

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 05/18
49. (67.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen
Zukunft
der Pädiatrie

Fortbildung
Drei-Monats-Koliken:
Was gibt es Neues?

Forum
Sind Kinder ein
Armutrisiko?

Magazin
Umwelt- und
Nachhaltigkeitsfragen
unzureichend

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

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

INHALT 05 | 2018

Editorial // Thomas Fischbach 235

Berufsfragen

Laborreform zum 2. Quartal 2018 // Reinhard Bartzky 242

Rechtsfragen im Überblick // Juliane Netzer-Nawrocki 244

Unfallversicherung (UV-GOÄ) –
Pädiatrische Fallvignette 2 // Wolfgang Landendorfer 246

Forderungen des BVKJ zur Telematik 248

Brief aus der Praxis // Tanja Brunnert 251

Welche Rehabilitationsklinik empfiehlt sich für
welches Kind, welchen Jugendlichen? // Alwin Baumann 252

Entwicklung der Fachärzte (-innen) für Kinder-
und Jugendmedizin seit 2007 // Wolfram Hartman 256

Fortbildung

Drei-Monats-Koliken – Baby's erste Migräneattacken? //
Michaela V. Bonfert, Mirjam N. Landgraf, Iris Hannibal,
Lucia Gerstl, Beate Kusser, Heike Weigand, Florian Heinen 258

Highlights aus Bad Orb: Angeborene und erworbene
Wachstumsstörungen des Schädels, Teil 2 //
Joachim E. Zöllner, Andrea Grandoch 260

Welche Diagnose wird gestellt? // Charlotte Eisner 266

Impressum 269

consilium: Indikation einer Desensibilisierung
bei Wespengiftallergie // Bodo Niggemann 270

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 272

Forum

25 Jahre Kindernetzwerk // Wolfram Hartmann 277

Sport bei großer Hitze – Was sollen Kinder-
und Jugendärzte Eltern raten? // Regine Hauch 278

Weltweit fast jede zweite Schwangerschaft ungeplant 279

Der Gesundheitskongress des Westens // Uwe Büsching 280

PORTA // Sigrid Peter 282

Children at Risk // Katja van t Ende 283

Kinder sind ein Armutsrisiko? 284

Kinder sind DAS Armutsrisiko! // Ulrich Fegeler 284

Ein paar Gedanken zur schönen neuen Digitalisierung
unserer Praxen // Uwe Büsching 287

Ausschnitte aus der KIGGS-Folgerhebung
(Welle II 2014 bis 2017) // Wolfram Hartmann 288

Die Pädiatriebörse des BVKJ // Angelika Riquelme 290
Buchtipps 291



Umwelt- und Nachhaltigkeitsfragen unzureichend 292

Magazin

Umwelt- und Nachhaltigkeitsfragen im Koalitionsvertrag
kurzsichtig und unzureichend // Karl Ernst v. Mühlendahl 292

Das Kinder-UKE setzt Maßstäbe // Klaus Gritz 294

Alfons Fleer zum 65. Geburtstag // Christof Stork 295

Die Welt der Kinder im Blick der Maler // Peter Scharfe 296

Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“ 2018 297

Personalien 298

Pädindex 299

Fortbildungstermine des BVKJ 300

Nachrichten der Industrie 301

Wichtige Adressen des BVKJ 307

Titelbild: © PeopleImages - istock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe ist die NNI News Ausgabe 1/18
der Nestle Deutschland AG beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland

Sicht des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e. V.) // Kinder und Jugendliche in Deutschland können sich freuen. Nirgendwo in Europa, ja, vielleicht nirgendwo auf der Welt, werden sie medizinisch so gut versorgt wie hierzulande. Den größten Teil dieser medizinischen Versorgung schultern wir niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte. Um die ambulante Pädiatrie zukunftsfest zu machen, um auch in Zukunft allen Kindern und Jugendlichen gleichermaßen den Zugang zu einer guten Versorgung zu sichern, um unsere jungen Patienten bestmöglich zu betreuen, muss das ambulante Versorgungsangebot sich besser und schneller als bisher an die demografischen Verhältnisse und an die veränderte Morbiditätsstruktur anpassen. Für die Gestaltung der Zukunft hilft der Blick auf die Realität heute. Die Architekten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) haben sich diesen Blick erspart und glauben, in vielen Regionen eine Überversorgung mit kinder- und jugendärztlichen Praxen feststellen zu können. Folgerichtig, aber fälschlicherweise fordert das GKV-VSG einen Abbau der vorhandenen Sitze.

Zu den Tatsachen

Pädiatrische Patienten

Erfreulicherweise **steigen die Geburtenzahlen** seit ein paar Jahren in Deutschland wieder. Allein im Jahr 2015 wurden in Deutschland 738.000 Kinder geboren – 23.000 mehr als im Jahr davor, in dem die Zahl der Neugeborenen erstmals seit 10 Jahren wieder über 700.000 geklettert war. In den nächsten Jahren werden die Zahlen sicher weiter steigen, auch wegen der zu uns geflüchteten Menschen, die größtenteils im gebärfähigen Alter sind, sowie deren Kindern. Mehr Kinder bedeuten natürlich mehr Arbeit für die Praxen (**Abb. 1a, b**).

Diese Arbeit wächst nicht linear zur Zahl der Kinder, sondern exponentiell.

Gründe hierfür sind:

- immer komplexer werdende Behandlungsketten,
- erfreulicherweise ein zunehmend dichter werdendes Präventionsnetz,
- mehr und erweiterte Vorsorgeuntersuchungen sowie zusätzliche Impfungen.

Letzteres geht mit entsprechendem Beratungsbedarf einher, aufgrund der **immer kürzeren Verweildauer von Kindern und Jugendlichen in den Kliniken**, wegen der wir einen großen Teil der ehemals dort angesiedelten Beratung und Betreuung übernehmen. Zunehmend sind auch sehr junge Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen und daher mit **steigender Infektionslast in den ersten Lebensjah-**

ren zu betreuen. **Jedes 6. Kind und jeder 4. Jugendliche in einer allgemeinpädiatrischen Praxis leiden heute unter einer chronischen Grunderkrankung.**

Zu den häufigsten dieser chronischen Krankheiten gehören Allergien, Asthma bronchiale, Adipositas, Krebserkrankungen, Neurodermitis, chronische Darmentzündungen, Zöliakie, Diabetes mellitus (Typ 1 und 2), angeborene Herzfehler, Epilepsien, Rheuma und Zerebralpareesen.

Dazu kommt die „**Neue Morbidität**“. Unter diesem Begriff werden vornehmlich Verhaltensauffälligkeiten und besonders

häufig bereits in früher Kindheit erkennbare Entwicklungsstörungen aufgrund mangelnder häuslicher Anregung und Stimulation der angeborenen Grundfähigkeiten („**soziogene Entwicklungsstörungen**“) verstanden. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie Kinder und Jugendliche mit solchen schon oft früh auftretenden sozial bedingten Störungen der Entwicklung stellen zwar im Vergleich mit infektiösen oder anders somatisch kranken Kindern und Jugendlichen nur eine relativ kleine Gruppe unserer Patienten, sie kommen jedoch mit einem Maximum an Problemen.

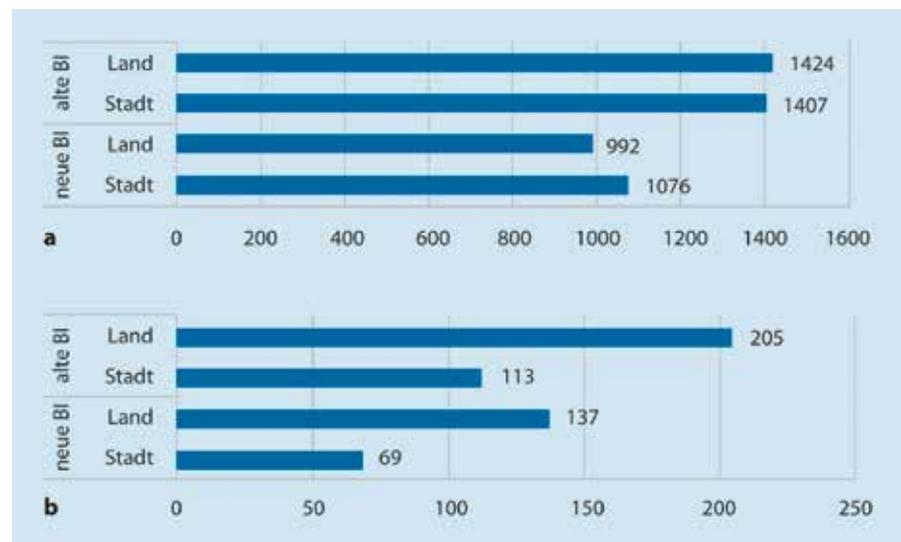


Abb. 1: Durchschnittliche Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen pro Quartal **a** in pädiatrischen Praxen ($n = 2097$) und **b** in Hausarztpraxen ($n = 1889$). BI Bundesländer. (Stand 2007, Datenquelle: ICM-Survey [1])

Für uns bedeutet dies eine deutlich gewachsene Arbeitsbelastung. Denn als Pädiater wissen wir sehr wohl um die Bedeutung der Probleme für die spätere Schul-, Ausbildungs- und Sozialprognose dieser Patienten, wir wissen um die Beschränktheit rein medizinischer Interventionen und um die Notwendigkeit sozialpädiatrischer und sozialräumlicher Aufgaben. Folglich versuchen wir, alle im Sozialraum angebotenen Förder- und Hilfemöglichkeiten auszuschöpfen, bevor Medikamente oder Heilmittel verordnet werden. Die **Medikalisierung sozial erzeugter (soziogener) Störungen** wird dadurch im Idealfall vermieden.

Zu den Patienten aus sozial prekären Schichten und ihren Problemen kommen die sich durch alle soziale Schichten ziehende **zunehmende Unsicherheit vieler Eltern** und ihr gleichzeitig wachsendes Bedürfnis nach Informationen zu allen Aspekten der Erziehung, mit denen wir täglich konfrontiert werden und die uns herausfordern.

Praxen für Kinder- und Jugendmedizin

In Deutschland sind insgesamt **14.162 Pädiater** tätig, davon 8.115 Frauen. Genau die Hälfte der Pädiater ist ambulant tätig, 41 % arbeiten stationär, knapp 4 % bei Behörden, knapp 5 % in weiteren Bereichen.

Seit 1993 ist die **Zahl der Facharztanerkennungen** in der Kinder- und Jugendmedizin stetig gestiegen, insgesamt um etwa 20 %. Wir werden also mehr. Allerdings ist inzwischen fast die Hälfte unserer Kollegen 46 Jahre alt und älter. Das **Durchschnittsalter niedergelassener Pädiater** beträgt inzwischen etwa 57 Jahre. Jeder 4. Pädiater wird in den nächsten 6 Jahren das 65. Lebensjahr vollenden, und die meisten werden dann in den Ruhestand gehen (Tab. 1, 2, und 3).

Die niedergelassene Pädiatrie wird mehr noch als andere Facharzttrichtungen **zunehmend weiblich**. Immer mehr junge Kolleginnen wählen die Pädiatrie als künftigen beruflichen Mittelpunkt. Das hat zur Folge, dass in ein paar Jahren 80 % aller Praxen von Kinder- und Jugendärztinnen geführt werden. Aktuell ist noch die Hälfte der Praxisinhaber männlich. Junge Frauen wünschen sich mehr noch als ihre gleichaltrigen männlichen Kollegen geregelte familienfreundliche Arbeitszeiten und sehen ihre Zukunft häufig als **Angestellte** in einer Klinik, einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

oder auch in einer Praxis. Eine Tätigkeit in selbstständiger Einzelpraxis mit langen Arbeitszeiten, wenig Kooperationsmöglichkeiten, möglicherweise noch auf dem Land, fernab von Kitas und Schulen für die eigenen Kinder und Arbeitsplätzen für den Partner, wird weniger erwünscht.

Es ist außerdem abzusehen, dass auch die Mutigen, die den Schritt in die Selbstständigkeit wagen, in den Praxen **weniger Stunden pro Tag arbeiten**, also weniger Patienten versorgen werden. Dies zeigen aktuelle Umfragen zum gewünschten Arbeitsumfang.

Hinzu kommt der Aspekt, dass die bisher überwiegend grundversorgenden Kinder- und Jugendpraxen zunehmend von Pädiatern übernommen werden, die nicht nur ambulante Allgemeinpädiatrie, sondern auch eine ambulante Spezialversorgung, wie z. B. Kinderkardiologie, Kinderpneumologie oder Neuropädiatrie anbieten. Solche Praxissitze ergänzen die Grundversorgung in sehr unterschiedlichem Maß, da das Spektrum von vielen Teilzeitspezialisten bis zu wenigen reinen Spezialversorgern reicht. Es gilt, eine Fragmentierung der ambulanten Versorgung zu vermeiden und Generalisten durch Subspezialisten zu ergänzen (Tab. 4).

Insbesondere in vielen Städten arbeiten zahlenmäßig auf den ersten Blick genug Kinder- und Jugendärzte. Dennoch finden Eltern keinen Kinder- und Jugendarzt für die pädiatrische Grundversorgung ihrer Kinder. Dies liegt in der **Verminderung der Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit** der ambulanten Grundversorgung bei steigender Nachfrage einerseits sowie **Verbreiterung und Vertiefung der Aufgaben der pädiatrischen Grundversorgung** andererseits begründet.

Die flächendeckende ambulante pädiatrische Grundversorgung in Deutschland ist in Gefahr

Fazit: Die flächendeckende ambulante pädiatrische Grundversorgung in Deutschland ist heute schon in Gefahr; an einigen Stellen zeigen sich bereits erste Lücken im Netz. Um den Zugang für unsere Patienten in das System der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Praxen zu erhalten, muss folglich die Bedarfsplanung gründlich überarbeitet und an die Realität angepasst werden.

Blick in die Zukunft

„Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie die Zukunft betreffen.“ Gleich mehreren berühmten Männern wird dieses Zitat zugeschrieben, u. a. dem Dichter George Bernard Shaw, dem Staatsmann Winston Churchill, dem Physiker Niels Bohr und dem Schriftsteller Mark Twain.

Wir versuchen, in der Gegenwart zu lesen, die Zeichen der Zeit zu deuten, um vorherzusagen, wie wir in Zukunft arbeiten werden. Wird es überhaupt noch niedergelassene Pädiater geben? Mit wem werden wir kooperieren? Wie wird sich unsere Arbeit verändern? Und wie müsste eine Bedarfsplanung aussehen, die uns garantiert, dass wir alle Kinder und Jugendliche in unserem Land medizinisch bestmöglich versorgen können, eine Bedarfsplanung, die uns gleichzeitig Planungssicherheit gibt, um verlässliche Bedingungen zu haben, in deren Rahmen wir Verantwortung für unsere Patienten und Praxismitarbeiter übernehmen können?

Fünfjahressprung

Wir nehmen die oben beschriebenen Fakten und schauen auf einige der großen Entwicklungslinien in der Medizin, deren Konturen sich allmählich deutlicher erkennen lassen. Allzu weit wollen wir nicht in die Zukunft reisen. Wir wagen einen Fünfjahressprung und landen praktischerweise am Ende der nächsten Legislaturperiode.

Im Jahr **2022** wird unser Gesundheitssystem schon ziemlich digitalisiert sein:

- „Electronic health records“ haben sich durchgesetzt, und die Probleme des Datenschutzes sind weitgehend gelöst.
- Gesundheitsdaten sind „computable“ und „fluid“, was zu einem Aufschwung von Forschung und Praxis der Prävention führt. Es gibt ein vertieftes Verständnis der Bevölkerung für komplexe Gesundheitsprobleme wie die pränatale Programmierung, Epigenetik und die Bedeutung von Ernährung, Bewegung und Gemeinschaft.
- Genotyp und Phänotyp betreffende Daten ermöglichen eine personalisierte Medizin. Wir werden besser verstehen, wer welche präventiven, diagnostischen, therapeutischen und Rehabilitationsmaßnahmen braucht. Viele Begriffe, die heute unter einem

ICD-10Kürzel firmieren, werden sich in ein Spektrum auflösen.

- Wir haben ein „lernendes“ Gesundheitssystem, das sich an den Bedürfnissen von Kindern und ihren Familien orientiert. Fachkräfte des Gesundheitssystems haben in Aus-, Weiter- und Fortbildung Verbindungsstellen untereinander und mit Fachkräften des Bildungs- und Sozial-/Kommunalwesens. Es gibt eine gemeinsame Sprache, die keinen ausschließt, sondern Experten und Patienten miteinander ins Gespräch bringt und verständigt; eine Sprache, die Teilhabe in den Mittelpunkt stellt.

Pädiatrische Grundversorgung

funktioniert mithilfe digitalisierter Informationen der „cloud“. Kinder, Familien und andere Gesundheitsberufe haben Zugang:

- Wissenschaftliches Wissen dominiert Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Dieses Wissen wird auch dort zunehmend erzeugt, wo die Grundversorgung stattfindet. Es gibt Interessierte, die sich zu Forschungsnetzwerken zusammenschließen, die mit den nötigen und ausreichenden Mitteln ausgestattet sind, um zweckmäßige Forschung voranzutreiben, die die Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung aufzeigt, fördert und womöglich verbessert.
- „Best practices“ sind bekannt und werden ausgebaut. Es gibt Qualitätszirkel aller Akteure, Kongresse und Konferenzen, wo vorbildliche Methoden, Praktiken oder Vorgehensweisen vorgestellt, diskutiert und auf ihre Übertragbarkeit hin überprüft werden. Dies Vorgehen bezieht auch die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe ein.

Lernen ist kompetenzbasiert:

- Inhalte und Prozesse sind demokratisiert. Es wird nicht von einer Gerontokratie bestimmt, was und wie gelernt werden soll, sondern alle Beteiligten werden regelmäßig in breit angelegte, öffentlich geförderte Delphi-Verfahren einbezogen.
- Kinder stehen im Zentrum der pädiatrischen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Weder starker Paternalismus der Ärzte noch überbordende Autonomie der Eltern, sondern der Dialog von angehen-

den und zertifizierten Pädiatern und Kindern bestimmt die Beziehung. Die Lernenden versuchen primär, von und mit den Kindern zu lernen. Die Verantwortlichen unterstützen diese Haltung.

- Lernorte sind maßgeschneidert für Inhalte und Prozesse. Es wird dort ergebnisorientiert und mit Fokus auf die praktische Umsetzung gelernt. Das Gleiche gilt für die Grundversorgung mit Primärprävention und Früherkennung, Langzeitbegleitung von gesunden und Kindern mit besonderen Bedürfnissen und Sozialraumvernetzung. Die **Praxis** ist ergebniszentriert:
- Es gibt sozialraumbasierte Bedarfsanalysen für jeden Standort. Die Beteiligten aus Gesundheits- und Bildungswesen, Sozial- und Kommunalverwaltung haben ein gemeinsames Konzept davon, was Kinder und ihre Familien zu guter Entwicklung brauchen. Dafür gibt es regelmäßige Treffen, bei denen hierüber nachgedacht wird.

- Qualitätsindikatoren sind bekannt, akzeptiert, praktisch, verbreitet und finanziert. Sie sind keine Zumutung, sondern eine nützliche Hilfe, um unsere Aktivitäten zu validieren, aber nicht nur zu bewerten, sondern auch wertzuschätzen.

Die **Bewertung von Zielen, Tätigkeiten und Kompetenzen** ist etabliert:

- Klar konturierte anvertraubare professionelle Tätigkeiten beschreiben die zentralen Aufgaben eines Bereichs und die Beiträge aller Akteure. Bei der Früherkennungsuntersuchung U9 sind beispielsweise auch die Beteiligungen der Eltern, der medizinischen Fachangestellten, des öffentlichen Gesundheitsdienstes sichtbar. Gute Ergebnisse hängen damit nicht allein vom Pädiater ab.
- „Best evidence medical education“: Aus-, Weiter- und Fortbildung beziehen die beste verfügbare Evidenz bei Planung, Ausführung, Überprüfung

Tab. 1: Berufstätige Kinder- und Jugendärzte, getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht (ein- schließlich bei Behörden Tätige)

	Gesamt	Alter (Jahre)					
		<34	35–39	40–49	50–59	60–65	>65
KJÄ (n)	14.162	652	1915	4287	4693	1848	767
Davon Frauen							
Anzahl (n)	8115	504	1269	2654	2521	903	264
Anteil (%)	57,3	77,3	66,3	61,9	53,7	48,9	34,4

Stichtag: 31.12.2015, Quelle: Bundesärztestatistik [2]

KJÄ Kinder- und Jugendärzte

Tab. 2: Berufstätige Kinder- und Jugendärzte, getrennt nach Tätigkeitsbereichen (nur stationär und ambulant)

		Ambulant			Stationär	
		Gesamt	Davon niedergelassen	Davon angestellt	Gesamt	Davon leitend
2005	Alle KJÄ (n)	6373	6116	257	4132	639
	Davon Frauen					
	Anzahl (n)	3156	2931	225	1805	126
	Anteil (%)	49,5	47,9	87,5	43,7	19,7
2015	Alle KJA (n)	7104	5838	1266	5853	599
	Davon Frauen					
	Anzahl (n)	3964	2926	1038	3286	102
	Anteil (%)	55,8	50,1	82,0	56,0	17,0

Stichtag: 31.12.2015, Quelle: Bundesärztestatistik [2, S. 46]

KJÄ Kinder- und Jugendärzte

und Nachjustierung von Bildungsangeboten ein.

Schlüsselkonzepte

Die im Folgenden beschriebenen 3 Schlüsselkonzepte werden wir dafür brauchen.

Grenzen eigenen Wissens und Könnens: Kalibrierung

Kompetente Pädiater in der Grundversorgung sind „kalibriert“. Zuversicht und Urteilskraft sind justiert. Professionelle Tätigkeiten können anderen Gesundheitsberufen anvertraut werden. Jede Gruppe weiß, wann sie fragen muss. Kinder- und Jugendärzte kennen sich in den ihnen anvertrauten Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen aus. Sie entwickeln gemeinsam mit weiteren gesellschaftlichen Hilfesystemen (Bildungs-, Sozialwesen, öffentliche Dienste) sozialräumliche Strukturen, in denen insbesondere für bildungsferne und sozial schwache Familien und ihre Kinder Hilfen und Entwicklungsanregungen angeboten werden.

Praxis mit Unterstützung der Cloud

Kompetente Pädiater in der Grundversorgung kombinieren ihre Kenntnisse mit dem Wissen in der Welt. Sie können die richtigen Fragen stellen und nach Antworten suchen. Dadurch entwickeln sie sich in Richtung Symptomatologen und Kenner, deren Expertise sich auf den Vorstellungsanlass fokussiert. Ist erst die richtige Diagnose gestellt, helfen überall verfügbare Leitlinien, die richtige Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu wählen.

Wertschätzung und Abwägung wissenschaftlicher Ergebnisse

Kompetente Pädiater in der Grundversorgung sind kritische Nutzer der Cloud. Sie können Entscheidungen angesichts Ungewissheit und Mehrdeutigkeit treffen und wissen sich mit den beteiligten Akteuren verbunden. Wir bleiben dabei die Entscheider und Verantwortlichen: Die Cloud wird nicht entscheiden und nichts verantworten, allenfalls wohlbegründet raten. In Entscheidungen sind die Kinder und Jugendlichen, ihre Familien und andere Fachkräfte involviert.

Vernetzung und Beziehungspflege

Wegen der oben erwähnten immer komplexer werdenden Behandlungsketten, wegen der wachsenden Zahl der

chronisch Kranken und der Kinder und Jugendlichen, die wegen der sog. neuen Morbidität in unsere Praxen kommen, werden wir uns noch viel mehr als heute vernetzen müssen. Dabei müssen neue Prozessqualitäten entwickelt werden, die im Dienst der Beziehungsqualität stehen werden. Komplexe Vorgänge werden nicht auf einfache lineare Abläufe reduziert, sondern Sondieren steht vor Wahrnehmen und Handeln. Wir werden mit Kliniken, sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), den vielen kommunalen und regionalen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe, dem Bildungswesen, mit den Selbsthilfeorganisationen und den Trägern pädagogischer und psychologischer Beratungsstellen auf diese Weise zusammenarbeiten.

Dazu werden wir genaue Kooperationsanforderungen an unsere Partner und uns selbst definieren müssen, um entsprechende Strukturen zu schaffen, damit aus den Schnittstellen Verbindungsstellen werden. Auch wir Kinder- und Jugendärzte werden mehr noch als heute untereinander vernetzt sein, um unsere Stärken voll zur Geltung bringen zu können, um Familie und Beruf vereinbar zu machen. Alle sollen ärztlich arbeiten können, ohne daran krank zu werden. Wer es wünscht, wird durch ärztlich geleitete Agenturen unterstützt, die Verwaltung, Personal- und Organisationsentwicklung sowie Gebäudewartung übernehmen.

Gesunde und kompetente Kinder- und Jugendärzte dienen insofern als Vorbilder für Kinder, Jugendliche und Familien. Sie können glaubhaft für eine familien- und kinderfreundliche Gesellschaft eintreten, weil sie selbst ein familien- und kinderfreundliches Leben führen. Wer sich selbst überarbeitet, seine Familie vernachlässigt, in der Praxis andere mit seiner „infektiösen Triefnase“ ansteckt und das Gemeinwohl konsequent als Steinbruch zur Befriedigung eigener pekuniärer Interessen sieht, wird zukünftig dagegen eher Schwierigkeiten mit der eigenen Glaubwürdigkeit haben.

Kooperationen

Mit Kliniken

Mit Kliniken werden wir uns aufgrund neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen z. B. personell austauschen können. Niedergelassene Pädiater werden künftig stundenweise in Kliniken arbeiten können,

Klinikärzte als Konsiliarärzte in der Praxis. Diese Form des Austauschs wird zum intensiveren Wissenstransfer führen. Praxen werden profitieren von dem Wissen der Kliniker in bestimmten Subspezialitäten der Pädiatrie; Kliniken werden z. B. bereichert durch die Kenntnisse der Niedergelassenen bezüglich Langzeitverläufen bei Entwicklungsstörungen und den besonderen Entwicklungseinflüssen des Sozialraums. Eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit nützt in Zeiten immer kürzerer Liegezeiten und damit einhergehend neuen ambulanten Versorgungsaufgaben vor und nach dem Klinikaufenthalt unseren Patienten. Es gibt nahtlose Übergaben an den Systemgrenzen.

Mit Medizinischen Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren können einen Teil der pädiatrischen Versorgung übernehmen, aus Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind allerdings ausschließlich auf Subspezialitäten der Pädiatrie konzentrierte MVZ problematisch. Ebenso wenig wünschenswert sind klinikassoziierte MVZ, die in Konkurrenz zu Praxen stehen. Um eine fruchtbare Kooperation zu ermöglichen, wünschen wir uns in diesem Punkt konkrete und faire Absprachen. Diese Wünsche betreffen auch Kinder- und Jugendkliniken, die planen, Kassensitze zu besetzen und damit in die Basisversorgung einzusteigen.

Mit Sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung

Diese Zentren stellen eine wichtige Versorgungsebene in der Kinder- und Jugendmedizin und der Transition dar. Auch hier wünschen wir uns engere und strukturiertere Kooperationen, um Informationen zuverlässiger als bisher miteinander auszutauschen. Es wird klar sein, welche Kinderleistungen der grundversorgenden Sozialpädiatrie brauchen, wo Bedarf an spezieller Sozialpädiatrie besteht und wie dieser gedeckt werden kann: in Zentren, beim niedergelassenen Neuropädiater, pädiatrischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater.

Digitalisierung der Pädiatrie

Im Mittelpunkt des 120. Deutschen Ärztetages stand die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

(BVKJ) hat dazu bereits das Projekt PädExpert® auf den Weg gebracht, das die flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung erleichtern soll. PädExpert® erlaubt niedergelassenen Allgemeinpädiatern, per Telemedizin gezielt Fragen an einen pädiatrischen Subspezialisten stellen zu können, wenn im Laufe einer Behandlung spezielle medizinische Kenntnisse in einem Schwerpunktbereich gebraucht werden. Innerhalb von 24h bekommt der ratsuchende Pädiater eine medizinische Expertise, sei es im diagnostischen oder therapeutischen Bereich. PädExpert® soll Kindern und Jugendlichen den Gang bzw. die oft lange Fahrt zum Spezialisten ersparen, den Diagnosezeitraum verkürzen und helfen, die bestmögliche ambulante pädiatrische Versorgung insbesondere im ländlichen Raum auch in Zukunft aufrechtzuerhalten.

Aus- und Weiterbildung

Bund und Länder haben sich auf einen gemeinsamen Vorschlag zur Reform des

Medizinstudiums geeinigt. Maßgeblich bei der Erstellung des Master-Plans waren die Landesgesundheits- und Landeskultusminister, die dem Gesetz letztlich auch keine sichere Finanzierungsgrundlage gewährten. Die ambulant arbeitenden Pädiater sind derzeit noch skeptisch, wie die Reform mangels sicherer Finanzierung gelingen soll. Die meisten Kollegen halten auch die Landarztquote nicht für ein geeignetes Instrument, um die Attraktivität einer Niederlassung im ländlichen Raum zu erhöhen.

Gleichzeitig verbindet sich mit der Reform aber die Hoffnung auf eine größere Praxisnähe des Medizinstudiums und durch einen vorgesehenen Vertiefungsabschnitt „Primary Care“ insbesondere die **frühzeitige Einbindung von Medizinstudierenden in die ambulante Grundversorgung**. Dabei ist unsere Position, dass gemäß Sozialgesetzbuch V (§ 73 Absatz 1a) unter „Primary Care“ selbstverständlich auch die Pädiatrie verortet ist, sodass Studierende einen entsprechenden Vertiefungsabschnitt auch in der Kinder-

und Jugendmedizin absolvieren können müssen.

Alle Kinder- und Jugendärzte in Weiterbildung werden **Einblick in die ambulante Grundversorgung** bekommen, genauso wie in die Spezialversorgung in Kliniken. In Verbundweiterbildungen wird deutlich, welche anvertraubaren professionellen Tätigkeiten zur Pädiatrie gehören und welchen Anteil andere Gesundheitsberufe daran haben. In einem elektronischen Portfolio können Ärzte in Weiterbildung dokumentieren, was sie sich schon berechtigterweise zutrauen können. Menschen, die alle Tätigkeiten meisterlich beherrschen, sind Kinder- und Jugendärzte, ohne weitere Zeugnisse und Fachgespräche. Weiter- und Fortbildung sind ergebnisorientiert, nichthierarchisch organisiert, kriterienbasiert und variabel in der Zeit. Lernende und Lehrende arbeiten gemeinsam an der Fortentwicklung von Bildungsprogrammen und -instrumenten. Lebenslanges Lernen ist kein Albtraum, sondern freudvoll erlebte und geteilte Realität.

Zuletzt die Frage aller Fragen:

Wird es unsere Praxen in Zukunft überhaupt noch geben? Wird es noch Kinder- und Jugendärzte geben, die in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis arbeiten, oder werden wir zukünftig pädiatrische Ärztehäuser haben, in denen Kinder- und Jugendärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten gemeinsam mit Sozialpädiatern und weiteren Fachgruppen zusammenarbeiten werden als Minipolikliniken?

Dazu zunächst der Hinweis auf eine kürzlich erschienene Analyse der Deutschen Ärzte- und Apothekerbank sowie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) unter hausärztlichen Existenzgründern.

Danach war die **Niederlassung in einer Einzelpraxis 2016 die häufigste Form der Existenzgründung**. Es haben sich 54 % aller hausärztlichen Existenzgründer im letzten Jahr auf diese Weise niedergelassen. Auch wenn es hier nicht um Kinder- und Jugendärzte ging, zeigt doch die hohe Zahl zum einen, dass das Arbeiten als niedergelassener Arzt in einer Einzelpraxis durchaus für viele Mediziner seinen Reiz hat, und zum anderen, dass sie sich davon auch eine wirtschaftlich sichere Zukunft versprechen.

Oder ob die Einzel- oder auch Gemeinschaftspraxis nicht am tatsächlichen Bedarf vorbeigeht, ob Patienten die ambulante pädiatrische Versorgung in den herkömmlichen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen in Zukunft vielleicht nicht mehr brauchen. Meine Antwort ist ein klares Ja zur Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Die Kinder und Jugendlichen in unserem Land brauchen auch zukünftig eine ambulante pädiatrische Versorgung in Praxen. Nur in Praxen können wir Kinder- und Jugendärzte die uns anvertrauten Patienten in der Fläche versorgen und betreuen.

Pädiatrische Ärztehäuser sind immer zentrale Einrichtungen. Sie bedeuten längere Wege für unsere Patienten; sie bedeuten, dass Patienten bei jedem Arztbesuch einen anderen, gerade diensthabenden Pädiater sehen, dass sie selbst oder ihre Eltern in der freien Arztwahl eingeschränkt werden. Die besondere, oft jahrelang gewachsene Arzt- Patient-Bindung ist in dem Ärztehauskonzept nicht mehr Programm, sondern allenfalls Zufall; die ärztliche Leistung wird zur unpersönlichen Serviceleistung – das Gegenbild einer positiven Zukunft der pädiatrischen Versorgung.

Wir brauchen also die Praxen. Und wir brauchen mehr Praxen. Nachdem Demoskopien jahrelang die Vergreisung und das Aussterben der Deutschen vorausgesagt haben, erleben wir nunmehr seit 5 Jahren einen Babyboom. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes erblickten 776.883 Kinder allein 2016 in Deutschland das Licht der Welt. Das waren 6,3 % mehr als im Vorjahr und 18,7 % mehr als vor 5 Jahren. Vor allem in den großen Städten steigen die Geburtenraten heftig. Und während der Gemeinsame Bundesausschuss(G-BA) immer noch von Überversorgung spricht, finden Eltern keinen Kinder- und Jugendarzt mehr in ihrer Nähe. Höchste Zeit also, dass der G-BA die Bedarfsplanung neu ausrichtet und regional an den jeweiligen Bedarf anpasst, damit die ambulante pädiatrische Versorgung zukunftsfest wird. Damit und mit den hier skizzierten Ideen wird es uns gelingen, die niedergelassene Pädiatrie in die Zukunft zu führen, den Nachwuchs für unsere Praxen zu sichern und v. a. den Kindern und Jugendlichen in unserem Land auch in Zukunft die bestmögliche medizinische Versorgung für ein gesundes Aufwachsen zu garantieren.

Fazit für die Praxis

- Eine ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland wird nur auf hohem Niveau erhalten bleiben, wenn die verantwortlichen Gesundheits- und Bildungspolitiker jetzt das Steuer herumreißen.
- Die Zahl der Medizinstudienplätze muss deutlich erhöht werden, um den Rückgang der ärztlichen Lebensarbeitszeit auszugleichen. Studenten müssen bereits während ihres Studiums im vorgesehenen Vertiefungsabschnitt „Primary Care“ des MasterPlans 2020 Erfahrungen auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sammeln können.
- Die fachärztliche Weiterbildung muss praxisnäher und anteilig auch in der ambulanten Versorgung erfolgen, wenn die bewährte ambulante pädiatrische Versorgungsstruktur durch niedergelassene Pädiater erhalten bleiben soll.

Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Fischbach, 42699 Solingen
E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Mitarbeit:

Dr. Ulrich. Fegeler
Dr. Folkert Fehr

Erstveröffentlichung:

Fischbach, T., Fehr, F. & Fegeler, U.
Monatsschr Kinderheilkd (2018) 166:108
<https://doi.org/10.1007/s00112-017-0428-4>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018. Abdruck mit freundlicher Genehmigung.

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

Laborreform zum 2. Quartal 2018

Zum 1.4.2018 hat es eine Novelle in der Laborabrechnung gegeben. Die gegenwärtige Reform ist nach KBV-Sprachgebrauch nur die erste Stufe mehrerer Laboränderungen. Da es aber zu diesem Schritt viele Jahre bedurft hat, ist so schnell mit Stufe 2 nicht zu rechnen. Mit den aktuellen Beschlüssen des Bewertungsausschusses treten erstens Veränderungen bei der Kostenaufteilung zwischen den Ärzten und zweitens eine Neugestaltung der Berechnung des Laborbonus in Kraft. Für uns niedergelassene Kinder- und Jugendärzte ist die neue Kostenaufteilung sinnvoll (da im hausärztlichen Versorgungsbereich verortet). Durch die Neugestaltung des Laborbonus ergeben sich einige Änderungen (Stichwort: Ausnahmekennziffern), die bei der Abrechnung zu berücksichtigen sind.

Warum es zu einer Neuregelung kam

Dem vorausgegangen war ein jahrelanger Streit zwischen Haus- und Fachärzten über: „WER bezahlt die Laborkosten“. In der Vergangenheit reichten die im Facharztbereich eingestellten Gelder für das Labor nie aus und es kam wegen dieser Unterdeckung im Labortopf zu einer regelmäßigen Stützung quasi über kommunizierende Röhren aus dem Hausarzttopf. Die Geldflüsse waren erheblich und der Trennungsbeschluss zwischen Haus und Fachärzten war damit in der Vergangenheit de facto ausgesetzt. Wir Hausärzte haben hier ständig Gelder aus dem Hausarzt- in den Facharzttopf fließen sehen.

Ein weiteres Problem sind die immens steigenden Kosten im Bereich Labor. In den vergangenen Jahren stieg die Entwicklung der Laborkosten kontinuierlich um über 5 % pro Jahr. Bundesweit betragen die Laborausgaben niedergelassener Ärzte im Jahr 2000 noch 1.000 Mio. €, jetzt sind es über 2.000 Mio. €.

Dies übersteigt den realen Lohnzuwachs bei weitem. Der Orientierungspunktwert stieg zum Vergleich 2017 um 0,9 %, 2018 um 1,18 %. **Klartext: unsere eigenen Laboranforderungen fressen unseren minimalen Lohnanstieg mehr als vollständig auf.**

Die Genetik ist seit Jahren ausbudgetiert und zählt nicht als Argument steigender Laborkosten. Es gibt nicht die eine Fachgruppe, die unsinnig Laborleistungen verursacht, und es gibt auch nicht

die eine Leistungsposition, die ganz besonders ins Gewicht fällt. Es ist ein breiter Anstieg über alle Positionen, bedingt durch steigende Patientenzahlen, hohe Anspruchshaltung unserer Patienten, unsinnige Doppeluntersuchungen, aber auch generell unsinnige Untersuchungen. Ein Beispiel aus der UV-Licht-armen Hauptstadt: Berlins Vertragsärzte (alle FG) veranlassen pro Quartal Vitamin-D-Bestimmungen im Wert von 1,5 Mio. €.

Veränderungen in der Kostenaufteilung

Die **Grundbeträge** (das sind die Geldtöpfe, in die je KV die regionale Morbiditätsgesamtvergütung der Kassen fließt) haben einen **Neuzuschnitt** erhalten. Der bisherige virtuelle Labortopf wird erheblich geschmälert, es verbleibt nur der **Labor-Wirtschaftlichkeits-Bonus** und das **Auftragslabor** (Muster 10).

6 Unterlaborgruppen werden ausgegliedert: Das **Labor im Notdienst** wandert in den Grundbetrag Bereitschaftsdienst – hier werden übrigens Laborleistungen (steht im Gesetz!) zu 100 % vergütet, die Kliniken verdienen also mehr am CRP als Ihr Labor. Das **Eigenlabor** (Kap 32.2 und 32.3) und die **Laborgemeinschaften** (Muster 10A) wandern jeweils einmal in den Hausarzt- und in den Facharzt-Grundbetrag.

Die **Grundpauschale für die Laborärzte wandert ebenfalls in den Facharzttopf**. Damit liegt nun endlich eine feste Aufteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten vor.

Wir Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich sind aber auch an den Laborkosten beteiligt – das sollten wir nicht vergessen!

Die regionalen KVen hatten nun zum Quartalsbeginn die Macht, zu entscheiden, in welcher Höhe die einzelnen Töpfe (bis auf den gesetzlich geschützten Notdiensttopf) vergütet werden. Hier sind Regelungen zwischen 89 und 100 % denkbar. Die KVen können nunmehr auch den Labortourismus zwischen den Regionen selbst steuern, weil nicht mehr die annehmende, sondern die abgebende KV den Punktwert bestimmt.

Neuausrichtung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Für den Vertragsarzt ist die Umstellung der Mechanik des Laborbudgets interessanter als die zuvor beschriebene Kostenaufteilung, weil Sie hier **selber ein wenig Euros steuern** können:

Der **Wirtschaftlichkeitsbonus** ist einfach formuliert Geld, das Ihnen gehört, das Ihnen bei der Berechnung Ihres Lohnes weggenommen wird und welches Sie sich durch sparsames Labor-Ansetzen wieder verdienen müssen.

Den wirtschaftlichen Zwängen gehorchend erscheint dies logisch, der Arzt wird aber gezwungenermaßen zum Feind seines Patienten. In der Vergangenheit haben manche Arztgruppen (wie wir Pädiater) ihren Laborbonus quasi immer bekommen, egal wie wirtschaftlich sie Labor angesetzt haben oder nicht. Andere Fachgruppen mit kostspieligeren

Regeluntersuchungen (Beispiel: Rheumatologen) haben ihren Laborbonus nie bekommen. **Gerecht war das nie**; allerdings war es **immer gut für Pädiater**.

Die Bewertung der **GOP 32001** (diese Position wird von der KV automatisch hinzugesetzt) wird für Kinder- und Jugendärzte auf **17 Punkte deutlich angehoben**. Das ist also der Hebel, den es zu verdienen gilt.

Beispielrechnung: 17 Punkte und 1.000 Scheine im Quartal macht ca. 1.800 €, die es maximal zu verdienen gibt. Unterscheidungen nach Allgemein- und Speziallabor sowie nach den Versichertengruppen (F/M/R) entfallen.

Die Formel, nach der der Laborbonus berechnet wird ist so logisch wie vieles in unserer Abrechnungswelt und erinnert an die Schwarze Reihe:

$$WF = \frac{\text{oberer AGF} - \text{APF}}{\text{oberer AGF} - \text{unterer AGF}}$$

WF : Wirtschaftlichkeitsfaktor
 AGF : Arztgruppenspezifischer Fallwert
 APF : Arztpraxispezifischer Fallwert

Ich versuche es in Worten:

Die Laborkosten eines Arztes werden mit denen seiner Fachgruppe verglichen. Für jede Arztgruppe wurden ein unterer Fallwert und ein oberer Fallwert bestimmt, das sind die durchschnittlichen Laborkosten pro Fall. Für die Kinder- und Jugendmedizin liegt der **Untere Fallwert bei 0,90 €** und der **Obere Fallwert bei 2,40 €**.

Für die **Schwerpunktpädiater** gelten für deren Schwerpunktfälle die jeweiligen Grenzfällewerte der Erwachseneninternisten (also z.B. für den Kindergastroenterologen die Fallgrenzwerte der internistischen Gastroenterologen).

Daraus resultieren 3 Szenarien:

- 1 Liegen die durchschnittlichen Laborkosten unterhalb 90ct, so erhält der Arzt den vollen Bonus
- 2 Liegen die durchschnittlichen Laborkosten oberhalb von 2,40 Euro, so gibt es KEINEN Bonus.
- 3 Liegen die durchschnittlichen Laborkosten pro Patient zwischen 0,90 und 2,40 Euro, so erhält der Arzt gemäß linearer Zuordnung einen Teil seines Laborbonus – dies wird für die meisten Kollegen der Fall sein.

Besonderheiten gibt es natürlich bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten: **Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird nicht pro Arzt, sondern pro Praxis ermittelt**, die Wirtschaftlichkeits-Boni sind ja pro Fachgruppe unterschiedlich hoch. Die Fallwerte der Ärzte werden gewichtet. Die Bewertung der 32001 wird ebenfalls gewichtet. **Somit wird der Wirtschaftlichkeitsbonus jedes Quartal auf Basis der Arztfälle neu durch Ihre KV ermittelt.**

Laborbonus und Notdienst:

Im Rahmen des organisierten ärztlichen Notfalldienstes werden die Notfälle nicht für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus (WB) mitgezählt. Bei der Berechnung Ihres durchschnittlichen Arztlaborfallwertes gehen jedoch die Laborbestimmungen aus dem Organisierten Notdienst mit ein.

Wie läuft es praktisch?

- KV setzt den Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 zu
- Sie setzen die Ausnahmekennziffern in die Abrechnung
- KV rechnet die Höhe des Bonus aus

Ausnahmekennziffern

Bei der Berechnung Ihrer Laborkosten werden Kosten für Laboruntersuchungen, die unter die sogenannte Kennnummern-Regelung fallen, nicht mit angerechnet. Dazu müssen Sie die sogenannten Ausnahmekennziffern ansetzen. Auftragsleistungen bleiben übrigens auch unberücksichtigt, aber dies gilt nur, wenn sie auch einen Auftragschein anlegen, bei dem Sie dann keine Versichertenpauschale ansetzen können.

Bislang wurden beim Setzen einer Ausnahmekennziffer alle Laborkosten des Behandlungsquartals nicht angerechnet. **Ab dem Quartal 2/2018 werden nur die für jede spezielle Ausnahmeziffer definierten Laborleistungen nicht angerechnet.** Auch war es in der Vergangenheit so, dass sich zu häufiges Ansetzen der Ausnahmekennziffern negativ auf den Laborbonus ausgewirkt hat, dem ist auch nicht mehr so.

Es dürfen jetzt pro Fall mehrere Ausnahmekennziffern gesetzt werden (da diese ja nur noch für bestimmte Laborwerte gelten).

Die Ausnahmekennziffern sind ab dem 1.4. nicht mehr auf dem Laborschein anzugeben und werden auch nicht mehr von Ihrem Labor an die KV gemeldet. Sie müssen jetzt die Ausnahmekennziffern mit Ihrer Abrechnung an die KV übermitteln!

Die Systematik der Ausnahmekennziffern ist ähnlich geblieben, wurde aber komplett überarbeitet. Dabei sind einige Leistungen rausgefallen, wie z. B. die Genetik, die ja ausbudgetiert ist.

Ein Beispiel 32006: Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht.

Vollständige Listen der Ausnahmekennziffern finden Sie auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/html/33490.php> oder in PädInform oberhalb des Ordners Honorarausschuss im Unterordner BVKJ-Honorar-Download.

Zusammenfassung

- Durch neue Festlegungen in der Aufteilung der Laborkosten wird es nicht mehr zu einer Nachschussfinanzierung durch uns Hausärzte kommen
- Labor, welches wir ansetzen, fließt aus unserem Topf! Laborleistungen überlegt anfordern!
- Es wird in Zukunft viele Pädiater geben, die nicht mehr ihren vollen Laborbonus erhalten
- Das Volumen (der Hebel) des Laborbonus ist etwas größer geworden
- Somit wird es wichtiger, die Ausnahmekennziffern korrekt anzusetzen
- Sie können mehrere Ausnahmekennziffern auf einen Schein setzen

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

Aktuelles aus der Rechtsprechung

Rechtsfragen im Überblick

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle Urteile aus dem Medizinrecht – insbesondere dem Vertragsarztrecht, dem Datenschutzrecht sowie dem Heilmittelwerberecht.



Dr. Juliane Netzer-Nawrocki

I. Neues aus dem Vertragsarztrecht

Sind Kinder- und Jugendärzte auch vertragsärztlich tätig, haben sie bei ihrer Tätigkeit auch die Reglementierungen des Vertragsarztrechts zu beachten. Im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Zulassung sei auf folgende aktuelle Entscheidungen hingewiesen:

1. Nachbesetzung in der BAG (SG Berlin, Urt. v. 10.5.2017 – S 87 KA 946/16)

Das Problem:

Gegenstand der Klage vor dem SG Berlin ist die Entscheidung des Zulassungsausschusses, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages innerhalb einer BAG nicht im vollen Umfang, sondern nur bezüglich eines halben Versorgungsauftrages stattzugeben. Begründet wurde diese Entscheidung mit den unterdurchschnittlichen Fallzahlen des verstorbenen Arztes, dessen Vertragsarztsitz nachbesetzt werden sollte. Für die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages habe es an einem

sogenannten „Praxissubstrat“ gefehlt. Eine fortführungsfähige Praxis habe nicht in vollem Umfang bestanden.

Die Entscheidung:

Das SG Berlin führt hierzu aus, bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus einer BAG sei für die Frage der Versorgungsnotwendigkeit bzw. des sog. Praxissubstrats nicht der Leistungsumfang der gesamten BAG entscheidend, sondern der Leistungsumfang des ausscheidenden Arztes. Andernfalls bestehe die Gefahr der Leistungsausweitung durch die gesamte BAG. Der zwischenzeitlich verstorbenen BAG-Partner sei bereits vor der Meldung seiner Erkrankung nur im Umfang von ca. zehn Prozent eines vollen Versorgungsauftrages tätig gewesen. Seine Fallzahlen hätten bei nur etwa zehn Prozent des Fachgruppenn Durchschnitts gelegen. Es sei bei der Entscheidung, in welchem Umfang der Vertragsarztsitz nachbesetzt werden könne, irrelevant, dass die Gesamt-BAG Fallzahlen erbrachte, die dem Versorgungsauftrag von drei Ärzten der Fachgruppe entsprachen.

Dem stehe auch nicht die Rechtsprechung des BSG entgegen, dass die BAG als einheitliche Rechtspersönlichkeit anzusehen sei. Denn insbesondere im Bereich der Zulassung und des diese allein betreffenden Nachbesetzungsverfahrens sei auf den einzelnen Arzt und nicht auf die BAG als solche abzustellen. Dem Sinn und Zweck des § 103 Abs. 3a SGB V – nämlich dem Abbau von Überversorgung in überversorgten Planungsbereichen – werde nur dann Rechnung getragen, wenn hinsichtlich der Prüfung der „fortführungsfähigen Praxis“ auf den ausscheidenden Arzt und nicht auf die BAG abgestellt werde.

2. Zulassungsentziehung wegen fehlender Fortbildung (SG München, Urt. v. 24.5.2017 – S 38 KA 205/16)

Das Problem:

Gemäß § 95 d Abs. 1 SGB V ist der Vertragsarzt zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen verpflichtet und hat diese gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das SG München hatte über die Rechtmäßigkeit einer Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung gemäß § 95 Abs. 6 i.V.m. § 95d Abs. 3 S. 4 SGB V zu entscheiden, die damit begründet wurde, dass der von der Zulassungsentziehung betroffene Arzt seiner Fortbildungsverpflichtung seit Jahren nicht nachgekommen war und diese auch nicht in dem gemäß § 95d Abs. 3 SGB V zulässigen Zeitraum nachgeholt hatte. Zudem hatte der Arzt mehrere Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung, mit denen er auf seine Verpflichtung hingewiesen wurde, einfach ignoriert.

Die Entscheidung:

Das SG München hat die **Entziehung der Zulassung** als rechtmäßig angesehen. Es stelle eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Grundpflichten dar, wenn ein Arzt mehr als fünf Jahre keine Fortbildungspunkte sammelt. Eine Nachreichung sei nicht möglich, da § 95d Abs. 3 S. 4 SGB V eine gesetzliche Ausschlussfrist beinhalte.

Die darauf gestützte Zulassungsentziehung gemäß § 95 Abs. 6 SGB V sei zwar ultima-ratio-Maßnahme; hier hatte der Arzt aber **fünf Erinnerungsschreiben ignoriert und Honorarkürzungen in mehreren Quartalen bis zu 25% akzeptiert**. Wer solche Warnhinweise komplett ignoriere, sei nicht gewillt, seiner Fortbildungspflicht nachzukommen. Die Zulassungsentziehung sei daher rechtmäßig gewesen.

II. Neues vom Datenschutz

Mit der bevorstehenden Geltung der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ab dem 25. Mai 2018 ist das Datenschutzrecht zurzeit sehr präsent. Gerichtliche Entscheidungen gibt es dennoch eher wenige. Die folgende Entscheidung setzt sich mit der Thematik der Videoüberwachung vor und in der Arztpraxis auseinander.

Videoüberwachung vor der Praxis – Grundsätze des Datenschutzes (OVG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 6.4.2017 – OVG 12 B 7.16)

Das Problem:

Das Urteil setzt sich mit der Frage auseinander, ob die Videoüberwachung einer (Zahn-)arztpraxis zulässig ist. Die Zahnärztin hatte in ihrer Praxis zwei Videokameras in Behandlungszimmern und eine Videokamera im Empfangsbereich angebracht. Die Überwachung erstreckte sich damit auch auf einen öffentlich zugänglichen Bereich. Teilweise wurden die Bilder auf Monitore in die Behandlungsräume übertragen. Die Zahnärztin hatte entsprechende Schilder angebracht, die darüber informierten, dass der Bereich videoüberwacht ist.

Die Entscheidung:

Das Gericht kam zu dem Ergebnis, dass die **Videoüberwachung** zu den üblichen Besuchszeiten mit dem **geltenden Datenschutzrecht nicht vereinbar** war. Bei der Frage der Zulässigkeit der Erhebung personenbezogener Daten im Sinne des Datenschutzrechts gehe es um das Spannungsfeld zwischen berechtigten Sicherheitsinteressen und dem Recht

auf informationelle Selbstbestimmung, welches im Zusammenhang mit dem Besuch einer Arztpraxis besondere Bedeutung erlangen könne. Damit die Abwägung zugunsten der Überwachung ausfällt, müssten konkrete Sicherheitsbedenken bestehen. Eine allgemeine Bedrohungslage, Ort eines Raubüberfalls zu werden, – vergleichbar derjenigen bei Juwelieren – bestehe bei Arztpraxen nicht. Für Patienten bestehe hingegen ein erhöhtes Interesse, unbeobachtet zu bleiben. Die Interessenabwägung fiel daher zugunsten der Patienteninteressen aus, da mildere Maßnahmen zur Gefahrenabwehr verfügbar waren.

III. Neues vom Heilmittelwerberecht (OLG Stuttgart, Urt. v. 22.02.2018 – 2 U 39/17)

Das Problem:

Ein pharmazeutisches Unternehmen verschenkte zu Werbezwecken Produktkoffer mit sechs verschiedenen Arzneimitteln gegen Erkältungsbeschwerden bundesweit an Apotheker. Die Medikamente hatten einen (unrabattierten) Einkaufspreis von 27,47 €. Ein Konkurrent klagte auf Unterlassung, da es sich um unzulässige Werbegaben nach dem Heilmittelwerbegesetz handele.

Die Entscheidung:

Das OLG Stuttgart hat entschieden, dass in der Heilmittelwerbung die **Wertgrenze von 1,00 €** auch bei Werbegeschenken an Fachkreise (zu denen insbesondere Apotheker und Ärzte zählen) gilt. Das Gericht begründete seine Entscheidung damit, dass von der kostenlosen Abgabe des Arznei-

mittelkoffers die abstrakte Gefahr einer unsachlichen Beeinflussung i.S.d. § 7 HWG ausgehe. Ausnahmsweise zulässig sei nach der gesetzlichen Bestimmung zwar die Zuwendung von geringwertigen Kleinigkeiten. Der Wert des Arzneimittelkoffers überschreite allerdings die Geringwertigkeitsgrenze. Für die Geringwertigkeit sei die Grenze anzuwenden, die der BGH für Zuwendungen an den Verbraucher definiert habe (BGH, Urteil vom 08.05.2013 – I ZR 98/12). Diese sei bei 1,00 € anzusetzen. Für Angehörige der Fachkreise gelte diese Wertgrenze also entsprechend. Die kostenlose Leistung könne den Apotheker oder Arzt dahingehend unsachlich beeinflussen, dass er sich verpflichtet fühle, sich in irgendeiner Weise erkenntlich zu zeigen, beispielsweise, indem er Produkte des zuwendenden Unternehmens empfiehlt.

Fazit:

Das Urteil des OLG Stuttgart schafft Klarheit über den Begriff der Geringwertigkeit von Zuwendungen. Die Vereinheitlichung der Wertgrenze für die Zuwendung an Verbraucher und Angehörige der Fachkreise ist zu begrüßen.

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

Der Honorarausschuss informiert

Unfallversicherung (UV-GOÄ) – Pädiatrische Fallvignette 2

Schwerpunktthema // Wundversorgung an mehreren Tagen, Sonographie

Fallbeschreibung:

Ein 12-jähriger Schüler stürzt auf dem Weg zur Schule bereits auf der Eingangstreppe des Wohnhauses und schlägt sich das rechte Knie auf. Vorstellung in der Praxis in Begleitung der Mutter, die hierfür die Erwerbstätigkeit nicht aufnehmen konnte.

Befund:

Geschwollenes rechtes Knie, in Beugeschonhaltung mit blutender und verschmutzter Schürfwunde (3x4cm)

Maßnahmen:

Klinische Untersuchung des Kniegelenkes auf tiefergehende Verletzungen,

Wundreinigungsbad, Wundreinigung und Verband; sonografische Untersuchung z.A. Gelenkerguss im Seitenvergleich

Überprüfung des Tetanusschutzes.

Kontrolluntersuchung und Wundversorgung an den Tagen 1 und 3 nach dem Unfall.

Abrechnung:

	GOP		Vergütung in EUR
Primärversorgung:	125,	Unfallbericht	8,10
	Porto, 192	Porto + Fax	1,08
	143	Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes	2,96
	6	umfassende Untersuchung	15,66
	2016	Wundreinigungsbad	3,43
	2003	Große Wunde	9,69
	Bes. Kosten	Besondere Kosten zum Verband nach GOP 200	1,28
	410	Sonographie Knie rechts	14,90
	420	Sonographie Knie links	5,96
Erläuterung:	<p>Zunächst ist zu klären ob ein Schulwegeunfall vorliegt. In diesem Fall ja, denn der Versicherungsschutz beginnt und endet an der Außentür des Wohngebäudes. Geschieht der Sturz auf der Innentreppe des Hauses, wird es als privates Unfallgeschehen gewertet und der Versicherungsschutz der öffentlichen Unfallkasse greift nicht.</p> <p>Neben dem Porto darf ein elektronischer Vorabversand des Unfallberichtes mit der GOP 192 angesetzt werden.</p> <p>Die GOP 143 bezieht sich eigentlich auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Erwachsenenbehandlung. Die GOP 143 darf auch für die Ausstellung der Bescheinigung zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes verwendet werden.</p> <p>Die Untersuchungs- und Beratungsleistung darf in diesem Fall als umfassende Untersuchung nach GOP 6 (15,66 EUR) erfolgen, weil es sich um eine Knieverletzung mit besonderem Untersuchungsaufwand handelt. Bei einer versorgten Wundfläche von mehr als 4cm², ist die Wunde als „große Wunde“ definiert und kann über die GOP 2003 abgerechnet werden.</p> <p>Im Zusammenhang mit einer Wundversorgung nach den Nrn. 2000 bis 2005, 2008, 2009 und 2010 usw. können Wundverbände nach Nr. 200 nicht zusätzlich abgerechnet werden. Die „Besonderen Kosten“ der Nr. 200 (1,28 EUR) sind neben der Wundversorgung jedoch anzusetzen.</p> <p>Die sonografische Untersuchung des Kniegelenkes ist z.A. einer Einblutung indiziert. Die Untersuchung der Gegenseite ist möglich, wenn zur Einschätzung eines vom Normalen abweichenden Befundes ein so genannter Normzustand benötigt wird, wie dies die gesunde Gegenseite darstellt.</p> <p>In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die Erstversorgung eine Abrechnungssumme in Höhe von 63,06 EUR.</p>		

	GOP		Vergütung in EUR
Wiedervorstellung am Tag 1 nach dem Unfall	1	symptomorientierte Untersuchung	6,21
	2016	Wundreinigungsbad	3,43
	2006	Wunde nicht primär heilend	4,70
	200	Verband	3,50
	Bes. Kosten	Besondere Kosten zum Verband nach GOP 200	1,28
Erläuterung:	<p>In einem Behandlungsfall (3-Monatszeitraum) darf die GOP 1 nur einmal zusammen mit anderen Leistungsgebühren aus den Abschnitten C. bis O. der UV-GOÄ berechnet werden. Da bei der Erstversorgung die GOP 1 nicht verwendet wurde (GOP 6 angesetzt), darf diese beim Kontrolltermin neben den Wundversorgungsziffern aus dem Kapitel L angesetzt werden.</p> <p>Die Wundversorgung nach der GOP 2006 weist, im Gegensatz zu den GOPs 2000 bis 2005 und 2008 bis 2010 keinen Ausschluss für den Verband nach GOP 200 auf.</p> <p>In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die erste Nachversorgung eine Abrechnungssumme in Höhe von 19,12 EUR.</p>		
Erneute Wiedervorstellung am Tag 3 nach dem Unfall	2016	Wundreinigungsbad	3,43
	2006	Wunde nicht primär heilend	4,70
	200	Verband	3,50
	Bes. Kosten	Besondere Kosten zum Verband nach GOP 200	1,28
	Erläuterung:	<p>In einem Behandlungsfall (3-Monatszeitraum) darf die GOP 1 nur einmal zusammen mit anderen Leistungsgebühren aus den Abschnitten C. bis O. der UV-GOÄ berechnet werden.</p> <p>Wird bei einem Kontrolltermin die GOP 1 zusammen mit einer Sonderleistung erbracht, darf nur die höher bewertete Leistung angesetzt werden, wobei Wundversorgung und Verbandsleistung als Summe betrachtet werden.</p> <p>Die Wundversorgung nach der GOP 2006 weist, im Gegensatz zu den GOPs 2000 bis 2005 und 2008 bis 2010 keinen Ausschluss für den Verband nach GOP 200 auf.</p> <p>In der Summe ergibt sich im genannten Beispiel für die zweite Nachversorgung eine Abrechnungssumme in Höhe von 12,91 EUR.</p>	

Anhang: Wann ist eine Wunde klein oder groß?

	Klein	Groß
GOP	2000, 2001, 2002	2003, 2004, 2005
Länge	< 3 cm	> 3 cm
Fläche	< 4 cm ²	> 4 cm ²
Volumen	< 1 cm ³	> 1cm ³
% Körper	restlicher Körper	Kopf und Hände
Alter	> 6 Jahre	< 6 Jahre
		1 Merkmal reicht !

Das Musterabrechnungsbeispiel wurde mit der Kommunalen Unfallversicherung Bayern konsentiert.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Landendörfer, 90482 Nürnberg
 E-Mail: praxis@dr-landendoefer.de

Red.: WH

Forderungen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e. V. zur Telematik

- *Kostenneutrale und nachhaltige Finanzierung für die Arztpraxen*
- *Aussetzung der Anbindungspflicht, bis die technischen Voraussetzungen für die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages geschaffen sind*
- *Sicherstellung der Patientenversorgung auch bei Funktionsfehlern der Telematik*
- *Gewährleistung der Sicherheit der Patientendaten unter den höheren Ansprüchen des neuen Datenschutzrechts*

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sieht die Notwendigkeit der Digitalisierung auch im Gesundheitswesen – und ist selbst einer der Vorreiter auf diesem Gebiet.

In der Entwicklung der Telematik aber gibt es Probleme über Probleme: bisher kein tatsächlich funktionierender Nutzen der eGK über die schon lange gegebenen Funktionen der Versicherungskarte hinaus, anhaltende technische Probleme in den Modellversuchen, Monopolstellung eines einzigen Hardwareanbieters und eine erkennbar unzureichende Finanzierung der Einführung der Telematik.

Die Anbindung von rund 100.000 Arztpraxen bis zum Ende des Jahres 2018 ist nicht durchführbar. Nach wie vor gibt es nur einen Anbieter, der die Konnektoren für den Anschluss der Praxen an die TI bereitstellt. Zwar haben für dieses Frühjahr weitere Hersteller ihren Markteintritt angekündigt, doch ob das

zeitgerecht geschieht, ist offen. Vor der Umsetzung der Pflicht zur Anbindung der Praxen muss die Monopolstellung eines Anbieters für die Konnektoren beendet sein.

Die Finanzierung muss den tatsächlichen Kosten der niedergelassenen Ärzte für Investition, Betrieb und administrativen Mehraufwand gerecht werden. Das System der GKV als Nutznießer der Telematik muss die Umsetzung nachhaltig finanzieren.

Die Umsetzung in der Praxis muss reibungsfrei funktionieren. Vor der verbindlichen Umsetzung durch alle niedergelassenen Ärzte müssen Fragen des zuverlässigen Datentransfers, des Datenschutzes und des barrierefreien Zugangs zum System für alle Patienten geklärt sein. Hierzu gehört auch die Klärung der Frage, wie die Versorgung von Patienten, die ihre zur eGK gehörende Pin in der Arztpraxis nicht selbst eingeben können, sichergestellt wird.

Wer Disaster à la LKW-Maut oder BER riskiert, gefährdet die Versorgung von Millionen Patienten!

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte fordert:

- **Die vollumfängliche Finanzierung der Telematik muss durch die Gesetzlichen Krankenkassen nachhaltig sichergestellt werden.**
- **Ein reibungsfreier Testbetrieb muss der Anbindung der Praxen vorausgehen – Patienten und Ärzte dürfen nicht zum Versuchskaninchen werden.**
- **Die Frist zur Anbindung der Praxen an die Telematik muss zwingend von Ende 2018 bis mindestens Ende 2020 verlängert werden!**
- **Die Versorgung der Patienten darf nicht durch zusätzliche Belastung der Praxen mit Anforderungen an EDV, Personal und Bürokratie gefährdet werden. Zugangshindernisse wie die Pin dürfen die Versorgung von Patienten nicht gefährden.**

Brief aus der Praxis



Dr. Tanja Brunnert



Liebe Kollegen, kennen Sie das auch? Ständig versucht man, mir den Schönsten aller Berufe mit Bescheinigungen madig zu machen.

Ich will mich schon kaum noch über Gesundheitschreibungen für egal welchen Infekt aufregen. Da habe ich eine für mich pragmatische Lösung gefunden. Wer diese unbedingt braucht, bekommt sie für €5 bereits bei der Erkrankung mit der Prognose, wann das Kind nicht mehr ansteckend sein könnte. Akzeptieren die Kindergärten leider bei Gastroenteritis nicht. Naja, hier bescheinige ich gerne, dass mir die Eltern gesagt haben, dass das Kind seit 24 Stunden keinen Durchfall mehr habe. Und das reicht dann. So sind wir Deutschen eben: alles ist gut, wenn wir einen Zettel zum Abheften haben. Und wehe, wenn er fehlt wie neulich bei einer fünfjährigen Patientin. Die Mutter brauchte ein Attest für die Aufnahme in den Kindergarten. Unter anderem sollte die Infektfreiheit bescheinigt werden. Ich wunderte mich, da das Kind meines Wissens schon seit zwei Jahren im Kindergarten war. Stimmt auch, ergab die Nachfrage, aber anfangs wurde vergessen, diesen Zettel anzufordern. Da er nun fehlte, wurde dem Kind ab sofort der weitere Besuch der Einrichtung bis zur Abgabe des Attestes verweigert. Also bescheinigte ich, dass das Kind laut der Erinnerung der Mutter vor zwei Jahren am 1.8. infektfrei war und meine Patientin durfte den Kindergarten wieder problemlos besuchen.

Ich bin angesichts dieser Attestwut sehr froh, dass die Kommunen die Kinder noch ohne ärztliches Attest auf die Spielplätze lassen. Aber was nicht ist, kann ja noch werden.....Immerhin setzt auch der Besuch eines Seepferdchenkurses ja mittlerweile ein ärztliches Attest voraus.

Und dann haben wir noch die Bescheinigung über das nichtvorhandene Einnässen und damit das „Trockenabzeichnen tags und nachts“ für den Saunabesuch. Bleibt das Kind über Nacht in der Sauna? Ich weiß es nicht, aber in puncto Attest bin ich inzwischen soweit, dass ich nicht mehr nachfrage, sondern nur noch attestiere. Also steht in meinem Attest: Die Eltern haben mir glaubhaft versichert, dass Kind xy tags und nachts trocken ist. Trotzdem rate ich aus ärztlicher Sicht von einem Saunabesuch über Nacht ab.

Schon lange hat unsere KV in einem Rundschreiben klargestellt, dass Gesundheitschreibungen vor einer Kur oder Reha keine Kassenleistung sind und von den Patienten selbst bezahlt werden müssen. Die Rehakliniken rächen sich jetzt mit einer Bescheinigung, die voraussetzt, dass das Kind in den letzten sechs Wochen keinen Kontakt zu ansteckenden Krank-

heiten hatte. Ich ergänze diese Bescheinigungen mit dem Zusatz, dass die Eltern der übrigen Kinder im Kindergarten des Kindes leider ablehnten, ihre Kinder sechs Wochen zu Hause zu betreuen und ich daher von einer Kontamination des Kindes ausgehen muss. Auch dies wird problemlos akzeptiert.

Manchmal frage ich mich, ob es nicht doch sinnvoll wäre, sich der Attestwut zu widersetzen. Offener Widerstand nützt natürlich garnichts. Aber wir Pädiater könnten eine Art Guerillakampf führen. Ich schlage ein Forum in Pädinform mit den witzigsten und unsinnigsten Antwortvorschlägen vor. Hier kann sich jeder bei Bedarf Anregung holen. Vielleicht kapiert dann irgendwann mal irgendwer, wie hirnlos das alles ist und beendet es. Man darf ja noch träumen!

*In diesem Sinne
Ihre*

Dr. Tanja Brunnert

37077 Göttingen

E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red.: ReH

Kinder- und Jugendrehabilitation

Welche Rehabilitationsklinik empfiehlt sich für welches Kind, welchen Jugendlichen?

Bundesweit gibt es rund 50 Kliniken, die mehrwöchige und spezialisierte Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche durchführen. Die Belegung der Kliniken erfolgt überregional und wohnortfern. Auf Grund der Anzahl der Kliniken und Entfernung zur Praxis können Kinder- und Jugendärzte nur über einzelne dieser Kliniken Bescheid wissen. Regen sie eine Rehabilitationsmaßnahme an, werden sie von den Eltern häufig nach einer geeigneten Rehabilitationsklinik gefragt. Ausführliche Informationen zu den Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche und zur Kinder- und Jugendrehabilitation sind zwar auf der Homepage „www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de“ zu finden. Eine kompakte Übersicht gibt es bisher aber nicht. Die häufigsten Fragen der Kinder- und Jugendärzte beziehen sich auf die Kliniken und ihre Indikationen.

Die Auswahl der Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche

Die Eltern stellen den Reha-Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung als überwiegendem Träger der Kinder- und Jugendrehabilitation, der Kinder- und Jugendarzt füllt den Ärztlichen Befundbericht dazu aus.

Gesetzlich ist geregelt, dass die Rentenversicherung entscheidet, wo die Rehabilitation stattfindet, also welche Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche belegt wird. Wichtig ist dabei allerdings zu wissen, dass die Rentenversicherung dem gesetzlich verbrieften Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten Rechnung trägt. Die Eltern können also zum Beispiel auf Empfehlung ihres Kinder- und Jugendarztes eine Wunschklinik angeben, die bei der Auswahl entsprechend berücksichtigt wird. Wer keine Wunschklinik angibt, muss sich aber keine Sorgen machen. Die Rentenversicherung kennt die Kliniken bestens. Die Kliniken sind einer strengen Qualitätsprüfung unterworfen, außerdem visitiert die Rentenversicherung die Kliniken in regelmäßigen Abständen. Die Auswahl der Klinik durch die Rentenversicherung erfolgt nach Qualitätsmaßstäben.

Die Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche

Die Kliniken sind ortsalphabetisch geordnet. Für jede Klinik sind die wichtigsten Hauptindikationen angegeben. Weitere können bei der jeweiligen Klinik erfragt werden.

Klinik Bavaria Kreischa/Zscheckwitz, 01731 Kreischa, Saidaer Str. 1

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, Adipositas, orthopädische Erkrankungen, Nieren- und Harnwegserkrankungen

MEDIAN Klinik Bad Gottleuba, 01816 Bad Gottleuba, Königstr. 39

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Adipositas, Sprachentwicklungsstörungen, Enuresis nocturna et diurna

Reha-Klinik am Kyffhäuser, 06567 Bad Frankenhausen, Rottlebener Str. 4a

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Adipositas

MEDIAN Kinderklinik „Am Nicolausholz“ Bad Kösen, 06628 Naumburg, Elly-Kutscher-Str. 16

Hauptindikationen: Adipositas, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen, orthopädische Erkrankungen

Ev. Fachklinik Sonnenhöhe,

08645 Bad Elster, Georg-Leißner-Str. 1-4

Hauptindikationen: Orthopädische Erkrankungen, Adipositas mit orthopädischer Begleiterkrankung

Reha-Fachklinik EUBIOS,

09380 Thalheim, Gornsdorfer Str. 4a

Hauptindikationen: Sprach- und Sprechstörungen, Psychosomatische Begleiterkrankungen

MEDIAN Kinder- u. Jugendklinik Beelitz, 14547 Beelitz, Paracelsusring 8

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Adipositas, Enuresis nocturna et diurna, ADHS

Helios Klinik Hohenstücken,

14772 Brandenburg an der Havel, Brahmstr. 38

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, neuroorthopädische Erkrankungen

Fontane-Klinik, 15749 Mittenwalde OT Motzen, Fontanestr. 5

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, emotionale Störungen (Depressionen), akute Belastungsstörungen und Essstörungen

Medigreif Inselklinik Heringsdorf,
17424 Ostseebad Heringsdorf/Usedom, Setheweg

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Adipositas, Diabetes mellitus

Kinder-Rehazentrum Usedom,
17459 Loddin/Kölpinsee, Strandstr. 3

Hauptindikationen: Stoffwechselstörungen, Asthma bronchiale (incl. Mukoviszidose), Neurodermitis, anorectale Fehlbildungen

Johannesbad Fachklinik Ostseestrand „Klaus Störtebeker“, 17459 Seebad Kölpinsee/Usedom, Strandstr. 13

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Adipositas

AKG Kinderklinik Tannenhof, 18181 Ostseeheilbad Graal-Müritz, Ribnitzer Str. 59

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Adipositas

CJD Fachklinik für Kinder u. Jugendliche Garz/Rügen,

18574 Garz/Rügen, Putbuser Str.11

Hauptindikationen: Adipositas, Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Sprachentwicklungsstörungen

Helios Klinik Geesthacht,

21502 Geesthacht, Johannes-Ritter-Str. 100

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, orthopädische Erkrankungen

Fachklinik Satteldüne,

25946 Nebel auf Amrum, Tanenwai 32

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen (incl. Mukoviszidose), Hauterkrankungen, Adipositas, Psychische und Verhaltensstörungen

Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, 25980 Westerland/Sylt, Steinmannstr. 52-54

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen (inkl. Epidermolysis bullosa, congenitalen Ichthyosen), Adipositas, Diabetes mellitus

Seeklinik Norderney,

26548 Norderney, Benestr. 27

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Adipositas

Fachklinikum Borkum,

26757 Borkum, Jann-Berghaus-Str. 49

Hauptindikationen: Allergische Erkrankungen, Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen

Neurologisches Rehazentrum Friedehorst, 28717 Bremen, Rotdornallee 64

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, neuroorthopädische Erkrankungen, Sprachentwicklungsstörungen, berufliche Rehabilitation

MediClin Seeparkklinik Bad Bodenteich, 29389 Bad Bodenteich, Sebastian-Kneipp-Str.1

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörung, Adipositas

Klinik Bad Oexen Kinderhaus,

32549 Bad Oeynhaus, Oexen 27

Hauptindikationen: Onkologie, Kardiologie, Z.n. Blutstammzelltransplantation, Z.n. Organtransplantation, Erkrankungen des Blutes

Charlottenhall Rehabilitationsklinik,

36433 Bad Salzungen, Mathilde-Wurm-Str. 7

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, orthopädische Erkrankungen, Adipositas, Atemwegserkrankungen

St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch, 40670 Meerbusch, Strümper Str. 111

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems

Helios Klinik Hattingen, 45527 Hattingen, Am Hagen 20

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, orthopädische Erkrankungen

Rehabilitationsklinik Werscherberg, 49143 Bissendorf, Am Werscher Berg

Hauptindikationen: Sprachentwicklungsstörungen (auch mit Hörgeräten und Cochlea-Implantaten, Mutismus, AVWS)

Klinik Viktoriastift, 55543 Bad Kreuznach, Cecilienhöhe 3

Hauptindikationen: Adipositas, Psychische und Verhaltensstörungen, Atemwegserkrankungen, Entwicklungsstörungen (incl. Motorik und Sprache)

ASKLEPIOS Katharina-Schroth-Klinik, 55566 Bad Sobernheim, Korczakstr. 2

Hauptindikationen: orthopädische Erkrankungen (Wirbelsäulendeformitäten)

Edelsteinklinik Bruchweiler, 55758 Bruchweiler, Lindenstr. 48

Hauptindikationen: Adipositas, Psychische und Verhaltensstörungen (u.a. Traumapatienten, ADHS), Atemwegserkrankungen und Hauterkrankungen, Orthopädische Erkrankungen (u.a. Morbus Perthes, Skoliosen)

Kinderfachklinik Bad Sassendorf, 59505 Bad Sassendorf, Lütgenweg 2

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Adipositas

Spessart-Klinik Bad Orb, 63619 Bad Orb, Würzburger Str. 7-13

Hauptindikationen: Adipositas, Psychische und Verhaltensstörungen, Diabetes mellitus, orthopädische Erkrankungen

Rehaklinik Mosbach, 74821 Mosbach, Neckarburkener Str. 14

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, orthopädische Erkrankungen

Nachsorgeklinik Tannheim, 78052 VS-Tannheim, Gemeinewaldstraße 75

Hauptindikationen: Onkologie, Kardiologie, Mukoviszidose, verwaiste Familien

Luisenklinik Bad Dürkheim, 78073 Bad Dürkheim, Luisenstr. 56

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen

Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe, 78141 Schönwald im Schwarzwald, Oberkatzensteig 11

Hauptindikationen: Onkologie, Kardiologie

Hegau-Jugendwerk Gailingen, 78262 Gailingen, Kapellenstr. 31

Hauptindikationen: Krankheiten des Nervensystems, Psychische und Verhaltensstörungen, Neurologische onkologische Erkrankungen, Sprachentwicklungsstörungen

Rehaklinik Kandertal, 79429 Malsburg-Marzell

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Atemwegs- und Hauterkrankungen, Adipositas

ITZ Caritas-Haus Feldberg gGmbH,
79868 Feldberg, Paßhöhe 5

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen (AD(H)S), Adipositas, Atemwegserkrankungen

Klink Hochried,

82418 Murnau, Hochried 1-12

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Adipositas, Sprachentwicklungsstörungen, Krankheiten des Nervensystems

Klinik Schönsicht, 83471 Berchtesgaden,
Oberkälberstein 1-11

Hauptindikationen: Adipositas, Atemwegserkrankungen, Psychische und Verhaltensstörungen, orthopädische Erkrankungen

Fachklinik Gaißach,

83674 Gaißach bei Bad Tölz, Dorf 1

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen (Asthma, Mukoviszidose etc.),

Adipositas, Hauterkrankungen, Diabetes mellitus

Hochgebirgsklinik Oy-Mittelberg,

87466 Oy-Mittelberg, Alois-Wagner-Str. 45

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Atemwegserkrankungen, Adipositas, Hauterkrankungen

Alpenklinik Santa Maria, 87541 Bad
Hindelang-Oberjoch, Riedlesweg 9

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Adipositas, Hauterkrankungen, Mukoviszidose, Fütterstörungen

Fachklinik Prinzregent Luitpold,

88175 Scheidegg, Oberschwenden 70

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen, Adipositas, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen

Fachkliniken Wangen,

88239 Wangen/Allg., Am Vogelherd 14

Hauptindikationen: Psychische und Verhaltensstörungen (incl. Adipositas), Atemwegserkrankungen (incl. Mukoviszidose), Hauterkrankungen, Sprachentwicklungsstörungen

Sophienklinik,

99518 Bad Sulza, Sophienstr. 25

Hauptindikationen: Atemwegserkrankungen, Orthopädische Erkrankungen, Adipositas, Hauterkrankungen

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

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

Entwicklung der Fachärzte (-innen) für Kinder- und Jugendmedizin seit 2007

Es wird viel über die Work-Life-Balance junger Ärztinnen und Ärzte geschrieben und geredet. Viele Praxen finden keine Nachfolger mehr, weil junge Kolleginnen und Kollegen einerseits von der zunehmenden Bürokratie in den Praxen abgeschreckt werden, andererseits aber auch unternehmerische Verantwortung scheuen. Dies ist nicht nur in der Medizin zu beobachten, auch Handwerker und Industrieunternehmen finden nur sehr schwer Nachwuchs.

Das Angestelltenverhältnis bietet in den Augen vieler junger Menschen hier Vorteile in mancherlei Hinsicht:

- Flexibilität der Arbeitsstätte
- geregelter Urlaub
- Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
- Mutterschaftsurlaub und Elternzeit
- keine Verantwortung als Arbeitgeber
- keine finanziellen Verpflichtungen
- weniger Bürokratie
- usw.

Betrachtet man die Entwicklung seit 2007 anhand der Statistik der Bundesärztekammer, so zeigt sich bei allen im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Ärztinnen und Ärzten eine zunehmende Tendenz zur Angestelltentätigkeit auch im ambulanten Versorgungsbereich.

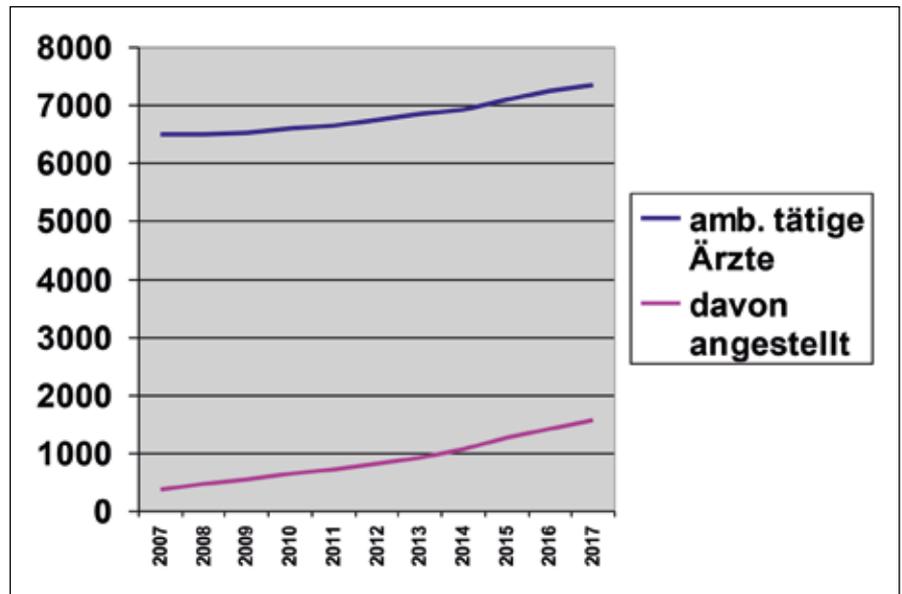


Abb. 1: Entwicklung der ambulant-tätigen Kinder- und Jugendärzte seit 2007

Tab. 1: Entwicklung der im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Kinder- und Jugendärzte seit 2007

Jahr	Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich insgesamt	davon im Angestelltenverhältnis	Prozent
2007	6.495	369	5,7
2008	6.511	473	7,3
2009	6.541	549	8,4
2010	6.612	646	9,8
2011	6.647	721	10,8
2012	6.758	833	12,3
2013	6.848	917	13,4
2014	6.925	1.075	15,5
2015	7.104	1.266	17,8
2016	7.244	1.423	19,6
2017	7.357	1.579	21,5

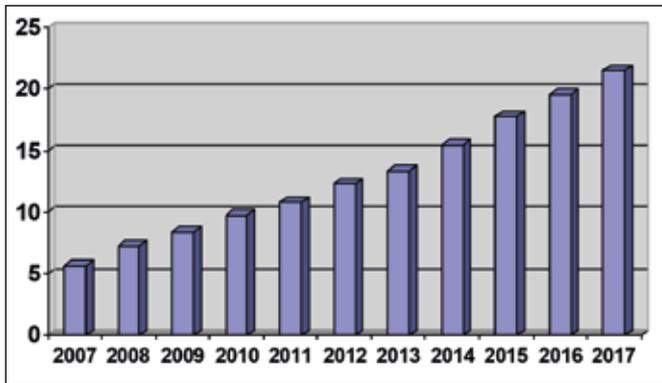


Abb. 2: Entwicklung der Zahl der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- und Jugendärzte im Vergleich zu den insgesamt ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzten in Prozent seit 2007

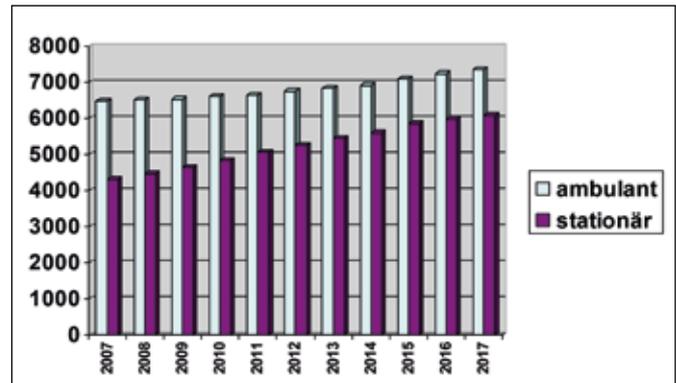


Abb. 3: Entwicklung der Zahl der im ambulanten und stationären Versorgungsbereich tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind in dieser Statistik nicht enthalten)

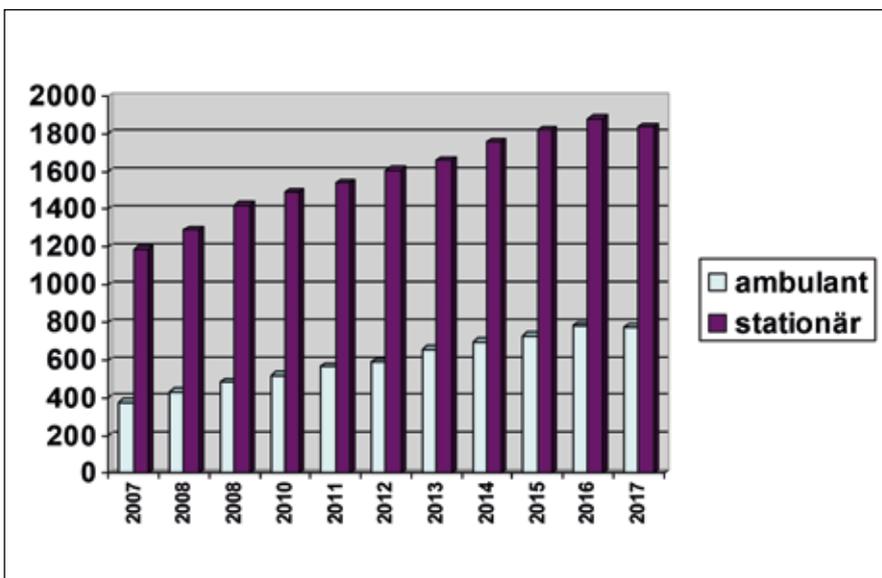


Abb. 4: Entwicklung der Anzahl der Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung (Subdisziplinen) im ambulanten und stationären Versorgungsbereich seit 2007
Mit weitem Abstand führen in beiden Versorgungsbereichen die Neonatologen, gefolgt von den Kinderkardiologen und Neuropädiatern.

Im Jahr 2007 waren von insgesamt 137.538 im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Ärztinnen und Ärzten (alle Fachgruppen) 10.406 (= 7,6%) im Angestelltenverhältnis, 11 Jahre später am 31.12.2017 waren von 154.369 Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Versorgungsbereich bereits 36.013 (= 23,3%) im Angestelltenverhältnis. Die Zahlen haben sich also mehr als **verdreifacht**.

In der Kinder- und Jugendmedizin hat sich die Zahl von 2007 (369) bis 2017 (1.579) mehr als **vervierfacht**.

Diese Entwicklung wird wahrscheinlich nicht mehr zu stoppen sein. Politik, Selbstverwaltung und Verbände müssen sich auf diese gravierenden Veränderungen einstellen.

Zusammenstellung nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer:

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

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 1. und 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Drei-Monats-Koliken – Baby's erste Migräneattacken?

Gesunde und gut gedeihende Säuglinge, die zu exzessivem Schreien neigen, erhalten seit den 1950er-Jahren die Diagnose „Drei-Monats-Koliken“ mit Überlappung zur ebenso unscharfen Beschreibung als „Schrei-Baby“. Die Prävalenz dieses Phänomens ist hoch – bis zu 20 % aller Säuglinge leiden darunter. Im Sinne eines Verständnis- und Paradigmenwechsels werden die Drei-Monats-Koliken seit einigen Jahren als zum Formenkreis der Migräne zugehörig diskutiert. In Folge dieser Diskussion fanden sie Aufnahme in den Appendix der IHS-Klassifikation (International Headache Society) und zwar in der Gruppe der episodischen Syndrome, die mit Migräne assoziiert sein können (... „that may be associated with migraine“ ...). Dieser Denkansatz unterstützt neue und nicht nur die gewohnten Aufklärungskonzepte in der täglichen Praxis des Kinder- und Jugendarztes als erstem Ansprechpartner der Eltern. Der kompetenten und differenzierten ärztlichen Kommunikation mit – biologischer wie psychologischer – Erklärung für das Verhalten des Säuglinge kommt die Hauptrolle in der Betreuung der Familien zu, entlastet die Eltern und ist präventiv hinsichtlich Fehlverhalten einschließlich stress-getriggelter Aggression.



Dr. Michaela V. Bonfert

**Dr. Dipl.-Psych.
Mirjam N. Landgraf¹**

Dr. Iris Hannibal¹

Dr. Lucia Gerstl¹

Dr. Beate Kusser³

Dr. Heike Weigand¹

Prof. Dr. Florian Heinen^{1,2}

Was sind Drei-Monats-Koliken?

Exzessives Schreien wird nach folgendem Dreisatz definiert: Mindestens drei Stunden an mindestens drei Tagen über mindestens drei Wochen (1). Diese Säuglinge schreien ab dem zweiten Lebensmonat nicht nur deutlich häufiger als andere Säuglinge, sondern lassen sich auch nicht zuverlässig trösten. Das Schreiverhalten zeigt einen typischen Tagesrhythmus mit abendlichem Peak. Erfreulicherweise stellt sich dann nach dem Alter von drei bis vier Monaten eine Spontanremission ein. Die betroffenen Säuglinge zeigen also grundsätzlich eine deutlich intensivierte Form der „normalen“ Schreientwicklung als physiologisches Verhaltensrepertoire des Kindes in seiner Entwicklung (2).

Was ist die Ursache für diese Drei-Monats-Koliken?

Morris A. Wessel und Kollegen beschrieben zusammenfassend 1954 in der renommierten amerikanischen Zeitschrift Pediatrics dieses Phänomen in ihrer Publikation „*Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic*“ (1). Die Autoren trugen hier bereits dem Umstand Rechnung, dass zu keinem Zeitpunkt klar definiert werden konnte, ob mit der Benennung „Kolik“ der korrekte Begriff gewählt worden war. Klinisch mögen das Anziehen der Beinchen und die – häufig in Folge des Schreiens auftretenden – Blähungen für eine abdominelle Ursache sprechen oder für eine solche gehalten werden. Ein biologischer Beweis für eine abdominelle Ursache des exzessiven Schreiens konnte aber nie erbracht werden.

Im Praxisalltag sind wir dementsprechend häufig damit konfrontiert, dass weder eine Therapie mit Simecon (mit 4 % bis 7 % Siliciumdioxid aktiviertes Dimeticon, Präparatenamen Lefax (D), Sab Simplex (D)) oder Probiotika noch eine Nahrungs- bzw. mütterliche Ernährungsumstellung einen zufriedenstellenden Effekt nach sich ziehen. Auch in Studien, in denen Stuhluntersuchungen von Kindern mit Drei-Monats-Koliken erfolgten, konnten keine pathologische Parameter nachgewiesen werden (3, 4). Warum sollte zudem eine abdominelle Ursache eine so eindeutige Abendbevorzugung aufweisen?

Das einzige das hinsichtlich der Drei-Monats-Koliken also unbestreitbar festgehalten werden kann ist der Umstand, dass die betroffenen Säuglinge – und nicht nur diese! – in diesen Episoden (extrem) gestresst sind.

Warum Assoziation zur Migräne?

Die Migräne zeichnet sich durch eine komplexe genetische Grundlage aus, an der mit heutigem Wissen ca. 40 Gene be-

1 LMU, Klinikum der Universität München, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie, Soziale Pädiatrie, iSPZ Hauner – LMU Zentrum für komplexe und chronisch kranke Kinder

2 LMU, Klinikum der Universität München, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, Campus Großhadern, München

3 Kinderarztpraxis am Arabellapark, München

teiligt sind. Im sich entwickelnden Gehirn könnten diese Veranlagungen schon in sehr jungem Alter verhaltensphänotypische Spuren hinterlassen und dabei ganz andere klinische Präsentationen bedingen als in späterer Kindheit oder Jugend. Im Verlauf der Entwicklung manifestiert sich erst ab dem Schulalter mit Peak in der Pubertät eine „echte“ kindliche Migräne.

Die Migräne ist dabei in jeder Altersstufe mehr als nur das Symptom „Schmerz“. Sie umfasst ein ganzes Spektrum zentraler, peripherer und autonomer Symptome mit den Charakteristika des jeweiligen Entwicklungsalters. Dies entspricht dem Konzept „*migraine is a brain state*“. Der Assoziation von Drei-Monats-Koliken zu Migräne liegen nun mehrere populationsbasierte Untersuchungen zu Grunde (5, 6, 7). In einer aktuellen Metaanalyse wurde ein fünf- bis sechsfach erhöhtes Migränrisiko bei Kindern mit Drei-Monats-Koliken aufgezeigt. Daneben scheint das Risiko Drei-Monats-Koliken zu zeigen für Kinder von Müttern, die an Migräne leiden, verdoppelt gegenüber den Kindern, deren Mütter nicht an Migräne leiden (8).

Warum weint der Säugling?

Angenommen es handelt sich phänomenologisch also um eine Erkrankung aus dem Formenkreis der Migräne, was bringt die Kinder dann zum Weinen: Kopfschmerz?, Bauchschmerz wie bei der abdominellen Migräne?, das Gefühl der Reizüberflutung bei besonderer Reizsensitivität so wie bei der Photo-/Phonophobie einer klassischen Migräne-Attacke? Für letzteres könnte sprechen, dass die Drei-Monats-Koliken in einer Phase zunehmend differenzierter visueller Wahrnehmung beginnen sowie die typische circadiane Rhythmik und Nähe zu Schlafregulation und Schlafmangel aufweisen (2).

Im Alter jenseits des dritten Lebensmonates – und damit zum Zeitpunkt des Nachlassens und Verschwindens der Drei-Monats-Koliken – fördert die endogene Melatonin-Sekretion die festere Etablierung eines Tag-Nacht-Rhythmus und die Konsolidierung des Nachtschlafes (2).

Entwicklungsphysiologisch und teleologisch könnte man argumentieren, dass die Schlafrhythmuskonsolidierung möglicherweise erst deshalb mit dem Alter von ca. drei Monaten einsetzt, um sowohl bei dem im ganz jungen Säuglingsalter

unreifen und damit labilen cardio-respiratorischen System dem SIDS vorzubeugen als auch durch das regelhafte Trinken in der Nacht eine adäquate Gewichtsentwicklung zu gewährleisten (2).

Was tun?

Therapeutisch hat das aufklärende Arztgespräch über die Gutartigkeit und Selbstlimitierung der Symptome die größte Bedeutung. Ziel der Aufklärung ist die Entlastung der Eltern von Stress hinsichtlich Ängsten, Schuldgefühlen/-zuweisungen und Überforderungsempfinden (Stichwort „Prävention battered child“). Im Rahmen der Biologie der Migräne kann den Eltern erklärt werden, welche Rolle in Analogie zur (kindlichen) Migräne Triggerfaktoren als Auslöser / Verstärker spielen und welche – begrenzten – therapeutischen Allgemeinmaßnahmen helfen können. Diese können konkret sein: Stimulusreduktion (ruhiger, abgedunkelter Raum, keine starken Gerüche), Schaffen einer schlaffördernden Umgebung (für jedes Kind individuelles Setting z. B. mit leichtem Schaukeln, sanfter Musik, Stillen u. a.). Daneben empfiehlt sich für die Eltern das Führen eines einfachen „Schrei-Tagebuches“ (2).

Sollte trotz adäquater Aufklärung, Umgebungsadaptation und ausreichender Beobachtungszeit eine analgetische Bedarfsmedikation *ausnahmsweise* als indiziert angesehen werden, empfiehlt sich Paracetamol in der entsprechenden, gewichtsbezogenen Dosierung von 10 bis 15 mg/kg KG als ED und gleichzeitig Tagesdosis! Auch diese Bedarfsmedikation wird dann im Kalender dokumentiert und mit dem Kinder- und Jugendarzt besprochen (2).

Ausblick

Um das Konzept „*migraine is a brain state*“ hinsichtlich des Säuglingsalters und seiner Entwicklungsbesonderheiten besser zu verstehen, sind auf pädiatrischer Seite weitere prospektive Kohortenstudien notwendig, um den Langzeitverlauf von Kindern, die an Drei-Monats-Koliken litten, valide nachvollziehen zu können und auch diese – in der Regel entlastenden Daten – für die Aufklärung zu nutzen und Katastrophisierungen zu vermeiden.

In den aktuellen Fokus rücken dabei die folgenden Fragen: Gehen Drei-Monats-Koliken einher mit (2):

- einer höheren Wahrscheinlichkeit für periodische Syndrome der Kindheit?
- einer früheren Manifestation einer Migräne?
- einer schwereren Migräne?
- einer die kindliche Entwicklung überdauernden Migräne auch im Erwachsenenalter?

Soweit wir heute wissen, können zwar bestimmte, biologisch interessante Wahrscheinlichkeiten abgeleitet werden, Grund für eine Beunruhigung der Eltern hinsichtlich *ihres* Kindes bestehen aber ausdrücklich nicht!

Fazit für die Praxis

Drei-Monats-Koliken sind:

- häufig, dabei über die Zeit selbstlimitierend (im Laufe von Wochen).
- grundsätzlich zur Migräne und ihrem Spektrum assoziierbar.
- in diesem Kontext bio-psycho-sozial erklärbar.
- kein Grund für elterliche Schuldgefühle.
- durch Reizreduktion und Schlaf – partiell – beeinflussbar.
- als relevant für eine Familie und ihren innerfamiliären Stress ernst zu nehmen.
- durch die ärztliche Beratung durch den Kinder- und Jugendarzt – *persönlich, praktisch, präventiv* – aufzufangen und als kritische Zeit der frühkindlichen Entwicklung stützend zu begleiten.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondierende Autoren:

Dr. med. Michaela V. Bonfert
und Prof. Dr. med. Prof. h.c.
Florian Heinen

LMU, Klinikum der Universität München,
Kinderklinik und Kinderpoliklinik
im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Abteilung für Pädiatrische Neurologie,
Entwicklungsneurologie, Soziale Pädiatrie
iSPZ Hauner – LMU Zentrum für
komplexe und chronisch kranke Kinder
Lindwurmstr. 4, 80337 München
Tel.: 089/4400-52811
E-Mail: michaela.bonfert@
med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt:

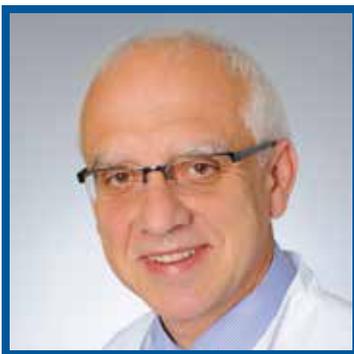
Die Autoren erklären, dass kein
Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Heinen

Highlights aus Bad Orb

Angeborene und erworbene Wachstumsstörungen des Schädels

Teil 2: Diagnostik und Therapie



Prof. Dr. Joachim Zöller



Dr. Andrea Grandoch

Diagnostik

Das frühzeitige Erkennen der Wachstumsstörung ist wichtig, um zum günstigsten Zeitpunkt mit der Therapie beginnen zu können. Zur Diagnosestellung ist bereits die **Familienanamnese** von großer Bedeutung. Sie gibt Hinweise auf genetische Zusammenhänge. Neben der Klassifikation gilt es, assoziierte Fehlbildungen zu erkennen, um die Erkrankung

ggf. einem Syndrom zuordnen zu können. Die **neuropädiatrische Untersuchung** ist auf zerebrale Funktionsstörungen sowie die psychomotorische Entwicklung des Kindes ausgerichtet. Daneben ist die **ophthalmologische Untersuchung** von großer Wichtigkeit. Wesentlich dabei ist die Fundoskopie, um ein Papillenödem als Frühsymptom des erhöhten intrakraniellen Drucks rechtzeitig erkennen zu können. Dieses gibt Aufschluss über das Ausmaß bereits eingetretener Schädigungen. Vor allem beim Hypertelorismus muss das binokuläre Sehen überprüft werden. Hornhautschäden in Folge insuffizienten Lidschlusses bei starker Protrusio bulbi sollen durch präventive Maßnahmen vermieden werden (Tab. 3).

Ein Schwerpunkt der Diagnostik bei Kraniosynostosen liegt im Bereich des stomatognathen Systems. Ausmaß und Folgen der Faziostenose sind zu beurteilen. Für die präoperative Diagnostik sind in der Regel eine Ultraschalluntersuchung und/oder eine Röntgenuntersuchung des Schädels in zwei Ebenen ausreichend. Die Röntgennativdiagnostik gibt dabei

Aufschluss über die Lokalisation der Synostosen und das Ausmaß der Schädel-fehlbildung (Abb. 2a). Als radiologische Hirndruckzeichen gelten die Verstärkung der physiologischen Wolkenzeichnung und erweiterte Foramina von Emissarien. Besteht der Verdacht auf eine Synostose von mehreren Schädelnähten, so ist bei komplexeren Fehlbildungen eine Computertomografie indiziert. Das Weichteilfenster stellt das Ventrikelsystem dar und gibt Aufschluss über Liquorzirkulationsstörungen. Außerdem können zerebrale Fehlbildungen erkannt werden. Besonders die Darstellung der 3-D-Computertomografie erlaubt eine genaue Analyse der Schädeldeformierung (Abb. 8, 9b, 10b), sowie der intrakraniellen veränderten anatomischen Strukturen.

Therapie von lagebedingten Schädelwachstumsstörungen

Die **ein- oder beidseitigen lagebedingten Wachstumsstörungen des Hinterkopfes** werden in der Regel nach einem Stufenplan konservativ behandelt.

Tab. 3: Diagnostik der prämaternen Kraniosynostosen

• Anamnese (Familieanamnese)
• Untersuchungen:
• Pädiatrische Untersuchung (insb. assoziierte Fehlbildungen)
• Neuropädiatrische Untersuchung (insb. psychomotorische Entwicklung)
• Augenärztliche Untersuchung (insb. Fundoskopie)
• HNO-Untersuchung (insb. Mittelohrdysplasie)
• MKG-Untersuchung (insb. Schädel-fehlbildung und stomatognathes System)
• Radiologische Untersuchung (Ultraschalluntersuchung der Schädelnähte, evtl. Röntgen Schädel in zwei Ebenen)
• Computertomographie (nur bei unklaren und komplexen Fehlbildungen) dann Weichteildarstellung (Gehirn) und Knochendarstellung mit 3D-Rekonstruktion

Hierbei kommen seitliche Lagerungen des Kopfes, Deblockierungen der Halswirbelsäule, osteopathische Behandlungen und schließlich die Therapie mit einem „Kraniohelm“ zur Anwendung. In dieser Palette der Maßnahmen ist die seitliche Lagerung sicherlich am wichtigsten. Der „Kraniohelm“ sollte ab dem vierten Lebensmonat angepasst werden, da sich erfahrungsgemäß die lagebedingten Wachstumsstörungen spontan ohne Therapie nur bis zu diesem Zeitpunkt zurückbilden können. Falls dann keine Therapie erfolgt, bleibt die Asymmetrie bestehen. Bei einer Nichtbehandlung können im Erwachsenenalter folgende Beeinträchtigungen auftreten: Kraniomandibuläre Dysfunktionen, Kiefergelenksbeschwerden und das Auftreten von migräneartigem Kopfschmerz. Bei stärkerer Ausprä-

gung wird heute eine Kraniohelmtherapie empfohlen. Der Plagiocephalus wird als behandlungswürdig angesehen, wenn **die Differenz der gemessenen Diagonalen größer 1cm ist**. Die Ausprägung der Wachstumsstörung kann durch ein 3D-Foto sicher bestimmt werden (Abb. 11 a, b, c, d). Dieses dient dann auch zur Anfertigung des Helmes. Dieser soll das überschüssige Wachstum hemmen und damit einen Wachstumsausgleich herbeiführen. Um die Wachstumstendenz des Schädels optimal auszunutzen, sollte die Therapie zwischen dem 4. und 16. Lebensmonat durchgeführt werden.

Lediglich in den seltenen Fällen mit echter Fusion der Lambdanähte mit evtl. Anstieg des intrakraniellen Druckes erfolgt eine operative Therapie in Form eines **standardisierten okzipitalen Advancements nach Zöller** [5]. Hierbei wird der gesamte fehlgebildete Hinterkopf einschließlich der kompensatorisch veränderten angrenzenden Bereiche in transversalen Segmenten osteotomiert, dann ausgeformt und wieder eingelagert. Durch diese Technik werden eine harmonischere Schädelform erreicht, artifizielle Nähte angelegt und das intrakraniell-

le Volumen aktiv vermehrt, sodass der intrakranielle Druck normalisiert wird (Abb. 12 a, b, c).

Therapie von Kraniosynostosen

Operative Techniken (Tab. 4)

Fronto-orbitales Advancement

Zur Therapie der Kraniosynostosen hat sich das von *Mühling* [2, 3] beschriebene **standardisierte fronto-orbitale Advancement (FOA)** bewährt (Abb. 13). Dieses erfolgt in der Regel in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres. Der Eingriff wird zusammen mit der Neurochirurgie durchgeführt. Das Operationsprinzip beruht auf Osteotomie, Entnahme, Ausformung und Verlagerung der Fronto-orbitalregion. Hierdurch wird aktiv das intrakranielle Volumen vermehrt, wodurch ein erhöhter intrakranieller Druck normalisiert wird. Zusätzlich wird durch die nahtorientierte Osteotomie eine Vielzahl von Suturen bis in den Schädelbasisbereich geöffnet (Abb. 14 a, b, c).

(Sub)Totale Kraniektomie

Bei Säuglingen mit extremen Pansynostosen und entsprechenden Deformationen der frontoorbitalen Region ist ein sehr frühes operatives Vorgehen indiziert. Hier erfolgt eine (sub)totale Kraniektomie [4] (Abb. 15).

Die Kraniektomie beinhaltet, dass das Os parietale beidseits bis zur Sutura temporosquamosa, zu den Lambdanähten und bis zu der hinteren Fontanelle vollständig reseziert wird. Der ausgedehnte Knochendefekt bleibt der sekundären Ossifikation (durch die noch vorhandene osteoblastische Potenz der Dura mater) überlassen. Durch diesen Eingriff wird bis zur Reossifikation ein erneuter Anstieg des intrakraniellen Drucks vermieden. Die knöcherne Ausformung der Hinterhauptsregion kann sich entsprechend dem Wachstumsdruck des Gehirns entwickeln. Im zweiten Lebenshalbjahr nimmt die Reossifikationspotenz deutlich ab, sodass diese Techniken nicht mehr indiziert sind, da das Risiko einer inkompletten Schädelverknöcherung besteht.

Le Fort III-Distraktion

Zur Korrektur einer ausgeprägten Mittelgesichtshypoplasie mit stark abgeflachtem Infraorbitalrand ist eine Ver-



Abb. 2a: Röntgenbild eines „Wolken-“ oder „Wabenschädels“ bei Pansynostose



Abb. 9b: 3D-CT eines Kleeblattschädels mit druckbedingten Kalottenresorptionen



Abb. 8: Das 3D-CT eines Brachycephalus. Es zeigt die beiden bis in die Schädelbasis verknöcherten Koronarnähte, wobei die frontale Fontanelle druckbedingt weit geöffnet ist

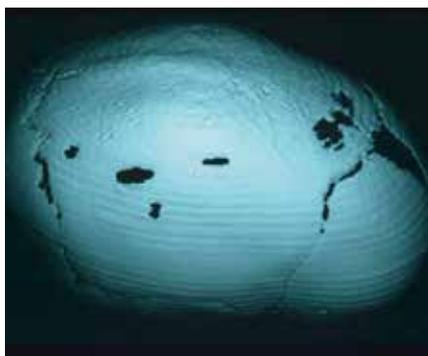


Abb. 10b: 3D-CT des Schädels mit Synostose der Sagittalnaht

lagerung des Gesichtschädels auf der Le Fort III - Ebene notwendig.

Heute wird allgemein zur Korrektur des Gesichtschädels das **Prinzip der Distractionsosteogenese** angewendet. Die Vorteile sind, dass in nahezu allen Osteomiebereichen es zu einer Knochenneubildung kommt und dass durch Kaudalverlagerung der Distractionsrichtung neben der reinen Vorverlagerung des Gesichtschädels zusätzlich eine Kaudalrotation

erzielt werden kann. Hierdurch sind bessere Ergebnisse als bei den o. e. Osteotomieverfahren bei niedrigerer Komplikationsrate zu erzielen.

Das Verfahren kann auch einseitig in Kombination mit einem fronto-orbitalem Advancement angewendet werden. Durch eine kaudale Osteotomie im Bereich der Nasenwurzel/Frontobasis kann die Barriere zwischen Nasenrachenraum und Neurokranium auch noch ausreichend



Abb. 11a: 3D-Foto: Einseitig lagebedingter Plagiocephalus

Abb. 11b: 3D-Foto: Wachstumsausgleich nach Helmtherapie



Abb. 11c: 3D-Fotogerät mit 5 Kameras



Abb. 11d: Kind mit Helmtherapie



Abb. 12a: Kind mit beidseitiger Lambdanahtsynostose (nach Shunt-Anlage bei erhöhtem intrakraniellen Druck)



Abb. 12b: Operationssitus. Zustand nach okzipitalem Advancement um 2,5 cm

Tab. 4: Diagnose- und Therapiezeitpunkte und Operationsverfahren

Art der Fehlbildung	Diagnostikzeitpunkt	Therapiezeitpunkt (Operationsverfahren)
Pansynostose (Kleeblatt-Schädel etc.)	Unmittelbar nach der Geburt	Operationszeitpunkt abhängig vom intrakraniellen Druck (Totale Kraniektomie)
Prämature Synostosen		
Skaphozephalus	1.-3. Monat postnatal	3.-4. Monat (Mediane Kraniektomie)
Trigono-, Plagio-, Oxy-, Brachycephalus	1.-3. Monat postnatal	6.-12. Lebensmonat (Fronto-orbitales Advancement)
Bei Mittelgesichtshypoplasie		Ab dem 3. Lebensjahr (Le Fort III – Distraction)
Bei Hypertelorismus		Ab dem 6. Lebensjahr (Orbitotomie)

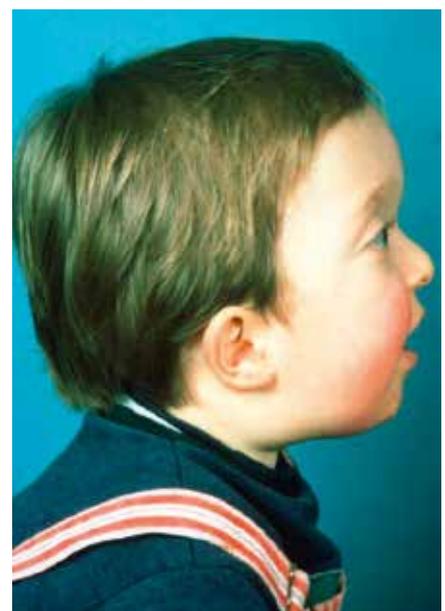


Abb. 12c: Ein Jahr nach okzipitalem Advancement und weiterem Wachstumsausgleich

erhalten werden, sodass die Gefahr einer aufsteigenden Infektion minimiert werden kann. Hinzu kommt, dass mit der Distraktion erst ab dem siebten postoperativen Tag begonnen wird, sodass die Weichteile im Bereich der Frontoba-

sis bereits dem Knochen wieder anliegen und verklebt bzw. verwachsen sind (Abb. 16 a-c).

Als Operationszeitpunkt wird das dritte Lebensjahr empfohlen. Zu einem früheren Zeitpunkt ist die Schädelkappe häufig noch zu instabil für eine sichere Fixation des Distraktors. Zur Verminderung der Infektionsgefahr sollten bei einem späteren Operationstermin die Stirnhöhlen noch nicht ausgebildet sein. Individuelle Faktoren oder auch eine absolute Indikation, wie z.B. bei erhöhtem intrakraniellen Druck, können auch eine vorzeitige Durchführung dieses kombinierten Eingriffes erforderlich machen.

Der Vorteil dieses kombinierten FOA und Le Fort III-Distraktionsverfahrens

besteht in der Möglichkeit, die Fehlentwicklung im Bereich des Neurokraniums als auch die Wachstumshemmung im Bereich des Viszerokraniums mittels einer Operation zu korrigieren. Durch die Verwendung des Distraktionsprinzips ist eine bedeutend umfangreichere Vorverlagerung des Viszerokraniums möglich als dies bei einer konventionellen Le Fort III Osteotomie mit primärer Osteosynthese der Fall wäre. Gleichzeitig kann durch die Verwendung des externen RED-Distraktors die Steuerung des Distraktionsvektors bzw. der Distraktionsrichtung auch noch postoperativ während des Prozesses der Distraktion gesteuert und korrigiert werden. Durch eine ausreichend tiefe bzw. Osteotomie im Bereich der Nasenwurzel/Frontobasis kann die Barriere zwischen Nasenrachenraum und Neurokranium auch noch ausreichend erhalten werden, sodass die Gefahr einer aufsteigenden Infektion minimiert werden kann.

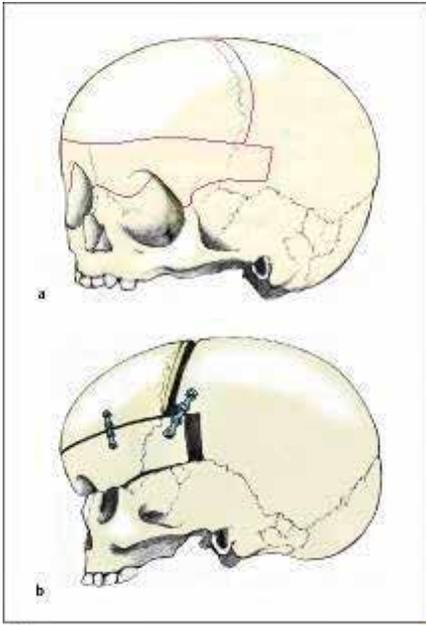


Abb. 13: Schema des standardisierten fronto-orbitalen Advancements nach Mühlhing [26]. Durch die Ausformung und Verlagerung der Fronto-orbitalregion wird aktiv das intrakranielle Volumen vermehrt und durch die nahtorientierte Osteotomie eine Vielzahl von Suturen eröffnet.

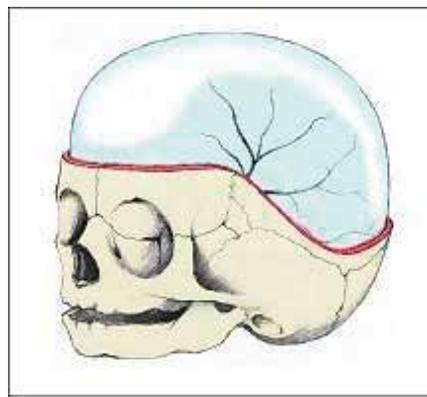


Abb. 15: Schematische Darstellung der totalen Kraniektomie

Nachbehandlung

Allgemein können Patienten nach kraniofazialen Eingriffen unmittelbar postoperativ extubiert werden. Sie sollten jedoch für 24 Stunden intensiv-medizinisch überwacht werden. Hierbei sind vor allem neurologische Kontrollen wichtig, um eine subdurale bzw. größere epidurale Nachblutung rechtzeitig erkennen zu können (Tab. 5).



Abb. 14a: Präoperativer Bild eines rechtsseitigen Plagiocephalus



Abb. 14b: Intraoperativer Befund: Z. n. fronto-orbitalem Advancement

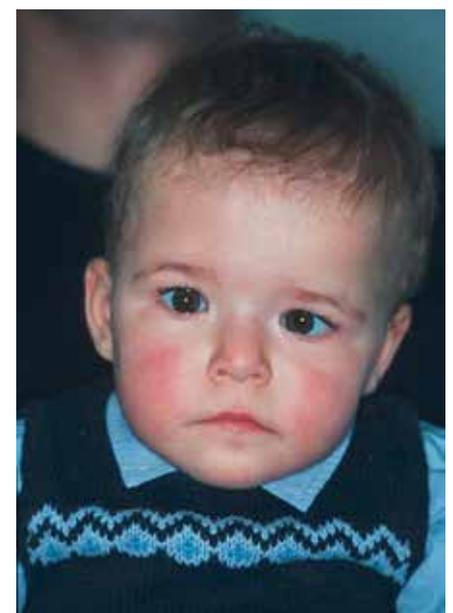


Abb. 14c: Postoperativer Ausgleich der Stirnregion nach fronto-orbitalem Advancement



Abb. 16a: 10-jähriges Mädchen mit Morbus Crouzon und Mittelgesichtshypoplasie und Exophthalmus



Abb. 16b: Fronto-orbitales Advance-ment und Distraction in der Le Fort III Ebene



Abb. 16c: Zustand nach FOA und Le Fort III-Distraction

Die Dauer des stationären Aufenthaltes nach der Operation beträgt im Allgemeinen sieben Tage. Falls nicht resorbierbare Osteosynthesematerialien verwendet werden mussten, sollten diese bei Kindern nach drei bis sechs Monaten postoperativ entfernt werden.

Die weitere Nachsorge erstreckt sich auf Kontrolluntersuchungen in Abständen von sechs bis zwölf Monaten, je nach Schwere des Krankheitsbildes. Im Rahmen der Untersuchung werden das weitere Schädelwachstum und der intrakranielle Druck überwacht. In diesem Zusammenhang sind augenärztliche Funduskopien und Röntgenkontrollen von Bedeutung, um Rezidive möglichst früh zu erkennen und operativ behandeln zu können. Die chirurgische- bzw. kieferorthopädische Behandlung sowie jegliche

Tab. 5: Nachbehandlung

• 24 Std. Intensivüberwachung
• Weichteilschwellung
• Temperaturanstieg
• Nachkontrollen:
• bis 3. Lebensjahr 2-mal jährlich
• bis 8. Lebensjahr 1-mal jährlich
• bei Syndromen bis ins 14. Lebensjahr

Rehabilitationsmaßnahmen müssen individuell terminiert werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Uniklinik Köln

Kerpenerstr. 62, 50931 Köln
Telefon: 0221/47896551
E-Mail: zoeller@uni-koeln.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.
Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen, EUR 20,50



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

Welche Diagnose wird gestellt?

Charlotte Eisner

Anamnese

Der Patient ist das zweite Kind gesunder, nicht konsanguiner Eltern. Im Alter von vier Monaten sind erstmals oberflächliche, nicht dolente Blasen an Händen und an Füßen beobachtet worden, die seitdem rezidivierend auftreten. Im Sommer war es nach Schwitzen zu einer großflächigen Epidermolyse plantar gekommen, die narbenfrei abheilte. Die übrige Eigen- und Familienanamnese ist unauffällig.



Abb. 1: oberflächliche Blasen palmar beidseits (s. Pfeile)

Untersuchungsbefund

Am Vorstellungstag zeigen sich bei dem jetzt 15 Monate alten, altersgerecht entwickelten Kleinkind palmar beidseits oberflächliche, reizfreie Blasen mit unauffälligem Blasengrund. Der pädiatrische Befund ist ohne Besonderheiten.

Welche Diagnose wird gestellt?

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

Diagnose

Akrale Peeling-Skin-Erkrankung

Die Akrale Peeling-Skin-Erkrankung (früher „peeling-skin-syndrome“) ist eine seltene, nicht syndromale Form der Ichthyose. Man unterscheidet generalisierte und eine akral lokalisierte Form. Die generalisierte Form wiederum wird in eine inflammatorische (Typ A) und eine nicht inflammatorische Form (Typ B) unterteilt.

Die Erkrankung wird autosomal-rezessiv vererbt. Der akralen Form liegt eine Mutation des Transglutaminase-5-Gens (*TGM5*, Chromosom 15q15.2) zugrunde, der generalisierten Form eine Mutation des Corneodesmosin-Gens (*CD5N*, Chromosom 6p21.3).

Die Erkrankung manifestiert sich teils bei Geburt, teils erst im Säuglings- oder Kleinkindesalter durch oberflächliche Blasen palmoplantar, die „abblättern“ (Pellen, peeling). Gelegentlich wurde auch über eine Erstmanifestation im Erwachsenenalter berichtet. Bei den Patienten kommt es zeitlebens zur spontanen Ablösung des Stratum corneum, insbesondere bei hoher Luftfeuchtigkeit, bei Kontakt mit Wasser oder bei mechanischer Beanspruchung. Im Sommer kann es zur Verschlechterung des Hautbildes kommen.

Es wird vermutet, dass die Peeling-Skin-Erkrankung unterdiagnostiziert ist und gelegentlich fälschlicherweise als Epidermolysis bullosa simplex gewertet wird.

Diagnostik

Der Verdacht einer akralen Peeling-Skin-Erkrankung kann klinisch gestellt werden. Gesichert werden kann die Diagnose ausschließlich histopathologisch und molekulargenetisch. Histologisch kann eine oberflächliche Blasenbildung zwischen Stratum granulosum und Stratum corneum gesehen werden. Im vorliegenden Fall zeigte die molekulargenetische Untersuchung bei beiden Eltern einen Überträgerstatus der *TGM5*-Mutation mit allerdings unterschiedlichen Mutationen. Beim Patienten liegt daher eine Compound-Heterozygotie vor. Für weitere Kinder dieses Paares besteht ein Wiederholungsrisiko von 25 %.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch kommt zunächst die Epidermolysis bullosa simplex in Frage sowie andere exfoliative Hauterkrankungen wie das Keratolytische Wintererythem (Erythrokeratolysis hiemalis), einer äußerst seltenen autosomal-dominant vererbten Erkrankung, die mit palmoplantarer Blasenbildung vorwiegend in den Wintermonaten einhergeht und bisher ausschließlich bei Buren in

Südafrika und ihren Nachkommen beschrieben wurde.

Therapie

Als Basistherapie sind Glycerol-haltige Pflegecremes zu empfehlen. Bei älteren Kindern sollten 5%-ige harnstoffhaltige Externa zum Einsatz kommen. Weitere externe Therapieoptionen beinhalten Calcipotriol und milde Glucocorticoide. Zusätzlich sollten (auch hinsichtlich der Berufswahl) Tätigkeiten mit mechanischer Beanspruchung und Schwitzen an Händen und Füßen vermieden werden.

Literaturangaben

- Oji V et al. Klinik und Ätiologie der Ichthyosen Hautarzt 2010; 61:891-905
- Szczecinska W, Nesteruk D, Wertheim-Tysarowska K et al. Under-recognition of acral peeling skin syndrome: 59 new cases with 15 novel mutations. Br J Dermatol. 2014; 171: 1206-10.
- Cañueto J, Bueno E, Rodríguez-Díaz E et al. Acral peeling skin syndrome resulting from mutations in *TGM5*. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2016; 30:477-8

Korrespondenzanschrift:

Dr. Charlotte Eisner
 Abt. Pädiatrische Dermatologie
 und Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstraße 130
 22149 Hamburg

Red.: Höger

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
 Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@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 Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

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

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

Druckauflage 12.650 lt. IVW I 2018

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 51 vom 1. Oktober 2017

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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



Indikation einer Desensibilisierung bei Wespengiftallergie

Frage

Ich habe eine Anfrage wegen eines Kindes mit Wespengiftallergie:

Der Junge ist sechs Jahre alt. Er wurde im August 2017 in Ungarn von einem Insekt (die Eltern meinen, es sei eine Wespe gewesen) gestochen, danach hatte er (so wie es die Eltern im Nachhinein beschrieben) eine ausgeprägte generalisierte Urtikaria. Keine Atemnot. Im dortigen Krankenhaus wurde Prednison 30 mg und ein Antihistaminikum gegeben. Im September berichtet der Junge immer noch über Juckreiz.

Wir haben gut sechs Wochen nach dem Ereignis Blut abgenommen:

Bienengift Rast 2

Wespengift Rast 5

rVesv5 Rast 6

rPold5 Rast 6

rVes v1 Rast 0

IgE 405 ng/ml

Tryptase 4.13 ng/ml

Wir haben dem Patienten ein Notfallset verordnet. Die Eltern haben nach einer Desensibilisierung gefragt. In einem Vortrag von Prof. Niggemann habe ich gehört, dass bedrohliche Situationen bei kindlichen Wespengiftallergikern kaum stattfinden.

- Wie sollen wir uns hinsichtlich der Frage nach einer Desensibilisierungsbehandlung verhalten?

Antwort

Der Patient hat eindeutig eine Wespengift-Sensibilisierung. Die schwache Sensi-

bilisierung gegen Biene ist als Kreuzsensibilisierung zu deuten. Der Zeitpunkt der Blutuntersuchung war gut gewählt. Eine systemische Mastozytose wurde ausgeschlossen.

Die klinische Reaktion ist die einer leicht bis mäßig-gradigen allergischen Allgemeinreaktion. Das längere Andauern von Juckreiz der Lokalreaktion hat keinen Einfluss auf die Entscheidung zur spezifischen Immuntherapie.

Richtig ist, dass mir keine Todesfälle durch Wespenstiche im Kindesalter bekannt sind. Dies schließt nicht aus, dass es zu schweren Allgemeinreaktionen kommen kann und damit in einigen Fällen auch im Kindesalter eine spezifische Immuntherapie gerechtfertigt ist. Eine primäre Indikation zur spezifischen Immuntherapie ist gegeben, wenn nach einem Bienen- oder Wespenstich entweder systemische Atemprobleme (Stridor, Asthma) oder Kreislaufsymptome (Blutdruckabfall mit Tachykardie) aufgetreten sind.

Die Prognose der Insektengiftallergie im Kindesalter ist prinzipiell gut, womit auch die hervorragenden Ergebnisse der spezifischen Immuntherapie in dieser Altersgruppe begründet werden können.

Zurück zu Ihrem Patienten: Nach dem eben Gesagten ist eine spezifische Immuntherapie nicht primär indiziert und ich würde das auch bei meinem Kind in dieser Situation nicht machen lassen. Dies muss aber mit der Familie diskutiert werden, da es sich immer nur um eine generelle Risikoabschätzung in der Gesamtbevölkerung handelt und eine individuelle sichere Voraussage nicht möglich ist.

Die nächste Frage ist die nach dem „Notfall-Set“. Ein Antihistaminikum oder ein Glukokortikoid fallen nicht unter diesen Begriff, da diese Medikamente zwar Juckreiz, Rötung und Schwellung lindern können, aber entweder nicht rasch wirken (Steroid) oder keine potentiell bedrohlichen Symptome (Antihistaminikum) behandeln können. Es bleibt die Diskussion um das ständige Mitführen eines Adrenalin-Autoinjektors.

Aus meiner Sicht gibt es nur die Entscheidung zwischen folgenden zwei Situationen: Ist der Patient potentiell gefährdet – dann benötigt er eine spezifische Immuntherapie. Verneint man diese Frage, dann ist auch ein Adrenalin-Autoinjektor nicht notwendig. Alles andere ist nicht streng logisch. Auch in diesem Punkt muss die Entscheidung mit den Eltern besprochen werden; wenn die Familie sehr ängstlich ist und sich nicht durch die „Statistiken“ „beruhigen“ lässt, wird man sich eventuell doch „breitschlagen“ lassen, trotz des gegebenen Widerspruchs einen Adrenalin-Autoinjektor zu verschreiben. Dies sollte jedoch nicht die Regel sein.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
Charité Klinik für Pädiatrie
mit Schwerpunkt
Pneumologie und Immunologie
Augustenburger Platz
13353 Berlin

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



Review aus
englischsprachigen Zeitschriften

Der Energy-Drink-Konsum von
Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Consumption of Caffeinated Drinks Among Youth and Young Adults in Canada

Reid JL et al., *Prev Med Rep*; 5: 65-70, März 2017

Der Markt für Energy Drinks (ED) ist in den letzten Jahren explosionsartig gewachsen und zielt hauptsächlich auf Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 18-34 Jahren. Sorgen bereiten die möglichen Nebenwirkungen des ED-Konsums, der mit einer oft hohen Aufnahme von Koffein, Zucker und einzelnen Aminosäuren verbunden ist. Vergiftungszentralen berichten über Nebenwirkungen, die mit Herzklopfen und Herzrasen, mit Tremor und Unruhe oder gastrointestinalen Symptomen einhergehen.

Die kanadischen Autoren haben den Konsum koffeinerter Energy Drinks (KED) Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter zwischen 12 Jahren und 24 Jahren im Rahmen einer nationalen Online-Studie untersucht. Auf Grund der vorhandenen Daten wurde die Prävalenz des ED-Konsums, das Ausmaß und der Kontext (Umfeld und Gründe) für einen exzessiven Konsum, ermittelt. Zwei getrennte logistische Regressionsmodelle wurden für zwei Endziele erstellt: „KED-Konsum in der vergangenen Woche“ und „Konsum von mehr als 2 KED pro Tag“. Beide Modelle wurden mit demographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Region, Rasse/Ethnie und Sprache) verbunden.

Insgesamt berichteten 73,6 % der Probanden (57,0 % 12-14 Jahre; 69,4 % 15-17 Jahre; 77,9 % 18-19 Jahre; 83,4 % 20-24 Jahre), schon mal einen KED getrunken zu haben, davon 15,6 % in der vorangehenden Woche. Der erste KED wurde im mittleren Alter von 14,9 Jahren (SD=2,9, Median =15) getrunken. Die Prävalenz für den KED-Konsum war bei den männlichen Studienteilnehmern höher. Von den Befragten berichteten 16 %, dass sie wenigstens einmal mehr als zwei KED an einem Tag getrunken haben. Zwei KED pro

Tag ist die allgemein empfohlene maximale Menge. Hier war die Prävalenz bei den älteren Studienteilnehmern im Alter zwischen 18 Jahren und 24 Jahren deutlich höher. Während die Mehrheit Jugendlicher und junger Erwachsener schon einmal KED konsumiert hatten, gehörte die Hälfte eher zu den experimentellen Konsumenten mit insgesamt nur ≤ 5 im bisherigen Leben getrunkenen KEDs. Einer von 6 Probanden überschritt die empfohlene maximale Aufnahmemenge, was das mögliche Nebenwirkungsrisiko erhöht.

Kommentar

Energy Drinks (ED): Flügel zu welchem Preis? Der häufige Konsum von ED hat sich in den westlichen und asiatischen Ländern zu einem globalen Gesundheitsproblem entwickelt. Jugendliche und junge Erwachsene sind die Marketing-Zielgruppe für energiereiche und nährstoffarme Nahrungsmittel und Getränke. Sie gewinnen übermäßig an Gewicht und nehmen, mehr als jede andere Generation vor ihnen, ungesunde kalorienreiche, aber mikronährstoffarme Nahrungsmittel zu sich. Koffein und Zucker sind die Hauptbestandteile der ED. Koffein ist ein bekanntes Stimulans, das adrenerge und serotoninerge Neurone im Zentralnervensystem stimuliert. Koffein gehört mit Theobromin und Theophyllin zur Gruppe der Methylxanthine (Purinderivate), die entweder bei individueller Empfindlichkeit oder bei einem übermäßigen Konsum Gedächtnis-, Angst- und Schlafstörungen bewirken können. Ein exzessiver Koffein-Konsum wirkt sich negativ auf die Leistungsfähigkeit und die soziale Integration im Alltag aus. Unzufriedenheit, Ruhelosigkeit und gestörtes Schlafverhalten führen im sozialen Umfeld und in der Schule zu unerwünschten Auswirkungen wie Tagesmüdigkeit, Verhaltensstörungen und Leistungsabfall. Insgesamt 16 % der kanadischen Studienteilnehmer nahmen mehr als zwei koffeinierte ED (KED) pro Tag zu sich, was bereits zu Nebenwirkungen führen kann, aber noch unter den europäischen Prävalenz-Daten bei Jugendlichen (24 %) und Erwachsenen (19 %) für mehr als zwei KED an einem Tag liegt. Die negativen Auswirkungen des KED-Konsums werden in einer aktuellen koreanischen Studie (Risk Behavior Web-Based-Survey; n=68.043 Jugendliche im Alter von 12-18 Jahre; mittleres Alter 15,09±1,72 Jahre) bestätigt. Die Prävalenz für den häufigen KED-Konsum (häufiger Konsum (HK) ≥ 5 mal pro Woche) betrug 1,4 %, für den mäßig häufigen KED-Konsum (mäßiger Konsum (MK) 1-4mal pro Woche) 10,5 %. Der KED-Konsum war dosisabhängig und signifikant mit Schlafstörungen (adjusted Odds Ratio; AOR 1,64 HK; 1,25 MK), starkem Stress (AOR 2,23 HK; 1,38 MK), Depressionen (AOR 2,59 HK; 1,51 MK), suizidaler Ideation (AOR 3,14 HK; 1,43 MK), Suizid-Plänen (AOR 4,65 HK; 1,78 MK) und Suizid-Versuchen (AOR 6,79 HK; 1,91 MK) verbunden. Der negative Einfluss von KED war auch auffällig mit dem Junk-Food-Konsum assoziiert. Die koreanischen Daten mögen erschrecken, wobei die Autoren erklärend darauf hinweisen, dass das koreanische Bildungssystem zu einer häufigen Überlastung von Schülern und Studenten und, so der Erklärungsversuch, damit auch zum Missbrauch von KED führt. Die bisherigen Studien zeigen, dass der KED-Konsum sich wegen seiner Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit zu einem globalen Gesundheitsproblem entwickeln könnte.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

PANDAS: Eine immunologische Störung des Nervensystems?

Autoimmune Diseases and Severe Infections as Risk Factors for Mood Disorders: An Nationwide Study

Benros ME et al., JAMA Psychiatry. 70(8): 812-820, August 2013

In den letzten Jahren haben mehrere Studien auf die Bedeutung von Infektionserkrankungen für Regulationsstörungen des Immunsystems bei neuro-psychiatrischen Störungen hingewiesen. Streptokokken-Infektionen im Kindes- und Jugendalter werden mit dem Auftreten von Zwangsstörungen (OCD-obsessive compulsive disorder) und Tics in Verbindung gebracht. Dieses eher selten auftretende Krankheitsbild wird hypothetisch als PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection), alternativ auch als PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome) oder als CANS (Childhood Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome) bezeichnet. Die Symptome werden ursächlich mit einer molekularen Mimikry erklärt, bei der gegen Streptokokken gerichtete Antikörper mit Zellen des Zentralnervensystems (Basalganglien) kreuzreagieren. Diese Vermutung wird durch mehrere Befunde gestützt, bei denen Autoantikörper gegen Basalganglien im Vergleich zu Kontroll-Patienten nachgewiesen werden konnten. PANDAS wird immer noch kontrovers diskutiert. Der vermutete Zusammenhang bedarf weiterer Bestätigung und wurde deshalb von dänischen Autoren in einer großen epidemiologischen Studie erneut untersucht.

Die Autoren bedienten sich der Daten (Auswertung: 1. Januar 2016 bis 28. Februar 2017) eines landesweiten psychiatrischen Registers (Zeitraum: 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 2013) mit einem sich über 17 Jahre erstreckenden Follow-up.

In die Studie konnten 1.067.743 Kinder und Jugendliche (KUJ <18 Jahre) aufgenommen werden, 519.821 Mädchen und 547.922 Jungen. Bei 638.265 Studienteilnehmern wurde ein Streptokokken-Test durchgeführt, dessen Ergebnis bei 349.982 Studienteilnehmern (54,8 %) wenigstens einmal positiv war. Im Beobachtungszeitraum wurde bei 40.435 KUJ eine neurologisch-psychiatrische Störung diagnostiziert, von denen bei 15.408 (38 %) ein vorangegangener Streptokokken Test positiv war. Insgesamt 1.078 KUJ litten unter einer OCD. Bei 556 (52 %) dieser Patienten war ein vorangehender Streptokokken-Test positiv. Eine Tic-Störung wurde bei 2177 KUJ diagnostiziert. Bei 993 (46 %) dieser Patienten konnte ebenfalls ein vorangehender Streptokokken-positiver-Test nachgewiesen werden.

KUJ mit einem positiven Streptokokken-Testergebnis hatten im Vergleich zu Studienteilnehmern

ohne positiven Streptokokken Test für jegliche Art einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung ein um 18 % erhöhtes Risiko (IRR – Incidence-Rate-Ratio) (n=15.408; IRR 1,18; 95 % KI 1,15-1,21; p<0,001), für eine OCD ein um 51 % (n=556; IRR 1,51; 95 % KI 1,28-1,77; p<0,001) und für eine Tic-Störung ein um 35 % erhöhtes Risiko (n=993; IRR 1,35; 95 % KI 1,21-1,50; p<0,001). Studienteilnehmer, die eine nicht durch Streptokokken verursachte Halsentzündung aufwiesen, zeigten ebenfalls ein, wenn auch geringeres um 8 % erhöhtes Risiko für jegliche Art einer neurologisch-psychiatrischen Erkrankung (n=11.315; IRR 1,08; 95 % KI 1,06-1,11; p<0,001), ein um 28 % erhöhtes Risiko für OCD (n=316; IRR 1,28; 95 % KI 1,07-1,53; p=0,006) und ein um 25 % erhöhtes Risiko für Tic-Störungen (n=662; IRR 1,25; 95 % KI 1,12-1,41; p<0,001).

Die Ergebnisse dieser bisher größten epidemiologischen Studie zur PANDAS-Symptomatik zeigen, dass Kinder und Jugendliche nach einer Halsinfektion und besonders nach einer Streptokokken-Infektion ein höheres Risiko für neuro-psychiatrische Erkrankungen aufweisen. Dies betrifft vor allem OCD und Tic-Störungen.

Kommentar

β-hämolytische Streptokokken der Gruppe A (GABHS) sind ubiquitär vorkommende humanpathogene Erreger, die bei Menschen ein weitgespanntes Spektrum von Erkrankungen des Pharynx, der Haut, der Gelenke, des Herzens, der Niere und des Gehirns verursachen können. Die meisten Streptokokken-Infektionen im Kindesalter verlaufen harmlos und sind selbstlimitierend. Nur bei einem geringen Prozentsatz der Betroffenen treten allgemeine und/oder neurologische Komplikationen auf. Eine zunehmende Evidenz lässt vermuten, dass GABHS-Infektionen im Kindesalter neurologische Erkrankungen wie Verhaltens-, Zwangsstörungen und Tics auslösen können. Für die Chorea minor (Sydenham) wurde dieser Zusammenhang gesichert. Sie wird deshalb von vielen Untersuchern als PANDAS-Variante aufgefasst wird. PANDAS-Symptome treten vor allem im mittleren Alter von $6,3 \pm 3$ Jahren überwiegend plötzlich auf. Jungen scheinen im Verhältnis zu Mädchen mit 3:1 stärker betroffen zu sein. Die Prävalenz von PANDAS ist unklar. Möglicherweise werden viele Erkrankungen in der Praxis diagnostisch nicht als PANDAS-Syndrom wahrgenommen. Bei vielen betroffenen Kindern wird über neurologische Co-Morbiditäten (Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, emotionale Labilität, Schlafstörungen) berichtet. Der klinische PANDAS-Verlauf bietet ein variables Bild, bei dem Zwangsstörungen (OCD -obsessive compulsive disorders-, Tourette Syndrom, motorische und vokale Tics) im Vordergrund stehen. Das Krankheitsbild wurde erstmals von Swedo et al. bei 50 Kindern mit Zwangs- und Tic-Störungen beschrieben. Es gibt kein

definiertes Zeitfenster. Die bisherigen Beobachtungen lassen eine mittlere Zeit zwischen GABHS-Infektion und neurologischen Symptomen von etwa 6 Wochen, bei einer Spanne von mehreren Wochen bis zu mehreren Monaten erkennen. Labordiagnostisch unterschieden sich in einer Studie von Stagi et al. PANDAS- von Kontroll-Patienten nur durch erhöhte Anti-Streptolysin- und Anti-Streptokokken-DNAse B-Titer. Es wird vermutet, dass es bei genetisch GABHS-empfindlichen Kindern im Rahmen einer molekularen Mimikrie zu Kreuzreaktionen mit Hirngewebe kommt. Dies konnte zumindest durch in vitro-Untersuchungen für die Chorea minor bestätigt werden. Die aktuelle dänische, bisher größte epidemiologische Studie scheint den seit langem vermuteten Zusammenhang zu bestätigen. Darüber hinaus lassen die Ergebnisse erkennen, dass auch möglicherweise durch andere Erreger verursachte Halsentzündungen zu einem, wenn auch geringeren Anstieg von PANDAS-Symptomen führen können. Hierbei kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass dies an nicht durchgeführten Streptokokken-Nachweisen liegt.

Die Ergebnisse experimenteller und klinischer Studien sprechen dafür, dass Antikörper gegen GABHS-Epitope mit endogenen Proteinen des Gehirns bei genetisch empfänglichen Kindern reagieren können. PANDAS tritt eher selten auf und das absolute Risiko einer Erkrankung scheint gering zu sein. Die Ähnlichkeiten zwischen dem klinischen Bild des PANDAS Syndroms und den Anfangsstadien einer Chorea minor lassen deshalb auf Grund der nachgewiesenen Auto-Antikörper gegen Hirngewebe vermuten, dass beide Krankheitsbilder sich auf vergleichbare pathogenetische Ursachen zurückführen lassen.

Die Existenz des PANDAS-Syndroms bleibt in der Literatur trotz der vielen Hinweise auf seine auto-immunologische Genese umstritten. Für eine allgemeine Akzeptanz sind die Beweise für seine Existenz noch nicht schlüssig genug. Die therapeutischen Möglichkeiten sind eingeschränkt und in ihrer Wirksamkeit ebenfalls noch nicht gesichert. Möglicherweise besitzt das gut verträgliche, nebenwirkungsarme und preiswerte N-Acetylcystein durch Modulation des glutamergen Systems und auf Grund seiner anti-oxidativen Eigenschaften einen positiven Einfluss auf Zwangsstörungen und Tics, wie einige Untersuchungen an Kindern und Erwachsenen vermuten lassen. In einigen Berichten haben Kinder von einer antibiotischen Prophylaxe (Penicillin und Azithromycin) zur Vermeidung von GABHS-Infektionen profitiert. In anderen Berichten haben dopaminerge Substanzen die Schwere der Symptome reduziert. Intravenös verabreichte Immunglobuline und therapeutische Plasmapheresen haben in einigen Fällen ebenfalls Erfolge gezeigt.

In der Praxis sollte, trotz der noch unzureichenden Beweislage, bei abrupt auftretenden Verhaltens- und Zwangsstörungen an die Möglichkeit eines PANDAS-Syndroms gedacht werden. Vielleicht nützt manchen Kindern eine antibiotische Therapie. Vielleicht kommt die Erkrankung häufiger vor als wir sie wahrnehmen.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr



KONGRESS MANAGEMENT



*Gemeinsam planen und
im Dialog zum Erfolg.*

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck
Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com
www.schmidt-roemhild.de

25 Jahre Kindernetzwerk

Familien mit schwerwiegend erkrankten Kinder und Jugendlichen brauchen gerade in den Anfangsjahren nach der Diagnose Lotsen, die Kinder mit hohem Versorgungsbedarf durch den Gesundheits- und Bürokratiendschungel führen. Bereits erfolgreiche Lotsenprojekte sollten daher rasch in die Regelversorgung überführt und neue Lotsenmodelle auf den Weg gebracht werden.

Diese Forderung haben die mehr als 200 Teilnehmer formuliert, die an der Jubiläumstagung „25 Jahre Kindernetzwerk e. V.“ in der Charité in Berlin am 01. und 02. März 2018 teilgenommen haben. Unterstützt wurden die Teilnehmer maßgeblich von **Elke Büdenbender**, Ehefrau des Bundespräsidenten Frank-Walter Steinmeier, die die Schirmherrschaft der Jubiläumstagung übernommen und zugleich auch ein Grußwort an die betroffenen Familien in- und außerhalb der Eltern-Selbsthilfe gerichtet hat.

Der Name Kindernetzwerk sei mehr als ein Titel, so **Elke Büdenbender**: „Er ist Programm. Ein Netz im besten Sinn. Es fängt uns auf, es umfängt uns, kann uns Halt geben, und Struktur auch. Was muss ich wissen, was kann ich tun, was darf ich hoffen – darum geht es. Das zu wissen, darüber aufgeklärt zu werden, ist für Familien in einer solchen Situation existenziell.“ Wer auf diese Weise seinen eigenen Weg finden und beschreiten könne, könne durchaus ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben führen, in dem Krankheit oder Behinderung nicht die Grenzen bestimmten. **Lutz Stroppe**, Staatssekretär im BMG, würdigte vor allem den unermüdlichen und erfolgreichen Einsatz des Kindernetzwerks, bereits ein Vierteljahrhundert lang „Brücken von der Arztpraxis bzw. dem Krankenhaus hin zu der Lebenswelt der kleinen Patientinnen und Patienten“ gebaut zu haben.

Dabei wurde lange Zeit verkannt, das „Eltern die eigentlichen Spezialisten gerade bei chronischen Krankheiten und seltenen Erkrankungen sind“, stellte Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voß, Ehrenvorsitzender von Kindernetzwerk e. V., bei seinem Rückblick „25 Jahre Kindernetzwerk e. V.“ heraus.

Auch die Eltern-Selbsthilfe ist in jüngster Zeit finanziell und strukturell auf eine Fördersumme von 79,5 Millio-

nen € aufgestockt worden und konnte so ihre qualifizierten Beratungsleistungen ausbauen. Staatssekretär Stroppe interpretierte dies als „**Ausdruck der großen Wertschätzung des Gesetzgebers für die Arbeit der Selbsthilfeeinrichtungen.**“

„Ein weiterführender konkreter Beleg hierfür ist auch die Etablierung der **Kindernetzwerk-Koordinierungsstelle** in Berlin und der Aufbau der **Kindernetzwerk-Akademie** mit vielfältigen Fortbildungs- und Informationsangeboten für die Selbsthilfe und für betroffene Familien“, bekräftigte die **Kindernetzwerk-Vorsitzende Dr. Annette Mund**. Und auch die jungen Erwachsenen im Kindernetzwerk konnten beim Thema transparente Aufklärung über klinische Studien und mit der Entwicklung der an Ärzte gerichteten Kommunikationskarte „Mit mir kann man schon reden“ eine Menge in Bewegung bringen.

Dennoch bleibt auch in Zukunft noch viel zu tun. Dies wurde insbesondere beim Vortrag von **Prof. Klaus-Peter Zimmer**, fachlicher Leiter der Jubiläumstagung und Direktor des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin an der Universität Gießen, deutlich. Er rückte die drastischen Folgen der Ökonomisierung der Medizin für chronisch kranke Kinder und junge Menschen in den Fokus. Sein ernüchterndes Fazit: Während wir in Teilen der Medizin – etwa bei Operationen, Herzkathetern und Laborleistungen – mit einer Überversorgung konfrontiert werden, sind chronisch kranke Kinder teilweise eklatant unterversorgt. Zimmer plädierte daher unter anderem für die Schaffung zusätzlicher Zeitziffern in der Pädiatrie und die finanzielle und strukturelle Stärkung der pädiatrischen Hochleistungsmedizin. Zudem müssten Eltern und die Selbsthilfe bei Versorgern, Politik und Leistungsträgern ein stärkeres Mitspracherecht erhalten.

Zum Abschluss der Jubiläumstagung wurden **zentrale Wünsche** artikuliert, die nun in einem neuen Berliner Appell 2018 münden sollen.

Drei der zentralen Forderungen lauten:

- Beim Übergang in die Erwachsenenmedizin sollte die starre Altersgrenze von 18 Jahren aufgehoben und in eine flexible Altersgrenze von 16 bis 24 Jahren überführt werden
- Kinderrechte und Kinderbewusstsein können nur dann gestärkt werden, wenn diese im Grundgesetz verankert werden. Außerdem sollte die Kinderkommission im Bundestag personell wie strukturell gestärkt und ein mit Handlungskompetenzen ausgestatteter Kinderbeauftragter eingesetzt werden.
- Die finanzielle Unsicherheit, unter der viele arme Familien und insbesondere Mütter von alleinerziehenden kranken oder pflegebedürftigen Kindern leiden, muss dringend beseitigt werden, um Chancengleichheit herzustellen und der drohenden Altersarmut entgegenzutreten.

Anmerkung des Berichterstatters:

Zahlreiche betroffene Eltern, Jugendliche und junge Erwachsene beklagen, dass Kinder- und Jugendärzte die hilfreichen Angebote des Kindernetzwerks und der Selbsthilfegruppen immer noch zu wenig kennen, oft nicht auf diese wichtigen Angebote hinweisen und selbst auch den umfangreichen Datensatz des Kindernetzwerks nicht nutzen.

.....
 Link: <http://www.kindernetzwerk.de>

Zusammenstellung:

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

Sport bei großer Hitze – Was sollen Kinder- und Jugendärzte Eltern raten?

Pädiater raten zu regelmäßiger körperlicher Aktivität und sportlicher Betätigung. Aber was raten sie bei großer Hitze? Rechtzeitig vor der heißen Jahreszeit sprach darüber mit unserer Zeitschrift Dr. Wolfgang Lawrenz, Vorsitzender der Kommission Kinder- und Jugendsport der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP).



Foto: © Dan Race - Fotolia.com

Stimmt es, dass Kinder und präpubertäre Jugendliche an körperliche Belastung bei Hitze schlechter angepasst sind als Erwachsene?

Bis vor wenigen Jahren glaubte man, dass die Adaptation an Hitze vor der Pubertät schlechter funktioniert als nach der Pubertät. In den letzten Jahren konnte aber in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass es bei vergleichbarer Belastungsintensität bei Kindern und präpubertären Jugendlichen bei Hitze nicht zu einem stärkeren Anstieg der Körperkern-temperatur kommt als bei Erwachsenen. Die Anpassungsvorgänge laufen zwar in dieser Altersgruppe etwas anders ab, sie sind aber genauso effektiv.

Gibt es denn allgemeingültige Grenzwerte für Temperatur, Luftfeuchtigkeit und Sonneneinstrahlung, bei denen körperliche Aktivität und Sport ein gesundheitliches Risiko darstellen?

Allgemeingültige Grenzwerte, ab denen Sport zu einem gesundheitlichen Risiko führt, gibt es nicht, da die Hitzetoleranz von vielen Faktoren abhängt. So wird Hitze besser toleriert, wenn regelmäßig bei hohen Außentemperaturen trainiert wird.

Andererseits kann Schutzkleidung wie beim American Football oder beim Hockeytorwart, die den Wärmeaustausch beeinträchtigt, oder ein schlecht belüfteter Fahrradhelm die Hitzetoleranz ungünstig beeinflussen.

Welche Rolle spielen Alter und Gewicht beim Sport an heißen Sommertagen?

Das Alter spielt beim Sport an heißen Tagen keine wesentliche Rolle. Allerdings tolerieren normalgewichtige Kinder sportliche Belastung bei Hitze besser als übergewichtige und adipöse Kinder.

Und wie lauten die wichtigsten allgemeinen Empfehlungen, die Pädiater Eltern und Kindern mit auf den Weg geben sollten?

Nach Möglichkeit sollten sportliche Aktivitäten an heißen Tagen auf die frühen Morgenstunden oder auf den Abend gelegt werden, da es dann etwas kühler ist. Dies ist insbesondere bei Wettkampfanstaltungen aber oft nicht möglich. Unnötige Sonnenexposition ist zu vermeiden, Kinder und Jugendliche sollten also in Wettkampfpausen ein schattiges

Areal aufsuchen, auf einen ausreichenden Sonnenschutz exponierter Hautareale achten, und zumindest in Wettkampfpausen sollten sie eine helle Kopfbedeckung tragen. Wichtig ist es darüber hinaus, ausreichend vor, während und nach dem Sport zu trinken.

Trotz aller Vorsicht kommt es immer wieder vor, dass Kinder oder Jugendliche bei Hitze gesundheitliche Probleme bekommen, vor allem Muskelkrämpfe oder einen Sonnenstich. Was sollen Kinder- und Jugendärzte Eltern für diesen Fall sagen?

Muskelkrämpfe beim Sport entstehen in der Regel durch intensive Belastung in Kombination mit Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten. Hier ist es wichtig, die sportliche Belastung zu beenden, die betroffene Muskulatur vorsichtig zu dehnen und für eine ausreichende Zufuhr elektrolythaltiger Getränke zu sorgen.

Der Sonnenstich ist auf eine länger anhaltende Sonneneinstrahlung auf den Kopf zurückzuführen. Die hiermit verbundene Erwärmung des Kopfes führt zu einer meningealen Reizung mit den Symptomen Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen und gelegentlich auch leichtem Fieber. Häufig tritt die Symptomatik erst einige Stunden nach der Sonnenexposition auf. Bei Verdacht auf einen Sonnenstich sollte das betroffene Kind in einen dunklen kühlen Raum gebracht werden, der Kopf sollte gekühlt werden, und wenn kein Erbrechen besteht, kann oral Flüssigkeit verabreicht werden. Bei anhaltendem Erbrechen oder Auftreten einer Bewusstseinsstrübung sollte sofort ärztliche Hilfe aufgesucht werden. Dies ist aber glücklicherweise bei Beachten der empfohlenen Vorsichtsmaßnahmen nur selten erforderlich.

ReH

Weltweit fast jede zweite Schwangerschaft ungeplant

Weltweit werden jedes Jahr fast 100 Millionen Frauen ungewollt schwanger. Eine Studie in *Lancet Global Health* (2018; doi: 10.1016/S2214-109X(18)30029-9) gibt den Anteil der ungewollten an allen Schwangerschaften mit 44 Prozent an. Mehr als die Hälfte der ungewollten Schwangerschaften werden vorzeitig abgebrochen. Am häufigsten werden Frauen in der Karibik ungewollt schwanger. Auf 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter kommen jährlich 116 ungewollte Schwangerschaften, in Afrika waren es 112. In Nordeuropa gab es zuletzt nur 27 ungewollte Schwangerschaften auf 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter, in Westeuropa waren es 28.

Die Berechnungen stammen vom Jonathan Bearak vom Guttmacher Institute in

New York, das als Non-Profit-Organisation Studien zur Familienplanung durchführt.

Die großen zahlenmäßigen Unterschiede zwischen Karibik und Afrika auf der einen Seite und entwickelten Ländern auf der anderen Seite seien in erster Linie auf die höhere Geburtenrate in der Karibik und Afrika zurückzuführen, so die Wissenschaftler. Der Anteil der ungewollten an allen Schwangerschaften unterscheide sich weltweit nur wenig. In den entwickelten Regionen der Erde seien 46 Prozent aller Schwangerschaften ungewollt, in den Entwicklungsländern seien es zuletzt 43 Prozent gewesen. Eine Ausnahme sei Lateinamerika, wo 69 Prozent aller Schwangerschaften ungewollt sind.

Der Anteil der ungewollten Schwangerschaften, die vorzeitig abgebrochen

werden, ist hoch. Er liegt laut Bearak in den entwickelten Ländern bei 59 Prozent und in den unterentwickelten Ländern bei 55 Prozent und sei durch gesetzliche Verbote nicht beeinflussbar: In Ländern, in denen Schwangerschaftsabbrüche strikt verboten oder nur bei Lebensgefahr für die Mutter erlaubt sind, liege der Anteil der ungewollten Schwangerschaften, die abgebrochen werden, bei 48 Prozent. In den Ländern ohne Verbote seien es 69 Prozent.

Quelle: <https://www.guttmacher.org/article/2018/03/unintended-pregnancy-and-its-outcomes-global-regional-and-subregional-trends-1990>

Red.: ReH

In Deutschland: 2,5 Prozent mehr Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2017

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nahm nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2017 gegenüber dem Vorjahr um 2,5 Prozent zu. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, wurden 2017 rund 101.200 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet.

Knapp drei Viertel (72 Prozent) der Frauen, die 2017 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 17 Prozent zwischen 35 und 39 Jahre. Rund acht Prozent der Frauen waren 40 Jahre und älter. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von drei Prozent. Rund 39 Prozent der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch noch keine Lebendgeburt.

96 Prozent der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der Beratungsregelung vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren in vier Prozent der Fälle die Begründung für den Abbruch. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche (61 Prozent) wurden mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchgeführt, bei 21 Prozent wurde das Mittel Mifegyne® verwendet. Die Eingriffe erfolgten überwiegend am-



Foto: © shootingankauf - Fotolia.com

bulant – rund 79 Prozent in gynäkologischen Praxen und 18 Prozent ambulant im Krankenhaus. Sieben Prozent der Frauen ließen den Eingriff in einem Bundesland vornehmen, in dem sie nicht wohnten.

Im vierten Quartal 2017 wurden rund 24.300 Schwangerschaftsabbrüche gemel-

det, das waren 4,3 Prozent mehr als im vierten Quartal 2016.

Quelle: Destatis

Red.: ReH

Der Gesundheitskongress des Westens

Der Gesundheitskongress des Westens, der am 13. und 14. März 2018 zum zwölften Mal stattfand, führte rund 1.000 Besucher aus der Führungsebene von Krankenhäusern, Universitätskliniken und Reha-Einrichtungen sowie hochrangige Repräsentanten aus Politik, Wissenschaft, Krankenversicherungen und der Gesundheitswirtschaft nach Köln. Der Kongress stand unter dem Motto „Das Gesundheitswesen muss zusammenwachsen!“ und fokussierte neben gesundheitspolitischen Aspekten auf die Bereiche Personal, Digitalisierung, Finanzierung und Versorgung.

Die KVWL war Mitausrichter und die Mitglieder der VV und damit der Ausschüsse waren eingeladen, um an dem Kongress teilzunehmen. Sie sollten aus beruflichem Mund die Informationen erhalten, die sie für die Gremienarbeit benötigen. Aber die bekamen sie nicht, wie unser Autor irritiert feststellen musste.

Mittwochmorgen begann um 9.00 Uhr eine Session über E-Health. Der erste Redner war der Vorstandsvorsitzende der CompuGroup Medical, Frank Gotthard. Nicht nur dass der Vortrag wegen der häufigen Wortwiederholungen schwer erträglich war, dem Referenten war auch anzumerken, dass er nicht gut vorbereitet war. Beim Zuhören befiel einen der ungemütliche Gedanken, dass die Großen der Deutschen Gesundheitswirtschaft niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die immerhin mit ihrer Arbeit das System tragen und erhalten, nicht ganz ernst nehmen. Und je weiter der Kongress fortschritt, desto mehr verfestigte sich der Eindruck, dass die gesetzlichen Krankenkassen und die Digital Industrie in der Gesundheitspolitik am liebsten unter sich wären. Dass es da noch uns Niedergelassene gibt, die die Patienten versorgen, scheint ein wenig zu stören bei all den schönen Geschäftsmodellen zur Gewinnmaximierung. Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK-WL, redete dann auch viel über gewinnbringende Geschäftsmodelle, wenig über den Nutzen für die kranken Menschen. Und als eine Hausärztin die Frage stellte, wie es denn mit der Zuverlässigkeit der IT sei, was passiert, wenn sie montagsmorgens ausfiele, da antwortete der AOK-Mann fröhlich, nicht nur in Hausarztpraxen auch in der AOK würde es montagsvormittags passieren, dass die Computer ihren Dienst versagen. Wenn das mal keine beruhigende Antwort war!

Uns Ärzten fiel natürlich sogleich der kleine Unterschied und seine großen Fol-

gen auf: erzwungener Leerlauf durch PC-Probleme in der AOK bedeutet, dass die Arbeit halt etwas später getan wird, vom Sachbearbeiter bis zum Manager hat dadurch niemand einen Nachteil. Erzwungener Leerlauf durch PC-Probleme in der Praxis bedeutet dagegen direktes negatives Feedback durch Patienten und auch noch Honorarausfall.

Niedergelassene grundlos oppositionell?

In einem weiteren Vortrag hörten wir Erstaunliches aus Estland – dem Wunderland der Digitalisierung. Bei mehr als 1,3 Millionen Einwohnern betreibt dieses Land seit über einem Jahrzehnt mit ausschließlich angestellten Ärzten eine Digitalisierung der Medizin, die einfach vorbildlich für Deutschland sein muss. Wir lernten: Die Probleme der Selbständigkeit und der mehr als 50-fachen Bevölkerung hierzulande bekommt man locker in den Griff, man muss nur wollen! Die übrigen Referenten, meist Jungunternehmer, waren nicht minder von dem überzeugt, was sie im Sinne der Digitalisierung von der Ärzteschaft erwarten. Es waren Berichte von „Start-up“ Firmen, die sich mit GKVn verbünden, das sichert den Gewinn. Wenn dabei Niedergelassene nachdenklich werden, dann sind sie grundlos oppositionell!

Die Session zum E-Learning zeigte, in Westfalen-Lippe ist man weiter als anderswo – aber noch am Anfang! E-Learning führt tatsächlich in vielen Fachbereichen zu einer Qualitätsverbesserung, aber ausgerechnet hier besteht das Problem der vielen Ideen und dem Mangel an finanziellen Zuwendungen zur Umsetzung.

Nach der kurzen Mittagspause folgte eine sehr aufschlussreiche Session mit dem mehrfachen Versuch der Begründung einer Änderung der Arztdichte im Ruhrgebiet. Der Sonderstatus des Ruhrgebietes steht

seit längerem zur Disposition. Fragwürdig sind die teuren Analysen zur Bedarfszahlplanung. Immerhin gelang es irgendwie zu beweisen, dass Ärzte im Ruhrgebiet mehr Honorar erhalten als im übrigen NRW. In Anbetracht der Situation, dass die Ärzte in NRW im Vergleich zu Kollegen in anderen Bundesländern deutlich weniger Honorar erhalten, eine überflüssige Erkenntnis. Was unbeantwortet blieb, war die Frage, woher wir die vielen Ärztinnen und Ärzte (ca. 600) für das Ruhrgebiet nehmen, die wir doch eigentlich „auf dem flachen Land“ benötigen? Später fuhr ich mit dem Zug zurück und sah: das Ruhrgebiet ist über weite Strecken auch flaches Land!

Zum guten Schluss wurde über die Notfallversorgung in der BRD vorgetragen, Beachtung verdient die Wortwahl: einmal heißt es Notfallmanagement, dann wieder Gesundheitsleistungen. Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmann-Bundes, fasste die Session treffend zusammen: Manchmal gingen ihm die Argumente der beteiligten Anbieter von Notfalleleistungen gehörig auf die Nerven, sagte er. Dass Politiker, die wiedergewählt werden wollen, zeitweise absichtliche Falschdarstellungen verbreiten, könne er noch verstehen. Kein Verständnis habe er für ärztliche Standesvertreter, die in der Absicht einer Bestandssicherung die Zusammenhänge absichtlich falsch darstellten.

Resümee: Niedergelassene sind schwierig, man plant besser ohne sie, aber vielleicht kann man noch eine Zeitlang an ihnen verdienen.

Weil ich das alles heute endlich verstanden habe, war meine Teilnahme an diesem Kongress für mich ein Erfolg.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: ReH

PORTA

Ein internetbasiertes Tool zur Belastungseinschätzung und Interventionsplanung bei minderjährigen Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung // Menschen, die aufgrund von Krieg oder Verfolgung auf der Flucht waren, haben häufig traumatische Ereignisse erlebt. Nicht selten waren sie auch auf dem Fluchtweg erneut mit gefährlichen Situationen konfrontiert (Prof. Jörg M. Fegert).



Dr. Sigrid Peter

Thema Flüchtlingskinder und – jugendliche in den Praxen sehr aktuell

Das Thema Flüchtlinge ist medial nahezu verebzt. In den Koalitionsverhandlungen wurde über den Familiennachzug kontrovers diskutiert. Hauptstreitpunkt war – neben der zuzulassenden Anzahl von Flüchtlingen – die Frage, ob der Familiennachzug die Integration von Geflüchteten fördert oder behindert.

Minderjährige mit Fluchterfahrung sind eine Hochrisikopopulation für die Entwicklung psychischer Störungen.

Häufig liegen multiple Traumata in der Vergangenheit vor (Gewalterfahrung, Trennung, Verlust), die hohe Belastung in der Gegenwart (Abbruch von sozialen Bindungen, Verlust des biografischen Kontinuums) und die ungewisse Zukunft (Sprache, Aufenthaltsstatus, Diskriminierung, Sorge um die Familie) bedeuten eine sequentielle Traumatisierung „second hit“. Je weniger Integrationsleistungen möglich sind, desto größer ist das

Risiko einer psychischen Erkrankung. So bunt und vielfältig wie die Menschen auf der Flucht, so komplex sind auch die Belastungen (Sukale et al., 2016)

Die Resilienzfaktoren sind bei Einigen glücklicherweise hoch. Trotzdem werden Herausforderungen für das Gesundheitssystem in den kommenden Jahren in vollem Ausmaß sichtbar werden. Bereits jetzt benötigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in medizinischer und therapeutischer Versorgung Hilfen und Standards, um Belastungen von Geflüchteten besser einschätzen zu können und entsprechende Hilfemaßnahmen einzuleiten.

Fachtagung PORTA

Auf der **Fachtagung „Psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung“** wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt **PORTA** (Providing Online Ressource and Trauma Assessment for Refugees) vorgestellt. Die Arbeitsgruppe um Professor Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm und Deutsche Traumastiftung) entwickelte ein **internetbasiertes Tool zur Belastungseinschätzung und Interventionsplanung** bei minderjährigen Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung.

Ausgehend von dem in den USA entwickelten Trainings-Programm NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendliche wurde ein für Deutschland angepasstes und ergänztes Konzept zur Belastungseinschätzung bei Minderjährigen mit Fluchterfahrung erstellt.

Mit diesem Tool ist eine **einfache Einschätzung unterschiedlicher Belastungsfaktoren im Fremd- und Selbsturteil** möglich. Störungsspezifische Fragebögen zu den Themen Trauma, Depression und Angst, Verhaltensauffälligkeiten, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität liegen in 8 Sprachen (Deutsch, Französisch, Englisch, Arabisch, Dari/Farsi, Pashto, Tigrinja und Somali) vor. Weitere Sprachen – wie Russisch – sind in Bearbeitung.

Vielen in der Flüchtlingsversorgung Tätigen fehlt es noch an Erfahrung in der Flüchtlingsarbeit und an möglichen Ansprechpartnern. Ziel ist es, allen in der Flüchtlingsversorgung Tätigen (Ehrenamtliche, Ärzte, Therapeuten, Lehrer, Jugendhilfe, etc) als auch Kindern und Jugendlichen selbst ein Instrument anzubieten, zur schnellen Erfassung einzelner Belastungsfaktoren sowie eine schnelle und angemessene Interventionsplanung.

Die Registrierung erfolgt über www.med.porta-refugees.de. Die Möglichkeit eines Testdurchlaufes besteht über www.med-test.porta-refugees.de.

Kontaktadresse:

Thorsten Sukale
Thorsten.Sukale@uniklinik-ulm.de
 Tel: 0731 – 500 61717

Berichterstattung:

Dr. med. Sigrid Peter
 Vizepräsidentin
 10115 Berlin
 E-Mail: sigridpeter@posteo.de

Red.: WH

Children at Risk – das besondere gefährdete Kind in Gebieten mit begrenzten Ressourcen

Bericht von der 36. Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und internationale Kindergesundheit // Vom 02.02.2018 bis 04.02.2018 fand in Dinslaken die 36. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Tropenpädiatrie und internationale Kindergesundheit (GTP) unter dem Motto: „Children at Risk – medizinische Versorgung der besonders gefährdeten Kinder in ressourcenarmen Ländern“ statt.

In den letzten Jahren ist es gelungen, die Sterblichkeit der Kinder unter fünf Jahren weltweit um 56 Prozent von 93 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 41 Todesfälle zu reduzieren. Allerdings blieb die Sterblichkeit in einigen Patientengruppen weiterhin hoch. Zu diesen Risikogruppen gehören unter anderem Neugeborene, Kinder mit chronischen Erkrankungen, Kinder mit malignen Erkrankungen, mit angeborenen oder erworbenen Fehlbildungen und Behinderungen. Diese Kinder stellen für die versorgenden Ärzte in Gebieten mit begrenzten Ressourcen eine besondere Herausforderung dar, da oft die notwendige medizinische Infrastruktur zur besseren Versorgung fehlt.

Aus diesem Grund widmete sich die diesjährige Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und internationale Kindergesundheit besonders diesen Patientengruppen, die sich oft erheblich von chronisch kranken Kindern in unseren Breitengraden unterscheiden.

Die Unterschiede zur Kinderheilkunde in Deutschland liegen nicht nur darin, dass die Krankheitsbilder später erkannt und behandelt werden. Man findet auch Krankheitsbilder, die in Deutschland selten geworden sind, zum Beispiel das rheumatische Fieber als einer der Hauptverursacher der erworbenen Herzinsuffizienz in Entwicklungsländern.

Andere Krankheitsbilder treten vor allem in den Tropen auf und unterscheiden sich in den Behandlungsstrategien oft deutlich von ähnlichen Erkrankungen in unseren Breitengraden. In der Session zur Kinderonkologie, wurde dies unter anderem an dem EBV assoziierten Burkittlymphom deutlich.

Andere Erkrankungen sind vermeidbar und deswegen in Deutschland selten



geworden, etwa Spina bifida. Diese Neuralrohrdefekte haben in Entwicklungsländern eine wesentliche höhere Inzidenz, da der Folsäuremangel in der Frühschwangerschaft dort weit verbreitet ist. Eine andere Gruppe von Patienten, die an einer vermeidbaren Behinderung leiden, sind die Patienten mit Zerebralpareesen nach hypoxischem Hirnschaden unter der Geburt. Viele dieser Behinderungen,

die die Lebensqualität der Kinder in ärmeren Ländern erheblich einschränken, könnten durch eine bessere medizinische Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt verhindert werden.

Eröffnet wurde die Tagung von Prof. Malcolm Molyneux, einer der führenden Wissenschaftler auf dem Gebiet der Malariaforschung. Er erläuterte in seinem Vortrag die Entstehungsgeschichte des Malariaimpfstoffes RTS,S, die von herben Rückschlägen gekennzeichnet ist. Nach Abschluss der dritten klinischen Testungsphase mussten die Wissenschaftler feststellen, dass die Effizienz des Impfstoffes nur zwischen 36,3 und 25,9 Prozent bei drei Impfungen plus Boosterimpfung liegt. Die Suche nach dem ersten hocheffektiven Impfstoff gegen einen Parasiten geht damit weiter.

Im zweiten Eröffnungsvortrag erläuterte Prof. Dr. med. Walter Bruchhausen von der RWTH Aachen den historischen Werdegang von der medizinischen Entwicklungshilfe zur globalen Gesundheit.

Neben den Vorträgen war insbesondere der intensive Erfahrungsaustausch der 200 internationalen Teilnehmer aus über 20 Ländern einer der Höhepunkte der Tagung. Die nächste Jahrestagung wird vom 25 bis 27.01.2019 in Witten Herdecke stattfinden. Hierzu laden wir schon jetzt herzlich ein.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Katja van t Ende
Die Autorin ist Schriftführerin der GTP und Ärztin am St. Vinzenz Hospital Dr. Otto Seidel Straße 31-33 46535 Dinslaken
E-Mail: katja.vantende@st-vinzenz-hospital.de

Red.: ReH

Kinder sind ein Armutsrisiko? Kinder sind DAS Armutsrisiko!

Wir alle wissen es längst: Kinder sind ein Armutsrisiko. Wie groß dieses Risiko ist, hat nun die Bertelsmann-Studie untersucht. Fazit der Untersuchung: Kinder sind ein „noch größeres Armutsrisiko“ als Forscher bisher angenommen.



Foto: © santyypan - Fotolia.com

Die Kita leistet kompensatorische Erziehung

Vor allem arme Familien seien bisher reicher gerechnet worden, als sie tatsächlich sind, stellten die Forscher fest. *Die finanzielle Belastung durch Kinder sei bisher nicht entlang der Realität berechnet worden*, sagt Martin Werding, Professor für Sozialpolitik an der Ruhr-Universität Bochum und einer der Verfasser der neuen Studie.

Grund für die neuen, bestürzenden Zahlen sind - anders als in der gebräuchlichen OECD-Skala - realistische Annahmen für das tatsächliche Armutsrisiko. „Nach der OECD-Skala beansprucht jedes hinzukommende Kind grundsätzlich 30 Prozent des jeweiligen Einkommens. Eine Familie, die 1.000 Euro ohne Kind hätte, bräuchte demnach mit einem Kind 1.300 Euro; eine Familie, die ohne Kind 4.000 Euro hat, bräuchte 5.200 Euro. Dieser gleichbleibende Aufschlag ist aber falsch“, erläutert Martin Werding. Und „Eine besser ausgestattete Familie, die zusammen lebt, kann mehr einsparen, als eine ärmere. Zum Beispiel beim Wohnraum: Da lässt sich ein weiteres Kind noch im vorhandenen Kinderzimmer unterbringen, oder man gibt das bisherige Arbeitszimmer oder Gästezimmer auf. Eine einkommensschwache Familie,

die ohnehin sehr beengt lebt, ist gezwungen, in eine größere Wohnung umzuziehen. Die Zusatzkosten für ein weiteres Familienmitglied sind für einkommensschwache Haushalte sehr viel höher, als für reichere.... speziell Alleinerziehende oder Eltern mit mehreren Kindern und geringem Einkommen geraten häufig unter großen Druck.“

Laut der Studie leben aktuell etwa 21 Prozent der Kinder in Deutschland in Armut. Dabei wird Armut in Deutschland oft von Generation zu Generation weitergegeben, und Kinder haben kaum eine Chance, dem zu entgehen. Die Studie zeigt, dass 85 Prozent der Befragten über den Zeitraum von fünf Jahren dasselbe Einkommen hatten. „Kinderarmut ist in Deutschland ein Dauerzustand“, sagt Stiftungsvorstand Jörg Dräger. „Wer einmal arm ist, bleibt lange arm.“ Vor allem Kinder mit alleinerziehenden oder geringqualifizierten Eltern und Kinder mit mehr als zwei Geschwistern sind besonders gefährdet.

Die Studienautoren weisen darauf hin, dass Armut in Deutschland zwar nicht bedeutet, kein Dach über dem Kopf oder kein Essen zu haben. Kinder in armen Verhältnissen müssten aber auf vieles verzichten, was für andere ganz selbstverständlich ist. Darüber hinaus: Kinder, die mit wenig Geld aufwachsen, wiederholen häufiger eine Klasse, schreiben schlechtere Noten und haben öfters gesundheitliche Probleme.

Die Studienautoren weisen darauf hin, dass Armut in Deutschland zwar nicht bedeutet, kein Dach über dem Kopf oder kein Essen zu haben. Kinder in armen Verhältnissen müssten aber auf vieles verzichten, was für andere ganz selbstverständlich ist. Darüber hinaus: Kinder, die mit wenig Geld aufwachsen, wiederholen häufiger eine Klasse, schreiben schlechtere Noten und haben öfters gesundheitliche Probleme.

Unser Verantwortung als Advokaten der Kinder

Wir Kinder- und Jugendärzte wissen um die besondere Problematik von Kin-

dern aus armen und meist auch bildungsfernen Familien. Sehr häufig weisen sie Anregungsmängel auf, die sich in einer nur unvollkommenen Entfaltung ihrer Grundfähigkeiten (Motorik, Sprache, Kognition, Verhalten) äußern und eine gelingende Zukunft verbauen. Wir wissen auch, dass diese Mängel mit den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Medizin nicht zu beheben sind. Notwendig sind neben einer gezielten Familienunterstützung vor allem so früh wie möglich einsetzende Anregungs- und Förderprogramme für die betroffenen Kinder, um die familiären Defizite auszugleichen. Dazu bedarf es entsprechender Strukturen (z.B. Familienzentren mit angegliederten Frühen Hilfen, qualifizierter Kitas, Stadtteiltreffs usw.), die nicht kostenlos zu haben sind. Es muss Geld in die Hand genommen werden. Aber das sollte für ein reiches Land wie Deutschland kein Problem sein. Vorhanden ist es. Was fehlt, ist der politische und gesellschaftliche Wille, sich für die Kinder im sozialen Abseits einzusetzen. Sie zu vergessen ist einfacher, denn sie haben keine Stimme. Es liegt u.a. auch an uns Kinder- und Jugendärzten, ihnen diese Stimme zu verleihen. Deshalb fordern wir z.B. immer wieder mehr Hilfe-, Förder- und Unterstützungsstrukturen für Familie und Kinder in ihren Lebenswelten und helfen in vielen regionalen und überregionalen Institutionen und Behörden mit, sie aufzubauen. Die American Academy of Pediatrics (AAP) nennt einen solchen Einsatz „Advocacy“ und definiert ihn als Teil der ärztlichen Arbeit.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Fegeler
16515 Oranienburg
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Red.: ReH

auf den • gebracht

Ein paar Gedanken zur schönen neuen Digitalisierung unserer Praxen



Uwe Büsching

Die von Politik und GKVn geforderte Telematikinfrastruktur inklusive elektronischer Gesundheitskarte begeistert Hardwareanbieter, die darin ein gutes Geschäft wittern. KBV und regionale KVn halten sich klug bedeckt, um einerseits nicht als Spaßbremsen inmitten der schönen neuen Digitalwelt dazustehen, andererseits es sich aber auch nicht mit uns Ärzten zu verscherzen. Denn wir Niedergelassenen sind alles andere als begeistert. Nicht einmal die Drohung eines Honorarabzugs bei unkooperativem Verhalten kann uns zu linientreuem Jubeln zwingen.

Wie kann so etwas sein? Warum wehren sich nicht nur Kinder- und Jugendärzte, sondern auch die anderen Hausarztgruppen so vehement gegen die Digitalisierung ihrer Praxen? Sind wir einfach zu dumm, um die Segnungen der neuen Technologie zu verstehen, zu bequem, um uns mit ihnen zu befassen? Fürchten wir den Verlust unseres „Herrschaftswissens“, wenn Patienten plötzlich Einblick in ihre elektronische Krankenakte bekommen? Nein, nichts von alledem. Wir Ärzte informieren uns sogar sehr genau und dann strengen wir die berühmten kleinen grauen

Zellen an, wir denken nach, bilden uns eine Meinung und tun diese kund. Wir lesen also zum Beispiel das Interview mit Doris Pfeiffer im Kölner Stadt Anzeiger vom 27.3.18. Wie geht es weiter mit der Lachnummer elektronische Gesundheitskarte? fragt der Journalist die Vorsitzende des Spitzenverbands der GKVn dort. Und diese belehrt ihr Gegenüber erst einmal, dass „die Karte nur ein Teil einer umfangreichen und sehr sicheren Infrastruktur“ sei. Bevor man jetzt zusammenzuckt und an die Datenskandale der letzten Zeit denkt, liest man lieber schnell weiter. Jetzt gehe es darum, fährt Frau Pfeiffer fort, einheitliche Standards für die elektronische Patientenakte festzulegen. Die Karte diene als Zugangsschlüssel zur Patientenakte. Künftig, so Frau Pfeiffer, sollen Patienten dann auf diese Krankenakte Zugriff haben. Und sie sollen auch entscheiden, welche Informationen in die Akte kommen: „Der Versicherte muss immer Herr über seine Daten sein.“

Wunderbare Vorstellung: wir Ärzte sollen dann künftig mit den Patienten diskutieren, was wir in ihre Akte schreiben und was wir besser weglassen. Aber das ist noch längst nicht alles. Wir können uns heute schon auf jede Menge neue Arbeit freuen. Die elektronische Gesundheitskarte und alles was mit ihr zusammenhängt, werden uns vor der quälenden Langeweile bewahren, die uns regelmäßig in unseren leeren Praxen heimsucht. Zum Beispiel mit dem „Versichertenstammdatenmanagement“, durch den wir künftig den Krankenkassen die Arbeit erleichtern und Kosten sparen. Weiterhin durch den erweiterten Datenschutz. Betreiber von Praxen mit zehn und mehr Mitarbeitern bekommen durch die neue Vorschriften die einmalige Gelegenheit, ihren Bekanntenkreis zu erweitern. Sie brauchen nämlich demnächst einen Datenschutzbeauftragten.

Sie brauchen Techniker, die ihnen ständig neue Updates aufspielen und dann sind da noch die freundlichen Mitarbeiter der Hotlines, in denen man künftig stundenlang hängt. Und weil Ärzte ja auch eh nach Ansicht von Frau Pfeiffer zu viel verdienen, dürfen wir künftig wenigstens einen Teil dieses zuviel verdienten Geldes für die Installation und den Betrieb der neuen Telematikinfrastruktur ausgeben. Sicherlich gibt es dann noch Gelegenheit, einiges für Anwälte abzugeben, wenn etwa trotz pingeligstem Datenschutzes Patientendaten aus unseren Rechnern in die Hände von Hackern geraten - Ja, so was soll es durchaus geben!!! Oder wenn der Arzt im Einverständnis mit dem Patienten die Indikation einer ergotherapeutischen Behandlung notiert hat, sich der Patient aber viele Jahre später nicht mehr daran erinnern kann, sich aber nun ärgert, weil er seinem künftigen Chef Einblick in die Krankenakte gewährt hat, um an seinen Traumjob zu kommen, dieser wenige Tage später aber dann eine freundliche Absage schickt. Natürlich stehen da keine Gründe, aber vielleicht hat es doch mit der Ergoverordnung von damals zu tun. Dann grübelt der Patient und schließlich klagt er. Wenn er schon nicht den Job bekommen hat, will er wenigstens eine Entschädigung.

Was wollen die Kinder- und Jugendärzte nun eigentlich mit ihrer ständigen Kritik, denken sich wahrscheinlich die Krankenkassen und die Politik. Ach, es ist doch ganz einfach. Wir wollen die uns anvertrauten Patienten medizinisch bestmöglich versorgen und wir wollen dass ihre Daten bei uns sicher sind. Eigentlich nicht zuviel verlangt, oder?

Korrespondenzadresse:

Uwe Büsching

Red.: ReH

Ausschnitte aus der KiGGS-Folgerhebung (Welle II 2014 bis 2017)

- **Schwangere rauchen immer seltener**

Jedes neunte Kind (10,9 %) im Alter von 0 bis 6 Jahren hat eine Mutter, die während der Schwangerschaft Raucherin war. Damit ist der Anteil rauchender Schwangerer seit der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) um fast die Hälfte gesunken. Unverändert bleiben die beiden Risikogruppen, in denen besonders häufig während der Schwangerschaft geraucht wird: sehr junge und sozial benachteiligte Mütter.

- **Anstieg von Übergewicht und Adipositas ist gestoppt**

Aktuell sind genauso viele Kinder und Jugendliche übergewichtig oder adipös wie vor zehn Jahren. 15,4 % der Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind aktuell über gewichtig oder adipös, 5,9 % haben eine Adipositas. Dabei zeigen sich keine geschlechterspezifischen Unterschiede. Bei der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) waren insgesamt 15,0 % der Kinder und Jugendlichen übergewichtig oder adipös, eine Adipositas zeigte sich bei 6,3 %.

- **Kinder und Jugendliche bewegen sich entschieden zu wenig**

Regelmäßige Bewegung ist essentiell für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Deshalb empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Heranwachsenden mindestens 60 Minuten aktive Bewegungszeit pro Tag. Doch nur 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren schaffen das. In KiGGS Welle 1 waren es 25,9 % der Mädchen und 29,7 % der Jungen. Mit steigendem Lebensalter nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche die Bewegungsempfehlung erreichen, kontinuierlich ab.

- **Konsum zuckerhaltiger Getränke sinkt, ist aber noch immer zu hoch**

Der Anteil Heranwachsender, die täglich zuckergesüßte Erfrischungs-

getränke konsumieren, ist seit der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) deutlich gesunken. Aktuell trinken 16,9 % der Mädchen und 22,2 % der Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren ein- oder mehrmals täglich zuckergesüßte Erfrischungsgetränke. Vor einem Jahrzehnt war der Konsum mit 28,2 % bei den Mädchen und 34,0 % bei den Jungen noch deutlich höher.

- **Heuschnupfen Häufigkeit bleibt unverändert hoch**

Die Daten der KiGGS Welle 2 belegen: Bei den 3- bis 17-Jährigen ist die Häufigkeit von ärztlich diagnostiziertem Heuschnupfen unverändert hoch. 9,9 % der Kinder und Jugendlichen sind betroffen, bei der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) waren es 9,6 %. Das bedeutet: Nach wie vor sind mehr als eine Million Heranwachsender in Deutschland von dieser chronischen Erkrankung betroffen. Unverändert geblieben sind auch charakteristische Unterschiede in Bezug auf Geschlecht und Alter: Jungen haben häufiger Heuschnupfen als Mädchen (KiGGS Welle 2: 11,9 % vs. 7,9 %).

- **Asthma bronchiale: Keine Zunahme**

Reizhusten, Atemnot – annähernd eine halbe Million Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren sind aktuell von Asthma bronchiale betroffen. Der Vergleich mit den Daten der KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) belegt nun: Die Zahl der Erkrankten bleibt derzeit auf hohem Niveau stabil. Die Verbreitung von ärztlich diagnostiziertem Asthma ist mit 4,0 % in KiGGS Welle 2 im Vergleich zu 3,7 % in der KiGGS-Basiserhebung annähernd unverändert: Etwa 500.000 Kinder und Jugendliche sind von dieser chronischen Krankheit betroffen.

- **Kein Anstieg psychischer Auffälligkeiten**

Bei rund 20 % der Kinder und Jugendlichen finden sich Anhaltspunkte für

psychische Auffälligkeiten. Die Häufigkeit entsprechender Symptome ist über den Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) und KiGGS Welle 1 (2009 bis 2012) stabil geblieben. 82 % der Kinder waren in der KiGGS-Basiserhebung psychisch unauffällig, 18 % zeigten Symptome. 88 % der psychisch unauffälligen Teilnehmenden bei der ersten Untersuchung waren dies während KiGGS Welle 1. Zudem zeigte nur noch die Hälfte der bei der ersten Befragung auffälligen Jungen und Mädchen auch bei der Folgerhebung entsprechende Symptome.

- **Wer einmal raucht, raucht immer? Im Jugendalter werden die Weichen gestellt**

Mit den Daten der KiGGS-Kohorte konnte für Deutschland die Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter untersucht werden. Die befragten jungen Frauen und Männer hatten als Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren an der KiGGS-Basiserhebung und erneut als 19- bis 24-jährige junge Erwachsene an KiGGS Welle 1 teilgenommen. Ihre Selbstangaben belegen die Stabilität des Rauchverhaltens: 85 % der rauchenden Jugendlichen tun dies weiterhin, nur 15 % gelingt es aufzuhören. 78 % der Nichtraucher Heranwachsenden behalten diese Verhaltensweise bei und rauchen auch als junge Erwachsene nicht, während 22 % in dieser späteren Lebensphase Tabakprodukte konsumieren.

- **Allergierisiken verschwinden selten. Deutlich mehr neue Sensibilisierungen als Rückbildungen**

Die KiGGS-Studie untersucht, ob im Kindes- und Jugendalter erworbene Sensibilisierungen gegen wichtige Inhalationsallergene bestehen bleiben, inwieweit sie sich neu entwickeln, zurückgehen oder verschwinden. Die meisten Kinder, die zur Zeit der KiGGS-Basiserhebung gegen einen

Mix aus häufigen Inhalationsallergenen (SX1) sensibilisiert waren, blieben dies auch mehr als 10 Jahre später. Nur bei wenigen Mädchen (11 %) und Jungen (6 %) war die frühere Allergiebereitschaft nun nicht mehr nachweisbar. 21 % der Mädchen und 29 % der Jungen entwickelten in dem Jahrzehnt zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 eine SX1-Sensibilisierung. Insgesamt haben sich also deutlich mehr Allergiebereitschaften entwickelt als zurückgebildet.

- **Frühe Vorbeugung ist notwendig**

Kinder mit Übergewicht oder Adipositas tragen ein hohes Risiko, auch als Jugendliche zu viel auf die Waage zu brin-

gen. Das belegen die Daten der Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter, die nach 11 Jahren erneut an der Untersuchung im Rahmen der KiGGS-Kohorte teilgenommen haben. Die Mehrheit der 2- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen ohne Übergewicht oder Adipositas zum Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung hatte auch als Jugendliche kein Übergewicht (86 %) bzw. keine Adipositas (93 %). Bei 8 % dieser Kinder hatte sich Übergewicht entwickelt, aber keine Adipositas. 5 % wurden adipös. Von den 2- bis 6-jährigen mit Übergewicht behielten 24 % dieses innerhalb von elf Jahren bei. 29 % entwickelten eine Adipositas und 47 % waren als Jugendliche nicht mehr

übergewichtig. Von den Kindern mit Adipositas blieben 65 % adipös, während 11 % als Jugendliche ein Übergewicht und 24 % ein Normalgewicht hatten. Weniger als die Hälfte der Kinder schafft es, einmal erworbenes Übergewicht wieder loszuwerden.

Link: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_2/Kurzbrochure.pdf?__blob=publicationFile

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

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

Mehr Psychologie in die Schulen!

Die Anforderungen an Schulen sind in den letzten Jahren enorm gestiegen. Schülerinnen und Schüler sollen zu mündigen Bürgerinnen und Bürgern erzogen werden, die in der Gesellschaft Verantwortung für sich und andere übernehmen. Diese Aufgabe fordert Lehrkräfte, und in einigen Fällen überfordert es sie auch, wie auch aktuelle Hilferufe in Form von Brandbriefen zeigen. Dabei geht es häufig, aber nicht nur um ein zunehmendes Klima der Gewalt und Verrohung des Umgangs miteinander an Schulen. Neben dem Sozialverhalten werden Defizite in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Lern- und Arbeitsstrategien, Lenkung des eigenen Verhaltens sowie Umgang mit Stress und Belastungen immer wieder thematisiert. Um sich diesen Problemen stellen zu können, benötigen Schulen gut ausgebildete Schulpsychologinnen und -psychologen und Psycholo-

gie-Lehrkräfte, fordert der Berufsverband der Deutschen Psychologinnen und Psychologen.

Die Versorgung mit Schulpsychologinnen und -psychologen sei in Deutschland nach wie vor mangelhaft und bleibe weit hinter dem zurück, was die Kultusministerkonferenz bereits in den 1970er Jahren forderte. Auch im internationalen Vergleich habe Deutschland Nachholbedarf, was die schulpsychologische Versorgung angeht. Im Jahr 2016 kamen auf einen Schulpsychologen rund 9.000 Schüler. Internationale Standards fordern ein Verhältnis von 1:1.000.

Darüber hinaus sei in Deutschland, anders als in anderen Ländern, Psychologie zu selten als Schulfach wählbar. In zahlreichen anderen Ländern gilt die Vermittlung von psychologischen Kompetenzen als wichtiges Mittel, um Lern- und Entwicklungsziele zu erreichen, für

die das Verstehen menschlichen Erlebens und Verhaltens zentral sind.

Im Psychologie-Unterricht arbeiten Schüler an Themen wie Streitschlichtung, Gesundheitsverhalten, Stressbewältigung und Vielem mehr.

Aus all diesen Gründen appellieren der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPS) und der Verband der Psychologielehrerinnen und -lehrer e.V. an die Kultusministerien der Länder, mehr Psychologie in die Schulen zu bringen. Deutsche Schulen benötigen mehr Schulpsychologinnen und -psychologen, mehr Psychologie-Unterricht sowie gut ausgebildete Psychologie-Lehrerinnen und -Lehrer.

Red.: ReH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

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

Artikel-Favoriten

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

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

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

Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal

Die Pädiatriebörse des BVKJ

Die ambulante pädiatrische Versorgung wandelt sich. Die klassische Einzelpraxis auf dem Land wird seltener. In guten städtischen Lagen gibt es immer noch mehr als genug interessierte Nachfolger. Bis sich Praxisinhaber und Nachfolger gefunden und geeinigt haben, vergeht dennoch immer viel Zeit. Wer seine Praxis abgeben möchte, sollte sich daher früh genug aktiv um die Nachfolge kümmern. Ebenso sollten potentielle Nachfolger mit einer längeren Frist rechnen, bis sie ihre Wunschpraxis gefunden und übernommen haben.

Um abzugehende Kinder- und Jugendarztpraxen und junge Pädiater und Pädiaterinnen zusammenzubringen, hat die Firma InfectoPharm vor einigen Jahren eine sehr gut gemachte Internet-Praxisbörse auf die Beine gestellt. Der BVKJ führt nun diese Praxisbörse (Pädiatriebörse) fort. Sie

stellt eine wertvolle Ergänzung des Service für die Mitglieder dar.

Praxisübergabe ist Vertrauenssache

Es ist selbstverständlich, dass der BVKJ die Daten streng vertraulich behandelt und unter keinen Umständen an Dritte weitergibt. Erst bei ernsthaftem Interesse an Ihrer Praxis stellen wir – das Einverständnis des Inhabers, bzw. der Inhaberin vorausgesetzt – dem Suchenden weitere Informationen zur Verfügung. So entscheidet nur der Inhaber oder die Inhaberin, ob ein Kontakt zu einem Interessenten zustande kommt.

Gleiches gilt natürlich für alle, die in der Rubrik Gesuche nach einer Übernahmemöglichkeit oder einer Anstellung suchen.

Die Angebote bleiben sechs Monate bestehen.

Was gibt es derzeit in der Praxisbörse?

Zunächst ein paar aktuelle Zahlen aus der Datenbank:

Aktuell (Daten ab 2. Februar) sind 94 Anzeigen unter Gebote und 23 Anzeigen unter Gesuche eingestellt.

Insgesamt wurden über die letzten Jahre 978 Anzeigen über Gebote und 299 Anzeigen über Gesuche eingestellt.

Dafür haben sich 2693 Interessenten unter Gebote und 991 Interessenten unter Gesuche registriert.

Die durchschnittlichen Zugriffszahlen liegen aktuell bei etwa 190 Besuchern pro Tag, wobei der Montag interessanterweise der aktivste Tag ist (Abb. 1).

Über den Tag verteilt sah es im Februar so aus (Abb. 2).

Die meist besuchte Seite sind die Gebote mit insgesamt 1460 Aufrufen im Februar, dabei wurden 802 Mal auch die Details einer Anzeige angeschaut. Aber lediglich elfmal wurde eine Kontaktanfrage zu einem Gebot gestellt.

Die Gesuche wurden 559 Mal aufgerufen, 277 Mal wurden die Details eines Gesuches angeschaut. 74 Mal wurde eine Kontaktanfrage zu einem Gesuch gestellt.

Informationen, welche Gebote oder Gesuche konkret aufgerufen wurden, haben wir nicht. Und die IP-Adressen, die wir haben, sind aus datenschutzrechtlichen Gründen anonym, d.h. auch von dieser Seite wissen wir nichts über die spezifischen Regionen.

Korrespondenzadresse:

Angelika Riquelme

Mitgliederservice

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., 51069 Köln

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Red.: ReH

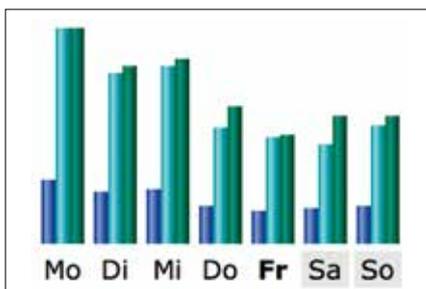


Abb. 1

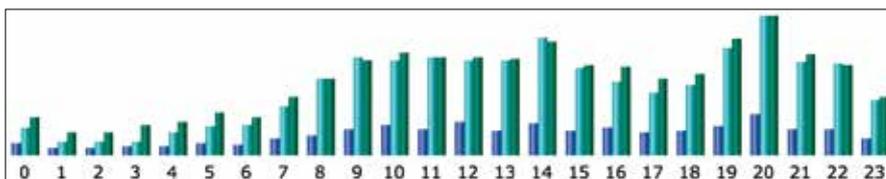


Abb. 2

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung

Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund

Seit dem 15. Februar stellt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Informationen und Kontaktadressen in 16 Sprachen zur Verfügung, um Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund die Recherche zu erleichtern.

Unterstützung für Schwerkranke und deren Angehörige

Die Online-Adressdatenbank „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) ist

um weitere Sprachen erweitert worden. Es stehen jetzt **Informationen in folgenden Sprachen** zur Verfügung: Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Tigrinya, Türkisch, Vietnamesisch

Sprachbarrieren und mangelndes Wissen um die Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung tragen dazu bei, dass insbesondere schwerkranken Menschen mit Migrationshintergrund der Zugang zu einer angemessenen Versorgung erschwert ist. Akute Situationen sind für betroffene Familien oft so belastend, dass wenige Ressourcen für aufwändige Recherchen bleiben – insbesondere dann nicht, wenn die Muttersprache eine

andere als Deutsch ist. Genau hier setzt das Online-Portal an: Es informiert in neun Sprachen über verschiedene Versorgungsformen und unterstützt Patienten und Angehörige mittels einer Umkreissuche dabei, eine von mehr als 3.000 Anlaufstellen der Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit zu finden.

Link: http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de/angebote/kinder_jugendliche

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Buchtipps

Rudolf Kemmerich
ADHS von A bis Z
 Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten
 Verlag W. Kohlhammer, 1. Auflage
 2017, 288 Seiten, € 28,00
 ISBN 978-3-17-033447-2



Informationen rund um das Thema ADHS werden in diesem Buch praktisch und kompakt zusammengefasst sowie übersichtlich aufbereitet, sodass auch der von zeitlichen Ressourcen sehr eingeschränkte Kinder- und Jugendarzt sich rasch einen Überblick verschaffen kann. Es werden verschiedenste Gesichtspunkte von ADHS im übersichtlichen Lexikonformat praxisnah besprochen, ergänzt durch zahlreiche Praxistipps, Handlungsempfehlungen und Hinweise für den Alltag in der Praxis.

Das Buch eignet sich ganz besonders für Kinder- und Jugendärzte, die in ihrer Praxis keinen ADHS-Schwerpunkt haben, aber natürlich nahezu täglich mit dieser Fragestellung konfrontiert sind und bei ihren Patienten die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Schritte einleiten und die Eltern kompetent beraten müssen.

Schwerpunkte des Werkes sind u. a. die medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung von ADHS, die Erziehung und der Umgang mit ADHS-Kindern, die Ernährung bei ADHS sowie Pseudo-ADHS.

Für die Beratung von Eltern und Lehrern gibt das Buch praktische Alltagstipps und widmet sich auch dem wichtigen Thema der Transition.

Dr. Rudolf Kemmerich ist Kinder- und Jugendarzt sowie Umweltmediziner. Er ist im wissenschaftlichen Beirat bei ADHS Deutschland e. V.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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



Foto: © amenciel81 - Fotolia.com

Umwelt- und Nachhaltigkeitsfragen im Koalitionsvertrag kurzfristig und unzureichend

Die Umwelt- und Klimapolitik stünde für die Bewahrung der Schöpfung: „Wir wollen für unsere Kinder und Enkel eine intakte Natur bewahren. Eine saubere Umwelt und der Schutz der Biodiversität sind unser Ziel.“ (Kapitel XI. Verantwortungsvoller Umgang mit unseren Ressourcen). Die wichtigen diesbezüglichen Aussagen bleiben im gesamten Vertrag vage, werden zumeist mit dem Verb „wollen“, nicht mit „werden“ eingeleitet oder finden sich überhaupt nicht. Details und Planungen für konkrete Maßnahmen fehlen weitgehend, punktuelle Vorschläge bleiben ohne umfassende Konzepte. Kinder- und Jugendärzte und pädiatrische Gesellschaften präzisieren Kritik und ihre Forderungen zu einzelnen Themenbereichen, in diesem Beitrag zu den Themen Insektensterben, Pflanzenschutzmitteleinsatz und Grundwasser-Reinhaltung.



Prof. Dr. Karl Ernst
von Mühlendahl

Kinder- und Jugendärzte fordern ein umfassendes Konzept, das Nachhaltigkeit, Biodiversität und Tierschutz in der Massentierhaltung und die Reinhaltung des Grundwassers berücksichtigt.

Landwirtschaft und Flächennutzung

Wie wird die Welt unserer Kinder und Urenkel aussehen, die wir ihnen hinterlassen? In der Landwirtschaft führen Monokulturen, Versiegelung und

Drainierung, Massentierhaltung, Überdüngung und der Einsatz von Pflanzenschutzmitteln zu tiefgreifenden Veränderungen. Land, Wasser, Luft, Artenvielfalt und Klima sind betroffen.

• Insektensterben

In Deutschland gibt es eine gravierende, beunruhigende Verminderung der fliegenden Insekten, nämlich um mehr als drei Viertel. Das hängt neben anderem mit den Methoden zusammen, mit denen die Landwirtschaft arbeitet. Zunahme der Ackerflächen, Verarmung der Kräutervielfalt

falt und Stickstoffdüngung sind mit dem Rückgang korreliert; ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Pflanzenschutzmitteln und Bienensterben ist erwiesen.

Im Koalitionspapier steht dazu: „Wir werden das Insektensterben umfassend bekämpfen. Mit einem Aktionsprogramm Insektenschutz wollen wir die Lebensbedingungen für Insekten verbessern.“ Man würde „einen Dialog zwischen Landwirten, ... den Naturschutzverbänden und der Wissenschaft“ initiieren. Schutzmaßnahmen wollen die Parteien „verstärkt in Zusammenarbeit mit diesen Sektoren voranbringen und die vorhandenen Instrumente verstärkt nutzen.“ Über den Vorsatz hinaus, dass umfassend bekämpft werden sollte, sind im Koalitionsvertrag kaum Details und konkrete Vorhaben zu finden.

Beim Wissen um die Artenreduktion, die Reduktion der biologischen Diversität handelt es sich nicht um neue Erkenntnisse. Die Verminderung von Faltern (1), von Bienen und insektenfressenden Vögeln (2), wie auch von vielen anderen Arten (3, 4), ist bekannt. Eine im letzten Jahr bekannt gewordene Studie zeigt, dass zwischen 1990 und 2015 an 26 Sammelstellen in Deutschland, an denen dort mehrfach über längere Sammelperioden die Insektenmenge gewogen wurde, die „Insektenmasse“ um mehr als drei Viertel zurückgegangen ist. Zunahme der Ackerfläche, ausgebrachte Stickstoffmenge und Rückgang der Kräutervielfalt waren mit dem Rückgang korreliert, nicht aber Temperaturveränderungen, Ausmaß des Grünlandes und Feuchtigkeit (5).

- **Pflanzenschutzmittel**

Die Kritik am Einsatz von Glyphosat, eines Herbizides steht exemplarisch für Bedenken und Kritik am Einsatz von Pflanzenschutzmitteln.

„Wir werden ... den Einsatz von glyphosathaltigen Pflanzenschutzmitteln deutlich einschränken mit dem Ziel, die Anwendung so schnell wie möglich grundsätzlich zu beenden.“ Die Parteien würden „mit der Landwirtschaft Alternativen im Rahmen einer

Ackerbaustrategie entwickeln und u.a. umwelt- und naturverträgliche Anwendung von Pflanzenschutzmitteln“ regeln. Mit Glyphosat wird verkürzt ein einziges Pflanzenschutzmittel genannt in einem Kontext, in dem der gesamte Komplex der Insektizide, Herbizide und der unkrautfreien Monokulturen zu betrachten wäre.

In Deutschland werden jährlich fast 9 Liter Pflanzenschutzmittel (darin 2,8 Liter Wirkstoff) pro Hektar Anbaufläche ausgebracht (6). Auf den betroffenen Äckern dürfte jeweils mehr als das Doppelte der genannten Mengen versprüht werden. Weltweit werden in jedem Jahr mehr als 700.000 Tonnen des derzeit vornehmlich in der Kritik stehenden Glyphosats (7) freigesetzt. Es wird in der Regel vor der Aussaat verwendet, aber auch vor der Ernte (Desikkation). Glyphosat ist von der IARC als wahrscheinlich kanzerogen für Menschen klassifiziert worden (eine nicht allgemein akzeptierte Einstufung). Es ist schädlich für Bienen und andere Insekten. Es ist abbaubar und zählt somit nicht zu den POPs. Unter den Pflanzenschutzmitteln sind viele andere, giftige, persistente Substanzen (sog. POPs, persistent organic pollutants), die noch über Dekaden in der Welt verbleiben, und humantoxische, krebserregende und erbgutschädigende Stoffe) sowie insekten- und bienentoxische Chemikalien (z.B. Neonikotinoide).

- **Grundwasserqualität/Stickstoffüberdüngung**

Der Nitratgehalt liegt in Deutschland in mehr als einem Drittel der Grundwässer über dem Grenzwert von 50 Milligramm pro Liter. Ursache sind hohe Stickstoffeinträge, deren wichtigste Gründe Überdüngung und intensive Tierhaltung sind. Es dauert – je nach Bodenbeschaffenheit – mitunter Jahrzehnte, bis Oberflächeneinträge (zu denen auch Medikamentenrückstände und Pflanzenschutzmittel gehören) in die grundwasserführenden Schichten durchgesickert sind.

Im Koalitionsvertrag gibt es dazu einen einzigen Satz: „Im Dialog mit der

Landwirtschaft werden wir auf eine gewässerschonende Bewirtschaftung hinwirken.“

Seit rund 100 Jahren werden reaktive Stickstoffverbindungen aus dem inerten Stickstoff der Luft hergestellt (Haber-Bosch-Verfahren). Die damit einsetzende Destabilisierung des über viele Millionen von Jahren bestehenden Stickstoffkreislaufes ist eine nachhaltige Bedrohung für nachkommende Generationen und für viele Ökosysteme. 150 Millionen Tonnen reaktiven Stickstoffs gelangen jährlich durch menschliche Aktivität in die Umwelt (8, 9). In mehr als einem Drittel der Grundwässer liegt der Nitratgehalt schon heute über dem noch als gesundheitsverträglich betrachteten Grenzwert von 50 Milligramm pro Liter. Überdüngungen und intensive Tierhaltung sind weltweit für rund 50% der Stickstoffeinträge verantwortlich. Trinkwasser könnte auch in unserem wasserreichen Mitteleuropa für kommende Generationen sehr teuer werden, da aufwendige Aufbereitung notwendig werden wird. In diesem Zusammenhang kann auf die 2018 anstehende Überarbeitung der Europäischen Rahmenrichtlinie von 2009 (Sustainable Use Directive) hingewiesen werden: EC Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the quality of water intended for human consumption, Brüssel 1.2.2018. Wir werden unseren Kindern und Enkeln eine teure Erbschaft hinterlassen. Die Sauberkeit des Grundwassers unseren Enkeln zu erhalten ist eine Verpflichtung unserer Generation.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Karl Ernst v. Mühlendahl
Umweltmediziner und Pädiater
Kinderumwelt gGmbH der
Deutschen Akademie für Kinder-
und Jugendmedizin,
49124 Georgsmarienhütte
E-Mail: muehlend@uminfo.de

Red.: WH

Das Kinder-UKE setzt Maßstäbe

Als der Deutsche Bundestag im Jahr 2002 einstimmig die Bundesregierung aufforderte, „die Schlüsselfunktion des Pädiaters in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ zu sichern, wuchs bei unseren Verbänden die Hoffnung auf Realisierung unserer Forderungen, zu denen auch die kindgerechte stationäre Versorgung unseres Patientengutes gehört. Aber Gesundheitspolitik und Verwaltungen ließen sich Zeit mit der Umsetzung.

Leuchtturm des Nordens

Ein entscheidender Schritt in diese Richtung geschah, als Hamburgs Bürgermeister Olaf Scholz gemeinsam mit Wissenschaftssenatorin Katharina Fegebank und dem Mäzen Dr. Michael Otto im September 2017 der strahlenden Klinikdirektorin Professor Dr. Ania C. Muntau symbolisch den Schlüssel für die neue Universitäts-Kinderklinik übergab. Nach neun Jahren Planung und exakt eingehaltener Bauzeit von drei Jahren erfüllt nun die modernste Kinderklinik des Nordens viele Wünsche unserer Fachgruppe.



Wohlthuend grenzt sich die Klinik schon durch ihre Lage am Rande des großen Eppendorfer Geländes durch eine separate Auffahrt ab. Die freundliche Farbgestaltung der Fassade habe sie gemeinsam mit dem Baudirektor realisiert, verrät Prof. Muntau. 3.000 Quadratmeter Fensterfläche sorgen für lichtdurchflutete Zimmer mit 148 Betten, sowie Spiel- und Aufenthaltsräume für Patienten, deren gesunde Geschwister und Eltern. Sie bieten mit altersbezogener, geschmackvoller Einrichtung Geborgenheit und sogar die Übernachtungsmöglichkeit für ein Elternteil.

Alles unter einem Dach

Und der Spezialist behandelt in der Kinderklinik! Nicht nur die Kinderchir-



urgen nutzen die drei technisch hervorragend ausgestatteten Operationsräume der Klinik, sondern auch andere operierende Spezialisten, die nun auf die kleinen, nicht immer alters- und pflegegerechten Stationen in ihren Fachkliniken verzichten können. Auch Leber-, Nieren- und Knochenmarktransplantationen werden hier durchgeführt und alle Patienten in der Kinderintensivstation weiterbehandelt.

Als **Behandlungsschwerpunkte** listet die Klinik auf:

- schwere, seltene, komplexe und ungeklärte Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- Herzerkrankungen
- Krebserkrankungen (einzige onkologische Kinderklinik der Metropolregion Hamburg)
- zahlreiche Spezialambulanzen, z. B. für Immundefekte, Stoffwechselerkrankungen, degenerative Hirnerkrankungen

Neben den Schwerpunkten nehmen die Klinikmitarbeiter selbstverständlich an der ambulanten und stationären Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen teil.

Die Klinik verfügt über modernste Medizintechnik, unter anderem einen eigenen Magnetresonanztomographen. Untersuchungsmaterial kann mittels Rohrpost ohne personellen Aufwand zur raschen Analyse in das Zentrallabor befördert werden.

Qualität hat ihren Preis

Die Baukosten hielten sich innerhalb der geplanten Höhe von knapp 70 Millionen Euro. Davon stammen 20 Millionen aus städtischen Fördergeldern und ein Drittel aus Mitteln des Eppendorfer Klinikums. Der Rest von 23,5 Millionen wurde als Spende von 12.000 Einzelpersonen und Institutionen aufgebracht, 11,6 Millionen allein von Dr. Michael Otto, der in guter Familientradition das stifterische Lebenswerk seines Vaters fortsetzt. Dankbar würdigt ihn das Kinder-UKE mit dem Namenszusatz „Werner und Michael Otto Universitätskinderklinik“.

Was bleibt zu tun?

Nach dem Umzug in das neue Haus bei laufendem Betrieb in nur acht Tagen müssen noch etliche Kartons ausgepackt werden. Um auf die Stärke von 600 Mitarbeitern zu kommen, sollen noch 70 Pflegekräfte angeworben werden. Neben der Patientenversorgung erfüllt die Klinik ihren Lehrauftrag im integrierten Hörsaal. Die wissenschaftliche Arbeit wird sich endgültig im Forschungszentrum des UKE etablieren, um sie auf dem bisher hohen Niveau fortzusetzen – „und vielleicht auch darüber hinaus“, hofft Ania Muntau zuversichtlich.

Ein Projekt liegt der neuen Klinikdirektorin besonders am Herzen: Sie wünscht sich von der KV Unterstützung, die Zusammenarbeit zwischen klinisch tätigen und niedergelassenen Pädiatern so verzahnen zu dürfen, wie das in anderen Hamburger Kinderkliniken im Notdienst seit Jahren geschieht. „Beide“, meint sie, „können voneinander lernen.“

Korrespondenzanschrift:

Dr. Klaus Gritz, 21354 Bleckede
E-mail: Klaus@Gritz.de

Red.: WH

Alfons Fleer zum 65. Geburtstag

Alfons Fleer aus Kassel feierte am 10. Mai 2018 seinen 65. Geburtstag. Ich freue mich über die große Ehre, Dir lieber Alfons im Namen des BVKJ und aller Deiner Weggefährten aus der Verbandspolitik dazu herzlichst zu gratulieren.

Du wurdest als zweitältester von vier Geschwistern in Essen geboren und hast dort die kath. Grundschule besucht. 1971 folgte das Abitur am Carl-Humann-Gymnasium. Nach einem Studienversuch mit Ingenieur- und Wirtschaftswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum führte Dich Dein Weg 1972 in das kleine, aber damals politisch sehr engagierte Marburg. Von 1972 bis 1978 studierst Du Medizin und im Nebenfach Soziologie an den Universitäten Marburg und Gießen. Deine Neugier hat Dich während des Studiums nach Uganda in ein Entwicklungshilfeprojekt gebracht. Diese Partnerschaft hast Du immer wieder belebt und bis jetzt nicht vergessen. Du probierst aus, was Einsamkeit und Schafe in den Pyrenäen (Landkommune) mit der Medizin und Deinem Leben zu tun haben. Im Mai 1979 erfolgte die Approbation.

Mit dem Start in der Psychiatrie 1979 bis 1980 legtest Du den Grundstein für Deine Zusatzweiterbildung Psychotherapie. Chirurgie, dann zwei Jahre Pädiatrie in der Klinik „Zum Kind von Brabant“ in Kassel sowie Innere Medizin führten Dich 1984 an die Kinderklinik der Städtischen Kliniken Kassel. Dort erhieltst Du 1989 Deine Facharztanerkennung für Kinderheilkunde. 1989 bis 1990 warst Du in der Neuropädiatrischen Ambulanz (heute SPZ) der Städtischen Kliniken Kassel tä-

tig. Zehn Monate Erziehungsurlaub nach der Geburt Deiner Tochter, damals für viele Chefärzte unmöglich, gehörten für Dich zum Selbstverständnis eines jungen Familienvaters dazu.

1991 hast Du in Kassel-Bettenhausen, einem eher sozial benachteiligten Stadtteil, Deine Tätigkeit als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt begonnen und zum 31.12.2017 mit erfolgreicher Übergabe beendet.



Als in großen Zusammenhängen denkender und scharf analysierender Freund und Kollege hast Du vor Ort in Kassel Aufgaben im Ortsbeirat und in der Stadtpolitik bis heute übernommen. Dein berufspolitisches Engagement begann 1989 bis 1993 als Delegierter der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. Du warst von 1999 bis 2008 Obmann des BVKJ in Kassel. Du warst im Landesvorstand des BVKJ LV Hessen und von 2011 bis 2015 Mitglied des Bundesvorstands des BVKJ. Du warst Beauftragter

für Psychotherapie und Mitglied im Ausschuss Psychosomatik unseres Berufsverbands. Du hattest den örtlichen Qualitätszirkel „Kinder- und Jugendmedizin“ in Kassel gegründet. Beeindruckend war Deine Initiative zur Gründung eines pädiatrischen fachspezifischen Bereitschaftsdienstes in Kassel in Form einer Genossenschaft der beteiligten Kolleginnen und Kollegen.

Unsere gemeinsamen Jahre von 2011 bis 2017 in der Vertreterversammlung der KV Hessen haben wir als Tandem für die ambulante Pädiatrie in Hessen vielfältig genutzt. Ohne Deine feste Basstimme in der VV oder im ÄBD-Ausschuss gäbe es den flächendeckenden kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen in dieser Form nicht.

Ich wünsche Dir auch im Namen aller Weggefährten in Deinem neuen Lebensabschnitt weiterhin viel Kraft und Kreativität. Deine vier Enkel und Deine Familie möchten sicher mehr Zeit von Dir. Zwei Chöre und Dein Akkordeon freuen sich über Deinen musikalischen Beitrag. Und Deine neuen sozialen Projekte, wie z. B. Musikunterricht für sozial benachteiligte Kinder mögen wachsen und gedeihen. Mein Wunsch für unsere Freundschaft – mindestens eine jährliche Wanderung zwischen Kassel und Wiesbaden sollten wir uns gönnen.

Alles Gute für die nächsten Jahre. Christof

Korrespondenzanschrift:

Dr. Christof Stork

65185 Wiesbaden

E-Mail: dr.christof-stork@t-online.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.

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Donatello, David mit dem Haupt des Goliath



Foto: © akq-images/Rabatti - Domingie

Donatello, David mit dem Haupt des Goliath, um 1430/35, Museo Nazionale del Bargello Florenz

Selten ist der siegreiche Kämpfer gegen den Riesen Goliath so knabenhaft dargestellt worden wie in der Bronzefigur Donatellos. Der Gesichtsausdruck zeigt ihn nachdenklich, nicht triumphierend, aber er weiß, welchen Dienst er dem Volk Israels durch seine Tat geleistet hat. Beinahe spielerisch setzt er seinen Fuß auf das abgeschlagene Haupt des Gegners. Der Helm trägt den Lorbeerkrans des Siegers. In der linken Hand, locker in die Hüfte gestemmt, hält er den Stein für die Schleuder, mit der Rechten ergreift er das Schwert des besiegten Riesen.

Bei der Davidstatue handelt es sich um die erste freistehende Aktfigur nach der Antike. In der ausgewogenen Ponderation zeigt sich Donatellos Bewunderung für die Werke des klassischen Altertums. In seinem Werk verbinden sich antike Körpervorstellungen mit einer neuen Innerlichkeit. Ihm gelang es auch, die Gesetzmäßigkeit der Zentralperspektive auf Skulpturen anzuwenden. Mit dem relief *SCHIACCHIATO* (gequetschtes Relief) erzeugt er durch minimale Erhebungen und Vertiefungen eine tiefenräumliche Illusion. Gegenüber der mittelalterlichen Nischen- und Gewändefigur, bei der nur eine Ansichtsseite vorhanden ist, geht der Künstler den Weg zur freistehenden Statue oder Gruppe. Neben der Hauptansicht gewinnen die Nebenseiten an Gewicht, was auch für den Bronze-David gilt.

Donatello war der bedeutendste Bildhauer der Frührenaissance. Vorwiegend war er in Florenz tätig, außerdem in Siena, Prato und Rom, schließlich in Padua. Vielseitig waren seine technischen Möglichkeiten, er arbeitete in Marmor, Ton, Stuck, Bronze und Holz. In seiner Reifezeit widmete er sich besonders der Schilderung innerer Empfindungen. In Altarszenen sieht man neben einem ruhigen Zentrum in den Seitenpartien wild gestikulierende Menschengruppen.

In der Spätphase des Meisters findet man die Darstellung exzessiver Gebärden bei der Gestaltung von Schmerz und Verzweiflung. Gegenüber der heiteren Welt der Frührenaissance gibt es hier also schon eine Andeutung von Expressionismus.

In den politischen Wirren Ende des 15. Jahrhunderts – nach der Vertreibung der Medici 1494 – entschloss sich die Signoria von Florenz, ein Zeichen zu

setzen und zwei symbolträchtige Figuren aus dem Palazzo Medici zum Rathaus zu transportieren, den David und die Judith- und Holofernes-Gruppe, beides von Donatello. In den alttestamentarischen Vorbildern David und Judith sah man eine Frömmigkeit verkörpert, die göttlichen Beistand sicherte. Beide hatten das Volk vor der drohenden Vernichtung durch scheinbar übermächtige Feinde bewahrt.

1504 schließlich wurde statt des Hirtenknaben Michelangelos Marmor-David auf der Piazza Signoria aufgestellt. Der reife, kraftvolle Held sollte den Kampfeswillen von Florenz anspornen.

Dr. Peter Scharfe

Kinder- und Jugendarzt

Wilhelm-Weitling-Str. 3, 01259 Dresden

Red.: ReH

Mitteilungen aus dem Verband

Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“ 2018

– Update für das gesamte Praxisteam –

Themen: * **Neue Perspektiven zur frühen Beeinflussung des Mikrobioms** – als Darmflora altbekannt und für die Gesundheit relevant * **Kinder und Jugendliche schützen** – welche Reiseimpfungen müssen sein? * **Seltene Erkrankungen** * **HPV-Impfung ab 9** – wie bespreche ich das mit den Eltern? * **Neues aus der BVKJ Service GmbH** * **Abrechnung über Paed.Selekt** * **PädExpert®** – telemedizinisches Konsiliararztssystem *

- | | |
|--|--|
| 1. 03.03.2018
<i>Frankfurt, Holiday Inn Neu-Isenburg</i> | 6. 25.08.2018
<i>Halle (Saale), Dormero Hotel</i> |
| 2. 10.03.2018
<i>Berlin, Courtyard Berlin Mitte</i> | 7. 22.09.2018
<i>Bonn, Hilton Hotel Bonn</i> |
| 3. 06.06.2018
<i>Meißen, Dorint Park Hotel</i> | 8. 21.11.2018
<i>München, Konferenzzentrum</i> |
| 4. 11.07.2018
<i>Dortmund, Parkhotel Wittekindshof</i> | 9. 01.12.2018
<i>Oldenburg, Best Western Hotel Heide</i> |
| 5. 18.07.2018
<i>Nürnberg, Holiday Inn Nürnberg</i> | 10. 08.12.2018
<i>Stuttgart, Holiday Inn Stuttgart</i> |

Programm: Die jeweiligen Programmflyer mit Anmeldeformular für die einzelnen Orte werden automatisch **ca. 8 Wochen vor Termin** per Post an alle Kinder- und Jugendarztpraxen (die Mitglied im BVKJ e. V. sind) im jeweiligen Einzugsgebiet der Landesverbände verschickt. (Vor Anmeldung möglich unter cedric.weise@uminfo.de; 0221-68909-18)
Veranstalter: BVKJ e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Alle Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.bvkj.de

Geburtstage im Juni 2018

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Else-Ruth Schirber**, Starnberg, am 02.06.1953
 Frau Dr. med. **Brigitte Beyer**, Hamburg, am 05.06.1953
 Frau **Nicole Pauly**, Aichach, am 05.06.1953
 Herr Dr. med. **Dieter Göhler**, Havixbeck, am 05.06.1953
 Frau Dr. med. **Frigga von Gontard**, Homburg, am 06.06.1953
 Frau Dr. med. **Hedwig Müller-Chraibi**, Viernheim, am 11.06.1953
 Frau Dr. med. **Karin Maria Glaser**, Dreieich, am 11.06.1953
 Frau **Annette Kaufmann**, Bremen, am 13.06.1953
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Rost**, Göppingen, am 17.06.1953
 Herr Dr. med. **Henning Wulbrand**, Hamburg, am 20.06.1953
 Herr **Hans-Joachim Baudis**, Dahn, am 21.06.1953
 Herr **Wolfgang Boksch**, Hattingen, am 21.06.1953
 Frau Dipl.-Med. **Regina Lange**, Plauen, am 21.06.1953
 Herr Heinrich **Andreas Dannecker**, Ludwigshafen, am 23.06.1953
 Frau Dr. med. Dipl. Psych. **Marie A. Kessmann-Voosholz**, Senden, am 23.06.1953
 Herr **Waldemar Meinzer**, Dorsten, am 26.06.1953
 Herr Dr. med. **Franz Otto Ambrass-Kriwat**, Neversdorf, am 28.06.1953
 Herr Dr. med. **Hans Georg Schatz**, Bayreuth, am 28.06.1953
 Frau **Helene Wiens**, Löhne, am 29.06.1953
 Frau Dr. med. **Winnie Schmidt-Redemann**, Reute, am 30.06.1953

70. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. **Martin Stern**, Tübingen, am 01.06.1948
 Herr Prof. Dr. med. **Hans-Michael Straßburg**, Gerbrunn, am 02.06.1948
 Herr Dipl.-Med. **Hartmut Kruse**, Bochum, am 02.06.1948
 Herr Dr. med. **Klaus-Jürgen Taube**, Berlin, am 09.06.1948
 Herr **Carlos Cordero-d'Aubuisson**, Melle, am 11.06.1948
 Herr **Jochen Starke**, Berlin, am 12.06.1948
 Herr Dr. med. **Ulrich Schaefer**, Mannheim, am 18.06.1948
 Herr Dr. med. **Wolfgang Berdau**, Kiel, am 18.06.1948
 Frau Dr. med. **Gabriele Prehl**, Gräfenheinhichen, am 25.06.1948
 Frau Dr. med. **Marianne Allmendinger**, Kuchen, am 28.06.1948
 Herr Dr. med. **Heinz-Joachim Kersten**, Essen, am 30.06.1948

75. Geburtstag

Frau MUDr. **Gudrun Andresen**, Senftenberg, am 02.06.1943
 Frau Dr. med. **Wiltrud Gordon**, Lüneburg, am 03.06.1943
 Herr Dr. med. **Gero Schumacher**, Hamburg, am 11.06.1943
 Frau SR Dr. med. **Edith Huth**, Berlin, am 13.06.1943
 Frau Dr. med. **Gisela Riering**, Wendlingen, am 14.06.1943

Frau Dr. med. **Ingeborg Dronia-Haber**, Buxtehude, am 14.06.1943
 Herr Dr. med. **Albrecht Fiedler**, Schwäbisch Gmünd, am 15.06.1943
 Herr Dr. med. **Wolfgang Beil**, Miesbach, am 17.06.1943
 Herr Dr. med. **Konstantin von Puttkamer**, Tübingen, am 22.06.1943
 Herr Dr. med. **Reinhard Feindt**, Göttingen, am 22.06.1943
 Frau Dr. med. **Christa-Maria Ziegeler**, Calbe, am 23.06.1943
 Frau Dr. med. **Gundula Nath**, Krumbach, am 25.06.1943

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Klaus Kevenhörster**, Mülheim, am 01.06.1932
 Frau Dr. med. **Gisela Viersbach**, Köln, am 01.06.1924
 Frau Dr. med. **Gerta Weidner**, München, am 03.06.1926
 Frau Dr. med. **Klara Fietzek**, Dahme, am 04.06.1935
 Frau Dr. med. **Marie-Luise Lorenzmeier**, Bad Salzuflen, am 04.06.1931
 Frau Dr. med. **Gisela Wagner**, Weiden, am 05.06.1936
 Frau Med.-Dir. Dr. med. **Gertrud Mey**, Fernwald, am 05.06.1932
 Herr Dr. med. **Klaus Roggenkamp**, Dortmund, am 06.06.1935
 Herr Dr. med. **Werner Behmann**, Idar-Oberstein, am 06.06.1936
 Frau Dr. med. **Ingrid Schröder**, Eberswalde, am 07.06.1936
 Herr Dr. med. **Christoph Lengsfeld**, Freiburg, am 08.06.1937
 Herr Dr. med. **Martin Achilles**, Aachen, am 08.06.1938
 Herr Dr. med. **Gerhard Stephan**, Darmstadt, am 09.06.1933
 Herr Dr. med. **Ulrich Iseke**, Wittlich, am 11.06.1934
 Herr Dr. med. **Wolfhart-Dietrich Schmidt**, Reutlingen, am 12.06.1934
 Frau Dr. med. **Renate Jester**, München, am 15.06.1937
 Herr Prof. Dr. med. **Hansjörg Cremer**, Heilbronn, am 18.06.1931
 Herr Dr. med. **Karl Heinz Siegert**, Wolfen, am 18.06.1934
 Frau Dr. med. **Gisela Lottermoser**, Oldenburg, am 18.06.1922
 Frau Dr. med. **Hannelore Brück**, Neumünster, am 18.06.1929
 Frau Dr. med. **Renate Koeberich**, Glashütten, am 20.06.1935
 Frau Dr. med. **Maria Hofbauer**, Solingen, am 20.06.1937
 Herr MR Dr. med. **Jürgen von Löbbecke**, Dresden, am 21.06.1938
 Herr Dr. med. **Alois Klemens Putze**, Limburg, am 21.06.1936
 Herr Dr. med. **Hans-Georg Kriebel**, Wetzlar, am 22.06.1938
 Herr Dr. med. **Georg Jäkle**, Landshut, am 23.06.1929
 Herr Dr. med. **Hermann-J. Schumacher**, Stegen, am 23.06.1935
 Frau **Jutta Kantis**, Moers, am 24.06.1938
 Frau Dr. med. **Gisela Krohn**, Dortmund, am 25.06.1934
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Hiller**, Köln, am 25.06.1936
 Herr Dr. med. **Hans-Ulrich Sauerbrei**, Essen, am 25.06.1920
 Herr SR Dr. med. **Walfried Walter**, Altenberg, am 26.06.1937
 Frau MR **Christine Leuschner**, Rostock, am 26.06.1934
 Herr Dr. med. **Anton Schöffner**, Grafing, am 27.06.1928
 Herr Dr. med. **Ernst Bickel**, Bremerhaven, am 29.06.1923
 Frau Dr. med. **Helga de Millas**, Guntersblum, am 30.06.1938

Im Monat März durften wir 18 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Herrn **Jens Freudenberg**
 Frau Dr. med. **Sabine Uhde**



Hessen

Herrn **Frank Meder**



Saarland

Herrn Dr. med. **Ralph Bollbach**



Bayern

Frau Dr. med.
Johanna Gubisch
 Herrn Dr. med.
Henrik-Tarek Halboni
 Herrn Dr. med.
Winfried Lipp



Niedersachsen

Frau **Susanne A. Thönnißen**



Nordrhein

Frau **Kerstin Schindler**
 Frau Dr. med. **Henrike Tingart**
 Frau **Alischa Ziemendorff**



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med.
Carina Michaela Brinkhoff

Mitteilungen aus dem Verband

Fortbildungstermine

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

1.-2. Juni 2018

28. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen

Leitung: N.N.
Auskunft: ①

6. Juni 2018

Immer etwas Neues in Meißen

Auskunft: ⑤

22.-24. Juni 2018

48. Kinder- und Jugendärztetag Jahrestagung des BVKJ e.V. in Berlin

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

und

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

Leitung: Dr. Michael Mühschlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

13.-14. Juli 2018

Pädiatrie zum Anfassen in Offenburg des BVKJ LV Baden-Württemberg

Leitung: Dr. Christof Wettach,
Dr. Andreas Bruch, Dr. Markus Wössner
Auskunft: ③

25. August 2018

Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden

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

1.-2. September 2018

22. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

5. September 2018

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock

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

11.-14. Oktober 2018

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

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

3. November 2018

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg

Leitung Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben, Auskunft: ①

3. November 2018

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

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

10.-11. November 2018

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

30. November-1. Dezember 2018

8. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin

Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/Dr. B. Ruppertz, Berlin
Auskunft: ①

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

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

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



Stiftung Kind und Jugend

**Unterstützen Sie mit einer Spende
Ihre Stiftung des Berufsverbands**

Stiftung Kind und Jugend e. V.

Bank für Sozialwirtschaft

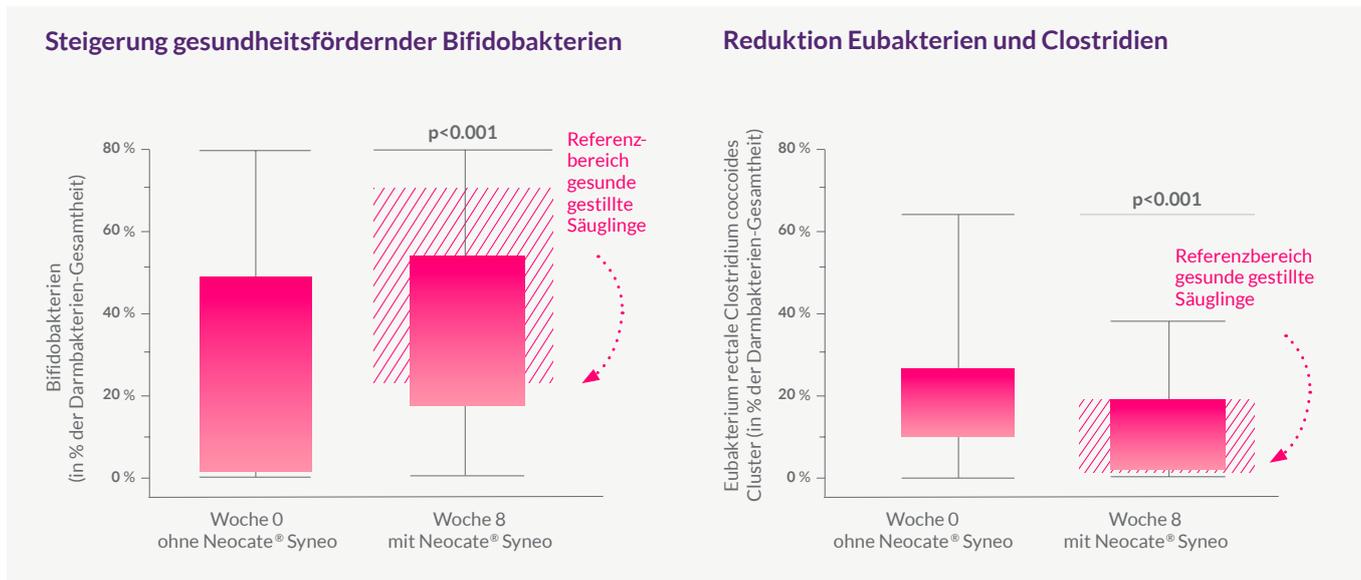
IBAN DE 79 3702 0500 0001 4074 41

Jetzt

Spenden

Das Potential von Prä-, Pro- und Synbiotika

*Kuhmilchallergie // Im Rahmen der 33. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. im April wurde die erste non-allergene Spezialnahrung auf Basis einer Aminosäurenformula (AAF) ergänzt durch prä- und probiotische Bestandteile vorgestellt. Diese eignet sich nicht nur zur sicheren Ernährungstherapie bei Kuhmilchproteinallergie (KMPA), sondern fördert klinisch nachweisbar die Entwicklung einer Darm-Mikrobiota, die der eines gesunden gestillten Kindes ähnelt.**



Quelle: Candy DCA, et al. A synbiotic-containing amino-acid-based formula improves gut microbiota in non-IgE-mediated allergic infants, *Pediatr Res* 2017; online publication. Doi: 10.1039/pr 2017/270

Kinder mit KMPA weisen oftmals eine Dysbiose auf, welche Grund für gesundheitliche Spätfolgen sein kann. Doch gerade eine ausgeglichene Darm-Mikrobiota ist essentiell für die Entwicklung des Immunsystems¹. Mit einem Erfahrungsschatz von 40 Jahren Allergie- und Immunforschung und inspiriert von der Natur hat Nutricia den Synbiotika-Komplex SYNEO® entwickelt: Darin ist das breit erforschte Bifidobakterium breve (B.breve M-16V) den in der Muttermilch enthaltenen probiotischen Mikroorganismen nachempfunden. Es ist frei von den Hauptallergenen wie z. B. Kuhmilchproteinen und kann nachweislich zu einem reduzierten Allergieschehen beitragen.² Weiterhin enthält der Komplex Fruktio-Oligosaccharide (FOS) als Präbiotika. Diese können das Wachstum und die Aktivität von Bifidobakterien wie B. breve im Darm unterstützen.¹ Auch das Verhältnis von kurz zu langket-

tigen FOS von 9:1 entspricht dem natürlichen Vorbild.

Einfluss von Synbiotika auf die Darm-Mikrobiota bei Kuhmilchallergie

Den positiven Effekt zeigt auch eine aktuelle Studie. Dabei erhielten von KMPA betroffene Säuglinge eine Aminosäurenformula mit dem patentierten Synbiotika-Komplex aus B. breve und scFOS/lcFOS. Bereits nach acht Wochen glich die Darm-Mikrobiota der Kinder der von gesunden gestillten Säuglingen³. Damit geht die Therapie mit dem synbiotischen Komplex SYNEO®, wie er in Neocate® Syneo enthalten ist, über eine reine Vermeidung der Auslöser hinaus: Die leitliniengerechte Allergen-Elimination und Verwendung einer AAF-Nahrung sorgt nicht nur für ein schnelles Abklingen der Symptome⁴. Die Ergänzung durch Synbiotika kann

auch die Reifung des Immunsystems unterstützen und sorgt damit für weniger Infektionen.

* In Bezug auf Bifidobakterium breve M-16V, Eubacterium rectale/Clostridium coccooides

Neocate® Syneo ist ein Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Bilanzierte Diät). Zum Diätmanagement von Kuhmilchallergie. Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden.

Quellen

1. Shamir R et al. 2015; Burks AW et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2015; 26: 316-22; Wopereis H et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2014; 25: 428-38.
2. Hougée S et al. *Int Arch Allergy Immunol*. 2010; 151(2), 107-117; Inoue Y et al. *Biolo Pharm. Bull.* 2009; 32(4), 760-763.
3. Candy DCA et al. *Pediatr Res* 2017.
4. Koletzko S et al. *Allergo J* 2010; 19: 529-534; De Boissieu D et al. *J Pediatr* 1997; 131: 744-747; Vaanderhof JA et al. *J Pediatr* 1997; 131: 741-744.

Nach Informationen von Nutricia GmbH, Erlangen

Atopisches Ekzem: Den Juckreiz natürlich lindern

Natürliche Kinderarzneien // Das atopische Ekzem ist eine chronische, nicht ansteckende Hautkrankheit. Von der Krankheit sind fünf bis 20 Prozent der Kinder betroffen. Ein Hauptproblem für die Betroffenen ist der starke Juckreiz. Ein speziell entwickeltes natürliches Arzneimittel kann den Heilungsprozess unterstützen.



Foto: © Thinkstock/Getty/Delfinkina

Zu den Hauptsymptomen des atopischen Ekzems gehören rote, schuppende, manchmal auch nässende Ekzeme auf der Haut und ein starker Juckreiz. Die Erkrankung verläuft schubweise und hat ein individuelles, vom Lebensalter abhängiges Erscheinungsbild. Weitere geläufige Bezeichnungen sind Neurodermitis, atopische Dermatitis und endogenes Ekzem.

Das atopische Ekzem ist in Industriestaaten eine verbreitete Krankheit. Bis zu 20 Prozent der Kinder und etwa drei Prozent der Erwachsenen sind betroffen. In Deutschland erkranken bis zur Einschulung acht bis 16 Prozent aller Kinder am atopischen Ekzem. Bei etwa 60 Prozent der Betroffenen tritt die Erkrankung im ersten Lebensjahr auf, bei 90 Prozent bis zum fünften Lebensjahr.

Das Hauptproblem für die Betroffenen ist der starke Juckreiz, der durch die emp-

findliche, oft verletzte Haut begünstigt wird. Er kann zum Beispiel durch Irritationen der empfindlichen Haut ausgelöst werden. Die Betroffenen reagieren darauf mit Kratzen, was zu weiteren Hautirritationen führt. Dieser Teufelskreis trägt zur Aufrechterhaltung der Symptome bei. Der Juckreiz ist besonders nachts stark. Oft kommt es daher bei den betroffenen Kindern und deren Eltern zu einem Schlafdefizit.

Erfahrungen aus der Praxis

Fallbetrachtungen in mehreren kinderärztlichen Praxen bei insgesamt 15 Patienten im Alter zwischen sechs Monaten und 15 Jahren zeigten, dass eine Behandlung mit dem natürlichen Arzneimittel Cutacalmi® zu einer Verbesserung der Symptomatik bis hin zur Symptomfreiheit führte. Von den teilnehmenden

Praxen wurde insgesamt ein guter Rückgang der Effloreszenzen dokumentiert, insbesondere bei Papeln, Nässen und Erosionen sowie bei Rötung und Juckreiz. Die Dosierung von Cutacalmi® und die Therapiedauer sowie die Basispflege waren individuell auf den jeweiligen Einzelfall abgestellt. Als Zusatzmedikation wurden in vier Fällen Glucocorticoide (Hydrocortison/Prednisolon), in zwei Fällen ein Ectoin-haltiges Präparat und in einem Fall Fenistil® eingesetzt.

Kasuistiken

1. Fallbeispiel

Bei der Behandlung von Patienten mit atopischem Ekzem stehen in aller Regel die Bekämpfung der charakteristischen Hauttrockenheit und die äußerliche Anwendung von entzündungshemmenden Wirkstoffen im Vordergrund.

Die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Eivy Franke-Beckmann aus Erfurt beginnt die Behandlung bei Patienten mit Neurodermitis atopica normalerweise mit wirksamen Hautpflegeprodukten. Wenn sich die Situation nach zwei Wochen nicht erkennbar bessert, folgt eine Behandlung mit milden Cortisonpräparaten. Im Fall eines 18 Monate alten Buben äußerten die Eltern jedoch dezidiert den Wunsch, auf eine Cortison-Behandlung zu verzichten. Die Behandlung des Kindes, das seit seinem ersten Lebensjahr an Neurodermitis litt, hatte bei Anwendung verschiedener Externa anfangs gute Effekte gezeigt. Als dann jedoch ein starker, vor allem nächtlicher Juckreiz auftrat, kamen die Eltern rasch an ihre Grenzen. Franke-Beckmann stellte daraufhin die Behandlung um und verordnete XeraCalm Creme, zweimal täglich als Dauerpflege und Cutacalmi®, fünfmal täglich zwei Globuli. Nach etwa vier Wochen waren die

Hauterscheinungen abgeheilt und nahezu nicht mehr nachweisbar. „Hinsichtlich Lokalisation, Ausprägung und Intensität der Hauterscheinungen eine beeindruckende Besserung“, erklärt die Erfurter Kinderärztin. Das Kind habe sich in der Folgezeit gut entwickelt. Die Eltern haben die Hautpflege konsequent fortgesetzt und wenden Cutacalmi® weiterhin bei Bedarf an.

2. Fallbeispiel

Bei einem 19 Monate altem Mädchen mit endogenem Ekzem, mit dem die Eltern in die Praxis der Münchner Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Birgit Goldschmitt-Wuttge kamen, standen Juckreiz und Kratzspuren im Vordergrund. „Die Eltern waren sehr besorgt, weil bei ihnen das Thema Neurodermitis mit allen Maximalausprägungen im Kopf herumspukte“, erinnert sich Goldschmitt-Wuttge. Um das Schlafproblem in den Griff zu bekommen und den Juckreiz zu mindern wurde die kleine Patientin mit Cutacalmi®, täglich zwei bis viermal zwei Globuli sowie abends mit zehn Tropfen Fenistil® behandelt. Bereits nach einer Woche war der Juckreiz schon

deutlich weniger stark und die Kratzspuren waren abgeheilt. Die Haut war zwar immer noch irritiert, „aber man hat einfach gemerkt, das Kind kratzt nicht mehr“, berichtet die Kinderärztin. In solchen Fällen spreche sie ein striktes Badeverbot für das Kind aus, rate den Eltern aber zu einer konsequenten Hautpflege. Nach vier Wochen seien keine Hauterscheinungen mehr zu erkennen gewesen und es sei auch kein Rezidiv aufgetreten. In der Folge habe sie das Kind nur noch zur Vorsorge gesehen. „Ich bin sehr zufrieden mit dem Verlauf“, unterstreicht Goldschmitt-Wuttge.

3. Fallbeispiel

Atopische Erkrankungen treten oftmals familiär gehäuft auf und sind mit einer genetischen Veranlagung verbunden. Bei einem siebenjährigen Jungen, der wegen einer schon länger bestehenden Neurodermitis erstmals in die Behandlung der Berliner Ärztin Heike Fischer kam, war der Vater Allergiker. Zudem litt der Junge psychisch unter der Trennung seiner Eltern. Der Patient kam in einer Situation „als es richtig schlimm war und er sich viel gekratzt hat“, so Fischer. Therapiert wur-

de der Junge mit Cutacalmi® dreimal fünf Globuli, topisch mit einem Ectoin-haltigen Präparat morgens und abends sowie mit einer Eigenblutbehandlung, zweimal sieben Tropfen pro Tag. Der Patient kam im Abstand von jeweils etwa 14 Tage zur Kontrolle und zeigte jedes Mal eine Besserung, der Juckreiz ging zurück und die Kratzspuren wurden weniger. „Ein Heilungsverlauf, den ich üblicherweise auch erwarte“, betont Fischer. Da diese Patienten einen hohen Leidensdruck haben, „sind sie sofort wieder in der Praxis, wenn sich keine Besserung einstellt“, sagt sie. „Dann würde ich auch zum Cortison greifen“. In der Naturheilkunde geht es nach Fischers Angaben darum, die Selbstheilungskräfte des Körpers zu unterstützen und die Heilung von innen zu fördern. Dafür sei Cutacalmi® ihrer Erfahrung nach besonders gut geeignet.

Autor: Jürgen Stoschek, Geroldgrün

Mit freundlicher Unterstützung von Heel, Baden-Baden

Neue Dosierungsempfehlung für Fenistil Tropfen zum Einnehmen

Für Fenistil Tropfen zum Einnehmen gibt es eine neue Dosierungsempfehlung. Bei Kindern von 1 bis 11 Jahren erfolgt die Dosierung nun nicht mehr allein anhand des Alters, sondern auch unter Berücksichtigung des Körpergewichtes. Dadurch wird eine noch individuellere Dosierung für diese Altersgruppe ermöglicht.

Dosierungsempfehlung

Bei Kindern von 1 bis 11 Jahren beträgt die ab sofort empfohlene Tagesdosis 0,1 mg Dimetindenmaleat (2 Tropfen) pro kg Körpergewicht (0,1 mg/kg KG) verteilt auf 3 Einzeldosen. Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren gilt eine empfohlene Tagesdosis von 3 bis 6 mg Dimetindenmaleat, verteilt auf 3 Einzeldosen. Dies entspricht 20 – 40 Tropfen dreimal täglich.

Indikationen

Fenistil Tropfen können zur Linderung der Symptome von histaminbedingtem Juckreiz, windpockenassoziiertem Juckreiz bei Kleinkindern, Urtikaria, Insektenstichen und allergischem Schnupfen bei Patienten über 6 Jahren angewendet werden. Das Präparat lindert den Juckreiz und die Reizungen, die durch den Hautausschlag verursacht werden, senkt die Schwellung und lindert die Symptome des allergisch bedingten Schnupfens wie laufende Nase, Niesen, Jucken der Nase und juckende, tränende Augen.

**Nach Informationen von
Glaxo SmithKline GmbH & Co. KG,
München**



ADHS: Therapiekontinuität beim Übergang zum Erwachsenenalter erhalten

ADHS manifestiert sich idR im Kindesalter und kann bis ins hohe Erwachsenenalter hinein behandlungsbedürftig bleiben. Das seit fünf Jahren als Zweit-Linientherapeutikum zugelassene Lisdexamfetamin darf – nach den Vorgaben der Fachinformation – auch über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus verschrieben werden. Das Prodrug-Stimulanz leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Therapiestabilität in der häufig schwierigen Übergangsphase der jugendlichen ADHS-Patienten ins Erwachsenenalter.

Sowohl die Jugendlichen als auch die Behandler stehen in der Übergangssituation vor neuen Herausforderungen“, konstatierte Prof. Peter Greven, Berlin. In einer Zeit, in der die Jugendlichen damit beschäftigt sind, ihre Persönlichkeit und mögliche Zukunftsperspektiven neu zu definieren, müsse der Arzt mit den jungen Patienten um eine adäquate Therapie ringen. Bei unzureichendem Ansprechen auf MPH sei die Verfügbarkeit von Lisdexamfetamin (LDX, Elvanse®), eingebettet in ein multimodales Therapiekonzept, dabei aus mehreren Gründen für die Jugendlichen wertvoll. Einerseits weil LDX auch gemäß der Fachinformation über das 18. Lebensjahr hinaus verordnungsfähig ist. Andererseits, da die Freisetzung des pharmakologisch aktiven Wirkstoffs D-Amfetamin enzymatisch gesteuert wird und er somit sanft anflutet. „Mit diesem langsamen Anfluten der Wirkung kommen viele Jugendliche besser zurecht, weil sie sich nicht so stark verändert erleben“, erklärte der niedergelassene Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater. Die lange, bis in die Abendstunden hinein andauernde Wirksamkeit, kommt den häufig „nachtaktiven“ Jugendlichen ebenfalls zugute.¹ Zudem treten unter LDX kaum Rebound-Effekte auf.²

Für einen indikationsgemäßen Einsatz von LDX nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind laut Fachinformation folgende Punkte zu beachten:³

- Die ADHS-Symptome des Patienten müssen im Erwachsenenalter fortbestehen
- Der/Die Jugendliche hat eindeutig von der Therapie mit LDX profitiert
- LDX konnte nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht erfolgreich abgesetzt werden

Auch muss der behandelnde Arzt jährlich überprüfen, ob die Weiterbehand-

Wirkstoff	Durchschnittliche Reduktion der ADHS-Kernsymptome (gemessen mit ADHD-RS-IV, placebobereinigt)
Lisdexamfetamin	-14,98
Methylphenidat retardiert	-9,33
Guanfacin retard	-8,68
Atomoxetin	-6,88

Tab. 1: Lisdexamfetamin erzielt die stärkste Reduktion der ADHS-Kardinalsymptome⁵

lung tatsächlich erforderlich ist. „Sind diese Voraussetzungen gegeben, stellt Lisdexamfetamin ein sehr hilfreiches Medikament dar, das die Therapie auch in der Übergangsphase ins Erwachsenenalter in vielen Fällen erheblich erleichtert“, resümierte Greven.

Gute Evidenz in Studien

LDX ist indiziert für ADHS-Patienten ab sechs Jahren, die auf eine Therapie mit Methylphenidat nur unzureichend ansprechen. „Da nicht alle Patienten gleich gut auf die Medikamente reagieren und die Wirkstoffe eine unterschiedliche Wirkdauer aufweisen, ist es sinnvoll, mehrere Produkte einer Stoffgruppe zur Auswahl zu haben“, erklärte Prof. Benno Schimmelmann, Hamburg. Dies bestätigt eine Metaanalyse aus sechs Cross-Over Studien, in der deutlich wird, wie unterschiedlich die Kinder und Jugendlichen auf Methylphenidat (MPH) und Amfetamin ansprechen.⁴ Die gute Wirksamkeit von LDX belegt eine umfangreiche Metaanalyse mit insgesamt 3500 jungen Patienten in 36 klinischen Studien.⁵ Hier erzielt LDX die stärkste Reduktion der ADHS-Kernsymptome (Aufmerksamkeitsprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität) verglichen mit MPH retardiert, Guanfacin retard und Atomoxetin,

gemessen anhand der ADHD Rating Scale Version IV (ADHD-RS-IV).

Schimmelmann verwies auf die europäische Zulassungsstudie, welche die Effektstärke von LDX untersuchte.⁶ „LDX erreicht mit einer Effektstärke von 1,8 gegenüber Placebo einen enorm hohen Wert im Kinderärztlichen Bereich“, erklärte der niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater. Die am häufigsten beobachteten Nebenwirkungen entsprachen dem Stimulanzien-Profil mit Appetitminderung, Gewichtsverlust und Schlafstörungen. Zu Behandlungsbeginn können kurzfristig auch Bauch- und Kopfschmerzen auftreten.

Wie eine Langzeitstudie zeigt, hält die Wirksamkeit und das Sicherheitsprofil von LDX über den Zeitraum von zwei Jahren konstant an.⁷ Bemerkenswert ist laut Schimmelmann, dass auch emotional labile Patienten profitieren. „Dieser Fundus an klinischen Daten und Erfahrungen aus fünf Jahren Praxis machen den wichtigen Stellenwert von LDX bei der Therapie der ADHS deutlich“, resümierte Schimmelmann.

Autorin: Dr. Marion Hofmann-Abmus

Literatur bei der Verfasserin.

Quelle: Pressekonferenz „Fünf Jahre Elvanse® bei ADHS: Bilanz und Perspektiven für die Praxis“ am 16.3.2018 in Frankfurt, veranstaltet von Shire Deutschland

Kopfschmerzen bei Teenagern: frühzeitig intervenieren und ausreichend dosieren

Sämtliche, bei Erwachsenen bekannte Kopfschmerztypen – einschließlich Migräne und trigeminoautonome Kopfschmerzen – können auch bei Jugendlichen auftreten. Die Therapie der jungen Patienten gestaltet sich jedoch nicht immer einfach. Wie eine altersgerechte, ganzheitliche und adäquat dosierte Kopfschmerz-Therapie gelingen kann, erörterten Experten auf dem diesjährigen Schmerz- und Palliativtag im Rahmen des Symposiums der Initiative Schmerzlos.

Die Kopfschmerz-Therapie von Jugendlichen ist oft „eine Gratwanderung zwischen Über- und Untertherapie“, erklärte die Schmerztherapeutin Dr. Astrid Gendolla aus Essen und ergänzte, dass ihrer Erfahrung nach eine deutliche Tendenz zur Untertherapie bestehe. Häufig höre sie von den Eltern Sätze wie: ‚So schlimm wird der Kopfschmerz schon nicht sein‘, oder: ‚Da stecken sicher andere Gründe dahinter.‘ Besonders bedenklich ist diese Einstellung vor dem Hintergrund, dass bestimmte Kopfschmerzsyndrome wie z. B. die Migräne bei etwa 40-50% der Patienten auch im Erwachsenenalter weiterbestehen. Zudem erhöht eine unkontrollierte Selbstmedikation das Risiko für einen Dauerkopfschmerz aufgrund von Medikamentenübergebrauch. Umso relevanter ist es, die wahren Ursachen zu ermitteln und frühzeitig eine leitliniengerechte Therapie einzuleiten.

Cave: Analgetikum ausreichend dosieren

Die Häufigkeit von Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen¹. Etwa zwei Drittel der 12- bis 15-Jährigen sind betroffen (3-Monatsprävalenz: 66-71%), gut ein Drittel leidet jede Woche darunter (33-40%). Auch von chronischen Kopfschmerzen und sogar chronischer Migräne (CM) bleiben die jungen Patienten nicht verschont. Wie Prof. Dr. Dr. Stefan Evers aus Copenbrügge anhand einer aktuellen Studie verdeutlichte, liegt die mit zunehmendem Alter ansteigende Prävalenz von CM bei 0,8%². Kinder, deren Eltern unter CM leiden, weisen ein

erhöhtes Risiko auf, ebenfalls eine Chronifizierung zu erfahren³.

Zur Schmerz-Prophylaxe sollten nicht-medikamentöse Therapien angewandt werden. Bei Migräne haben sich etwa Entspannungsverfahren, Biofeedback oder kognitive Verhaltenstherapie bewährt, beim episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp können Wärme- oder Kälteanwendungen lindernd wirken⁴. Im Falle einer akuten Migräneattacke empfehlen die Experten gemäß der aktuellen Leitlinie orales Ibuprofen als Mittel der 1. Wahl (10 - 15 mg/kg KG)⁴. „Adäquat dosiert, lässt sich ein Großteil der Jugendlichen damit gut und ausreichend behandeln“, berichtete Gendolla. Wichtig sei neben der ausreichenden Dosis eine rechtzeitige Intervention, denn auch bei Jugendlichen gilt: Je früher man die Attacke behandelt, desto besser ist das Ansprechen und desto schneller ist sie vorüber. Bei episodischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp empfiehlt die Leitlinie ebenfalls Ibuprofen „mit höchster Evidenz“.

Red flags für weitergehende Untersuchungen

Einige Kopfschmerz-Symptome gelten als Warnzeichen und erfordern eine weiterführende Diagnostik. Dazu zählen etwa nächtliche oder frühmorgendliche Kopfschmerzen sowie okzipitale Schmerzen. Auch plötzliche starke Kopfschmerzen sollten näher untersucht werden, es könnte sich um eine erste Migräneattacke handeln. „Eine schwere Migräneattacke stellt mitunter sogar einen Notfall dar“, gab PD Dr. Friedrich Ebinger aus Paderborn zu bedenken. Er verwies auf eine besondere Art

der Sehstörung und schilderte dazu den Fall eines 5-jährigen Mädchens, das vor einer Migräneattacke für etwa 10 Minuten ihren eigenen Körper als sehr klein, umgebende Gegenstände hingegen als sehr groß wahrnahm. „Dies ist das charakteristische Symptom des Alice-im-Wunderland-Syndroms“, erklärte der Pädiater.

Psychisch bedingte Kopfschmerzen

Starke seelische Belastungen können zu einer somatoformen Schmerzstörung führen. „Wir beobachten das häufig bei Kindern mit chronischen Kopfschmerzen“, berichtete Dr. Raymund Pothmann, Hamburg. Bei der Anamnese fallen diese Kinder durch ihre vage affektive Schmerzbeschreibung und sehr hohe Schmerzwerte auf – selbst unter einem Analgetikum. Oft handelt es sich um Mädchen, die typischerweise eine erniedrigte Schmerzsensibilität bei Selbstverletzungen zeigen. „Spätestens bei diesen Merkmalen sollte man an eine bio-psycho-soziale Schmerzstörung denken“, so Pothmann. Der Grundpfeiler der Therapie ist die Psychotherapie, pharmakologisch sind Antidepressiva indiziert. Analgetika sollten nur im Notfall eingesetzt werden, da sie die Somatisierung verfestigen.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Literatur bei der Verfasserin.

Quelle: Symposium „Treating Teenagers – Kopfschmerzbehandlung in einem besonderen Alter“ anlässlich des 29. Schmerz- und Palliativtags 2018, mit freundlicher Unterstützung der Initiative Schmerzlos – Eine Aufklärungskampagne von RB (Reckitt Benckiser Deutschland GmbH)

Mehr Sicherheit bei Pseudokrupp – durch Notfall-Zäpfchen

Pseudokrupp ist bei kleinen Kindern keine Seltenheit, kann Eltern aber in große Angst versetzen. Tritt die Erkrankung beim ersten Mal noch völlig überraschend auf, können die Bezugspersonen auf wiederkehrende Anfälle vorbereitet werden: Prednison-Zäpfchen von Trommsdorff bieten im Akutfall schnelle und effektive Hilfe bei guter Verträglichkeit. Die kindgerechte Darreichungsform macht die Behandlung auch aufgeregten Eltern leicht.

Patienten und Eltern: nach dem ersten Anfall oft erschrocken und unsicher

Betroffen sind mit einer Jahresprävalenz von annähernd 10 Prozent vorrangig Kinder bis 6 Jahre.¹ Pseudokrupp tritt meist in der ersten Nachthälfte in den Herbst- und Wintermonaten auf – in unterschiedlichen Schweregraden: Bellender Husten, inspiratorischer und expiratorischer Stridor sowie eine möglicherweise auftretende Dyspnoe bis hin zur Ateminsuffizienz stellen für die kleinen Patienten und ihre Eltern eine bedrohliche Situation dar.

Dennoch ist es wichtig, dass die Bezugspersonen nicht panisch reagieren, um das Kind nicht zusätzlich zu ängstigen: Im akuten Fall von Pseudokrupp gilt als oberstes Gebot, 'Ruhe bewahren und vermitteln', denn Angst oder Panikattacken können einen Pseudokrupp-Anfall noch verschlimmern. Feuchtwarme oder kühle, frische Luft zum Einatmen und eine aufrechte Position gehören zu den ersten Maßnahmen, die betroffenen Kindern helfen. Das Wissen um eine schnelle Notfall-Medikation kann Eltern eine besonnene Reaktion deutlich erleichtern.

Stärkt das Sicherheitsgefühl der Eltern: Das Notfall-Zäpfchen für zu Hause

Bei Pseudokrupp (auch als akute stenosierende Laryngotracheitis, subglot-

tische Laryngitis oder viraler Krupp bezeichnet) kommt es zu einer Schwellung der Schleimhäute des Larynx und der Trachea. Vor allem die subglottische Region ist verengt, was je nach Schweregrad zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Atemwegsobstruktion führt.

Einmal aufgetreten, ist bei Pseudokrupp mit Rezidiven zu rechnen. Daher



empfeht es sich, den Eltern betroffener Kinder prophylaktisch Prednison-Zäpfchen wie beispielsweise Rectodelt® 100 an die Hand zu geben. Im Akutfall rektal verabreicht, wird das hochdosierte Glucocorticoid im Enddarm aufgenommen und lässt die Schleimhäute des Larynx und der Trachea effektiv abschwellen.² Vor allem bei rezidivierend verlaufendem Pseudokrupp sollte das Notfall-Zäpfchen daher immer in der Hausapotheke der Eltern vorhanden sein. Das Plus: Rectodelt® 100 ist auch zugelassen

zur Akutbehandlung von Krupp und obstruktiver (spastischer) Bronchitis. Bei kurzer Therapiedauer mit maximal zwei Anwendungen ist das Präparat gut verträglich.

Anwendung: einfach und kindgerecht

Die Akuttherapie mit dem Prednison-Zäpfchen ist für Eltern auch bei weinenden und verängstigten Kindern besonders leicht durchzuführen.

Die kindgerechte Anwendung bei guter Wirkung wird in der Fachwelt geschätzt: 91 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind mit dem Präparat sehr zufrieden oder zufrieden.³ Zuhause können die Bezugspersonen durch die einfache Applikation schnell reagieren und Pseudokrupp effektiv behandeln – ein Wissen, das Kindern und Eltern Sicherheit gibt und sie wieder ruhiger schlafen lässt.

Literatur

- 1 Kamtsiuris P et al. Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugengesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 2007; 5/6: 686-700.
- 2 Fachinformation Rectodelt® 100, Stand: August 2017
- 3 Trommsdorff-Praxisbefragung 2014

Nach Informationen von Trommsdorff GmbH & Co. KG, Alsdorf

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Regine Hauch (ReH)

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wöbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

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

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

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

monika.kraushaar@uminfo.de

**Politische Referentin
des BVKJ in Berlin:**

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de