteam den Versorgungsbedarf und die zukünftige Behandlungsleistung von Ärzten aus verfügbaren Datenreihen abgeleitet. Die Zusammenführung beider Komponenten ermöglicht eine Abschätzung, ob die aktuelle Zielvorgabe für Studienplätze in der Humanmedizin ausreichend ist. Als Datengrundlage dienen unter anderem ein Auszug aus dem Bundesarztregister (Stand: 31. Dezember 2018), die Daten der aktualisierten 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für den Bund und der relative Beanspruchungsindex rBIX des Zi. Zur weiteren Methodik verweisen wir auf die ausführliche Beschreibung der Datenanalyse in der Langfassung der o. g. Zi-Analyse, die Sie hier finden:

**Zi-Studie „Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland“:**  
[https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper\\_15-2019\\_Bedarfsprojektion\\_fuer\\_Medizinstudienplaetze.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_15-2019_Bedarfsprojektion_fuer_Medizinstudienplaetze.pdf)

Red.: ReH

## Christiane Daub-Gaskow beendet nach zwölf erfolgreichen Jahren ihre Tätigkeit in der Redaktion des „Kinder- und Jugendarzt“

**C**hristiane Daub-Gaskow ist am 30.06.2019 nach zwölf erfolgreichen Jahren aus der Redaktion unserer Zeitschrift ausgeschieden und in den Ruhestand gewechselt. Wir in der Redaktion werden sie vermissen.

Nach ihrem Abitur studierte sie zunächst Kunstgeschichte, Archäologie, Geschichte und Bibliothekswissenschaften in Köln und hat dann eine Ausbildung zur Verlagskauffrau beim Bastei-Lübbe Verlag in Bergisch Gladbach absolviert, wo sie bis 1985 beschäftigt war.

Seit dem 01.01.1986 war sie bei der Verlagsgruppe Beleke in Essen angestellt und hat dann ab **Juli 2007** die Redaktionsassistentin für unsere Verbandszeitschrift in

der Nachfolge von Sabine Vorrath übernommen. Zudem war sie die Sekretärin und Assistentin des Inhabers und Verlegers Norbert Beleke, der im Dezember 2017 in den Ruhestand ging.



Zeitweise betreute sie auch redaktionell die ebenfalls im Verlag erscheinenden Zeitschriften „Neuropädiatrie in Klinik und Praxis“ und „Kinderkrankenschwester“.

Christiane Daub-Gaskow war allen Redakteuren immer eine ganz wertvolle Hilfe, stets ansprechbar, verständnisvoll für besondere Wünsche und hat uns hervorragend unterstützt. Sie hat ganz wesentlich zum Erfolg und dem Ansehen unserer Verbandszeitschrift beigetragen.

Die gesamte Redaktion dankt Frau Daub-Gaskow ganz herzlich für ihre jahrelange nicht immer leichte Arbeit mit unterschiedlichen Redakteuren und auch Autoren.

Der BVKJ hat Frau Daub-Gaskow in Anerkennung ihrer Verdienste für uns alle im Jahr 2017 mit der Ehrenurkunde des BVKJ ausgezeichnet.

Wir wünschen Christiane Daub-Gaskow zusammen mit ihrem Mann einen erlebnisreichen und einigermaßen gesunden Ruhestand und viel Freude mit ihren Hobbies Oper, Bücher, Reisen und Radeln, für die sie jetzt mehr Zeit hat.

Alles Gute!

---

**Für die gesamte Redaktion:**

*Dr. Wolfram Hartmann  
57223 Kreuztal*

---

## Raimund Schmid geht als Geschäftsführer des Kindernetzwerk e.V. in den Ruhestand

**N**ach 27 überaus erfolgreichen Jahren als Geschäftsführer des Kindernetzwerk e.V., des Dachverbands der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, ist Raimund Schmid Ende Mai in den Ruhestand gewechselt, der ganz sicher ein Unruhestand sein wird.



gen Verein gegründet und zu einem höchst erfolgreichen und international anerkannten Netzwerk ausgebaut. Ich durfte ihn im Gründungsvorstand und dann auch noch einmal nach meinem Ausscheiden aus dem Vorstand des BVKJ in der Vorstandsarbeit des Kindernetzwerks unterstützen.

Seine Nachfolgerin ist Margit Golfels, die das Kindernetzwerk bereits seit einigen Jahren in Berlin repräsentiert.

Raimund Schmid hat zusammen mit Prof. Dr. med. Dr.h.c. Hubertus von Voss diesen in der gesamten Welt einzigarti-

Viele Eltern, Verbände, Ärzte und auch Politiker haben hier wertvolle Hilfe gefunden. Dafür gebührt Raimund Schmid auch der Dank des BVKJ, dem er immer auch durch seinen Vater, der Gründungsmitglied des BVKJ war, und seinen Bruder Ronald, dem langjährigen und im Herbst ebenfalls in den Ruhe-

stand wechselnden Vizepräsidenten des BVKJ, eng verbunden war und sicher auch bleiben wird.

Seine journalistische Tätigkeit wird Raimund Schmid fortsetzen und somit auch dem Vorstand des BVKJ und den Pressesprechern eine wertvolle Hilfe sein.

Wir als Kinder- und Jugendärzte freuen uns, dass die wichtige Arbeit des Kindernetzwerks auch nach dem Ausscheiden von Raimund Schmid weitergeführt wird und wünschen seiner Nachfolgerin viel Erfolg.

---

**Korrespondenzadresse:**

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

---

# Kind und Kittel: apoBank-Studie untersucht die Vereinbarkeit von Familie und Heilberuf

*Kooperative Praxisformen, wie in der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), sind am besten mit dem Familienleben zu vereinbaren, finden Menschen, die in Heilberufen arbeiten. Das ist ein Ergebnis aus der Studie „Kind und Kittel“ der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank). Als erste umfassende Bestandsaufnahme zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Heilberuf geht sie den Fragen nach: Wie steht es um die Familienplanung der Heilberufler? Müssen sie sich zwischen Kind und Karriere entscheiden? Gibt es den richtigen Zeitpunkt für den Nachwuchs? Oder wie kann ein Arbeitsumfeld aussehen, in dem junge Heilberufler gerne arbeiten und das sie mit ihrem Familienleben gut vereinbaren können?*

**D**ie Vereinbarkeit von Familie und Arbeit im Krankenhaus sehen Heilberufler sehr kritisch, vor allem während der Assistenzarztzeit (18 Prozent). Die Anstellung als Facharzt wird immerhin noch von 32 Prozent als familienfreundlich wahrgenommen, während Oberarzt- und Chefarztstellen lediglich 24 bzw. 27 Prozent der Befragten als solche einstufen. Einen ähnlichen Wert (26 Prozent) erhielt auch die Kategorie „Inhaber einer Einzelpraxis“.

## Kind oder Kittel?

Weil immer mehr Frauen den Heilberuf ergreifen, wird das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie immer wichtiger. Die Ergebnisse der Umfrage machen deutlich, dass Frauen viel häufiger das Gefühl haben, sich im Laufe ihres Lebens zwischen Kind und Kittel entscheiden zu müssen. So bestätigen 42 Prozent der befragten Heilberuflerinnen diese Aussage, bei den Männern waren es lediglich 18 Prozent. Kein Wunder: 87 Prozent der befragten Frauen nahmen Elternzeit, im Schnitt 14 Monate, bei Männern waren es lediglich 38 Prozent, mit durchschnittlich nur drei Monaten.

Die apoBank-Studie greift unter anderem auch die Frage auf, inwieweit Heilberuflerinnen ohne Kinder gegenüber denen mit Kindern in Sachen Karriere bevorzugt werden. Fast zwei Drittel aller Befragten nehmen eine Bevorzugung von Frauen ohne Kinder wahr. Gerade im Bereich der Humanmedizin, insbe-



sondere unter den Hausärzten, stößt diese Aussage auf eine hohe Zustimmung (70 Prozent). Offensichtlich nehmen dabei Männer häufiger eine Bevorzugung von kinderlosen Heilberuflerinnen wahr als Frauen selbst.

Auch den Wiedereinstieg nach der Elternzeit offenbart die Studie als eine große Hürde auf dem Karriereweg. Zwei Drittel der Heilberufler sehen sich zu diesem Zeitpunkt mit fehlender Flexibilität konfrontiert. Die fehlenden Betreuungsmöglichkeiten für Kinder stellen das zweitgrößte Hindernis beim Wiedereinstieg in den Beruf dar (62 Prozent). Außerdem fallen laut der Befragten für 56 Prozent fachliche Wettbewerbsnachteile sowie für 54 Prozent finanzielle Aspekte ins Gewicht.

Auch emotionale Hürden (51 Prozent) sowie die fehlende Unterstützung des Arbeitgebers (48 Prozent) erschweren den Wiedereinstieg. Dabei sehen Frauen die Wettbewerbsnachteile, finanzielle, emotionale und gesellschaftliche Hürden sowie die fehlende Unterstützung des Partners häufiger problematisch als Männer.

## Kind und Kittel!

Was muss also passieren, damit die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Heilberuflern verbessert werden kann? Für die Befragten sind eine kompatible Kinderbetreuung (92 Prozent), die sich an den Arbeitszeiten der Heilberufler orientieren sollte, sowie flexible Arbeits-

zeitmodelle und Teilzeitangebote (90 Prozent) die wichtigsten Anliegen. Aber auch Entlastung bei nichtärztlichen beziehungsweise nichtpharmazeutischen Tätigkeiten durch Delegation und Digitalisierung (76 Prozent) sowie Jobsharing in Führungspositionen (70 Prozent) werden von der Mehrheit der Befragten gewünscht.

„Es war uns wichtig, zu ermitteln, welche Arbeitsbedingungen von Heilberuflern als familienfreundlich angesehen werden. Die Ergebnisse liefern uns eine gute Basis, um neue Modelle für die Berufsausübung der Zukunft zu gestalten“, sagt Daniel Zehnick, Leiter des Bereichs Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik bei der apoBank.

**Info:** Die Online-Befragung wurde in Zusammenarbeit mit DocCheck Research im Frühjahr 2019 durchgeführt. Insgesamt wurden 500 Heilberufler, davon jeweils 125 Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Apotheker, die leibliche Kinder haben und zwischen 25 und 50 Jahren alt sind, befragt.

Red.: ReH

## Spatenstich für neue Kinderklinik

Klinikneubau mit 112 Betten wird 2023 fertiggestellt

**M**it einem Spatenstich sind am Montag, 27. Mai, die Bauarbeiten an der neuen Kinderklinik der Universitätsmedizin Essen auch offiziell eröffnet worden. Im Zentrum und Herzen des Campus des Universitätsklinikums Essen wird in den nächsten Jahren ein mehrstöckiger Neubau mit knapp 10.000 Quadratmetern Nutzfläche sowie 112 Betten als eine der modernsten Kinderkliniken Deutschlands errichtet. Bis zum Jahr 2023 wird ein hoher zweistelliger Millionenbetrag aus dem Medizinischen Modernisierungsprogramm (Med-MoP) des Landes NRW investiert.

In der neuen Kinderklinik werden Spezialisten aller Fachrichtungen der Kinderheilkunde und der Kinderchirurgie, auch mit Unterstützung der Digitalisierung und modernster Technik, noch besser miteinander vernetzt sein und damit enger zusammenarbeiten. Wir werden zudem mit den Ideen von Kindern, ihren Eltern, Ärzten, Pflegekräften, Krankenhausplanern und Architekten eine besonders kindgerechte Umgebung schaffen. Und damit in Summe ein Umfeld und eine Atmosphäre, die Heilung noch mehr för-



dert“, sagte Prof. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen.

Red.: ReH

## Impfungen in der Schwangerschaft – Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ

### Stellungnahme der Kommission

- Schwangere sollten über einen **Tetanusimpfschutz** verfügen. Anderenfalls sollen sie Nachholimpfungen erhalten.
- Wir befürworten die Einführung einer Empfehlung zur **Pertussisimpfung für schwangere Frauen ab dem 2. Trimenon** in Deutschland.
- Gemäss Empfehlungen der STIKO sollen **alle schwangeren Frauen im 2. oder 3. Trimenon gegen Influenza** geimpft werden. Frauen im **1. Trime-**

**non** sollen ebenfalls geimpft werden, **sofern neben der Schwangerschaft eine weitere medizinische Indikation** (STIKO: „gesundheitliche Gefährdung“) besteht.

Wir fordern alle Ärztinnen und Ärzte auf, schwangere Frauen entsprechend zu beraten. Ferner sollen Frauen im 1. Trimenon darauf hingewiesen werden, dass die Influenzaimpfung ab Beginn des 2. Trimenons gegeben werden kann, wenn es aufgrund der jeweiligen epidemiologischen Situation sinnvoll ist. Es wäre wünschenswert, dass die STIKO

die Influenzaimpfung, wie in anderen Ländern auch, allen Schwangeren ab dem 1. Trimenon empfiehlt.

Die vollständige Stellungnahme finden Sie unter: <https://www.dakj.de/stellungnahmen/stellungnahme-der-kommission-fuer-infektionskrankheiten-und-impffragen-der-dakj/>

### Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)



## Sexuelle Übergriffe in der medialen Welt

*Sexuelle Übergriffe im Chat, die Konfrontation mit sexuellen Inhalten oder pornografischem Material im Netz können eine emotionale und kognitive Überforderung für Kinder und Jugendliche darstellen. Es ist notwendig, dass Erwachsene Medienkompetenz erlangen, um als kompetente Gesprächspartner auf Augenhöhe mitreden zu können. Sie müssen verstehen, wie die täglich genutzten Apps und Internetseiten funktionieren und was die Kinder bewegt.*



**Evelyn Heyer**

### Sexuelle Übergriffe bei WhatsApp, Snapchat & Co.

Kinder und Jugendliche bewegen sich mit hoher Selbstverständlichkeit in der medialen Welt. Sie surfen und chatten schon im Grundschulalter und schauen Videos mit ihrem Smartphone, Tablet oder Laptop. Auf Grund ihres Alters besteht eine vorurteilsfrei naive Offenheit den Chatpartnern gegenüber. Zwar setzen einige Messenger-Dienste und soziale Plattformen wie WhatsApp, Instagram, Snapchat und Co. ein Mindestalter von

13 oder gar 16 Jahren voraus, jedoch wird dies nicht kontrolliert<sup>1</sup>. Der Reiz des Chattens besteht darin, eine andere Rolle einnehmen zu können oder die Person zu sein, die man gerne wäre. Zudem bewegt man sich außerhalb elterlicher Kontrolle, obwohl man sich im vertrauten häuslichen Umfeld befindet. Trotz

<sup>1</sup> <https://www.schau-hin.info/news/neue-altersgrenze-whatsapp-erst-ab-16-jahren-erlaubt/>  
<https://www.internet-abc.de/eltern/familie-medien/kommunikation-handy-whatsapp-facebook/snapchat-fuer-kinder/>

direkter Interaktion lässt sich mit hohem Anonymitätsgrad kommunizieren. Das generelle „Du“ im Chat stellt eine Pseudo-vertraulichkeit her. Die Dynamik des Missbrauchs im Internet besteht darin, dass es keine natürlichen Kontrollmechanismen, kein „Bauchgefühl“ gibt. Es gibt keinen Abstand zwischen Täter und Opfer und das äußere Erscheinungsbild und Alter des Chatpartners sind nicht bewertbar. Kinder glauben, was man ihnen sagt. Sie gehen davon aus, dass die Altersangaben des Chatpartners stimmen und vermuten nicht, dass sie möglicherweise mit einem Erwachsenen kommunizieren. Eltern warnen häufig ihre Kinder vor möglichen Übergriffen im Chat und propagieren pädagogisch wertvolle Chaträume. Einige dieser Räume setzen aber eine Anmeldung voraus, bei der die Kinder ihre persönlichen Daten angeben müssen. Somit lernen die Kinder, dass es selbstverständlich ist, persönliche Daten im Internet anzugeben und dass dies einen Schutz darstellt. Zugleich verkennen sie aber, dass von einer möglichen „Täterseite“ aus, auch falsche Angaben gemacht werden könnten, um sich Kindern anzunähern. Diese unklugen „Sicherheitsregeln“ reduzieren somit die Wachsamkeit der Kinder dafür, welche Angaben man im Internet nicht machen sollte.

### Influencer – vermeintliche Vorbilder

Viele Kinder und Jugendliche finden in Internet-Stars, den sogenannten Influencern, Vorbilder, die sie nachahmen. Unter Influencern versteht man Personen, die auf Plattformen wie YouTube, Instagram und Snapchat eine starke Präsenz zeigen, viele Abonnenten oder Follower haben und zugleich ein hohes Ansehen bei diesen genießen. Durch Werbeverträge und Kooperationen mit Unternehmen verdienen sie Geld. Zahlreiche Influencer nutzen zur Vermarktung ihren Körper, indem sie sich freizügig bis nackt präsentieren und sexy Posen einnehmen. Dies ist im Hinblick auf ihre jungen Fans problematisch. Sie vermitteln, dass das Veröffentlichen solcher freizügiger Fotos im Netz vollkommen „normal“ und unproblematisch sei.

### Die Betroffenen

Täter beginnen Kontaktaufnahmen in sozialen Netzwerken auf einer vermeint-

lich altersentsprechenden Ebene, fragen aber relativ rasch auch Rahmenbedingungen ab. Sie wollen wissen, ob die Kinder gerade allein sind, wie alt sie sind, fragen Mädchen nach ihrer Menstruation oder „Körbchengröße“. Viele Kinder / Jugendliche haben ihren ersten Freund / die erste Freundin im Internet, ohne dieser Person je begegnet zu sein. Sie sind zunehmend offen diesen gegenüber. Werden sie nach einigen Konversationen um ein Foto gebeten, so stellen sie dies bereitwillig zur Verfügung. Auch Nacktbilder werden erfragt. Stellen die Kinder ein persönliches Foto zur Verfügung, so sind sie damit erpressbar. Im nächsten Schritt müssen sie intimere Bilder nachschicken, damit das erste Bild nicht in den sozialen Netzwerken veröffentlicht wird. Solche Bilder werden dann leicht von den Tätern getauscht oder in kinderpornografischen Netzwerken veröffentlicht. Zudem gibt es die Aufforderung auf Seiten der Täter, sich im Livechat selbst zu befriedigen. Dies wird dann wöglich aufgezeichnet und ebenfalls auf einschlägigen Seiten veröffentlicht. Kinder berichten auch, dass ihnen pornografische Bilder, Filme oder Comics zugeschickt werden, deren Inhalte sie vollkommen überfordern. Sie können mit niemandem darüber reden, weil sie eine Ahnung davon haben, dass schon der Kontakt mit dem Chatpartner von Seiten der Eltern nicht

gestattet worden wäre. Die Kinder sind beschämt und hätten keine Worte für das Gesehene, wenn sie darüber sprächen. Die mangelnde Lebenserfahrung und Neugier der Kinder sind der Nährboden für sexuellen Missbrauch im Internet. Folgen für Kinder können darin bestehen, dass sie mit Bildern und Inhalten konfrontiert sind, die sie emotional und kognitiv massiv überfordern. Die Konfrontation mit sexueller Belästigung wird von den Kindern als extrem bedrohlich wahrgenommen. Sind sie mit Bildern konfrontiert, die Übergriffe auf andere Kinder zeigen. Das wiederum führt, durch die Identifikation mit den betroffenen Kindern, zu Ängsten und großer Verunsicherung. Es muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Inhalte, die einmal ins Netz gelangen, immer im Netz bleiben werden. Immer und überall wird es die Möglichkeit geben, auf diese Bilder zurückzugreifen, sodass die Betroffenen lebenslang Opfer bleiben.

### Die Täter

Den Tätern ist die Struktur des Internets dienlich. Zum einen ist die Strafverfolgung kompliziert. So ermöglicht das sogenannte Darknet etwa die eine Anonymisierung der Verbindungsdaten der Täter, sodass es sehr schwierig ist diese zu identifizieren. Zum anderen stellen die Kinder



Foto: © deagreetz – stock.adobe.com

häufig aus Naivität die Bilder freiwillig zur Verfügung. Zudem können die Täter sich leichter mit Gleichgesinnten vernetzen. Sie tauschen Bilder und Filme untereinander aus und geben sich gegenseitig Tipps, wie man sich im Netz besser tarnen und authentisch kindlich kommunizieren kann.

### Bullying und Cyberbullying

Bullying oder Cyberbullying (Mobbing im Internet) ist ein weiteres Feld des Themenbereichs sexueller Übergriffe im Internet. Auch hier hat der meist jugendliche Täter ein Gefühl der Macht und Überlegenheit über das betroffene Kind. Möglicherweise hat das betroffene Kind bei zunächst harmonischer Beziehung Bilder leichtgläubig zur Verfügung gestellt oder in die Erstellung von Fotografien oder Filmen eingewilligt. Verbreitet ist auch das Filmen von sexueller Belästigung, um die Filme dann in den sozialen Netzwerken zu veröffentlichen. Die Täter werden in ihren sozialen Bezugsgruppen affektiv gestärkt durch den Besitz und die Verbreitung der Bilder. Die betroffenen Kinder hingegen erleben sich ohnmächtig und gedemütigt. Die professionelle Haltung sollte stets sein, dass der Schutz des Kindes Vorrang hat vor dem Schutz des Täters. Dies bedeutet in der Konsequenz gegebenenfalls ein Schulverweis des im Chatraum übergriffigen Täters, statt eines Schulwechsels des betroffenen Kindes. Eine Haltung der bloßen Entschuldigung reicht nicht aus, denn die Gefahr der Drohung und Fortsetzung der übergriffigen Handlungen bliebe bestehen. Hilfreich kann zudem sein, Gefühle

der Betroffenen in die Bezugsgruppe zu transportieren, um dadurch Empathie, Solidarität und Unterstützung hervorzu-rufen. Auch die jugendlichen Täter benötigen Hilfe und Unterstützung, damit sich das Täterverhalten nicht fortsetzt.

### Pornokonsum von Kindern und Jugendlichen

Das Internet bietet für Kinder viele Chancen, an alle Informationen zu allen Themen zu gelangen, die für sie von Interesse sind. So wird auch die Hemmung abgebaut, sich mit pornografischen Inhalten zu beschäftigen, die nicht dem Alter und Entwicklungsstand der Kinder entsprechen. Der regelmäßige Konsum von pornografischen Inhalten kann das Risiko erhöhen, sexuell aggressive Verhaltensweisen zu entwickeln. Auch verinnerlichen die Kinder, dass dies die „normale“ Sexualität sei. Machen sie als Jugendliche erste sexuelle Erfahrungen, so können diese überlagert sein von pornografischen Bildern, die sie im Internet gesehen haben. Die verinnerlichte Haltung eines Teils der jugendlichen Pornonutzer kann dann sein, dass promiskuitives Verhalten die „Sexualnorm“ darstellt. Studien haben gezeigt, dass bei häufigem jugendlichen Pornokonsum die Attraktivität realer Partner geringer eingeschätzt wird. Neurobiologisch hinterlässt der regelmäßige Pornokonsum Spuren, wenn eine regelmäßige Verknüpfung von Pornografie und Gewalt hergestellt wird. Es gibt männliche Jugendliche, insbesondere sozial isolierte, bei denen der hohe Pornokonsum zu Potenzschwierigkei-

ten in realen Sexualbeziehungen führt. Grund dafür sind die starke Erhöhung der Reizschwelle und die Konditionierungsprozesse durch den Pornokonsum und eine geringere Erregung durch natürliche sensorische oder visuelle Reize. Darüber hinaus besteht die Gefahr, gewissermaßen „am Modell zu lernen“ und die pornografischen Inhalte als Norm zu verinnerlichen. Die starken Reize lösen einen Wiederholungszwang aus, der nach Verstärkung in Form von Wiederholung sucht. Körperliche Auswirkungen können eine veränderte Norm der Intimrasur, der Wunsch nach Intimchirurgie oder Brustvergrößerung bei Mädchen sein.

### Haltung und professioneller Umgang

Ein Verbot des Chattens oder des Pornokonsums stellt nicht die Lösung dar, denn Verbote bewirken meist, „es“ heimlich zu tun und nicht darüber zu sprechen. Die Lösung besteht eher darin, als Eltern sowie als professionell mit Kindern und Jugendlichen arbeitende Menschen Medienkompetenz zu erlangen. Erwachsene sollten in der Lage sein, mit den Jugendlichen darüber zu sprechen, mit welchen Themen sie im Chat oder im Internet konfrontiert sind, welche Ängste und Unsicherheiten dies auslöst, aber auch welche Wünsche und Idealisierungen damit verbunden sind.

*Literatur bei der Verfasserin*

*Dieser Artikel entstand in Zusammenarbeit mit Janine Loureiro (Medienwissenschaft B.A.).*

*Die Autorin arbeitet psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind und engagiert sich seit vielen Jahren Mitarbeit im Kooperationsnetzwerk gegen sexualisierte Gewalt in Kassel.*

*Traumapädagogische Fachreferentin in unterschiedlichen Arbeitsbereichen.*

### Korrespondenzadresse:

*Evelyn Heyer*

*Praxis für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie und Supervision*

*Brandenburger Str. 6, 34131 Kassel*

*<https://evelynheyer.de/>*

*Red.: ReH*

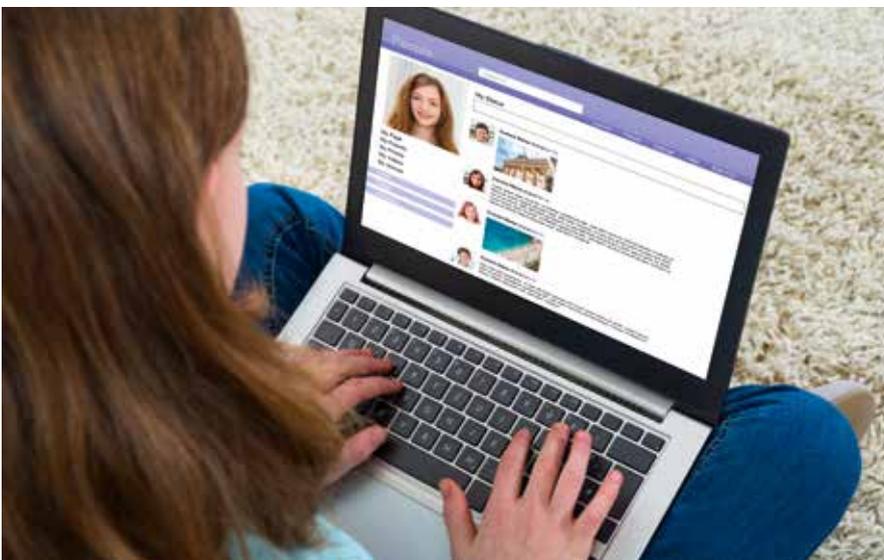


Foto: © Andrey Popov - stock.adobe.com

## Geburtstage im August 2019

### 65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Noemi Oroszvary**, Mannheim, am 01.08.1954  
 Frau Dr. med. **Monika Schumacher-Plagge**, Herdecke, am 01.08.1954  
 Frau Dr. med. **Angelika Manner**, Wolfhagen, am 07.08.1954  
 Frau Dr. med. **Marion Wiedemann-Volk**, Oettingen, am 08.08.1954  
 Frau Dr. med. **Ingrid Zessin-Erol**, Heusenstamm, am 10.08.1954  
 Frau Dr. med. **Regina Zänkert**, München, am 19.08.1954  
 Frau Dr. med. **Beate Stein**, Bargeshagen, am 20.08.1954  
 Frau **Bärbel Baumgart**, Freudenberg, am 21.08.1954  
 Frau Dr. med. **Sabine Rother**, Ettlingen, am 22.08.1954  
 Herr **Waldemar Jaufmann**, Gerlingen, am 23.08.1954  
 Herr Dipl.-Med. **Detlef Langer**, Seesen, am 23.08.1954  
 Herr Dr. med. **Norbert Schmiedl**, Passau, am 27.08.1954  
 Herr **Karlheinz Fiedler**, Würzburg, am 28.08.1954  
 Herr Dr. med. **Andreas Richter**, Lübeck, am 28.08.1954  
 Frau **Maria Jäger**, Salzkotten, am 28.08.1954  
 Herr Dr. med. **Jürgen Krüger**, Bönen, am 29.08.1954

### 70. Geburtstag

Frau **Danuta Maria Guja**, Waltrop, am 03.08.1949  
 Frau Dr. med. **Carmen Schubert**, Stuttgart, am 05.08.1949  
 Herr Dr. med. **Peter Albrecht**, Ballenstedt, am 08.08.1949  
 Frau Dr. med. **Dagmar Schütte**, Braunschweig, am 09.08.1949  
 Herr Dr. med. **Josef Salaske**, Nottuln, am 12.08.1949  
 Frau **Renate Giese**, Neubrandenburg, am 18.08.1949  
 Herr Dr. med. **Olaf Körber**, Neuhardenberg, am 19.08.1949  
 Frau Dr. med. **Elisabeth Knolle**, Fernwald-Steinbach, am 20.08.1949  
 Herr Dr. med. **Michael Vomstein**, Untermünkheim, am 21.08.1949  
 Herr Dr. med. **Alexander von Stülpnagel**, Krefeld, am 26.08.1949  
 Frau Dr. med. **Ursula Hartung**, Würzburg, am 27.08.1949  
 Herr Dr. med. **Jürgen J. M. Enenkel**, Heusenstamm, am 27.08.1949  
 Frau **Doris Klüter-Reckmann**, Bottrop, am 28.08.1949  
 Frau Dr. med. **Sylvia Güther-Schmidt**, Spremberg, am 29.08.1949

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Marita Gehrke**, Berlin, am 01.08.1944  
 Frau Dr. med. **Ursel Lindlbauer-Eisenach**, München, am 02.08.1944  
 Herr Dr. med. **Suleiman Kassir**, Berlin, am 04.08.1944  
 Frau Dr. med. **Elke Leonhardt**, Berlin, am 28.08.1944  
 Herr **Jürgen Ansorge**, Rodenbek, am 31.08.1944

### 80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Renate Scheier**, Wermelskirchen, am 01.08.1923  
 Herr Dr. med. **Jaroslav Cermak**, Prag, am 01.08.1934  
 Frau Dr. med. **Christa Spieth**, München, am 01.08.1936

Herr Dr. med. **Hans Peter Boden**, Essen, am 02.08.1939  
 Herr Dr. med. **Hannes Fattouh**, Stollberg, am 02.08.1938  
 Herr Dr. med. **Armin Unterberg**, Moers, am 02.08.1920  
 Frau Dr. med. **Ursula Stechele**, Mainz, am 02.08.1938  
 Herr Med.Dir.Dr. med. **Horst Chomse**, Soest, am 03.08.1920  
 Herr Dr. med. **Georg Schüler**, Hannover, am 04.08.1933  
 Herr Dr. med. **Klaus Schönfelder**, Berlin, am 04.08.1934  
 Herr Dr. med. **Harald Zoepffel**, Würzburg, am 05.08.1929  
 Frau Dr. med. **Gabriele Maus**, Gießen, am 05.08.1931  
 Herr Dr. med. **Manfred Schwerdtfeger**, Flein, am 05.08.1933  
 Frau Dr. med. **Elisabeth Happe**, Rheine, am 07.08.1934  
 Frau Dr. med. **Hannelore Cramer**, Waren, am 07.08.1936  
 Frau Dr. med. **Edith Kurek**, Dinslaken, am 07.08.1935  
 Herr Prof. Dr. med. habil **Edgar Rohmann**, Rostock, am 09.08.1938  
 Herr Dr. med. **Eberhard Scholle**, Stuttgart, am 10.08.1936  
 Herr Dr. med. **Dieter Derbacher**, Zirndorf, am 10.08.1938  
 Frau Dr. med. **Sigrun Dünnebeil**, Weimar, am 11.08.1938  
 Herr Dr. med. **Raul Chavez**, Alfter, am 11.08.1934  
 Herr Prof. Dr. med. **Stefan Wässer**, Geesthacht, am 13.08.1939  
 Herr Dr. med. **Christos Antoniadis**, Bremerhaven, am 13.08.1937  
 Herr Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. **Hans Wolfgang Schmidt**, Zorneding, am 13.08.1928  
 Frau Dr. med. **Eva Gliesche**, Berlin, am 18.08.1934  
 Herr Dr. med. **Ahmad Nikpour**, Essen, am 18.08.1927  
 Herr Dr. med. **Bernd Schubert**, Horb, am 18.08.1936  
 Herr Dr. med. **Franz Josef Lang**, Groß-Umstadt, am 19.08.1935  
 Frau Dr. med. **Käthe Deutsch**, Schöneiche, am 19.08.1933  
 Herr Dr. med. **Gernot Weyer**, Hamminkeln, am 21.08.1938  
 Herr Dr. med. **Rolf Jütte**, Berlin, am 23.08.1939  
 Herr Dr. med. **Sami Habash**, Cham, am 24.08.1939  
 Herr Dr. med. **Hans Georg Esche**, Pinneberg, am 24.08.1930  
 Frau Dr. med. **Marianne Schönknecht**, Winsen, am 24.08.1936  
 Frau Dr. med. **Barbara Ohlsen**, Halle, am 25.08.1939  
 Frau Dr. med. **Ursula John-Grafe**, Bremen, am 26.08.1939  
 Herr Dr. med. **Meinolf Bartscher**, Schwalbach, am 27.08.1927  
 Frau Dr. med. **Karin Rolshoven**, Kaarst, am 27.08.1939  
 Frau SR Dr. med. **Helga Cerny**, Berlin, am 28.08.1938  
 Herr Dr. med. **Dankward Marx**, Schongau, am 28.08.1936  
 Herr Dr. med. **Heinrich Lehn**, Dachau, am 30.08.1936  
 Frau Dr. med. **Anne Gettmann**, Saarbrücken, am 31.08.1935  
 Herr Dr. med. **Dietmar Müller**, Gütersloh, am 31.08.1938  
 Frau Dr. med. **Anna-M. Wuestemann**, Kirchheimbolanden, am 31.08.1938  
 Frau Dr. med. **Heidi von Leszczynski**, Frankfurt, am 31.08.1935

### Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Hans-Georg Bohlmann**, Mönchengladbach  
 Herrn Dr. med. **Hans-Jürgen Poppe**, Rostock  
 Herrn Dr. med. **Franz Josef Schuy**, Bergisch Gladbach

## MITTEILUNGEN AUS DEM VERBAND

**Im Monat Mai durften wir 17 neue Mitglieder begrüßen.**

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



### Baden-Württemberg

Frau Dr. med. **Beate Mathias**  
Frau Dr. med. **Lara Rösch**  
Herrn Dr. med. **Daniel Vater**



### Bayern

Frau MU Dr.  
**Barbora Stuchlikova**



### Berlin

Frau **Nora Degott**



### Brandenburg

Frau **Sarah Szekessy**  
Frau **Kati Tschischkale**



### Hamburg

Frau Dr. med.  
**Christiane von Wichert**



### Hessen

Herrn **Torsten Feichtinger**



### Niedersachsen

Frau Dr. med.  
**Alina Olga Iorgachi**  
Frau **Bao-Anh Nguyen**  
Frau **Nora Janina Scholz**



### Nordrhein

Frau Dr. med. **Celine Lee**



### Sachsen

Herrn Dr. med. univ.  
**Michael Werner Lang**



### Sachsen-Anhalt

Frau MUDr. **Eva Cech**  
Herrn **Gunther Jach**  
Frau **Corinna Wernecke**



### Schleswig-Holstein

Frau **Cora Baecker**  
Herrn **Jan Schreiber**  
Frau **Sigrid Zurwellen**



### Westfalen-Lippe

Frau **Seda Berber-Al-Tawil**  
Herrn **Nikolaj Derksen**

## ERGEBNIS

*der Nach-Wahlen im Landesverband Hessen  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte  
Wahlperiode 2019-2020*

**Landesverbandsvorsitzender**  
**2. Delegierter**  
**3. Delegierter**  
**4. Delegierter**  
**1. Ersatzdelegierte**  
**2. Ersatzdelegierte**  
**3. Ersatzdelegierte**  
**Schatzmeister**

Dr. med. Ralf Moebus, Bad Homburg (1. Delegierter)  
Dr. med. Martin Gunkel, Pfungstadt  
Dr. med. Burkhard Voigt, Frankfurt  
Dr. med. Thies Häfner, Dietzenbach  
Dorothea Münnighoff-Göllner, Kassel  
Dr. Regina Räder, Fulda  
Dr. Kirsten Schlee-Böckh, Wiesbaden  
Dr. med. Martin Gunkel, Pfungstadt

## ERGEBNIS

*der Wahlen im Landesverband Brandenburg  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.  
Wahlperiode 2019-2023*

**Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:**  
**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:**  
**1. Ersatzdelegierte:**  
**2. Ersatzdelegierte:**  
**3. Ersatzdelegierte:**  
**Schatzmeisterin:**

**Dipl.-Med. Detlef Reichel, Prenzlau**  
**Dr. Hans Kössel, Brandenburg**  
**Dipl.-Med. Bärbel Kreuz, Cottbus**  
**Dr. Ina Preller, Bad Freienwalde**  
**Dr. Gerrit Meier, Herzberg**  
**Dr. Ina Preller, Bad Freienwalde**

### **Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)**

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

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

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



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

# Fortbildungstermine

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter: [www.bvkj.de/kongresse](http://www.bvkj.de/kongresse)

**20. Juli 2019**

**Pädiatrie zum Anfassen in Ulm des LV Baden-Württemberg**

Leitung: Dr. Jochen Steinmacher, Dr. Matthias Schlaud, Dr. Klaus Rodens,  
Auskunft: ③

**24.-25. August 2019**

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

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

**28. August 2019**

**Immer etwas Neues in Leipzig**

Auskunft: ⑤

**4. September 2019**

**Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock**

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

**14. September 2019**

**Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden**

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

**21. September 2019**

**Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg**

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

**10.-13. Oktober 2019**

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

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

**23. Oktober 2019**

**Immer etwas Neues in München**

Auskunft: ⑤

**2. November 2019**

**bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller**

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

**6. November 2019**

**Immer etwas Neues in Nürtingen**

Auskunft: ⑤

**9.-10. November 2019**

**17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern**

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

**09.-10. November 2019**

**Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V. in Fulda**

Auskunft: ⑤

**27. November 2019**

**Immer etwas Neues im LV Nordrhein**

Auskunft: ⑤

**4. Dezember 2019**

**Immer etwas Neues in Magdeburg**

Auskunft: ⑤

① **CCJ GmbH**

Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, [ccj.hamburg@t-online.de](mailto:ccj.hamburg@t-online.de)  
oder Tel.: 040-7213053, [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214  
[kongresse@schmidt-roemhild.com](mailto:kongresse@schmidt-roemhild.com)

③ **DI-TEXT**

Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536, [Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de)

④ **Interface GmbH & Co. KG**

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399  
[info@interface-congress.de](mailto: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](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter  
[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

# Reverse Vakzinologie: Das Genom als Goldmine

*Mit einem neuen Verfahren zur Herstellung von Impfstoffen hat Rino Rappuoli Medizingeschichte geschrieben // Im November verleiht die Robert-Koch-Stiftung den mit 120.000 Euro dotierten Robert-Koch-Preis 2019 an Professor Rino Rappuoli, Chief Scientist und Head of External Research and Development (R&D) bei GlaxoSmithKline (GSK) Vaccines in Siena, Italien. Mit der Auszeichnung werden seine bahnbrechenden Arbeiten zur Entwicklung neuartiger Impfstoffe gewürdigt. Die von Rino Rappuoli begründete reverse Vakzinologie war unter anderem essenziell für die Entwicklung der Impfstoffe gegen Meningokokken B.*



## Die umgekehrte Impfstoffentwicklung

Die Entwicklung neuartiger Impfstoffe war für Rino Rappuoli schon immer eine Herzensangelegenheit. Jedes Mal, wenn er in seiner Heimatstadt Siena an der unvollendet gebliebenen Fassade des „Neuen Doms“ vorbei kam, musste er an das Jahr 1348 denken, als die Pest innerhalb von drei Monaten zwei Drittel der Bevölkerung dahinraffte. Der technologischen und künstlerischen Entwicklung der Stadt wurde damit ein abruptes Ende gesetzt. „So etwas sollte nie wieder passieren“, schwor sich Rappuoli: „Deshalb habe ich beschlossen, mein Leben der Entwicklung von Impfstoffen zu widmen.“ Der Einsatz hat sich gelohnt. Mit einer Serie von spektakulären Erfolgen hat Rino Rappuoli Medizingeschichte geschrieben. Die von ihm begründete „reverse Vakzinologie“ oder „umgekehrte Impfstoffentwicklung“, bei der man vom Genom eines Krankheitserregers ausgeht, statt ihn, wie bisher, mühsam im Labor heranzuzüchten, stellte einen Paradigmenwechsel dar.

Anfang der 1990er Jahre sorgte Rappuoli mit einem Impfstoff gegen Keuchhusten („Pertussis“) erstmals für weltweites Aufsehen. Der Impfstoff, für den er das Pertussis-Toxin gentechnisch entschärft hatte, gehörte zur neuen Generation so genannter „azellulärer“ Vakzine und war weitaus verträglicher als die bis dahin genutzten Ganzkeimpfimpfstoffe. Zwei Jahre, nachdem er 1993 in Italien eingeführt worden war, galt die Krankheit dort praktisch als ausgelöscht. „Etwas Schöneres

kann einem in meinem Beruf nicht widerfahren“, sagt Rappuoli: „Es ist seitdem meine Motivation geblieben.“

Schöpferische Fantasie und der unbedingte Wille, auch scheinbar Unmögliches möglich zu machen, prägten Rappuolis langjährige Beschäftigung mit den Meningokokken, die eine Hirnhautentzündung (Meningitis) oder Blutvergiftung (Sepsis) auslösen können. Gegen „Neisseria meningitidis“ vom Typ C entwickelte er den ersten „Konjugatimpfstoff“. Ein Polysaccharid aus der Bakterienkapsel wurde an ein Trägerprotein gekoppelt („konjugiert“), um die Wirksamkeit zu verbessern. In Großbritannien konnten Meningokokken-Erkrankungen mit diesem Impfstoff im Rahmen einer flächendeckenden Kampagne praktisch eliminiert werden.

## Die Entschlüsselung des Genoms

Das Bakterium vom Serotyp B stellte eine noch größere Herausforderung dar. Da das einzige Polysaccharid auf seiner Kapsel bestimmten Zuckerstrukturen auf menschlichen Zellen ähnelt, produziert unser Immunsystem dagegen keine Antikörper. Deshalb musste eine andere Lösung gefunden werden. Rappuoli setzte sich mit Craig Venter in Verbindung, der 1995 mit dem Genom von Haemophilus influenzae erstmals das komplette Erbgut eines Organismus entschlüsselt hatte. Venter erklärte sich bereit, auch die Sequenzierung des Genoms von „Neisseria meningitidis B“ in Angriff zu nehmen. Im Jahre 2000 lag das Ergebnis vor – und

Rappuoli wusste, dass er „auf eine Art von Goldmine gestoßen“ war.

Von den rund 600 mutmaßlichen Oberflächenproteinen, die er in enger Zusammenarbeit mit britischen Molekularbiologen am Computer hatte dingfest machen können, erwiesen sich 91 als potenzielle Impfstoff-Kandidaten. Gut zwei Dutzend kamen nach Tests mit Labormäusen in die engere Auswahl, drei davon gingen schließlich in „Bexsero“ ein – den ersten Impfstoff gegen Meningokokken B.

## Klinische Studien zur Immunogenität von Bexsero

Die Studiendaten zeigen:

- Bexsero kann Säuglingen ab einem Alter von zwei Monaten verabreicht werden.<sup>1,2</sup>
- Bei Säuglingen kann der Impfstoff sowohl in Kombination mit anderen Routineimpfungen als auch allein wie in der Fachinformation angegebenen verabreicht werden.<sup>1,3</sup>
- Die Verträglichkeit der Impfung mit Bexsero ist vergleichbar mit der anderer Routineimpfungen in dieser Altersgruppe.<sup>1,2</sup>
- Die am häufigsten beobachteten lokalen und systemischen Nebenwirkungen waren Druckempfindlichkeit und Rötung an der Einstichstelle, Reizbarkeit und Fieber.<sup>1,3</sup>

## Zulassung bei Säuglingen

Auf Basis der erhobenen Immunogenitäts- und Verträglichkeitsdaten wurde der

Mehrkomponenten-Impfstoff 4CMenB [rDNA, Komponenten, adsorbiert Bexsero] als erster Impfstoff gegen Meningokokken B von der Europäischen Arzneimittelagentur im Januar 2013 zugelassen. Seit Dezember 2013 ist er in Deutschland verfügbar. Bexsero ist aktuell der einzige Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe B, der bereits Säuglingen ab einem Lebensalter von zwei Monaten verabreicht werden kann.<sup>1,2</sup> Seit Juni 2018 ist ein zusätzliches 2+1-Impfschema für Säuglinge in Deutschland zugelassen. Dieses ermöglicht bei Beginn der Impfserie im Alter von drei bis fünf Monaten die Verabreichung von lediglich zwei Impfdosen mit einem Abstand von mindestens zwei Monaten und einer Auffrischimpfung im Alter von zwölf bis 15 Monaten mit einem Mindestabstand von sechs Monaten.<sup>1</sup>

### Empfehlungen zur Impfung gegen Meningokokken B

Die STIKO am Robert Koch-Institut empfiehlt seit August 2015 für enge Kontaktpersonen von Meningokokken-B-Infizierten sowie für Personen mit spezifischen Grundkrankheiten eine Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (Indikationsimpfung).<sup>4</sup>

Ziel dieser Empfehlung ist es, die Krankheitslast durch invasive Meningokokken-Erkrankungen der Serogruppe B bei Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko (wegen Immundefizienz/-suppression, Haushaltskontakt oder beruflicher Exposition) zu senken.<sup>5</sup> In den aktualisierten STIKO-Empfehlungen vom August 2018 wird die Impfung mit Meningokokken B als Indikationsimpfung für Risikogruppen empfohlen.<sup>6</sup>

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) koordiniert unter anderem die gemeinsamen Ziele ihrer Mitglieder zur bestmöglichen gesundheitlichen Vorsorge von Kindern und Jugendlichen. In ihrer aktualisierten Stellungnahme empfiehlt sie einen individuellen Meningokokken-B-Impfschutz weiterhin zum frühestmöglichen Zeitpunkt: „Solange keine MenB-Standardimpfempfehlung durch die STIKO und eine Aufnahme in die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA vorliegt und damit die Kostenübernahme durch die GKV nicht gesichert ist, kann das strategische Ziel, die Krankheitslast durch invasive Meningokokken-Infektionen der Serogruppe B zu senken, nicht erreicht werden.“ Und weiter heißt es: „Deshalb sollte bis dahin unter Berücksichtigung der

Zielsetzung eines individuellen Impfschutzes die Impfung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, also bereits ab einem Alter von zwei Monaten, durchgeführt werden.“<sup>7</sup>

#### Literaturnachweise

- 1 Fachinformation Bexsero, GSK, Stand März 2019.
- 2 Vesikari T et al., Immunogenicity and safety of an investigational multicomponent, recombinant, meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) administered concomitantly with routine infant and child vaccinations: results of two randomised trials. *Lancet* 2013;381:825-835.
- 3 Esposito S et al., Tolerability of a three-dose schedule of an investigational, multicomponent meningococcal serogroup b vaccine and routine infant vaccines in a lot consistency trial. Präsentiert auf der 17th International Pathogenic Neisseria Conference, 11.-16. September 2010, Banff, Kanada.
- 4 Robert Koch-Institut, *Epidemiol. Bulletin* 2015;34:327-362.
- 5 Robert Koch-Institut, *Epidemiol. Bulletin* 2015;37:393-410.
- 6 Robert Koch-Institut, *Epidemiol. Bulletin* 2018;34:335-382.
- 7 <https://www.dakj.de/stellungnahmen/impfprophylaxe-invasiver-erkrankungen-mit-meningokokken-der-serogruppe-b>, Stand Juni 2019.

*Nach Informationen von  
GlaxoSmithKline GmbH, München*

## Linola Dusch und Wasch nun auch im praktischen 500 ml-Pumpspender für „Violduscher“ im Sommer

Wenn die Tage wärmer werden, verspricht eine Dusche die perfekte Abkühlung. Doch häufiges Duschen mit aggressiven Waschsubstanzen kann die Hautbarriere angreifen. Wer das Duschen nicht reduzieren kann oder möchte, sollte daher eine besonders milde Reinigung wählen: Passend zur warmen Jahreszeit gibt es Linola Dusch und Wasch im praktischen 500 ml Pumpspender. So ist das Produkt gerade für Vielverwender geeignet und besonders einfach zu dosieren. Durch die Pump-Mechanik lässt sich



die Duschemulsion auch mit einer Hand oder nassen Händen benutzen. Zudem schützt der Spender das Produkt vor dem Auslaufen, denn das lästige Öffnen und Schließen entfällt.

Das klare Gel mit dem hautphysiologischen pH-Wert von 5,5 reinigt Körper, Gesicht und Hände mit ausgewogenen, milden Waschsubstanzen extra sanft und hautschonend. Aufgrund der guten Verträglichkeit ist Linola Dusch und Wasch auch für empfindliche Gesichtshaut geeignet, zumal es nicht in den Augen brennt. Das

Produkt ist abgestimmt auf die besonderen Pflege-Bedürfnisse trockener oder zu Neurodermitis neigender Haut. Das Mikroemulsions-System versorgt die Haut mit wertvollen Linolsäure-reichen Pflanzenölen. So wird die Hautschutzbarriere geschont und unterstützt, die sowohl ein Eindringen von Schadstoffen oder Bakterien als auch ein Austrocknen der Haut verhindert. Die für die Geschmeidigkeit der Haut erforderliche Wasserbalance wird bewahrt und gefördert.

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

# Husten macht alles noch schlimmer – mit Phytotherapeutikum effektiv gegensteuern

*Die Leitsymptome Husten und Hustenreiz verstärken die Wahrnehmung weiterer Begleitscheinungen eines akuten Atemwegsinfekts bei fast der Hälfte der Patienten.<sup>1</sup> Daher hat eine wirksame Behandlung dieser Symptome für viele Patienten Priorität. Mittel der Wahl sind hierbei Präparate, die über eine gute klinische Evidenz verfügen. So wie Bronchipret®: Das pflanzliche Arzneimittel beruhigt den Husten, löst den festsitzenden Schleim und bekämpft die Entzündung in den Bronchien.*

## Husten – ein Symptom mit Verstärkerwirkung

In einer großen retrospektiven Untersuchung wurden über 18.000 Patienten eingeschlossen, die innerhalb der letzten sechs Monate unter einem akuten Atemwegsinfekten litten.<sup>1</sup> Erhoben wurden Verlauf und Ausprägung der verschiedenen Symptome. Dabei empfanden bis zu 98 % der Patienten den Hustenreiz als Belastung. Bemerkenswert war die Angabe von etwa der Hälfte der Patienten (45 %), dass eine Hustensymptomatik auch die negative Wahrnehmung weiterer Begleitsymptome verstärkt. Zudem berichteten 69 %, dass die Hustensymptomatik meist auch noch anhielt, wenn andere Symptome bereits abgeklungen waren.

## Bekämpfung der Hauptursache der Symptome – der Entzündung

Eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Husten im Rahmen einer akuten Bronchitis spielt die Entzündung der Bronchialschleimhaut. Eine Reduktion der einsetzenden Entzündungsreaktion könnte somit in diese Kaskade eingreifen. Forschungsergebnisse im in vivo-Modell zeigen, dass eine Thymian-Efeu-Kombination (enthalten in Bronchipret®) die granulozytäre Infiltration im Rahmen einer experimentellen Bronchoalveolitis reduziert.<sup>2</sup> Dadurch wird die inflammatorische Reaktion in den Bronchien eingedämmt.



## Schleimlösung, Hustenberuhigung und kürzere Krankheitsdauer

Zudem löst das Präparat den festsitzenden Schleim und beruhigt den Husten.

Die Konsequenz ist eine durch randomisierte, klinische Studien belegte, schnellere Reduktion der Hustenanfälle und eine signifikante Verkürzung der Krankheitsdauer.<sup>3,4</sup> Auch bei Kindern zwischen 2 und 5 Jahren halbiert sich die Anzahl der Hustenanfälle bereits nach 4 Tagen.<sup>5</sup>

Insgesamt bekämpft die Extraktkombination somit nicht nur die lästigen Symptome, sondern auch deren Ursache: die Entzündung in den Bronchien.

Damit haben evidenzbasierte Phytotherapeutika das Potential, an Atem-

wegsinfekten leidenden Patienten durch Verbesserung des Leitsymptoms Husten effektiv Linderung zu verschaffen.

Neben dem bewährten Saft für Kinder ab einem Jahr ist die Thymian-Efeu-Kombination in einer extra starken\* Tropfenform erhältlich. Durch ihre höhere Konzentration\* sind die Bronchipret® Tropfen für Erwachsene geeignet, die sich eine schnell spürbare Wirkung wünschen – jetzt neu mit blauer Kappe für eine leichtere Wiedererkennung.

\* Extra stark in Bezug auf die Gesamtmenge pflanzlichen Ausgangsmaterials, das mit einer Einzeldosis Tropfen in Vergleich zum Saft verabreicht wird. Eine höhere Wirkstoffmenge ist nicht gleichzusetzen mit einer stärkeren Wirkung. | Hoch konzentriert in Bezug auf die Konzentration des pflanzlichen Ausgangsmaterials [mg/ml] in Tropfen im Vergleich zu Saft.

### Literatur

1. Eccles R et al. (2016) Postgrad Med.128(5): 485-91.
2. Seibel J et al. (2014) ERJ 44 (Suppl 58): P1794.
3. Kemmerich B et al. (2006) Arzneim.-Forsch. | Drug. Res. 56(9): 652-660.
4. Kemmerich B (2007) Arzneim.-Forsch. | Drug. Res. 57(9): 607-615.
5. Marzian O (2007) MMW Fortschr Med 149, 69-74

**Nach Informationen von Bionorica SE, Neumarkt**

# Herausforderungen und Lösungsansätze für eine Weiterbehandlung vom Jugend- ins Erwachsenenalter

**ADHS // Vielschichtige Faktoren sind für einen Therapieabbruch von Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und die daraus folgende Unterversorgung von Erwachsenen verantwortlich. Bei einem Symposium\* anlässlich des 36. DGKJP-Kongresses 2019 wurden mögliche Strategien für eine Verbesserung der Weiterbehandlung bis ins Erwachsenenalter diskutiert.**

Einer AOK-Kohorten-Studie zufolge wurden von den im Alter von 15 Jahren diagnostizierten ADHS-Patienten nach 6 Jahren mit 21 Jahren nur noch 31,2% erfasst und 6,6% medikamentös behandelt, obwohl von den 15-Jährigen immerhin 51,8% eine medikamentöse Therapie erhalten hatten.<sup>1</sup> Nach einer jüngsten Auswertung einer deutschen Krankenversicherung fielen die Kosten der 18-30 Jahre alten ADHS-Patienten gegenüber den 13-17-Jährigen ab und stiegen bei den über 30-Jährigen erneut an. Gegenüber Versicherten ohne ADHS waren die jährlichen Kosten um 1.500 € höher, und Komorbiditäten verursachten zusätzliche Kosten von bis zu 2.800 €.<sup>2</sup>

Die Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist mit steigenden Herausforderungen der Persönlichkeitsentwicklung und Zukunftsentscheidungen in neuen sozialen Bezügen verbunden bei gleichzeitigem Wegfall vieler stützender Ressourcen, z. B. durch Eltern und Lehrer, erörterte Prof. Peter Greven, Berlin. ADHS-Symptome, zu denen in dieser Altersgruppe u. a. innere Unruhe, emotionale Labilität und Konzentrationschwierigkeiten, z. B. in der Strukturierung des Alltags, gehören, können die Bewältigung von Problemen erheblich beeinträchtigen. Bei gleichzeitig steigendem Wunsch nach Selbstbestimmung sinken die Adhärenz und die Motivation „sich noch etwas sagen zu lassen“, deutlich, wie Prof. Martin Holtmann, Hamm, weiter ausführte.

Motivationale Schwierigkeiten und ein unteraktiviertes Belohnungssystem als zentrale Komponenten der ADHS stellen die Ansatzpunkte für die Motivierende

Gesprächsführung dar, welche Holtmann vorstellte. Zur Therapie, die ursprünglich von Stephen Rolnick und William Miller (1991) entwickelt wurde, gehören Motivationsarbeit und das Verdeutlichen und Bewusst werden von inneren Widersprüchen, Unklarheiten und Wünschen, denn Jugendliche seien ambivalent und nicht unbelehrbar oder unmotiviert. Voraussetzung ist Kommunikation auf Augenhöhe, würdigend, nicht bevormundend. Zu den Prinzipien gehörten außerdem, mit dem Widerstand des Jugendlichen durch neues Einordnen seiner Situation umzugehen sowie mit einem „Change Talk“ Veränderungsaussagen hervorzuheben durch abwägendes, systemisches Hinterfragen positiver oder negativer Konsequenzen von Verhaltensänderungen, um individuell bedeutsame Ziele mit ihm zu erarbeiten.

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Transition vom möglicherweise langjährigen, vertrauten zu einem weiterbehandelnden Arzt mit unter Umständen geringeren zeitlichen Kapazitäten schlug Dr. Jürgen Fleischmann, Sinzig, die Bildung von Netzwerken vor. Um dem weiterbehandelnden Arzt Informationen über den Patienten und dessen bisherige Therapie zur Verfügung zu stellen, können sogenannte Transitionsbögen hilfreich sein, wie sie in Kürze unter [www.adhs-infoportal.de](http://www.adhs-infoportal.de) und in Druckform verfügbar sein werden. Da zu wenige Psychiater die erwachsen gewordenen Patienten übernehmen können, betreut Fleischmann seine Patienten so lange weiter, bis ein Erwachsenenbehandler gefunden ist. Hierfür, so Fleischmann weiter, gäbe es in der Weiterbildungsordnung für die Ärzte in

Rheinland-Pfalz einen entsprechenden Zusatz, der ihm dies ermögliche. Er plädierte dafür, die Weiterbildungsordnungen deutschlandweit und auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend zu ändern.

Nach den Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie ADHS<sup>3</sup> sollte ab einem Alter von 6 Jahren bei leichtem Schweregrad der ADHS primär psychotherapeutisch interveniert, bei moderatem Schweregrad nach umfassender Psychoedukation eine intensiviertere Psychotherapie und/oder eine Pharmakotherapie, z. B. mit Methylphenidat (Medikinet® oder Medikinet® retard) eingeleitet werden, und bei hohem Schweregrad primär eine Pharmakotherapie, inklusive Psychoedukation, erfolgen.

**Autorin:** Barbara Zielke

\* Lunchsymposium „Lost in Transition – (K) einen Schritt weiter? Strategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Adhärenz“, veranstaltet von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH am 11. April 2019 beim 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) in Mannheim

#### Quellen

1. Bachmann CJ et al. Dtsch Arztebl Int 2017;114:141-148
2. Libutzki L et al. Eur Psychiatry 2019;58:38-44.
3. S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (2018), AWMF-Registernummer 028-045.

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

# Impfstoff gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W & Y

Neues Anwendungsschema für Nimenrix® zugelassen

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat das Anwendungsschema für den Meningokokken-Impfstoff Nimenrix® aktualisiert. Nimenrix® wird zur aktiven Immunisierung von Personen ab einem Alter von 6 Wochen gegen invasive Meningokokken-Erkrankungen (IME), die durch *Neisseria meningitidis* der Gruppen A, C, W und Y verursacht werden, angewendet.<sup>1</sup> Die Grundimmunisierung für Säuglinge im Alter von 6 Wochen bis 6 Monaten setzt sich nun aus zwei Dosen Nimenrix® im Abstand von mindestens zwei Monaten zusammen. Kinder ab einem Alter von 6 Monaten, Jugendliche und Erwachsene erhalten eine Einzeldosis. Ist die Grundimmunisierung von Kleinkindern unter 12 Monaten abgeschlossen worden, erhalten diese im Alter von 12 Monaten eine Auffrischimpfung, wobei ein Abstand von mindestens zwei Monaten nach der letzten Impfung mit Nimenrix® einzuhalten ist. Bei zuvor geimpften Personen ab einem Alter von 12 Monaten kann Nimenrix® als Auffrischimpfung gegeben werden, wenn diese zuvor eine Grundimmunisierung mit einem Konjugat- oder einem einfachen Polysaccharid-Meningokokken-Impfstoff erhalten haben.

Im Jahr 2018 sind in Deutschland 295 Personen an invasiven Meningokok-

ken-Infektionen erkrankt.<sup>2</sup> Insgesamt gibt es zwölf verschiedene Serogruppen des Erregers. In Europa überwiegen die Serogruppen B und C, zudem steigen derzeit die Fallzahlen durch die Serogruppe W an.<sup>3</sup> Die weltweite Verbreitung ist sehr unterschiedlich und verändert sich stetig. So treten im sogenannten Meningitis-Gürtel Afrikas vorwiegend die Serogruppen C und W auf. In Südostasien ist die Serogruppe A prädominant vertreten. Wie auch in Australien und Neuseeland werden in Nordamerika die meisten Krankheitsfälle durch Meningokokken der Serogruppe B verursacht, aber auch die Serogruppe Y ist hier für etwa ein Viertel aller Fälle verantwortlich.<sup>4</sup>

## Empfehlungen der Ständigen Impfkommision

Die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C mit einem monovalenten Konjugatimpfstoff für alle Kinder möglichst früh im zweiten Lebensjahr. Gemäß STIKO ist die Impfung mit einem tetravalenten Impfstoff wie Nimenrix® zudem für gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborener bzw. erworbener Immundefizienz,

für gefährdetes Laborpersonal sowie für Reisende aller Altersgruppen in Länder mit epidemischem/hyperendemischem Vorkommen von Meningokokken empfohlen.<sup>5</sup> Vor längeren Aufenthalten in Ländern mit empfohlener Impfung sind die Empfehlungen der Zielländer zu beachten. Beispielsweise verlangen einige Schulen und Universitäten in den USA einen Meningokokken-Impfschutz. Für Personen, die eine Pilgerreise nach Mekka (Hadj, Umrah) unternehmen, ist die Impfung mit einem tetravalenten Impfstoff bei der Einreise nach Saudi-Arabien verpflichtend.

## Quellen

1. Fachinformation Nimenrix®. Stand: Februar 2019.
2. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 25.03.2019.
3. European Centre for Disease Prevention and Control, Daten: 2017. <https://ecdc.europa.eu/en/meningococcal-disease/surveillance-and-disease-data/atlas>. Abfragedatum: 18.03.2019.
4. Peterson, M.E. et al., J Glob Health. 2019;9(1):010409.
5. RKI. Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut 2017/2018. Epid Bull 2017. 34:333-380.

**Nach Informationen von  
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin**

# SanaCutan® – Die neue Nummer 1 beim Kinderarzt!

Seit März verordnen die Kinderärzte am häufigsten SanaCutan® als wirksames Dermatikum bei Neurodermitis\*.

SanaCutan® Basiscreme wird zur Basistherapie der Neurodermitis angewendet und ist ab dem Säuglingsalter zugelassen. Der natürliche Feuchthaltefaktor Glycerin sorgt in einer Konzentration von 20 % für eine intensive Hydratisierung der trockenen

Haut. Mit ihrem Lipidgehalt von 30 % ist die Basiscreme sehr angenehm auf der Haut zu verstreichen und zieht schnell ein. Sie ist frei von Wollwachs (Lanolin), Farb- sowie Duftstoffen und hervorragend verträglich. Darüber hinaus eignet sich die Basiscreme bestens als Rezepturgrundlage.

SanaCutan® Basiscreme ist für Kinder bis 12 Jahre erstattungsfähig und in den

beiden Packungsgrößen 50 g und 150 g in der Apotheke erhältlich.

\* SanaCutan® ist seit 3/2019 das am häufigsten verordnete Dermatikum bei Neurodermitis für Kinder bis 12 Jahre, Quelle: IQVIA Pharmascope 2019

**Nach Informationen von  
Pädia GmbH, Heppenheim**

### Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: [thomas.fischbach@uminfo.de](mailto:thomas.fischbach@uminfo.de)

### Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: [sigrid.peter@bvkj.de](mailto:sigrid.peter@bvkj.de)

**Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen**

E-Mail: [wolfgang.koelfen@sk-mg.de](mailto:wolfgang.koelfen@sk-mg.de)

### Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

**Dr. med. Reinhard Bartzky**

E-Mail: [dr@bartzky.de](mailto:dr@bartzky.de)

*Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)*

### Redakteure

#### „KINDER- UND JUGENDARZT“

#### Fortbildung:

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

E-Mail: [hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de)

**Prof. Dr. med. Florian Heinen**

E-Mail: [florian.heinen@med.uni-muenchen.de](mailto:florian.heinen@med.uni-muenchen.de)

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

E-Mail: [p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de](mailto:p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de)

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

E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de)

#### Berufsfragen, Forum, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann (WH)**

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)

**Christa Becker (cb)**

E-Mail: [becker@kon-texte.de](mailto:becker@kon-texte.de)

### Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, [www.bvkj.de](http://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](mailto:andreas.plate@uminfo.de)

Teamleiterin Bereich Mit-  
gliederservice/Gremien:

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

[doris.schomburg@uminfo.de](mailto:doris.schomburg@uminfo.de)

Ansprechpartnerin Bereich  
Fortbildung/Veranstaltungen:

**Yvonne Rottländer**

Tel.: 0221/68909-26

[yvonne.rottlaender@uminfo.de](mailto: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](http://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](mailto:anke.emgenbroich@uminfo.de)

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: [bvkjservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)

### Sonstige Links

**Kinderärzte im Netz**

[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin**

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

**Kinderumwelt gGmbH und PädInform®**

[www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php](http://www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php)

**Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**

[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)