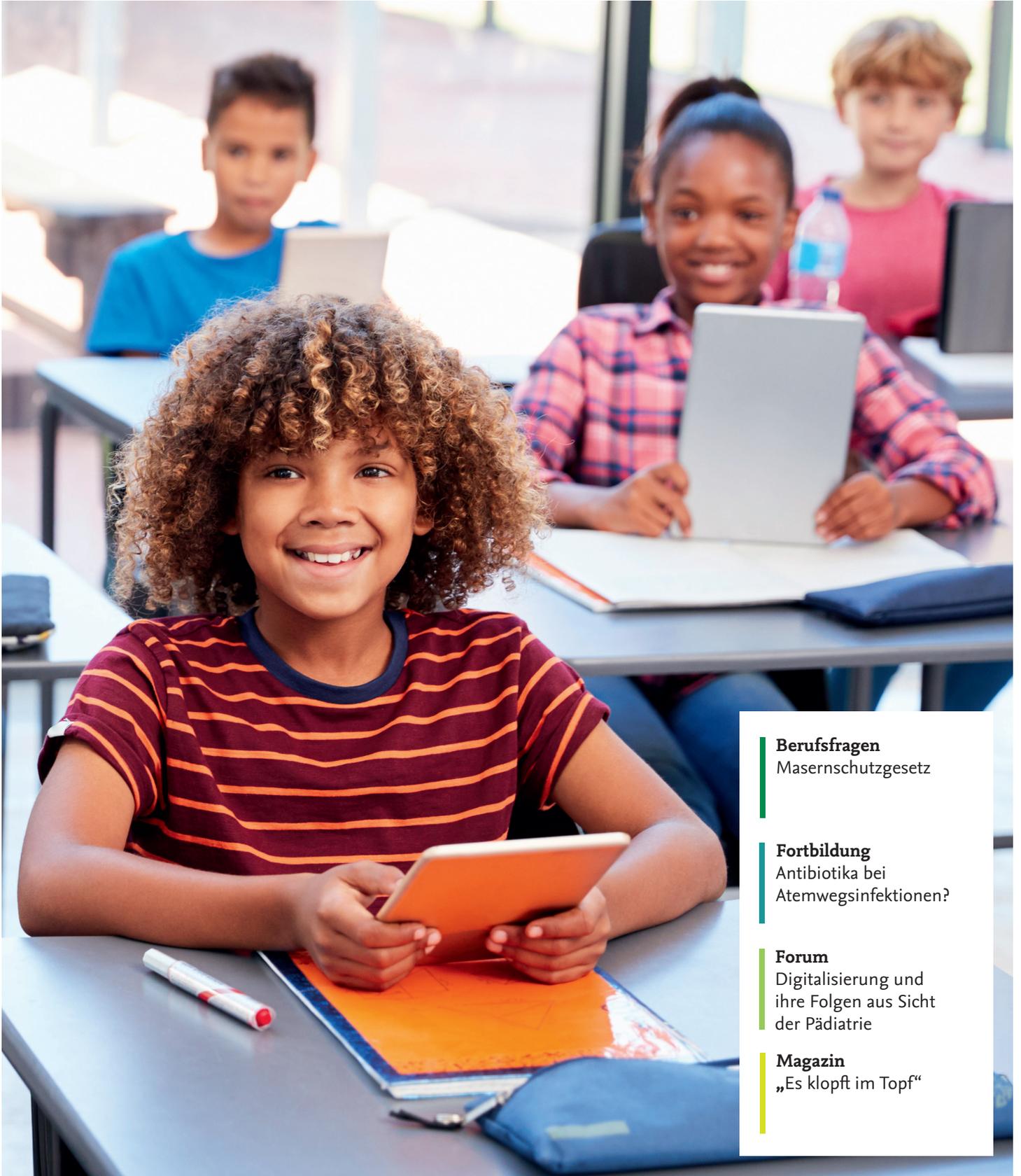


KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 02/20
51. (69.) Jahr

bvkd.

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



Berufsfragen
Masernschutzgesetz

Fortbildung
Antibiotika bei
Atemwegsinfektionen?

Forum
Digitalisierung und
ihre Folgen aus Sicht
der Pädiatrie

Magazin
„Es klopft im Topf“

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, Christa Becker, Köln

INHALT 02 | 2020

Berufsfragen

Das Masernschutzgesetz tritt am 1.3.2020 in Kraft // Sigrid Peter	71
Deutschland bildet zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus! // Reinhard Bartzky	74
Neue Beschlüsse zur TSVG-Umsetzung // Reinhard Bartzky	78
Kombinationstherapie Stimulantien mit Guanfacin (Intuniv®) eine nicht zulassungskonforme Therapieform (Off-Label-Use-Falle)? // Kirsten Stollhoff, Ulrich Kohns	79
Der Kinder- und Jugendmedizin die Zukunft sichern – Prof. Dr. Wolfgang Kölfen im Gespräch // Christa Becker	82
Kauf und Verkauf einer Kinder- und Jugendarzt-Praxis // Juliane Netzer-Nawrocki	87
Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser	90

Fortbildung

„Wann muss ich mir Sorgen machen“ Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfektionen // Carolina Mattwich, Hagen Reichert, Arne Simon	97
Highlights aus Bad Orb: Histamin, Laktose, Fruktose, Gluten – Was sonst noch alles? // Imke Reese	102
Welche Diagnose wird gestellt? // Dörte Petersen	104
Highlights aus Bad Orb: „Mein Kind ist zu groß“ – zuwarten oder bremsen? // Helmuth G. Dörr	108
consilium: Erste MMR-Impfung, später erstmalig Reaktion auf Spiegelei, jetzt zweite MMR-Impfung? // Sebastian Dick	112
Die Schulmilch und der Schulkakao in Zeiten der Hysterie und des Populismus von Verbraucherorganisationen // Jürgen Hower	114
Reviews aus englischsprachigen Zeitschriften	116

Forum

Wird durch Digitalisierung alles besser? // Uwe Büsching	120
Als Zeuge im Beschneidungsprozess	122
Nicht medizinisch indizierte Jungenbeschneidung // Renate Bernhard	125
Stiftung „Kind und Jugend“ // Uwe Büsching	128
Chancengerechtigkeit gilt es weiterhin zu fördern // Wolfram Hartmann	129

Magazin

„Es klopft im Topf“ // Norbert Wunderle	132
Zahlen, Daten, Fakten // Christa Becker	133
Der BVKJ im Spiegel der Presse – Themenvielfalt und öffentliches Interesse // Christa Becker	134



„Es klopft im Topf“

S. 132

Mitteilungen aus dem Verband

#followBVKJ	136
Wahlaufruf für den LV Niedersachsen	137
Wahlergebnis der Wahlen im LV Nordrhein	137
Wahlergebnis LV Hamburg	138
Personalien	138
Fortbildungstermine des BVKJ	140
Nachrichten aus der Industrie	141
Wichtige Adressen des BVKJ	145
Impressum	73

Anmerkung der Redaktion

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

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind ein Supplement der Vertex Pharmaceuticals (Germany) GmbH sowie eine Beilage der Aspen Germany GmbH beigefügt. Wir bitten um Beachtung.

Titelbild

© monkeybusinessimages – iStock.com



Gesunde Kinder sind unsere Zukunft.

Das Masernschutzgesetz tritt am 1.3.2020 in Kraft



Dr. Sigrid Peter

Hintergrund

In der europäischen Region der WHO sind in den ersten 6 Monaten des Jahres 2019 über 90.000 Masernfälle aufgetreten, seit Januar 2018 sind 100 Personen an Masern verstorben. In Deutschland wurden bis Mitte November 2019 503 Masernfälle gemeldet, darunter ein Todesfall. Diese Zahlen sowie die unzureichenden Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten hat das Bundesgesundheitsministerium zum Anlass genommen das Gesetz zum Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention, kurz Masernschutzgesetz, einzuführen.

Die bisherigen Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten und zur Elimination der Masern in Deutschland haben nicht zu einer ausreichenden Erhöhung der Bevölkerungsimpunität gegen Masern geführt. Es bestehen immer noch Impflücken in allen Altersgruppen, das gilt insbesondere für bestimmte Regionen und Altersgruppen in Deutschland. Basierend auf Abrechnungsdaten der KV-Surveillance am Robert Koch-Institut hat sich gezeigt, dass die bundesweite Impfquote für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene zweite Masern-Impfung bei Kindern im Alter von 24 Monaten nur bei 73,9 Prozent liegt. Für eine erfolgreiche Eliminierung der Masern ist eine stabile Impfquote von mindestens 95 Prozent nötig.

Quelle: Referentenentwurf Masernschutzgesetz - Bundesgesundheitsministerium

„Die Freiwilligkeit der Impfscheidung muss für bestimmte Personengruppen aufgehoben werden, um eine höhere Durchimpfungsrate zu erreichen. Eine Nichtimpfung bedeutet nicht nur eine erhebliche Gefahr für das körperliche Wohlergehen des Nichtgeimpften, sondern auch ein Risiko für andere Personen, die z.B. aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Deshalb muss eine Impfpflicht möglichst früh und da ansetzen, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen.....“

Gesetzgebungsverfahren

Auf Bundesebene richtet sich das Gesetzgebungsverfahren nach den im Grundgesetz, der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages und der Geschäftsordnung des Bundesrates festgeschriebenen Regeln. Die Verfahren erfordern stets die Mitwirkung bestimmter Verfassungsorgane. Die Initiative für ein Bundesgesetz kann von der Bundesregierung, dem Bundesrat oder den Mitgliedern des Deutschen Bundestages ausgehen.

Verschiedene Ministerien haben den Gesetzesentwurf vorab geprüft, wie das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), dort wurde es auch auf die sprachliche Richtigkeit und Verständlichkeit durch den Redaktionsstab Rechtssprache beim BMJV geprüft. Die Bundesministerien der Finanzen (BMF), des Inneren, für Bau und Heimat (BMI), der Justiz und Verbraucherschutz (BMJV), der Verteidigung (BMVg), für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Bildung und Forschung (BMBF) haben dem Entwurf zugestimmt. Die übrigen Bundesministerien wurden beteiligt und haben keine Einwände erhoben.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, die Beauftragte der Bundesregierung für

die Belange der Patientinnen und Patienten, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, der Bundesbeauftragte für die Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung und der Koordinator der Bundesregierung für Bürokratieabbau und bessere Rechtssetzung wurden beteiligt und haben keine Einwände erhoben.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) wurde beteiligt und hat keine Einwände erhoben.

Öffentliche Anhörungen fanden am 23.9.19 und vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages am 23.10.19 statt. Die erste Lesung im Bundestag erfolgte am 17.10.19. In der 2. und 3. Lesung am 14.11.19 erfolgte der Gesetzesbeschluss. Das Gesetz passierte am 20.12.19 den Bundesrat. Der Bundesrat ist nicht zustimmungspflichtig.

Das Gesetz tritt am 1.3.2020 in Kraft.

Zentrale Inhalte des Gesetzes

Zum Schutz der individuellen Gesundheit gefährdeter Personengruppen und der öffentlichen Gesundheit, müssen alle betreuten Personen in Gemeinschaftseinrichtungen (insbesondere Schulen und Kindertagesstätten) oder in bestimmten Gemeinschaftsunterkünften und alle dort tätigen Personen einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber eine Immunität gegen Masern aufweisen. Entsprechende Nachweise müssen im Regelfall gegenüber der Leitung der jeweiligen Einrichtung erbracht werden. Es werden alle nach 1970 geborenen Personen erfasst,

- die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1-3 IfSG betreut werden (Kindertageseinrichtungen und Horte, bestimmte Formen der Kindertagespflege, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden),
- die bereits vier Wochen in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 IfSG (Kinderheime) betreut werden

- oder in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG (insbesondere Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber und Flüchtlinge) untergebracht sind,
- und Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG (Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser und Arztpraxen), sowie in den Einrichtungen nach Nummer 1 und 2 tätig sind.

Alle betroffenen Personen, die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masernschutzimpfung oder eine Masernimmunität aufweisen. Alle Personen, die mindestens zwei Jahre alt sind, müssen mindestens zwei Masernschutzimpfungen nachweisen oder (zum Beispiel durch eine bereits durch die 1. Masernschutzimpfung erworbene) ausreichende Immunität gegen Masern. Dies entspricht im Wesentlichen den Empfehlungen der STIKO.

Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können, sind von den Regelungen ausgenommen (§ 20 Absatz 8 Satz 4 IfSG).

Das Ausstellen und der Gebrauch von unrichtigen Gesundheitszeugnissen oder falschen Impfdokumentationen ist nach §§ 278 und 279 Strafgesetzbuch strafbar. Ärzten und Ärztinnen würden in einem solchen Fall zusätzlich berufsrechtliche Konsequenzen drohen.

Die Regelungen sollen dazu beitragen, bestehende Lücken beim Impfschutz in der Bevölkerung gegen Masern zu schließen und somit das Schutzniveau insbesondere vulnerabler Gruppen in Hinblick auf eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten entscheidend zu erhöhen.

Weitere Gesetzesänderungen zum Infektionsschutz werden vorgenommen:

- Stärkung der BZgA zur gezielten Information der Bevölkerung
- Facharztübergreifendes Impfen (... Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen...)

- Individuelle Informationen der Krankenkassen an ihre Versicherten über fällige Impfungen

Die Impfdokumentation soll künftig auch in digitalisierter Form möglich sein (digitaler Impfausweis).

Durch entsprechende Funktionalitäten kann automatisiert an Termine für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden.

Betriebsärzte (ohne vertragsärztliche Zulassung) sowie der öffentliche Gesundheitsdienst können Vertragsabschlüsse zur Abrechnung von Schutzimpfungen mit den Krankenkassen künftig über ein Schiedsverfahren durchsetzen.

Änderungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) und im Sozialgesetzbuch V

Im IfSG wird die Kontrolle der Immunität von Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden, denen, die dort tätig sind und Personen, die Tätigkeit ausüben bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben neu geregelt (§ 20 Absatz 8-10 neu angefügt).

Geregelt ist dort auch die Nutzung von Kombinationsimpfstoffen mit weiteren Impfstoffkomponenten, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen. Ebenso ist die Ausnahme einer medizinischen Kontraindikation gegen die Schutzimpfung gegen Masern festgelegt.

Absatz 9 regelt den zeitlichen Nachweis des Impfschutzes, d.h. vor der Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung oder vor Beginn der Tätigkeit muss der Leitung der Einrichtung ein Nachweis nach § 22 darüber vorgelegt werden, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision entspricht oder eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die bestätigt, dass eine Immunität gegen Masern oder dass eine gesundheitliche Kontraindikation gegen eine Schutzimpfung gegen Masern vorliegt. Das Gesundheitsamt kann bestimmen, dass der Nachweis, der vor der Aufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule vorzulegen ist.

Personen, die am 1.3.20 bereits in eine Einrichtung aufgenommen wurden oder dort tätig sind, haben den Nachweis bis zum 31. Juli 2021 zu erbringen. Wenn der

Nachweis nicht erbracht wird, benachrichtigt die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben.

In Absatz 10 wird die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen für jeden Arzt geregelt. ...Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen. Die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen nach anderen bundesrechtlichen Vorschriften bleibt unberührt.

Die Änderungen im SGB V betreffen die Änderungen von Bezeichnungen wie „geeignete Ärzte, einschließlich Betriebsärzten“ in „Ärzte und ärztlichem Personal“. Geregelt wird die Möglichkeit von Fachärzten für Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge mit den Krankenkassen zur Durchführung von Schutzimpfungen abzuschließen.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Allen Kindertageseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft und Schulen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zusammen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie für Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt über säumige Personen. Der Aufwand in € wurde noch nicht berechnet.

Den medizinischen Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie für Benachrichtigungen an das Gesundheitsamt über säumige Personen. Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegenüber säumigen Personen und Einrichtungen durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in unbekannter Höhe.

Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen mit Mehrausgaben belastet.

Berechnet sind für das Jahr 2020 Mehrausgaben bis zu 20,39 Mio. €.

Die Kosten pro Impfleistung werden mit 55 € berechnet (MMR Dosis 47 € und Arztkosten 8 Euro). Die Anzahl der im ersten Jahr erwartbaren zusätzlichen Impfungen beträgt schätzungsweise 79.000 Impfungen bei Aufnahme in die Kindertageseinrichtung, 71.000 Impfungen bei der Einschulung und eine unbekannte Zahl von Impfungen beim Übergang in weiterführende Schulen. Für die bereits in Gemeinschaftseinrichtungen aufgenommenen Kinder und Jugendlichen werden 361.000 Impfungen zusätzlich geschätzt. Bei Personal in Gemeinschaftseinrichtungen sind schätzungsweise 160.000 Impfungen und in medizinischen Einrichtungen 60.000 Impfungen zu erwarten.

Fazit

Die von der WHO übermittelten Daten zu Maserninfektionen sind weltweit und in Europa hoch. Das Eliminationsziel ist in Deutschland nicht erreicht.

Nach dem Entwurf des BMG wurde das Masernschutzgesetz beschlossen. Insbesondere die vom Gesetz vorgesehene Nachweispflicht eines Masernschutzes (Schutzimpfung oder Immunität) in

bestimmten Einrichtungen soll dazu beitragen, bestehende Lücken beim Impfschutz gegen Masern zu schließen und insbesondere Personen zu schützen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können.

Alle in einer Gemeinschaftseinrichtung bereits betreuten Kinder und Kinder, die neu aufgenommen werden unterliegen dieser Pflicht. Ebenso müssen alle dort tätigen Personen ihren Impf- oder Immunitätsnachweis erbringen. Bis Mitte 2021 muss dies für alle bereits in Gemeinschaftseinrichtungen befindlichen Personen erfolgen. Eine Neuaufnahme darf nur erfolgen, wenn der entsprechende Impfschutz, oder der Nachweis einer vorliegenden Kontraindikation vorliegt. Bei fehlendem Nachweis muss die Meldung der Einrichtungsleitung an das örtliche Gesundheitsamt erfolgen.

Aufgaben und Pflichten der Kinder- und Jugendärzte/innen

Den Ärzten entstehen, außer den bereits bestehenden Pflichten keine weiteren: Die bereits jetzt leitliniengemäße und STIKO-konforme Aufklärung und Durchführung von Schutzimpfungen wird weiterhin erfolgen. Die Überprü-

fung des Impfstatus sollte bei jedem Arztbesuch genutzt werden, um Impflücken zu schließen. Unabhängig von dem Gesetz sollte auf zeitgerechten Beginn der MMR-Impfung (mit 11 Monaten) und auf einen zügigen Abschluss mit der zweiten Impfung geachtet werden. Der Einsatz von Recall-Systemen hat sich für eine hohe Durchimpfungsrate bewährt. Sowohl Überprüfung als auch Durchführung von Impfungen sind delegierbare Leistungen.

Häufig gestellte Fragen wurden vom BMG auf der homepage <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht/faq-masernschutzgesetz.html> gelistet. Auf www.rki.de finden sich Informationen und FAQ zum Masernschutzgesetz.

Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Masernschutzgesetz-RefE.pdf

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin BVKJ, 10115 Berlin

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. 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) 432127, Fax (0611) 43522130, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln, Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-texte.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

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

Druckauflage 12.367 lt. IVW IV 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, Christa Becker, Köln, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552

Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (Vi.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: petra.tristram@verlag-beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12 mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 53 vom 1. Oktober 2019

Bezugspreis: Einzelheft € 11,60 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 117,30 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

© 2020. 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.

Deutschland bildet zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus!

„So viele Medizinstudierende wie nie“, titelte unlängst die Ärztezeitung. „Ärztmangel ist ein Märchen“ zu diesem Schluss kam im Mai’19 die FDP-Fraktion im Bundestag. Politiker aller regionalen Regierungsparteien beteuern regelmäßig, dass genügend Medizinstudienplätze bereitgestellt würden. Auch nach Ansicht des Medizinischen Fakultätentages werden genügend Mediziner ausgebildet. Diese Legendenbildung muss dechiffriert werden:



Dr. Reinhard Bartzky

Die Fakten

Die Anzahl der Medizinstudienplätze wird in Deutschland vom Statistischen Bundesamt dokumentiert [<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html>]. Allerdings erfolgt diese fortlaufende Statistik bis zum Jahr 1989 nur die Plätze im ehemaligen Bundesgebiet (Westdeutschland), danach gibt es einen Sprung – kommentarlos geht die Statistik mit den gesamtdeutschen Zahlen weiter [Quelle statistisches Bundesamt], (Abb. 1).

Somit ist das häufig zu hörende Mantra es gibt „So viele Medizinstudierende wie nie“ falsch! Wir haben nicht so viele Studienplätze wie je zuvor. 1989 hatten wir 85.091 Studienplätze für 62 Mio. BRD-Bürger – natürlich gab es neben den Westdeutschen Medizinstudienplätzen noch die Mediziner Ausbildung auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Bei heute 83 Millionen Einwohnern entspräche diese alte (vom statistischen Bundesamt benutzte westdeutsche) Zahl 113.912 Medizinerstudienplätzen. Wir liegen heu-

te also bezogen auf den westdeutschen Standard zum Zeitpunkt der deutschen Einheit 18.000 Medizinstudienplätze zu rück!

Berechnet auf die Anzahl der zu Grunde gelegten Einwohner (die ja medizi-

nisch zu versorgen sind), lässt sich schnell erkennen, dass der Ausbildungs-Stand, der zum Zeitpunkt der deutschen Einigung bestand, noch nicht wieder erreicht ist [Eigene Berechnungen; Quelle: Statistisches Bundesamt] (Abb. 2).

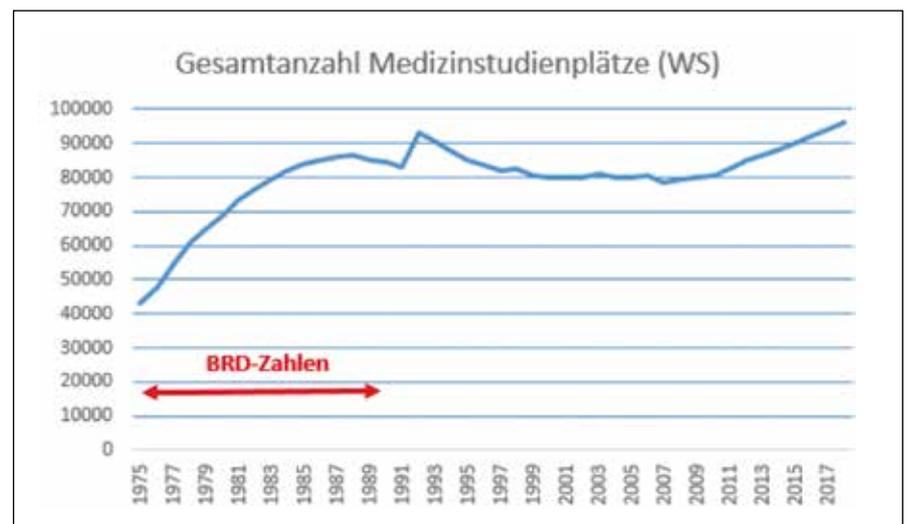


Abb. 1: Entwicklung Medizinstudienplätze 1975-2018 (bis 1989 ausschl. Westdeutschland)

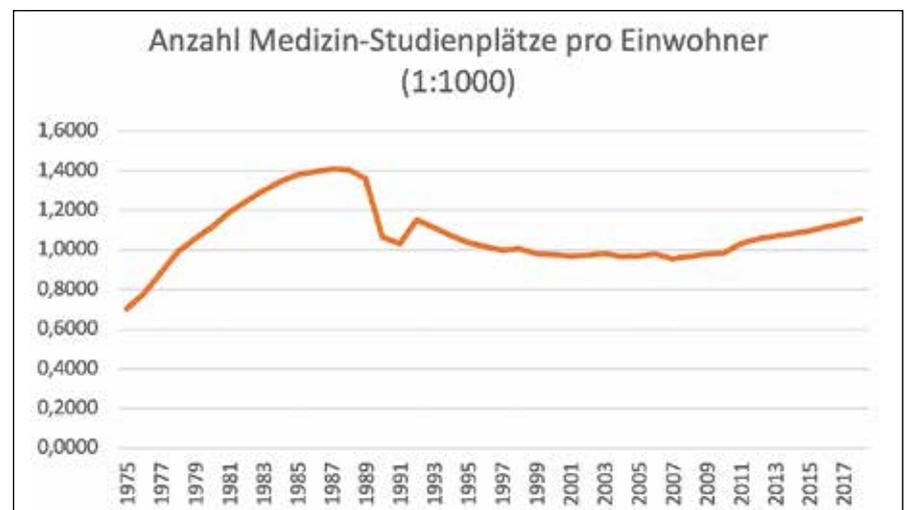


Abb. 2: Entwicklung Medizinstudienplätze pro Einwohner (1975-2018)

Was sagt die Zahl der Medizinstudienplätze?

Was sagt die Zahl der Medizinstudienplätze? Nicht viel. Sie ist ein statistisch gut zu monitorentes Maß; relevant für den Versorgungsgrad ist sie sicher nicht: Das Ausmaß von Dauerstudenten, Studienabbrechern, Zweitstudenten, Umschülern etc. ist in dieser Maßzahl mit versteckt. Etwas ehrlicher wäre schon die Anzahl der Erstsemesterstudienplätze. Für die Versorgung interessiert uns aber, wie viele als fertige Ärzte in der Versorgung am Patienten ankommen!

Dazu ein paar illustrierende Zahlen: Aus 10.252 Erstsemester werden 8.419

Absolventen und davon melden sich dann zur Arbeit 7.444 bei den Ärztekammern an [Quelle: KBV]. Und diese 70%, die es vom Erstsemester bis zum fertigen Arzt schaffen, arbeiten eben nicht alle am Patienten. Das Ausmaß der Ärzte die in mit fertigem Medizinstudium in Forschung, Journalismus, Lehre oder Marketing gehen ist auf Grund der schlechten Arbeitsbedingungen am Krankenbett und in der Niederlassung enorm.

Medizinermigration

Kompensiert wird das Dilemma zwar etwas von einer ansteigenden Anzahl zuziehender Ärzte (vor allem aus Ost-

europa). Dieser Zuzug ist aber geringer, berücksichtigt man den Wegzug in andere Länder. Im Jahr 2009 betrug die Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte 19.841, davon waren 40%, nämlich 7.617 Osteuropäer. Im gleichen Zeitraum waren knappe 17.000 deutsche Ärztinnen und Ärzte im Ausland zugelassen. Nun könnten wir stolz als Entwicklungshilfenation sein, wenn diese Kollegen in Burkina Faso oder im Jemen arbeiten würden. Dem ist aber nicht so: Deutsche Mediziner zieht es in Länder mit attraktiveren oder interessanteren Arbeitsbedingungen: Großbritannien: 3.429, Schweiz: 4.026, USA: 2.670, Norwegen: 808 [Quelle: KBV].

Wosetzt Deutschland seine Prioritäten? Die Zahl der Studienplätze in Deutschland steigt, ebenso wie die Anzahl der Abiturienten. Nur die Anzahl der Mediziner kommt anteilig nicht mit [Quelle: Statistisches Bundesamt], (Abb. 3):

In der Tat bildet Deutschland auch im medizinischen Bereich weiter zunehmend aus, aber keine Mediziner! Noch zur Jahrtausendwende gab es etliche paramedizinische Studiengänge gar nicht – die Anzahl der Studienplätze geht jedes Jahr steil nach oben: Im Jahr 2018 gibt es 11.400 Studierende in Nichtärztlichen Heilberufen und 11.700 Studierende in Pflegewissenschaften. Am beeindruckendsten aber ist die Entwicklung der Studierendenzahlen in Gesundheitswissenschaften und -Management. Im Jahr 2018 studieren parallel zu 96.000 Mediziner insgesamt 42.000 junge Menschen Gesundheitswissenschaften und -Management. Es sind die Manager, die wir ausbilden und nicht die, die am Patienten arbeiten werden. Anstelle junger Assistenzärzte bilden wir die Manager aus, die uns erklären, wieso eine Kinderklinik mit 100% Auslastung laufen muss, die uns erklären, wieso heute, selbst wenn der Bettenplan einer Landesregierung mehr Betten in Kinder- und Jugendklinien zulässt, diese aus wirtschaftlichen Gründen nicht aufgestellt werden können. Das sind vermutlich auch die, die uns erklären, weshalb in der ambulanten Bedarfsplanung immer nur alte falsche Zahlen fortentwickelt werden und nie ein echter Bedarf berechnet wird. Und deshalb werden auch in kommenden Jahren junge Eltern immer schwerer einen Kinder- und Jugendarzt finden, der eine U3 macht (Abb. 4).

Ärztestatistik 2018, Bundesärztekammer	
Berufstätige Ärzte und Ärztinnen	392.400
davon stationär tätig	201.800
davon ambulant tätig	157.300
davon in Behörden tätig	10.000
davon anderweitig tätig	23.300
Zugang aus der EU	1.269
davon aus Osteuropa	680
Abwanderung ins Ausland	1.941
davon nach Afrika	32
davon in die Schweiz	590
Ä/Ä ohne ärztliche Tätigkeit (keine Rentner)	37.893
davon im Haushalt	4.945
davon berufsfremd arbeitend	2.863
davon arbeitslos	7.862
davon in Elternzeit	7.576

Quelle: Bundesärztekammer

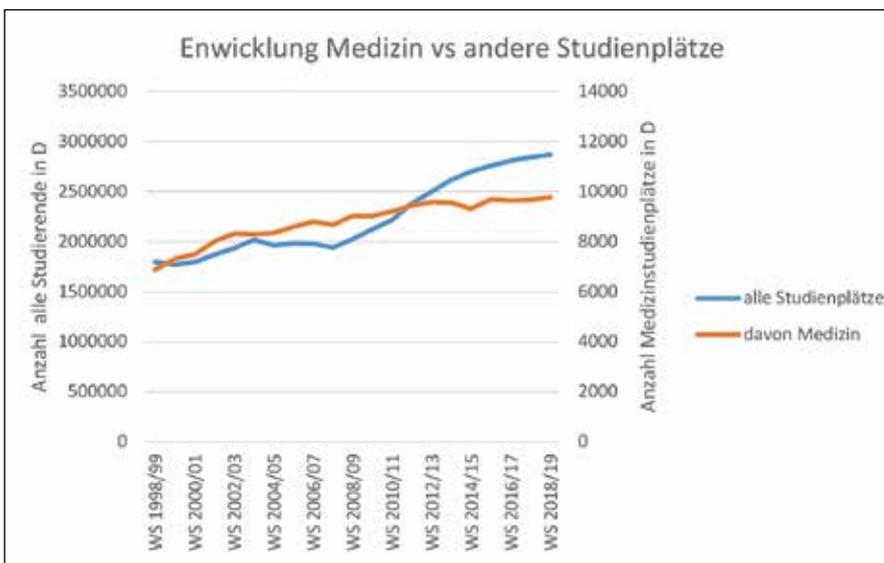


Abb. 3: Anzahl Entwicklung Studienplätze Medizin versus Gesamt

Warum wir mehr Ärzte brauchen als in den 70er Jahren

Oft ist als Argument zu hören, dass wir im internationalen Vergleich eine hohe Arztdichte pro Einwohner haben. Ja, das stimmt. Wir haben aber auch eine ältere Bevölkerung als fast alle anderen Länder und einen höheren Lebensstandard, dessen Errungenschaften (Teilzeitarbeit, work-life-balance) nun nicht nur für Staatsangestellte, sondern auch für Ärzte gelten sollten.

Warum brauchen wir mehr Medizinstudienplätze?

- Auch für Ärzte sollte die Diskussion um einen frühen Renteneintritt gelten. Tatsächlich aber steigt das Durchschnittsalter ambulant tätiger Ärzte sowie insbesondere auch der Kinder- und Jugendärzte jedes Jahr. Die Aufhebung der Altersgrenze war bislang die wirksamste Bedarfsplanungsmaßnahme der Politik, aber dieser Effekt ist endlich und nicht weiter ausnutzbar.
- Die Arbeitswelt hat sich reformiert und die Medizin ist weiblich geworden. Junge Mediziner nutzen wie in allen anderen Berufen auch Optionen der Teilzeit- oder Teillebensarbeit. Dieser Trend wird sich nicht per Verordnung umdrehen lassen.
- Auch in den Kliniken hat sich der Bedarf enorm erhöht, da junge Ärzte nicht mehr von Freitag früh bis Montagnachmittag Wochenendschicht machen dürfen. Diese Zustände waren auch in der Vergangenheit eher illegal als wünschenswert, der Mehrbedarf an MedizinerInnen deswegen ist enorm.
- Mediziner haben wie alle anderen Gesellschaftsgruppen ebenfalls einen Anspruch auf work-life-balance. Die Mediziner, die wir heute ausbilden, können wir nicht 1:1 in die Bedarfsplanung einrechnen.

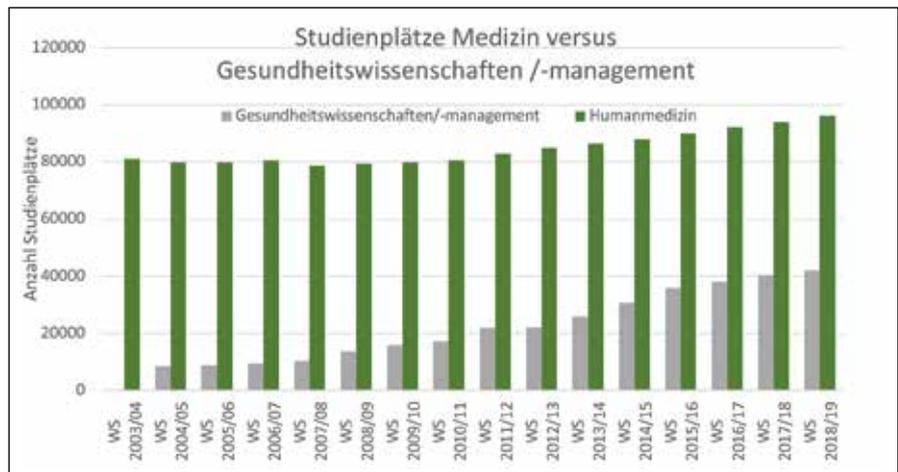


Abb. 4: Anzahl Entwicklung Studienplätze Medizin versus Gesundheitswissenschaften und- Management

- Wir haben eine steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Die Bevölkerung wird älter, aber auch ist die Abklärungsbedürftigkeit extrem gestiegen. Dieser Trend wird durch niederschwellige Klinikambulanzangebote und den expliziten Willen der Politik einer für jeden Bedarf existierenden 24/7-Versorgung ins Unerträgliche gesteigert.

Das Paradoxon der Mediziner Ausbildung

- Wir bilden teuer Mediziner aus und lassen Sie ins Ausland abwandern. Gleichzeitig haben wir Kosten und Mühen schlechter ausgebildeter Mediziner in unser Medizinsystem zu integrieren.
- Wir lassen junge Menschen, die Medizin studieren möchten und hier nicht können, ins Ausland abwandern, ein Verlust von Ressourcen.
- Mediziner gehen ins Ausland, aber ein Bildungstransfer in sogenannte Entwicklungsländer findet faktisch fast gar nicht statt.
- Wir rechnen uns die Zahlen schön, dass so viele Mediziner ausgebildet werden, wie noch nie, aber tatsächlich

sucht fast jede stationäre Einrichtung dringend Ärzte und Patienten finden keine Hausärzte, schon gar nicht auf dem Land.

- Wir wollen eine Rund-Um-Die-Uhr-Versorgung, aber sie darf nichts kosten.
- Wir wollen steigenden Fortschritt, aber er darf nichts kosten.

Der offensichtliche Ärztemangel wird gerne reduziert auf die Kontroverse zwischen echtem Ärztemangel oder dem Vorliegen eines Verteilungsproblems. Ja, ein Verteilungsproblem gibt es zwar auch, das ist aber zweitrangig. Der Ärztemangel ist nicht mehr weg zu diskutieren. Die vorgenannten Zahlen und Argumente belegen, dass Deutschland, wenn es seinen medizinischen Standard halten will, schnell mehr junge Ärzte ausbilden muss und diesen auch die Option auf eine Arbeitsumfeld am Patienten geben muss, dass eine Wahl eines Arbeitsplatzes in der Patientenversorgung attraktiv macht.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzky, 10967 Berlin
E-Mail: 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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Der Honorarausschuss informiert

Neue Beschlüsse zur TSVG-Umsetzung – Auflagen des BMG teilweise aufgehoben

Zur Erinnerung: Jens Spahn hatte mit Wirkung zum 11.5.2019 das Termin- Service- und Versorgungsgesetz (TSVG) durch den Deutschen Bundestag gebracht. Für die niedergelassenen Pädiater hatten sich aus diesem Gesetz 4 neue Fallkonstellationen ergeben: Den **Hausarztfall**, den **Akutfall**, den **Facharztvermittlungsfall** und den **Neupatienten**. Wir hatten mehrfach darüber berichtet; in den folgenden beiden Tabellen nochmals eine Kurzzusammenfassung der Neuerungen. Bis auf den umstrittenen Neupatientenfall wird von den Neuregelungen nicht einmal in homöopathischen Dosen Gebrauch gemacht. Der Honorarausschuss bleibt bei seiner Ansicht: **Das TSVG löst keine Probleme, es schafft nur Neue.**



Dr. Reinhard Bartzky

Tab. 1: die neuen TSS-Fallkonstellationen

	Kennzeichnung	Besonderes	Bereinigung
TSS-Terminfall	In PS Schein anlegen und 04010B/C/D	1x im Arztgruppenfall	Q4/2019 – Q3/2020
TSS-Akutfall	In PS Schein anlegen und 04010A	1x im Arztgruppenfall	Q1/2020 – Q4/2020
FA-Vermittlungsfall für den SPLer	In PS Schein anlegen	mehrfach berechnungsfähig, wenn zu mehreren FÄ für Vermittlung innerhalb von 4 d	Q3/2019 – Q2/2020
FA-Vermittlungsfall für den HA	04008		keine
Neupatient	In PS Schein anlegen		Q4/2019 – Q3/2020

BMG hatte TSVG-Beschlüsse beanstandet und Auflagen erteilt

Nach monatelangen Verhandlungen zwischen KBV und Spitzenverband der Krankenkassen war ein EBM in Kraft getreten, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dann beanstandet hatte. Ein Vorgang, der juristisch sicher rechtens ist, der aber zeigt, wie irre das System mittlerweile geworden ist, denn es gab Ende 2019 einen rechtsgültigen EBM, der vom Gesetzgeber beanstandet wurde. Das BMG hatte die Beschlüsse in insgesamt 6 Punkten beanstandet. Zu den Verhandlungen über das TSVG war es überhaupt nur gekommen, weil das Gesetz in vielen Punkten (z.B. dem Gebrauch des Wortes Behandlungsfall) unklar blieb und bezüglich der Bereinigung vorgaben machte, die es so bislang noch nicht gegeben hatte. Wenn

Tab. 2: die neuen TSVG-Gebührenordnungspositionen (GOPs)

Leistung	GOP	Zuschlag zur VP	Zusatz nach 01710
Facharztvermittlung für Hausarzt	04080	10,07 Euro (93 Pkt.)	
TSS-Akutfall 24 Stunden	04010A	50 Prozent	
TSS-Terminfall 1. bis 8. Tag	04010B	50 Prozent	114 Punkte
TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	04010C	30 Prozent	68 Punkte
TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	04010D	20 Prozent	45 Punkte

Die Altersumsetzung erfolgt automatisch durch die PVS (z.B. Zusatzpauschale bis 4. LJ: 04011B).

in der Vergangenheit Leistungen bereinigt worden sind (zum Beispiel nach der Ausbudgetierung der Psychotherapie), dann waren das immer genau benennbare Leistungen. Hier im TSVG hat der Gesetzgeber eine Mischung aus alten und neuen Leistungen kreiert und per Gesetz eine Bereinigung angeordnet – klar, dass das Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Vertragsärzten geben musste.

BMG nimmt Auflagen zu drei Punkten zurück

Zwischenzeitig hatten KBV und GKV-Spitzenverband *gemeinsam* (welch Wandell!) zu drei der Auflagen Klage eingereicht. Dies betraf die Notwendigkeit der Angabe einer LANR anstelle der BSNR beim Facharztvermittlungsfall und die geforderte Umstellung vom Arztgruppenfall auf den Behandlungsfall. Das

BMG hält an diesen drei Einwänden nicht fest und die Klage wird zurückgenommen.

In drei weiteren Punkten nun neue Beschlüsse

Neue EBM-Beschlüsse gibt es aber zu folgenden drei Punkten:

- Statt von Zuschlägen, wird in Zukunft von Zusatzpauschalen gesprochen werden (dies bedeutet keine prozentualen, sondern feste Euroaufschläge).
- Es wird auch einen Zuschlag zu Früherkennungsuntersuchungen (Kinder-U's) geben, auch wenn diese allein (ohne kurative weitere Leistung) erbracht werden. Dazu wird die GOP 01710 neu in den EBM aufgenommen. Kaufmännisch betrachtet bleibt es weiter sinnvoll präventive und kurative Diagnosen auf einem Schein zu haben.
- TSS-Zuschläge wird es auch für Ermächtigte geben.

Lobbyisten haben mal wieder gesiegt

Unschwer zu erraten, wer sich für die Ausweitung der TSVG-Fallkonstellatio-

nen auf die Ermächtigten stark gemacht hat. Da wo Ermächtigte, tätig sind, die über eine spezielle Expertise verfügen, die im niedergelassenen Sektor nicht vorhanden ist, wird der TSS-Fall keine große Rolle spielen. Da wo ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte lediglich normale hausärztliche Tätigkeiten substituieren soll, wird man die Neuerungen gefordert haben und sich nun freuen. Cave, die Kliniken werden in der Ausrichtung auf Hausärztliche Tätigkeiten gestärkt.

Einen Kommentar bedarf auch noch die Einführung des Arztgruppenfalls: Bislang gab es in unserer Abrechnungswelt nur den Behandlungsfall, den Krankheitsfall, den Arztfall und den Betriebsstättenfall. Entstanden ist diese Diskussion durch die unscharfe Formulierung im TSVG, wo zwar Behandlungsfall geschrieben steht, aber an manchen Stellen Fall der Behandlung gemeint schien. Die Anwendung des Behandlungsfalls hätte bewirkt, dass in Groß-MVZs alle zwölf Arztgruppen eines MVZs den Zuschlag erhalten, wenn nur ein Arzt einen Akutfall bedient. Also haben sich die Vertragsparteien nun auf den Arztgruppenfall geeinigt.

Die neue Definition: „Die gesamte von derselben Arztgruppe einer Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant ... vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Arztgruppenfall.“

Dieses Verhandlungsergebnis beschränkt die Abrechnungsmöglichkeiten der MVZ auf den ersten Blick. Dennoch freut sich der Bundesverband MVZ (BMVZ). Das sollte uns zu denken geben. Mit Blick auf die Langzeitstrategie ist dies nur der erste Schritt. Die Einführung des Arztgruppenfalls. In Zukunft werden die MVZ eine Umstellung der Vergütung auf den Arztgruppenfall fordern. Da die Bundespolitik auch weiter keine Antwort auf die zunehmende Unterversorgung mit Ärzten hat, wird die Versuchung groß sein, den unpersönlichen Versorgungsstrukturen (zum Beispiel Klinik- oder Kapital-MVZs) gegenüber gefällig zu sein.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzky, 10967 Berlin
E-Mail: dr@bartzky.de

Red.: WH

Kombinationstherapie Stimulantien mit Guanfacin (Intuniv®) eine nicht zulassungskonforme Therapieform (Off-Label-Use-Falle)?

Fallschilderung

Steffen, 10 Jahre, Diagnose ADHS mit ausgeprägter Störung des Sozialverhaltens, wird seit dem Alter von 7 Jahren mit Stimulantien behandelt. Unter dieser Therapie kam es zu einer deutlichen Besserung seiner ADHS-Symptomatik. Problematisch sind jedoch die Morgenstunden bevor die Stimulantien wirken, das rasche Abklingen der Wirkung am frühen Nachmittag mit dann erheblichen Affektdurchbrüchen, gehäuften Unfällen, Weglaufen und oppositionellem Verhalten, wenn er sich ungerecht behandelt fühlt. Eine Steigerung der Dosis war auf Grund der Nebenwirkungen Appetitmangel und Einschlafschwierigkeiten nicht möglich. Weder ein Umstellen auf länger wirksame

Retardpräparate, noch eine Kombination mit Atomoxetin, noch eine Schulbegleitung minderten die Problematik deutlich, sodass Steffen immer wieder verkürzten Unterricht erhält.

Nach Zulassung von **Guanfacin** 2016 steht ein neues Medikament für ADHS mit 24 Stunden Wirkung und ausbleibendem negativen Einfluss auf Appetit und Schlaf zur Verfügung. Steffen verhielt sich mit einer Dosis von 2 mg Guanfacin ausgeglichener, Wutanfälle traten kaum noch auf, er lernte Konflikten aus dem Weg zu gehen und konnte wieder am regulären Unterricht teilnehmen. Die Morgen- und Abendzeiten verliefen entspannter für die ganze Familie.

Ein Versuch, nach Stabilisierung der Situation auf eine Monotherapie mit Gu-

anfacin zu wechseln, scheiterte an dem erneuten Auftreten der ADHS-Symptomatik, die Schulleistungen verschlechterten sich, die Anrufe der Lehrer häuften sich. Jetzt besucht Steffen unter einer **Kombinationstherapie mit MPH ret + Guanfacin** die Gesamtschule in der 8. Klasse, den Schulwechsel hat er gut bewältigt und arbeitet aktiv im Unterricht mit. Er selbst aber auch seine Eltern und Lehrer sind zufrieden mit der jetzigen Situation.

Wo liegt das Problem?

Guanfacin (Intuniv®) ist im Rahmen einer umfassenden therapeutischen Gesamtstrategie zugelassen „... zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und

Jugendlichen im Alter von 6 – 17 Jahren, für die eine Behandlung mit Stimulanzien nicht in Frage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat“. So steht es in der Fachinformation für Ärzte als Teil der Zulassung. Dies kann bedeuten, dass die Kombinationstherapie von Intuniv® mit Stimulanzien in Deutschland nicht zulassungskonform ist.

Der Fachinformation von Intuniv® ist zu entnehmen, dass in einer Studie mit der Kombinationstherapie Lisdexamphetamin und Guanfacin die zusätzlich mit Guanfacin behandelten Patienten eine größere Besserung auf der ADHD-RS-IV erreichten als Patienten mit zusätzlicher Placebogabe (20,7 (12,6) Punkte vs. 15,9 (11,8); Unterschied: 4,9; 95 % KI 2,6; 7,2).

Die Firma Shire/Takeda schreibt in der **„Gebrauchsinformation Information für Patienten: Dieses Arzneimittel wird zur Behandlung der „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-17 Jahren angewendet, deren gegenwärtige Behandlung mit Stimulanzien (den Organismus anregende Arzneimittel) nicht geeignet ist und/oder deren gegenwärtige Medikation die ADHS-Symptome nicht ausreichend kontrollieren kann.“**

Dies könnte eine Kombinationstherapie ermöglichen.

Aber werden Krankenkassen und Sozialgerichte den Textpassus der Gebrauchsinformation abweichend vom Text der Fachinformation in diesem Sinne interpretieren? Die Firma Shire/Takeda international schrieb zudem auf Anfrage der KV Niedersachsen: **„Guanfacin is not approved as adjunctive therapy to psychostimulants for the treatment of ADHD outside the United States“**, und sie wies zusätzlich darauf hin: **„The use of Intuniv® outside of the approved label is not recommended by Shire, now part of Takeda, and is at the discretion of the treating physician.“**

Die KV Hamburg und die KV Niedersachsen raten von einer Kombinationstherapie ab und stufen sie als **„off-label-use“** ein.

In der Leitlinie **„ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“** steht unter 1.4.5-5.5: **„Bei Patienten mit ADHS, deren Symptomatik weder auf Stimulanzien (Methylphenidat, Dexamfetamin) noch auf Atomoxetin oder Guanfacin anspricht bzw. bei welchen die genannten Medikamente zu nicht tolerierbaren unerwünschten Wirkungen führen, kann eine Kombination verschiedener Wirkstoffe erwogen werden.“** Im Kapitel

1.4.2 legt die Leitlinie zusätzlich fest: **„Der jeweilige aktuelle Zulassungsstatus soll beachtet werden.“**

Wie geht es weiter?

- Der Hersteller prüft wohl, ob eine Änderung des Zulassungstextes möglich ist oder die dafür erforderlichen zusätzlichen Studien in Angriff genommen werden können.
- Auf der Homepage der AG ADHS im Mitgliederbereich werden Argumente für eine Kostenübernahme der Kombinationstherapie aufgelistet, was dem behandelnden Arzt erleichtern kann, den **Antrag der Eltern auf Kostenübernahme** zu unterstützen. Zusätzlich findet sich dort eine Literaturliste über die Kombinationstherapie Guanfacin+Stimulantien. **Wichtig ist eine schlüssige Dokumentation in der Karteikarte!**
- Außerdem sollte eine allgemeine Lösung mit den Krankenkassenverbänden erreicht werden, um eine zeitnahe und gleichmäßige Lösung für alle Patienten zu erreichen.

Erfahrungen der Praxis zeigen, dass inzwischen 10 Patienten von einer Kombinationstherapie Guanfacin+Stimulantien erheblich profitierten und deren Lebensqualität wie auch die der Eltern und Lehrer eindeutig verbessert wurde. Die Eltern stellten bei ihren Krankenkassen Anträge auf die Kostenübernahme für Intuniv® innerhalb einer Kombinationstherapie. Bei 3 Patienten erfolgte bereits eine Zusage, bei 2 Patienten allerdings lediglich für die nächsten 6 Monate, bei 2 Patienten eine Absage. Weitere 5 Anträge sollen noch durch Zusatzinformationen ergänzt werden.

Es geht vor allen Dingen darum, die Eltern zu veranlassen, Anträge an die Krankenkassen auf Kostenübernahme für Intuniv® bei einer Kombinationstherapie zu schicken, sobald sich herausstellt, dass eine Monotherapie mit Stimulantien oder Guanfacin nicht ausreichend wirksam ist.

Das bedeutet für den Patienten, dass er sich auf Wartezeit einstellen muss – Wartezeit, in der sich seine Lebensqualität weiter verschlechtern kann. Für den Arzt bedeutet es auch einen erheblichen

Mehraufwand durch die Befürwortung zusätzlicher, zeitaufwendiger Anträge. Ob ein Antrag dann allerdings erfolgreich beschieden wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersehbar.

Bis weitere Entscheidungen zur Kostenübernahme vorliegen, bleibt es im Verantwortungsbereich jedes einzelnen, wie er verfährt. Dabei sind die allgemeinen Grundsätze des off-label-use im Bereich der Haftung und der Leistungserbringung mit möglichen Regressrisiken, die allein der Arzt trägt, zu beachten.

Damit stehen wir wieder vor dem Dilemma: wie können wir eine wirkungsvolle Therapie durchsetzen, wenn andererseits Risiken für uns drohen? Intuniv® auf Privat Rezept verschreiben, wenn dies rechtskonform von den Eltern verlangt wird, ist sicher eine Möglichkeit. Aber gerade die Familien, die es am dringendsten bräuchten, sind oft sozial schwach und können sich die Zusatzkosten nicht leisten.

Verlauf bei Steffen

Steffen ist jetzt wieder unter einer reinen Stimulantientherapie. Die Eltern warten auf die Entscheidung der Krankenkasse. Der MDK dürfte inzwischen einen ganzen Aktenordner mit den eingeforderten „Zusatzklärungen“ gefüllt haben. Seine Eltern können sich die Kosten für Intuniv® nicht leisten.

Er erhält z. Zt. wieder reduzierten Schulunterricht, da sein Verhalten laut Aussagen der Lehrer ab 11 Uhr nicht mehr tragbar sei bzw. die Schulbegleitung nur bis zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung steht. In die Pausen darf er auch nicht mehr, da es durch seine Impulsivität bei einem Mitschüler zu Verletzungen gekommen ist. Er selbst hat zum ersten Mal geäußert, er möchte so wie die anderen sein, dass er sowieso alles falsch mache und alles keinen Zweck habe.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Kirsten Stollhoff, Vorstand der AG ADHS, 22701 Hamburg
E-Mail: info@ag-adhs.de
Dr. Ulrich Kohns, Beirat der AG ADHS

Red.: WH

Der Kinder- und Jugendmedizin die Zukunft sichern

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen im Gespräch

Die Liste seiner Aufgabenbereiche ist lang: Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche der Städtischen Kliniken Mönchengladbach, Vorsitzender und Sprecher der Vereinigung Leitender Kinderärzte/Kinderchirurgen Deutschland (VLKKD), wissenschaftlicher Leiter und Tagungspräsident des „Päd-Ass 2020“ für Assistenten in der Weiterbildung, Kommunikationstrainer, Autor, Moderator und Dozent. Seit dem 1. November 2019 ist eine weitere Aufgabe hinzugekommen, denn in Bad Orb wurde Wolfgang Kölfen in das Präsidium des BVKJ gewählt. Mit ihm sprachen wir über seinen Werdegang und seine Ziele sowie über die Stärken und Schwächen des Berufsverbandes.



Warum hat er sich für das Medizinstudium entschieden? „Ich bin in Essen geboren, und wir hatten die unterschiedlichsten Berufe in der Familie. Aber ein Arzt war vorher noch nicht dabei.“ Er wusste, dass er „nichts verkaufen“ würde. Dass er aber gerne mit Menschen arbeiten wollte, die mit Problemen zu ihm kommen. Hinzu kam die Faszination für Medizin. Über den kleinen Quereinstieg via Physik führte ihn sein Studium von Essen ins damals noch geteilte Berlin, dann nach Heidelberg und abschließend nach Mannheim. „In Mannheim habe ich 1983 mein Examen gemacht und – trotz der Ärzteschwemme – eine angebotene Stelle in der Kinder- und Jugendmedizin ausgeschlagen. Ich hatte die Möglichkeit, für ein halbes Jahr nach Sydney zu gehen und das dortige Gesundheitssystem kennenzulernen. Das übrigens eine Mischung aus dem englischen und dem amerikanischen ist.“ Diese Zeit möchte er nicht missen, ebenso wenig die neun Monate, die er direkt nach dem Abitur „unter Tage auf Zeche gearbeitet und Kohle gemacht“ hat. Beides habe ihn sehr geprägt.

Traumberuf Kinder- und Jugendarzt

Als er 1984 wieder zurück nach Mannheim kam, fragte er vorsichtig an, ob noch eine Stelle frei sei. In diese Zeit fiel auch seine Entscheidung für die Kinder- und Jugendmedizin. Lachend erinnert er sich: „Ein ehemaliger Chef hatte mir dazu geraten. Er meinte, damit hätte ich ein sehr abwechslungsreiches Aufgabengebiet. Und der zweite Vorteil läge darin, dass – auch wenn man als Arzt älter wird

– die Mütter doch immer jung bleiben!“ Im April 1984 startete seine Facharztausbildung, 1989 hat er sie beendet. Kaum hatte er die Prüfung bestanden, wurde er bereits Oberarzt in Mannheim. Zuvor hatte er im Rahmen einer Urlaubsvertretung kurz in die kinderärztliche Praxisarbeit „reingeschnuppert“.

In Mannheim blieb er bis 1997, schrieb parallel zum stressigen Klinikalltag an seiner Habilitation. Die trägt den Titel „Auf den Kopf gefallen. Was wird aus diesen Kindern?“ und beschäftigt sich mit dem „kinderneurologischen Outcome von Kindern nach Verkehrsunfällen und mit Schädel-Hirn-Trauma“. 20 Doktoranden haben ihm bei den Versuchen zugearbeitet. „17 davon haben darüber ihren Titel erworben“, erinnert er sich mit Stolz. Um die wissenschaftliche Anerkennung musste er kämpfen, denn sein Vorgesetzter war dem Thema wenig zugetan. Erst durch das Hinzuziehen eines externen Gutachters gab es grünes Licht. „Damals habe ich eines über mich selbst gelernt: Wenn ich mich erst einmal in ein The-



Seit 1984 bin ich Mitglied im BVKJ. Es war damals en vogue und total üblich, dass man sich mit der Approbation dem Verband angeschlossen hat. Und genau dahin müssen wir wieder kommen“, so verbindet er in aller Kürze einen Rückblick mit einem Ausblick. Seine Karriere ist von den reinen Zahlen her steil zu nennen, doch auch er musste immer wieder Hindernisse überwinden.

ma verbissen habe, dann werde ich auch mal zum ‚Kampfhund‘.“ Immerhin hatte er dieser Arbeit fast sieben Jahre seines Lebens gewidmet, da war Aufgeben keine Option. Belohnt wurde er mit viel Anerkennung und einer sehr positiven Aufnahme der Publikation.

Von der Uni an die Klinik

Die nächste Entscheidung stand an: Uni-Laufbahn in Lehre und Forschung oder Wechsel in die Leitung einer Klinik? Die Wahl fiel auf die praktische Arbeit. Wolfgang Kölfen hatte gerade seinen Titel erworben, als die Stelle am Elisabeth-Krankenhaus in Mönchengladbach „auf dem Markt“ kam. „Das Konzept des Hauses hat mich total gereizt. Hier liegen alle Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in einer Abteilung, es gibt kein Kompetenzgerangel. Wir sind heute die größte Fachabteilung des Hauses.“ Der Kinderreichtum der näheren und weiteren Umgebung und der erhöhte Bedarf „für eine Unterstützung der elterlichen Kompetenz“ sprachen ebenfalls für den Standort. Für ihn sprachen wiederum neben seiner Erfahrung und seinem Ehrgeiz auch die Zusatzausbildung in „Health Management“, die er ein Jahr lang berufsbegleitend absolviert hatte. „Das ist eine Art kleine Betriebswirtschaftslehre für Ärzte, man lernt dort auch die Sprache der Verwaltung kennen.“

Das Konzept eines „ganzheitlichen, systemischen Denkens“ der Klinik hat er seit 1997 fortgesetzt - mit großem Erfolg. „Unsere jährlichen Fallzahlen sind von 3.000 auf 7.000 angestiegen. Die Qualität hat sich herumgesprochen, das Einzugsgebiet erweitert. Mittlerweile kommen Eltern auch von weiter her angereist.“ 40 Ärzte und 170 Schwestern zählen heute zu Kölfens Team, von der Geburtshilfe bis zur Neonatologie, von der Neuropädiatrie bis zur Kinderchirurgie, von der Ergotherapie bis hin zur Trauerbegleitung. Selbst ein Sozialpädiatrisches Zentrum ist der Abteilung angeschlossen.

Motivation und Vertrauen

„Je mehr Spezialisten an Bord sind, desto größer ist die Attraktivität – für Patienten wie für Mitarbeiter.“ Mitarbeiter sieht er ohnehin als größtes Potential und widmet ihnen deshalb viel Zeit und viel Vertrauen. „Vertrauen ist das A und O. Wenn ich kontrolliere, sind meine



Ein ganz normaler Kliniktag von Prof. Wolfgang Kölfen in Uhrzeiten und Kommentaren

- von 6 bis 6.30 „Eine wunderbar-produktive Zeit, so schön ruhig. Der beste Einstieg.“
- von 6.30 bis 7.30 „Die Mitarbeiter kommen, die Räume füllen sich.“
- von 8 bis 8.30 „Halbstündige Besprechung in großer Runde – bis zu 25 Ärzte.“
- von 8.30 bis 11 „Gang durch das Haus, Visite auf den Stationen.“
- von 11 bis 13 „Personalgespräche. Tendenz weiter steigend. Die heutige Instabilität ist halt die neue Stabilität des Systems. Do not worry!“
- von 13 bis 13.30 „Hurra, Kaffee und Butterbrot“
- von 13.30 bis 14 „Telefonate. Und ca. 80 Mails checken.“
- von 14 bis 16 „Arbeit in der KV Ambulanz. Allerdings ohne ambulante Betreuung von Privatpatienten. Das mache ich nicht mehr.“
- von 16 bis 17.30 „Termine mit Externen, Bewerbungsgespräche, Interviews“
- von 17.30 bis 19 „Arbeit am PC, Verbandsarbeit, Nach- und Vorbereitungen“
- ab 19 „Feierabend, ab nach Hause!“

Und am Wochenende?

„Da bin ich relativ viel unterwegs. Im Jahr summiert es sich auf ca. 65 Termine. Vorträge, Coachings, Beratungen, Seminarleitungen, Fachtreffen ... was halt so anfällt.“

Mitarbeiter ebenso unzufrieden wie ich. Das kostet Zeit, das senkt die Motivation. Lieber lote ich vorher ihre Stärken aus und weiß dann, wo ich sie einsetzen kann.“ Der Nachwuchsmangel in der Kinder- und Jugendmedizin ist bei ihm noch nicht angekommen, aber er beugt auch vor. „Heute ist es doch so, dass wir uns bei dem ‚Nachwuchs‘ bewerben müssen. Deshalb widme ich den internen Gesprächen ebenso viel Zeit wie den Interviews mit Bewerbern.“

Gespräche sind für ihn ohnehin ein großes Thema. Da er Mängel in dem Austausch zwischen Ärzten und Patien-



Vier Fragen an Professor Kölfen

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

„Die Abwechslung. Die Vielfalt. Die schier unendliche Zahl an Optionen. Man kann sich zu jeder Zeit neu erfinden, man kann andere Schwerpunkte wählen. Das geht in anderen medizinischen Bereichen kaum, da legt man sich einmal fest, und dabei bleibt es.“

Warum haben Sie sich für den Klinikbereich entschieden?

„Ich habe während meiner Ausbildung zum Facharzt mal kurz in eine Praxis reingeschnuppert und während meines Urlaubs einen Kollegen vertreten – inklusive der Notdienste. Dabei habe ich festgestellt, dass die Arbeit in der Praxis sehr anspruchsvoll ist, eine

unermüdliche Kontinuität verlangt und die Kontaktzeit zum Patienten sehr kurz ist. In einer Klinik können wir den Patienten und den Eltern in der Regel mehr Zeit widmen, und Managementaufgaben mit all ihren Facetten haben mich immer schon angesprochen. Speziell das Konzept in unserer Klinik, dass alles unter einem Dach stattfindet, hat mich von Anfang an total begeistert.“

Welchen Beruf würden Sie in einem ‚nächsten Leben‘ ergreifen?

„Es gibt keinen besseren Beruf, kein besseres Fach. Doch, eine Möglichkeit fällt mir ein: Ich würde gern Weingutsbesitzer. Mit eigenem Restaurant dabei. Dann hätte ich neben der Vinologie und

dem Kochen vielleicht noch etwas mehr Zeit für meine anderen Hobbys, also für Lesen und Tennis.“

Wo sehen Sie Ihren Berufsstand in fünf Jahren?

„Unser umfassendes Engagement für die Kinder- und Jugendmedizin, das wir gemeinsam mit der DGKJ durchführen, beschert dem Berufsstand eine wahre Ärzteschwemme. Die jungen Mediziner sehen zudem die Vorteile und den Nutzen der Verbandsarbeit und möchten mitmachen. Dadurch sind uns die Anmeldeformulare gerade ausgegangen und es muss dringend nachgedruckt werden. Obwohl – das kann man auch online machen!“

ten sowie deren Eltern festgestellt hatte, beschäftigte er sich intensiv mit dem Themenfeld „Ärztliche Kommunikation“ in all seinen Facetten. Neben zahlreichen Workshops und Seminaren, die er dazu anbietet, ist auch ein Buch entstanden: „Ärztliche Gespräche, die wirken. Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin“, das bereits in 2. Auflage vorliegt. Ach ja: Zusatzausbildungen zum Business Coach und Personal Coach hat er zwischenzeitlich auch absolviert!

Den BVKJ in die Zukunft führen

Wolfgang Kölfen ist seit 35 Jahren Mitglied im Verband – und sieht einige Entwicklungen mit Sorge. „Unser Altersdurch-

schnitt ist zu hoch, wir sollen und müssen uns dringend verjüngen. Dazu sind die Weichen gestellt. Wir arbeiten mit PJlern und Studentenverbänden zusammen, wir veranstalten Kongresse zur Weiterbildung. Wir zeigen der künftigen Generation, wie schön und abwechslungsreich der Beruf des Pädiaters ist. Einer meiner Lehrer hat einmal gesagt: ‚Damit bist Du der letzte Allgemeinmediziner, der den Titel wirklich noch verdient.‘“ Die Scheinwerfer der Berufsverbände müssen vermehrt in die Richtung der jungen Ärzte gerichtet werden. „Die Zukunft sieht anders aus. Es wird mehr Praxisgemeinschaften mit angestellten Ärztinnen – Frauen sind heute eindeutig in der Überzahl – geben, die in Teilzeit arbeiten möchten. Die versuchen, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen. Genau dieser Zielgruppe müssen wir vom BVKJ gemeinsam mit der DGKJ mehr Unterstützung anbieten!“

Dass der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte auch im 50. Jahr seines Bestehens in der Öffentlichkeit so gut aufgestellt ist, darauf ist er stolz: „Mit uns verbindet man nach wie vor die ‚Lobbyisten für das Wohl des Kindes‘. Und das ist ja schließlich ein sehr gesundes Fundament für die nächsten Jahrzehnte!“



Zusammenstellung und Red.: cb



Kauf und Verkauf einer Kinder- und Jugendarzt-Praxis

– Was gilt es bei Planung und Umsetzung zu beachten? –

Die Niederlassung und die Beendigung der Praxistätigkeit sind für jeden Kinder- und Jugendarzt von erheblicher Bedeutung. Beide Vorhaben müssen in vielerlei Hinsicht gut geplant werden. Die meisten niedergelassenen Kinder- und Jugendarzte sind auch vertragsärztlich tätig, so dass bei Kauf und Verkauf einer kinder- und jugendärztlichen Praxis zusätzlich die gesetzlichen Vorgaben zur Nachbesetzung beachtet werden müssen.

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die klärungsbedürftigen Punkte, die Veräußerer und Erwerber beim Verkauf / Kauf einer Kinder- und Jugendarztpraxis beachten sollten.



Dr. iur.
Juliane Netzer-Nawrocki

Grundsätzliches

Rechtzeitige Planung

• Abgabe

Die Abgabeplanung sollte etwa zwei bis drei Jahre vor dem voraussichtlichen Abgabezeitpunkt beginnen. Dabei versteht es sich von selbst, dass diese Überlegungen vor den Patienten bzw. deren Erziehungsberechtigten und dem Personal geheim zu halten sind. Gerade bei Eltern von (potentiellen) Patienten spricht sich ein solches Vorhaben schnell herum und kann dazu führen, dass diese sich einen anderen Kinder- und Jugendarzt suchen.

Die rechtzeitige Planung ermöglicht es, die Praxis in einen optisch ansprechenden Zustand zu bringen, defekte Geräte zu ersetzen und vermeidbare Kosten abzubauen. Der Abgeber muss berücksichtigen, dass der Ertragssituation der Praxis während der letz-

ten drei Jahre vor der Übergabe maßgebliche Bedeutung bei der Bestimmung der Kaufpreishöhe zukommt.

• Verhandlungshilfe

Es hat sich bewährt, die Verhandlungen nicht allein zu führen. Gerade wenn es um Bewertungsfragen geht, ist die Unterstützung des Steuerberaters und/oder Rechtsanwalts oftmals hilfreich. Manche Abgeber reagieren bei Preisverhandlungen emotional, weil sie das Gefühl haben, ihre Praxis werde schlecht gemacht. Die Führung der maßgeblichen Verhandlungen durch Dritte wird häufig zur atmosphärischen Entspannung beitragen. Aber: Nicht jeder Berater kennt sich mit den Besonderheiten ärztlich geführter Unternehmen aus!

• Herausgabe von Unterlagen

Wirtschaftliche Unterlagen, insbesondere

- aktuelle betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA),
- Jahresabschlüsse der vergangenen drei Jahre, evtl. Steuerbescheide
- aktuelles Anlageverzeichnis
- KV-Abrechnungsbescheide
- RLV-Zuweisungen
- Lohnjournale und Verträge, wie
 - Arbeitsverträge
 - Mietvertrag
 - sonstige Verträge (Leasing, Wartung, praxisbezogene Versicherungen, Abos etc.)

sollten ordentlich kopiert und zum Zwecke der Prüfung an ernsthaft interessierte Bewerber herausgegeben werden können.

• Kein Vorvertrag

Vorverträge wiegen die Vertragsparteien in einer Scheinsicherheit. Oftmals sind maßgebliche Punkte nicht geklärt mit der Folge, dass keine rechtliche Bindungswirkung eingetreten ist. Vorzugswürdig ist es, sämtliche Vertragspunkte durch zu verhandeln und bei noch ungewissen Punkten Bedingungen aufzunehmen.

Kaufpreis

Es hat sich bewährt, dass der Verkäufer eine Berechnung des von ihm verlangten Kaufpreises aushändigen kann. Der Käufer muss analysieren, ob es ihm voraussichtlich gelingen wird, den bisherigen Umsatz zumindest beizubehalten oder sogar noch zu steigern. Das kann unter anderem auch von der Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen abhängen. Kontakte zu Privatpatienten sind häufig personen gebunden. Gleiches gilt für die Tätigkeit als Gutachter oder Konsiliararzt.

Ob eine **Aufteilung des Kaufpreises in Anteile für den materiellen und ideellen Wert** (goodwill) erfolgt, sollte der Entscheidung des Steuerberaters des Erwerbers überlassen bleiben. Für den Abgeber ist diese Frage unerheblich.

Absicherung der Zahlungsverpflichtung

Regelmäßig erfolgt die Zahlung des Kaufpreises Zug um Zug gegen Übereignung der Praxis. Es sollte vereinbart werden, dass eventuelle Teilleistungen

zuerst auf den immateriellen Teil des Kaufpreises verrechnet werden, sofern dieser gesondert ausgewiesen ist. Dies hat seinen Grund darin, dass ein Zurückbehaltungsrecht am immateriellen Vermögen – anders als beim Inventar – nicht möglich ist.

Üblich ist die **Absicherung des Kaufpreises durch eine Bankbürgschaft**. Die bürgende Bank sollte der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen unterliegen. Die Bürgschaft hat unbedingt und unbefristet zu sein und muss auf die Einreden der Vorausklage und Aufrechenbarkeit verzichten.

Oftmals zögert der Erwerber, wenn er von den Kosten der Bürgschaft erfährt. Für den sicherheitsorientierten Abgeber kann es zur Beruhigung beitragen, wenn er sich – etwa hälftig – an den Bürgschaftskosten beteiligt. Den Kaufpreis hingegen gar nicht abzuschließen, sollte für den Abgeber keine Option sein.

Regelungen zur Patientenkartei

Wird die Patientenkartei mit verkauft, ohne dass Sicherungselemente in den Vertrag aufgenommen werden, kann dies wegen Verstoßes gegen die ärztliche Schweigepflicht zur Nichtigkeit des gesamten Vertrages führen. **Geboten ist es, die Patientenunterlagen separat aufzubewahren und dem Erwerber erst dann Zugriff zu gewähren, wenn die Patienten hierzu – möglichst in Schriftform – ihr Einverständnis erklärt haben. Gleiches gilt im Falle der elektronischen Speicherung der Patientendaten. Die Vorgaben zum Patientendatenschutz sind zu beachten.**

Auftreten von Mängeln

Zu regeln ist der Umgang mit auftretenden Mängeln. Regelmäßig werden gebrauchte Gegenstände verkauft und übertragen. Diese sollten zumindest funktionsfähig sein. Aus der Sicht beider Parteien erscheint es sachgerecht, zum Zeitpunkt der tatsächlichen Übergabe der Praxis eine Funktionsprüfung der wesentlichen Gegenstände vorzunehmen. Festgestellte Mängel sollten auf Kosten des Veräußerers beseitigt werden oder zu einer einvernehmli-

chen Minderung des Kaufpreises führen. Im Übrigen sollte vereinbart werden, dass die Übergabe der Praxis „wie besichtigt“ unter Ausschluss jeglicher Gewährleistungsansprüche erfolgt. Noch bestehende Gewährleistungsansprüche sind abzutreten.

Todesfallrisiko, Berufsunfähigkeit

Im Interesse des Veräußerers ist es, dass der Kaufvertrag im Falle seines Todes nicht ungültig wird, sondern der Übergabestichtag vorgezogen wird. Sofern möglich, sollte der Erwerber für die Zeit bis zur Übergabe der Praxis die Vertretung übernehmen, um ein Abwandern der Patienten zu vermeiden. Entsprechendes gilt bei Eintritt von Berufsunfähigkeit.

Für den Fall, dass entsprechende Störungen auf der Seite des Erwerbers eintreten, sollte der Vertrag seine Wirksamkeit verlieren. Alternativ können Rücktrittsrechte vorgesehen werden.

Vertragsstrafe

Aus der Sicht des Abgebers kann die Vereinbarung einer Vertragsstrafe für den Fall sachgerecht sein, dass der Erwerber ohne Vorliegen eines hierzu berechtigenden Grundes vom Vertrag zurücktritt. Aus Paritätsgründen sollte die Regelung indes für jede Vertragspartei aufgenommen werden.

Wettbewerbsverbot

In jeden Kaufvertrag gehört ein **Wettbewerbsverbot für die nachvertragliche kinder- und jugendärztliche Tätigkeit des Abgebers**. Regelmäßig wird die **Dauer des Wettbewerbsverbots mit zwei Jahren** bestimmt, da längere Zeiträume von der Rechtsprechung nicht akzeptiert werden. Der örtliche Geltungsbereich des Verbots darf den maßgeblichen Einzugsbereich der Praxis nicht überschreiten. Bei einer räumlich zu weit gefassten Klausel droht die Nichtigkeit des gesamten Verbots. Das Wettbewerbsverbot ist mit einer Vertragsstrafe zu versehen.

Aus der Sicht des Erwerbers sollten eventuelle Vertretungen für andere Ärzte innerhalb der räumlichen Verbotszone auf eine bestimmte Anzahl von Tagen begrenzt werden.

Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes

Soll der Erwerber – was regelmäßig der Fall ist – auch Nachfolger auf den Vertragsarztsitz werden, sind die **Besonderheiten des Nachbesetzungsverfahrens** zu berücksichtigen.

In der Vergangenheit wurde zur Umgehung des Nachbesetzungsverfahrens häufig empfohlen, die Vertragsarztzulassung in eine Arztstelle umzuwandeln und diese mit dem Wunschkandidaten zu besetzen. Die Arztstelle wurde dann nach einer Schamfrist in eine Vertragsarztzulassung rückumgewandelt. Das Bundessozialgericht hat diesen Weg mit Urteil vom 4. Mai 2016 (Aktenzeichen: B 6 KA 21/15 R) erschwert und eine im Grundsatz dreijährige Dauer des Anstellungsverhältnisses verlangt. Eine stufenweise Reduktion der Arbeitszeit wurde als zulässig angesehen.

Die erfolgreiche Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens/Umwandlung der Arztstelle in eine Vertragsarztzulassung ist als Bedingung für die Wirksamkeit des Vertrages zu regeln.

Weitere Besonderheiten zum Kaufgegenstand Einzelpraxis

- **Konkretisierung**
Aufgrund des sachenrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatzes sind die verkauften Gegenstände genau zu bezeichnen. Regelmäßig wird hierzu auf Anlagenverzeichnisse verwiesen. Nicht selten sind diese zu steuerlichen Zwecken gefertigt und enthalten Gegenstände, die tatsächlich nicht mit verkauft werden sollen wie z.B. PKW sowie Kunst- und Einrichtungsgegenstände. In diesen Fällen ist ein bereinigtes Verzeichnis als Anlage zu dem Vertrag zu nehmen.
- **Übergang der Arbeitsverträge**
Im Falle der Praxisveräußerung gehen die Arbeitsverträge kraft Gesetzes (§ 613a BGB) auf den Erwerber über. Die Arbeitnehmer können dem Übergang der Arbeitsverhältnisse widersprechen mit der Folge, dass der bisherige Praxisinhaber ihr Arbeitgeber bleibt. Dieser kann das Arbeitsverhältnis regelmäßig unter Einhaltung der vertraglichen oder gesetzlichen Frist kündigen. Gera-

de bei älteren Arbeitnehmern sind die Kündigungsfristen lang. Da eine tatsächliche Beschäftigung wegen der Veräußerung der Praxis nicht in Betracht kommt, erhalten die Angestellten gegebenenfalls Lohn, ohne hierfür Leistungen erbringen zu müssen.

Zu empfehlen ist eine dreiseitige Vereinbarung zwischen Praxisabgeber, Erwerber und den Angestellten, wonach Letztere sich – nach erfolgter Unterrichtung gemäß § 613a Abs. 5 BGB – mit dem Übergang des Anstellungsverhältnisses ausdrücklich einverstanden erklären und auf diese Weise auf ihr Widerspruchsrecht verzichten.

- **Übergang des Mietverhältnisses**

Der Übergang des Mietverhältnisses ist insbesondere für den Käufer in den meisten Fällen von elementarer Bedeutung. Verkäufer und Erwerber sollten daher frühzeitig mit dem Vermieter in Kontakt treten und den bestehenden Mietvertrag ggf. anpassen lassen. Der Käufer sollte sich möglichst mehrere Verlängerungsoptionen einräumen lassen. In den Vertrag ist eine Öffnungsklausel für die Bildung beruflicher Kooperationen aufzunehmen. Im Falle des Praxisverkaufs sollte die Stellung eines Nachfol-

gers möglich sein. Bestehende Rückbauverpflichtungen werden häufig übersehen. Gleiches gilt für die beim Beginn des Mietverhältnisses geleistete Mieterkaution.

- **Kündigung von Dauerschuldverhältnissen**

Versorgungsverträge für Strom, Gas, Wasser, Telefon sind vom Verkäufer zu kündigen. Mit dem Käufer ist zu klären, welche Vertragsverhältnisse dieser fortführen möchte (z.B. Wartungsverträge). Mit den jeweiligen Vertragspartnern ist eine Vertragsüberleitung auf den Käufer und die Entlassung des Verkäufers zu vereinbaren. Erfolgt keine Überleitung, sollte der Abgeber rechtzeitig kündigen. Bei der Betriebsunterbrechungsversicherung steht dem Erwerber ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Kündigungsfrist ist zu beachten.

- **Steuern**

Der Erwerber haftet nicht für die persönlichen Steuern des Abgebers wie z.B. Einkommen-, Grund-, Grunderwerb-, Kraftfahrzeug- und Erbschaftsteuer. **Eine Haftung kann sich aus § 75 Abs. 1 Abgabenordnung für Umsatzsteuer ergeben, sofern der Veräußerer umsatzsteuerliche Leistungen erbracht hat.** Auch kann

das Finanzamt den Käufer unter bestimmten Voraussetzungen für nicht abgeführte Lohnsteuer in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund ist eine „Steuerklausel“ in den Vertrag aufzunehmen, in welcher der Verkäufer versichert, dass keine Steuerschulden bestehen.

Fazit

Der Verkauf/Erwerb einer kinder- und jugendärztlichen Praxis sind aufgrund der Verflechtung unterschiedlicher Materien komplex. Die vorstehenden Empfehlungen sollen die Sensibilität bei denjenigen steigern, die sich zukünftig mit einem Verkauf oder Kauf zu befassen haben. Die Beachtung der Vorgaben ist geeignet, spätere Auseinandersetzungen zu vermeiden. Die konkrete Umsetzung wird je nach Komplexität des Einzelfalls eine professionelle Beratung erfordern.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro

Hoffentlich konnten Sie mit möglichst wenig Ärger über die Auswirkungen der bisweilen etwas aktionistisch anmutenden Gesundheitspolitik in Ihren Praxen in das neue Jahr starten. Gesetzgeberisch hat sich im Jahr 2019 ja viel getan, was sich nun an Neuerungen auswirkt. Hier der Versuch, einige wichtige Neuerungen zusammenzufassen, über die noch nicht bzw. nicht abschließend berichtet wurde.



Kathrin Jackel-Neusser

Was gibt es Neues?

- **Hebammen** werden in Zukunft in einer Hochschulausbildung mit hohem Praxisanteil ausgebildet. Das duale Studium wird mit einer staatlichen Prüfung und einem **Bachelor** abgeschlossen. Das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung sieht eine Vergütung der Studierenden während der gesamten Dauer des Studiums vor.
- Im **Notfallsanitätergesetz** wird die Frist, in der sich Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter weiterqualifizieren können, um drei Jahre bis 2023 verlängert.
- **Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten:** Damit künftig mehr Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung stehen, müssen jährlich mindestens **250 angehende Kinder- und Jugendärzte Plätze in der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung erhalten**. Das wird mit dem MDK-Reformgesetz geregelt.
- **Masernimpfpflicht:** Zum besseren Schutz vor Masern hat der Bundestag ein Gesetz für eine Impfpflicht beschlossen. Es soll zum **1. März 2020** in Kraft treten. Eltern müssen dann vor der Aufnahme ihrer Kinder in Kitas oder Schulen nachweisen, dass diese

geimpft sind. Für Kinder, die schon zur Kita oder in die Schule gehen, muss der Nachweis bis zum 31. Juli 2021 erfolgen. Bei Verstößen drohen bis zu 2.500 Euro Bußgeld. Die Impfpflicht gilt auch für Personal in medizinischen Einrichtungen. Hierzu hatte Vizepräsidentin Dr. Peter bereits ausführlich berichtet. *Siehe auch Bericht von Dr. Peter in diesem Heft.*

- **Elektronische Patientenakte (ePA):** Das Bundesministerium für Gesundheit muss bald seine Vorschläge zu den datenschutzrechtlichen Regelungen bezüglich der ePA vorlegen, wenn diese wirklich wie vorgesehen am 1. Januar 2021 an den Start gehen soll. Bereits im Sommer vergangenen Jahres hatte Minister Spahn dazu ein eigenes Datenschutzgesetz angekündigt. Allerdings gibt es bei diesem Thema wohl einige Unstimmigkeiten innerhalb der Koalition: So sollen das Bundesjustizministerium, das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesdatenschutzbeauftragte – aus unserer Sicht sehr sinnvollerweise! – strengere Datenschutzregelungen fordern, als das BMG vorsieht. Und so gibt es Zweifel an einem pünktlichen Start der ePA.

Mangelnde Sicherheit bei der Telematik-Infrastruktur (TI)

Sicherheitsexperten des Chaos Computer Clubs (CCC) hatten es geschafft, alle drei für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI) relevanten Karten (1. Elektronische Arztausweise, 2. Praxis-Ausweise (SMC-B) und 3. Gesundheitskarten) jeweils über einen Dritten zu bestellen und an eine Wunschadresse liefern zu lassen. Die CCC-Experten konnten außerdem einen Konnektor im Internet bestellen. Die Berichte hatten zu Beginn des neuen Jahres erneut Fragen nach der Sicherheit der Daten aufgeworfen, die auch der BVKJ des Öfteren in Stellungnahmen gegenüber der Politik –

zuletzt anlässlich des Digitale-Versorgungsgesetzes (DVG) – angebracht hat.

Die vom CCC aufgedeckten **Sicherheitsprobleme für die Telematikinfrastruktur** basieren nicht in erster Linie auf technischen Sicherheitslücken, sondern sind auf **Organisationsmängel bei den jeweils zuständigen Institutionen** zurückzuführen, wie die Ärztezeitung berichtete, z.B. auf die KBV bzw. KVen in Bezug auf den Praxisausweis (SMC-B), bei den Krankenkassen für die Gesundheitskarten der Versicherten und bei den Landesärztekammern, die die Ausgabe der Arztausweise verantworten.

So funktionieren die eigentlichen Sicherheitsanker der TI, die Karten zur Authentifizierung ihrer Nutzer, nicht, wenn die Prozesse ihrer Ausgabe nicht so abgesichert sind, dass nur berechtigte Personen in ihren Besitz kommen.

Die Gematik betonte zwar, dass sich keine Gesundheitsdaten in Gefahr befänden, weil sich die TI noch im Aufbau befände. Die Gematik hatte aber bereits Mitte Dezember 2019 gemeinsam mit der Bundesnetzagentur die Kartenanbieter angewiesen, vorübergehend keinerlei Praxisausweise mehr auszugeben. Das zeigt ein Schreiben, das dem Handelsblatt vorliegt. Des Weiteren wurden bei der Ausgabe von Heilberufsausweisen bestimmte Identifizierungsverfahren gestoppt, bei denen die Sicherheitslücken aufgetaucht waren.

Sylvia Thun, Vorsitzende des Spitzenverbands IT-Standards im Gesundheitswesen (SITiG), sagt, die Lücken seien zum Teil schon seit 2004 bekannt gewesen. Zeit zum Handeln wäre also schon gewesen. Bei einem Treffen am 7. Januar 2020 will die Gematik nun eine Lösung mit den Kartenanbietern erarbeiten.

Forderungskatalog des CCC zur TI

Als Konsequenz aus den entdeckten Sicherheitslücken hat der CCC jetzt einen Forderungskatalog zur „schnellen Gene-

sung“ des deutschen Gesundheitswesens aufgestellt:

- Zur Schadensbegrenzung empfiehlt der CCC der Gematik, genau zu prüfen, inwieweit unberechtigte Zulassungen entzogen und falsch ausgestellte Zertifikate zurückgenommen werden müssen.
- Neuaufstellung der Ausgabeprozesse: Die Beantragung, die Identifikation der Antragsteller und die Ausgabe der Karten (Gesundheitskarte, Praxisausweis, Heilberufausweis) müssen entsprechend dem Schutzbedarf von Gesundheits- und Sozialdaten durchgeführt werden, das heißt, wesentlich besser als bisher abgesichert werden.
- Gesundheitskarte: Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) sollte als vollwertiger Identitätsnachweis eingesetzt werden.
- Kontrolle der Umsetzung: Die Neuplanung und saubere Implementierung der Prozesse, die zur Ausstellung von eGK, HBA und SMC-B führen, sowie die Umsetzung sollten gut kontrolliert werden.
- Organisierte Verantwortung statt organisierter Verantwortungslosigkeit: Der CCC fordert außerdem eine unabhängige zentrale Stelle, die für die Informationssicherheit der Telematikinfrastruktur verantwortlich ist. Diese Stelle sollte Prozesse nicht nur vorgeben, sondern – anders als bisher – auch ihre ordnungsgemäße Umsetzung unabhängig prüfen.

Reaktionen aus der Gesundheitspolitik sehr unterschiedlich

Zu den vom CCC gefundenen Sicherheitslücken im Zusammenhang mit der TI sagte **Maria Klein-Schmeink**, Sprecherin für Gesundheitspolitik der **GRÜNEN**: „Das digitale Gesundheitsnetz ist nur sicher, wenn bei allen seinen Teilen gleich hohe Standards eingehalten werden.“ Sie forderte das Gesundheitsministerium auf, die Recherchen des CCC daher zum Anlass zu nehmen, alle Prozesse im Zusammenhang mit der Ausgabe von Karten sowie die Kartenhersteller auf Schwachstellen zu überprüfen. Und **Konstantin von Notz**, Stellvertretender **GRÜNEN**-Fraktionsvorsitzender, bekräftigte:

„Hinter der Fassade so vieler IT-Sicherheitsversprechen liegt die ernüchternde

Realität der immer komplexeren Digitalisierung und ihrer Unübersichtlichkeiten. Es ist wichtig, dass der CCC uns diesen Spiegel vorhält. Und es ist gut, dass die Gematik sich offen zeigt für den Dialog und sich nicht wegduckt.“ Für das Projekt Gesundheitskarte müssten die Testversuche des CCC als eine sehr dringende Warnung verstanden werden.

CDU: Mehr Einbezug der Industrie bei Nutzung von Patientendaten

In einem Positionspapier aus den Reihen der **CDU/CSU** mit dem Titel „Kehrtwende für eine bessere Digitalisierung von Patientenversorgung und Gesundheitsforschung“ erhoben die Verfasser, die CDU-Gesundheitspolitiker **Tino Sorge** und **Stephan Albani** die konträre Forderung, die „industrielle Gesundheitswirtschaft stärker in die Gesundheitsforschung“ einzubeziehen. Unter anderem wollen die beiden CDU-Bundestagsabgeordneten laut dem änd, dass die Industrie mehr Rechte bei der Nutzung digitaler Patientendaten bekommt. Dies müsse im Rahmen eines Digitale-Versorgungsgesetzes II dringend korrigiert werden. Erkenntnisse, die künftig aus dem „Datenschatz“ gewonnen würden, könnten so zügig zum Patienten und in konkrete Anwendungen überführt werden.

Darüber hinaus sei die Berücksichtigung der Industrie wichtig im Hinblick auf das „Standortpotential für die Gesundheits- und Gesamtwirtschaft“. Fortschritte erhoffen sich beide Abgeordnete von dem durch das Digitale-Versorgungsgesetz (DVG) von Jens Spahn geschaffene Forschungsdatenzentrum.

Allerdings werde die Industrie dort bislang nicht als antragsberechtigter Akteur aufgeführt. Dies müsse im Rahmen des DVG II dringend korrigiert werden. Schließlich sei die Gesundheitswirtschaft die treibende Kraft der medizinischen Forschung und im Medizintechnologiesektor. Während sich bei der datengestützten Gesundheitsversorgung der quantitative Wettbewerb zwischen den USA und China abspielen werde, „sollten qualitativ hochwertige Daten ‚Made in Germany‘ zu einem Alleinstellungsmerkmal unserer Gesundheitswirtschaft ... werden“, heißt es weiter in dem Papier.

Sorge und Albani fordern auch eine „nationale Koordinierungsstelle“, die alle

Datenflüsse an zentraler Stelle bündeln könne.

Bezüglich der Ärztinnen und Ärzte sagen die beiden CDU-Gesundheitspolitiker, dass die Erhebung und Verarbeitung „von der Basisdokumentation bis zu weitergehenden Daten“ bei ihnen verpflichtend verankert werden müsse – wobei ein besonderes Gewicht auf die Qualitätssicherung gelegt werden müsse. Dabei müssten die Akteure aber auch finanziell und mit Know-How unterstützt werden. „Sanktionen allein, wie bei der Erstaussstattung von Arztpraxen mit TI-Konnektoren, haben sich als nicht genügend wirksam erwiesen“, so die CDU-Politiker. Vorstellbar sei ein Finanzinstrument auf Länderebene, welches „Vorreiter mit Boni belohnt, Nachzügler sanktioniert, und somit im finanziellen Ergebnis ausgeglichen bleibe.“

Versorgung auf dem Land: CSU fordert Milliardenprogramm für Ärzte, Kliniken und Internet

Wie die dpa berichtete, will die CSU mit einem Milliardenprogramm den ländlichen Raum stärken, Krankenhäuser modernisieren, für mehr LandärztInnen sorgen und die medizinische Versorgung verbessern. Das geht aus einem Papier hervor, welches die Bundestagsabgeordneten bei ihrer Klausur im oberbayerischen Kloster Seon beschlossen haben. Konkret vorgesehen sind Investitionen von fünf Milliarden € für den Erhalt und die Modernisierung von Krankenhäusern auf dem Land. „Für jeden sollen vor Ort möglichst schnell eine gute medizinische Versorgung aus modernsten Notfallstationen und ausreichend vielen Kinder- und Geburtsstationen vorhanden sein, und jeder soll vor Ort die Möglichkeit auf modernste Apparatedizin haben“, heißt es im Papier weiter.

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung soll zudem ein „**Landarztpaket**“ eingeführt werden, welches neben mehr Studienplätzen auch eine Landarztquote bei der Vergabe an Studierende ohne den eigentlich notwendigen Notendurchschnitt vorsieht. Dieses Konzept hat die CSU bereits in Bayern umgesetzt.

Berlin leitet Konferenz der Ländergesundheitsminister

Die **Berliner Gesundheitsministerin Dilek Kalayci**, ehemals **Kolat (SPD)**, hat

Anfang des Jahres den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) übernommen. Damit hat Berlin turnusgemäß den Staffeln von Sachsen übernommen, das 2019 den Vorsitz hatte. Bei der GMK beraten die Länderministerinnen und -minister sowie deren Staatssekretäre regelmäßig über gesundheitspolitische Fragen. Kalayci wird damit auch die wichtigste Verhandlungsführerin gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium in Fragen der Zusammenarbeit mit den Bundesländern.

Zu ihren Plänen befragt, nannte die Senatorin die indirekten und direkten Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit als einen der Schwerpunkte als GKM-Vorsitzende. Dabei gehe es um „besonders vulnerable Gruppen wie Kleinkinder, Ältere oder Wohnungslose“, hieß es.

Die Konferenz der Ministerinnen und Minister der Länder findet am 17. und 18. Juni 2020 in Berlin statt. 2021 wird Bayern der Konferenz vorsitzen.

116 117 startet

Ab Neujahr sollen Patienten mit akuten Beschwerden zentral über die ausgeweitete **Bereitschaftsdienstnummer 116 117** schnell die geeignete medizinische Hilfe finden. Die Nummer werde jetzt zu einem „Patienten-Navi“, sagt KBV-Chef Andreas Gassen. „Die primäre Art, einen Termin zu organisieren, wird immer noch die Praxis bleiben.“ Für alle ohne Termin solle die Hotline aber eine zentrale Anlaufmöglichkeit sein.

Für das neue Angebot wird die schon seit 2012 existierende Nummer für den Bereitschaftsdienst der Ärzte außerhalb der Praxiszeiten deutlich ausgebaut. War sie bisher nur nachts und außerhalb der Praxisöffnungszeiten erreichbar, soll künftig gelten: 24/7 erreichbar. Die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern haben ihre Call-Center aufgestockt, zum **Start am 1. Januar 2020** sollten es bundesweit **1.500 Mitarbeiter** sein. Damit verzahnt werden nun auch bestehende Telefonstellen, die Facharzt-Termine vermitteln.

Patienten sollen am Telefon eine erste Einschätzung bekommen, wie dringlich sie behandelt werden müssen, sofern es kein Notfall ist: schnellstmöglich, binnen 24 Stunden oder später. Medizinisch geschulte Mitarbeiter im Call-Center fragen

dafür Symptome, Vorerkrankungen und Risikofaktoren ab – und lotsen Patienten entsprechend in eine Praxis oder eine Klinik weiter. Um eine Diagnose geht es ausdrücklich noch nicht. Unterstützt werden sie dabei durch ein Softwaretool, das sogenannte **standardisierte Erstein-schätzungsverfahren (SmED)**.

Künftig sollen über die 116 117 auch **Termine bei Haus- und Kinderärzten** zu haben sein, und das auch zur dauerhaften Betreuung. Praxen sollen freie Termine dafür ins System der jeweiligen KV einstellen. Die KBV-Experten rechnen für 2020 mit rund zehn Millionen Anrufern nach gut sieben Millionen beim bisherigen Angebot im vergangenen Jahr – bei insgesamt mehr als 500 Millionen Behandlungsfällen in Praxen pro Jahr.

116 117 - KV Thüringen kritisiert Gesetzgeber

Die KV Thüringen kritisiert indes zu Recht, dass die **Niedergelassenen diesen Service aus eigener Tasche finanzieren** müssten. Hierzu Thüringens KV-Chefin Rommel: „Es ist bedauerlich, dass der Gesetzgeber immer neue Forderungen gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung erhebt, dafür aber weder Steuern noch Kassenmittel zur Verfügung gestellt werden.“ Die KVen erbrächten den neuen Service allein „mit Mitteln der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, die dafür auf einen Teil ihrer ohnehin budgetierten Vergütungen für erbrachte ärztliche und psychotherapeutische Leistungen verzichten müssen“, hieß es in einer Mitteilung der KV Thüringen. In anderen Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge wäre so etwas undenkbar.

Neues aus dem G-BA

• Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie: Erleichterungen für pflegende Angehörige

Mit einem entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Berlin seine Rehabilitations-Richtlinie an die Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes angepasst. Für pflegende Angehörige entfällt demnach das geltende Prinzip einer gestuften Versorgung „ambulant vor stationär“. Der Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation besteht nunmehr auch, wenn am-

bulante Leistungen aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Zudem sieht die Änderung vor, dass der oder die Pflegebedürftige für die Dauer der Rehabilitation in der Klinik versorgt werden kann.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

In: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/832/>

• Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie): Anlage 1 Untersuchungsheft für Kinder – Klarstellung zur Dokumentation des Pulsoxymetrie-Screenings

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat in seiner Sitzung am 14. November 2019 für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Kinder-Richtlinie wie folgt zu ändern:

In: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4020/>

• Änderungen der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und die Neufassung des Heilmittelkatalogs beschlossen. Ziel dieser umfassenden Reform ist, das Ordnungsverfahren deutlich zu vereinfachen, um die betroffenen Leistungserbringer zu entlasten. Weiterhin wurden die maßgeblichen Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung, die das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorsieht, mit dem Beschluss umgesetzt.

„Noch während der grundlegenden Überarbeitung des Heilmittelkatalogs wurden umfangreiche gesetzliche Änderungen für die Heilmittelversorgung mit dem TSVG auf den Weg gebracht. Der G-BA hatte damit zwei weitere sehr komplexe Aufgaben parallel zu bearbeiten und umzusetzen. Das Ziel, möglichst zeitnah zum Inkrafttreten des Gesetzes entsprechende Regelungen vorzulegen, haben wir mit der heutigen Beschlussfassung erreicht“, sagte Dr. Monika Lelgemann, unpar-

teisches Mitglied und Vorsitzende des Unterausschusses Veranlasste Leistungen in Berlin.

Zu den wichtigsten Neuerungen zählen die **Abschaffung der Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb oder außerhalb des Regelfalls** und damit auch der Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die **Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge** sowie **Regelungen zur sogenannten „Blankoverordnung“**. Darüber hinaus erfolgt eine deutliche Vereinfachung der Struktur und Darstellungsform des Heilmittelkatalogs.

Die Änderungen werden nach Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum **1. Oktober 2020** in Kraft treten, da es durch diese umfassende Reform einer ausreichenden Vorlaufzeit bedarf, um u. a. auch die Kommunikationsstrukturen zwischen verordnenden Ärztinnen und Ärzten sowie Heilmittelerbringern anzupassen. Hierdurch soll ein reibungsloser Übergang von der „alten“ zur „neuen“ Heilmittel-Richtlinie gewährleistet werden.

Mehr hier: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3973/>

- **G-BA passt Schutzimpfungs-Richtlinie an geänderte Gesetzeslage an**
Der G-BA hat die Schutzimpfungs-Richtlinie an die geänderte Gesetzeslage angepasst. Mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (TSVG) besteht ein **Anspruch der Versicherten auf Leistungen für Schutzimpfungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig davon, ob die Versicherten auch entsprechende Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern, beispielsweise dem Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos, haben.**

Im Zuge des Anpassungsbedarfs an die gesetzlichen Änderungen strukturierte der G-BA die Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie, in der die Details zu Art und Umfang der Leistungen dargestellt sind, übersichtlicher. Die derzeitigen „Hinweise zu den Schutzimpfungen“ und die weiteren „Anmerkungen“ werden durch die zusammengeführten „Hinweise zur Umsetzung“ ersetzt.

Mit der Neufassung der Anlage 2 der Schutzimpfungs-Richtlinie wird zukünftig eine differenziertere Erfassung von Impfungen ermöglicht: Der G-BA ergänzte Dokumentationsziffern für Impfungen, die aufgrund einer be-

ruflichen Indikation oder aufgrund eines beruflich oder durch eine Ausbildung bedingten Auslandsaufenthaltes durchgeführt werden. Diese Impfungen können somit auch in epidemiologischen Datenanalysen, zum Beispiel des Robert Koch-Instituts, berücksichtigt werden.

Zudem berücksichtigt der Beschluss die im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34 dieses Jahres veröffentlichten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO).

In: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4002/>

Inkrafttreten: 28.12.2019

- **Beschluss der Bedarfsplanungs-Richtlinie:**

Beschlussdatum: 05.12.2019

Inkrafttreten: 21.12.2019

Nachzulesen im Detail in: <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>

Kontaktanschrift:

Kathrin Jackel-Neusser
Leiterin der Stabsstelle Politik und Kommunikation des BVKJ
E-Mail: Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH



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.

„Wann muss ich mir Sorgen machen“ – Ergebnisse einer Befragung von Eltern zum Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfektionen im Kleinkindesalter

Das Thema der Antibiotikaresistenz aufgrund einer medizinisch nicht indizierten Antibiotikatherapie ist ein bedeutsames Problem im ambulanten Versorgungsbereich. Teils wird dieses Problem durch eine ungezielte Verschreibungspraxis, teils durch fehlerhafte Einnahme der verordneten Medikamente und mangelndes Wissen auf Seiten der Eltern erkrankter Kinder forciert. Es spielen die Erwartungen der Patienten an ihren behandelnden Arzt sowie deren Wahrnehmung durch die Ärzte eine wichtige Rolle, verstärkt durch mangelnde bzw. unstrukturierte Kommunikation. Oft ist den Eltern erkrankter Kinder der natürliche Verlauf z.B. von Atemwegsinfektionen nicht bekannt und äußere Faktoren (Arbeit, fehlende Kinderbetreuung zu Hause) spielen ebenfalls eine Rolle für den Wunsch der Eltern, das Kind möglichst schnell zu heilen. Im Rahmen der Pilotstudie „Wann muss ich mir Sorgen machen?“ des Paedine Saar Netzwerks wurden in einem Survey in Kindertagesstätten der Region Homburg der Wissensstand und die Einstellungen und Erfahrungen von Eltern zum Thema Antibiotikaeinsatz, Antibiotikaresistenz und Infektionsprävention bei Atemwegsinfektionen im Kleinkindesalter evaluiert.



Carolina Mattwich¹

Dr. med. Hagen Reichert²

Prof. Dr. med. Arne Simon²

¹ Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg Saar carolina@mattwich.de; Arne.Simon@uks.eu

² Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendmedizin, Richter, Reichert, Wahlen, und Stierkorb, Talstraße 49, 66424 Homburg

Einleitung

Die zu ungezielte, nicht leitlinienkonforme Antibiotikatherapie (ABT) wird auch in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin mit der Selektion antibiotikaresistenter Infektionserreger in Verbindung gebracht [1]. Aktuelle Konsensus-Leitlinien der Fachgesellschaften sprechen sich ex-

plizit gegen einen zu ungezielten Antibiotikaeinsatz aus [29,33]. Trotzdem werden bei Kleinkindern mit viralen und selbstlimitierend verlaufenden bakteriellen Infektionen der Atemwege weiterhin häufig Antibiotika verschrieben [13,23,24,33,35]. Das Ordnungsverhalten der Ärzte¹ wird auf komplexe Weise durch Kenntnisse, Einstellungen, Erfahrungen und äußere Faktoren beeinflusst [6,35]. Neben der hohen Arbeitsbelastung (Zeitdruck) spielen Kommunikation und Interaktion mit den Eltern eine erhebliche Rolle [7]. Fragen nach Ursachen der Symptome des Kindes werden mitunter als Erwartungshaltung in Hinblick auf eine Antibiotikaverordnung (fehl)interpretiert [5,27]. Aus diversen Gründen (z.B. Angst, ein schwerwiegend erkranktes Kind zu übersehen) [7] tendieren manche Ärzte zu einer Antibiotikaverordnung „nur zur Sicherheit“. Andererseits gibt es Eltern, die sich unsicher sind, wie sie ihrem kranken Kind helfen können und welche Warnzeichen auf eine ernsthafte Erkrankung/Komplikation hindeuten [8,15,16,18,32]. Zwar wird das Problem der Antibiotikaresistenz inzwischen extensiv in den Massenmedien diskutiert [12], trotzdem überdauern falsche Vorstellungen zu Ursachen und Mechanismen der Selektion resistenter Infektionserreger [4,10,22].

Im Saarland haben sich Kinder- und Jugendmediziner, pädiatrische Infektiologen,

¹ Es sind immer alle Geschlechter gemeint.

Mikrobiologen und Krankenhaushygieniker zu einem pädiatrisch-infektiologischen Netzwerk zusammengeschlossen (Paedine Saar Netzwerk). Das Projekt „Wann muss ich mir Sorgen machen“ zielt darauf ab, den im Ländervergleich hohen Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfektionen im Kindesalter nachhaltig zu reduzieren [2,21].

Im Rahmen eines Teilprojektes dieser Initiative wurden Eltern von Kita-Kindern der Region Homburg/Saar mittels schriftlichen Fragebogens befragt. Dabei ging es darum, aktuelle Informationen über deren Kenntnisstand zum Thema Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfektionen und antibiotikaresistente Erreger zu generieren und Hinweise auf bestimmte Verhaltensweisen in der Interaktion mit Kinder- und Jugendmedizinern zu bekommen.

Methoden

Die zentralen Themen des Fragebogens (8 geschlossene Fragen) wurden nach systematischer Literaturrecherche ausgewählt. Der anonyme Fragebogen² beinhaltet demographische Angaben zur Person, zu deren Ausbildung bzw. Bildungsgrad sowie zur Anzahl der Kinder im Haushalt. Die Fragen bezogen sich explizit auf Atemwegsinfektionen bei Kleinkindern und lassen sich 5 Themenbereichen zuordnen:

² Auf E-Mail Anfrage beim Korrespondenzautor erhältlich.

- (Gesundheits-)Wissen zu Antibiotika bzw. zur Antibiotikaresistenz (3 Fragen)
- Einstellungen zu und Umgang mit Antibiotika (2 Fragen)
- Gründe für und Ziele einer ärztlichen Konsultation (1 Frage)
- Sozioökonomische Probleme (1 Frage)
- Nicht medikamentöse Maßnahmen der Infektionsvermeidung (1 Frage)

Dem Fragebogen, der den Eltern von Erzieherinnen der teilnehmenden Kitas ausgehändigt wurde, lag ein Begleitschreiben des Studienleiters bei. Zudem wies ein Plakat im Eingangsbereich der Kitas auf die aktuelle Fragebogenaktion hin.

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Programms SPSS™ (Version 24, IBM SPSS Statistics; Campuslizenz medizinische Fakultät Homburg). Gemäß schriftlicher Mitteilung der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes vom 22. März 2016 war aufgrund der Anonymisierung der Fragebögen kein Ethikvotum erforderlich.

Ergebnisse

Von 22 kontaktierten Kindertagesstätten (Kitas) der Region Homburg/Saar erklärten 13 (59%) ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Insgesamt wurden 776 Fragebögen ausgegeben von denen wir 284 auswertbar zurück erhielten (Rückmelderate: 36,6%). Die Bereitstellung von übersetzten Fragebögen nach konkreten Vorgaben der Kita-Leitungen führte nicht zu einem nennenswerten Rücklauf von Fragebögen aus Familien mit Migrationshintergrund.

Herkunftsland der Eltern, Bildungsgrad und Beschäftigung in Gesundheitsberufen

85% der Teilnehmenden wurden in Deutschland geboren. Die Mehrzahl der Befragten hatte eine Berufsausbildung (39%), Abitur oder Fachabitur (12%) bzw. einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss (40%). Am Studienort ist das Universitätsklinikum des Saarlandes einer der größten Arbeitgeber. Daher wurde danach gefragt, ob die Teilnehmenden im Gesundheitsdienst tätig sind. 125 von 284 Fragebögen enthielten entsprechende Angaben, wonach dieses Merkmal bei 38% der Teilnehmenden vorlag.

Warum konsultieren die Eltern einen Arzt

Angst vor schwerwiegenden Komplikationen wurde von 70% der Eltern als Grund für die Konsultation angegeben,

89% wollen vom Arzt erfahren, welche Erkrankung ihr Kind hat und wie sie ihrem Kind symptomatisch helfen können. 76% möchten auf Warnzeichen einer komplizierten/bedrohlichen Infektion hingewiesen werden. Nur 24% konsultieren den Arzt, damit der ihrem Kind ein Antibiotikum verordnet (trifft immer zu 6%, trifft manchmal zu 18%)

Kommunikation und Kompetenzvertrauen

Eltern möchten dem Arzt detaillierte Fragen stellen (65%) („... ich lege Wert darauf, dass wir uns austauschen und er mir zuhört.“). Dies impliziert jedoch nicht, dass sie ihn „hinterfragen“ möchten oder seine Kompetenz infrage stellen („... er weiß vielleicht gar nicht, was für mein Kind in dieser Situation gut ist“, trifft nur bei 8% zu).

Bei welchen Infektionen sind Antibiotika nach Einschätzung der Eltern hilfreich?

Von allen Teilnehmenden wissen 89%, dass Antibiotika bei bakteriellen Infektionen hilfreich sein können; 15% halten Antibiotika bei viralen Infektionen für wirksam. Als besonders hilfreich wurden Antibiotika gewertet bei: Lungenentzündung (84%) und Mandelentzündung (58%), seltener bei Ohrenschmerzen (22%), Husten/Bronchitis (17%) und Grippe (6%).

Wie werden verordnete Antibiotika von den Eltern verabreicht?

Diese Frage basiert auf dem hypothetischen Fall eines Kleinkindes, das dreimal tgl. über 7 Tage ein Antibiotikum einnehmen soll. Die große Mehrheit (87%) der Befragten gab an, das Antibiotikum exakt so zu verabreichen wie es verordnet wurde; 85% gaben an, sich genau an die ärztlichen Vorgaben zu halten, auch wenn es dem Kind bereits vorher wieder besser geht. 2% hielten es für ausreichend, das Antibiotikum zweimal täglich zu geben und 3% würden die Antibiotikagabe bei Symptombesserung vorzeitig beenden. Nur 1% der Teilnehmenden gibt an, Reste des Antibiotikums aufzuheben um es bei einer erneuten Erkrankung zu verabreichen.

Grundwissen über Antibiotikaresistenzen und Nebenwirkungen

Von allen Teilnehmenden stimmten 91% der Aussage zu „Ein Antibiotikum muss immer ganz zu Ende genommen werden, wie der Arzt es verordnet hat,

weil die Bakterien sonst resistent werden“. Der Aussage „Im Zweifelsfall ist es besser ein Antibiotikum zu nehmen, denn (...) [sie] schaden (...) zumindest nicht“ stimmten nur 3% zu. Der Aussage „Antibiotika können erhebliche Nebenwirkungen haben, wie z.B. Hautausschlag, Durchfall, Übelkeit oder Bauchschmerzen, Mund- oder Windelpilzbefall“, wurde mit 94% mehrheitlich zugestimmt.

Nehmen die Eltern gezielt Einfluss auf die Verordnung?

Von allen Teilnehmenden gaben 99% an, noch nie die Verschreibung eines Antibiotikums für ihr Kind gegen den Willen des Arztes durchgesetzt zu haben.

Äußere Umstände, die eine Antibiotikatherapie forcieren

Fast die Hälfte (46%) der Teilnehmenden muss sich bei Erkrankung des Kindes immer oder manchmal Hilfe von außen holen (z.B. Großeltern). Ein Drittel der Eltern (31%) bestätigt (trifft immer oder manchmal zu), dass sie es sich nicht leisten können zuhause zu bleiben, weil sie von Seiten ihres Arbeitgebers unter Druck geraten. 96% der Eltern schicken ihr Kind immer oder meistens erst nach vollständiger Genesung wieder in den Kindergarten, 2% definitiv früher. Bei 8% sei es manchmal erforderlich, die Genesung des Kindes nicht vollständig abzuwarten.

Was wissen Eltern über Antibiotikaresistenz?

77% der Eltern stimmten der Aussage (immer und manchmal) zu, dass Antibiotikaresistenz ein großes Problem in Deutschland ist, wobei 20% angaben, dies nicht zu wissen. 89% wissen, dass eine zu häufige Verordnung von Antibiotika zum Problem der Antibiotikaresistenz beiträgt. Die Hälfte (49%) der Teilnehmenden glaubt, dass „der Körper des Kindes immer schwächer wird, bis er sich an das Antibiotikum gewöhnt hat“, wodurch das Antibiotikum letztendlich nicht mehr wirksam sei. Nur 26% gaben an, das sei nie der Fall und 21% gaben an, die Antwort nicht zu kennen. Für 37% der Befragten ist die Übertragung antibiotikaresistenter Erreger innerhalb einer Kitagruppe eine mögliche Erklärung dafür, dass Antibiotika beim eigenen Kind nicht mehr wirken. 29% bestreiten diese Möglichkeit („trifft nie zu“).

Maßnahmen der Basishygiene zur Prävention von Infektionen

Tabelle 1 zeigt die zustimmenden Antworten in Hinblick auf vorgeschlagene Maßnahmen der Basishygiene zur Prävention von Atemwegsinfektionen.

Statistische Analyse der Ergebnisse

Es stellte sich die Frage, ob das Antwortverhalten der Eltern mit den verfügbaren soziodemographischen Daten korreliert. Dies traf zu: Personen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, haben ein fundierteres Wissen bezüglich des Wirkungsspektrums von Antibiotika sowie zum Thema Antibiotikaresistenz ($p=0,006$ („...Antibiotika sind gut wirksam gegen bakterielle Infektionen“) bzw. $p=0,001$ („...Antibiotikaresistenz [entsteht] unter anderem durch die zu häufige Verordnung von Antibiotika...“)). Zudem scheinen sie besser über Warnzeichen einer gefährlichen Infektion Bescheid zu wissen und seltener aus Angst vor Komplikationen zu konsultieren. Eltern mit höherem Bildungsniveau (Abitur, Fachabitur, Hochschulabschluss, Promotion) konsultieren seltener einen Arzt aus Angst vor Komplikationen ($p=0,013$) und wissen besser über das Wirkungsspektrum von Antibiotika Bescheid ($p=0,004$ „Antibiotika helfen bei bakteriellen Infektionen“; $p=0,008$ „Antibiotika helfen bei viralen Infektionen“). Dennoch ist das Erklärungsmodell des „resistenten Körpers“ weit verbreitet (40% Zustimmung bei Personen mit Abitur/Fachabitur und 47,9% bei Personen mit Hochschulabschluss). Eltern mit höherem Bildungsgrad scheinen weniger Spielraum von Seiten des Arbeitgebers zu haben, wenn es darum geht, aufgrund eines kranken

Kindes zu Hause zu bleiben (70,4% der Teilnehmer mit Abitur und Fachabitur benötigten Hilfe von außen (z.B. Großeltern); $p=0,02$).

Das Alter der Studienteilnehmer als Einflussgröße

Jüngere Eltern (≤ 30 -Jahre) beenden eine Antibiotikagabe eher vor Ende des vom Arzt empfohlenen Zeitraums ($p=0,034$). Dennoch halten sich insgesamt die meisten Befragten an die Vorgaben des Arztes. Die größte Verbreitung des erratischen Erklärungsmodells des „resistenten Körpers“ zeigte sich in der Altersgruppe von 31 bis 40 Jahren ($p=0,003$).

Diskussion

Diese Studie ist eine der ersten, die das Thema ‚Antibiotikatherapie von Atemwegsinfektionen bei Kleinkindern‘ auf die Befragung von Eltern von Kita Kindern fokussiert. Aus Deutschland liegen bisher nur sehr wenige vergleichbare Untersuchungen vor, die jedoch nicht auf diese spezielle Zielgruppe begrenzt sind [17,30,31]. Die Auswertung liefert einige überraschende, teils von anderen international publizierten Studien abweichende, Ergebnisse. Vorab jedoch die Limitationen: kleines ($n=284$) regionales Kollektiv (ländliche Region Homburg/Saar) mit vergleichsweise hohem Anteil gut ausgebildeter Eltern, die zu einem hohen Anteil im Gesundheitswesen tätig sind (Standort Universitätsklinik des Saarlandes).

Umso überraschender ist, dass 49 % der Befragten unter „Antibiotikaresistenz“ verstehen, dass „der Körper des Kindes schwächer wird, bis er sich an das Antibiotikum gewöhnt hat“. Dieses Erklärungsmodell ist z.B. auch bei Brooks-Howell et al. [4], Hawkins et al. [22] sowie Carter

et al. [10] zu finden („The body gets used to it.“). Daraus kann irrtümlicherweise abgeleitet werden, dass eine Antibiotikaeinnahme nicht zur Selektion resistenter Bakterien führt, wenn sie nicht wiederholt und protrahiert erfolgt. Bei Antibiotikaresistenz ist der Verlust der Wirksamkeit dieser Arzneimittel von Patient zu Patient übertragbar [36,37]. Die Möglichkeit der Übertragung Antibiotika-resistenter Erreger von Kind zu Kind in einer Kita ist zu wenigen Menschen bewusst.

In unserer Studie hielten 15 % der Eltern Antibiotika bei viralen Infektionen für hilfreich. Insofern ist es bei Konsultation nicht ausreichend, nur auf die wahrscheinlich virale Genese einer Infektion hinzuweisen. Einem relevanten Teil der Eltern ist der Unterschied zwischen viralen und bakteriellen Infektionen nicht klar. Dies zeigten auch Cabral et al. [8] und Shlomo et al. [32]. Demnach beruhigt die Aussage „Es ist nur ein Virus“ bei Konsultation wesentlich weniger als „die Lunge ist frei“ [8]. Das Wissen, dass es sich um eine virale Atemwegsinfektion handelte, beeinflusste nicht die elterliche Erwartungshaltung hinsichtlich einer Antibiotikaverschreibung. [32].

Hauptmotiv für die ärztliche Konsultation bei Kleinkindern mit Atemwegsinfektion ist nach unseren Ergebnissen nicht die Erwartung, ein Antibiotikum verordnet zu bekommen. Untersucht wurde das u.a. von Mangione-Smith et al., wonach „kritische Fragen“ von Eltern zum Zustand ihres Kindes oft als „Erwartungsdruck in Richtung einer Antibiotikaverschreibung“ fehlgedeutet werden. [25].

Hier vorgestellte Ergebnisse legen nahe, dass die meisten Eltern (76%) aus Angst vor Komplikationen und auf der Suche nach symptomatischen Behandlungsmöglichkeiten ihren Arzt aufsuchen.

Tab. 1: Basishygiene zur Infektionsprävention

Item	Zustimmung (in %)
Händewaschen mit Wasser und Seife, v.a. nach der Toilette und vor dem Essen.	99,6
Husten nur mit vorgehaltener Hand (oder in die Ellenbeuge).	95,7
Nicht den gleichen Waschlappen oder das gleiche Handtuch mit andern teilen.	89,7
Schnäuzen (bei Erkältung) nicht in ein Stofftaschentuch, sondern in ein „Tempo-Taschentuch“, das sofort weggeworfen wird	88,6
Handtücher, Waschlappen und Leibwäsche (z.B. Unterhosen) bei 60°C waschen.	86,1
Desinfektion, z.B. vom Toilettensitz mit einem Desinfektionsmittel.	68,0
Händedesinfektion mit einem Händedesinfektionsmittel.	63,7
Keine Seifenstücke, sondern nur Flüssigseife aus einem Spender verwenden.	58,4

Dabei vertrauen sie mit überwältigender Mehrheit der Kompetenz des behandelnden Arztes [14].

Eltern wollen den Arzt nicht unnötig „belästigen“, stellen ihre Kinder aber trotzdem oft „nur zur Sicherheit“ vor [9,34], dabei wissen sie nicht, wie lange Atemwegsinfektionen üblicherweise dauern [16,38]. Eine Studie aus Nancy untersuchte die antibiotische Therapie in einer pädiatrischen Notfallambulanz [26]. In 59% waren die dort vorgestellten Kinder aufgrund einer Atemwegsinfektion antibiotisch vorbehandelt. In 66% waren diese Verordnungen inadäquat, in 30% wäre keine Antibiotikatherapie nötig gewesen. Hingegen ergab die Befragung der Eltern (n=88), dass sie in 99% aller Fälle von der Notwendigkeit der Antibiotika-Verordnung überzeugt waren. Laut Cabral et al. hat sich in Großbritannien trotz eines Wissenszuwachses auf Patienten- und Ärzteseite in den letzten Jahren wenig an der Erwartungshaltung in Hinblick auf eine Antibiotikaverordnung bei Atemwegsinfektionen geändert. Die Autoren erklären dies vor allem mit Zeitdruck und Kommunikationsproblemen [8]. Auch in der oben zitierten Arbeit aus Nancy geben die befragten Kinderärzte an, in bis zu 30% die Antibiotikatherapie aus Zeitmangel ohne ausreichende Indikation zu verordnen [26]. Unsere Ergebnisse legen hingegen nahe, dass Eltern die ärztliche Entscheidung hinsichtlich der Therapie ihres Kindes akzeptieren. 98% geben an, nie eine Antibiotikaverschreibung gegen den Willen des Arztes durchgesetzt zu haben. Ähnliches bestätigt eine Studie von Brooks-Howell [5].

Hier vorgestellte Ergebnisse zeigen, dass drei Viertel der Eltern auf Warnzeichen für einen komplizierten Verlauf hingewiesen werden möchten. Selbiges untersuchten Francis et al: Eine bei Konsultation verwendete Broschüre (mit Informationen, wann und bei welchen Warnzeichen ein Arztbesuch erfolgen sollte) wurde positiv aufgenommen. [20]. Wir haben die von uns mit Erlaubnis des Autors übersetzte und weiterentwickelte Broschüre („Wann muss ich mir Sorgen machen?“ mhp Verlag, Wiesbaden) den teilnehmenden Kitas nach Einsammeln der Fragebögen zur Verfügung gestellt. Die Verwendung einer solchen Broschüre bei Konsultation könnte ein guter Ansatzpunkt sein, um Eltern über Warnzeichen/das regionale Sicherheitsnetz [28] zu informieren. In der Studie von Francis et al. konnten die An-

tibiotikaverordnungen um 26% reduziert werden [19,20]

In hier vorgestellter Studie stammten 15% derjenigen, die die Frage zu ihrem Herkunftsland beantworteten, nicht aus Deutschland. Wichtig ist, zu evaluieren, ob es kulturelle Unterschiede im Verständnis von Krankheiten, im Umgang mit kranken Kindern oder im Wissen zu Antibiotika gibt. Dies wurde anhand der kulturellen Dimensionen von Hofstede z.B. von Borg et al. untersucht. Demnach waren die kulturellen Dimensionen „Vermeiden von Unsicherheit“ sowie „Maskulinität“, mit einem übermäßigen Gebrauch von Antibiotika assoziiert [3]. Diese Aspekte sollten Gegenstand zukünftiger Studie sein.

Wahrscheinlich ist in Hinblick auf den rationalen Einsatz von Antibiotika bei Atemwegsinfektionen im Kleinkindesalter neben einer notwendigen Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Eltern vor allem eine Verhaltensänderung auf Seiten der Ärzte erforderlich. Dies gilt vor allem dann, wenn Ärzte Antibiotika nicht leitlinien-gerecht vorordnen und zu unkritisch und ungezielt verschreiben, obwohl die Eltern für ihr Kind gar kein Antibiotikum haben wollten. Hierzu haben wir bundesweit ein weiteres Umfrageprojekt durchgeführt, dessen Ergebnisse zur Publikation anstehen.

Fazit für die Praxis

Eltern kennen zwar den Begriff der Antibiotikaresistenz, legen jedoch oft falsche Erklärungsmodelle zugrunde. Die meisten können ihre kranken Kinder zuhause versorgen, ohne sich dabei von Seiten des Arbeitgebers unter Druck zu fühlen. Viele lassen sich ggfls. z.B. von Großeltern unterstützen. Die Mehrheit der Eltern vertraut ihrem behandelnden Kinderarzt und folgt dessen Entscheidung für oder gegen eine Antibiotikatherapie, möchte sich jedoch mit ihm über die Erkrankung des Kindes austauschen. Missverständnisse in der Interaktion und Kommunikation, die zu einer eigentlich nicht indizierten antibiotischen Therapie führen, können wahrscheinlich durch ein gezielteres Nachfragen und mehr Erläuterungen von Seiten der Ärzte reduziert werden [1,39]. Zudem könnte es hilfreich sein, den Begriff „bakterielle Resistenz“ zu verwenden und nicht-bakterielle Infektionen auch entsprechend zu bezeichnen (z.B. „Erkältung der Bronchien“ statt Bronchitis).

Die meisten Eltern verabreichen Antibiotikatherapie wie verordnet, ein kleiner Teil kürzt sie bei Symptombesserung ab und ein sehr geringer Teil hebt Reste für eine spätere Verwendung auf.

Projektförderung und Danksagung: Dieses Projekt ist ein Teilprojekt der prospektiven Studie „Wann muss ich mir Sorgen machen“ des pädiatrisch infektiologischen Pädine^{Saar} Netzwerkes (<https://www.paedine-saar.de/>), das vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Saarland finanziell unterstützt wird. Wir danken den Mitarbeiterinnen der teilnehmenden Kindertagesstätten und den teilnehmenden Eltern.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Arne Simon
Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße, Gebäude 9
66421 Homburg/Saar
Tel: 06841 / 1628399
Fax 06841 / 1628424
E-Mail: Arne.Simon@uks.eu

Interessenskonflikt:

Arne Simon ist zweiter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), Gründungsmitglied der Arbeitsgruppe Antibiotic Stewardship in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin der DGPI (2019) und Leiter des vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes geförderten Paedine Saar Netzwerkes (<https://paedine-saar.de/>). „When should I worry“ ist der Originaltitel einer von Dr. Nick Francis vom Prime Centre der University Cardiff, Wales, entwickelten Informationsbroschüre für Eltern (<http://www.whenshouldiworry.com/>). Diese Broschüre wurde mit Erlaubnis des Autors von einem Team aus Kinder- und Jugendmedizinern in Deutschland übersetzt und weiter entwickelt („Wann muss ich mir Sorgen machen“). Die hier vorgestellte Publikation geht aus der medizinischen Dissertationsschrift von Frau Mattwisch hervor, aus der zum Teil wörtlich zitiert wird. Ansonsten bestehen keine Interessenskonflikte.

Red.: Huppertz

Highlights aus Bad Orb

Histamin, Laktose, Fruktose, Gluten – Was sonst noch alles?

Aus gesundheitlichen Gründen auf bestimmte Nahrungsmittel oder Nahrungsmittel-Bestandteile zu verzichten, steht hoch im Trend. Supermarktregale sind gefüllt mit „frei von...“-Produkten. Auslobungen wie „ohne Laktose“, „frei von Gluten“ oder „vegan“ erscheinen dem Laien entweder als Qualitätskriterium selbst oder werden aus (vermeintlich) gesundheitlichen Gründen als günstig eingestuft. **Die „Indikation“ für selbst auferlegte Diäten** erfolgt dank Internet, sozialen und Printmedien **zum Großteil durch Eigen-diagnose**. Nur selten nehmen „Betroffene“ eine ernährungstherapeutische Beratung in Anspruch, so dass einerseits Fehl- und Mangelernährung möglich sind, andererseits die Lebensqualität aufgrund der Einschränkung abnimmt. Dies mag als freier Wille von erwachsenen „Betroffenen“ zu akzeptieren sein. **Werden Kinder solchen Diäten unterworfen, ohne vorab seriöse Diagnosen einzuholen und sinnvolle therapeutische Maßnahmen einzuleiten, ist dies unverantwortlich.**



Dr. Imke Reese

Bei nicht-allergischen Unverträglichkeiten ist eine strenge Karenz fehl am Platz. In der Regel handelt es sich um dosisabhängige Reaktionen, die auch als solche behandelt werden sollten. Im Folgenden wird auf die häufigsten Auslassdiäten, deren Sinnhaftigkeit und schließlich auf eine adäquate Ernährungstherapie eingegangen:

1. Kohlenhydratmalassimilationen

Laktoseintoleranz und Fruktosemalabsorption lassen sich unter dem Oberbegriff der Kohlenhydratmalassimilationen zusammenfassen, auch wenn sich der zugrundeliegende Pathomechanismus maßgeblich unterscheidet. Während es sich bei der primären Laktoseintoleranz um einen Enzymdefekt handelt, der zu einer unvollständigen Aufnahme der Laktose im Dünndarm führt, ist die unvollständige Aufnahme der Fruktose bei Vorliegen einer Fruktosemalabsorption auf einen unzureichenden Transport aus dem Darmlumen zurückzuführen. Gemein ist beiden Aufnahmestörungen, dass ein Teil der Verstoffwechslung des nicht resorbierten Zuckers durch Dickdarmbakterien stattfindet und mit typischen Symptomen wie Durchfall, Blähungen und dadurch bedingt auch Bauchschmerzen einhergeht. Eine Schädigung des Darmes ist nicht zu befürchten!

Hinweise auf eine Kohlenhydratmalassimilation liefert in der Regel ein Ernährungs- und Symptomtagebuch. Ein Nachweis erfolgt über H₂-Atemtests. Ernährungstherapeutisch geht es allein um eine **Reduzierung des relevanten Zuckers**, idealerweise unter günstiger **Beeinflussung der Verdauungszeiten**.

So kann durch **gemüsebetonte, fett- und eiweiß-reichere Mahlzeiten die Magenverweildauer verlängert, der Transit verlangsamt und die Aufnahme des relevanten Zuckers verbessert werden. Eine fettarme, stärke- und zuckerreiche Ernährung hingegen verschlechtert die Verdauungsvoraussetzungen durch zu schnelle Anflutung im Dünndarm.**⁴

2. Histaminintoleranz

Eine Unverträglichkeit auf oral aufgenommenes Histamin wird vor allem in populär-wissenschaftlichen Medien, aber auch in Fachzeitschriften thematisiert, obwohl **vollkommen unklar ist, ob es ein solches Krankheitsbild überhaupt gibt – vor allem für das Kindes- und Jugendalter ist die Datenlage sehr limitiert.** Aussagekräftige Laborparameter gibt es nicht, weder die Bestimmung der Diaminoxidase noch von Histamin sind sinnvoll. Auffallend häufig erweisen sich

Selbst bei Nahrungsmittelallergien setzt sich inzwischen durch, dass das relevante Nahrungsmittel nicht immer strikt gemieden werden muss, sondern eine an der individuellen Verträglichkeit ausgerichtete Auslassdiät sinnvoller ist.²⁻³ Sinnvoller, um eine vorhandene Toleranz zu erhalten, um Lebensqualität nicht unnötig einzuschränken und der Manifestation weiterer Allergien vorzubeugen.

Eine strikte Karenz ist allerdings bei einer Zöliakie und bei schwerwiegenden Nahrungsmittelallergien, die bereits durch kleinste Mengen ausgelöst werden können, erforderlich.

von Betroffenen beschriebene Zusammenhänge als nicht reproduzierbar, was per definitionem gegen eine Unverträglichkeit spricht. Doppel-blinde, placebo-kontrollierte Provokationen bestätigen diese Beobachtung.⁵ Um (vermeintlich) Betroffenen dennoch einen Weg aus den umfangreichen diätetischen Einschränkungen anzubieten, schlägt die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) ein praktikables diagnostisches und therapeutisches Vorgehen vor.⁶ Dieses beruht maßgeblich auf einem dreistufigen Kostaufbau, dessen Hauptziel darin besteht, die Verdauungsvoraussetzungen, ähnlich wie bei Kohlenhydratmalassimilationen zu optimieren, um unter verbesserten Bedingungen die Verträglichkeit verdächtigter Nahrungsmittel zu testen.⁷

3. Glutenverzicht ohne vorliegende Zöliakie

In den letzten Jahren wurde ein Krankheitsbild postuliert, dem eine Unverträglichkeit gegen Gluten oder andere Weizenbestandteile zugrunde liegen soll, ohne dass eine Zöliakie besteht.^{8,9} Experten weisen in einem Positionspapier der DGAKI darauf hin, dass die Existenz dieses Krankheitsbild umstritten sei, valide Biomarker zur Diagnose noch fehlen und ein Glutenverzicht mit gesundheitlichen Nachteilen bzw. Risiken einhergeht.¹⁰ Da ein nicht ausreichender Glutenverzehr eine vorhandene, aber bisher unentdeckte Zöliakie maskieren kann, muss vor Durchführung einer glutenfreien oder -armen Ernährung unbedingt eine Zöliakie sicher ausgeschlossen werden.¹¹ Letztendlich raten die Experten des Positionspapiers aber dazu, diese Form der Ernährung nur bei medizinisch einwandfreier Indikation, sprich einer nachgewiesenen Zöliakie, umzusetzen.¹⁰

Unabhängig davon, ob nahrungsmittelabhängige Beschwerden plausibel einem Pathomechanismus zugeordnet werden können (Beispiel: Durchfall nach einem großen Glas Buttermilch bei vorhandener Laktoseintoleranz) oder lediglich der Verdacht einer Unverträglichkeit besteht (Beispiel: häufige Bauchschmerzen, insbesondere nach Quetschies oder

Fruchtsaft), sollte eine Zuweisung zu einer versierten Ernährungsfachkraft erfolgen (siehe unten), um Sicherheit im Umgang mit einer bestehenden Unverträglichkeit zu erlernen bzw. ggf. vermutete Unverträglichkeiten zu relativieren bzw. zu entkräften.

Eine individuelle symptom-orientierte Ernährungstherapie

- basiert auf einer fundierten Anamnese und ggf. einer Auswertung eines Ernährungs- und Symptomprotokolls,
- differenziert zwischen vermeintlichen und individuell relevanten Triggern und
- ersetzt ggf. bereits durchgeführte Pauschal-diäten durch individuell sinnvolle, symptomorientierte Kostvorgaben.

Der Weg zur ernährungstherapeutischen Beratung erfolgt durch eine schriftliche Zuweisung des Arztes und wird in der Regel durch die Krankenkassen bezuschusst. Eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärzten und allergologisch versierten Ernährungsfachkräften (www.akdida.de, www.daab.de) ist ein wichtiger Grundbaustein für eine adäquate Diagnose und Therapie bei Verdacht auf Nahrungsmittelunverträglichkeit.

Literaturangaben

1. Eigenmann PA, Beyer K, Lack G, Antonella M, Ong PY, Sicherer SH, et al. Are avoidance diets still warranted in children with atopic dermatitis? *Pediatr Allergy Immunol* 2019;
2. Eigenmann PA, Lack G, Mazon A, Nieto A, Haddad D, Brough HA, et al. Managing Nut Allergy: A Remaining Clinical Challenge. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2017; 5: 296-300
3. Reese I. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelallergie – ein Balanceakt. *Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis* 2018; 21: 29-31
4. Schäfer C. Ernährungstherapie bei Kohlenhydratmalassimilationen. In: Reese I, Schäfer C, eds. Ernährungstherapie bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Vol. 1. München Deisenhofen: Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, 2018.
5. Komericki P, Klein G, Reider N, Hwaranek T, Strimitzer T, Lang R, et al. Histamine intolerance: lack of reproducibility of single symptoms by oral

provocation with histamine: a randomised, double-blind, placebo-controlled cross-over study. *Wien Klin Wochenschr* 2011; 123: 15-20

6. Reese I, Ballmer-Weber B, Beyer K, Fuchs T, Kleine-Tebbe J, Klimek L, et al. German guideline for the management of adverse reactions to ingested histamine: Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the German Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA), the German Association of Allergologists (AeDA), and the Swiss Society for Allergology and Immunology (SGAI). *Allergo J Int* 2017; 26: 72-79
7. Reese I. Histaminarme Diät – Rundumschlag oder gezielte Meidung? *Allergologie* 2018; 41: 237-43
8. Lebwohl B, Leffler DA. Exploring the Strange New World of Non-Celiac Gluten Sensitivity. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015; 13: 1613-5
9. Burkhardt JG, Chapa-Rodriguez A, Bahna SL. Gluten sensitivities and the allergist: Threshing the grain from the husks. *Allergy* 2018; 73: 1359-1368
10. Reese I, Schafer C, Kleine-Tebbe J, Ahrens B, Bachmann O, Ballmer-Weber B, et al. Non-celiac gluten/wheat sensitivity (NCGS)-a currently undefined disorder without validated diagnostic criteria and of unknown prevalence: Position statement of the task force on food allergy of the German Society of Allergology and Clinical Immunology (DGAKI). *Allergo J Int* 2018; 27: 147-151
11. Lerner BA, Green PHR, Lebwohl B. Going Against the Grains: Gluten-Free Diets in Patients Without Celiac Disease—Worthwhile or Not? *Digestive Diseases and Sciences* 2019;

Korrespondenzanschrift:

Dr. Imke Reese, Diplom-Oecotrophologin
Ernährungsberatung und -therapie,
Schwerpunkt Allergologie
Ansprenger Str. 19
80803 München
reese@ernaehrung-allergologie.de

Interessenkonflikt:

Ein Interessenkonflikt besteht nicht.

Red.: Keller

Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen

Anamnese

Ein einjähriges Mädchen wird mit einer „Urtikaria“ vorgestellt, die im Gesichtsbereich begonnen und sich dann im Verlauf auf den Stamm ausgebreitet habe. Ein Therapieversuch mit Cetirizin-Tropfen und Rectodelt® habe zu keiner Besserung geführt; die nicht-wandernden Hautveränderungen seien unverändert präsent. Zudem wird über Lippen-, Ohren- und Augenschwellungen berich-

tet. Anamnestisch leichtes Fieber, keine weitere Medikamenteneinnahme, keine aktuellen Impfungen.

Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickeltes weibliches Kleinkind in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Gesicht, an den Streckseiten der Extremitäten sowie am Stamm finden sich scharf begrenzte, tief-

bis blau-rote urtikarielle Plaques, z.T. mit kokardenförmigem Aspekt.

Labor

Leukozyten 11,7/nl, CRP 25mg/l, Hämoglobin 12,1/nl. Gerinnung: Quick 79%, INR 1,17, PTT 33sec, D-Dimere o

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: rundliche urtikarielle Plaques, in die es sekundär eingeblutet hat



Abb. 2: teils kokardenartige Einzelläsionen



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

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

(02 21) 6 89 09 21

Diagnose

Akutes hämorrhagisches Ödem des Kleinkindes (acute haemorrhagic edema of infancy - AHEI)

Bei dem akuten hämorrhagischen Ödem (AHEI), das im deutschsprachigen Raum nach seinen Erstbeschreibern auch Morbus Finkelstein oder Kokardenpurpura Seidlmayer genannt wird, handelt es sich um eine Vaskulitis der kleinen Gefäße, die überwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern zwischen 4 Monaten und 2 Jahren auftritt (1). Histologisch lässt sich das AHEI nicht von der leukozytoklastischen Vaskulitis Purpura Schoenlein-Henoch (PSH) unterscheiden, so dass lange davon ausgegangen wurde, dass es sich um eine Unterform der PSH handelt. Im Gegensatz zur PSH ist die direkte Immunfluoreszenz jedoch meist negativ. Da beim AHEI zudem weder die inneren Organe noch die Gelenke involviert sind und das (seltene) Krankheitsbild nur bei kleinen Kindern auftritt, geht man inzwischen davon aus, dass es sich um eine eigene Entität handelt.

Klinisch zeigt sich die immunkomplex-vermittelte Vaskulitis mit einer Hyperämie und ödematösen Schwellungen der Haut (Abb.1). In die rundlichen urtikariellen Plaques kann es sekundär einbluten; es entsteht eine Purpura, die vereinzelt einen kokardenförmigen Aspekt besitzt (Abb.2). Nur selten kommt es zu einer flächenhaften Ausbreitung oder zu Ekchymosen. Bevorzugt treten die zum Teil Plaques im Gesicht (Ohren, Kinn, Augenlider) und an den distalen Extremitäten auf. Der Rumpf ist selten, die Schleimhäute nie beteiligt. Im Kontrast zu den druckempfindlichen und manch-

mal ausgedehnten Hautveränderungen ist der Allgemeinzustand (trotz Fiebers) typischerweise gut. Selten wurde über assoziierte Bauchschmerzen im Verlauf der Erkrankung berichtet. Häufig gehen der Erkrankung virale Infekte (Atemwegsinfektionen, Otitis media, Konjunktivitis) oder bakterielle Erkrankungen (Harnwegsinfekte, Streptokokken-Infektionen, Tuberkulose) sowie Impfungen voraus.

Diagnostik

Die Diagnosestellung erfolgt klinisch. Typische Laborparameter existieren nicht; der Gerinnungsstatus ist normal. Blutuntersuchungen sollten höchstens zur Infektsuche und/oder zum Ausschluss von Differentialdiagnosen erfolgen. Nur in Zweifelsfällen ist eine Hautbiopsie indiziert.

Differentialdiagnosen

Am dringendsten und besonders initial müssen bei akut auftretenden Haut- einblutungen schwerwiegende Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden, die durch eine disseminierte intravasale Gerinnung entstehen und mit einem reduzierten Allgemeinzustand assoziiert sind (Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom, Purpura fulminans). Häufiger erforderlich ist hingegen die Abgrenzung zur klinisch verwandten PSH, bei der gelegentlich initial urtikarielle Papeln, vornehmlich an den Streckseiten der Extremitäten, auftreten können. Innerhalb von 24 Stunden entwickeln sich jedoch die typischen hämorrhagischen Purpura. Die Patienten sind jedoch älter (3-9 Jahre), die Läsionen kleiner und im Verlauf deutlich tastbar („palpable Purpura“).

Die Abgrenzung von AHEI und PSH ist wichtig, da bei einer PSH Nachkontrollen

von Urin und Blutdruck dringend empfohlen werden (3). Beim Erythema exsudativum multiforme (EEM) treten kleine kokardenförmige Maculae typischerweise akral betont auf. Es handelt sich um eine Hypersensitivitätsreaktion; Einblutungen oder Ödeme wie bei einer Vaskulitis zeigen sich nur selten. Bei nicht-wandernden ödematösen Plaques, die über >24 Stunden an einem Ort persistieren, muss auch an eine Urtikaria-Vaskulitis gedacht werden, die bei Kleinkindern jedoch nur selten und ohne akrale Betonung auftritt.

Therapie und Prognose

Eine spontane Remission des AHEI tritt nach 1-3 Wochen ein, Residuen oder Rezidive sind nicht zu erwarten. Die Therapie erfolgt symptomatisch. Eventuell bestehende Schmerzen können durch eine Behandlung mit Ibuprofen kontrolliert werden.

Literatur

1. Di Lerna V. Infantile hemorrhagic edema of infancy (AHEI) and Rotavirus infection. *Pediatr Dermatol.* 2004; 21:548-550
2. Saraclar Y. Acute hemorrhagic edema of infancy (AHEI)--a variant of Henoch-Schoenlein purpura or a distinct clinical entity? *J Allergy Clin Immunol.* 1990; 86: 473-83
3. Pohl M, Dittrich K, Ehrlich JHH et al. Behandlung der Purpura- Schönlein-Henoch-Nephritis bei Kindern und Jugendlichen - Therapieempfehlungen der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). *Monatsschr Kinderheilkd* m2013; 161:543-553

Korrespondenzanschrift:

Dr. Dörte Petersen
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift, Abt. Pädiatrische
Dermatologie/Allergologie,
Liliencronstrasse 130, 22149 Hamburg
E-Mail: d.petersen@khh-wilhelmstift.de

Red.: Höger

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

Highlights aus Bad Orb

„Mein Kind ist zu groß“ – zuwarten oder bremsen?

Der Partner des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes bei Abklärung des Hochwuchses bzw. des vermehrten Längenwachstums ist der Pädiatrische Endokrinologe. Die Normvarianten des Hochwuchses sowie die verschiedenen pathologischen Hochwuchsformen können in der Regel gut voneinander differenziert werden. Der Voraussage der Endlänge mittels Röntgenaufnahme der linken Hand kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Die Frage, ob man gesunde Kinder mit Normvarianten des Hochwuchses behandeln sollte, wird heute zunehmend kritischer gesehen. Eltern und Betroffene müssen über die Nebenwirkungen der medikamentösen Hochwuchsreduktionstherapie ausführlich aufgeklärt werden. Die operative Therapie kann eine mögliche Alternative darstellen.



Prof. em. Dr.
Helmuth G. Dörr

Einleitung

Wenn Eltern den Kinder- und Jugendarzt mit der Aussage konfrontieren „Wir machen uns Sorgen, dass unser Kind zu groß ist“, muss er entscheiden, ob eine Normvariante oder eine pathologische Wachstumsstörung vorliegt.

Liegt die Körpergröße des Kindes > 97. Perzentile in Relation zur Größe von Kindern gleichen Alters und Geschlechts einer Referenzpopulation, dann liegt ein Hochwuchs (Großwuchs) vor. Kinder können schon bei Geburt zu groß sein oder der Großwuchs entsteht postnatal durch zu schnelles Wachstum (> 75. Perzentile).

Häufig liegt eine Normvariante vor, bei der keine Therapie notwendig ist. Die Eltern wollen dennoch wissen, wie die Endlänge des Kindes sein wird und ob es therapeutische Möglichkeiten gibt, die Endlänge zu beeinflussen, wenn die Prognose eine bestimmte Endgröße überschreitet. Der Kinder- und Jugendarzt sollte die Therapieoptionen kennen und die Eltern entsprechend beraten, und er sollte auch eine Antwort auf die Frage geben „Was würden Sie tun, wenn es Ihr Kind wäre“.

Dirk Nowitzki wäre mit einer Körperhöhe von 213 cm in den Klub Langer Menschen e. V. aufgenommen worden, aber wäre er auch ein berühmter Basketballspieler geworden, wenn man bei ihm eine Hochwuchsreduktionstherapie durchgeführt hätte?

Referenzkurven für Wachstum und Gewicht

Alle Daten für die Körpergröße und das Gewicht werden in Perzentilenkurven übertragen. Längenmaße und Gewichtsmaße eines Kindes sollten dabei immer gemeinsam betrachtet werden. Die Geburtsmaße von Neugeborenen können mit den Daten von Voigt et al. beurteilt werden. Für die Beurteilung des postnatalen Wachstumsverlaufs eines Kindes stehen verschiedene Referenzkurven zur Verfügung (z.B. Prader, Hesse, Kromeyer-Hauschild). Die aktuellen Wachstums-

daten stammen aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Diese Daten sind auch im Ped(z)-Kinderarzt-Rechner (siehe unten) hinterlegt. **Die 97. Perzentile der Endgröße liegt nach den Daten der KiGGS-Studie für Mädchen bei 177.8 cm und für Jungen bei 191.4 cm.**

Hochwuchs oder vermehrtes Längenwachstum?

Der konstitutionelle oder auch familiäre Hochwuchs ist die häufigste Normvariante. Die genetische Zielgröße bzw. die Körperhöhe eines Elternteils liegt oberhalb der 97. Perzentile. Das Wachstumstempo ist normal, die Endgröße liegt im genetischen Zielbereich. Bei der Normvariante „Hochwuchs bei konstitutioneller Entwicklungsbeschleunigung“ ist das Wachstumstempo der Kinder bezogen auf das chronologische Alter erhöht, bezogen auf das Knochenalter normal. Die Kinder können eine frühnormale Pubertätsentwicklung haben. Die Erwachsenengröße liegt im genetischen Zielbereich. Kinder mit alimentärer Adipositas sind häufig für das chronologische Alter zu groß. In der Regel ist meistens auch ein Elternteil Übergewichtig.

Pathologische Ursachen für einen Hochwuchs wie Syndrome, metabolische oder endokrine Hochwuchsfor-

men sind selten. Endokrine Ursachen wie Pubertas praecox (Mädchen vor dem 8. und Jungen vor dem 9. Geburtstag), ein Wachstumshormon-produzierender Hypophysentumor sowie eine Hyperthyreose bei Autoimmunthyreopathie führen zu einer beschleunigten Wachstumsrate und einer Akzeleration des Knochenalters. Bei zusätzlichen Dysmorphien muss man an syndromale Hochwuchsformen denken.

Ein dysproportionierter Hochwuchs kommt z.B. beim Klinefelter-Syndrom oder beim Marfan-Syndrom vor. **Patienten mit Marfan-Syndrom fallen durch eine große Armspannweite, Spinnenfingerigkeit, lange Extremitäten, Überstreckbarkeit der Gelenke und eine abnorm dehnbare Haut auf.** Ein proportionierter Hochwuchs kommt bei Kindern mit sogenannten „Überwuchssyndromen“ wie z.B. Sotos-Syndrom oder Beckwith-Wiedemann-Syndrom vor. Hier lassen sich zum Teil einige Gemeinsamkeiten erkennen wie Körpergewicht > Körperlänge, Assoziation mit anderen Fehlbildungen,

erhöhtes Neoplasierisiko und/oder mentale Retardierung.

Anamnese

Die Anamnese setzt sich aus der Familienanamnese (Familienmitglieder mit auffälliger Körpergröße, Körpergröße und Pubertät der Eltern, endokrine Erkrankungen in der Familie), der Geburtsanamnese (Länge und Gewicht, Kopfumfang) und der Eigenanamnese (bisherige körperliche und geistige Entwicklung, vegetative Anamnese, Beginn der Pubertät, Einnahme von Medikamenten) zusammen (Tabelle 1). Die vorhandenen Wachstumsdaten (Länge, Gewicht) sollten zusammen mit der genetischen Zielgröße in eine Perzentilenkurve eingetragen werden.

Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung werden anthropometrische Parameter wie Körpergröße, Gewicht, Kopfumfang,

Sitzhöhe und Armspannweite gemessen und auf Dysmorphiezeichen geachtet. Bei Überwuchssyndromen findet man häufig einen vergrößerten Kopfumfang (> 97. Perzentile). Die Pubertät wird nach Tanner beurteilt.

Praktischer Hinweis

Im Internet steht mit dem **kostenlosen Ped(z)-Kinderarzt-Rechner** (<https://www.pedz.de/de/rechner.html>), der auch als App für Android und iPhone/iPad erhältlich ist, ein Tool zur Verfügung mit dem zahlreiche Berechnungen einfach und schnell durchgeführt werden. Der Autor übernimmt für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte keine Gewähr.

Endgrößenprognose (Knochenalterbestimmung)

Mit einer Röntgenaufnahme der linken Hand werden der Ossifikationsgrad der Handwurzelknochen und der Epiphysenkerne (Radius, Ulna, Metacarpalia und Phalangen) sowie der Epiphysenschluß in der Pubertät beurteilt. Das Knochenalter wird durch Vergleich mit in einem Röntgenatlas hinterlegten Aufnahmen für das jeweilige Alter ermittelt (z.B. Atlas von Greulich und Pyle). Mittlerweile liegt auch eine kommerzielle Software zur automatisierten Bestimmung des Knochenalters vor (**BoneXpert**).

Eine Endgrößenprognose kann mit den Tabellen von Bayley und Pinneau durchgeführt werden. Dabei ist zu beachten, dass jede Prognose Limitationen hat, die von der Variabilität der Beurteilung und von der verwendeten Methode abhängen. Erst ab einem Knochenalter von etwa 10 Jahren ist eine einigermaßen zuverlässige Endgrößenprognose möglich. Die Erstellung einer Wachstumsprognose setzt viel Erfahrung voraus und ist die Basis für mögliche therapeutische Maßnahmen.

Labordiagnostik

Bei auffälligem Wachstumsverlauf oder klinischen Hinweisen auf eine pathologische Ursache des Hochwuchses sollte die nachfolgende Diagnostik durchgeführt und bei weiteren Auffälligkeiten durch eine zusätzliche Diagnostik ergänzt werden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Anamnese bei Hochwuchs

• Geburtsanamnese (Gestationsalter, Länge, Gewicht, Kopfumfang)
• Auxologische Anamnese
• Erfassung der bisherigen Längen- und Gewichtsdaten
• Berechnung der Wachstumsgeschwindigkeit in cm/Jahr
• Berechnung des Körpermassenindex (BMI) in kg/m ²
• Familienanamnese (Körpergröße der Eltern, Geschwister, Pubertätsentwicklung der Eltern)
• Psychomotorische Entwicklung, Ernährung, vegetative Anamnese
• Sozialanamnese, soziales Kontaktverhalten

Tabelle 2: Laborchemische Screeninguntersuchungen bei Hochwuchs bzw. bei vermehrtem Längenwachstum

• V.a. vorzeitige Pubertät: Gonadotropine (LH, FSH) mit GnRH-Test, DHEAS, Serum-Estradiol bzw. -Testosteron
• V.a. Wachstumshormon-produzierendes Adenom der Hypophyse: Serum-IGF-1 und -IGFBP-3
• V.a. Hyperthyreose: fT ₄ und TSH, Schilddrüsenantikörper
• V.a. nichtklassisches Adrenogenitales Syndrom (21-Hydroxylase-Defekt): 17-Hydroxyprogesteron, ggf. ACTH-Test
• V.a. Androgenproduzierenden Tumor: DHEAS
• V.a. Syndrome z.B.
• Marfan Syndrom (Molekulargenetik)
• Klinefelter Syndrom (Chromosomenanalyse)

Therapeutische Optionen

Bei endokrinen Störungen richtet sich die Behandlung nach der Ursache der Störung. Das überschießende Wachstum wird nach Behandlung der Ursache normalerweise wieder normalisiert.

Eine Hochwuchsreduktionstherapie kann medikamentös oder operativ durchgeführt werden. Die Hochwuchsreduktionstherapie, insbesondere bei Normvarianten, wird zunehmend kritischer gesehen. Es gibt in Deutschland keinen Konsens über die Endgröße, bei der eine Reduktionstherapie durchgeführt werden kann. **Bei Mädchen wird häufig eine Prognose > 185 cm und bei Jungen > 205 cm als Basis für eine eventuelle Therapieoption akzeptiert.** Die medikamentöse Therapie mit hochdosierten Sexualhormonen ist Off-Label Use. Die Behandlung sollte bei Beginn der Pubertät erfolgen und bis zum Schluss der Epiphysenfugen durchgeführt. Bei optimalen Bedingungen (früher Therapiebeginn) kann bei Mädchen eine Reduktion der Endgröße von 8 cm und bei Jungen zwischen 7 und 10 cm erreicht werden. Als Nebenwirkungen werden bei Jungen Akne, Ödeme, Gynäkomastie, Gewichtszunahme und Verhaltensauffälligkeiten

beschrieben. Bei Mädchen finden sich als Nebenwirkungen eine Gewichtszunahme, Kopfschmerzen, Ödembildung, nächtliche Wadenkrämpfe, eine vermehrte Hyperpigmentierung der Mamillen und kasuistische Fälle von Thrombosen. **Da auch in den letzten Jahren über Fertilitätsstörungen von Frauen nach Hochwuchstherapie berichtet wurde, sollte die medikamentöse Therapie nicht mehr durchgeführt werden.**

Als **chirurgische Alternative kann die beidseitige Epiphyseodese** (distaler Femur, proximale Tibia und Fibula) in ausgewählten orthopädischen Zentren bei Pubertätsbeginn durchgeführt werden. Dabei muss die Wachstumsprognose vollständig gesichert sein. Die jeweilige Fuge wird nach einer Hautinzision mit einem Bohrer perkutan fächerförmig durchbohrt und irreversibel zerstört. Die Wachstumsfugen schließen sich etwa 3 Monate nach der Operation. Die Versagensrate soll bei ca. 3 % liegen. Eine Größenreduktion von 8 cm sollte nicht überschritten werden, da sonst die physiologischen Körperproportionen gestört sind. In einer retrospektiven Studie aus Holland, die 2018 publiziert wurde, lag die Größenreduktion bei Jungen im Mittel bei 7 cm und bei Mädchen bei 5,9 cm.

Fazit für die Praxis

Der Partner des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes bei Abklärung des Hochwuchses bzw. des vermehrten Längenwachstums ist der Pädiatrische Endokrinologe. Eine medikamentöse Hochwuchsreduktionstherapie wird bei gesunden Kindern mit Normvarianten des Hochwuchses kritisch gesehen und nicht empfohlen. Eltern und Jugendliche müssen über die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie ausführlich aufgeklärt werden. Die operative Therapie kann eine mögliche Alternative darstellen.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Professor em. Dr. H. G Dörr
Universitätsklinikum Kinder- und
Jugendklinik, Pädiatrische Endokrinologie & Diabetologie
Loschgestr. 15
91054 Erlangen

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit

ifak

Machen Sie mit!

Erste MMR-Impfung, später erstmalig Reaktion auf Spiegelei, jetzt zweite MMR-Impfung?

Frage

Ein 13 Monate altes Mädchen hat seine erste MMRV-Impfung erhalten. Nach dieser Impfung hat das Mädchen erstmalig auf Spiegelei und wohl auch auf das Eiweiß reagiert. Es wurde ein CAP-Test durchgeführt, dessen Ergebnisse dem Laborbericht zu entnehmen sind (u. a. Hühnereiweiß CAP-Klasse 3).

- Wie ist nun weiter vorzugehen?
- Ist eine zweite MMRV-Impfung möglich?

Antwort

Bei den Impfstoffen gibt es sowohl separate MMR-Impfstoffe als auch Präparate, die lediglich den Varizellen-Impfstoff in Form eines Einzelvazins erhalten. Ferner werden noch Vier-Fach-Präparate (= MMRV), die sowohl die Impfstoffe für MMR als auch für Varizellen in einem gemeinsamen Fläschchen beinhalten, angeboten. Mit letzterem ist offensichtlich in Ihrem Beispiel geimpft worden.

Ein heute auf dem Markt erhältlicher (separater) MMR-Impfstoff besteht in der Regel aus Protein vom Huhn, Aminosäuren, Lactose, Mannitol, Sorbitol, Neomycin und Wasser (1). Beim Varizellen-Impfstoff hingegen fehlt in der Regel Hühnereiweiß-Protein als Inhaltsstoff, während man die weiteren genannten Bestandteile des MMR-Impfstoffes auch dort findet. Hingegen ist beim Varizellen-Impfstoff Eiweiß in Form von humanem Albumin nachweisbar (2).

Wird ein Impfstoff verwendet, in dem MMR und Varizellen zusammen geimpft werden – so wie in Ihrem Beispiel erwähnt – können theoretisch alle oben genannten Stoffe auf der Inhaltsliste stehen (3). Allergologisch sind hier sicherlich

aber nur Hühnereiweiß, Human-Albumin und ggf. noch Aminosäuren relevant.

Nebenwirkungen in Form von allergischen Reaktionen oder gar etwaige Anaphylaxien wurden laut Literatur mehrfach unter die Lupe genommen. In einer Studie von Tan et al. (5) wurden Kinder mit Ei-Allergie auf allergische Reaktionen nach der MMR-Impfung untersucht. Gleichzeitig wurde eine Gruppe von Kindern ohne Ei-Allergie rekrutiert, die kürzlich eine MMR-Impfung erhalten hatten. Von den insgesamt 87 Kindern in beiden Gruppen entwickelte keines eine anaphylaktische Reaktion.

Diese These wurde in einer dänischen Studie (6) noch weiter gestützt: Hier konnte gezeigt werden, dass ein MMR-Impfstoff bei Kindern, bei denen eine Ei-Allergie diagnostiziert wurde, genauso sicher angewendet werden kann wie bei nicht-allergischen Kindern. Zum Zeitpunkt der Studie wurde in Dänemark in den nationalen klinischen Leitlinien noch empfohlen, dass Kinder mit einer Allergie gegen Ei für eine MMR-Impfung auf eine Kinderstation überwiesen werden sollten. Nach der Studie wurden sowohl die dänischen Behörden als auch die *Danish Pediatric Society* dazu aufgefordert, ihre Empfehlungen hinsichtlich der MMR-Impfung bei Kindern mit Hühnereiweiß-Allergie zu überdenken.

Doch zurück zu Ihrem Beispiel: Laut Anamnese habe das 13 Monate alte Mädchen erstmalig nach der Impfung auf Spiegelei reagiert. Leider wird hier nicht deutlich, inwiefern das Mädchen reagiert hat. War es „nur“ die Haut, hatte sie also Quaddeln? Oder bestand Dyspnoe bis gar hin zum Kreislaufzusammenbruch? In letzterem Fall würden wir von einer schweren Anaphylaxie, mindestens Grad III–IV

sprechen. Es bleibt auch die Frage, ob die kleine Patientin zuvor bereits schon einmal Hühnereiweiß verzehrt hat bzw. ob auch dort eine Reaktion gesehen werden konnte.

Im Säuglings- und Kleinkindalter ist Hühnereiweiß das relevanteste Nahrungsmittelallergen. Je nach untersuchter Population sind zwischen 0,5 und 2,5 % der Kinder von einer Hühnereiweiß-Allergie betroffen. Etwa 75 % dieser Patienten können erhitztes Hühnereiweiß konsumieren, ohne zu reagieren. Bedenkt man diese Zahlen, dann scheint die CAP-Testung mit Ergebnis der Klasse 3 in unserem Beispiel für die Prognose einer etwaigen allergischen Reaktion wenig relevant zu sein.

Um Ihre Fragen zu beantworten. Ja, ich würde die 2. Impfung in der Kinderarztpraxis durchführen, da das Risiko einer schweren Anaphylaxie aufgrund der Studienlage gering erscheint. Um medizinisch und juristisch abgesichert zu sein, sollte im Notfall-Koffer der Praxis selbstverständlich Adrenalin, ein Antihistaminikum sowie ein Kortikosteroid vorhanden sein.

Falls eine genauere Anamnese nicht klärt, ob das Kind vor dem Ereignis Hühnereiweiß zuvor bereits vertragen hat und um letztlich die Frage beantworten zu können, ob es sich bei dem Kind um eine echte Nahrungsmittelallergie handelt, würden wir die orale Nahrungsmittel-Provokation unter stationären Bedingungen empfehlen.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

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

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

Standpunkt

Die Schulmilch und der Schulkakao in Zeiten der Hysterie und des Populismus von Verbraucherorganisationen

In jüngster Zeit sind unter dem Druck von Gruppen wie Foodwatch kontroverse Diskussionen über die möglichen positiven und negativen Auswirkungen von Kuhmilch auf die kindliche und allgemeine Gesundheit entstanden. Viele Eltern geben ihren Kindern deshalb pflanzliche Ersatzmilchen. Schadet Kuhmilch der Gesundheit?



Dr. med Jürgen Hower

Dieser Frage sind bereits viele Autoren nachgegangen. Sie konnten zeigen, dass Kuhmilch im Vergleich zu pflanzlichen Ersatzmilchen eine wichtige Quelle für eine Vielzahl von Vitaminen, von hochwertigen Proteinen und Kalzium darstellt. Darüber hinaus wirkt sie wachstumsfördernd. Die Protein- und Fettzusammensetzung sowie der Mikronährstoffgehalt entsprechen einem funktionellen Lebensmittel, dessen positive Wirkung durch den regelmäßigen Verzehr vor allem bei sonst nährstoffarmer Ernährung (Junk Food) an Bedeutung gewinnt. Der Konsum von Ersatzmilchen ist mit einem geringeren Längenwachstum verbunden.

Mit Milch und Kakao sind auch die Schulmilchprogramme in die Kritik geraten. Foodwatch wirft nach einem Bericht von Vivien Leue im Deutschlandfunk der NRW-Landesregierung vor, den Milchab-

satz der Molkereien vor die Gesundheit der Schüler zu stellen. „Die Kindergesundheit kommt beim Schulmilchprogramm an letzter Stelle, ganz offensichtlich, denn es geht vorrangig darum, den Milchabsatz zu fördern“, zitiert Leue den Geschäftsführer der Verbraucher-Organisation Foodwatch Martin Rücker (gelernter Journalist und Verbraucheraktivist ohne naturwissenschaftliche Ausbildung). Kommt beim Schulmilch-Programm die Kindergesundheit an letzter Stelle? Machen die Schulen und Eltern etwas falsch, wenn sie Kindern Milch anstelle anderer Produkte (z.B. gesüßte Fruchtsaft- und Sodage Getränke oder auf Pflanzen basierende Milchersatzgetränke) anbieten? Tragen Milch und Milchprodukte nicht, wie die vorhandene Literatur zeigt, zur gesunden Ernährung vor allem in Zeiten hohen Energiebedarfs im Rahmen von Wachstumsschüben und beim Sport bei? Die Autoren aktueller Studien lassen erkennen, welchen Wert der maßvolle Milch-Konsum für die kindliche Entwicklung in jedem Lebensalter und auch zur Regeneration bei Sportlern besitzt.

Kuhmilch, eine wichtige Quelle für Vitamine, hochwertige Proteine und Kalzium

Sollten wir Kuhmilch deshalb durch Nicht-Milchprodukte ersetzen? Angesichts der vorhandenen Literatur scheint dies keine gute Empfehlung zu sein. Im Gegenteil versucht die „American Academy of Pediatrics“ nicht auf den vernünftigen

Konsum von Milch und den eingeschränkten Konsum reiner Fruchtsäfte, sondern auf den übermäßigen Konsum von gesüßten Soda- und Fruchtsaftgetränken Einfluss zu nehmen, die für einen Großteil des zu hohen, mit zur Adipositas führenden Zuckerkonsums verantwortlich gemacht werden. Es klingt eher befremdend, wenn in diesem Zusammenhang von FoodWatch pauschalierend geäußert wird: „Die Studien sind, wenn man sie wissenschaftlich überprüft, Studien, die sie komplett vergessen können. Hier wird mit extrem winzigen Probandenzahlen gearbeitet. Es wird mit manipulativen grafischen Darstellungen gearbeitet. Das sind hanebüchene Studien, die absolut nicht valide sind“.

Ernährungsstudien sind auf Grund der Vielfalt unterschiedlicher variabler Lebensstilfaktoren schwierig durchzuführen. Sie müssen sich aber, wie alle wissenschaftlichen Studien der Kritik stellen und bedürfen nicht pauschaler Kritik, sondern der sorgfältigen individuellen Überprüfung. Es ist deshalb schwer nachzuvollziehen, welche wissenschaftlich gesicherte Evidenz gegen die Schulmilch spricht und welche ernährungsphysiologisch gleichwertigen Alternativen Foodwatch und die GEW (Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft) als Ersatz für Schulmilch und Kakao den Kindern und Jugendlichen anzubieten haben.

Es ist überhaupt die Frage, warum sie sich die Schulmilch ausgesucht haben und nicht die übersüßten Soda- und Fruchtsaftgetränke als Zuckerquelle. Man könnte vermuten, dass sich Foodwatch in

ihrem Ziel geirrt hat. Es bleibt unbestritten, dass der übermäßige Zuckerkonsum eine große Aufmerksamkeit verdient. Das Problem scheint aber nicht der Milch- oder Kakaokonsum zu sein. Eine angemessene Trinkmenge und eine zurückgenommene Süße mag für geschmacklich angereicherte Milch und Kakaomilch, die sonst vielleicht nicht getrunken würde, im Interesse der allgemeinen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Mikro- und Makronährstoffen förderlich sein. So sieht es jedenfalls die American Academy of Pediatrics.

Wie kann der Bedarf an Mikro- und Makronährstoffen anders bei Kindern und Jugendlichen gedeckt werden?

Es ist die Frage, wie der insbesondere bei Kindern und Jugendlichen vorhandene vielfältige Mikro- und Makro-Nährstoff-Bedarf (nicht Kalorienbedarf) im Zeitalter des hohen „Fast Food Konsums“ gedeckt werden kann. Die Ergebnisse amerikanischer und australischer Auto-

ren bestätigen, dass Kinder Kakao lieber als Milch trinken. Bei normalgewichtigen Kindern und Jugendlichen scheint dies auch nicht zur Adipositas zu führen. Im Gegenteil zeigt eine australische Studie von Zheng et al., dass der Ersatz gesüßter Sodagetränke durch Wasser oder Milch, aber nicht durch 100%igen Fruchtsaft, invers mit der Entwicklung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter verbunden ist. Viele Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind sportlich aktiv. Die Daten mehrerer Untersuchungen zeigen, dass einfache Milch oder Kakaomilch sich auch hervorragend zur Regeneration nach körperlicher Aktivität eignen. Es bleibt deshalb höchst zweifelhaft, ob die wenig evidenzbasierten vorgebrachten Einwürfe von Foodwatch und der GEW im Interesse der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind. Die Antwort auf eine Anfrage beim Ministerium für Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen lässt jedenfalls hoffen, dass zumindest in NRW die Vernunft die Oberhand behält. Die Pressereferentin des Ministe-

riums für Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen beantwortete am 11. März 2019 die Frage, ob das Schulmilchprogramm in NRW beendet werden wird, wie folgt: „Das Schulmilchprogramm ist Teil des EU-Schulprogramms für Obst, Gemüse und Milch, an dem sich das Land NRW beteiligt. Es wird von vielen KiTas und Schulen gerne genutzt. Die Frage einer Beendigung des Programms stellt sich derzeit nicht.“

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower
Nachtigallental 3
45478 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208/428242
E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Interessenkonflikt:

Ein Interessenkonflikt liegt nicht vor.

Red.: Huppertz

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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

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

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

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

E-Mail: bvkJ.buero@uminfo.de



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Der Vergleich von Schokoladenmilch mit einem kohlenhydrathaltigen Kraftgetränk bei jugendlichen Leistungssportlern

Chocolate Milk versus carbohydrate supplements in adolescent athletes: a field-based study.

Born KA et al., J In Soc Sports Nutr 2019 Feb 12; 16(1): 6

Die Wirksamkeit von funktionellen Getränken für Sportler sollte in einer natürlichen Umgebung getestet werden. Die Autoren haben deshalb die Auswirkungen von zwei kommerziell erhältlichen Produkten auf die Kraft im Rahmen eines Sommer-Trainingsprogramms an jugendlichen männlichen und weiblichen Leistungssportlern getestet.

Hundert und drei High-School-Athleten absolvierten die Studie (mittleres Alter $15,3 \pm 1,2$ Jahre; 70,9% männlich; 37,9% Afro-Amerikanisch). Zu den Messungen gehörte eine kombinierte Erfassung der Kraft im Schulter- und Beinbereich (Bankdrücken und Kniebeugen). Die Teilnehmer absolvierten ein Konditionstraining an 4 Tagen pro Woche über einen Zeitraum von 5 Wochen. Ihre Kraft wurde 1 Woche vor Beginn und nach Beendigung des Sommerprogramms gemessen. Die Teilnehmer wurden randomisiert und erhielten im Anschluss an ihr Training entweder eine Kakaomilch (KM) oder eine isokalorische Menge eines kohlenhydrathaltigen Getränks (KHG).

Die Teilnehmer der KM-Gruppe wiesen über den Studienzeitraum im Vergleich zur KHG-Gruppe eine signifikant bessere kombinierte Kraftentwicklung von 12,3% im Vergleich zu 2,7% auf. Demographische Variable zeigten keinen Einfluss auf das Ergebnis.

Dies ist die erste Studie, die die Auswirkungen von KM und KHG auf die Kraft bei einer jugendlichen Bevölkerung in einem

Feldversuch vergleicht. KM zeigte einen positiveren Einfluss auf die Kraftentwicklung und sollte zur Erholung nach dem Training als geeignete Nahrungsergänzung für Jugendliche angesehen werden. Zukünftige Untersuchungen sollten von einer längeren Studiendauer mit einer größeren Teilnehmerzahl profitieren.

Kommentar

Während bisher der traditionelle Schwerpunkt auf Strategien zur Maximierung der Wettbewerbsleistung lag, haben die neueren Daten der letzten zehn Jahren gezeigt, dass die Verfügbarkeit von Makronährstoffen und Mikronährstoffen eine bedeutende Rolle bei der Anpassung der Skelettmuskulatur an Ausdauer- und Widerstandstraining spielen. Kohlenhydrate besitzen zwar immer noch eine hohe Priorität, sollten jedoch im Rahmen neuer Erkenntnisse und unterschiedlicher Trainingsprogramme durch weitere, die Leistung fördernde Substanzen ergänzt werden. Neue Erkenntnisse weisen darauf hin, dass zum Beispiel Vitamin D, Flavanole und Fischöle eine regulatorische Rolle bei der kardialen und allgemeinen Muskelregeneration bei und nach belastender körperlicher Aktivität spielen können. Eine optimale Ernährung vor und nach dem Training ist von grundlegender Bedeutung für die Erholung der Muskulatur. Deshalb bemühen sich viele Untersucher mit einer optimalen Ernährungsstrategie die Trainingsreize für den Körper zu verbessern und die Erholungszeit nach dem Sport zu verkürzen. Kakaomilch ist für viele Athleten zu einem beliebten Regenerationsgetränk geworden und hat den Platz anderer kommerziell erhältlicher Genesungsgetränke eingenommen. Fettarme Schokoladenmilch besteht aus einem Verhältnis von etwa 4:1 Kohlenhydraten zu Proteinen und liefert Flüssigkeit und Natrium zur Kompensation des Volumenverlustes und fördert die Regeneration der Organsysteme nach dem Training. Der Konsum von Schokoladenmilch ($1,0$ - $1,5$ g pro kg und Stunde) unmittelbar nach dem Training und 2 Stunden später scheint optimal für Erholung und Regeneration geeignet zu sein, auch um die ersten Anzeichen von Muskelschäden zu mildern. Mehrere Studien zum Ausdauersport haben zeigen können, dass sich besonders Kakaomilch als Kombination aus Proteinen, essentiellen Aminosäuren, Elektrolyten und Antioxidantien (Kakao) zur muskulären Erholung bei Sportlern eignet. Volumen- und Elektrolytersatz sind Schlüsselfaktoren für eine effektive Rehydratation und Regeneration. Im Vergleich zu vielen anderen der dem Markt vorhandenen Optionen, die beim Sport verlorene Flüssigkeit zu ersetzen, scheint die Milch auch mit ihrer relativ großen Menge an Elektrolyten (Na^+ 32 ± 1 mmol/L, K^+ 42 ± 0 mmol/L, Cl^- 36 ± 2 mmol/L) für Sportler eine sehr gute Option zu sein. Signalmoleküle für den Proteinumsatz der Skelettmuskulatur, die Leucin-Kinetik und die Leistungsdaten der Proteinsynthese (FSR – Fractional Synthetic Rate) weisen auf die einzigartigen Vorteile der Milch (KM) im Vergleich zu reinen kohlenhydrathaltigen Getränken (KHG) für unterschiedlichen Sportarten hin. Darüber hinaus enthält Kakao noch Antioxidantien zum Abfangen der beim Sport entstandenen Sauerstoffradikale. Die aktuelle Studie von Born et al. überträgt die Laborergebnisse in den Alltag und bestätigt die bisher nachgewiesenen Zusammenhänge. Kohlenhydrate führen nur in Verbindung mit Proteinen zu einer maximalen Regeneration der Muskulatur und weiterer Körperfunktionen.

Die Ergebnisse der Autoren geben einen Hinweis für die Praxis und mögen eine Generalisierung der Ergebnisse auch für den Schulsport erlauben.

Literatur über den Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Führt eine erhöhte mütterlicher Fluoridbelastung in der Schwangerschaft zu einem niedrigeren Intelligenz-Quotienten (IQ) ihrer Nachkommen?

Association Between Maternal Fluoride Exposure During Pregnancy and IQ Scores in Offspring in Canada.

Green R et al., JAMA Pediatr 2019 Aug 19

Die Fluoridierung von Trinkwasser ist in einigen Ländern eine seit langem bestehende erfolgreiche Strategie zur Reduzierung von Zahnkaries. Die in einer Vielzahl von klinischen und experimentellen Studien nachgewiesene mögliche Neurotoxizität einer Fluorid-Exposition besonders im Wachstumsalter hat zu kontroversen Diskussionen über die Fluoridierung von Trinkwasser und zur Gabe von Fluorid-Supplementen geführt. Die Autoren haben wegen vieler Hinweise nach einer möglichen Verbindung zwischen der Fluoridbelastung in der Schwangerschaft und dem IQ ihrer Nachkommen gesucht.

Die prospektive, multizentrische kanadische Kohorten-Studie verwendete Informationen aus der „Maternal Infant Research on Environmental Chemicals Study“. Die Studienprobe umfasste 601 Mutter-Kind-Paare, aus 6 kanadischen Großstädten. Die Kinder waren bei der Testung zwischen 3 und 4 Jahre alt und wurden zwischen 2008 und 2012 geboren, 41% lebten in Gemeinden, die mit fluoridiertem, kommunalem Trinkwasser versorgt wurden.

Die mütterliche Fluorid-Konzentration im Urin (MUF), angepasst an das spezifische Gewicht und gemittelt über 3 Trimester, war für 512 Schwangere verfügbar. Die selbstberichtete tägliche mütterliche Fluoridaufnahme über den Wasser- und Getränkekonsum, lag für 400 Schwangere vor. Der IQ der Kinder wurde im Alter von 3 bis 4 Jahren mit Hilfe der „Wechsler Primary and Preschool Scale of Intelligence-III“ ermittelt. Mehrere lineare Regressionsanalysen wurden verwendet, um Kovariable (mütterliche Bildung, Haushaltseinkommen, Parität, Exposition gegenüber Chemikalien, Alter, Geburtsgewicht und Geschlecht der Kinder) als Faktoren bei der Assoziation zwischen Fluorid-Exposition und dem IQ-Wert auszuschließen.

Das durchschnittliche mütterliche Alter zum Studienbeginn betrug 32,3 Jahre (Standard Abweichung $SD \pm 5,1$ Jahre), 463 (90%) waren weiß, 264 Kinder (52%) weiblich. Die Daten

zur mütterlichen MUF-Konzentration, die Kovariablen für 512 Mutter-Kind-Paare, die Daten zur mütterlichen Fluoridaufnahme und zum IQ ihrer Kindern waren für 400 von 601 Mutter-Kind-Paaren verfügbar. Frauen, die in Gebieten mit fluoridiertem Leitungswasser ($n=141$) lebten, hatten im Vergleich zu Frauen, die nicht in Gebieten mit fluoridiertem Leitungswasser lebten ($n=228$), signifikant höhere mittlere MUF-Konzentrationen von $0,69\text{mg/L}$ ($SD \pm 0,42\text{mg/L}$) gegenüber $0,40\text{mg/L}$ ($SD \pm 0,27\text{mg/L}$; $P=0,001$) und Fluoridaufnahmewerte von $0,93\text{mg}$ ($SD \pm 0,43$) gegenüber $0,30$ ($SD \pm 0,26\text{mg}$) Fluorid pro Tag ($P = 0,001$). Der mittlere IQ Wert betrug bei den teilnehmenden Kindern $107,16$ ($SD \pm 13,26$), wobei Mädchen signifikant höhere mittlere Werte als Jungen aufwiesen, $109,56$ ($SD \pm 11,96$) im Vergleich zu $104,61$ ($SD \pm 14,09$; $P = 0,001$). Ein Anstieg von 1mg/L MUF war mit einem um $4,49$ Punkte niedrigeren IQ-Wert (95% Konfidenzintervall [KI] $-8,38$ bis $-0,60$) bei Jungen verbunden. Für Mädchen konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit den IQ-Werten (Odds Ratio $2,40$; 95% KI, $-2,53$ bis $7,33$) nachgewiesen werden. Für eine um 1mg höhere tägliche selbstberichtete Fluoridzufuhr der Schwangeren sank insgesamt der IQ-Wert um $3,66$ Punkte (95% KI $-7,16$ bis $-0,14$) bei Jungen und Mädchen.

In dieser Studie war die mütterliche Exposition gegenüber höheren Fluoridwerten während der Schwangerschaft mit einem niedrigeren IQ-Wert bei Kindern im Alter von 3 bis 4 Jahren verbunden. Deshalb müsste vielleicht die Fluoridaufnahme in der Schwangerschaft begrenzt werden.

Kommentar

Die Reduktion der Kariesprävalenz ist eine Erfolgsgeschichte der Fluoridierung, sei es über Trinkwasser, orale Supplemente im Säuglings- und Kleinkindalter oder über fluoridierte Zahnpasta. Die orale Aufnahme von Fluor wurde bisher als sicher betrachtet, wenn die entsprechenden Dosisempfehlungen der pädiatrischen und zahnärztlichen Fachgesellschaften eingehalten wurden. Im Verlauf der erfolgreichen Kariesprävention wurde das mögliche Risiko einer Fluortoxizität im Niedrig-Dosisbereich in den Leitlinien nicht wahrgenommen. Fluor ist ein Spurenelement, das überall in der Umwelt in unterschiedlichen Konzentrationen, im Trinkwasser und Nahrungsmitteln vorkommt. In Deutschland wird als einziges Lebensmittel Speisesalz mit Fluor angereichert. Trinkwasser wird nicht fluoridiert. Trinkwasser in Deutschland besitzt zu über 90% mit weniger als $0,25\text{mg}$ Fluorid/L nur einen geringen Gehalt an natürlich vorkommenden Fluoriden (BfR, Bundesinstitut für Risikobewertung, Information Nr. 037/2005, 12. Juli). In manchen Ländern, wie z.B. Indien und China, nehmen die Menschen über das Trinkwasser große Mengen an Fluorverbindungen auf. Zusammen mit Lebensmitteln werden in Deutschland nur etwa $0,4\text{--}1,5\text{mg}$ Fluorid pro Tag aufgenommen, zu wenig für die Karies-Prävention. Deshalb wird die systemische Gabe von Fluor entweder als orale Supplement (Säuglinge und Kleinkinder) oder lokal über mit Fluor angereicherte Zahnpasta, die nicht geschluckt werden soll, für ältere Kinder und Erwachsene empfohlen.

Die Ergebnisse experimenteller und epidemiologischer Studien mit Hinweisen auf eine mögliche Neurotoxizität haben das Interesse an Fluor erneut geweckt. Untersuchungen haben gezeigt, dass bereits geringe Fluor-Dosen mit Zellsystemen interagieren und sie offenbar schädigen können. Fluor ist

ein hoch reaktives Element, das in jeglicher Dosis nicht mit der Funktion lebender Zellen vereinbar ist. In einer von Basha an Ratten durchgeführten Studie, die über drei Generationen mit zwischen 100 und 200ppm Fluorid angereichertes Trinkwasser erhielten, konnten mit jeder weiteren Generation Hinweise für eine Hirnschädigung (Veränderungen an Hirnenzymen) und für somatische Veränderungen (Wachstum) gefunden werden. In einer cross-sektionalen Studie haben Ding et al. berichtet, dass bereits niedrige Fluoridbelastungen durch Trinkwasser (Schwankungsbreite $0,24\text{--}2,84\text{mg/L}$) im unteren Dosisbereich invers mit der kindlichen Intelligenz verbunden sind. Diese Konzentrationen liegen im unteren Dosisbereich der Fluoridbelastung durch Supplemente. In einer Studie von Lu et al. wurde der IQ von 118 Kindern im Alter zwischen $10\text{--}12$ Jahren, die in zwei Dörfern in China mit unterschiedlicher Fluoridbelastung (hohe Trinkwasserbelastung $3,15 \pm 0,61\text{mg/L}$; niedrige Trinkwasserbelastung $0,37 \pm 0,04\text{mg/L}$) aber vergleichbaren Lebensumständen wohnten, verglichen. Der IQ von 60 Kindern mit einer hohen Fluoridbelastung war signifikant niedriger (IQ $92 \pm 20,45$) als der IQ von 58 Kindern mit einer geringen Fluoridbelastung (IQ $103 \pm 13,86$). Die Fluorid-Ausscheidung im Urin war negativ mit der kindlichen Intelligenz korreliert. Mehr Kinder in dem hoch belasteten Dorf waren geistig- oder lernbehindert ($21,6\%$) als in dem Dorf mit niedriger Belastung ($3,4\%$). Die Ergebnisse von Lu et al. decken sich mit denen von Xiang, der im Vergleich zwei weiterer chinesischer Dörfer zu ähnlichen Ergebnissen kam. Der Einfluss von Fluoriden auf die Intelligenzentwicklung wird von Li et al. in einer weiteren Studie mit 907 Kindern im Alter zwischen $8\text{--}13$ Jahren bestätigt.

Die aktuelle Studie von Green et al., die wegen der Brisanz des Themas (in den USA und Kanada wird in vielen Städten und Gemeinden Trinkwasser mit Fluor angereichert) einer besonders sorgfältigen Überprüfung durch die Herausgeber des JAMA Pediatrics standhalten musste, zeigt, dass mit Zunahme der mütterlichen Fluoridausscheidung um 1mg/L der kindliche IQ um $4,5$ Punkte sinkt. Dieser Wert entspricht in etwa auch den Ergebnissen aktueller mexikanischer und chinesischer Studien. Die vorhandenen experimentellen und klinischen Untersuchungen scheinen die Hypothese zu stützen, dass sich bereits eine geringe Fluoridbelastung in der Schwangerschaft auf die kindliche Hirnentwicklung nachteilig auswirken kann. Fluoride scheinen, in jeglicher Konzentration eine toxische Wirkung zu besitzen. Ein Schwellenwert, ab dem mit toxischen Nebenwirkungen bei Fluoriden gerechnet werden muss, ist ebenso wie bei Blei unbekannt. Wenn sich die berichteten Effekt-Größen für prä- und postnatale Fluoridschäden in der prä- und postnatalen Kindesentwicklung, dem Zeitfenster der besonderen Gefährdung, bestätigen, dürfte der durch Fluoride verursachte Einfluss auf die Kognition einer mit Fluoriden belasteten Bevölkerung nicht irrelevant sein. Vielleicht mögen diese und weitere Ergebnisse zur Fluortoxizität für die betroffenen Fachgesellschaften Anlass sein, ihre Leitlinien, die eine Kombination von Vitamin D und Fluoriden im Säuglingsalter empfehlen, zu überprüfen.

Literatur über den Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Wird durch Digitalisierung alles besser?

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.“ Dieser Satz scheint mit der Digitalisierung seine Gültigkeit zu verlieren, denn Kinder müssen laut „Digitalisierungsindustrie“ und Politik möglichst frühzeitig lernen, mit den digitalen Bildschirmmedien umzugehen, damit sie optimal für die Aufgaben im Erwachsenenalter vorbereitet sind. Andernfalls sei im internationalen Wettbewerb die Zukunft der Kinder in Gefahr.

Zweifel sind sicher berechtigt! Niemand würde behaupten, Kinder müssten möglichst frühzeitig stimulierende Getränke zu sich nehmen, damit sich dann im Erwachsenenalter ein optimaler Genuss einstellt und die Stimulantien voll ihre Wirkung entfalten können. Diese an Hustensaftreklame erinnernde Logik ist vergleichsweise harmlos in Bezug auf die sehr erfolgreiche Strategie, jedwede Forschung zu Sinn und Unsinn der Digitalisierung zu verhindern. Bei fehlendem wissenschaftlich fundiertem Wissen (Evidenzgrad 3) entbrennt ein zunehmend heftiger werdender Streit mit weltanschaulichen Parolen, bei denen eingeübte, diskriminierende Argumente dem Gegenüber unterstellt werden. Außenstehenden drängen sich Fragen auf, die wichtigste:

- Befürworter und Gegner der Digitalisierung von Kita und Grundschule ringen um gesellschaftspolitische Anerkennung. Geht es dabei wirklich, wie gerne behauptet, noch um das Wohl der Kinder?

Wie sehr beeinflussen wirtschaftliche Überlegungen die Argumentation?

Warum kennen wir, nachdem 1989 das World Wide Web eingeführt wurde und 12 Jahre nach Einführung des www in der Hosentasche (= Smartphone), die wissenschaftlich belegten Vor- und Nachteile immer noch nicht?

Warum wird viel zu wenig über Vor- und Nachteile der Digitalisierung in Kitas und Grundschulen geforscht? (Dies gilt weltweit.)

Vielleicht ist schon vieles bekannt, möge aber lieber nicht öffentlich ausgesprochen werden. Dazu ein Beispiel: Dank Herrn Wirtschaftsminister Altmaier wissen wir nun, wie gefährlich eine Cloud wegen Spionage in Übersee für die einheimische Wirtschaft ist, deshalb benötigen wir eine europäische

Cloud. Dass eine „Cloud klaut“, wissen wir schon lange.

Die Verunsicherung ist groß. Phrasen wie: „Digitalisierung gehört zu unserem Leben“. „Kinder müssen frühzeitig lernen mit digitalen Bildschirmmedien umzugehen“. „Die Digitalisierung macht alles leichter“... – sind ohne Forschungsdaten nicht zu widerlegen.

Wird Medienkompetenz wirklich in Kitas und Schulen vermittelt?

Dass zum Erwerb von Medienkompetenz auch qualifizierte Medienpädagogen gehören, bestreitet bei den Befürwortern niemand. Diese sind in Pilotprojekten auch präsent, dies wollen wir erst einmal glauben. Aber in den anderen zigtausend Kitas und Grundschulen fehlen diese qualifizierten Medienpädagogen. Selbst wenn es diese gäbe, welches Wissen geben diese Medienpädagogen weiter? Es gibt noch kein durch qualifizierte Forschung (Evidenzgrad 3) gesichertes Wissen, welches Kindern vermittelt werden kann. Noch etwas macht nachdenklich, umfassender als der Begriff Medienkompetenz ist der Begriff Medienmündigkeit, jedoch wird „Medienmündigkeit“ von den Befürwortern der Digitalisierung selten benutzt.

Haben wir ausreichende Grundlagen aus der Forschung?

Experimente erfolgen also ohne fundierte Grundlagen. Braucht es in der Pädagogik kein Ethikvotum? Die positive Wahrnehmung eines Prozesses reicht bereits für ein positives Votum für diesen Prozess. (Dazu ein Beispiel aus der medizinischen Therapie: Die Ergotherapie hat unserem Kevin-Maximilian richtig Spaß gemacht, deshalb hat sie ihm gut getan und da soll er nun auch weiterhin behandelt werden.) Die-



Steve Riot auf Pixabay

se Beschreibung der Mutter, die positive Wahrnehmung eines Prozesses, nennen Naturwissenschaftler die Prozessqualität. In der Naturwissenschaft spricht man in einem solchen Fall von Evidenzgrad 1. Ab Evidenzgrad 3 wird es reproduzierbare Wissenschaft. (Für unser Beispiel: Der Vergleich der Entwicklung zwischen Kevin-Maximilian und einem Christopher, der keine Ergotherapie bekam. Der Untersucher beider Kinder wusste vor und nach der Behandlung nicht, welches Kind ergotherapeutisch behandelt wurde.)

Oft fehlt zudem die Beschreibung, was nach einer pädagogischen Intervention Monate später als Effekt im Vergleich zu einer definierten und gut beschriebenen Kontrollgruppe zu messen ist. (Im Beispiel: Selbst wenn direkt nach der ergotherapeutischen Behandlung ein Effekt nachgewiesen werden kann, so ist wirklich wichtig ob nach einem halben Jahr die Unterscheidung anhält.) Dieser Effekt nach Monaten ist nicht die positive Beschreibung des Prozesses, sondern des wirklich nachgewiesenen „erfolgreichen“ Ergebnisses. Bitte nicht irgendwas forschen, sondern auch anwenden, was Forschung als reproduzierbare Wissenschaft definiert.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Uwe Büsching, 33611 Bielefeld
E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: WH

Als Zeuge im Beschneidungsprozess

Im November 2018 wurde mir der 14-monatige M.M. vorgestellt, der am Vortag mit religiöser Indikation beschnitten worden war.

Befund

Der Knabe war deutlich unruhig und schien unter starken Schmerzen zu leiden. Das Genitale war geschwollen und gerötet und nicht in der mir gewohnten Weise abgedeckt. Pflasterklebungen im OP-Bereich waren ungewöhnlich angeordnet. Die Anamnese mit der Kindesmutter war sprachlich schwierig. Der Verantwortliche der Beschneidung bzw. der Ort der Beschneidung konnten nicht eruiert werden. Ich versuchte der Kindesmutter zu erklären, dass ich für mögliche Komplikationen der falsche Ansprechpartner sei und sie sich bitte an den Beschneider/Arzt wenden sollte.

Eine urologische Kollegin, die angeben wurde, kontaktierte ich telefonisch, der Knabe war in der Praxis nicht bekannt.

Nach mehreren Telefonaten u.a. mit den Betreuern im Flüchtlingswohnheim kam heraus, dass M.M. in den Räumen der Flüchtlingsunterkunft beschnitten worden war, zu dem der Beschneider/Arzt gekommen war. Die Beschneidung soll in ca. 5 min vorgenommen worden sein. Die Eltern bezahlten 180 Euro bar, eine hier in der Stadt übliche Summe.

Weiteres Vorgehen

Ansichts der unklaren Situation, wer die Beschneidung vorgenommen hatte und unter welchen Bedingungen, erstattete ich Anzeige wegen des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung gegen Unbekannt. Ich hielt die Beschneidung außerhalb einer medizinischen Einrichtung ohne Möglichkeit der Reaktion auf Komplikationen und ohne klare Organisation der Nachbetreuung für fragwürdig.

Für die Polizei vor Ort war es zu Beginn schwierig zu wissen, welches Dezernat nun zuständig war.

Juristische Aufarbeitung

Ein Jahr später erhielt ich die Ladung zum Prozess. Die Beschneidung war von einem Arzt durchgeführt worden. Im Internet konnte man den Kollegen als klinisch tätigen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie finden.

Die Räumlichkeiten eines Amtsgerichts haben wenig Wohlühlcharakter. Strenge Kontrollen am Eingang, die über den Check am Flughafen hinausgehen, waren zu durchlaufen. Auf den Wartepätzen vor dem Verhandlungssaal sprach mich der angeklagte Arzt namentlich an, reichte mir die Hand. Wenig später erschienen die Familie und der beschnittene Knabe, der mich freudig erkannte. Wohlühlatmosphäre erzeugte dies bei mir nicht.

Mit gut halbstündiger Verspätung begann der Prozess, zu dessen Start der Anwalt des Angeklagten im Saal mit der Richterin und der Staatsanwältin ohne den Angeklagten sprach.

Der Anwalt des Angeklagten kam dann in den Wartebereich und fragte den Angeklagten, ob er mit einer Geldstrafe in mir unbekannter Höhe einverstanden sein würde. Später betrat der Angeklagte für ca. weitere 10-15 min den Saal. Danach wurde ich als Zeuge bzw. die Familie des beschnittenen Knaben in den Saal gebeten.

Die Richterin erklärte das Verfahren nach § 153 a StPO für eingestellt, der Kollege wurde zu einer **Geldbuße** (und nicht zu einer Geldstrafe) in Höhe von 5.000 Euro zu Gunsten von „Ärzte ohne Grenzen“ verurteilt. Der juristische Unterschied zwischen Geldbuße und Geldstrafe ist, dass man mit einer Geldbuße als nicht vorbestraft gilt. Die Verfahrens-

einstellung nach § 153a StPO war möglich, weil der Angeklagte sich im Vorgespräch mit der Staatsanwältin und dem Gericht einsichtig gezeigt hatte.

Somit wurde ein Prozess mit Urteil, Vorstrafe und Eintragung der Strafe in das Bundeszentralregister für nicht erforderlich erachtet. Deshalb fand kein öffentlicher Prozess statt und ich als Zeuge wurde nicht im Rahmen einer Hauptverhandlung befragt. Die Richterin fragte mich, ob ich mit dem Urteil zufrieden wäre. Ich erklärte, dass es mir nicht um Bestrafung ging, sondern um die Klärung der damaligen Situation.

Etwas verstörend empfand ich den Rechtsanwalt des Angeklagten, der mich noch im Verhandlungssaal ansprach, dass ich doch gegen das Arztgeheimnis mit meiner Anzeige bzw. Nennung der Diagnose verstoßen hätte. Ich könne da auch rechtlich belangt werden. Dankenswert führen Richterin als auch Staatsanwältin dem Rechtsanwalt des Angeklagten in die Parade, dass beide die Anzeige eines Arztes in dieser Sache für sehr wohl gerechtfertigt hielten.

Die Flüchtlingsfamilie betreue ich weiter, die Kindesmutter hatte ihr 3 Wochen altes Neugeborene dabei, dessen Vorsorge U3 schon in meiner Praxis geplant ist.

Ich bin aber froh, dass diese Rechtsache beendet ist, wirklich gut fühlt man sich nicht dabei.

Hinweis: Der Autor hat gebeten, anonym zu bleiben. Name und Anschrift sind der Redaktion bekannt.

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Nur für die Dänen eine Kinderrechtsverletzung? Nicht medizinisch indizierte Jungenbeschneidung

„Man beschneidet keine gesunden Kinder“, dies haben Lena Nyhus und ihre Mitstreiter von Intakt Dänemark erfolgreich in den Köpfen ihrer Landsleute verankert. Wenn eine Bürgerinitiative beim dänischen Parlament eine Gesetzesinitiative einreichen will, braucht sie 50.000 Unterstützer. Intakt Dänemark hat diese in 2018 zusammen bekommen. Ihr Vorschlag: Einführung eines Mindestalters von 18 Jahren für alle medizinisch nicht indizierten Beschneidungen, bis zu sechs Jahre Haft bei Nichtbeachtung. Für Mädchen war Beschneidung ohnehin verboten, nun soll das ausgeweitet werden. Über 80 % der Dänen sind dafür.



Renate Bernhard

Kinderrechte und Beschneidung

In Dänemark gibt es schon länger ein Nottelefon, mit dem sich Kinder, die sich von einer Beschneidung bedroht fühlen, Hilfe holen können. Was dort gelebte Praxis ist, Kindern weitestgehende Selbstbestimmung zu ermöglichen, wird 30 Jahre nach der UN-Kinderrechte-Deklaration nun auch in Deutschland diskutiert. Mit der Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz dürfte § 1631d (BGB), die Beschneidungserlaubnis für Jungen, und § 226a (StGB), das Beschneidungsverbot für Mädchen, also die in Deutschland seit 2012 vorhandene geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung, erneut in den Fokus rücken.

Das dänische Gesundheitsministerium hat auch ein Register etabliert, in dem jede Beschneidung in Diagnose und Ergebnis erfasst wird. Forscher haben anonymisiert Zugang zu den Akten. Der kulturelle Hintergrund der Patienten, also die Motive für den Eingriff, werden

mit erfasst. In Deutschland dagegen gibt es nicht einmal eine differenzierte, alle Eingriffe erfassende Statistik; Kontrollen finden so gut wie nicht statt.

Auf wiederholte Nachfrage hat die Kasernenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nun Zahlen vorgelegt – siehe Kasten. Zahlen von vor 2012 waren nicht zu bekommen.

Erfasst sind hier nur Beschneidungen, die von Vertragsärzten abgerechnet wurden. Es fehlen also alle privatärztlichen Zirkumzisionen, alle Beschneidungen in Krankenhäusern und alle, die aus religiösen oder traditionellen Gründen durchgeführt werden. Mit der Zuwanderung von Menschen aus Ländern, in denen dieser Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Kinder kulturell verankert ist, dürfte deren Anteil steigen und mit ihm auch der Aufklärungsbedarf, mit dem die Kinder- und Jugendärzte konfrontiert sind.

Was ist eine beschneidungswürdige Phimose?

Kritisch an diesen Zahlen ist: eine beschneidungswürdige Phimose liegt allein

im Ermessen des überweisenden Kinder- und Jugendarztes und des an den Operationen verdienenden Chirurgen. Die Landesvorsitzende des BVKJ in NRW, Dr. Christiane Thiele, beobachtet, dass manche ihrer älteren Kollegen bei Säuglingen und jungen Kleinkindern, deren Vorhaut noch nicht zurückziehbar ist, immer noch schnell zu Phimosediagnosen bereit seien. Oft müsse sie Eltern beruhigen, dass alles in Ordnung sei.

Sie teilt die Kritik des wissenschaftlichen Schriftleiters des Berufsverbandes der Urologen, Dr. Wolfgang Bühmann: „Die in Deutschland obligaten Dokumentationen durch Fotos oder Histologie sind Alibis.“ Auch Kinder- und Jugendarzt Dr. Christoph Kupferschmid, der als Vertreter des BVKJ in der Phimoseleitlinien-Kommission saß, bestätigt: „Wenn der Penis fotografiert wird, sieht man nicht, ob die Vorhaut eng ist. Das ist bei den kleinen Jungen aber auch egal, weil sie das entwicklungsbedingt sowieso ist.“

„Kein Junge gehört angefasst, geschweige denn beschnitten, wenn nicht eine eindeutig krankhafte Vorhautver-

Vertragsärztlich finanzierte Jungenbeschneidungen, ambulant

Jahr	alle	Veränderung gegenüber 2012	Bis 15 Jahre	Veränderung gegenüber 2012
2012	70.081		40.629	
2013	67.089	- 4,27 %	38.047	- 6,35 %
2014	67.587	- 3,56 %	38.595	- 5 %
2015	65.108	- 7,1 %	36.102	- 11,14 %
2016	62.471	- 10,86 %	34.350	- 15,45 %
2017	61.586	- 12,12 %	33.724	- 16,99 %
2018	59.976	- 14,42 %	32.648	- 22,13 %

gung vorliegt“, so Bühmann. „Dies dürfte bei Jungs unter sechs Monaten im Prinzip gar nicht gegeben sein.“ Da der § 1631d aber ausdrücklich Beschneidungen von unter sechs Monate alten Säuglingen sogar durch Nicht-Ärzte erlaubt, „kollidiert dieses Gesetz frontal mit dem Strafgesetzbuch und der ärztlichen Berufsordnung“.

Wie stark die Einschätzungen der Behandlungswürdigkeit einer Vorhautenge auseinander gehen, zeigt ein Zahlenvergleich zweier Krankenhäuser, die sich schon vor einigen Jahren auf den neuen Stand der Wissenschaft gebracht haben.

Cnopf'sche Kinderklinik, Nürnberg

Kinderchirurg und Kinderurologe Prof. Dr. Maximilian Stehr, Projektleiter der neuen Phimoseleitlinie: „92 % aller Jungen, die uns zur Beschneidung überwiesen werden, haben einen ihrem Alter entsprechenden Entwicklungsstand, sind also völlig gesund. Wir schicken die alle wieder heim“.

Elisabeth-Krankenhaus Essen:

Im Juni 2014, nach einer von Kinderchirurg Dr. Kolja Eckert initiierten Fortbildung zu Bedeutung, Funktion und Entwicklung der männlichen Vorhaut, hat das Team seine Behandlungsweise radikal umgestellt: Dr. Peter Liedgens, Chefarzt der Kinderchirurgie: „Wir behandeln nur noch, wenn Beschwerden vorliegen. Nur wenn nach mehrwöchiger Salbenbehandlung keine Heilung in Sicht ist, beschneiden wir – und dann weitestmöglich vorhauterhaltend.“

Jungenbeschneidungen pro Jahr am Elisabeth-Krankenhaus, Essen:

- 2007: 169
- 2008: 164
- 2009: 247
- 2010: 200
- 2011: 238
- 2012: 216
- 2013: 233
- Durchschnitt 2007-2013 = 209

Vergleich zum Durchschnitt 2007 - 13

- 2014: 181 = - 13,81 %
- 2015: 31 = - 85,23 %
- 2016: 15 = - 92,86 %
- 2017: 16 = - 92,38 %
- 2018: 11 = - 94,76 %
- 2019: 10 = - 95,24 %

Die Beschneidungszahlen der KBV, die auf den ersten Blick rückläufig erscheinen, sollten also alarmieren: Ein 22%-iger Rückgang, wo er wohl eher um die 90 % liegen müsste, bestätigt, dass ganz offensichtlich immer noch viel zu viele Jungen Opfer falscher Diagnosen, womöglich auch traditioneller Beschneidungsmotive sind, die als Phimosen deklariert wurden. Dr. Kupferschmid erinnert sich jedenfalls, dass im Bereich der KV Bayern mal ein Kinderchirurg auffiel, weil alle von ihm „medizinisch“ beschnittenen Jungen türkische Vornamen hatten.

Ein Rechenversuch mit den Zahlen der KBV – auch wenn diese nur ein Ausschnitt sind:

90 % von 40.629 Jungenbeschneidungen unter 15 Jahren aus dem Jahr 2012 = 36.566 vermutlich unnötig beschnittene Jungen x 181,36 Euro pro Operation für den Urologen, plus die separat zu berechnenden Narkosen.

Allein in 2012 mindestens 6,6 Millionen Euro unnötige Kosten für eine verstümmelnde Operation, die zum Teil durch Komplikationen noch weitere Behandlungskosten generiert – mal ganz abgesehen vom möglichen körperlichen und seelischen Leid an den Spätfolgen und damit eventuell auch dem ihrer zukünftigen Sexual-Partner/innen.

2018: 90 % minus 22,13 % Rückgang sind immer noch rund 68 % zu viele Beschneidungen!

Womöglich massenhafter Abrechnungsbetrug?

„Längst hätten die hohen Beschneidungszahlen den Verdacht des massenhaften Abrechnungsbetruges erwecken müssen und entsprechende Ermittlungen von Seiten der betrogenen Krankenkassen und zuletzt der Staatsanwaltschaften hervorrufen müssen“, wundert sich Dr. Christoph Kupferschmid. „Aber selbst mir ist es als Mitglied der Vertreterversammlung, also des Parlamentes der KV in Baden-Württemberg, nicht gelungen, eine Kontrolle zu initiieren.“

Der BVKJ hatte schon bevor das Jungenbeschneidungs-Erlaubnisgesetz 2012 herauskam und auch danach dazu mehrfach kritisch Stellung bezogen. Im Dezember 2017 kam dann die Aktualisierung der Phimoseleitlinie heraus. Der BVKJ war hier einer von sechs beteiligten Ärzteverbänden. Die Phimoseleitlinie er-

klärt, dass die Vorhaut für das Erleben sexueller Empfindungen eine wichtige Rolle spielt. Sie warnt, Phimose-Behandlungen könnten „problematische Auswirkungen auf die psychosexuelle Entwicklung und die Identitätsbildung“ von Jungen haben. Sie empfiehlt: „Die Pathologie kann nicht über das Vorliegen einer Enge per se definiert werden, sondern nur durch das Vorliegen sekundärer Störungen.“ Sie rät von Beschneidungen im Säuglingsalter ab – abgesehen von „einigen ausgewählten Fällen mit assoziierter Uropathologie“. Für Kleinkinder und Jungen bis zum Abschluss der Pubertät gilt dies ebenfalls – nur beschränkt auf wenige weitere Indikationen, wie etwa ein Lichen Sclerosus. Die Phimoseleitlinie verlangt, vor einer operativen Therapie solle „zunächst eine topische Behandlung der Vorhaut mit einer steroidhaltigen Salbe vorgenommen werden“, womit man in bis zu 90 % aller Fälle eine Lösung erreichen könne.

Verhaftet im einst Gelernten

Eineinhalb Jahre nach dieser Veröffentlichung, im August 2019, meldete sich ein Kinder- und Jugendarzt als BVKJ-Mitglied auf der Email-Adresse der Autorin – also nicht mit einem offiziellen Leserbrief, weshalb ich seinen Namen nicht nenne. Er kritisierte den in dieser Zeitschrift erschienenen Bericht über die Experten-Anhörung im Landtag NRW mit dem Titel: „Genitalverstümmelung verletzt Menschen- und Kinderrechte“: Eine solche Berichterstattung biete nur der „AfD“ eine Plattform, sei eine Schande. Die männliche Vorhaut sei so überflüssig wie Blinddarm, Rachenmandeln, männliche Brustwarzen, Steißbein, kleiner Zeh, weshalb das alles problem- und komplikationslos entfernt werden könne – und oft auch werde. „Beschnittenen Männern fehlt beim Sex nichts, außer ihrer Vorhaut“, so die offenbar unerschütterliche Überzeugung dieses Mannes – allen Büchern und Internetpublikationen und aller jahrelangen Lobbyarbeit von leidenden Betroffenen zum Trotz.

Wegen Nebenwirkungen der Salbenbehandlung überweise er seine kleinen Patienten lieber gleich an einen muslimischen Kinderchirurgen, der diesen Eingriff in örtlicher Narkose durchführe. (Die Phimoseleitlinie hingegen betont, dass örtliche Betäubungen nicht reichen. Sie empfiehlt eine Allgemein-Anästhesie

sogar in Kombination mit regional-ästhetischen Verfahren wie Peniswurzelblock, zirkuläre Infiltration oder Kaudalblock.) Der Arzt aus Baden schreibt ohne quantitative Belege, dass seine Patienten nach der Operation „immer zufriedener als vorher“ seien: „Sie haben die Manipulationen ihrer Eltern an der verengten Vorhaut in deutlich schlechterer Erinnerung, als die Erlebnisse kurz vor, während oder unmittelbar nach der Operation.“ (Dabei empfiehlt die Phimoseleitlinie ausdrücklich, soweit es das Alter erlaubt, die Selbstbehandlung der Jungen, gerade um Übergriffe und damit einhergehende mögliche Traumatisierungen zu vermeiden.)

Bisherige Komplikationen dieser Behandlungen? „Keine“, so die Selbstwahrnehmung dieses Kinder- und Jugendarztes. (Die Phimoseleitlinie verweist dagegen auf mehrere Studien, die die Komplikationsraten zwischen 2-10 % ansiedeln. Selbst in qualifizierten kinderchirurgischen Zentren betrügen diese noch 5,1%. Deshalb müsse mit Hinweis auf diese Zahlen vor einer Zirkumzision auch entsprechend warnend aufgeklärt werden.)

Wissenschaftlich fundierte Aufklärung gegen polemischen Missbrauch

Zur immer noch weit verbreiteten Befürchtung, mit Kritik an der Jungenbeschneidung Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus zu schüren, noch mal ein

Blick auf Zahlen: Robert-Koch-Institut von 2007. Ja, die Befragung ist 12 Jahre her, ist aber bislang die einzige umfassende Betrachtung, die auch kulturelle Hintergründe berücksichtigt:

KIGGS-Studie, Robert-Koch-Institut 2007
10,9% aller Jungen von 0-17 beschnitten,
9,9% ohne Migrationshintergrund,
d.h. bei nur 1% aller Jungen unter 17 geschah die Beschneidung aus religiösen oder traditionellen Gründen.

Die Rücksicht auf diese 1% traditionellen-muslimischen sowie – hier der weitest kleinste Anteil – religiös-jüdischen Jungenbeschneidungen hat Politik und Medien den Blick verstellt für das tatsächliche Problem einer überwiegend medizinischen Fehlbehandlung. Kritische Berichterstattung und entsprechende Aufklärungsversuche zum Mythos der angeblich für Hygiene und Gesundheit so wichtigen Jungenbeschneidung werden wegen politischer Korrektheit meist gar nicht erst aufgegriffen. Oder aber fast immer mit dem Finger auf Juden und Moslems thematisiert und so auch fast immer bebildert, was letztendlich wirklich muslim- und jüdenfeindlich ist: „Die anderen“ anprangern für etwas, bei dem man dringend vor der eigenen Tür kehren müsste.

Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus gibt es in der Tat schon viel zu viel. Diese Angst davor ist verständlich.

Doch nur eine sachlich-differenzierte, wissenschaftlich untermauerte Diskussion über dieses Thema kann verhindern, dass Fremdenfeinde es für ihre Zwecke missbrauchen! Nur so kann man auch die Menschen, die in ihrer Kultur und Erziehung gelernt haben, dass die Jungenbeschneidung gut und richtig ist, zum Umdenken anregen. Die Kinderärzte sind hier die ersten Ansprechpartner der Eltern, somit die wichtigsten Vermittler in der Aufklärung über diese veraltete, Kinder- und Menschenrechte verletzende (Medizin-)Tradition.

In Dänemark fehlt bis zur ersten Lesung im Parlament nur noch ein Gutachten der Gesundheitsbehörde. Damit ist in absehbarer Zeit zu rechnen. Lena Nyhus ist jedenfalls zuversichtlich, dass das geschlechtsneutrale Mindestalter von 18 Jahren für alle nicht-therapeutischen Genitaloperationen bald eingeführt wird.

Tipp für die Praxis:

BVKJ-Broschüre im Wartezimmer auslegen:

<https://www.bvkj-shop.de/infomaterial/broschuere-mann-oh-mann.html>

Korrespondenzanschrift:

Renate Bernhard
www.Renate-Bernhard.de/mein-fachgebiet/zur-vertiefung-1/jungenbeschneidung/
RMBernhard@web.de.

Red.: cb

„Kinderschutz muss wieder uneingeschränkt gelten!“

Am 12. Dezember 2012 beschloss der Deutsche Bundestag, nicht-therapeutische Vorhautamputationen an Jungen aus jeglichem Grunde im Erziehungsrecht der Eltern zu erlauben.

Anlässlich des siebten Jahrestages des „Beschneidungsgesetzes“ meldete sich eine Selbsthilfe-Organisation zu Wort: Önder Özgeday, Vorstandsmitglied von **MOGiS e.V. – Eine Stimme für Betroffene**, fordert die Abschaffung des § 1631d BGB: „In diesem Land wird

gefühl 24 Stunden am Tag von Gleichberechtigung und Antidiskriminierung gesprochen und geschrieben. Warum ist damit meist sofort Schluss, wenn es um Genitalverstümmelung unter Einbeziehung auch von Jungen geht? Dann beginnt das Wegschauen und Schweigen. Der 12. Dezember verletzt uns immer wieder aufs Neue und führt einem direkt vor Augen, wie dieses Thema einfach verdrängt wird.“

Die Politik ist gefordert.

Der Vorsitzende von MOGiS, Victor Schiering, ergänzt: Jährlich werden allein in Deutschland über 400 Jungen in Krankenhäusern wegen Komplikationen stationär nachbehandelt. Sie zahlen den Preis dafür, dass sich Erwachsene einer notwendigen Debatte entziehen. Mögliche und zwingende Langzeitfolgen für die spätere Sexualität sind längst in der medizinischen Forschung dokumentiert. Die Politik muss sich jetzt endlich diesen Fakten stellen.“

Stiftung „Kind und Jugend“ Aussteller bei ConSozial – Deutschlands größte KongressMesse für den Sozialmarkt

Das viele Wissen zur Prävention eines dysregulierten Gebrauchs digitaler Bildschirmmedien im Kindesalter muss denen vermittelt werden, die täglich fast ausschließlich mit Argumenten für eine uneingeschränkte Digitalisierung überschüttet werden. Skepsis ist berechtigt, wenn behauptet wird, die Digitalisierung der Pädagogik in Kitas und Grundschulen sei ein Segen. Dabei wird sie eher zu einem Segen für die „Digitalisierungsindustrie“.

Kooperationen der Stiftung „Kind und Jugend“

Die **Stiftung „Kind und Jugend“** entschied sich in den vergangenen Monaten, mit weiteren Skeptikern dieser Digitalisierung zu kooperieren: mit dem Präventionsprogramm **ECHT DABEI**, dem „Bündnis für humane Bildung“, der Aktion „MedienCare“ und dem „Arbeitskreis Neue Medien“ (AKNM). Das gemeinsame Kernziel: die Verbesserung der bio-psycho-sozialen Gesundheit von Kindern. Die Ist-Situation und die möglichen Interventionsmaßnahmen zu erforschen, wäre sicher die bessere Alternative. Für die Zukunft unserer Gesellschaft von morgen, den Kindern von heute, ist Forschung dringend erforderlich.

Die Kooperationen sind sehr erfolgreich. Der Austausch von Informationsmaterialien erweitert Denkhorizonte, gemeinsame Aktionen stärken. Die erste gemeinsame Aktion war eine Mitwirkung beim **Tag der offenen Tür der Ministerien im BMG**, dort wurde ein neues Konzept zur Information geboren: Wir müssen uns als „Aussteller“ auf dem Markt der Möglichkeiten präsentieren, nicht in verschlossenen Zirkeln diskutieren, d.h. uns unseren Kritikern stellen, aber auch bisher verborgene Gleichgesinnte finden. Nach dem Tag der offenen Tür der Ministerien war schnell eine Entscheidung getroffen: wir beteiligen uns bei der **Messe für Sozialberufe, der ConSozial in Nürnberg**. Wir waren der Stiftung



sehr dankbar, dass diese letztlich die Kosten für den Stand, die Reise und Übernachtung übernahm. Angefragte Ministerien sahen keine Möglichkeit, uns zu unterstützen, wir waren einfach zu schnell.

Der Ausstellerstand bei **ConSozial** war ein voller Erfolg, viel mehr Gespräche und neue Kontakte als beim Tag der offenen Tür der Ministerien. Wir sind dem BMG für die Möglichkeit einer ersten gemeinsamen Aktion und den Erfahrungen sehr dankbar. Es gibt eine nicht für möglich gehaltene Fülle von verborgenen Gleichgesinnten, allesamt keine ärztlichen Gruppierungen. Wie gehabt: Um das Wohlergehen von Kin-

dern und Jugendlichen kümmern sich im ärztlichen Bereich eben nur Pädiater. Auch Firmen waren nicht dabei. Es gibt viele Argumente, der Industrie ginge es nur um den Umsatz. Das Versprechen einer rosaroten Zukunft dank Digitalisierung hinterlässt Argwohn.

Warnungen der Kinder- und Jugendärzte will die Industrie nicht hören

Leider wird die „Werbung“ noch immer von vielen nicht durchschaut. Als der Präsident des BVKJ, Dr. Fischbach, die Sinnhaftigkeit von Handys bei Kindern unter 11 Jahren öffentlich

anzweifelte, konterte der Verband der Gaming-Industrie: „Sollten Deutschlands Eltern flächendeckend in die Tat umsetzen, was der Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVJK) fordert, dürfte manches Geschäftsmodell in Frage stehen.“

Der pompöse Auftritt von CGM, Marktführer bei Arztpraxen Soft- und Hardware und damit Hauptgewinner bei der Digitalisierung der Arztpraxen, als Aussteller bei ConSozial passt gut zu den geschilderten Marktstrategien. Bitte bedenken Sie dabei, wir bei der Stiftung sind Ehrenamtler und wollen nichts verkaufen. Aber unsere Erfolge müssen uns antreiben, jammern hilft nicht! Weitere Aktivitäten stehen an, als nächstes sind die Kooperationspartner Gäste der KV-Hessen. Dort sollen Pläne für 2020 geschmiedet, gemeinsame Aussagen formuliert werden. Es bleibt also spannend.

Stiftung „Kind und Jugend“ braucht Ihre Unterstützung

Die Eigenständigkeit der Stiftung ist ein hohes Gut. Eine Nähe zu Geldgebern, die eigene Interessen und nicht die der Kinder verfolgen, wird abgelehnt, auch wenn damit sinnvolle Aktionen nicht realisiert werden können. Die Stiftung hat keine zahlenden Mitglieder. Sie finanziert sich durch Beteiligung an Studien (Büroarbeit, Gemeinnützigkeit etc.), viel ehrenamtliche Arbeit und durch Spenden. Spenden, zweckgebunden (Hinweis auf der Überweisung) für die Prävention des dysregulierten Gebrauchs digitaler Bildschirmmedien, sind also dringend erforderlich (Infos auf der Internetseite der Stiftung Kind und Jugend. www.Stiftung-Kind-und-Jugend.de). Jede Spende beinhaltet den Steuervorteil, so beteiligt sich der Staat an unserer

Arbeit, ohne diese zu beeinflussen. Als Dankeschön für eine Spende ab 100 € erhalten Sie:

- Eine Liste guter Adressen für Informationsmaterial, Plakate etc.
- Texte, die wir bei den Messeständen abgeben
- Adressen der Kooperationspartner (Ansprechpartner)
- Freigegebene PowerPoint Folien

So gerüstet sind Sie ein qualifizierter Gesprächspartner/Vortragender bei Kita und Schule. Sofern Sie an einer kontinuierlichen Zusammenarbeit interessiert sind, so wenden Sie sich bitte an

Korrespondenzadresse:

Vanessa Lutterodt
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel.: 0221 68909-32
E-Mail: vanessa.lutterodt@uminfo.de

Red.: WH

PISA-Studie 2018: Leistungen in Deutschland insgesamt überdurchschnittlich, aber leicht rückläufig und mit großem Abstand zu den Spitzenreitern

Chancengerechtigkeit gilt es weiterhin zu fördern

(Paris/Berlin, 3. Dezember) – Schülerinnen und Schüler in Deutschland haben beim Leseverständnis und der Mathematik leicht besser abgeschnitten als der OECD-Durchschnitt, bei den Naturwissenschaften sogar deutlich besser. Insbesondere in der Mathematik und den Naturwissenschaften verschlechterten sich jedoch die Ergebnisse gegenüber früheren PISA-Erhebungen. Insgesamt bleibt der Abstand zu den Spitzenreitern in Asien und Europa groß. Gleichzeitig hängt der Schulerfolg in Deutschland weiterhin stärker von der sozialen Herkunft der Schülerinnen und Schüler ab als im Durchschnitt der OECD-Länder. Dies zeigen die Ergebnisse der PISA-Erhebung von 2018.

Der beim **Leseverständnis**, dem Schwerpunkt von PISA 2018, verzeichnete Rückgang der Leistungen ist statistisch nicht belastbar. **Die Leistungen in Mathematik und Naturwissenschaften waren 2018 jedoch signifikant schlechter als 2012.** Da sich der Leistungsrückgang bereits mit der PISA-Erhebung 2015 abzeichnete, ist eine breitere Ursachensuche angezeigt.

Einer der Faktoren hinter dem Leistungsrückgang können die seit der

Flüchtlingskrise gestiegenen Ansprüche an das Bildungssystem sein. **So ist der Anteil von Schülerinnen und Schülern mit eigener Migrationserfahrung seit der letzten PISA-Erhebung deutlich gestiegen, und deren Integration in das Bildungssystem ist eine große Herausforderung.**

Auffällig ist außerdem, dass Schulleiterinnen und Schulleiter in Deutschland deutlich häufiger über eine mangelnde Ausstattung mit Personal und Sach-

mitteln klagen als ihre Kolleginnen und Kollegen im OECD-Schnitt. **Gleichzeitig sind sozioökonomisch benachteiligte Schulen stärker mit Personalmangel konfrontiert als sozioökonomisch begünstigte Schulen.**

Wie immer fragte die PISA-Studie kaum gelerntes Wissen ab, sondern untersuchte hauptsächlich, ob Schülerinnen und Schüler in der Lage waren, Wissen anzuwenden, Fakten von Meinungen zu unterscheiden, Informationen zu ver-

knüpfen und eigene Lösungswege zu finden – Schlüsselqualifikationen in einer zunehmend digitalisierten Welt.

„Menschen mit niedrigen Basiskompetenzen laufen heute mehr denn je Gefahr, ausgegrenzt zu werden“, so OECD-Vizegeneralsekretär Ludger Schuknecht bei der Vorstellung der Studie in Berlin. **„Die PISA-Ergebnisse sind deshalb eine dringende Aufforderung, in der Schule niemanden zurückzulassen, sondern allen Schülerinnen und Schülern die Kompetenzen zu vermitteln, die sie brauchen, um in der Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts zu bestehen.“**

Trotz ihres insgesamt überdurchschnittlichen Abschneidens liegen die Schülerinnen und Schüler in Deutschland weit hinter den Spitzenreitern – vier chinesischen Provinzen und Singapur – zurück und auch der Abstand zu einigen OECD-Partnern ist groß. So hatte hierzulande etwa jeder fünfte und im OECD-Durchschnitt etwa jeder vierte Teilnehmende Schwierigkeiten, selbst grundlegende Anforderungen an das Leseverständnis zu bewältigen. Bei den asiatischen oder europäischen Spitzenreitern, darunter Estland und Finnland, waren dies nur zehn bis 15 Prozent der Teilnehmenden.

Die PISA-Studie 2018 war mit rund 600.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus 79 Ländern und Regionen die bisher größte PISA-Studie. In Deutschland nahmen 5.451 Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren aus 226 Schulen teil.

Wichtigste Ergebnisse

- Die Leistungen der Schülerinnen und Schüler in Deutschland liegen in den Bereichen Lesekompetenz (498 Punkte), Mathematik (500) und Naturwissenschaften (503) über dem OECD-Durchschnitt.
- In mindestens zwei dieser drei Bereiche unterscheiden sich die deutschen Durchschnittsergebnisse nicht statistisch signifikant von denen, die die Schüler in Australien, Belgien, Frankreich, Irland, Neuseeland, Norwegen, Slowenien, Schweden, der Tschechischen Republik, dem Vereinigten Kö-

nigreich und den Vereinigten Staaten erzielten.

- Deutschland schneidet aber in allen drei Bereichen schlechter ab als Estland, Finnland, Hongkong (China), Irland, Kanada, Korea, Macau (China), Neuseeland, Peking-Shanghai-Jiangsu-Zhejiang (China), Polen und Singapur.
- Die durchschnittlichen Leseleistungen sind in Deutschland nach den in der ersten Zeit – bis 2012 – erzielten Verbesserungen 2018 wieder in etwa auf das Niveau von 2009 zurückgegangen.
- In Naturwissenschaften war die mittlere Punktzahl 2018 niedriger als 2006. In Mathematik lagen die Ergebnisse von PISA 2018 deutlich unter jenen von PISA 2012.
- Der Leistungsunterschied im Bereich Lesekompetenz zwischen Schülerinnen und Schülern mit günstigem sozioökonomischem Hintergrund und solchen mit ungünstigem Hintergrund ist in Deutschland beträchtlich und hat sich seit 2009 um 9 Prozentpunkte ausgeweitet. Die privilegiertesten 25% der Schüler haben gegenüber den sozioökonomisch am stärksten benachteiligten 25% einen Leistungsvorsprung von 113 Punkten – das sind 24 Punkte mehr als im OECD-Durchschnitt (89 Punkte). Trotzdem liegen in Deutschland etwa 10% der sozioökonomisch benachteiligten Schülerinnen und Schüler im obersten Quartil der Leistungsverteilung. Dies entspricht in etwa dem OECD-Durchschnitt (11%).
- Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund hat sich in Deutschland zwischen 2009 und 2018 von 18% auf 22% erhöht. Die Hälfte dieser Schüler ist sozioökonomisch benachteiligt. Zwischen Schülern mit und Schülern ohne Migrationshintergrund besteht im Bereich Lesekompetenz ein Leistungsabstand von 63 Punkten. Dieser Abstand ist auch nach Berücksichtigung des sozioökonomischen Profils der Schüler und der Schulen noch vergleichsweise groß (17 Punkte). 16% der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund konnten sich jedoch trotz

ihrer relativen sozioökonomischen Benachteiligung im obersten Quartil der Leistungsverteilung platzieren. **Der Begriff „Schüler mit Migrationshintergrund“ steht bei PISA für Schüler, deren beide Eltern im Ausland geboren sind. Deutschland gehört zur Gruppe der langjährigen Zielländer mit einem hohen Anteil seit Langem ansässiger geringqualifizierter Zuwanderer.**

- Die Mädchen schneiden in Deutschland im Bereich Lesekompetenz deutlich besser ab als die Jungen. Sie erzielten im Schnitt 26 Punkte mehr (OECD-Durchschnitt: 30 Punkte). Ihr Leistungsvorsprung war damit geringer als im Jahr 2009, als er noch 40 Punkte betrug. In Mathematik erzielten die Mädchen in Deutschland im Schnitt 7 Punkte weniger als die Jungen, sodass ihr Vorsprung größer war als im OECD-Durchschnitt (5 Punkte). In Naturwissenschaften weisen die Jungen und die Mädchen dagegen ein ähnliches Leistungsniveau auf.
- 67% der Schülerinnen und Schüler in Deutschland sind eigenen Angaben zufolge mit ihrem Leben zufrieden – ein ebenso hoher Anteil wie im OECD-Durchschnitt. Etwa 92% der Schülerinnen und Schüler in Deutschland sind laut eigenen Angaben manchmal oder immer glücklich. Etwa 4% bezeichnen sich als immer traurig. 23% der Schülerinnen und Schüler gaben an, mindestens ein paar Mal pro Monat von Mitschülern drangsaliert zu werden (OECD-Durchschnitt: 23%).

Link: https://www.oecd.org/berlin/themen/pisa-studie/PISA2018_CN_DEU_German.pdf

Bearbeitung und Zusammenstellung auf der Grundlage der Pressemeldung der OECD:

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

„Es klopft im Topf“

Spätestens dann, wenn Du, geneigte® pädiatrische® Kollege(in), von Deinen Patienten mit „Oma“ oder „Opa“ angesprochen wirst, keimt in Dir vielleicht der lang verdrängte Gedanke auf, eventuell doch dem Alterungsprozess ein ganz kleines bisschen unterworfen zu sein.

Dann ist die Zeit gekommen, sich eine gemütliche Nachdenkecke zu suchen, in seinen Berufserinnerungen zu forschen und sich der hoffentlich neugierig-dankbaren Nachwelt vom Fach mitzuteilen.

Solches Unterfangen kann zum Vergnügen werden, wenn man beim zufälligen Aufräumen ein Mäppchen entdeckt, in dem sich ein Sammelsurium von jahrzehntealten mit eiligen Krakeln versehenen Abreißzettel oder rückseitig beschriebenen Formularen findet, die etwas verstaubt den andächtigen Beschauer anstrahlen. „Mein Kind hat so einen dicken Hals; es hat wahrscheinlich was an der Schildkröte.“

Derartige Diagnosen wären in der finstersten subcorticalen Schublade verschwunden, wenn seinerzeit nicht der „kleine Mann im Ohr“ geschrien hätte: Schreib's auf! Ihm verdanke ich heute einen kleinen Schatz erheiternder Erinnerungen, die ich dem geneigten Leser im Rahmen einer Auswahl vorstellen möchte:

- „Mein Kleiner hat's an der Hüfte; wahrscheinlich Cox Orange!“
- „Meine Kleine hat starken Husten und Heiserkeit; das ist sicher eine Rachitis!“
- „Der Kleine hat starkes Halsweh, wahrscheinlich angesteckt durch meinen Mann, der hat rechts eine Regina.“ (Merke: Angina rechts = Regina, Angina links = Liana)
- „Unser Sohn hat Bairisches Drüsenfieber gehabt und hat jetzt immer noch einen dicken Hals.“

- „Ich habe meine Tochter schon fleißig mit psychologischer Kochsalzlösung gurgeln lassen.“

- „Herr Doktor, mein Bubi hat sooo einen harten Stuhl, dass es klopft im Topf!“

Ein zwölfjähriger Bub auf die Frage nach seinen Beschwerden: „Schüttelfrost zweimal, eindeutig Malaria!“

Meine Durchfalls-Diät-Anweisung: „Trockene Teigwaren“, also ohne Fett, „sind erlaubt.“ Darauf der kleine Pati-



ent ganz erschrocken, das sei aber sehr „knusprig“.

Manchmal ist es für den Kinder- und Jugendarzt schwer, einem Kind medizinische Zusammenhänge zu erklären. Zum Glück haben mir da oft die Eltern geholfen.

Erklärung eines Erziehungsberechtigten an sein Kind: „Durch den Saft löst sich beim Keuchhusten der Schleim und geht mit dem Stuhlgang ab.“

Immer wieder wurde ich zur Ergänzung des medizinischen Fachwissens beglückt durch kostenlose Fortbildungen

diverser Familienmitglieder meiner Patienten in Form „Medizinischer Volksweisheiten“. Hier eine Best-of-Liste:

- „Das Wetter schlägt auf die Buben.“ (Sie schreien vor Wetterwechsel häufiger.)
- Säuglinge „zahnen gern über die Brust“
- Beim Zahnen soll man Geranienblätter um den Hals binden.
- Freitag-Gang hebt nicht lang! (Betrifft Arztbesuch am Freitag)
- Kinder, die als Säuglinge gekitzelt wurden, stammeln später.
- Wenn man Kinder direkt von oben anschaut, beginnen sie zu schielen.
- Wenn man Säuglingen den Rücken regelmäßig mit Franzbranntwein einreibt, sitzen sie früher.
- Wenn man ein Kind im Bett der Oma schlafen lässt, wird ihm die Kraft genommen.
- Wenn man mit Windpocken ins Freie geht, schlagen sie „nach innen auf die Organe“.
- Im Herbst unterm Nussbaum sollen sich keine Kleinkinder aufhalten, da sie sonst leicht krank werden.
- Ohrläppchen-Eiterung bei Ohrringen ist gesund, da eine solche sonst an anderen Körperstellen aufträte, und eine Sehstörung wird dadurch auch verhindert.

Zum Abschluss der „interessante Fall“, den ich hiermit an meine Kolleginnen und Kollegen weitergebe:

Was ist zu tun, wenn (O-Ton Uroma) „einem Kind der Kopf geplatzt“ ist, da „die Zähne nicht heraus konnten“?

Mit Freude erwarte ich Ihre Ratschläge.

Korrespondenzadresse:

Dr. Norbert Wunderle
79539 Lörrach
E-Mail: dr.wunderle@t-online.de

Red.: ReH

Zahlen, Daten, Fakten

Ungleichheit international und national

Ein Tag, bevor sich in Davos Entscheider aus Wirtschaft und Politik trafen, hat das Weltwirtschaftsforum eine Studie veröffentlicht, die Deutschland „**schlechte Chancen für sozialen Aufstieg**“ bescheinigt. Für diese Studie führte das Forum Untersuchungen in **82 Staaten** durch. Dass Deutschland dabei **Platz 11** einnehmen konnte und damit als bester der G7-Staaten abschnitt, ist nur ein relativer Trost. Denn auch uns wird bescheinigt, dass wir bei den sozialen Aufstiegschancen hinterherhinken. Dazu schreibt das Forum, dass auch Deutschland wirtschaftlich enorm von der „**sozialen Mobilität**“ profitieren würde. Als Gründe für die Hürden bei den Aufstiegsmöglichkeiten werden „**Ungleichheit bei den Bildungschancen**, mangelnder Zugang zu Technologie sowie ungerechte Löhne“ genannt.

Klaus Schwab, Gründer des Weltwirtschaftsforums, weist auf ein wachsendes Gefühl der Ungerechtigkeit und sinkendes Vertrauen in die Institutionen hin. Er kommentiert die Studie: „Konzerne und Regierungen müssen darauf mit gemeinsamen Anstrengungen antworten, um **neue Wege für die sozioökonomische Mobilität** zu finden und sicherzustellen, dass jeder faire Erfolgchancen hat.“ Nach seiner Schätzung könnte die globale Wirtschaft dadurch jedes Jahr um **mehrer Hundert Milliarden Euro** wachsen. Die besten Aufstiegschancen weltweit bieten übrigens die nordischen Staaten, also Dänemark, Norwegen, Finnland, Schweden und Island. Nach ihrem Vorbild fordert das Forum „faire Löhne, sozialen Schutz, Möglichkeiten zum lebenslangen Lernen und bessere Arbeitsbedingungen“ in allen Ländern.

Mehr staatliches Geld für reiche Kinder?

Am gleichen Tag, also am 20. Januar 2020, meldete sich auch UNICEF zu Wort. Die Veröffentlichung einer weltweiten Studie hatte man bewusst auf



Foto: © Dieter Schütz / pixelio.de

das Treffen in Davos abgestimmt. Das Kinderhilfswerk hatte **Daten aus 42 Ländern** verglichen und dabei festgestellt, dass „für die Bildung der Kinder aus den **20 Prozent der reichsten Haushalte** im Schnitt **doppelt so viel staatliche Gelder** ausgegeben werden wie für Kinder aus **den ärmsten 20 Prozent** der Haushalte“. Dazu Henrietta Fore, Exekutivdirektorin bei UNICEF: „Länder auf der ganzen Welt lassen ihre ärmsten Kinder im Stich – und damit auch sich selbst. Solange die öffentlichen Bildungsausgaben unverhältnismäßig stark den Kindern aus den reichen Haushalten zugute kommen, haben die ärmsten Kinder wenig Hoffnung, der Armut zu entkommen und die Fähigkeiten zu erlernen, die sie brauchen, um in der heutigen Welt wettbewerbsfähig und erfolgreich zu sein und somit einen Beitrag zur Wirtschaft ihrer Länder zu leisten.“ UNICEF fordert dazu: „**Öffentliche Mittel müssen vorrangig für niedrige Bildungsstufen** – in denen die Kinder aus den ärmsten Haushalten vertreten sind – bereitgestellt werden.“ Neben den bereits erwähnten nordischen Ländern wurde hier Barbados als Vorbild genannt: Sie sind nach der Studie die einzigen, die Mittel für die Bildung **gleichmäßig auf**

die reichsten und ärmsten Haushalte verteilen!

Lob für Kita, Kritik an Grundschule

Die OECD fand im September 2019 lobende Worte für Deutschland: Hier investiere man mehr in die frühkindliche Bildung pro Kind als der Durchschnitt der Mitgliedsländer, heißt es in einer Studie der „Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung“ (OECD). Auch der Bereich der höheren Schulabschlüsse zeigt eine positive Tendenz: 2018 hatte **jeder dritte junge Erwachsene** einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss; zehn Jahre zuvor war es nur jeder vierte. Kritisch bewertete die OECD jedoch die Finanzierung der Grundschulen: „Insbesondere dort, wo am ehesten **Bildungsnachteile ausgeglichen werden** können, sind die Investitionen in Deutschland vergleichsweise niedrig.“ Für die Studie wurden die **Bildungssysteme und -ausgaben der 36 OECD-Länder** sowie von zehn weiteren Ländern miteinander verglichen.

Zusammenstellung und Red.: cb

Themenvielfalt und öffentliches Interesse

Der BVKJ im Spiegel der Presse

Kein Handy vor elf Jahren!“, mit diesem Satz erregte BVKJ-Präsident Thomas Fischbach im vergangenen Jahr großes Aufsehen. Sein ursprünglich in der **Neuen Osnabrücker Zeitung** erschienenes Interview wurde unzählige Male zitiert, die Anfragen an ihn stapelten sich (s. KJA vom Januar, Seite 53ff). Angeregt durch die provokante Aussage meldete sich u.a. der **Tagesspiegel** bei ihm und bat um ein ausführliches Gespräch. Es erscheint in einem neuen Format, das sich als Online-Angebot speziell an Abonnenten richtet. Die zuständige Redakteurin, Anna Parrisius, beschreibt das Format, das im Januar 2020 unter dem Titel **Background „Gesundheit & E-Health** startete: „Im Kern geht es um ein werktägliches Informationsangebot, mit dem die Background-Abonnenten (vor allem Entscheidungsträger aus den Verbänden, Ministerien und anderen Institutionen im Gesundheits- und E-Health-Bereich) kompakt, aber tiefgründig per E-Mail über tagesaktuelle Entwicklungen und solche, die darüber hinausreichen, informiert werden. Mit den bereits existierenden Backgrounds erreichen wir dabei schon ein großes Publikum (<https://background.tagesspiegel.de>), viele der Berichte finden ihren Weg auch in die gedruckte und die Online-Ausgabe des Tagesspiegels.“ Im 90-minütigen Inter-

view fragte die Redakteurin nach persönlichem Werdegang, Wirken als Präsident des BVKJ und natürlich nach „seiner Sicht auf aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendmedizin“.

Neben der Handy-Nutzung wurden Themen wie ein **Werbeverbot im öffentlichen Raum für Tabak** oder für die sogenannte „**Kinderlebensmittel**“, der Einsatz des Verbandes für eine **Umsetzung der Kinderrechte** sowie der drohende und teilweise bereits eingetretene **Kliniknotstand** angeschnitten. Dieses letzte Thema wurde auch in der **Süddeutschen Zeitung** vom 22. Dezember 2019 unter dem Titel „**Kinderkliniken in Not**“ ausführlich beschrieben. „Dieser Ökonomisierungswahn im Gesundheitswesen schlägt

gerade in wenig lukrativen Fachgebieten besonders breite Breschen“, so wird Thomas Fischbach zitiert. Er weist zudem darauf hin, dass zwischen 2004 und 2017 in Deutschland 22 Kinderstationen geschlossen wurden. Für die Auswirkungen des Sparzwangs in Kombination mit dem Pflegenotstand ist die Charité wohl das berühmteste Beispiel: Sie musste Betten auf ihrer Kinderkrebstation sperren.

Bereits im Oktober 2019 hatte das **Ärzteblatt** auf die Situation hingewiesen: „Spardruck auf Kinderkliniken gefährdet Versorgung“. Im Artikel äußert sich der Präsident des BVKJ: „Je größer der Spardruck, desto schlechter auch die Ausbildung der jungen Mediziner, desto weniger Kinder- und Jugendärzte können ausgebildet werden und sich in Praxen niederlassen, desto schwerer finden Patienten einen Kinder- und Jugendarzt in ihrer Nähe!“

Am 8. Januar 2020 veröffentlichte die **Ärzte Zeitung** ein Interview mit Thomas Fischbach,



in dem er unter dem Titel „Die Politik muss mehr Mumm zeigen“ mehr Mut bei der Patientensteuerung fordert und bei der EBM-Reform Nachbesserungsbedarf beschreibt. Das ganze Interview können Sie unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Politik-muss-mehr-Mumm-zeigen-405507.html> nachlesen.

Dass der BVKJ mittlerweile sogar in der Boulevardpresse zitiert wird, beweist das Beispiel „**Bild der Frau**“. Sie titelte: „Nach Alarm-Studie: Wie viel Smartphone ist gut für mein Kind?“ In einem kurzen Intro wurde der Inhalt des Artikels beschrieben: „100 Kinderärzte wurden für eine aktuelle Studie befragt – und sind sich einig: Zu viel Handyzeit hat dramatische Folgen (s. Kasten), vor allem bei den 10- bis 13-Jährigen. Doch wie lösen Familien das nun am besten? Hier diskutieren Mütter, Teenies, Mediziner“. Mit dabei der Präsident der BVKJ, dessen Statement direkt neben dem Fakten-Check abgedruckt wurde!

Zusammenstellung und Red.: cb

Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte:

Die Folgen sind gravierend

Früher haben die Kinder nach der Schule mit anderen draußen gespielt. So konnten sie echte Kommunikation und soziales Verhalten lernen und ihre Motorik schulen. Viele Kinder gucken heute aber ständig aufs Smartphone. Die Folgen sind Bewegungsmangel, Übergewicht, motorische Defizite und soziale Isolation bis hin zu Depressionen. Kinder merken es natürlich nicht, sind von der Reizüberflutung durchs Handy aber schlicht überfordert. Das führt zu Konzentrationschwäche, die Leistung in der Schule wird schwächer. Eltern müssen daher die Nutzungsdauer einschränken.

FAKTEN-CHECK

Handys und die Auswirkungen

→ 75 Prozent der 10-Jährigen haben bereits ein eigenes Gerät. Mit verheerenden Folgen: Nach einer Umfrage unter Kinderärzten besteht ein Zusammenhang zwischen dem gestiegenen Medienkonsum und Krankheiten wie Übergewicht, sozialen Auffälligkeiten und Lern- und Sprachentwicklungsstörungen.

→ Besonders betroffen sind die 10- bis 13-Jährigen. Ein Großteil der Eltern verharmlose laut Studie jedoch den Medienkonsum seiner Kinder und nimmt die Gefahren nicht wahr.

#followBVKJ

Neue Seminarreihe für das Praxisteam startet im März



Dr. Klaus-Uwe Gerhardt / pixelio.de

Offenbach Uferpromenade

„immer etwas Neues“, so lautete der Titel einer über viele Jahre erfolgreichen Veranstaltungsreihe des BVKJ. Daraus wurde nun wieder etwas Neues, denn die Weiterentwicklung der Seminarreihe bringt einige Veränderungen mit sich:

- Aus den bisher zehn Standorten werden **fünf zentrale Orte**.
- Die medizinischen Themen für Pädiater und MFAs orientieren sich noch stärker an deren **alltags- und berufsrelevanten Themen**, sie sind nicht mehr gespiegelt.
- Neben medizinischen Fachthemen bekommen **betriebswirtschaftliche und rechtliche Aspekte** mehr Spielraum.
- Der Titel der Reihe wurde in #follow BVKJ umbenannt, um die bessere Bewerbung im Internet zu ermöglichen.
- Damit sind die Ergebnisse der Evaluation aus dem vergangenen Jahr in die Neukonzeption aufgenommen. Erhalten geblieben sind die Auswahl zwischen insgesamt **vier Seminaren für Ärzte und MFAs**, das Niveau der inhaltlichen Vermittlung sowie die Zusammenstellung von externen und internen Referenten. Und natürlich der **Mittwochnachmittag ab 14 Uhr** als durchgehender Veranstaltungstermin.

Gemeinsam mit den Landesverbänden werden die Veranstaltungen von der Geschäftsstelle organisiert und finden statt:

- 11. März im Sheraton Hotel in Offenbach,
- 29. April im NH Collection in Berlin,
- 8. Juli im NH Ost Conference Center in München,
- 2. September im NH City Nord in Düsseldorf und am
- 25. November im Hilton Garden Inn in Stuttgart.

Zu allen Seminaren können Sie sich über die Geschäftsstelle anmelden. Die **Gebühr für Mitglieder** im BVKJ beträgt 55 Euro im Paketpreis pro Arzt plus MFA, jede weitere Person zahlt 40 Euro. Bei Nichtmitgliedern beträgt der Paketpreis 75 Euro, für weitere Personen werden 50 Euro berechnet. Eine Info-Mail mit Unterlagen wird an alle Mitglieder der jeweiligen Landesverbände der Veranstaltungsorte verschickt. Pädiater, die im nahen Umfeld in anderen Bundesländern tätig sind, erhalten ebenfalls eine gesonderte Mail zum Seminar.

Für Offenbach steht das Programm fest: Nach einem gemeinsamen Begrü-

ßungssnack beginnt um 15 Uhr das erste 90-minütige Seminar. Ärzte haben die Auswahl zwischen den Themen

- **Entwicklungsdiagnostik mit Entwicklungsstörungen** aus psychologischer Sicht mit dem Diplom-Psychologen Jens Fetting,
- Die neue **S3-Leitlinie Kinderschutz** mit Frauke Schwier von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin.

Nach einer kurzen Pause geht es um 17 Uhr weiter mit den Schwerpunkten

- **Arbeitsrechtliche Themen, z.B. neue Impfpflicht** mit Christian Krapohl, einem Anwalt für Medizinrecht, oder
- **Existenzsicherung und Wachstum im digitalen Wandel** mit Bernd Posdich von der apoBank und dem Steuerberater Tim Kirchner.

Zu den gleichen Startzeiten haben die MFAs bei den ersten Seminaren die Auswahl zwischen

- **Neues aus der Wundversorgung** mit der Oberärztin Dr. Mechtild Sinnig oder
- **Aktuelle Abrechnungsfragen** mit den Referenten aus dem Honorar Ausschuss. Anke Emgenbroich mit Neuigkeiten aus der BVKJ-Service GmbH.

Der zweite Termin wird durch diese Themen belegt:

- **Neue Aspekte der Gesundheitsförderung** im ersten Lebensjahr mit Annette Berthold, die Hebamme und Lehrkraft ist.
- **Sprechen ab dem ersten Schrei** zur Sprachentwicklung und kognitiven Reifung mit dem Referenten Jens Fetting.

BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach war an der Entwicklung des Formates beteiligt. Sein Ziel war die Optimierung dieses Formates für das Team der Praxis des Kinder- und Jugendarztes.

Red.: cb

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN

Termingerecht findet vom **27.04.2020 bis 18.05.2020** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **18.05.2020** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Tilman Kaethner, Nordenham
Landesverbandsvorsitzende

WAHLERGEBNIS

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

Landesverbandsvorsitzende und 1. Delegierte:

1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:

2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:

3. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 4. Delegierter:

5. Delegierter:

6. Delegierter:

7. Delegierter:

8. Delegierter:

Ersatzdelegierte:

Schatzmeister:

Christiane Thiele, Viersen-Dülken

Dr. Khaled J. Abou Lebdi, Heinsberg

Dr. Herbert Schade, Mechernich

Dr. Petra Zieriacks, Bergisch Gladbach

Dr. Holger van der Gaag, Mülheim

Guido Klughardt, Jülich

Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim

Dr. Ignaz Schmidt, Kreuzau

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Aachen

Harald Kral, Duisburg

Nicole Teschner, Oberhausen

Edwin Ackermann, Tönisvorst

Dr. Georg Paulus, Heiligenhaus

Dr. Stephan Dreher, Geldern

Dr. Olaf Kaiser, Mülheim

Gürkan Durmaz, Burscheid

Dr. Khaled J. Abou Lebdi, Heinsberg

ERGEBNIS

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

1. Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:	Dr. Stefan Renz, Hamburg
1. stellv. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:	Dr. Claudia Haupt, Hamburg
2. stellv. Landesverbandsvorsitzende:	Dr. Petra Kapaun, Hamburg
3. stellv. Landesverbandsvorsitzender:	Dr. Christoph Kemen, Hamburg
Schatzmeisterin:	Dr. Annette Lingenauber, Hamburg

Geburtstage im März 2020

*Sollte ein Mitglied nicht wünschen, dass sein Geburtstag in der Gratulationsliste erwähnt wird, bitten wir um rechtzeitige Nachricht. (4 Monate vor dem Geburtstag)
Gerne per E-Mail an: bvkj.buero@uminfo.de oder per Post an
BVKJ Mielenforsterstraße 2, 51069 Köln*

65. Geburtstag

Frau Dipl.-Med. **Heike Mikuta**, Schönebeck, am 01.03.1955
Frau Dr. med. **Angelika Trögner**, Düsseldorf, am 03.03.1955
Herr **Michael Frickel**, Mannheim, am 04.03.1955
Frau Dr. med. **Gertrud Reingruber**, Großhansdorf, am 05.03.1955
Frau Dr. med. **Sabine Bertelsmeier**, Wahlstedt, am 06.03.1955
Herr Dr. med. **Matthias Huth**, Berlin, am 08.03.1955
Frau **Dorothea Kallwitz**, Bad Salzuflen, am 08.03.1955
Frau Dr. med. **Regine Dolderer**, Stuttgart, am 09.03.1955
Herr Dr. med. **Friedemann Hornschuh**, Oer-Erkenschwick, am 10.03.1955
Herr Dr. med. **Tilman Kaethner**, Nordenham, am 10.03.1955
Frau **Assunta Giani**, Wulften, am 11.03.1955
Herr Dr. med. **Ewald Wissing**, Frankfurt, am 12.03.1955
Frau Dr. med. **Gudrun Wurl**, Berlin, am 14.03.1955
Frau **Gudrun Albers**, Koblenz, am 15.03.1955
Herr Dipl.-Med. **Norbert Grumbach**, Weinböhla, am 15.03.1955
Frau Dr. med. **Gertrud Anna Wannemacher**, Mainz, am 17.03.1955
Frau Dr. med. **Monica Müller-Kovacs**, Schleswig, am 21.03.1955
Frau Dr. med. **Ulrike Meier-Lieberoth**, Eberswalde, am 23.03.1955
Frau Dr. med. **Ingrid Mayer**, Neuwied, am 24.03.1955
Frau Dr. med. **Elisabeth Stöckhert**, Fürth, am 24.03.1955
Herr Prof. Dr. med. **Fred Zepp**, Mainz, am 27.03.1955
Herr Dr. med. **Wolfram Berweck**, Wertingen, am 30.03.1955
Frau Dr. med. **Ulrike Grossmann**, Esslingen, am 30.03.1955
Herr Dr. med. **Johannes Düngelhoef**, Braunschweig, am 31.03.1955
Frau Dr. med. **Johanna Gericke**, Dessau, am 31.03.1955

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Vita Teichler**, München, am 01.03.1950
Herr Dr. med. **Rolf-Dieter Löw**, Karlsruhe, am 02.03.1950

Herr **Hans C. Menningmann**, Reinheim, am 03.03.1950
Herr Dr. med. **Salim Zaid**, Berlin, am 03.03.1950
Frau Dr. med. **Anette Gilsbach**, Saarbrücken, am 06.03.1950
Frau Dipl.-Med. **Petra Zeifelder**, Limbach-Oberfrohna, am 06.03.1950
Frau Dr. med. **Gertraud Jaschul**, Germering, am 11.03.1950
Herr **Peter Meyer**, Merzig, am 12.03.1950
Herr Dr. med. **Gottfried Huss**, Rheinfelden, am 14.03.1950
Herr Dr. med. **Hermann Rütther**, Meppen, am 14.03.1950
Frau Dr. med. **Birgit Kozianka**, Dortmund, am 16.03.1950
Herr Dr. med. **Rüdiger Wiß**, Dachau, am 16.03.1950
Herr Dr. med. **Frank-Peter Wagenmann**, Stuttgart, am 17.03.1950
Herr **Dietmar Lorenz**, Hamburg, am 18.03.1950
Herr Dr. med. **Martin Burk**, Crailsheim, am 26.03.1950
Frau Dr. med. **Ilona Zapf**, Marienburg, am 29.03.1950
Frau Dr. med. **Ingrid Lange**, Magdeburg, am 31.03.1950

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Nermin Dogramaci**, Salzgitter, am 01.03.1945
Frau Dr. med. **Rosemarie Evers**, München, am 04.03.1945
Herr Dr. med. **Harm Müller**, Butzbach, am 04.03.1945
Herr Dr. med. **Adnan Raffa**, Jeddah, am 10.03.1945
Herr Dr. med. **Wolfgang Künzer**, Regensburg, am 15.03.1945
Herr Dr. med. **Volkmar Grosse**, Heppenheim, am 20.03.1945
Herr Dr. med. **Markus Onken**, Wuppertal, am 21.03.1945
Herr **Karl-Ludwig Tracht**, Lemgo, am 27.03.1945

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Ortrun Wöhrle**, Mülheim, am 30.03.1940
Frau Dr. med. **Helga Kliem**, Berlin, am 25.03.1940

Frau **Ingeborg Jakob**, Köln, am 18.03.1940
Herr Dr. med. **Hans-Jürgen Ortgiese**, Soest, am 10.03.1940
Herr Prof. Dr. med. **Lothar Schuchmann**, Freiburg, am 09.03.1940
Herr Dr. med. **Carel Nieuwenhuijsen**, Aachen, am 03.03.1940
Herr PD Dr. med. **Dietrich Anders**, Marburg, am 28.03.1939
Herr Dr. med. **Klaus Müller**, Bamberg, am 27.03.1939
Herr Dr. med. **Jürgen Kegel**, Berlin, am 23.03.1939
Herr MU Dr. **Karl-Hermann Seefeldt**, Prenzlau, am 18.03.1939
Herr MU Dr. **Peter Jähn**, Zwönitz, am 15.03.1939
Herr Dr. med. **Jürgen Bierwisch**, Hof, am 09.03.1939
Frau Dr. med. **Karla John**, Seligenstadt, am 09.03.1939
Herr Dr. med. **Wolfgang Trausel**, Pesterwitz, am 04.03.1939
Frau Dr. med. **Hella Nagel**, Ulm, am 24.03.1938
Frau Dr. med. **Eugenie Schmitz-Hauss**, Willich, am 22.03.1938
Herr Dr. med. **Peter Altherr**, Landau, am 19.03.1938
Frau Dr. med. **Beate Schlichting**, Buchloe, am 15.03.1938
Frau Dr. med. **Hella Specht**, Hamburg, am 12.03.1938
Herr Dr. med. **Jürgen Bergan**, Bautzen, am 05.03.1938
Herr Dr. med. **Werner Hiedl**, Freising, am 05.03.1938
Frau Dr. med. **Barbara Reinboth**, Berlin, am 04.03.1938
Herr Dr. med. **Diya Hadid**, Pentling, am 03.03.1938
Herr Dr. med. **Wolfgang Sabel**, Gummersbach, am 01.03.1938
Herr Dr. med. **Gerhard Kleine-Westhoff**, Paderborn,
am 25.03.1937
Herr Prof. Dr. med. **Volker v. Loewenich**, Frankfurt, am 23.03.1937
Frau SR Dr. med. **Renate Appenfelder**, Dresden, am 13.03.1937
Herr Dr. med. **Michael May**, Bamberg, am 13.03.1937

Herr Dr. med. **Werner Friedrich**, Gera, am 12.03.1937
Herr Dr. med. **B. Twan Ting**, Baesweiler, am 10.03.1937
Frau Dr. med. **Rosemarie Klingele**, Dittelbrunn, am 06.03.1937
Frau Dr. med. **Irmtraut Käfer**, Delingsdorf, am 31.03.1936
Herr Dr. med. **Anatol Kurme**, Hamburg, am 18.03.1936
Herr Dr. med. **Helmut Gramer**, Bergheim, am 09.03.1936
Herr Dr. med. **Horst Penner**, Staufeu, am 09.03.1936
Herr PD Dr. med. **Wolfgang Kotte**, Radeburg, am 03.03.1936
Herr Dr. med. **Erich Thesen**, Trier, am 01.03.1936
Herr Dr. med. **Karl Bauer**, Böblingen, am 27.03.1935
Herr Prof. Dr. med. **Dietrich Feist**, Ladenburg, am 12.03.1935
Herr Dr. med. **Olaf Ganssen**, Velbert, am 08.03.1935
Herr Dr. med. **Wolfgang Schlieter**, Sonthofen, am 29.03.1934
Frau Dr. med. **Helga Jaffe**, Krefeld, am 20.03.1934
Frau Dr. med. **Edelgard Posern**, München, am 19.03.1934
Frau Dr. med. **Jutta Ehrengut**, Hamburg, am 29.03.1932
Frau Dr. med. **Lisette Strnad**, Griesheim, am 26.03.1932
Herr Dr. med. **Jamal Faridi**, Köln, am 14.03.1931
Frau Dr. med. **Irmgard Krause**, Heilbronn, am 15.03.1930
Herr Dr. med. **Malte Hey**, Nördlingen, am 05.03.1930
Frau Dr. med. **Gertrud Merz**, Engelskirchen, am 03.03.1926
Herr Dr. med. **Friedrich Kayser**, Oldenburg, am 27.03.1925
Frau Dr. med. **Gertrud Nordwall**, Freiburg, am 09.03.1924
Frau Dr. med. **Margret Herteu**, Köln, am 24.03.1922

**Im Monat Dezember konnten wir
54 neue Mitglieder begrüßen.**

Fortbildungstermine

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

07. März 2020

29. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald / St. Büchner, Güstrow
Auskunft: ①

11. März 2020

#follow BVKJ – im Sheraton Offenbach

Auskunft: ⑤

21. März 2020

Seminar für Medizinische Fachangestellte in Dresden des BVKJ LV Sachsen

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

04. April 2020

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

Leitung: Dr. Ch. Von Buch, Bad Kreuznach
Auskunft: ①

29. April 2020

#follow BVKJ – im NH Collection Berlin Friedrichstrasse

Auskunft: ⑤

08.-09. Mai 2020

30. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ Landesverbandes Thüringen

Leitung: Dr. Andreas Lemmer, Erfurt
Auskunft: ①

19.-21. Juni 2020

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

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤,①

20.-21. Juni 2020

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

Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤,①

08. Juli 2020

#follow BVKJ – im NH München Ost Conference Center

Auskunft: ⑤

11. Juli 2020

Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg des BVKJ LV Baden-Württemberg

Leitung: Dr. Christof Wettach, Lahr
Auskunft: ③

02. September 2020

#follow BVKJ – im NH Düsseldorf City Nord

Auskunft: ⑤

02. September 2020

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern des BVKJ e.V. in Rostock

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

11.-13. September 2020

Werkstatt Pädiatrie in Lübeck

des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, in den MediaDocks in Lübeck

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel.: 0421 570000 Fax: 0421 571000
Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel.: 040 43093690, Fax: 040 430936969
Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel.: 04531 3512, F: 045212397
Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139
Auskunft: ②

12. September 2020

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

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

26. September 2020

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt des BVKJ e.V. in Magdeburg

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben
Auskunft: ①

08.-10. Oktober 2020

48. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V., (Ort wird noch bekannt gegeben)

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ④,⑤

07. November 2020

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen

im Hotel Niedersachsenhof in Verden/Aller

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

07.-08. November 2020

18. Pädiatrie zum Anfassen, bvkj Landesverband Bayern

im Welcome Kongress Hotel in Bamberg

Leitung: Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

- ① **CCJ GmbH**
Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel.: 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de
- ② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**
Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214
kongresse@schmidt-roemhild.com
- ③ **DI-TEXT**
Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de
- ④ **Diaplan Gesellschaft für Dialog-marketing mbH**
Tel.: 02204-973117, Fax: 02204-9731-111 www.diaplan.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

Von klinischen Studien zu Fortschritten im Behandlungsalltag: Frühzeitige und langfristige Therapie mit CFTR-Modulatoren bei Cystischer Fibrose (CF)

Die Cystische Fibrose ist eine fortschreitende Multiorganerkrankung, deren erste Symptome direkt nach Geburt auftreten können.¹ Bereits im ersten Lebensjahr werden die meisten Patienten pankreasinsuffizient, respiratorische Symptome sowie strukturelle Lungenveränderungen können bereits ab dem Säuglings- und Kleinkindalter auftreten.² Eine frühe Diagnose, Behandlung und langfristig hohe Therapietreue verbessern den Krankheitsverlauf deutlich. Mit CFTR-Therapien können die Lungen- und gastrointestinale Funktion und letztlich auch das Überleben verbessert werden.

Deutliche Verbesserungen der Lungenfunktion

Bei etwa 80 % der CF-Todesfälle ist eine Lungendestruktion ursächlich.

Bei CF-Patienten ab zwölf Jahren (bzw. im Alter von sechs bis elf Jahren) mit der seltenen *G551D*-Mutation, die den CFTR-Modulator Ivacaftor erhielten, stieg der durchschnittliche ppFEV₁-Wert³ als Marker der Lungenfunktion rasch um 9,4 und 10,3 Punkte an, und war auch noch nach drei Jahren erhöht, so Prof. Jochen Mainz von der Medizinischen Hochschule Brandenburg in einem Vortrag anlässlich eines Symposiums von Vertex bei der Deutschen Mukoviszidose Tagung 2019.

Kohorten-Analysen aus den USA und aus Großbritannien⁴ zeigten, dass Verbesserungen der Lungenfunktion bei Patienten mit einer *G551D*-Mutation, die eine Ivacaftor-Therapie erhielten, zu „eindrucksvollen Effekten“ führen, so Prof. Mainz: Die Sterberate der Ivacaftor-behandelten Patienten war im Vergleich zur Kontroll-Kohorte um mehr als 50 % reduziert. Noch deutlicher war der Effekt bei Ivacaftor-behandelten Patienten in den USA bzgl. des Risikos einer Organtransplantation, was bei 1,1 % in der Kontroll-Kohorte bzw. bei 0,3 % bei den Ivacaftor-behandelten Patienten lag.

Bei Patienten mit einer homozygoten *F508del*-Mutation zeigte eine Therapie mit einer Kombination aus Lumacaftor und Ivacaftor⁵ über 24 Wochen eine signifikante Verbesserung der Lungenfunk-

tion, die in den darauffolgenden zwei Jahren wieder leicht abfiel.⁶ Aus einer Studie über 96 Wochen bei *F508del*-homozygoten Patienten, die eine Therapie mit Tezacaftor und Ivacaftor⁷ erhielten, wurden ähnliche Ergebnisse berichtet.⁸ Waren die Patienten heterozygot für die *F508del*-Mutation und hatten eine zweite CFTR-Mutation mit Restfunktion, verbesserte sich der ppFEV₁ innerhalb von nur acht Wochen um 6 Punkte und blieb unter der Weiterführung der Therapie über zwei Jahre stabil.

Nahezu Normalisierung der Schweiß-Diagnostik

Die Schweiß-Diagnostik ist ein Schlüsselfeld der CF. So berichtete Prof. Mainz, „dass bei Patienten ≥ 12 Jahren mit einer *G551D*-CFTR-Mutation unter Ivacaftor der Schweißtest von hohen Werten um 100 mmol/l in den Grenzbereich abfiel und dort auch blieb“.⁹ Bei jüngeren Kindern zwischen 12 bis <24 Monaten konnte ein noch deutlicherer Abfall beobachtet werden, der teils schon nahe an der Grenze zum negativen Schweißtest lag.¹⁰

Verbesserungen der gastrointestinalen Funktion

Etwa 85 % der CF-Patienten sind pankreasinsuffizient. Mit den CFTR-Modulator-Therapien werden Verbesserungen der gastrointestinalen Funktionen beobachtet: Die Pankreasfunktion, gemessen mittels der Konzentration der fäkalen

Elastase, stieg bei zwei bis fünf Jahre alten Kindern mit *G551D*-Mutation unter Ivacaftor bis auf Werte im Grenzbereich der Pankreas-Insuffizienz¹¹, bei einer Gruppe mit jüngeren Patienten (12 bis <24 Monate) bis in den Normalbereich¹⁰.

Referenzen

1. Elborn, J.S., Lancet, 2016. 388(10059): p. 2519-2531.
2. VanDevanter, D.R., et al., J Cyst Fibros, 2016. 15(2): p. 147-57.
3. ppFEV₁ Percent predicted forced expiratory volume in 1 second / maximale Menge in einer Sekunde ausgeatmeter Luft in Prozent des vorhergesagten Durchschnittswertes Gesunder).
4. Volkova N et al., ECFS Belgrad, 6-9 Juni 2018, Poster IPD2.02.
5. Fachinformation Orkambi. Online verfügbar unter: https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/orkambi-epar-product-information_de.pdf. Letzter Zugriff: Januar 2020.
6. Konstan M et al., Lancet Respir Med 2016; 5:107-118.
7. Fachinformation Symkevi. Online verfügbar unter: https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/symkevi-epar-product-information_de.pdf. Letzter Zugriff: Januar 2020.
8. Flume P et al., Poster 853, North America Cystic Fibrosis Conference, 31 October- 2 November 2019.
9. Ramsey BW et al., N Engl Med. 2011 3;365(18): 1663-72.
10. Rosenfeld M et al. Lancet Resp Med. 2018 Jul;6(7):545-553. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30202-9. Epub 2018 Jun 7.
11. Rosenfeld M et al.; J Cyst Fibros. 2019 Apr 30. pii: S1569-1993(19)30061-X. doi: 10.1016/j.jcf.2019.03.009. [Epub ahead of print]

Nach Informationen von
**Vertex Pharmaceuticals GmbH,
München**

Dupilumab adressiert therapeutischen Bedarf von Jugendlichen mit atopischer Dermatitis

„Immer mehr Daten unterstreichen die erhebliche multidimensionale Belastung, die mit einer atopischen Dermatitis bei Jugendlichen und ihren Familien einhergeht“¹⁻³, erklärte Professor Dr. Matthias Augustin, Hamburg, im Rahmen der EADV-Jahrestagung und ergänzte: „Trotz Standardbehandlung besteht bei vielen jugendlichen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, die unter unkontrollierten, anhaltenden Symptomen leiden, ein unerfüllter Therapiebedarf. Zu einer Besserung dieser Situation hat die im August 2019 erfolgte Zulassungserweiterung von Dupilumab zur Behandlung von Jugendlichen ab zwölf Jahren beigetragen.“ Aktuelle Post-hoc-Analysen der Zulassungsstudie AD ADOL unterstreichen den raschen und signifikanten Rückgang insbesondere von Juckreiz und Schlafstörungen unter dem Interleukin(IL)-4- und IL-13-Inhibitor bei Jugendlichen.⁴⁻⁶

Atopische Dermatitis beeinträchtigt Lebensqualität von Jugendlichen substanziell

De Bruin-Weller und Kollegen analysierten die Basisdaten der Phase-III-Zulassungsstudie. Die Auswertung macht die Belastung durch eine atopische Dermatitis (AD) deutlich: 94 Prozent der 251 befragten Jugendlichen mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis im Alter zwischen 12 und 17 Jahren gaben zu Protokoll, an 5 bis 7 Tagen der Woche unter Juckreiz zu leiden. Die Intensität des Juckreizes war dabei mit einem medianen Peak Pruritus NRS (numerische Ratingscale) von 7,2 stark ausgeprägt. Kein Wunder, dass über die Hälfte (56,5 Prozent) der Jugendlichen außerdem angab, an 5 bis 7 Tagen der Woche unter Schlafstörungen zu leiden. Häufige weitere Symptome der atopischen Dermatitis waren trockene, raue und schuppige Haut sowie Rhagaden und Hautblutungen. Insgesamt war die Mehrzahl der eingeschlossenen Patienten schwer (52,2 Prozent) bzw. sehr schwer (28,3 Prozent) betroffen (Einteilung anhand der POEM-Schweregrade [Patient Oriented Eczema Measure]).¹

Die Symptomatik ging mit einer substanziell reduzierten Lebensqualität sowie mit Angst und Depressionen einher: Insgesamt gaben knapp die Hälfte (48,4 Prozent) der Jugendlichen an, dass die Erkrankung einen sehr großen bzw.

extrem großen Effekt auf sie habe. Die stärksten Beeinträchtigungen gingen vom Juckreiz und den Schlafstörungen aus.¹ Die Ausprägung der Symptome war bei Jugendlichen deutlich stärker als in einer vergleichbaren Untersuchung mit Erwachsenen und auch die Rate an Komorbiditäten wie beispielsweise allergische Rhinitis, Asthma oder Nahrungsmittelallergien lag unter den Jugendlichen höher als bei Erwachsenen.¹

Versäumte Schultage und belastete Familien

Eine Auswertung der internationalen Querschnittstudie EPI-CARE, in die auch Daten aus Deutschland eingeflossen sind, demonstriert eine signifikante Steigerung der Belastung der Betroffenen mit zunehmender Krankheitsschwere (schwer vs. leicht bis mittelschwer $p < 0,01$).² Die von Professor Dr. Stephan Weidinger, Kiel, publizierten Daten zeigen auch, dass mit zunehmender Schwere der atopischen Dermatitis die Anzahl der versäumten Schultage steigt: In Deutschland gingen Jugendliche mit leichter Erkrankung in den vorangegangenen vier Wochen AD-bedingt im Median an 5,6 Tagen nicht zur Schule, bei schwerer atopischer Dermatitis waren es dagegen 16,3 Tage ($p < 0,05$).² Je ausgeprägter die atopische Dermatitis ist, umso stärker ist außerdem die Belastung der gesamten Familie.³

Zulassungserweiterung von Dupilumab für Jugendliche

Seit August 2019 kann Dupilumab auch zur Behandlung von Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen, eingesetzt werden. Dupilumab ist ein vollständig humaner monoklonaler Antikörper, der die Signalwege von IL-4 und IL-13 hemmt. Diese Interleukine sind treibende Faktoren der Typ-2-Entzündung⁷ und spielen bei atopischer Dermatitis sowie bei Asthma und chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) eine wichtige Rolle. Dupilumab steht für Jugendliche mit AD als Fertigspritze in zwei Dosierungen abhängig vom Körpergewicht (200 mg bei < 60 kg oder 300 mg bei ≥ 60 kg) zur Verfügung.^{8,9}

Basis der Zulassungserweiterung waren die positiven Ergebnisse der Studie AD ADOL aus dem LIBERTY-Studienprogramm zu Dupilumab, die Professor Dr. Eric Simpson, Portland, Oregon, USA, vorstellte. Eingeschlossen waren 251 Jugendliche im Alter zwischen 12 und < 18 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, die mit topischen Therapien nicht ausreichend kontrolliert war. Mehr als 40 Prozent von ihnen waren bereits mit systemischen Optionen vorbehandelt. Im Rahmen der Studie erhielten sie randomisiert Du-

pilumab (gewichtsadaptiert 200 bzw. 300 mg) oder Placebo jeweils zusätzlich zu einer topischen Basistherapie (Emollientien). Nach 16 Wochen unter Dupilumab alle zwei Wochen hatte im Vergleich zu Placebo ein signifikant größerer Anteil an Patienten ein erscheinungsfreies oder nahezu erscheinungsfreies Hautbild (Investigator Global Assessment [IGA] 0/1) sowie eine 75-prozentige Reduktion des EASI (Eczema Area and Severity Index) erreicht (24 Prozent vs. 2 Prozent bzw. 42 Prozent vs. 8 Prozent; p jeweils $< 0,001$). Auch der Juckreiz ging unter Dupilumab signifikant zurück ($p < 0,001$).⁴

Post-hoc-Analysen unterstreichen rasche Effekte auf Juckreiz und Schlaf. Eine beim EADV-Kongress von Simpson et al. vorgestellte Post-hoc-Analyse der AD ADOL-Studie unterstreicht den raschen Effekt von Dupilumab auf den Juckreiz: Schon am Tag 5 zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Peak Pruritus NRS ($p < 0,05$).⁵ Einer weiteren Post-hoc-Analyse der AD ADOL-Studie zufolge verbesserte sich auch der Schlaf der Patienten unter Dupilumab rasch und anhaltend. Bereits eine Woche nach Therapiebeginn war der Unterschied zu Placebo beim SCORAD VAS sleep (SCORing Atopic Dermatitis Visual Analog Scale Schlaf) signifikant ($p < 0,001$). Auch die Auswertung weiterer Schlafparameter sprach

für Dupilumab: Nach 16 Wochen gaben die Jugendlichen sowohl bei der Frage nach gestörtem Schlaf im POEM sowie beim Item gestörter Schlaf im Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) keine AD-bedingten Schlafstörungen zu Protokoll ($p < 0,05$ vs. Placebo).⁶

Professor Dr. Diamant Thaçi, Lübeck, erklärte im Rahmen der EADV-Jahrestagung, dass Jugendliche unter Dupilumab im Vergleich zu Placebo signifikant weniger Notfallmedikationen (topische und systemische) benötigten ($p < 0,05$). Außerdem war die Anzahl an Tagen, an denen eine Notfallmedikation zum Einsatz kam, unter Dupilumab signifikant geringer als unter Placebo ($p < 0,001$).¹⁰

Die Verträglichkeit von Dupilumab war in der AD ADOL-Studie im Allgemeinen gut, es traten keine bisher unbekanntenen unerwünschten Ereignisse auf.⁴

Hohe Zufriedenheit der Patienten im klinischen Alltag. Die gute Wirksamkeit und Verträglichkeit von Dupilumab spiegelt sich in einer Interimsanalyse des Surveys RELIEVE-AD bei Erwachsenen wider: In der in den USA durchgeführten prospektiven Befragung von erwachsenen Patienten, die vom Arzt Dupilumab verordnet bekamen, berichteten zu Baseline 2,9 Prozent eine hohe oder sehr hohe Zufriedenheit mit der Therapie. Dieser Wert stieg innerhalb von sechs Monaten unter

Dupilumab auf 70,9 Prozent ($p < 0,01$). Unter Dupilumab ging außerdem der Einsatz anderer Therapeutika zur Behandlung der atopischen Dermatitis wie orale Kortikosteroide rasch und anhaltend zurück.¹¹

Quelle:

Satelliten-Symposium: „Management of Moderate to Severe Atopic Dermatitis in the Era of Targeted Treatments“, im Rahmen des 28. EADV (European Academy of Dermatology and Venereology)-Kongresses, 11. Oktober 2019, Madrid, Spanien; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Referenzen

1. de Bruin-Weller et al., Poster 2749, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien
2. Weidinger S et al., Poster 2416, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien
3. Barbarot S et al., Poster 2594, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien
4. Paller AS et al., ESPD19-0078, 19. Jahrestagung der European Society for Pediatric Dermatology, Dubrovnik, Kroatien, Mai 2019
5. Simpson EL et al., Poster 3202, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien
6. Beck LA et al., Poster 3316, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien
7. Simpson EL et al., N Engl J Med 2016;375(24):2335-2348
8. Fachinformation Dupixent® 200 mg, Stand Oktober 2019
9. Fachinformation Dupixent® 300 mg, Stand Oktober 2019
10. Thaçi D et al., Poster 3399, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien
11. Kimball A et al., Poster 2693, 28. EADV-Kongress, Oktober 2019, Madrid, Spanien

Nach Informationen von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt

Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Viel Rauch um Nichts?! – Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei ADHS im Kindes- und Jugendalter

Menschen mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen. Aufgrund der hohen Komorbidität wird vielfach gefordert, dass in der Diagnostik der adulten ADHS eine gleichzeitige Suchtanamnese erfolgen sollte. Denn substanzbezogene Störungen bzw. anhaltender Suchtmittelkonsum erschweren eine leitliniengerechte Diagnose und Therapie der ADHS. Anlässlich der bkjpp-Jahrestagung diskutierten Experten Risikofaktoren und mögliche Lösungsansätze im Rahmen eines von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG initiierten Lunchsymposiums.

ADHS prädisponiert aufgrund von unterschiedlichen Risikofaktoren für Substanzmissbrauch und die Entwicklung von Sucht“, erklärte Dr. Moritz Noack, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, bereichsleitender Oberarzt in der LWL-Universitätsklinik, Hamm.

Auch aufgrund eines Dopaminmangels im Gehirn sind ADHS-Patienten anfälliger für Drogenwirkung und Suchtentwicklung.¹ „Die Betroffenen erleben durch den Konsum, beispielsweise von Nikotin, Alkohol oder Cannabis, häufig eine starke Linderung der ADHS-Symptomatik“, erklärte Noack. Vor diesem Hintergrund könne ein Substanzmissbrauch auch als Versuch der Selbstmedikation interpretiert werden.^{2,3}

Besonders gefährdet sind Patienten mit besonders ausgeprägter Symptomatik, wie eine aktuelle 2-Jahres-Longitudinalstudie an 2.400 amerikanischen College-Studenten zeigte.⁴

Es verwundert nicht, dass ADHS im Kindes- und Jugendalter mit einem 3- bis 4-fach erhöhten Risiko für Substanzmissbrauch einhergeht und dass bei etwa 15-25 % der Patienten mit Suchtmittelstörungen gleichzeitig auch eine ADHS vorliegt, schloss Noack.^{2,5}

Stimulanzien können Risiko für Suchtentstehung reduzieren

Eine psychopharmakologische Therapie ist nach der aktuellen S3-Leitlinie⁶ bei einer mittelschweren oder schweren

ADHS-Symptomatik indiziert, erklärte Dr. Henrik Uebel-von Sandersleben, leitender Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen. Dabei, so der Experte, ist Methylphenidat (MPH) nach wie vor der Goldstandard in der ADHS-Therapie.⁷

Dr. Moritz Noack ergänzte, dass das Missbrauchsrisiko bei bestimmungsgemäßem Gebrauch von retardierten MPH-Formulierungen (z. B. Medikinet® retard oder Kinecteen®) sehr gering sei, da diese langsam anfluteten und keinen „Kick“ auslösten.

Liegt jedoch bereits ein Suchtmittelmissbrauch vor und zeigt der Betroffene keine Bereitschaft, sich diesbezüglich behandeln zu lassen, ist Atomoxetin (z. B. Agakalin®) die Therapie der Wahl. Eine absolute Abstinenz zu fordern, sei zwar

insbesondere bei Jugendlichen noch mehr als bei Erwachsenen absolut wünschenswert, aber häufig nicht sofort möglich, erklärte Dr. Hans-Peter Medwed, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärztlicher Leiter der suchtmmedizinischen Ambulanz der Klinik für Suchtmedizin und abhängiges Verhalten des Zentrums für Seelische Gesundheit in Stuttgart. Vielmehr müsse man erst einmal mit dem Patienten in den Dialog treten und nach der Funktionalität der konsumierten Substanz fragen. Oftmals, so Medwed weiter, lässt der Substanzkonsum im Verlauf der Therapie ohnehin nach, wenn der Patient eine Verbesserung der Symptomatik durch die Behandlung wahrnimmt.

Literatur

1. Nutt et al. Nat Rev Neurosci 2015; 16: 305 - 312
2. Charach A et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50(1): 9-21
3. Lee SS et al. Clin Psychol Rev 2011;31(3):328-341
4. Bierhoff et al. Subst Use Misuse 2019; 54(8): 1365-1375
5. Crunelle CL et al. Eur Addict Res 2018;24(1):43-51
6. S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, AWMF-Registernummer 028-045
7. Kemmerich R. (2017) ADHS von A bis Z: Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. 1. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2017: 53 und 239



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

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

E-Mail: hans-iko.huppertz@
klinikum-bremen-mitte.de

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de
