

bvkJ.

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

Heft 2/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Vergiftungsunfälle –
BfR App mit kleinen
Schwächen

Fortbildung:

Schlaganfall –
Großes Thema auch
bei den Kleinen

Berufsfragen:

DAKJ-Petition für
einen Kinder- und
Jugendbeauftragten

Magazin:

Eine kurze
Geschichte der
Kinderrechte

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

BVKJ.



© Sergey Novikov – Fotolia.com

Eine kurze Geschichte der Kinderrechte

S. 57

Inhalt 2/15

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, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt a.M., Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Forum

- 2 Was Mädchen über Alkohol wissen sollten
- 3 Personalien
- 4 Fachtagung „Häusliche Gewalt“
- 6 BfR App Vergiftungsunfälle
Jörg Schriewer
- 7 Zahnärzte kooperieren mit Kinder- und Jugendärzten
- 8 LA-MED-Pädiaterumfrage 2014
- 9 Immer wieder die gleichen Unfälle
Stephan Eßer
- 10 Typ-1-Diabetes
- 12 Kein Anstieg der ADHS-Diagnosen
Kirsten Stollhoff, Klaus Skrodzki
- 13 Rezension ADHS
- 14 Das Leser-Forum
- 15 2014: Katastrophenjahr
- 16 Flüchtlinge in der Praxis
Michael Mühlischlegel
- 19 Eltern-App
- 20 Päd-Ass 2015

Fortbildung

- 21 Paediatric Stroke – Arteriell ischämischer Schlaganfall im Kindesalter
Lucia Gerstl, Ingo Borggräfe, Martin Olivieri, Florian Heinen
- 30 Der besondere Fall: Der Streptokokken A-Schnelltest
Jürgen Hower, Thomas Lamberti
- 32 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 34 Standpunkt: Das Dr. Fox-Experiment
Jürgen Hower
- 37 Welche Diagnose wird gestellt?
Günther Rainer, Astrid Udvardi
- 40 Consilium: Hepatitis B-Indikationsimpfung
Ulrich Heiningner

Berufsfragen

- 42 Mindestlohn: Tücken bei 450 €-Verträgen
- 43 DAKJ-Petition für einen Kinder- und Jugendbeauftragten
- 47 EBM-Reform: Sozialpädiatrie wird aufgeweckt
- 48 Wahlergebnisse
- 50 Brief aus der Praxis
Tanja Brunnert
- 51 Abgeschafft: GOP 04010 – 04015
Roland Ulmer
- 52 Impressum
- 54 Befristete Zulassungen aus juristischer Sicht
Juliane Netzer-Nawrocki

Magazin

- 57 Eine kurze Geschichte der Kinderrechte
Regine Hauch
- 60 Fortbildungstermine des BVKJ
- 62 Personalien
- 64 Stellenangebote
- 66 Buchtipps
- 68 Nachrichten der Industrie
- 73 Wichtige Adressen des BVKJ



Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma GlaxoSmithKline GmbH sowie ein Supplement der Firma Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG bei.
Als Teilbeilage finden Sie die Programmhefte 38. Pädiatref 2015, Köln, LV Nordrhein; 28. PzA Worms, LV RP/SL; 14. Pädiatrie à la carte, Münster-Hiltrup, LV Westfalen-Lippe; 25. PzA Erfurt, LV Thüringen.
Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.



Was Mädchen über Alkohol wissen sollten

Im Rahmen seiner Präventionsinitiative „Verantwortung von Anfang an!“ hat der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ sein Faltblatt „Was Mädchen über alkoholhaltige Getränke in der Schwangerschaft wissen sollten“ aktualisiert. Der Flyer richtet sich an Mädchen und junge Frauen.

Der „Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“, eine Initiative des Bundesverbandes der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e. V. (BSI), hofft, über die Kinder- und Jugendarztpraxen insbesondere jungen Mädchen in verständlicher Form einfache und klare Botschaften zum Thema ‚Kein Alkohol

in der Schwangerschaft‘ zu geben. Eine weitere Broschüre („Verantwortung von Anfang an! – Verzicht auf alkoholhaltige Getränke in der Schwangerschaft“) richtet sich dagegen an schwangere und stillende Frauen.

Infos und Flyer unter:

www.verantwortung-von-anfang-an.de

„Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung“ des BSI

Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie

und -Importeure e. V. (BSI)

E-Mail: info@bsi-bonn.de

Internet: www.spirituosen-verband.de

Red: ReH

● Personalien

Frühgeborenenversorgung in Deutschland: Auszeichnung für besondere Leistungen

Mit der Verleihung der PauLA, dem Preis für außergewöhnliche Leistungen zum Wohle der Aller kleinsten, hat der Bundesverband "Das frühgeborene Kind" e.V. nach 2012 zum zweiten Mal Protagonisten, bedeutsame Projekte und dahinter stehende Menschen ausgezeichnet, die sich bereits seit Jahren mit besonderem Engagement und Herzblut für die Bedürfnisse von zu früh geborenen Kindern und deren Familien einsetzen.



PauLA Preisträgerin PD Dr. med. Angela Kribs, Köln (li) und Barbara Grieb, Vorstandsvorsitzende der BV DfK (re)

Die Preisträger des Jahres 2014

PD Dr. med. Angela Kribs, Köln

Behutsamer Umgang mit den Aller kleinsten

PD Dr. med. Angela Kribs erhält diese Auszeichnung dafür, dass sie sich maßgeblich für einen möglichst schonenden und entwicklungsfördernden Umgang bei der intensivmedizinischen Versorgung von Frühgeborenen während der Akutphase einsetzt.

Elternberatung an der Klinik für Neonatologie der Charité Berlin

Wegweisendes Pilotprojekt für betroffene Familien

Auch das Team der Elternberatung an der Klinik für Neonatologie der Charité Berlin erhält eine PauLA. Mit ihrem erfahrenen Einsatz für die Eltern von zu früh oder krank geborenen Kindern rund um die Akutphase tragen die Mitarbeiterinnen der Elternberatung bereits seit vielen Jahren erfolgreich dazu bei, dass die oftmals als traumatisch erlebte Situation für von einer Frühgeburt betroffenen Familien nachhaltig verarbeitet und bewältigt werden kann. Damit sind sie wichtige Impulsgeber für alle nachfolgenden Projekte der Elternberatung auf neonatologischen Stationen in Deutschland.

Red: ReH

DGKJ mit neuem Präsidenten



Professor Dr. med. Ertan Mayatepek aus Düsseldorf ist seit dem 1. Januar Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Seit zwei Jahren ist Prof. Mayatepek im Vorstand der rund 15.000 Mitglieder starken wissenschaftlichen Fachgesellschaft aktiv und übernimmt nun deren Leitung von Prof. Dr. Norbert Wagner.

Prof. Mayatepek (52) ist Direktor der Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, dortiger Prodekan der

Medizinischen Fakultät sowie Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin.

Als einen zentralen Schwerpunkt seiner Arbeit für die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland bezeichnet Prof. Mayatepek die Förderung des Zusammenhaltes und des Austausches aller Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin, zwischen Allgemeinpädiatern und pädiatrischen Subspezialisten. Im Zentrum stehe das Recht des Kindes auf eine qualitativ hochwertige medizinische und gesundheits- wie entwicklungsfördernde Versorgung und Betreuung.

Red: ReH

Fachtagung „Häusliche Gewalt – in sozialen Beziehungen“ in der Ärztekammer Nordrhein

Zum Thema Häusliche Gewalt fand am 27.9.14 eine Fachtagung „Häusliche Gewalt – in sozialen Beziehungen“ im Haus der Ärzteschaft der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt. Die Tagung wurde von der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW veranstaltet. Der Einladung zu der Tagung folgten rund 250 Teilnehmer, in der Mehrzahl Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen.

Die Aktualität der Tagung wurde spätestens deutlich, als im Vorfeld der Veranstaltung in den Medien neue Zahlen zum Thema Gewalt in Familien publiziert wurden. Nach diesen Berichten war die Zahl an Strafanzeigen wegen häuslicher Gewalt zwischen 2004 und 2013 bundesweit um 68 Prozent auf 27.284 angestiegen. Laut einer repräsentativen Studie aus dem Jahr 2004 (BMFSFJ, Schröttle) haben 25 Prozent der Frauen im Alter von 15 bis 85 Jahren Gewalt ein oder mehrmals von ihren Partnern erlitten. 60 Prozent der Frauen, die im Rahmen der Untersuchung über Gewalt in der letzten Partnerschaft berichteten, lebten zum Tatzeitpunkt mit Kindern in einem Haushalt.

In Fachvorträgen und Workshops wurden Themen wie Gesprächsführung, Schweigepflichtentbindung, medizinische

Dokumentation und Intervention bei häuslicher Gewalt und Praxiserfahrungen im Kooperations-Netzwerk häuslicher Gewalt abgehandelt. Es wurde hervorgehoben, dass Ärztinnen und Ärzte in der Praxis, Klinik und Notfallambulanz eine entscheidende Rolle spielen können, um betroffene Frauen darauf anzusprechen und die Gewaltspirale zu unterbrechen. Dokumentation der einzelnen Beiträge siehe unter www.aekno.de

Ein Workshop, geleitet von Dr. Wilfried Kratzsch und besucht von Frauenärzten, Notfallarzt, Traumatologen, Vertreterinnen und Vertretern von Beratungsstellen und aus der Jugendhilfe sowie Familienhebammen, beschäftigte sich mit dem Thema: **„Prävention häuslicher Gewalt beginnt in der Schwangerschaft“**. Dargestellt wurden die Folgen häuslicher Gewalt auf Mütter und Kinder und Wege, wie präventiv und frühzeitig vorgegangen werden kann. Bei häuslicher Gewalt in Familien sind Kinder häufig als Opfer direkt oder als Ohren- und Augenzeuge mittelbar betroffen. Partnerschaftsgewalt beginnt in 20 Prozent der Fälle in der Schwangerschaft oder um die Geburt herum. Sie kann in dieser frühen Phase über ein Screeningverfahren erkannt werden, das z.B. im Rahmen des KinderZUKUNFT NRW-Modells angewandt wird und sich dort bewährt hat. Ausführlich diskutierten die Work-

shopteilnehmerinnen und -teilnehmer darüber, welche Schritte im Praxisalltag notwendig sind, um nicht nur Partnerschaftsgewalt in der Familie und die Gefährdung der Kinder zu erkennen, sondern den Müttern Wege zur Unterstützung und Unterbrechung der Gewaltspirale vor allem auch zum Schutz der Kinder zu weisen. Zentrale Ressource hierfür ist ein guter, persönlicher Kontakt zu einer örtlichen, auf Partnergewalt spezialisierten Beratungsstelle. Um die Wege zur Unterstützung der Mütter und Kinder in der jeweiligen Region abzustimmen, sind darüber hinaus Kenntnisse erforderlich über das örtlich existierende Kooperations-Netzwerk häuslicher Gewalt und die Bereitschaft, sich daran zu beteiligen.

Am Ende der Tagung wurde festgestellt, dass häusliche Gewalt in den ärztlichen Praxen, insbesondere in der frauen- und kinderärztlichen Praxis noch zu wenig beachtet wird und hier ein besonderer Weiterbildungs- und Fortbildungsbedarf besteht.

Mehr Infos unter:

www.aekno.de/page.asp?pageID=11571,
<http://frauenundgesundheit-nrw.de>;
www.forum-kinderzukunft.de;
www.gesine-intervention.de

Dr. Wilfried Kratzsch

Red: ReH

KinderZUKUNFT NRW Stand Ende 2014:

Start 2011, zweijährige Förderung über Gesundheits- und Familienministerien NRW

Merkmal Frühe Hilfen gehen vom Gesundheitswesen aus

Seit 2012/13 Finanzierung über die Bundesinitiative Frühe Hilfen und Eigenmittel der Kliniken

Stand Ende 2014: Beteiligung von 12 Geburtskliniken, 29 Kommunen

An allen Kliniken Koordinatorin in der Geburtsklinik

7 – 8 Prozent Risikokinder, darunter 3,5 Prozent Hochrisikokinder

Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe von Anfang an

Zu 90 Prozent der Kinder- und Jugendärzte sind einbezogen.

Weitere kommunale Netzwerkpartner:

Schwangerenberatungsstellen, Beratungsstellen, Frühförderung

Kooperation Koordinatorin Geburtsklinik/ Koordinator Jugendhilfe

An allen Standorten Etablierung eines runden Tisches

Laufzeit 3 Jahre bis U7a

Ein weiterer Bericht wird folgen.

Dr. Wilfried Kratzsch, Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft

www.forum-kinderzukunft.de

Wichtig zu wissen:

BfR App Vergiftungsunfälle bei Kindern birgt Gefahren

„Diese kostenlose App des Bundesinstitutes für Risikobewertung - BfR informiert über Vergiftungsrisiken bei Kindern, gibt Tipps für Erste-Hilfe-Maßnahmen und verbindet im Notfall mit dem zuständigen Giftnotrufzentrum“, so wirbt das BfR auf der Rückseite des entsprechenden Barcodes für seine neue App. Der Inhalt dieser App basiert weitestgehend auf dem Text der Broschüre „Risiko Vergiftungsunfälle bei Kindern (2009)“ des BfR.

Das mit einem Preis „ausgezeichnete“ Programm wurde bereits im „Ticker“ der Monatsschrift für Kinderheilkunde 10-2014 erwähnt und ausführlicher von Stephan Eßer im Bericht über die 50-Jahr Feier der Nationalen Kommission „Bewertung von Vergiftungen“ in dieser Zeitschrift Nr. 6 (2014) vorgestellt <http://www.bfr.bund.de/de/apps>.

Gefährliche Schwachstelle

Bei näherer Beschäftigung stellt sich jedoch heraus, dass das so positiv aufgenommene und in praxi nützliche Programm eine **Schwachstelle enthält**, die Kindern schnell gefährlich werden kann und auf die man **bei Weiterempfehlung unbedingt hinweisen muss**. Das gilt insbesondere für die gewünschte Zielgruppe – Eltern, Erzieherinnen etc., also bei allen medizinischen Laien, die Kinder betreuen und beaufsichtigen, zumal es im Schadensfall juristische Relevanz haben kann.

Der blaue Eisenhut – Aconitum napellus ist bekanntlich die giftigste Pflanze Europas. Unter beiden Namen steht bei dem Vergiftungsbild „Später kommt es zu heftigem Erbrechen, krampfartigem Durchfall, starken Schmerzen und **nach großen Mengen zu Herzrhythmusstörungen**.“

Zwar steht im nächsten Absatz unter Kinderarzt/Kinderklinik: „Da es sich um eine **möglicherweise tödlich** verlaufende Vergiftung handelt, muss das Kind schon bei Verdacht von verschluckten Pflanzenteilen so-



Giftpflanze – Blauer Eisenhut

fort in der Kinderklinik vorgestellt werden.“

Doch welcher Pädiater könnte schon am Telefon Auskunft darüber geben, was eine große Menge ist? Und welche Eltern, Großeltern, Erzieherinnen etc. lesen sorgfältig den nächsten Absatz bzw. stellen ein Kind sofort in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin vor, wenn angeblich nur eine „große Menge“ gefährlich ist?

Was ist eine große Menge?

Schon **0,2 Gramm** der Pflanze (Aconitingehalt 1-2-(3)%) **können tödlich sein**. In Lüdenscheid verstarb ein Kind nach dem Verzehr von einigen Blüten (Monatsschr. Kinderheilkd. (1991) 139:366-367) Das ist keine große Menge, aber sie reicht, um ein Kind zu töten. Der Tod tritt innerhalb drei bis vier Stunden ein. Abwarten, ob und welche Symptome auftreten, wäre hier fatal. Bei Ingestion von blauem Eisenhut heißt es **immer und sofort in die Klinik!** Dort muss noch Zeit für die Aufnahme, Diagnostik und Behandlungsvorbe-

reitungen sein, nicht nur für die Reanimation.

Einige andere Giftpflanzen sind wohl **weniger gefährlich** als bisher angenommen, z. B. Vogelbeere und Stechpalme. Eine neue Bewertungsliste wurde vom Vergiftungsinformationszentrum Freiburg in der Presse angekündigt, ist aber immer noch nicht offiziell erschienen.

Gefahren im Haushalt

Zum Schluss noch der Hinweis auf zwei neuere Produktrisiken.

Liquid Caps – Flüssigwaschmittel in wasserlöslicher z. T. bunter Folie können mit Süßigkeiten verwechselt werden und schon in kleinen Mengen zu Übelkeit, Erbrechen oder Atemnot führen.

Lithium- Knopfzellen für Kleinklein- elektrogeräte können durch ihre höhere Spannung und Energiedicht bei einem Durchmesser von 22 mm insbesondere im Ösophagus schwere Gewebsschäden mit Perforationsgefahr machen.

Diese App sollte weder auf dem eigenen Handy noch auf dem Praxiscomputer fehlen. Sie bietet wirklich umfassende Informationen zu Vergiftungen mit Haushaltsprodukten, Chemikalien, Medikamenten, Pflanzen und Pilzen. Leider gibt es eine Schwachstelle, den Eisenhut, und die sollte man kennen.

Dr. Jörg Schriever
Unfallbeauftragter BVKJ
53894 Mechernich
E-Mail: dr.j.schriever@gmx.de

Red: ReH

NRW: Gesundheitsvorsorge bei Kindern wird weiter verbessert

Zahnärzte kooperieren mit Kinder- und Jugendärzten bei Prävention

Zur Verbesserung der Gesundheit bei Kindern haben sich Gesundheitsministerin Barbara Steffens und die Berufsverbände der Zahnärzte und der BVKJ in Nordrhein-Westfalen auf einen gemeinsamen Kinderpass zur Teilnahme an wiederkehrenden Vorsorgeuntersuchungen verständigt. Um auch verstärkt Migrantinnen und Migranten erreichen zu können, ist der Pass viersprachig – deutsch, englisch, türkisch und russisch.

„Früherkennung ist ein wesentlicher Baustein zur gesunden kindlichen Entwicklung. Damit Eltern mit ihren Kindern vorhandene Angebote auch wahrnehmen, müssen sie manchmal darauf hingewiesen werden. Hierbei arbeiten Zahn- und Kinderärzteschaft in Nordrhein-Westfalen ab sofort zusammen“, erklärte Ministerin Barbara Steffens in Düsseldorf bei der Vorstellung der künftigen Kooperation. „Ein neues zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft wird Bestandteil des erfolgreichen gelben U-Untersuchungshefts, das bisher auf regelmäßige Gesundheitschecks bei Kinderärztinnen und -ärzten beschränkt war. Vor allem zur Vermeidung von frühkindlichem Karies bei Jungen und Mädchen hoffen wir, auf diese Weise mehr Familien zu erreichen“, so Steffens weiter.

Auf Initiative der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und unter Moderation von Ministerin Steffens haben sich die

Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe mit den Vertretern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in NRW darauf verständigt, dass ein neues zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft ab sofort fester Bestandteil im gelben Kinder-Untersuchungsheft in Nordrhein-Westfalen wird.

Kammerpräsident Dr. Klaus Bartling zeigte sich für die Zahnärztekammern zufrieden: „Das ist ein weiterer Erfolg zahnärztlicher Prävention und ein wichtiger Grundstein für die zahn(ärztliche) Gesundheit der Kinder in Nordrhein und Westfalen-Lippe. Ein solcher Erfolg basiert immer auf intensiven Gesprächen zwischen den Fachdisziplinen und der Gesundheitspolitik. Unsere Arbeit hat sich also gelohnt.“

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, Zahnarzt Ralf Wagner, stellte, stellvertretend auch für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, die gute Zusammenarbeit der Vertragszahnärzte in NRW gerade für die Kleinkinder in präventiven Fragestellungen heraus: „Wir Zahnärzte möchten Kleinkinder bereits vom ersten Milchzahn an systematisch begleiten. Nur so lassen sich Karies und andere Zahnerkrankungen erfolgreich verhindern. Bis-

lang haben wir gerade Risikogruppen nicht in ausreichendem Maße erreichen können. Ich bin fest davon überzeugt, dass uns dies jetzt besser gelingen wird, weil das gelbe Kinder-Untersuchungsheft in allen Bevölkerungsschichten sehr gut etabliert ist.“

Dr. Burkhard Lawrenz, Landesverbandsvorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, betonte: „Durch das Vorsorge-Meldesystem in NRW sehen wir inzwischen fast alle Kinder zu den Früherkennungsuntersuchungen und können nun die Eltern, die ihre Kinder nicht von sich aus beim Zahnarzt vorstellen, ab dem ersten Geburtstag gezielt motivieren, sie auf Frühzeichen von Karies untersuchen zu lassen, die wir in unseren Praxen noch nicht erkennen können.“

Während die meisten Eltern mit ihren Kindern die U-Untersuchungen bei den Kinder- und Jugendärzten in Anspruch nehmen, besteht bei der zahnärztlichen Prävention noch Nachholbedarf. Die Teilnahmequote bei den neun Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendärzten liegt – auch durch ein in Nordrhein-Westfalen etabliertes Erinnerungsverfahren – bei durchschnittlich rund 95 Prozent. Bei der zahnärztlichen Vorsorge für Ein- bis Fünfjährige liegt die Quote bisher nach Erhebungen dagegen durchschnittlich nur bei rund 52 Prozent.

Red: ReH

Erklärung der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V. zum Artikel

LA-MED-Pädiaterumfrage 2014

Kinder- und Jugendarzt 12/14+1/15

Im Beitrag „LA-MED-Umfrage 2014“ in Kinder- und Jugendarzt Heft 12/14+1/15 sind Behauptungen enthalten, die die Bedeutung der LA-MED, die Unabhängigkeit der die Studien durchführenden Marktforschungsinstitute und die sorgfältige Einhaltung der marktforscherischen Standards bei der Durchführung der Studien missdeuten. Im Einzelnen:

Behauptung: Die Adressen der 315 Pädiater in der Auswertung seien der LA-MED bekannt gewesen.

Diese Behauptung ist falsch! Sie unterstellt, dass die LA-MED bei der Befragung gegenüber Befragten eingegriffen hätte. Die Adressen waren aber nur dem durchführenden Institut bekannt, nicht der LA-MED.

Behauptung: Es sei zweifelhaft, ob die LA-MED-Umfrage die tatsächliche Beliebtheit und Bindung der Zeitschriften bei den Lesern korrekt wiedergibt.

Damit wird nicht nur unterstellt, die in der Befragung und Auswertung

angewandte Methodik sei ungeeignet bzw. falsch, sondern – wegen der Verwendung des Wortes „korrekt“ – sogar angedeutet, die LA-MED hätte bewusst falsche Erhebungsangaben gemacht.

Behauptung: Eine eigene vergleichbare Umfrage bei Kongressteilnehmern zum eigenen Titel sowie einer Konkurrenzzeitschrift „analog zur LA-MED“ hätte ein völlig anderes Bild als bei der LA-MED ergeben.

Diese eigene Befragung ist nach Art und Weise der geschilderten Durchführung nicht geeignet, die

nach marktforscherischen Standards durchgeführte Pädiater-Studie der LA-MED in Frage zu stellen. Eine eigene Befragung nach anerkannten Standards (ZAW Rahmenschema für Werbeträgeranalysen) hätte die Ergebnisse der Pädiaterstudie LA-MED bestätigt.

Behauptung: Man hätte Gründe, die LA-MED-Umfrage in den Bereich der Märchen zu verweisen.

Die marktforscherisch absolut sauber durchgeführte LA-MED-Pädiaterstudie widerlegt diese Behauptung.

Immer wieder die gleichen Unfälle – wie kommen die Botschaften zur Unfallprävention erfolgreicher an?

Im Rahmen einer Fachtagung „Kinderunfallprävention für die Praxis“ in Berlin untersuchte die „Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder“ die Frage, welche Wege in der Prävention von Kinderunfällen beschritten werden müssen, um eine Reduzierung der immer noch sehr hohen Zahl von Kinderunfällen zu erreichen. Dr. Stefanie Märzheuser, die Präsidentin der BAG, wies einleitend darauf hin, dass immer wieder die gleichen Unfälle passieren, von denen sich viele vermeiden ließen. Hierzu sei es aber erforderlich, die Botschaften zur Unfallverhütung erfolgreicher an die Eltern zu vermitteln als dies bisher geschehen sei. Eine wichtige Zielgruppe seien in diesem Zusammenhang auch Migrantenfamilien. Märzheuser führte aus, dass sich jeder dritte Unfall im Heimbereich ereignet, zehn Prozent der Unfälle geschehen im Verkehr, bei immerhin elf Prozent der Vorfälle sind die Unfallursachen in mangelnder Körperkoordination der betroffenen Kinder zu finden.

Professor Karin Rothe, Chefin der Klinik für Unfallchirurgie der Charité, ging auf die besonders problematischen Kinderunfälle durch Verbrühungen und Verbrennungen ein. 6.000 Kinder müssen infolge der hierdurch entstehenden Verletzungen stationär eingewiesen werden, davon 1.500 in Spezialkliniken für Brandverletzungen. 60 Prozent dieser Verletzungen erleiden Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren, dabei sind Kinder aus sozial belasteten Milieus und Einwandererfamilien dreimal so häufig betroffen wie andere Kinder. Nur mit zielgruppengerechter Ansprache ließe sich hier Abhilfe schaffen, in diesem Zusammenhang maß Rothe den Aktionen der Initiative „Paulinchen e. V.“ besondere Bedeutung zu. Paulinchen informiert Eltern jedes Jahr am „Tag des brandverletzten Kindes“ über die Vermeidung von Verbrühungen und Verbrennungen, außerdem zu Beginn der Grillsaison, die erfahrungsgemäß eine Vielzahl von Unfällen mit sich bringt.

Erfolgreiches Vorbild Steiermark – das Kindersicherheitshaus „Bärenburg“

Dr. Peter Spitzer aus Graz stellte das Projekt „Kindersichere Steiermark“ vor, das mit einer Vielzahl von Maßnahmen Kinderunfällen vorbeugt. Unfallverhütung ist in Österreich Bestandteil des Mutter-Kind-Passes und die Beratung durch Kinder- und Jugendärzte ein Teil des Vorsorgeprogramms.

Sind Unfälle erfolgt, werden im Rahmen eines „bedside counseling“ am Krankenbett die Ursachen erforscht und das Geschehen mittels eines Fragebogens zur Unfalldokumentation aufgenommen.

Im Kindersicherheitshaus „Bärenburg“ bietet ein geschultes Team Führungen für Erwachsene und Kinder an, um über häusliche Gefahrenquellen für Kinderunfälle aufzuklären. Ergänzend laufen Aufklärungsspots im österreichischen Fernsehen.

Pädiatrische Beratung wirkt

Die Berliner Kinder- und Jugendärztin Dr. Fatima Weser untersuchte in Kooperation mit der Unfallchirurgie der Charité in einer wissenschaftlichen Studie den Effekt von Beratungsgesprächen durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt. Hierzu wurden zwei Gruppen von Eltern in ihrer Praxis unterschiedlich betreut: Der ersten Gruppe wurden lediglich die vom BVKJ entwickelten Merkblätter zur Verhütung von Kinderunfällen in das gelbe Vorsorgeheft eingelegt.

Eine weitere Beratung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung erfolgte nicht (und ist bisher in den Richtlinien auch nicht vorgesehen). Die Eltern der zweiten Gruppe erhielten eine altersbezogene Beratung über Unfallrisiken durch die Ärztin oder geschultes Praxispersonal, wobei ebenfalls die Merkblätter sowie Material der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinderunfälle eingesetzt wurden. Die Unfallhäufigkeit der zweiten Gruppe lag um 22 Prozent unter dem Niveau der ersten Gruppe, wobei mit zunehmendem Alter der Kinder der Nutzen der Beratung abnahm. Dr. Weser führte aus, dass den Kosten dieser Beratung, die bei einer bundesweiten Einführung bei ca. 35 Mio. Euro lägen, Einsparungen bei den reinen Behandlungskosten von 60 Mio. Euro entgegenstünden. Tatsächlich wäre das Einsparungspotential noch wesentlich höher, zumal ein Teil der verunglückten Kinder dauerhafte Schäden davonträgt, die mit entsprechenden Pflegekosten und Schwierigkeiten, einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zu finden, einhergehen.

Studien aus dem angelsächsischen Raum kamen zu dem gleichen Ergebnis und stellten fest, dass die Investition von jeweils einem Euro für pädiatrische Unfallberatung eine volkswirtschaftliche Einsparung von zehn Euro nach sich zieht. Umso bedauerlicher ist daher, dass weder die Krankenkassen noch der Gesetzgeber die vom BVKJ seit langem erhobene Forderung, Unfallprävention als festen Bestandteil in die Früherkennungsuntersuchungen einzubauen, umgesetzt haben, auch das derzeit beratene Präventionsgesetz wird dies wohl nicht ändern.

Zukunft der Bundesarbeitsgemeinschaft dauerhaft sichern

Die Bundesarbeitsgemeinschaft wurde 1997 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit gegründet und leistet seit-



Dr. Stefanie Märzheuser,
Präsidentin der BAG

dem unverzichtbare Arbeit auf dem Gebiet der Unfallprävention. Dennoch basiert die Finanzierung dieser Arbeit seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung durch den Bund zu einem großen Teil auf Spenden und projektbezogenen Zuschüssen.

Der BVKJ hat schon vor Jahren angemahnt, dass sich die Krankenkassen und -versicherungen als finanzielle Hauptprofiteure von vermiedenen Kinderunfällen an den Kosten der Bundesarbeitsgemeinschaft beteiligen. Das Präventionsgesetz könnte mit

einer entsprechenden Regelung viel dazu beitragen, dass die wichtige Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft auf eine dauerhafte Grundlage gestellt wird.

Stephan Eßer

E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH

Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes: Niedriger Langzeitblutzuckerwert kein Risikofaktor für Unterzuckerungen

In Deutschland und Österreich erleiden immer weniger Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes eine Unterzuckerung, einen „Zuckerschok“, der zu Bewusstlosigkeit und im schwersten Fall auch zum Tode führen kann. Experten haben durch die Auswertung der „Diabetes Patienten Verlaufsdokumentation“, die jetzt in der Zeitschrift PLOS Medicine veröffentlicht wurde, herausgefunden, dass niedrige Langzeitblutzuckerwerte kein Risikofaktor mehr für eine schwere Hypoglykämie und Koma darstellen. Für die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) sind die neuen Zahlen ein Erfolg der modernen Diabetesbehandlung.

Lange Zeit galt, dass unter Insulinbehandlung bei Kindern und insbesondere Jugendlichen ein niedriger Blutzuckerwert mit einem deutlich erhöhten Risiko für Unterzuckerungen einhergeht. Nun zeigen die Daten der „Diabetes Patienten Verlaufsdokumentation“, dass heute bei zeitgemäßer Diabetesbetreuung eine normale Blutzuckereinstellung die Gefahr für eine Hypoglykämie nicht mehr erhöht. Am Dokumentationsprogramm, das von 1995 bis 2012 an 372 Zentren in Deutschland und Österreich lief, haben über 53 000 Patienten teilgenommen. Es werden ca. 80

Prozent aller an Typ-1-Diabetes erkrankten Kinder und Jugendlichen erfasst.

„Zu Unterzuckerungen kommt es, wenn die Patienten vor den Mahlzeiten zu viel Insulin spritzen oder den nächtlichen Bedarf überschätzen“, erklärt Professor Dr. med. Beate Karges vom Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Mitautorin der Studie. Unterzuckerungen seien bei jungen Patienten mit Diabetes nicht selten. 1995 kamen auf 100 Patienten und pro Jahr im Durchschnitt noch 42,3 Hypoglykämien und 13,5 Fälle von Bewusstlosigkeit durch Unterzuckerung. Doch seither ist die Zahl stetig gesunken. Im Jahr 2012 traten nur noch 17,6 Hypoglykämien und 1,8 Koma-Fälle pro 100 Patienten pro Jahr auf. Die aktuellen Zahlen belegen also einen deutlichen Rückgang der Hypoglykämien. Dies gilt besonders für Patienten, deren Langzeitblutzuckerwert (HbA1c) zwischen 6 bis 7,9 Prozent lag. Bei diesen Personen nahm das Risiko für schwere Hypoglykämien um 50 Prozent und für Koma-Fälle um 86 Prozent ab. „Ein niedriger HbA1c-Wert ist erstrebenswert, weil er Spätfolgen des Diabetes vermeidet“, erläutert die Expertin für pädiatrische Endokrinologie. Im ersten Studienjahr stieg das Hypoglykämie-Risiko noch um 28 Pro-

zent, sobald die Patienten ihren HbA1c-Wert um einen Prozentpunkt absenkten. Im Jahr 2012 nahm das Risiko dann nur noch um fünf Prozent zu. Professor Karges fasst zusammen: „Bei guter fachärztlicher Betreuung kann heute das Therapieziel einer normalen Blutzuckereinstellung ohne zusätzliche Gefährdung erreicht werden.“

Die genauen Gründe für die Abnahme der Hypoglykämien kann die Studie nicht klären. DGE-Mediensprecher Professor Dr. med. Dr. h. c. Helmut Schatz, Bochum, meint, dass die Versorgung junger Diabetespatienten insgesamt besser geworden ist. „Heute bekommen die Patienten oft die neuen Analoginsuline und in recht differenzierten Formen wie mehrfachen Injektionen am Tag oder zunehmend mit der Insulinpumpe. Sie werden von diabetologisch erfahrenen Teams behandelt, intensiv geschult und auch psychologisch betreut.“ Diese neuen Daten seien erfreulich. Nach wie vor sollte man aber gerade bei Kindern und Jugendlichen sorgfältig darauf achten, dass Unterzuckerungen, insbesondere schwere, das heißt mit Bewusstseinsverlust einhergehende, vermieden werden, betont der Experte.

Red: ReH

Kein Anstieg der ADHS-Diagnosen – und die Laienpresse schweigt

In den letzten Jahren war ein Kennzeichen der Berichte über ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) in der Laienpresse, dass Studien noch vor ihrer Veröffentlichung zitiert wurden. Marktschreierisch wurden Thesen in die Welt gesetzt wie: „Die Diagnose ADHS steigt inflationär“, „Würzburg, die ADHS-Hauptstadt“, „Ritalin bald im Leitungswasser?“. Bei genauerer Durchsicht der Studien – wenn sie dann endlich nicht nur den Journalisten vorlagen – warfen Studiendesign und -auswertung mehr Fragen auf, als sie beantworteten. Die plakativ in der Presse verbreiteten Thesen waren nicht nachvollziehbar und vor allem eine Ohrfeige ins Gesicht der bereits stark belasteten Eltern von Kindern mit einer ADHS und der sie behandelnden Ärzte.

Eine im Juli 2014 veröffentlichte Studie (1) geht der Frage nach, ob die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen von ADHS in Deutschland zwischen 2003 und 2006 und von 2009 bis 2012 zugenommen hat. Sie wird von der Laienpresse mit Schweigen missachtet.

Die Untersuchung der Autoren ist unabhängig von der Pharmaindustrie, aber auch unabhängig von Krankenkassen. Die Studie wird vom Robert-Koch-Institut finanziert. Das Robert-Koch-Institut ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention.

Auf der Grundlage der Daten der bundesweit repräsentativen Studie „KIGGS Welle 1“ (2009-2012) wird die Lebenszeitprävalenz von elternberichteten ADHS-Diagnosen ihrer Kinder im Alter von drei bis 17 Jahren untersucht. Die erhobenen Daten werden mit denen in der KIGGS-Basiserhebung (2003-2006) ermittelten verglichen. Als „ADHS-Fall“ galten alle Kinder, deren Eltern berichteten, dass ihr Kind jemals von einem Arzt oder Psychologen eine ADHS-Diagnose erhalten hatte. Darüber hinaus wurden Kinder und Jugendliche, die in der Elternbeurteilung ei-

nen Wert > 7 (clinicalrange) auf Unaufmerksamkeit/Hyperaktivitätsskala des StrengthsanddifficultiesQuestionnaires (SDQ) erreichten, erfasst und als Verdacht auf ADHS eingeordnet.

Bei der KIGGS-Basiserhebung wurde in Form einer Querschnittsstudie bundesweit Kontakt mit den Eltern von 17641 Kindern aufgenommen. Die Response betrug 66,6 Prozent. Die Erhebung umfasste Befragungen, Untersuchungen und Laboranalysen.

Die Stichprobe für die KIGGS-Welle 1 besteht zum einen aus einer neuen Querschnittsstichprobe 0- bis 6jähriger, die zufällig aus den Melderegistern gezogen wurde. Zum anderen wurden die ehemaligen Teilnehmer der KIGGS-Basiserhebung, die inzwischen sechs bis 24 Jahre alt waren und als geschlossene Kohorte weiter geführt werden, zur Befragung eingeladen. Insgesamt nahmen 12.368 Kinder und Jugendliche (6.093 Mädchen, 6.275 Jungen) in dem für den Querschnitt relevanten Altersbereich von 0 bis 17 Jahren teil.

Die Prävalenz der ersten KIGGS Welle 1 beträgt 5,0 Prozent. Das Jungen:Mädchen Verhältnis beträgt circa 5:1. Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Sozialstatus. Ein Verdacht auf ADHS wird dreimal häufiger bei Kindern aus niedrigen sozialen Schichten gestellt. Die Lebenszeitprävalenz nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu und ist bei den 11- bis 17jährigen am höchsten. Entsprechend nehmen die Verdachtsfälle mit zunehmendem Alter ab. Bei jedem fünften Kind wird die Diagnose ADHS erstmals im Alter von sechs Jahren gestellt.

Gegenüber der KIGGS-Basiserhebung (2003-2006) werden keine statistisch signifikanten Veränderungen der Diagnosehäufigkeit für ADHS beobachtet.

Mit einer Prävalenz von fünf Prozent liegt Deutschland im europaweiten Durchschnitt und deutlich unter den aus Nordamerika berichteten Prävalenzen. Der Anstieg der ADHS-Lebenszeitprävalenz mit dem Alter ist plausibel: er tritt zeitgleich ab dem Schuleintritt im Alter von sechs Jahren auf. Der Schuleintritt geht mit erhöhten Anforderungen an die Aufmerksamkeit und die Kontrolle von Impulsen und motorischen Aktivitäten einher. Kinder, die schon vorher einige Schwierigkeiten hatten, werden mit dieser Zusatzbelastung so auffällig, dass sie Ärzten vorgestellt und diagnostiziert werden. Während in Nordamerika die Geschlechtsdiskrepanz inzwischen 2:1 beträgt, liegt sie in der deutschen Untersuchung deutlich höher mit 5:1. Dies mag an der unterschiedlichen Klassifikation liegen. Im ICD10 wird die reine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität nicht berücksichtigt. Von dieser sind aber überwiegend Mädchen betroffen.

Das Ergebnis der Studie, dass keine Zunahme der Prävalenzen seit 2002 zu beobachten ist, steht im Kontrast zu den in den letzten Monaten lautstark von der Barmer Krankenkasse über die Laienpresse kommunizierten Informationen. Es findet also kein – wie von dieser behauptet – inflationärer ADHS-Diagnoseanstieg statt. Bedauerlicherweise sind die wissenschaftlichen und ohne Interessenkonflikte erstellten Ergebnisse der Abteilung für Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts der Laienpresse aber keine Schlagzeile wert. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

1. Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer ADHS in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen?
R.Schlack et al.
Bundesgesundheitsblatt 7-2014.57:820-829

Dr. Kirsten Stollhoff und Dr. Klaus Skrodzki
Vorstand der AG ADHS
Gleiwitzer Str. 15
91301 Forchheim
E-Mail: ag-adhs@t-online.de

Red: ReH

Rezension:

Marianne Leuzinger-Bohleber et. al. Frankfurter Wirksamkeitsstudie zur Psychotherapie bei ADHS (Themenheft): Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 164, 2014, 419-586

„...die Einnahme eines Medikamentes ist immer mit einem psychisch passivierenden Signal verknüpft, aus eigener Kraft nichts tun zu können“ Aus dem Vorwort von Angelika Wolff.

Ein ganzes Heft der Zeitschrift ist dem Thema ADHS und deren tiefenpsychologischer Behandlung gewidmet und fordert die apodiktische, heute vielfach vorherrschende Meinung „ADHS ist eine Krankheit, keine gesellschaftliche Fehlentwicklung“, wie sie vom bkjpp, aber auch vom BVKJ, DGKJ und anderen Fachgesellschaften vorgetragen wird, heraus. Für psychodynamische Interventionen ... liegen keine Wirksamkeitsstudien vor, sie sind in der Behandlung der Primärsymptome nicht indiziert“, so die Bundesärztekammer 2005. Wer klinische Studien kennt, weiß dass es um eine unabhängige Finanzierung schlecht bestellt ist und in der Regel nur hochpreisige Medikamente untersucht werden, weil nur für diese firmengesponserten Studien finanziert werden können. Und wenn es nun aber doch Studien gibt? Schon Neraal und Wilder-

muth (2011) konnten Belege für den mindestens ebenso guten Erfolg psychodynamischer Therapien liefern (ADHS: Symptome verstehen - Beziehungen verändern. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2011), und nun ist eine aufwändige Studie erschienen, die vergleichend die Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeittherapien ohne Medikation und verhaltenstherapeutisch-medikamentöse Behandlung vergleicht. Marianne Leuzinger-Bohleber steckt in der Einführung den Rahmen, in dem die Studie verortet ist, ab, insbesondere das Spannungsfeld, dem sich eine Disziplin aussetzt, wenn sie sich in das Korsett eines ihr unangemessenen und fremden Wissenschaftsverständnisses zwingen muss. Methodisch ist ein Evidenzgrad 1 gar nicht erreichbar, aber dafür ist die Relevanz dieser Untersuchung der real stattfindenden Therapien besonders groß. Katrin Luise Lazer et. al. stellen den ausführlichen Forschungsbericht dar. Zielkriterium war die störungsspezifische Symptomreduktion nach 38 Monaten. Im Ergebnis zeigten beide Behandlungsgruppen eine hochsignifikante Symptomreduktion ohne Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen. 73 Kinder wurden in die Studie aufgenommen und 54 vollständig ausgewertet, was für die Laufzeit von über drei Jahren ein gutes Ergebnis ist. Die „dro-

pouts“ waren in beiden Gruppen gleich. Inka Fischer et.al. stellen den Aspekt der in einzelnen Fallvignetten erläuterten biographischen Belastungen in beiden Gruppen dar, nochmals detailliert und menschlich-berührend in drei Einzeldarstellungen von Brigitte Gärtner et.al. Thomas Hüller stellt als „Werkstattbericht“ dar, welche Problemesich in der Psychotherapie durch die vorgefassten Diagnose „ADHS“ ergeben. Das Themenheft wird abgeschlossen durch die Betrachtung der Studie aus der Sicht eines Gutachters im Rahmen des kassenpsychotherapeutischen Gutachtens von Hans Hopf. Er resümiert unter anderem, dass gesellschaftliche Probleme schöneredet werden oder mit Medikamenten zugedeckt werden, und dass die Leidtragenden vor allem die Jungen sind. Diese Beobachtungen sind für den praktisch tätigen Kinder- und Jugendarzt Alltag! Für diese, aber auch alle anderen nicht-psychotherapeutisch tätigen, aber interessierten „Schnell-Leser“ reicht es, die vier Seiten von Marianne Leuzinger-Bohleber et. al. zu lesen, um die große Relevanz dieser Studie für die zukünftige Behandlung von Kindern mit dem Etikett „ADHS“ zu ermessen.

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

Red: ReH

Das Leser-Forum



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



KITa: An den Bedürfnissen der Kinder und Familien vorbei
Von Dr. Stefan H. Nolte
KiJuA (2014),
Heft 9, S.464 ff.

und Leserbrief von Dr. Sabine Straßburg
Heft 12/14+1/15,
S 674

Die Diskussionsbeiträge hinsichtlich der Kinderbetreuung von Kindern unter drei Jahren haben schon in der Septemberausgabe mein Interesse geweckt. Die neuerlichen Beiträge in den letzten Ausgaben des Kinder- und Jugendarztes kann ich jedoch nicht unkommentiert lassen. Ein einziger Kommentar von einer Frau, und in meiner beruflichen Umgebung sind 70% aller niedergelassenen Kinderärzte Frauen. Es ist sehr schön, wenn die Herren darüber philosophieren, dass die eigenen Kinder liebevoll in der Familie erzogen werden. Ich gehe davon aus, dass die Last der Erziehungsarbeit auf der Mutter lastete, nicht auf den Vätern.

Meine Kinder sind jetzt 26 und 22 Jahre alt. Die Tochter wurde nach dem 5. Studienjahr geboren.

Nach dem Studium konnte meine Mutter (1989 in der DDR) das Babyjahr nehmen, denn Omas durften das, bis unsere Tochter mit 20 Monaten einen Krippenplatz bekam. Dort verblieb sie leider häufig von 6.30 Uhr bis 17.00 Uhr (43,75 Wochenarbeitsstunden ohne Dienste). Die Krippenbetreuung war qualitativ so gut, dass wir immer ein gutes Gefühl für unser Kind hatten. Im Kindergarten lief es dann ebenfalls so weiter. Monatliche Programme, Gedichte, die Erzieherin spielte Gitarre und lernte mit den Kindern jede Woche neue Lieder. Ich war mit meiner Tochter nicht einen Tag krank geschrieben. Erstens wurden damals noch banale Infekte problemlos von den Erzieherinnen mitgepflegt und zweitens war sie nie infektanfällig. 1992 nach großen Ängsten, ob ich meinen Arbeitsplatz behalte, entschieden wir uns dennoch für unser 2. Kind. Ich blieb 1 Jahr zu Hause, leistete ab dem 4. Monat Erziehungsurlaub, jedoch gern 2-3 Bereitschaftsdienste im Monat ab. Das war gut gegen das tägliche Waschen, Kochen, Putzen. Der Sohn kam dann auch mit 15. Monaten in die Krippe, war genauso wenig infektanfällig wie die Tochter. Ich reduzierte die Arbeitszeit auf 20 Wochenarbeitsstunden. Ich teilte mir also eine Stelle mit einer Kollegin. Jede 2. Woche wurde voll gearbeitet, die andere frei, zusätzlich Bereitschaftsdienste in der Klinik. Meine Kinder fühlten sich nie vernachlässigt, sind im Geiste gesunde Menschen und haben uns nie Vorwürfe gemacht, wir hätten uns nicht genug um sie gekümmert. Die Zeit, welche wir mit ihnen verbrachten, wurde gespielt, gelesen, gewandert, Fahrrad gefahren.

Vielleicht ist meine Äußerung zu polemisch, aber Fakt ist, dass ich nicht 12 Jahre Abitur, 6 Jahre Studium und 5 Jahre Facharzt-ausbildung absolviert habe, um dann mit meinen Kindern 10 Jahre zu Hause zu sitzen.

Das größere Problem sehe ich in der stark gesunkenen Qualität der Betreuung in den KITAs seit 1995. Neben dem nicht Anerkennen, dass die Kinder ihre häufigen Infekte in und durch die Krippe erwerben, werden sie bei banalsten Infekten nach Hause geschickt. Infektionsketten werden durch die altersgemischten Gruppen wie ein Katapult immer wieder durch die Einrichtungen geschleudert. Kinder sollen selbst entscheiden, was sie lernen möchten, es sogar selbst artikulieren! Sogar die Sauberkeitserziehung bleibt den armen Kindern selbst überlassen! Keine Ahnung von und kein Interesse an der physiologischen Entwicklung eines Kindes. Ja da frage ich mich manchmal, warum die Qualität der Erziehung so stark abgenommen hat, ich habe dies noch ganz anders kennengelernt. Die Antwort ist wie immer, die Finanzierung und das allgemein geringe Interesse der Gesellschaft an der Erziehung und Bildung der Kinder.

Zu guter letzt eine Empfehlung an jene Herren, welche der Meinung sind, dass Mütter am besten bis zur Einschulung der Kinder nicht arbeiten sollten: Stellen Sie sich bitte vor, Sie bleiben 3-10 Jahre zu Hause, freiwillig und Mama geht arbeiten. Sie machen den Haushalt, versorgen und lieben das Kind, gehen einkaufen, zu den Elternversammlungen, basteln, kochen und sind abends vollkommen entspannt, wenn Mama nach Hause kommt, sich vom Tag ausruhen möchte und kritisch guckt, wenn die Kinder nicht bettfertig am noch nicht gedeckten Tisch sitzen. Schöne Aussichten? Wer das möchte, soll das tun, aber machen sie dieses Lebensbild nicht zum Lebensbild von Frauen und idealisieren es.

Ich würde mir wünschen, dass sich mehr Frauen zu Wort melden würden. Haben wir eine Gleichberechtigung oder nicht? Letztendlich sieht man an den Diskussionsbeiträgen, wie weit wir von der echten Gleichberechtigung der Frau entfernt sind.

Wenn diese Gesellschaft die Geburtenrate erhöht sehen will, gerade von Akademikern, dann liefern wir hier eine völlig kontraproduktive Diskussion. Eine KITa-Betreuungsmöglichkeit ist für mich nicht verhandelbar. Die Qualität der Betreuung muss deutlich verbessert werden, damit sich die Akademikerin überhaupt für ein Kind entscheidet. Und ich rede hier nicht von dem Betreuungsschlüssel pro Erzieherin. Inhalte müssen verbessert werden, darum sollte die eigentliche Diskussion geführt werden. Und ich würde mir eine kinderfreundliche Gesellschaft wünschen.

Dr. med. Gabriele Florschütz,
Goethestr. 8
06844 Dessau-Roßlau
gabiflorschuetz@googlemail.com

Red.: Kup

2014 : Katastrophenjahr für Kinder

15 Millionen Kinder von Konflikten betroffen

Die Gewalt gegen Kinder ist nach Angaben von Unicef 2014 ins Unermessliche gewachsen. Mehr als 15 Millionen Kinder leiden nach Angaben der Organisation in den größten aktuellen Krisenherden in Irak, Syrien, Gaza, Ukraine, Südsudan und Zentralafrikanische Republik unter extremer Gewalt, Zerstörung und Vertreibung. Wegen der Vielzahl, der Komplexität und der langen Dauer dieser Krisen gerät die Not der Kinder inzwischen in Vergessenheit, warnt UNICEF.

„2014 war ein katastrophales Jahr für Millionen von Kindern“, sagte UNICEF-Exekutivdirektor Anthony Lake in New York. „Kinder wurden getötet, während sie im Klassenzimmer lernten oder in ihren Betten schliefen. Kinder wurden zu Waisen gemacht, gekidnappt, gefoltert, als Kindersoldaten missbraucht, vergewaltigt oder als Sklaven verkauft. Noch nie in der jüngeren Vergangenheit waren so viele Kinder solch unaussprechlicher Brutalität ausgesetzt.“

UNICEF schätzt, dass weltweit 230 Millionen Kinder in Ländern und Regionen mit bewaffneten Konflikten leben. 2014 wurden Hunderte Schüler aus den Klassenzimmern oder auf dem Schulweg entführt. Zehntausende Kinder wurden zwangsrekrutiert oder von bewaffneten Gruppen als Helfer missbraucht. Die Zahl der Angriffe auf Schulen und Krankenhäuser hat an vielen Orten deutlich zugenommen. Mehr als 7,3 Millionen Kinder aus Syrien sind vom Bürgerkrieg in ihrem Heimatland betroffen, unter ihnen 1,7 Millionen Flüchtlingskinder. Die Vereinten Nationen haben allein in den ersten neun Monaten des Jahres 35 Angriffe auf Schulen in Syrien bestätigt, bei denen 105 Kinder getötet und fast 300 weitere verletzt wurden.

- In Irak wurden Schätzungen zufolge mindestens 700 Kinder dieses Jahr verletzt, getötet oder sogar hingerichtet. Hunderttausende Vertriebene sind im nahenden Winter schutzlos Regen, Kälte und Schnee ausgesetzt.
- Während des 50 Tage dauernden Gaza-Kriegs wurden 538 Kinder getötet und mehr als 3.370 verletzt. 54.000 Kinder

wurden durch die Zerstörung ihrer Häuser obdachlos.

- In der Zentralafrikanischen Republik sind 2,3 Millionen Kinder von dem Konflikt betroffen. Mindestens 430 Mädchen und Jungen wurden getötet oder verstümmelt – drei Mal so viele wie 2013. Bis zu 10.000 Kinder wurden mutmaßlich im vergangenen Jahr als Kindersoldaten rekrutiert.
- In Südsudan wurden 2014 mehr als 600 Kinder getötet und 200 weitere verletzt. Rund 12.000 Kindersoldaten müssen in den Reihen von bewaffneten Gruppen kämpfen. 750.000 Kinder in Südsudan wurden aus ihren Häusern vertrieben, 320.000 leben als Flüchtlinge. Als Folge des Konflikts sind 235.000 Kinder lebensbedrohlich mangelernährt.

Die große Zahl der gegenwärtigen Krisen und Konflikte hat dazu geführt, dass manche kaum noch wahrgenommen werden. Doch auch in Dauerkrisenländern wie Afghanistan, Jemen, Demokratische Republik Kongo, Nigeria, Pakistan, Somalia und Sudan waren Kinder Gewalt und Brutalität ausgesetzt. Dazu kamen neue Gefahren wie der Ebola-Ausbruch in Westafrika.

Hilfe in Krisensituationen

Trotz der enormen Herausforderungen ist es UNICEF und seinen Partnern gelungen,

lebensrettende Hilfe für Kinder an einigen der gefährlichsten Orte der Welt zu leisten. Einige Beispiele:

- UNICEF hat rund 68 Millionen Impfdosen gegen Kinderlähmung in den Nahen Osten geliefert, um den Polio-Ausbruch in Syrien und Irak einzudämmen.
- In Südsudan hat UNICEF mehr als 70.000 Kinder gegen schwere Mangelernährung behandelt.
- In den von Ebola am schlimmsten betroffenen Ländern Liberia, Sierra Leone und Guinea unterstützt UNICEF den Kampf gegen das Virus durch Hilfsgüter wie Schutzanzüge, durch die Ausbildung von Helfern und Informationskampagnen sowie durch Hilfen für Ebola-Waisen.
- In der Zentralafrikanischen Republik läuft gerade eine Kampagne, um 662.000 Kinder wieder zurück in die Schule zu bringen, sobald die Sicherheitslage es zulässt.

„Es ist eine traurige Ironie, dass in diesem Jahr, in dem wir den 25. Geburtstag der UN-Kinderrechtskonvention und so viele Fortschritte für Kinder weltweit feiern, gleichzeitig die Rechte von Millionen von anderen Kindern auf so brutale Weise verletzt werden“, sagte UNICEF-Exekutivdirektor Anthony Lake.

Red: ReH



Geflohen vor der Gewalt in Syrien

© UNICEF DT/2014/Manfred Kutsch

Flüchtlinge in der Praxis

Man kann sich den Bildern schlecht entziehen: zerbombte und zerstörte Städte, Menschen auf der Flucht, übervolle Flüchtlingslager irgendwo in der Wüste und Bilder von mit Flüchtlingen völlig überladenen Booten im Mittelmeer. Konflikte und Bürgerkriege wie derzeit in Syrien haben schon immer weltweit zu einem Anstieg der Flüchtlingszahlen geführt. Das macht sich auch in Deutschland bemerkbar: Wurden 2013 insgesamt 109.000 Anträge auf Asyl gestellt, so waren es in diesem Jahr bis einschließlich Oktober schon 135.000; die meisten dieser Menschen kommen aus Syrien, Serbien und Eritrea. Verteilt werden die Flüchtlinge innerhalb Deutschlands auf die einzelnen Bundesländer nach einem Schlüssel; in den Ländern kommen die Flüchtlinge zuerst in so genannte Erstaufnahmelager, in denen sie eigentlich auch medizinisch untersucht werden sollen. Danach werden sie auf Landkreise und Gemeinden verteilt.

So werden auch wir Kinder- und Jugendärzte vermehrt in unseren Praxen mit der Betreuung von Flüchtlingskindern konfrontiert: in vielen Fällen sind diese Kinder, wie ihre Eltern, durch die Bedingungen der Flucht und die Flucht selbst schwer traumatisiert. Eine Verständigung ist ohne Dolmetscher meist nicht möglich, Impfdokumente besitzen die wenigsten und man kommt schwer an Informationen über frühere Erkrankungen. Rechtlich haben sie nur Anspruch auf die Behandlung im Akutfall, nicht aber auf Impfungen und Vorsorgen.

Diese Bedingungen und Einschränkungen erschweren die Behandlung unserer Patienten. Da alle Praxen vor den gleichen Problemen stehen, ist es sinnvoll, ein



(c) JPC-PROD - Fotolia.com

gemeinsames Vorgehen zu planen und zu vereinbaren:

- Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Gesundheitsamt, Jugendamt und beteiligten Sozialarbeitern
- sofern über die Sozialarbeiter Termine in den Praxen ausgemacht werden: Mitteilung, wenn es sich um die Erstuntersuchung eines Flüchtlingskindes handelt, um entsprechende Zeit einzuplanen
- darum bitten, einen Dolmetscher mitzubringen
- Entwicklung eines Art Laufzettels für jedes Kind, auf dem die wichtigsten Daten und Behandlungen vermerkt werden, damit nicht jede Praxis das Rad neu erfinden muss und auf bereits erhobene Befunde zurückgreifen kann
- Kinder, die keine Impfdokumente haben, gelten als „ungeimpft“ und sollten durch uns entsprechend der STIKO-Empfeh-

lungen vollständig geimpft werden

- im Vorfeld klare Regelungen mit den Sozialbehörden, wie im Falle von Überweisungen oder Einweisungen zu verfahren ist

Die Betreuung und Behandlung stellt für uns alle eine Herausforderung dar. Ich halte es trotzdem für selbstverständlich, diese Kinder genauso gewissenhaft zu betreuen, wie wir das mit allen anderen Kindern in der Praxis auch machen. Trotz der oben angesprochenen rechtlichen Anspruchslimitierung gilt für diese Kinder auch der Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention, der das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit gewährleistet.

Dr. Michael Mühlshlegel
E-Mail: michaelandreas@t-online.de

Red: ReH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung unter der Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.



Eltern-App für das 1. Lebensjahr: "Baby & Essen"

Zugegeben: Es gibt bereits viele Apps für junge Eltern. Aber keine, die wissenschaftlich fundiert ist, keine Werbung enthält und dazu noch extrem alltagstauglich ist. Mit der App "Baby & Essen" haben Eltern erstmals einen ausführlichen Essens-Fahrplan für das 1. Lebensjahr griffbereit. Für die stillende Mutter gibt es Ernährungstipps und Väter können sich im "Papa-Modus" Männer-Fakten holen. Entwickelt hat die App das Netzwerk Gesund ins Leben, eine IN FORM-Initiative des Bundesernährungsministeriums.

Durch Wischen entlang des Zeitstrahls bekommen Eltern jeden Monat Informationen und Tipps zur Ernährung und Bewegung ihres Babys. Alle wichtigen Fragen, vom Stillen über die Flaschennahrung bis zur Beikost und dem Familienessen, werden dabei beantwortet. Für stillende Mütter gibt es zudem Tipps für eine ausgewogene Ernährung in der Stillzeit.

Mit an Bord sind dabei viele praktische Werkzeuge. Zum Beispiel ein Allergie-Risiko-Check. Hier findet man heraus, ob das Baby ein erhöhtes Allergierisiko hat und was in dem Fall getan werden kann. Und wer den "Reif-für-Brei-Check?" macht, weiß, ob sein Baby schon bereit ist für die ersten Löffel Brei. Schritt für Schritt wird erklärt, wie und mit welchen Zutaten die Gemüse-, Milch- und Getreide-Breie ganz leicht selbst zubereitet werden können. Mit dem "Breikalkulator" können Eltern Abwechslung in den Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei bringen: dazu einfach Zutaten auswählen, die gewünschte Portionszahl einstellen und schon bekommt man das Rezept, mit dem direkt für mehrere Tage vorgekocht werden kann. Wer nicht selbst

kochen will, erfährt natürlich, worauf beim Kauf von Fertigbreien zu achten ist.

Das Besondere an der App: der Papa-Modus, in dem frischgebackene Väter zusätzlich Männer-Fakten zum Stillen erhalten sowie Anregungen, wie sie die Bewegung ihres Babys von Anfang an fördern können. Wer die App gemeinsam mit seinem Partner nutzen will, kann das mit der Funktion "Partner einladen" tun. Eigene Lieblingsinfos aus der App können über Facebook, Twitter und andere Kanäle geteilt werden.

Die App basiert auf den bundesweit einheitlichen und wissenschaftlich fundierten Empfehlungen zur Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter vom Netzwerk Gesund ins Leben. Diese Empfehlungen gelten für gesunde, reifgeborene Säuglinge.

Infos: Die App ist kostenlos erhältlich unter:

<https://itunes.apple.com/us/app/baby-essen-der-essens-fahrplan/id930524010?l=de&ls=1&mt=8>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.uniqueconceptions.babysessen>

Die App läuft ab der iOS-Version 6.1 und der android-Version 2.3.

www.aid.de



Red: ReH

Nach über 20 Jahren findet die 33. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) wieder einmal in Deutschland statt.

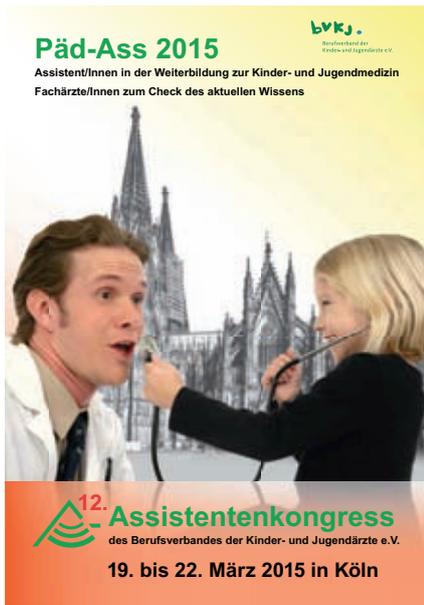
Kongresspräsidenten sind Prof. Borte und Prof. Schuster, Leipzig.

Tagungsort: Leipzig

Datum: 12. – 16. 5. 2015

Infos unter: <http://espid2015.kenes.com/>

Prof. Dr. Volker Schuster
Universitätsklinik und Poliklinik
für Kinder und Jugendliche Leipzig
Liebigstrasse 20a
04103 Leipzig
Tel.: 0341-97-26242, Fax: 0341-97-26229
E-Mail: volker.schuster@medizin.uni-leipzig.de



Donnerstag, 19. März 2015

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):
Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie und Neugeborenenreanimation.

Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl (je nach Kurs 8–30 Teilnehmer) in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Köln und Umgebung statt.

Freitag, 20. März 2015

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen:

Neonatologische Notfallversorgung im Kreissaal; Epilepsie erkennen und behandeln; Diagnose und Therapie der arteriellen Hypertonie; Atmungsstörungen im Schlaf;

Impfempfehlungen 2015; Stoffwechselstörungen; Jugendmedizin; Pädiatrische Sportmedizin; Perspektiven und Chancen des Kinder- u. Jugendarztes; Zielorientierte Arztgespräche in der Kinder- u. Jugendmedizin – der direkte Weg zu den Eltern
Referenten: Prof. Dr. B. Roth; Prof. Dr. F. Aksu; Prof. Dr. J. Dötsch; Dr. A. Wiater; Prof. Dr. M. Weiß; Dr. B. Stier; Prof. Dr. C. Graf; Dr. W. Hartmann; Prof. Dr. W. Kölfen

Samstag, 21. März 2015

Allergische Erkrankungen; Abklärung von Herzgeräuschen; Kopfschmerzen; Behandlung von thermischen Verletzungen; Was sollte die/der Assistent/in in Weiterbildung noch wissen?; Diagnostische Möglichkeiten zur Erfassung von psycho-emotional-sozialen Erkrankungen

Referenten: Dr. L. Lange; Prof. Dr. K. Brockmeier; Prof. Dr. F. Heinen; Dr. M. Marathovouniotis; Dr. M. Goecke; Dr. J. Harris; Prof. Dr. G. Esser

Sonntag, 22. März 2015

Televoting-Quiz: Röntgenbilder und Sonographie des Urogenitaltrakts für die Weiterbildungsprüfung

Referenten: PD Dr. F. Körber; PD Dr. U. Vester

Samstag 21.03. und Sonntag, 22.03.2015

Seminare zur Erweiterung des Basiswissens: Hämatologie, Kinderkardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie, Regulations- und Beziehungsstörungen, Onkologie, Neonatologie, Reanimationstraining, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse: Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Infusionsplan in der Neonatologie,

Nahrungsmittelunverträglichkeit, Tatort Haut, EEG-Diagnostik, Diabetes mellitus, Vorsorgeuntersuchungen, Spannendes aus dem Praxisalltag, Dringende Einweisungsindikationen aus niedergelassener Sicht, Strategien zur Verhinderung des plötzlichen Kindstodes, Jugendmedizin, ADHS – Hyperkinetische Störungen, Fehlervermeidung in der Praxis und Notfallpraxis, Sonderseminar Radiologie, Sonderseminar Sonographie - Urogenitaltrakt, Pädiatrische Rheumatologie, Säuglingsernährung, Bauchschmerzdiagnostik, Harnwegsinfektionen, Medienkonsum; Basisdiagnostik bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen; EKG-Diagnostik, Beatmung Früh- und Neugeborener, Früherkennung von Kindesmisshandlung, Sozialmedizinische Aufgaben des niedergelassenen Kinderarztes; Akute kinderchirurgische Erkrankungen des Abdomens; Neuropädiatrische Untersuchung.

Ausführliches Programm:

bvkj.de

Infos und Anmeldungen:

BVKJ e.V. Kongressabteilung
Mielendorfer Str. 2, 51069 Köln
Tel.-Nr. 0221/6 89 09-15
bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 19.03.2015: 85,- €
- Teilnahme vom 20.–22.03.2015: 280,- €

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 19.03.2015: 170,- €
- Teilnahme vom 20.–22.03.2015: 490,- €

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist während der Weiterbildungszeit kostenlos!

Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78

ANMELDUNG zum 12. Assistentenkongress in Köln vom 19.–22.03.2015

- ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ
 ich bin noch kein Mitglied im BVKJ e.V. und bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

- am Donnerstag, 19.3.2015
für Mitglieder € 85,-
 von Freitag, 20.3. bis Sonntag, 22.3.2015
für Mitglieder € 280,-

- Mein Klinik-Seminarwunsch: _____
 für Nichtmitglieder € 170,-
 für Nichtmitglieder € 490,-

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____
3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Name/Vorname: _____ Mail: _____

Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Paediatric Stroke – Arteriell ischämischer Schlaganfall im Kindesalter

Der Schlaganfall im Kindesalter ist ein pädiatrischer Notfall mit hoher Mortalität, Morbidität und einem erheblichen Rezidivrisiko. Auch wenn die Inzidenz wesentlich geringer ist als bei den Erwachsenen, so zählt der kindliche Schlaganfall doch zu den zehn häufigsten Todesursachen im Kindesalter.

„Time is brain“ – auch beim kindlichen Schlaganfall

Fehlendes Bewusstsein, multiple Differenzialdiagnosen, später Arztkontakt aber vor allem auch innerklinische Verzögerungen in der Diagnostik führen dazu, dass nur bei ca. 20-30% der betroffenen Kinder die Diagnose „Schlaganfall“ innerhalb von 6h gestellt wird, die durchschnittliche Dauer vom Symptombeginn zur Diagnose beträgt 22 Stunden - das enge therapeutische Zeitfenster verstreicht ungenutzt [1, 2].

Das Fehlen von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des kindlichen Schlaganfalles einerseits und das Fehlen geeigneter, spezialisierter Versorgungsstrukturen andererseits erschweren die Betreuung pädiatrischer Schlaganfallpatienten.

Frühes Erkennen klinischer Symptome, rasche Diagnosestellung, adäquate Therapieeinleitung sowie optimale rehabilitative Maßnahmen durch ein spezialisiertes interdisziplinäres Stroke-Team können Outcome und Prognose verbessern.

Die Aufgabe des Kinderarztes vor-Ort ist das „Daran-Denken“

Epidemiologie

300-500 Kinder pro Jahr in Deutschland

Die Inzidenz des arteriell ischämischen kindlichen Schlaganfalles liegt bei ca. 2/100 000 Kindern pro Jahr, vergleichbar mit der Inzidenz kindlicher Hirntumorerkrankungen [3]. In Deutschland geht man von ca. 300-500 Neuerkrankungen pro Jahr aus, die Dunkelziffer dürfte höher liegen. Weltweit tritt jeder 20. Schlaganfall bei Kinder- und Jugendlichen auf.

Ein Schlaganfall kann sich in jeder Altersstufe ereignen mit häufigerem Auftreten in den ersten Lebensjahren und erneut leichtem Anstieg in der Pubertät. Jungen sind etwas häufiger betroffen als Mädchen.

Ätiologie

Infektionen, Vaskulopathien und kardiale Erkrankungen sind häufige Risikofaktoren

Der arteriell ischämische Schlaganfall im Kindesalter ist eine „multiple-risk“-Erkrankung, bei über 50% finden sich mindestens zwei Risikofaktoren.

Das Wissen um vorliegende Risikofaktoren hilft nicht nur bei der Diagnosestellung, sondern auch, das Risiko eines erneuten Schlaganfalles abzuschätzen. Die Ätiologie ist breit gefächert (Tab.1) [3-7].

Vaskulopathien finden sich häufig, ätiologisch spielt insbesondere die sog. Fokale zerebrale Arteriopathie (= Transiente zerebrale Vaskulopathie) eine wichtige Rolle. Pathophysiologisch geht man von einer selbstlimitierenden, unilateralen Inflammation der Arteria carotis interna, anterior oder media aus, die 6 Monate nach dem ischämischen Ereignis keine weitere Progression zeigt [8-10].

Geht eine Varizelleninfektion in den letzten 12 Monaten voraus, spricht man von einer post-Varizellen Angiopathie, die bei bis zu 30% der Kinder mit arteriell ischämischen Schlaganfall als ursächlich angenommen wird.

Insbesondere nach (Bagatell-)Traumen oder bei Vorliegen einer Bindegeweberkrankung ist auch an extra- und intrakranielle Dissektionen zu denken – akut auftretende, starke Schmerzen im Hals-/Gesichts- und Kopfbereich können ein Hinweis darauf sein. Moyamoya-Erkrankung und fibromuskuläre Dysplasie sind weitere ätiologisch relevante Vaskulopathien.

Infektionen stellen im Kindesalter einen wichtigen Risikofaktor für einen arteriell ischämischen Schlaganfall dar und scheinen auch das häufigere Auftreten des Schlaganfalles im Vorschulalter zu erklären. **Infektionen mit VZV** (s.o.) findet man häufig, aber auch an andere Erreger (z.B. Borrelien, Parvoviren, Entereoviren) muss gedacht werden. Der Verdacht einer Gefäßstenose auf dem Boden einer parainfektösen Vaskulopathie kann ggf. durch entsprechende Liquorbefunde erhärtet werden. Das Risiko für Gefäßdissektionen ist nach Infektionen ebenfalls erhöht.



Dr. med.
Lucia Gerstl¹

PD Dr. med.
Ingo Borggräfe¹

Dr. med. univ.
Martin Olivieri²

Prof. Dr. med.
Florian Heinen¹

¹ Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, iSPZ Haunersches Kinderspital, Klinikum der Universität München

² Pädiatrische Hämostaseologie, Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der Universität München

| Wichtige Ursachen und Risikofaktoren des kindlich ischämischen Schlaganfalls | |
|--|--|
| Infektionen | VZV Borrelien Mykoplasmen Enteroviren Parvoviren Meningitis (Pneumokokken, Mycobacterium tuberculosis) |
| Kardiale Erkrankungen | Rhythmusstörungen Angeborene und erworbene Herzfehler Endokarditis Kardiomyopathien Herzchirurgischer Eingriff o. Herzkatheteruntersuchung |
| Vaskulopathie | Fokale zerebrale Arteriopathie Para-/postinfektiöse Vaskulitis Moyamoya Arterielle Dissektion Fibromuskuläre Dysplasie Bindegeweserkrankungen (Ehlers-Danlos-Syndrom, Marfan Syndrom...) Lupus |
| Koagulopathie/ Hämatologische Erkrankung | Sichelzellerkrankung Andere hämolytische Anämien Eisenmangelanämie Thrombophilie |
| Metabolische Erkrankungen | Mitochondriopathien Homocystinurie M. Fabry |
| Medikamente/Therapien | L-Asparaginase Orale Kontrazeption Strahlentherapie |
| Sonstige | Schädel-Hirn-Trauma Intrakranielle AV-Malformationen, Aneurysmen Hirntumoren Akute Erkrankungen mit Dehydratation Trisomie 21 Sturge-Weber Syndrom |

Tabelle 1: Wichtige Ursachen und Risikofaktoren des kindlich ischämischen Schlaganfalls

Kardiale Ursachen wie angeborenen Herzfehler und erworbene Klappendefekte, aber auch herzchirurgische und katheterinterventionelle Eingriffe stellen einen wichtigen Risikofaktor für einen thromboembolischen arteriell ischämischen Schlaganfall = AIS dar.

Koagulopathien können v.a. als zusätzlich vorliegende Risikofaktoren das Schlaganfallrisiko erhöhen.

Neben den häufigen Ursachen – Infektion / kardiale Erkrankung / Vaskulopathie – müssen u.a. auch hämatologische und metabolische Erkrankungen, Traumata und Medikamenteneinnahme bedacht werden.

Symptome

Leitsymptom akut auftretende Hemiparese. Aber vielfältige klinische Präsentation möglich.

Die meisten Kinder fallen durch das plötzliche Auftreten fokal neurologischer Zeichen auf: Ein Großteil zeigt

eine **Hemiparese** mit oder ohne **Fazialisbeteiligung**, **Sprachstörungen** und **Doppelbilder** sind ebenfalls häufig. **Schwindel** und **Ataxie** sprechen meist für eine Ischämie im Bereich der hinteren Strombahn z.B. durch einen Verschluss / eine Dissektion im Bereich der A. vertebralis.

Kopfschmerzen, **Bewusstseinsstörung**, **Erbrechen** und andere unspezifische Symptome treten häufig begleitend, selten isoliert auf. **Krampfanfälle** als Erstsymptom sind bei Kindern – im Gegensatz zum Neugeborenen – weniger häufig, treten jedoch bei ca. 25% der Patienten in der Akutphase des Schlaganfalles (innerhalb der ersten 14 Tage nach dem AIS) auf [11](Abb. 1).

Migräne als häufigste Differenzialdiagnose

Die häufigste Differenzialdiagnose eines arteriell ischämischen Schlaganfalls ist die **komplizierte Mi-**

Typische Symptome eines Schlaganfalls im Kindesalter

Akutes Auftreten von

Hemiparese
Fazialisparese 70-80%
Dysphasie

Visusstörung
Doppelbilder
Ataxie
Krampfanfälle
Drehschwindel

Kopfschmerzen Mögliche, nicht
Bewusstseinsstörung fokale Symptome
Erbrechen

grüne, die als hemiplegische Migräne mit Halbseiten-symptomatik und als Basilarismigräne mit u.a. Dysarthrie, Schwindel, Sehstörung und Ataxie in der Akutphase vom klinischen Bild nicht von einem Schlaganfall unterschieden werden kann. Auch die wesentlich häufigere klassische Migräne (Migräne mit Aura) kann initial insbesondere durch visuelle Symptome und dem Auftreten einer Dysphasie differenzialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten.

Stellt sich ein Kind oder ein Jugendlicher mit solchen Symptomen in der Praxis vor, gelingt die Abgrenzung zu einem akut behandlungsbedürftigen Insult nur durch die Bildgebung (s.u.).

Weitere wichtige Differenzialdiagnosen sind u.a. die akut demyelinisierende Enzephalomyelitis (ADEM), die Multiple Sklerose, Bewusstseinsstörungen anderer Ursache sowie epileptische Anfälle mit postiktaler Lähmung.

Diagnostik – Bildgebung

Keine zeitliche Verzögerung. cMRT-Angio als Goldstandard, cCT-Angio als wichtige und schnelle Alternative in der Notfalldiagnostik

Der kindliche Schlaganfall ist ein pädiatrischer Notfall!

Die Diagnosestellung – und Abgrenzung zu häufigeren pädiatrischen Krankheitsbildern wie der komplizierten Migräne - erfolgt durch die Bildgebung, die **ohne**

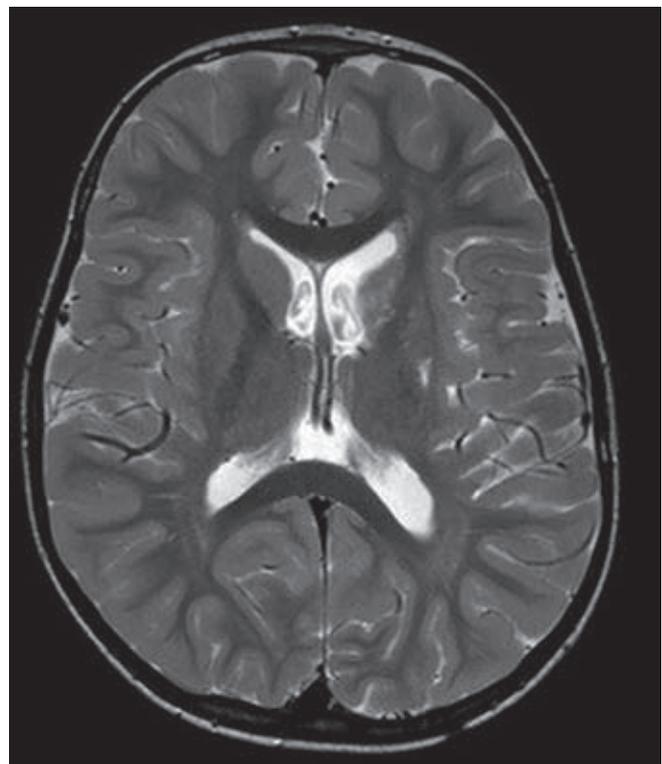
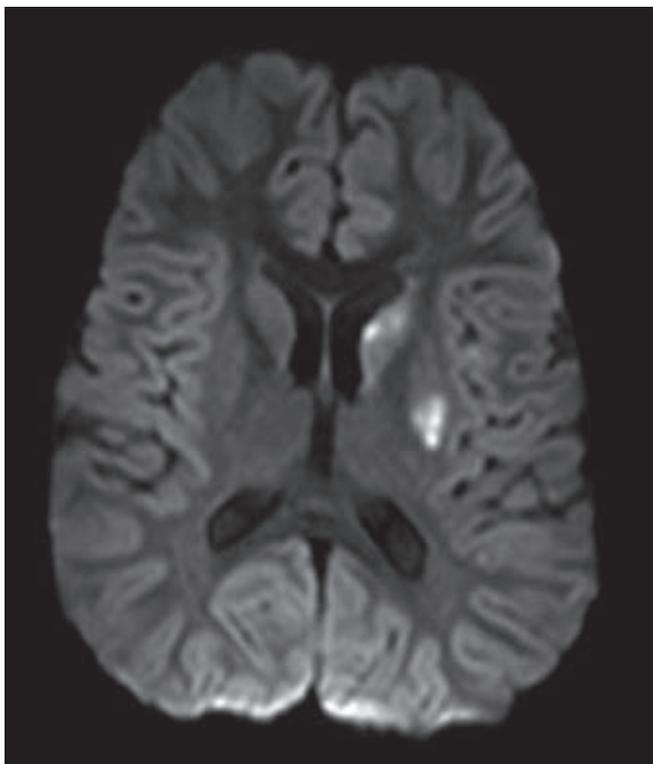


Abb. 2: 4-jähriger Junge mit post-Varizellen Arteriopathie. (A) In den diffusionsgewichteten Sequenzen (DWI) Diffusionsrestriktion in den Basalganglien links (Nucleus caudatus und Putamen). (B) T2 gewichtete Sequenz: Im Verlauf gliotische Veränderung der beschriebenen Areale.

zeitliche Verzögerung bei jedem klinischen Verdacht durchgeführt werden muss.

Goldstandard ist die Durchführung einer kraniellen Kernspintomographie (Abb. 2 und 3) [3]. Diffusionsgewichtete Sequenzen können ischämische Areale bereits nach wenigen Minuten detektieren. Die ergänzend durchgeführte MR Angiographie der zerebralen Gefäße und Halsgefäße stellt mögliche ursächliche Gefäßpathologien wie Stenosen, Dissektionen oder Arteriopathien dar.

Auch bei der differenzialdiagnostischen Eingrenzung (z.B. Akut demyelinisierende Enzephalomyelitis) ist die cMRT der Computertomographie überlegen.

Mangelnde Verfügbarkeit, lange Untersuchungszeiten und damit häufig Notwendigkeit einer Anästhesie sind limitierende Faktoren des cMRT bei der Akutdiagnostik des kindlichen Schlaganfalls und dürfen die bildgebende Diagnostik nicht verzögern und therapeutische Optionen im engen Zeitfenster nicht verhindern!

Die kraniale Computertomographie ist breit verfügbar und schnell durchführbar. Insbesondere beim bewusstseinsgetrübten Patient erlaubt sie den schnellen Ausschluss von Blutungen, Liquorzirkulationsstörungen und Raumforderungen. Ischämische Areale können i.d.R. nach einigen Stunden abgegrenzt werden, die cCT Angiographie kann Stenosen nachweisen.

Die konventionelle Angiographie spielt in der Akutdiagnostik bei Kindern keine Rolle, sie wird zur Diagnose-sicherung und ätiologischen Einordnung in Einzelfällen durchgeführt. Auch die Dopplersonographie der extra-

und intrakraniellen hirnvorsorgenden Arterien hat ihren Haupteinsatz post-akut, z.B. in der Verlaufsbeurteilung bei Vaskulopathien. Sie ist nur in der Hand des Spezialisten aussagekräftig.

Weitere Diagnostik

Breite Abklärung bei multiplen möglichen Risikofaktoren

Zur weiteren, umfassenden ätiologischen Abklärung zählen u.a. kardiologische Diagnostik (EKG, LZ-EKG, Echo, transösophageale Echokardiographie), Vaskulitis-abklärung, Thrombophiliediagnostik, infektiologische und metabolische Untersuchungen.

Therapie

Keine Leitlinien zur Akuttherapie. Antikoagulation primär mit Heparin. In Einzelfällen Thrombolysenach genauester Nutzen-Risiko-Abwägung als off-label Therapie im spezialisierten Zentrum.

Evidenzbasierte Leitlinien zur Akuttherapie des arteriell ischämischen Schlaganfalles im Kindesalter existieren bislang nicht, das Akutmanagement (Körpertemperatur, Normoglykämie, Normo- Hypertonie, Überwachung bei großvolumigen Infarkten und Gefahr einer zerebralen Schwellung) orientiert sich an der Versorgung erwachsener Schlaganfallpatienten.

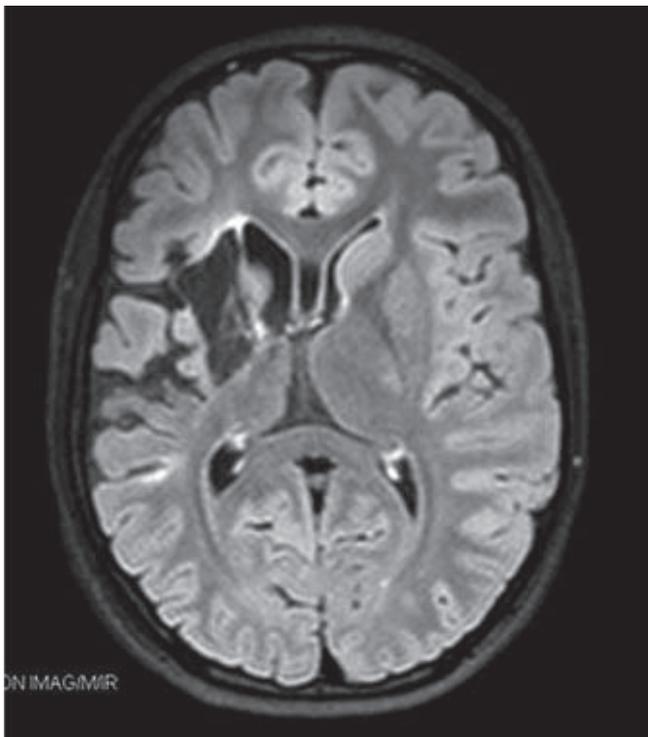


Abb. 3: 7-jährige Patientin mit Z.n. A. cerebri media (ACM) Infarkt rechts. (A) Defektareal lateral des rechten Seitenventrikels (B) In der konventionellen Angiographie Nachweis einer hochgradigen Stenose der ACM.

Zur Antikoagulation wird im Kindesalter unfraktioniertes / niedermolekulares Heparin eingesetzt und im Verlauf abhängig von der zugrundeliegenden Ätiologie als Sekundärprophylaxe auf Acetylsalicylsäure umgestellt[12].

Thrombolyse: Es fehlen Dosisfindungs- und Outcomestudien. Der Einsatz der Thrombolyse im Kindesalter kann –nach differenzierter Risiko-Nutzen-Abwägung durch ein interdisziplinäres Team aus erfahrenen Kinderneurologen, Hämostaseologen, Intensivmedizinern und Neuroradiologen – in Einzelfällen im Rahmen eines individuellen Heilversuches (off-label) in einem spezialisierten Zentrum eingesetzt werden.

Zur interventionellen Thrombektomie im Kindesalter existieren Einzelfallberichte.

Prognose

Bei 2/3 der Kinder neurologische Residualsymptome (v.a. Hemiparese). Auswirkung auf Kognition und Verhalten im Alltag oft besonders einschränkend.

Nur ca. 1/3 der Kinder erholen sich nach einem Schlaganfall vollständig.

Hemiparese mit oder ohne Fazialisbeteiligung sowie Dysphasie finden sich als häufigste neurologische Residualsymptome, je nach Infarktareal bleiben z.B. Hirnnervenausfälle, Ataxie, Sprachstörungen[3].

Kortikale Läsionen, Auftreten von Krampfanfällen in der Frühphase (innerhalb 24h) und Persistieren der Anfälle über die Akutphase (14 Tage nach dem Schlaganfall) hinaus, erhöhen das Risiko, später eine Epilepsie zu entwickeln, beim kindlichen Schlaganfall geht man von ca. 8%-15% aus (verglichen mit >50% nach perinatalem Schlaganfall)[13].

Kognition und Verhalten

Je jünger das Kind zum Zeitpunkt des AIS, um so größer scheint die Auswirkung auf Kognition[14]. Auch wenn der Durchschnitts-IQ in allen Altersgruppen noch im Normbereich liegt, so zeigen sich Auffälligkeiten insbesondere in den Bereichen Visuokonstruktion, Verarbeitungsgeschwindigkeit und Kurzzeitgedächtnis. Soziale Probleme, Aufmerksamkeitsstörungen und Schwierigkeiten in der Schule finden sich häufig bei Kindern nach Schlaganfall[15].

KINDLICHER SCHLAGANFALL

300-500 Kinder /Jahr in Deutschland

Mortalität 10-20%, Rezidivrisiko 10-25%

betrifft alle Altersstufen

multiple risk Erkankung

Leitsymptom: akute Hemiparese

cave: auch andere neurologische Symptome häufig

KEINE Verzögerung in der Diagnostik

Therapie im spezialisierten Zentrum

2/3 neurologische Residualsymptome

Auswirkungen auf Verhalten und Kognition häufig

TIME IS BRAIN

Abb. 4: Übersicht kindlicher Schlaganfall

Rezidivrisiko und Mortalität

Das Wiederholungsrisiko für einen arteriell ischämischen Schlaganfall ist abhängig von der Ätiologie und dem zugrundeliegenden individuellen Risikoprofil[3, 16]. Durchschnittlich wird das Rezidivrisiko nach dem ersten arteriell ischämischen Infarkt mit 10-25% beziffert. Kinder mit keinem oder nur einem Risikofaktor haben dabei mit ca. 6% ein deutlich geringeres Risiko. Mit Anzahl der Risikofaktoren und insbesondere auch dem Nachweis einer Vaskulopathie steigt das Rezidivrisiko erheblich an. TIAs treten im Verlauf bei 10-25% auf. Die Mortalität beträgt 10-20%.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Der Schlaganfall im Kindesalter ist ein seltenes, aber häufig folgenschweres Ereignis. Das therapeutische Zeitfenster ist eng. In diesem Zeitfenster kann durch die richtige Therapie die Prognose des kindlichen Schlaganfalls wesentlich verbessert werden. Die Diagnostik muss ohne zeitliche Verzögerung bei jeder akut auftretenden (fokal) neurologischen Symptomatik durchgeführt werden. Die Versorgung pädiatrischer Schlaganfallpatienten in einem spezialisierten Zentrum kann - analog zu den Versorgungsstrukturen in der Erwachsenenneurologie - Outcome und Prognose dieser Kinder verbessern

Abb. 5: Fazit für die Praxis

Pilotprojekt einer „PEDIATRIC STROKE UNIT“ am Dr. von Haunerschen Kinderspital, LMU München

Zur Verbesserung der Versorgungssituation pädiatrischer Schlaganfallpatienten in Bayern hat das Dr. von Haunersche Kinderspital, Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, im Mai 2014 bundesweit die erste Pädiatrische Stroke Unit als Pilotprojekt eröffnet.

Ein „Stroke-Team“ aus erfahrenen Kinderneurologen, Hämostaseologen und Intensivmedizinern steht rund um die Uhr (24/7) zur Verfügung und trifft sich direkt am Patienten. Diagnostik und Therapieplanung erfolgen in engem Austausch mit der Neuromedizin am Campus Großhadern, Klinikum der LMU München.

Analog zu den Erwachsenenendaten wird, bedingt durch schnelle Diagnosestellung und adäquate interdisziplinäre Behandlung pädiatrischer Schlaganfallpatienten ein Rückgang von Mortalität, Morbidität und des Rezidivrisikos angestrebt.

Durch Aufbau entsprechender, deutschlandweiter Netzwerkstrukturen, wissenschaftliche Aktivitäten sowie die Ausarbeitung eines Edukationsprogrammes besteht die Chance, die Versorgung pädiatrischer Schlaganfallpatienten weiter zu optimieren.

Die Pediatric Stroke Unit Hauner ist ein LMU Kooperationsprojekt mit den Partnern

- Dr. von Haunersches Kinderspital, Campus Innenstadt
- iSPZ Hauner, Campus Innenstadt, LVKM Bayern
- Interdisziplinäres Schlaganfallzentrum München-ISZM, Campus Großhadern
- Neurologie, Campus Großhadern
- Neurologische Rehabilitation, Schön Klinik Vogtareuth
- Pädiatrische und neurologische Fachgesellschaften



Pediatric Stroke Unit
Dr. von Haunersches Kinderspital
Lindwurmstraße 4
80337 München

Tel: 089-4400-52811 (Pforte Kinderklinik)

lucia.gerstl@med.uni-muenchen.de
martin.olivieri@med.uni-muenchen.de

Abb. 6: Pilotprojekt einer "Pediatric Stroke Unit" am Dr. von Haunerschen Kinderspital, Klinikum der Universität München

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Lucia Gerstl

Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, iSPZ Hauner

Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der LMU München

Lindwurmstraße 4, 80337 München, Tel.: 089/4400-52811

E-Mail: lucia.gerstl@med.uni-muenchen.de

Red.: Heinen

Der besondere Fall ● ● ●

Der Streptokokken A-Schnelltest

Auch zur Diagnostik von Hautinfektionen geeignet?



Dr. med.
Jürgen Hower

Infektionen mit beta-hämolisierenden Streptokokken der Gruppe A (GABHS) sind die häufigste Ursache einer bakteriellen Infektion des Rachenraumes im Kindesalter. Sie sind klinisch mit einer Tonsillitis, Pharyngitis oder Scharlach assoziiert. Weniger bekannt ist, dass GABHS vor allem im Kindesalter auch eine perianale Streptokokken-Dermatitis (PSD), eine Vulvo-Vaginitis oder eine Balanitis verursachen können. Die PSD wurde 1966 erstmals von Amren et al. als perianale Streptokokken-Cellulitis beschrieben[1]. Die Symptome einer GABHS-PSD können mehrere Wochen bis zu 6 Monaten dauern, da die klinische Diagnose häufig fehlerhaft ist und sich dadurch der Beginn einer wirksamen Behandlung verzögert[2]. Der Nachweis von GABHS im Streptokokken-Schnelltest (SST) oder in einer Kultur vermeidet die unnötige Gabe von Antimykotika und topischen Steroiden, die bei der PSD wirkungslos sind[3]. Ob das akute rheumatische Fieber nach PSD auftritt, ist unbekannt!



Dr. med.
Thomas Lamberti

In der kinderärztlichen Praxis hat sich der SST bewährt, da er eine hinreichende diagnostische Sensitivität und Spezifität für GABHS bei Pharyngotonsillitis aufweist. Bei einem negativen Schnelltest-Ergebnis sollte aber eine ergänzender Rachenabstrich oder eine PCR durchgeführt werden, da der Test falsch negativ ausfallen kann oder in einzelnen Fällen auch andere Streptokokken ssp oder andere Erreger das klinische Bild einer Pharyngitis zeigen können. Mit dem von uns durchgeführten SST können Streptokokken der Gruppe A mit einer Sensitivität von 97,6% (95% KI 93,8% - 99,4%) und einer Spezifität von 97,5% (95% KI 93,7% - 99,3%) im Rachensekret erfasst werden. Die Nachweisgrenze dieses Tests wurde mit unterschiedlichen Keimzahlen und Stämmen ermittelt und liegt bei $1,5 \times 10^5$ Keimen. Die mit dem Test durchgeführten Kreuzproben gegen *Bordetella pertussis*, *Candida albicans*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Escherichia coli*, *Haemophilus parahaemolyticus*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisserien*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus* und *epidermidis* und unterschiedliche Streptokokken der Gruppen B, C, D, E, G verliefen negativ (Angaben im Beipack des Vertreibers von Test Strep A PreMax Test, Vertrieb Hoehrhein Diagnostik).

Es ist nicht bekannt, ob dies auch für Abstriche von der Anahaut gilt. Der nachfolgende Fallbericht zeigt aber, dass sich der SST auch zur Diagnose von GABHS-Erkrankungen der Haut eignet.

Fallbericht

Ein 7-Jahre alter Junge wurde von seiner Mutter wegen seiner seit etwa einer Woche andauernden Schmerzen beim Stuhlgang und seines Juckreizes im Analbereich vorgestellt. Die allgemeine Untersuchung des in der Praxis bekannten Kindes zeigte keine Besonderheiten. Es bestand kein Fieber. Perianal fand sich ein scharf demarkiertes Erythem mit einer bis zum Übergang in die Schleimhaut reichenden akuten Entzündung. Im Bereich der Entzündung zeigten sich vereinzelte Hauterosionen (Abb.1). Der Strep A-Schnelltest bestätigte die klinische Verdachtsdiagnose einer perianalen GABHS-Infektion. Die Gabe von Cefuroxim über 7 Tage führte zur vollständigen Abheilung der Hautveränderungen.

Kommentar

Perianale Streptokokken-Infektionen treten entweder selten auf oder es wird zu selten über sie berichtet. Infektionen mit GABHS können vor allem bei Kindern nicht nur im Rachen sondern auch auf der Haut auftreten. Die oberflächliche Hautinfektion mit Streptokokken geht, wie bei unserem Patienten, mit einem demarkiert perianalen juckenden Erythem einher. Die Haut erscheint teigig geschwollen und weist oberflächliche, gering blutige Erosionen auf. In der Regel sind die Kinder afebril.

Die GABHS-PSD ist bei Kindern mit einem mittleren Alter von 3,8 Jahren die häufigste Ursache für eine perianale Entzündung. Die meisten Erkrankungen treten zwischen 6 Monaten und 10 Jahren auf. In der Literatur wird eine familiäre Übertragung von bis zu 50% diskutiert. Bei Kindern mit einer Streptokokken-Pharyngitis können bis zu 6% perianale Streptokokken nachgewiesen werden[4]. Der Weg, der zur analen Besiedlung führt, ist unklar. Wahrscheinlich handelt es sich um eine digitale Übertragung aus dem infizierten Oropharynx. Eine Übertragung über den Magen-Darmtrakt scheint weniger wahrscheinlich zu sein.

In einer randomisierten Kohorten-Studie der Universitätskinderklinik Basel mit 150 Patienten, die zwischen Oktober 2000 und Mai 2001 durchgeführt wurde, haben die Untersucher auf anamnestiche und klinische Zeichen einer PSD geachtet und bei Verdacht eine Kultur angelegt[5]. Bei 5% der untersuchten Kinder (7 Mädchen, 5 Jungen) konnten in der Kultur GABHS nachgewiesen werden. Nur bei einem Patienten sind keine Erreger in der Kultur gewachsen, obwohl das klinische Bild für eine GABHS-Erkrankung sprach. Die Patienten mit einer

PSD berichteten über eine perianale Rötung (67%), Obstipation (58%), schmerzhafte Darmentleerung (50%), perianalen Juckreiz (25%) und blutige Stühle (25%), wobei 10 von den 13 Patienten mehrere Symptome aufwiesen. Diese Symptome wurden auch von unserem Patienten in unterschiedlicher Ausprägung berichtet.

Unseres Wissens haben bisher nur spanische Autoren über den Einsatz des SST zur Diagnostik der PSD berichtet[3]. Wir führen diesen Test seit einigen Jahren bei allen Kindern mit Verdacht einer PSD in der Praxis durch. Sie werden bei einem positiven SST-Befund sofort einer antibiotischen Therapie zugeführt, wobei damit mögliche Komplikationen einer länger andauernden, unbehandelten GABHS-Infektion vermieden werden können. Wenn auch Kinder besonders häufig im Perianalbereich an einer GABHS-Infektion erkranken, muss bei einem negativen Abstrich-Ergebnis auch an andere Streptokokken ssp., die von dem SST nicht erfasst werden, und an weitere Erreger gedacht werden, die bisher nicht mit einem Schnelltest, sondern nur mit einer Kultur oder einer PCR nachgewiesen werden können.

Wie sollen Kinder nach Bestätigung der Diagnose einer PSD durch eine SST oder eine Kultur behandelt werden? Für Rachenentzündungen mit GABHS gilt Penicillin immer noch als das Mittel der Wahl. Gilt dies auch für die PSD?

Die Behandlung der PSD mit Penicillin oder Amoxicillin über zwei Wochen ist wirksam, aber mit einem hohen Rezidivrisiko belastet, wie Olsen und Edmondson mit ihrer Studie zeigen konnten[6]. Von 81 oral mit Penicillin/Amoxicillin behandelten Kindern erlitten 26 (32,1%) ein Rezidiv, davon 69,2% (18/26) innerhalb der ersten 6 Wochen

Meury et al. haben eine randomisierte, vergleichende Wirksamkeits-Studie von Penicillin und Cefuroxim durchgeführt[5]. Sie konnten zeigen, dass eine 7-tägige Cefuroxim-Therapie einer 10-tägigen Penicillin-Therapie deutlich überlegen ist. Unter der Cefuroxim-Therapie konnten am letzten Therapie-Tag (Tag 7) bei 13 von 14 Patienten keine GABHS mehr nachgewiesen werden,

im Vergleich zum letzten Therapie-Tag (Tag 10) unter Penicillin wiesen nur 7 von 15 behandelten Patienten keine GABHS mehr auf.



Abb. 1

Die Frage, warum das einfache Penicillin, das für Racheninfektionen immer noch als Mittel der ersten Wahl favorisiert wird, in der Studie von Meury et al. dem Cefuroxim unterlegen war, muss offen bleiben und bedarf weiterer Untersuchungen. Dies gilt auch für die Frage, ob β -Laktamase-Hemmer zu einer besseren Eradikation führen würden. Mit Rezidiven muss gerechnet werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Jürgen Hower
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr
E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Red.: Huppertz

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Wie können Jugendliche und Erwachsene am besten gegen wiederholte Sprunggelenksdistorsionen geschützt werden?

The Cost Effectiveness of Measures to Prevent Recurrent Ankle Sprains: Results of a 3-Arm Randomized Controlled Trial

Janssen KW et al., *Am J Sports Med* (epub ahead of print), April 2014

Sprunggelenksdistorsionen (SGD) gehören zu den häufigsten Sportverletzungen und sind mit einer hohen Rezidivquote und hohen Kosten belastet. In bisherigen Studien wurde die Wirksamkeit von neuromuskulärem Training und Schienen gegen wiederholt auftretende SGD untersucht. Jetzt haben die Autoren in einer dreiarmligen randomisierten Studie mit 340 Teilnehmern (157 männlich, 183 weiblich, Alter zwischen 12-70 Jahre), die bis zu 2 Monaten vor Aufnahme in die Studie eine laterale SGD erlitten hatten, die Wirksamkeit des neuromuskulären Trainings (n=107), die Wirksamkeit einer Schiene (n=113) und die Wirksamkeit des neuromuskulären Trainings und der Schienung erneut untersucht. Die neuromuskuläre Trainingsgruppe führte über 8 Wochen ein häusliches Übungsprogramm durch. Die Teilnehmer der Schienen-Gruppe erhielten eine halbstarre Sprunggelenksschiene, die im Rahmen sportlicher Aktivitäten über einen Zeitraum von 12 Monaten getragen werden sollte. Die aus beiden Maßnahmen kombinierte Gruppe erhielt beide Interventionen, wobei die Schiene nur über 8 Wochen bei allen sportlichen Aktivitäten getragen werden sollte. Über einen einjährigen Beobachtungszeitraum wurden das Wiederauftreten von SGD und die anfallenden Kosten beobachtet. Bei Studienbeginn bestanden keine Unterschiede in den einzelnen Gruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Teilnahme am Sport oder vorherige Verletzungen.

Die Autoren schlussfolgern, dass der Gebrauch einer Schiene die beste und kostengünstigste Präventionsmaßnahme zur Vermeidung einer rezidivierenden SGD war. Schaut man sich jedoch die Ergebnisse näher an, so ergab sich, dass ein Rückfall auftrat bei 27% der Gruppe mit neuromuskulärem Training, bei 15% der

Schienen-Gruppe und bei 19% der Kombinationsgruppe. Der Unterschied zwischen Schienen-Gruppe und Kombinationsgruppe war nicht signifikant, das neuromuskuläre Training aber natürlich wesentlich teurer. Betrachtet man jedoch den Effekt der Schiene auf das neuromuskuläre System, so steht zu vermuten, dass dieses eher geschwächt wurde, sodass weitere Supinationstraumen eher auftreten können, sobald die Schiene nicht mehr getragen wird. Hingegen hatten die Teilnehmer der Kombinationsgruppe unter neuromuskulärem Training nach 8 Wochen die Schiene abgelegt, sodass ihr neuromuskuläres System vermutlich besser trainiert war, sodass sie auch über das Interventionsjahr hinaus vor weiteren Supinationstraumen geschützt waren.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Die Schwere der Symptome einer Gehirnerschütterung bei Kindern und die Dauer der anschließenden Beschwerden

Acute Concussion Symptom Severity and Delayed Symptom Resolution

Grubenhoff JA et al., *Pediatrics* 134 (1): 54-62, Januar 2014

Kinder werden häufig beim Haus-Kinderarzt oder in der Notfallambulanz einer Klinik wegen eines Schädel-Hirn-Traumas (SHT) vorgestellt. In den meisten Fällen bilden sich die Beschwerden innerhalb weniger Wochen zurück. Untersuchungen mit standardisierten Tests haben gezeigt, dass 2-3 Monate nach dem Ereignis die post-commotionellen Beschwerden bei den meisten Betroffenen verschwunden sind. Bei manchen Kindern und Jugendlichen halten die Beschwerden jedoch länger an. Warum dies so ist, entzieht sich bisher einer Erklärung. Die bisherigen Beobachtungen ließen vermuten, dass die Dauer der Symptom-Rückbildung mit der Schwere der anfänglichen Beschwerden assoziiert war. Dies ist plausibel, muss aber nicht unbedingt richtig sein, wie die aktuelle Studie von Grubenhoff et al. zeigt.

Die Autoren haben eine prospektive Studie an 234 Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 18 Jahren, die <6 Stunden nach dem Ereignis in einer Notfallambulanz vorgestellt wurden, durchgeführt und deren Rest-Symptome einen Monat nach dem SHT erfasst.

Von den 234 in die Studie aufgenommenen Probanden konnten 179 nachuntersucht werden (76%). Bei 83 der 179 nachuntersuchten Patienten (46%) konnte im Follow-up einen Monat später eine verzögerte Symptom-Rückbildung beobachtet werden. Dabei waren vor allem kognitive Funktionen betroffen. Auf 22 Patienten (12%) traf die Diagnose eines Post-Concussion-Syndroms zu. Die anfänglich beobachtete Schwere der Symptome war nach einem Monat nicht signifikant mit der verzögerten Symptom-Rückbildung assoziiert, was überraschen muss und den bisherigen Ergebnissen anderer Autoren eher widerspricht.

Physiologische und psychologische Faktoren scheinen, die Rückbildung der Symptome nach einem SHT zu beeinflussen. Offenbar reichen die akuten Symptome, wenn auch wichtige Determinanten für den weiteren Verlauf, alleine zur Erklärung der Dauer persistierender Symptome nach einem SHT nicht aus.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Süddeutscher Kongress für Kinder- und Jugendmedizin

64. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Süddeutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und dem Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e.V. – Landesverband Bayern

8.-9. Mai 2015, Meistersingerhalle Nürnberg

Tagungspräsidenten:

Prof. Dr. Wolfram Scheurlen, Cnopf'sche Kinderklinik und Prof. Dr. Michael Schroth, Cnopf'sche Kinderklinik

Wichtige Termine:

Abstract-Einreichung bis 15. Januar 2015

Frühbucharfrist: 1. März 2015

Weitere Informationen: www.sgkj-tagung.de

Vorprogramm als pdf-Datei: <http://www.sgkj-tagung.de/vorprogramm.html>

Kontaktadresse: INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG, Landsberger Str. 155, Haus 1, 80687 München, Tel: 089 - 54 82 34 11 / Fax: 089 - 54 82 34-42, EMail: k.beinghaus@interplan.de, www.interplan.de

19. Göppinger Pädiatrie Fortbildung

Veranstalter: Kinderklinik Göppingen

Ort: Seminaris Hotel Bad Boll, Michael-Hörauf-Weg 2

Zeit: Samstag, 28. Februar 2015, 9 – 14 Uhr

Wiss. Leitung: Dr. Dieter Wölfel MBA, Chefarzt der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Klinik am Eichert

Kontakt: dieter.woelfel@af-k.de

Standpunkt ● ● ●

Das Dr. Fox-Experiment und das „Wer und Was“ in der Medizin

Der exponentielle Anstieg wissenschaftlicher Informationen in der Medizin wird von einer bedenklich nachlassenden Skepsis begleitet, schreibt 1975 ein anonym gebliebener Student in einem Kommentar in der amerikanischen Zeitschrift für Kinderheilkunde "Pediatrics". Die Stimmen der Autorität sind heute als Ergebnis elektronischer Medien noch lauter und eindringlicher geworden.

Wie kann das sein? Machen wir in der auf Evidenz basierenden Medizin (EBM) eine Rolle rückwärts. Ihre Einführung wird als einer der Meilensteine und Eckpfeiler der Medizingeschichte betrachtet. Die wissenschaftliche Evidenz steht seit ihrer Einführung über der persönlichen Meinung (expert opinion).

Es scheint aber immer noch wichtiger zu sein, wer mit welchem Namen etwas sagt als das, was gesagt wird. Aber gerade die EBM setzt voraus, dass möglichst nicht Autorität, Meinungen und Emotionen, sondern die Ergebnisse von Meta-Analysen randomisierter Studien als Basis für klinische Entscheidungen dienen. Der unbekannte Student sprach jedoch von einer zunehmenden „Personalisierung“ der vorhandenen Evidenz, einer Anpassung der Daten an die persönlichen Vorstellungen. Eine gut riechende Rose ist nur eine Rose, wenn sie einen bekannten Namen besitzt. Wie sähe es in der medizinischen Literaturwelt eigentlich aus, wenn alle Publikationen anonym eingereicht würden?

Die Äußerungen von Ärzten, Hausärzten, Fachärzten und Klinikern, die als „professionelle Experten“ in ihrem Gebiet definiert werden, nehmen die Mehrzahl der Patienten, Zuhörer oder Leser unkritisch zur Kenntnis, schreibt Silvermann in seinem Essay über das „Crap-trapping“ (engl.: crap – Unsinn; trapping – Einfang).

Die Schwierigkeit, sich auf Experten zu verlassen, beruht auf der allzu menschlichen Schwäche von „Autoritäten“, ihren Vorstellungen und wissenschaftlichen Paradigmen widersprechende Argumente in einer Art kognitiver Dissonanz so lange nicht zur Kenntnis zu nehmen oder gering zu schätzen bis sie endgültig falsifiziert werden können. Sie vertrauen, wahrscheinlich unbewusst, auf die Kritikschwäche ihrer „Gemeinde“, die sich nur allzu gern vom Ballast der Unsicherheit befreien und ihr Tun absichern will. Ihr ist es dabei wichtiger, wer etwas sagt, als was gesagt oder geschrieben wird. Sie fallen deshalb auch kaum auf.

Diese Beobachtungen konnten experimentell von Naftulin und Mitarbeitern belegt werden. Sie engagierten für eine professionelle Fortbildungsveranstaltung von Psychiatern, Psychologen und Sozialarbeitern einen Schauspieler mit dem fiktiven Namen Dr. Myron L. Fox. Dieser hielt nach der üblichen Einführung und der Würdigung seiner Verdienste einen beeindruckenden und charismatischen, aber in der Sache völlig belanglosen Vortrag mit dem Titel „Mathematical Game Theories Applied to Physician Education“ (Die Anwendung der mathematischen Spieltheorie in der Ausbildung von Ärzten). Der Original-Vortrag des „Dr. Fox“, der übrigens auf YouTube angesehen werden kann, basiert auf ei-

nem thematisch verwandten Fachaufsatz, wurde jedoch mit widersprüchlichen und unlogischen Aussagen bis zur Unkenntlichkeit verfälscht.

Hinter diesem Experiment steckt die Frage, ob es möglich sein kann, eine Gruppe von Experten mit einer brillanten Vortragstechnik so hinter Licht zu führen, dass sie den inhaltlichen Nonsense nicht bemerken? Der aus Film und Fernsehen bekannte Schauspieler wurde einen Tag zuvor auf seine Aufgabe vorbereitet. Er war sich wegen seines schauspielerischen Bekanntheitsgrades sicher, dass der rhetorische Bluff auffliegen würde, hatte sich aber getäuscht. Die Zuhörer waren von seinem Vortrag begeistert, was sich in den abgegebenen Bewertungen widerspiegelte. Das von Naftulin et al. erdachte Experiment hat gezeigt, dass selbst ein fachkundiges Publikum bei einem charismatischen und eloquenten Auftreten des Redners über den Inhalt des Vortrages getäuscht werden kann.

Dr. Fox tritt auch heute noch häufiger auf, als er erkannt wird. Sein Wirken bleibt auch nicht auf die Medizin beschränkt, wie die nachfolgende Geschichte zeigt.

Anfang 1996 prüfte ein bekannter amerikanischer Physiker (Prof. Alan Sokol, New York University), inwieweit eine führende soziologische Zeitschrift bereit sein würde, ein mit physikalischen Wahrheiten, Halb-Wahrheiten und Unsinn gespicktes Manuskript zu akzeptieren, wenn es sich gut anhörte, den ideologischen Vorstellungen der Redakteure (der Verbindung von Physik und Soziologie) entgegenkam und von einer namhaften Persönlichkeit stammte. Der Ulk-Artikel wurde in der Wissenschafts-Zeitschrift „Social Text“ unter dem Titel „Transgressing the Boundaries: toward a transformative hermeneutics of quantumgravity“ veröffentlicht. Nach Aufdeckung des Ulks durch den Autor amüsierte sich die weltweite Wissenschaft über den Spaß. Die Redaktion war verärgert und peinlich berührt.

Diese Berichte mögen als Warnung und Provokation dienen. Wie oft werden wir verführt? Wie gehen wir mit den Informationen um, die uns von allen Seiten von Experten und solchen, die sich dafür halten, zugetragen werden? Wie leicht sind wir zufrieden zu stellen, um uns von den Unsicherheiten der Diagnostik und Therapie zu entlasten? Ist es uns wichtiger, wer etwas sagt als was gesagt wird? Prüfen wir die Informationen, die wir erhalten? Zahlreiche Beispiele für das Dr. Fox Phänomen lassen sich in der Medizingeschichte und in der Gegenwart finden.

Wir brauchen alle einen wachen Geist und eine „Crap-Trap“, das nicht nur für die Medizin.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Jürgen Hower
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr
E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Günther Rainer, Astrid Udvardi

Anamnese

Eine 15-jährige Patientin stellt sich in Begleitung ihrer Mutter in der kinderdermatologischen Sprechstunde wegen Blasenbildung an der Flanke rechts vor. Trotz intensiver anamnestischer Befragung ergab sich kein Hinweis auf ein Verbrennungstrauma oder Kontakt mit physikalischen oder chemischen Noxen; auch jede andere Art traumatischer Einwirkung wurde verneint. Es handelt sich um die erste und einzige Episode derartiger Hautveränderungen. Eine Schmerzsymptomik besteht zur Erstvorstellung nicht.

Untersuchungsbefund

Es zeigen sich pralle Blasen mit bernsteinfarbenem Inhalt auf gerötetem Grund, vereinzelt auch peripher läsional einzelne klei-

nere pralle Blasen (Bild1). Die Ränder sind scharf begrenzt (Bild2). Die Hautveränderungen sind beschränkt auf die rechte Flanke (Bild3). Zusätzlich findet man in der näheren Umgebung postresiduale sekundäre Hyperpigmentierungen in ähnlicher Morphe und Größe sowie Narbenbildung (Bild3).

Nikolski-Test (I +II) negativ. Alle einsehbaren Schleimhäute sind frei. Die restliche Haut ergibt einen altersentsprechenden Status.

Diagnostik

Die Hautbiopsie zeigte in der H&E-Färbung eine Interphasendermatitis mit epidermaler Nekrose (Bild4). In der direkten Immunfluoreszenz fand sich kein Hinweis auf eine autoimmun-bulöse Dermatose.



Bild 1: Prall elastische Blasen mit bernsteinfarbenem Inhalt auf gerötetem Grund, am läsionalen Rand vereinzelt kleinste Vesikel.



Bild 2: Weitere scharf abgegrenzte Herde, teilweise in Abheilung sowie beginnender Narbenbildung im Bereich dermalen Schadens.



Bild 3: Im zeitlichen Verlauf Entwicklung residueller Hyperpigmentierung und Narbenbildung.

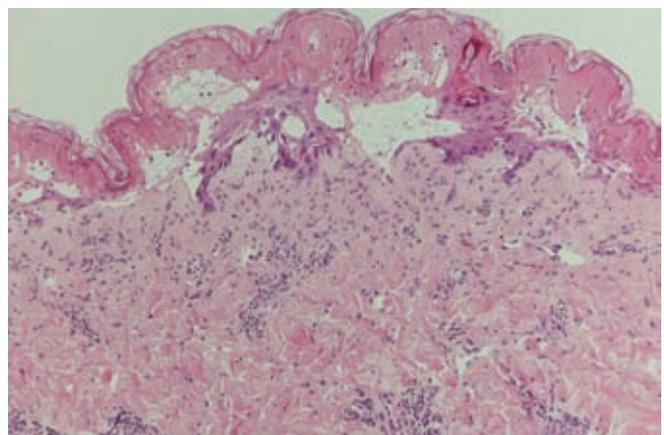


Bild 4: H&E: Interphasendermatitis mit epidermaler Nekrose.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:**Verbrennung II° (Congelatio bullosa)**

Im Verlauf ergibt sich eine rasche Abheilungstendenz mit residueller lokal begrenzter Hyperpigmentierung im Bereich der Läsionen ohne zusätzliche neue Blasenbildung. Das nicht betroffene Integument bleibt stets blande. Erst bei neuerlichen gezielter Befragung im Rahmen der Kontrolle berichtet die Patientin über „Salt and Ice Challenge“.

Dabei handelt es sich um eine aktuell populäre Mutprobe: Es wird Salz auf die Haut appliziert und anschließend ein Eiswürfel möglichst lange gehalten. Die „Challenge“ besteht darin, die damit verbunden Schmerzen möglichst lang (die Zeit wird gestoppt) auszuhalten. Dies ist eine zunehmend prominenter werdende Praxis meist unter Jugendlichen, oft unter Einfluss von Alkohol oder Psychostimulantien.

Gibt man „Salt and Ice Challenge“ in diverse Internet-Suchmaschinen ein, findet man vielfältiges Film- und Bildmaterial.

Meistens sind sich die jungen Probanden über die möglichen Folgen dieser chemisch getriggerten thermischen Schädigung der Haut nicht bewusst.

Pathogenetisch wird durch Reaktion mit NaCl die Kristallstruktur von Eis rasch in Elektrolyt-Lösung überführt, das Eis schmilzt; die dafür nötige Energie wird der Haut in Form von Wärme additiv zur Verdunstungsenergie allzu exzessiv entzogen.

Das physikalische Prinzip beruht auf Enthalpie.

Die Folge ist ein lokaler Gefrierschaden der Haut.

Mitunter aus diesem Grund ist eine gezielte anamnestische Befragung und dafür das Wissen über diese Praxis für den behandelnden Arzt besonders wichtig. Es handelt sich hierbei um eine klinische Diagnose, die sich auf eine klare Anamnese stützen sollte.

Differenzialdiagnosen

Aufgrund der isolierten prall bullösen Einzelmorphe kommen alle irritativen/toxischen, manipulativen oder traumatischen Ursachen in Frage. Werden diese verneint, muss an autoimmun-bullöse Dermatosen gedacht und wie in unserem Fall eine Hautbiopsie vorgenommen werden. Diese Erkrankungen sind allerdings im Jugendalter selten, nicht lokal begrenzt, und nie spontan innerhalb von Tagen selbstlimitierend; umgekehrt erkennt man bei Thermoschaden nach „Salt and Ice“ oft den Abdruck des Eiswürfels, eine weitere Diagnostik erübrigt sich somit.

Therapie und Prognose

Wie bei Verbrennung/Kälteschaden erfolgt die Therapie stadiengerecht, je nach Ausdehnung gegebenenfalls mit Abtragung der Nekrose und topischer antiseptischer Wundbehandlung, mitunter kombiniert mit dem kurzfristigen Einsatz potenter topischer Steroide zur akuten Unterbindung des ödembedingten Gewebedruckes. Zur Beschleunigung der Abheilung empfehlen sich je nach Exsudationsneigung moderne Wundauflagen.

Literaturangaben

- Williams JM, Cubitt JJ, Dickson WA. The challenge of salt and ice. Burns. 2013; 39:1029.
- Zack JM et al. Factitial dermatitis due to the "salt and ice challenge". Pediatr Dermatol 2014; 31: 252-4.

Dr. Günther Rainer
Dr. Astrid Udvardi
Dermatologische Abteilung
Leitung: Univ.-Prof. Dr. Beatrix Volc-Platzer
SMZO Donauespital Wien
Langobardenstrasse 122
1220 Wien

Red.: Höger

Zentraler Vertretungsnachweis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Aufnahme in den „Zentralen Vertretungsnachweis“ – Bitte nehmen Sie mich als Mitglied mit folgenden Angaben auf:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Praxisnachfolger/Partner | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Vertretung |
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing | <input type="checkbox"/> Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf |
| Zeitraum: von _____ | bis _____ |
| Unterkunft kann gestellt werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in eine Praxis/Gemeinschaftspraxis einsteigen | <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis mitarbeiten/Jobsharing |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis vertreten | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Weiterbildungsstelle |
| Zeitraum: von _____ | bis _____ in folgendem Raum _____ |

Sonstiges: _____

Persönliche Daten:

| | |
|---------------|----------------------------------|
| Vorname _____ | Nachname _____ |
| Straße _____ | PLZ / Ort _____ |
| E-Mail _____ | Tel. / mobil _____ |
| Datum _____ | Unterschrift _____ Stempel _____ |

Hepatitis B-Indikationsimpfung bei unklarem Impfstatus

Prof. Dr.
Ulrich Heininger

Wie sollte bei Kindern mit unklarem Impfstatus vorgegangen werden, die aufgrund eines familiären Expositionsrisikos (Mutter) eine Hepatitis B-Impfung erhalten sollten?

Sollte bei diesen Kindern vorab eine Titerbestimmung durchgeführt und abhängig hiervon (bei Anti-HBs-Antikörpern < 100 I.E./l) die Impfung durchgeführt werden?

Antwort:

Dies ist eine sehr relevante Frage. Das bevorzugte Vorgehen hängt einerseits vom Alter und andererseits vom konkreten Expositionsrisiko ab. Expositionsrisiko heißt, dass eines oder mehrere Familienmitglieder HBsAg positiv sind (= kontagiös).

Bei dem exponierten Kind mit "unklarem Impfstatus" (vermutlich wegen fehlender Impfdokumentation) würde ich zur Bestimmung der Ausgangssituation anti-HBs, anti-HBc und HBsAg im Blut bestimmen.

1. Handelt es sich um einen Säugling, so ist aufgrund möglicher transplazentarer mütterlicher IgG-Antikörper die Serologie immer gemeinsam mit den Werten im mütterlichen Blut zu interpretieren. Ist die Mutter HBsAg positiv, so besitzt sie kein anti-HBs und der anti-HBs Nachweis beim Kind ist Hinweis auf eine oder mehrere bereits stattgefundenen Hepatitis-B-Impfungen des Kindes.
2. Ist die Mutter anti-HBs negativ, das Kind bereits mindestens 6 Monate alt (und somit möglicherweise nach dem Postexpositionsschema 0-1-6 Monate aktiv gegen Hepatitis B geimpft worden) und der anti-HBs-Wert ≥ 100 I.E./l, so würde ich dies als Korrelat für Schutz werten und keine weiteren Impfungen oder Serumanalysen mehr durchführen.

Ist der anti-HBs-Wert Wert 10-99 I.E./ml, würde ich eine weitere Dosis Hepatitis B impfen und 4 Wochen später erneut die anti-HBs-Ak bestimmen. Ist der Wert jetzt ≥ 100 I.E./l, so würde ich dies als schützend werten und keine weiteren Impfungen oder Serumanalysen mehr durchführen. Anderenfalls folgen 1 oder mehrere weitere Impfdosen, bis der Wert von 100 erreicht wird.

Ist der anti-HBs-Wert < 10 I.E./ml und das HBsAg im Serum auch negativ, so hat das Kind mit großer Wahr-

scheinlichkeit bis dato keine Hepatitis B Impfung erhalten und qualifiziert nun für eine Grundimmunisierung, gefolgt von der serologischen Erfolgskontrolle.

3. Ist die Mutter anti-HBs negativ, das Kind jünger als 6 Monate und der anti-HBs Wert bereits ≥ 100 I.E./l, so ist eine komplette Grundimmunisierung mit 3 Dosen (0-1-6 Impfschema) unwahrscheinlich. Da aber ein Wert von ≥ 100 I.E./l nur dann ein serologisches Korrelat für Langzeitschutz darstellt, wenn er nach 3 Impfungen (bzw. 4 Impfdosen beim 0-1-2-12 Monate-Impfschema) bestimmt wurde, würde ich in dieser Situation eine weitere Impfdosis applizieren, und dann dem Kind ohne nochmalige Ak-Bestimmung Langzeitschutz gegen Hepatitis B attestieren.

Ist der Wert 10-99 I.E./ml, würde ich eine weitere Dosis Hepatitis B impfen und 4 Wochen später erneute die anti-HBs-Ak bestimmen. Das weitere Vorgehen ist analog zu den obigen Ausführungen (Ziel: anti-HBs ≥ 100 I.E./l.), ebenso das Vorgehen bei anti-HBs-Wert < 10 I.E./ml.

Nachweisbare anti-HBc-Werte im Säuglingsalter können mütterlicher Genese sein, d. h. transplazentar übertragen. Sie sind **keine** Impfkontraindikation und bedürfen einer Verlaufskontrolle (z. B. parallel zu den anti-HBs-Bestimmungen). Mütterliche Leihantikörper gehen progredient in ihrer Konzentration zurück, wohingegen eigene Ak lange Zeit persistieren oder gar ansteigen. Nachweisbare anti-HBc-Werte jenseits des Säuglingsalters sind verdächtig auf eine Hepatitis B Infektion des Kindes – "ausgeheilt" wenn das HBsAg negativ ist, vereinbar mit einer chronischen Hepatitis B, wenn das HBsAg positiv ist.

Der Nachweis von HBsAg im kindlichen Blut ist immer Ausdruck einer Hepatitis B Infektion (akut oder chronisch) und bedarf Verlaufskontrollen und Absprachen zum weiteren Vorgehen mit einem pädiatrischen Infektiologen und/oder pädiatrischen Gastro-/Hepato-
logen.

Prof. Dr. Ulrich Heininger
UKBB Spitalstr. 33
CH-4031 Basel

Das „CONSILIUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie 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.

Mindestlohn kann Tücken bei 450 €-Verträgen haben

Seit 1. Januar 2015 haben Arbeitnehmer einen Anspruch auf einen Mindestlohn von 8,50 € brutto in der Stunde. Etliche Arztpraxen beschäftigen Kräfte auf der sogenannten 450€-Basis und bezahlen bislang weniger als den Mindestlohn pro Stunde. Wenn beispielsweise eine Putzhilfe mit 55 Stunden monatlicher Arbeit 450 € im Monat erhält, beträgt ihr Stundenlohn 8,18 €. Bei unveränderter Arbeitszeit müsste sie mit Mindestlohn 467 € im Monat verdienen. Damit wäre die sozialversicherungsfreie Höchstgrenze überschritten; möglicherweise zum Nachteil für Arbeitgeber und für Arbeitnehmer.

Man kann nicht einfach alles beim Alten lassen und die Arbeitszeit verschweigen, denn Arbeitgeber müssen nach § 17 Mindestlohngesetz detaillierte Stundenaufzeichnungen führen. Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit müssen spätestens bis zum Ablauf des siebten auf den Tag der Arbeitsleistung folgenden Kalendertages aufgezeichnet werden. Diese Aufzeichnungen muss man mindestens zwei Jahre aufbewahren. Eine handschriftliche Aufzeichnung genügt.

Überschreitet der Lohn die Geringfügigkeitsgrenze von monatlich 450 €, tritt automatisch eine Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ein. Für diese Beschäftigungen mit Arbeitsentgelten von mehr als 450 € bis maximal 850 € gelten dann die Bestimmungen zur Versicherungspflicht in der Gleitzone. Die Möglichkeit, die Lohnsteuer mit 2 % an die Minijob-Zentrale abführen zu können, entfällt dann. Es ist Aufgabe des Arbeitgebers, festzustellen, ob es sich um eine geringfügige oder versicherungspflichtige Beschäftigung handelt.

Arbeitgeber haben die Möglichkeit, durch arbeitsrechtliche Anpassungen der Beschäftigung zum 1. Januar 2015 (beispielsweise Verringern der Arbeitszeit) die Arbeitsentgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen in Höhe von maximal 450 € einzuhalten. Dann gelten weiterhin die Bestimmungen der geringfügigen Beschäftigung. Allerdings kann es Auswirkungen auf den Arbeitsablauf haben, wenn plötzlich Arbeitsstunden, die eingeplant waren, wegfallen.

Wirtschaftsberater empfehlen, dass mit 450 €-Kräften schriftliche Arbeitsverträge abgeschlossen werden. In diesen sollte die Arbeitszeit geregelt werden, aber auch Sonderzahlungen, Zulagen etc., die Bestandteil des Arbeitsentgelts sein können.

Nachzahlungen drohen

Die Zollverwaltung und der Betriebsprüfendienst der Deutschen Rentenversicherung haben eigens Prüfstellen eingerichtet. Arbeitgeber, die gegen die Regelungen des Mindestlohngesetzes verstoßen, können im Nachhinein zu

Nachzahlungen verpflichtet werden. Verstöße gegen das Mindestlohngesetz sind zudem mit einer Geldbuße bedroht.

Red.; Kup



© ufotopixl10 – Fotolia.com

Zentraler Vertretungsnachweis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.



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

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Aufruf zur Unterstützung der Petition der DAKJ für einen Kinder- und Jugendbeauftragten des Deutschen Bundestags

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) startet gemeinsam mit ihren kinder- und jugendmedizinischen Mitgliedsgesellschaften und -verbänden eine Petition für die Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten durch den Deutschen Bundestag.

Seit bald zwei Jahrzehnten setzen sich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, aber auch Politikerinnen und Politiker sowie zahlreiche Familien- und Kinderrechtsverbände für einen solchen Kinder- und Jugendbeauftragten ein, den es bereits in vielen anderen europäischen Ländern gibt. Um diesem Ziel näher zu kommen, hat sich die DAKJ für das Instrument der öffentlichen Petition entschieden, die beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages eingereicht werden wird.

Von einem bzw. einer Kinder- und Jugendbeauftragten verspricht sich die DAKJ, dass die Kinder und Jugendlichen und deren Rechte im politischen und im öffentlichen Leben mehr in den Fokus genommen werden. Denn auch 25 Jahre nach Unterzeichnung der UN-Kinderrechtskonvention und ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik 1992 bleibt in Deutschland noch viel zu

tun, um die Umsetzung der Kinderrechte zu verbessern. So sind im eigentlich reichen Deutschland nach wie vor zu viele Kinder und Jugendliche von Armut und oft dadurch bedingte schlechtere Gesundheits- und Bildungschancen betroffen. Ein weiteres Beispiel für verletzte Kinderrechte ist die Situation von Flüchtlingskindern in Deutschland: ihre unangemessenen Lebensbedingungen, ihre eingeschränkte medizinische Versorgung und ihre eingeschränkten sozialen Rechte, ihre unzureichende Integration in unsere Bildungseinrichtungen und fehlende Mindeststandards bei den Altersfestsetzungsverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Kurz, der international geforderte Vorrang des Kindeswohls („bestinterestofthechild“) in allen Bereichen, die Kinder und Jugendliche betreffen, wird bei uns allzu oft nicht respektiert.

Die DAKJ verspricht sich von einem bzw. einer Beauftragten für Kinder und Jugendliche im Bundestag außerdem, dass diese nicht mehr vergessen werden, wenn Gesetze erlassen werden, wie beispielsweise beim letzten Palliativgesetz anfangs der Fall.

Folgenden Wortlaut hat die Petition:

Petition der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. für die Einsetzung einer bzw. eines Kinderbeauftragten des Deutschen Bundestages

Der Deutsche Bundestag möge beschließen, eine(n) Kinder- und Jugendbeauftragte(n) einzusetzen.

Diese(r) Kinder- und Jugendbeauftragte

- soll das allgemeine Bewusstsein für die Rechte aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen stärken und dazu beitragen, dass deren Wohlergehen von Staat und Gesellschaft als Kernaufgabe wahrgenommen wird.
- ist unabhängig und nicht weisungsgebunden.
- prüft bei allen Gesetzgebungsverfahren, ob diese dem Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen jetzt und in Zukunft dienen.
- wird auf Eingabe von Kindern und Jugendlichen, deren gesetzlichen VertreterInnen, von kinderrechtsorientierten InteressenvertreterInnen sowie auf Eigeninitiative hin tätig, wenn nach seiner/ihrer Einschätzung Kinderrechte verletzt werden.
- soll Teil eines komplexen Beschwerdemanagementsystems für Kinder und Jugendliche auf allen föderalen Ebenen sein.
- erstattet dem Deutschen Bundestag jährlich Bericht über seine/ihre Tätigkeit und über die Fortschritte zur Umsetzung der Kinderrechte.

Unterstützen Sie diese Petition!

Wir rufen alle Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte auf, in ihrem Arbeitsumfeld (Kliniken, Praxen, öffentliche Einrichtungen, SPZ's etc.) für die Mitzeichnung der Petition zu werben!

Es gibt zwei Arten, die Petition zu unterstützen:

1. Die Petition kann online als e-Petition auf dem Internetportal des Petitionsausschusses unter <https://epetitionen.bundestag.de/> gezeichnet werden. Die Online-Petition beginnt am 23. Februar 2015 und endet genau vier Wochen später, am 23. März 2015. Voraussetzung für die Mitzeichnung im Internet ist die Anmeldung auf der oben angegebenen Internetseite bei e-Petitionen.

2. Die Petition kann außerdem auf Unterschriftenlisten (ohne elektronische Anmeldung) unterzeichnet werden. Diese Listen können ab sofort auf der Internetseite der DAKJ unter www.dakj.de als PDF oder WORD-Dokument heruntergeladen und unterzeichnet werden.

Wir bitten Sie, diese Listen bei Ihnen auszulegen und Unterschriften zu sammeln, insbesondere bei den Eltern. Die unterschriebenen Listen müssen bis spätestens 20. März 2015 im Original an die DAKJ-Geschäftsstelle gesendet werden, von wo aus sie gesammelt und weitergeleitet werden.

Die Petition darf pro Person nur einmal (elektronisch oder auf der Unterschriftenliste) unterstützt werden.

Wichtig zu wissen: Bis zum 23. März 2015 möchten wir insgesamt über 50.000 Mitzeichner für diese Petition gewinnen, damit sie öffentlich im Bundestag beraten wird.

Wir hoffen im Sinne der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, dass uns dies gemeinsam gelingen wird.

Adresse der DAKJ-Geschäftsstelle:

Chausseest. 128/129, 10115 Berlin, Tel.: 030.4000 588-0

E-Mail: kontakt@dakj.de

Red.: ReH

Was der UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes fordert:

Der UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes forderte die Bundesregierung Anfang dieses Jahres auf, Verfahren und Kriterien zu entwickeln, die gewährleisten, dass die Interessen von Kindern und Jugendlichen vorrangig berücksichtigt werden.¹ Dazu gehören u.a. die Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen für Kinder, Jugendliche und ihre Vertreter auf kommunaler-, Landes- und Bundesebene; eine Stelle, die gute Daten

hinsichtlich der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen erhebt bzw. zusammenstellt (eine sog. Monitoring-Stelle) und die Schaffung einer zentralen Stelle, die die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention koordiniert. Ein Kinder- und Jugendbeauftragter wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Umsetzung dieser Ziele.

Red: ReH

¹ UN Committee on the Rights of the Child: Concluding observations on the combined third and fourth periodic reports of Germany 31.01.2014.

EBM-Reform: Sozialpädiatrie wird aufgeweckt

Die Honorarverhandlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband hatten im Bewertungsausschuss unlängst für 2015 neben einer Anpassung des Orientierungspunktwertes im fach- und hausärztlichen Versorgungsbereich zusätzlich Honorare für so genannte „besonders förderungswürdige Leistungen“ in Höhe von jeweils 132 Mio Euro erbracht. Auf die Kinder- und Jugendärzte entfällt von diesem extrabudgetärem Geld anteilig eine Summe von 14,02 Millionen Euro, die wiederum nach einem KV-internen Schlüssel den Regional-KVen seit dem 01.01.2015 zur Verfügung steht.

Unbudgetiertes Honorarvolumen

Dieses Honorarvolumen ist unbudgetiert, da es extrabudgetär ausgezahlt wird. Dies bedeutet auch, dass sich die verschiedenen Hausarztgruppen nicht gegenseitig in den „Topf greifen können“, die rund 14 Mio Euro stehen auch regional ausschließlich den Pädiatern zur Verfügung. Dies unterscheidet das Verhandlungsergebnis vom vorherigen, bei dem die Bewertung der 1. Sozialpädiatrieziffer 04355 in etlichen KVen budgetiert ausgezahlt wurde, da das zur Verfügung gestellte fixe Finanzvolumen innerhalb der MGV vereinbart worden war und nicht zur vollen Honorierung des angeforderten Leistungsbedarfs im hausärztlichen Versorgungsbereich in den Bereichen Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie ausreichte. Da dieses Mal keine Budgetobergrenze vereinbart worden ist, würden die Kassen im Falle einer Überschreitung der zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von rund 14 Mio Euro darüber hinaus zum vollen Punktwert auszahlen, jedoch anschließend mit der KBV über Maßnahmen zur Mengengrenzung verhandeln. Dies bedeutet jedoch, dass die Gelder nicht nach dem Gießkannenprinzip verteilt werden können, sondern dass klar definierte „förderungswürdige Leistungen“ zugrunde liegen müssen.

Kein Geld für die Präventionsassistentin

Analog zu den Allgemeinärzten mit ihren nichtärztlichen Praxisassistentinnen (VERA, AGNES MONI und Co) wollte der BVKJ die weiterqualifizierte Präventionsassistentin bzw. Pädiatrice honoriert wissen. Dies haben die Krankenkassen im Bewertungsausschuss mit dem Hinweis abgelehnt, dass sie nur Hausbesuchsleistungen als förderungswürdig betrachten. Der Versuch des BVKJ, über die KBV eine „Impfberatungsleistung“ zu etablieren, scheiterte ebenfalls an der rigiden Haltung des GKV-Spitzenverbands. Der BVKJ hat sich dann angesichts der schwierigen Gemengelage und der Gefahr, dass das zur Verfügung gestellte Honorarvolumen nicht abgerufen werden könnte (und dann an die Krankenkassen zurückgeflossen wäre) entschlossen, eine qualifikationsgebundene zweite Sozialpädiatrieziffer zu generieren, die als Add-on-Ziffer zur GOP 04355 in Abrechnung gebracht werden kann. Auch die GOP 04355 wurde im fakultativen Leistungsinhalt um „drohende Störungen bei körperlich, psychischen oder psychosomatischen Behinderungen sowie Verdacht/Hinweise auf Vernachlässigung und/oder Kindesmisshandlung“ erweitert.

Sozialpädiatrische Zusatzqualifikation wird Pflicht

Die Abrechnungsvoraussetzung für die GOP 04356 ist der Nachweis einer mindestens 40-stündigen sozialpädiatrischen Zusatzqualifikation entsprechend dem Curriculum Sozialpädiatrie der Bundesärztekammer (siehe Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrSozialpaediatric201404.pdf>) sowie eine Abrechnung von mindestens 50 GOPs 04355 in den auf das Vorjahresquartal folgenden Quartalen (entspricht bei einer Praxis mit 1000 Scheinen einer Erbringungsfrequenz von circa fünf Prozent). Ersatzweise wird als Qualifikationsnachweis auch eine mindestens sechsmontatige ärztliche Tätigkeit in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einer interdis-

ziplinären Frühförderstelle anerkannt, wobei die Tätigkeit in einem SPZ auch innerhalb der Weiterbildungszeit geleistet werden darf. Es wurde zudem eine Übergangsvereinbarung bis zum 30.06.2016 beschlossen. Das bedeutet, dass der Qualifikationsnachweis bis dahin ausgesetzt ist bzw. bis dahin erworben werden kann. Der BVKJ wird in Zusammenarbeit mit der DGSPJ auch regional für ausreichende Möglichkeiten zum Erwerb der Zusatzqualifikation sorgen. Der "Altöttinger Sozialpädiatriekurs" wird voll anerkannt werden, die Kolleginnen und Kollegen, die den Sozialpädiatriekurs in Bad Orb belegt haben, müssen lediglich noch eine zusätzliche SPZ-Hospitation von zehn Stunden nachweisen. Der obligate Leistungsinhalt der neuen GOP 04356 umfasst die Erhebung und/oder das Monitoring von lokalisierten oder übergreifenden motorischen, kognitiven, emotionalen und/oder organbedingten Einschränkungen bzw. Auffälligkeiten sowie die Beratung über weiterführende Maßnahmen. Die GOP 04356 ist maximal zweimal im Krankheitsfall abrechenbar; ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist nicht erforderlich, jedoch ist zumindest ein persönlicher Kontakt zwischen Arzt und Bezugsperson obligat. Eine telefonische Erbringbarkeit ist also ausgeschlossen. Die Ziffer ist mit einer Prüfzeit von 15 Minuten im Tages- wie Quartalsprofil belegt. Der fakultative Leistungsinhalt umfasst die Erstellung eines interdisziplinären Therapieplanes, die Koordination

der Heilmittelversorgung, die Kooperation mit Sozialpädiatrischen Zentren oder vergleichbaren Einrichtungen, die Einleitung und Überwachung medikamentöser Therapiemaßnahmen sowie die Dokumentation unter Anwendung standardisierter Verfahren. Eine Kooperation mit Heilmittelerbringern, sozialpädiatrischen Zentren sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien ist vorgeschrieben, aber nicht gesondert nachzuweisen. Die neue GOP 04356 wird mit 195 Punkten vergütet. Das entspricht einem Eurowert von ca. 20.

Natürlich werden nicht alle mit den vereinbarten Regelungen zufrieden sein, zumal die KBV trotz unserer Intervention weitere analoge Qualifikationen bei den Krankenkassen nicht durchsetzen konnte. Wir haben aber eine recht gut bewertete und extrabudgetär ausgezahlte zweite Sozialpädiatrieziffer vereinbaren können, die wie die GOP 04355 ausschließlich von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten abgerechnet werden kann. Das schafft Abstand zur Allgemeinmedizin und macht deutlich, dass sozialpädiatrische Krankheitsbilder in die kompetenten Hände von Pädiatern gelegt werden müssen.

Thomas Fischbach
E-Mail: Fischbach@kinderaerzte-solingen.de

Red: ReH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

ERGEBNIS

Wahl im Landesverband Mecklenburg-Vorpommern des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. für die Legislaturperiode 2014-2018

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**

**Dr. Andreas Michel,
Greifswald**

**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 2. Delegierter:**

**Dr. Olaf Kannt,
Schwerin**

**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 1. Ersatzdelegierter:**

**Dr. Steffen Büchner,
Güstrow**

**3. Stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 2. Ersatzdelegierte:**

**Dr. Astrid Tiedemann,
Bergen**

Schatzmeisterin:

**Dr. Helga Tost,
Greifswald**

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

ERGEBNIS

Wahlen im Landesverband Sachsen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. Wahlperiode 2014-2018

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**

Dipl.-Med. Stefan Mertens,
Radebeul

**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 2. Delegierte:**

Dr. Carola Hoffmann,
Dresden

**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 3. Delegierte:**

Dr. Melanie Ahaus,
Leipzig

**3. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 4. Delegierter:**

Dr. Martin Völker,
Singwitz

1. Ersatzdelegierte:

Dr. Michaela Seeland,
Chemnitz

2. Ersatzdelegierte:

Dr. Bettina Tittel,
Dresden

Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja
Brunnert

Zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen knirscht es manchmal gewaltig. Zu unterschiedlich sind die Berufswelten, zu zahlreich die Sollbruchstellen in der Zusammenarbeit, zu wenig wird miteinander geredet. Das wollen wir ändern.

Die Kinder- und Jugendärztin Tanja Brunnert hat vor einigen Jahren den Sprung in die Praxis gewagt. An dieser Stelle berichtet sie regelmäßig ihren Kolleginnen und Kollegen in der Klinik über ihren Alltag als niedergelassene Kinder- und Jugendärztin – heute über ein interessantes Phänomen, das sich besonders gut in der Infektsaison beobachten lässt.

Liebe Kollegen,

es ist Montagmorgen. Wie immer bin ich zeitig in der Praxis, da ich meinen Terminkalender morgens in Ruhe bei einer Tasse Kaffee studiere. Ich möchte einfach gut vorbereitet sein. Nichts ist doch peinlicher als die Frage: „Was kann ich denn heute für Sie tun, Frau Meier?“ Um dann sofort das leicht pikierte Gesicht der Mutter zu registrieren: „Na, Sie wollten den Pascal doch noch mal sehen.“

Äh, schluck. Wann habe ich den denn das letzte Mal gesehen?

Ein verschämter Blick in den Computer. Oh, vor zwei Tagen. Ehrlich gesagt habe ich keinerlei Erinnerung an Pascal und seine Mutter, aber ich wollte die Bronchitis tatsächlich noch mal kontrollieren. Klar, wir alle wissen, dass das insbesondere in der Infektzeit mit den vielen Patienten passieren kann, aber für Frau Meier und ihren Augenstern ist das ein No-Go. Also bin ich lieber vorbeireitet.

Dann aber treffen meine Augen auf einen „RR-Termin“. Kennen Sie die? Nein, nicht die RR-Bitten von Eltern, die nur kurz wissen wollen, ob sie ein Fieberzäpfchen geben oder lieber doch in die Praxis kommen sollen. Ich meine ganz spezielle RR-Termine, die in Null-Komma-Nix meinen Blutdruck in die Höhe treiben. Kleines Beispiel gefällig? Bitteschön, hier der unangefochtene „Spitzenreiter“: Kindergarten empfiehlt Ergotherapie!!!! Kindergarten kann hier auch durch Schule, Trainerin bei den Tanzmäusen, Nachbarin und ähnliches ersetzt werden. Gleich auf Platz 2 folgt: Logopädienschule war im Kindergarten, Kind braucht Verordnung. Testung alles schon erfolgt. Ich muss nur noch den Zettel ausfüllen. Ist das nicht nett? Da geht die Logopädienschule regelmäßig in die Kindergärten und testet die Kinder, stellt dann den Therapiebedarf fest und hat durch Zufall noch genug Therapieplätze bei ihren überaus erfahrenen Schülerinnen frei (ja, ich weiß, wir haben alle mal angefangen). Interessanterweise werden vor allem Kindergärten mit hohem Migrationsanteil besucht. Na klar, bilingualer Spracherwerb an sich ist schon mal eine Therapieindikation.

Und gerade gestern hat sich ein „RR-Termin“ wieder mal als U8 getarnt. Naja, hat mir zumindest die mor-

gendliche Blutdruckspitze erspart. Im Kindergarten des absolut unauffälligen Jungen wurde von den Erzieherinnen eine Wahrnehmungsstörung festgestellt. Symptomatik: der sonst gerne singende Junge hält sich beim gemeinsamen Singen mit 25 anderen Kindern immer die Ohren zu. Ah, kreisch! Und das gegen Mittag. Da hat die Wirkung vom Candesartan doch schon nach gelassen! Was soll man da machen. Die Mutter und ich kamen überein, dass Logopädie für die anderen 25 Kinder wahrscheinlich die bessere Lösung wäre. Alternativ käme auch Gesangsunterricht in Frage, aber das zahlt die Kasse ja leider nicht und dafür haben die meisten Eltern ja auch keine Zeit. Also wundern Sie sich nicht, wenn demnächst einer Ihrer Patienten nach Logopädie fragt, den habe wahrscheinlich ich geschickt

Leider habe ich vor Kurzem von meinem Obmann erfahren, dass die Hitliste der RR-Termine einen ernsthaften Konkurrenten bekommt. Das Gewerbeaufsichtsamt. Erste Kontrollgänge fanden wohl schon statt. Spitzenreiter der Bemängelung: die Ohrtrichter waren nicht einzeln eingeschweißt! Das muss man sich mal vorstellen! Grauenhafte hygienische Zustände in den Kinder- und Jugendarztpraxen! Also gut, nun also auch noch das. Meine Mutter hat so ein Gerät mit dem sie Braten und ähnliches vor dem Einfrieren einschweißt. Das muss ich mir dann wohl ausleihen. Meine Mitarbeiterinnen habe ich schon über die anfallenden Überstunden informiert. Aber vorher muss noch der Elektriker kommen. Denn ich möchte mich schließlich absolut gewerbeaufsichtsamt-konform verhalten. In meiner Praxis hat jedes elektrische Gerät ein extra Prüfsiegel. So habe ich bisher den plötzlichen Herztod meiner MFAs beim Benutzen der Kaffeemaschine erfolgreich verhindert. Nur nach meinem Blutdruck fragt hier ja keiner.

Ihre Tanja Brunnert

Dr. Tanja Brunnert
37077 Göttingen
E-Mail: tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de

Red: ReH

Abgeschafft: GOP 04010 – 04015

Versichertenpauschale bei Überweisungen oder im Vertretungsfall

Ab dem 1.4.2015 wird die Vertreterpauschale für Allgemeinärzte und Kinder- und Jugendärzte, die einen Kollegen im Urlaub oder wegen Krankheit vertreten, abgeschafft. Die GOP 04010 ff wird gestrichen. Stattdessen können die Kinder- und Jugendärzte bei Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisungen durch einen anderen Pädiater zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung die volle Versichertenpauschale abrechnen. Damit kommt es auch nicht mehr zu einer Verminderung der Zusatzpauschale "Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsauftrag" (GOP 04040).

GOP 04230 Gespräch

Da bei der bisherigen Legende des problemorientierten Gespräches, das durch den Zusatz „in Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung“ definiert war, häufig die erfolgten Gespräche nicht abgerechnet wurden, hat der GBA jetzt die Legende geändert und definiert ein Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist.

Dadurch wird klargestellt, dass die Einschätzung des Arztes entscheidend ist, der die Notwendigkeit der Leistung sieht. Auch Gespräche über Erkrankungen können abgerechnet werden, die vom Patienten subjektiv als schwer empfunden werden. Zusätzlich können zudem Gespräche über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und über zu erwartende akute und chronische Erkrankungen geführt werden.

Die weiteren Vorgaben der Ziffer sind gleichgeblieben. Insbesondere kann sie auch neben den Versichertenpauschalen bereits nach den ersten zehn Minuten abgerechnet werden, allerdings nicht im ärztlichen Bereitschaftsdienst und nicht neben den Leistungen der Psychosomatik.

Geblieben ist auch das Gesprächskontingent pro Praxis von 45 Punkten multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle.

Es ist zu hoffen, dass durch diese Änderungen den abrechnenden Praxen die Scheu genommen wird, die erbrachten

und notwendigen Gespräche jetzt auch vollständig abzurechnen

GOP 04355

In die Leistungslegende der 04355 "Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und / oder Abklärung" wurde der Passus „Befunderhebung(en) unter sozialpädiatrischen Kriterien zur (drohenden) Störung, körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung oder (drohenden) Behinderung oder bei Verdacht / Hinweisen auf Vernachlässigung und/oder Kindsmisshandlung“ eingefügt. Das bedeutet, dass jetzt auch Gespräche und Abklärungen im Rahmen der Diagnosen Schäden durch sonstigen Mangel (ICD T73) und Missbrauch durch Personen (ICD T74) mit dieser Ziffer abrechenbar sind. Fakultativ sollten die Befunde unter Anwendung standardisierter Verfahren dokumentiert werden.

GOP 04356

Wie bereits in einem früheren Artikel beschrieben, ist seit 1.1.2015 die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung abrechenbar. Auf die Qualifikationsvoraussetzungen (Sozialpädiatrische Qualifikation von 40 Wochenstunden) und die Übergangsbestimmungen (mindestens 50 Abrechnungen GOP 04355) wurde bereits eingegangen. Sie fordert entweder einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder einen persönlichen Kontakt mit einer Bezugsperson und die Betreuung von motorischen, kognitiven, emotionalen oder organbedingten Einschränkungen, eventuell mit Therapieplan, Heilmittelversorgung oder Überweisung in das SPZ. Sie ist zweimal im Krankheitsfall, also zweimal im Jahr bei denselben Diagnosen wie die GOP 04355 abrechenbar.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Bei der EBM-Änderung von 2008 wurden für die Abrechnung im ärztlichen Bereitschaftsdienst neue Ziffern geschaffen. Die Notfallbereitschaft wurde unterteilt in die "Notfallpauschale im ärztlichen orga-

nisierten Notdienst" (01210 = 15.90 €) und die Zusatzpauschale "Besuchsbereitschaft" (01211 = 10.03 €). Dies sollte den niedergelassenen ärztlichen Bereitschaftsdienst stärken und die Bereitschaft, Hausbesuche durchzuführen, honorieren.

In vielen KV-Bezirken konnten beide Ziffern gleichzeitig abgerechnet werden, auch wenn der Dienst in einer Bereitschaftspraxis durchgeführt wurde. Es gab aber auch kassenärztliche Vereinigungen, in denen nur die 01210 für einen Fall in der Bereitschaftspraxis abgerechnet werden konnte.

Die Krankenhäuser rechneten ebenfalls ihre Notfälle nach diesen Ziffern ab, aber für sie war nur die 01210 möglich, nicht die 01211. Dagegen haben die Krankenhäuser vor dem Sozialgericht geklagt und gewonnen. Das Gericht hat der KBV auferlegt, dieses Urteil rückwirkend bis 2008 zu korrigieren. Die Krankenhäuser werden daher jetzt auch eine Nachzahlung aufgrund des Urteils bekommen. Dies musste aufkommensneutral erfolgen, da die Krankenkassen kein neues Geld für den Bereitschaftsdienst bereitstellen. Alle Gelder, die bisher für die Abrechnung im Bereitschaftsdienst ausgegeben wurden, bleiben auch dort, sie werden nur anders verteilt. Es wird also keine Steigerung der Restpunktwertes für Fachärzte oder Praxen geben, die keinen Bereitschaftsdienst machen.

Diese aktuelle Korrektur musste natürlich (siehe Gerichtsurteil) rückwirkend auf 2008 erfolgen. Für die niedergelassenen Praxen hat es nur für diejenigen Quartale eine Relevanz, die noch nicht rechtskräftig sind, d.h. in der Mehrzahl für das laufende Quartal 4/14. Ob auch das Quartal 3/14 betroffen sein wird, entscheiden wohl die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen. Rechtskräftige Honorarbescheide können auch nicht mehr im Nachhinein geändert werden. Im Moment ist noch nicht bekannt, wann diese Regelungen in den einzelnen Bundesländern eingeführt werden.

Die jetzt geschaffenen Ziffern (genauso wie die bisherigen) werden sowohl von

den Ärzten im organisierten Bereitschaftsdienst als auch von den Krankenhäusern für deren Notfälle abgerechnet. Daher wird auch gefordert, dass die Leistungen mit Uhrzeiten zu kennzeichnen sind, da diese Leistungen nur in den Notdienstzeiten abgerechnet werden dürfen. D.h. auch Notfälle in Krankenhäusern, die nicht in den definierten Notdienstzeiten anfallen, dürfen nicht nach diesen Ziffern abgerechnet werden und müssen in Zukunft mit Uhrzeiten gekennzeichnet werden).

Mit der neuen Regelung stehen sich alle schlechter, die bisher beide Ziffern kombinieren durften (bisher 25,93 € jetzt 19,69 €). Es gewinnen aber diejenigen, die bisher nur die 01210 abrechnen konnten.

Der Beschluss ist getragen von dem Bestreben, möglichst viel Geld im ambulanten Bereich zu behalten.

Die neuen Ziffern für den ärztlichen Bereitschaftsdienst:

- GOP 01210: Notfallpauschale (7:00 – 19:00, außer Sa. So, gesetzliche Feiertage und am 24. + 31.12.)
127 Punkte
Uhrzeitangabe erforderlich
- GOP 01212: Notfallpauschale (19:00 – 7:00, Sa., So., Feiertage, 24.12. und 31.12.)
195 Punkte
Uhrzeitangabe erforderlich
- GOP 01411: Dringender Besuch zwischen 19:00 und 22:00, Sa., So., Feiertag, 24. Und 31.12) nicht mehr „Besuch im organisierten Not(-fall)dienst“!
469 Punkte
- GOP 01418: Besuch im organisierten Not(-fall)dienst
778 Punkte
Uhrzeitangabe erforderlich

Dr. Roland Ulmer
E-Mail: praxis@kinderaerzte-lauf.de

Red: ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@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, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.

(0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@dkd-wiesbaden.de; Prof. Dr. Stefan Zielen, Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/Main, Tel. (069) 6301-83063, E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel. (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.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“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (Vi.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 13.433
lt. IVW IV/2014

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, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (Vi.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **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. 48 vom 1. Oktober 2014

Bezugspreis: Einzelheft € 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2015. 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.

Heiße Luft und nichts dahinter: Pfeiffer-Idee der befristeten Zulassungen aus juristischer Sicht



Dr. jur. Juliane
Netzer-Nawrocki

Es hat mal wieder für Aufsehen gesorgt, dass die Vorstandschefin des Spitzenverbandes der Krankenkassen, Doris Pfeiffer, gefordert hat, Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung künftig nur noch befristet zu vergeben. Hierdurch solle die Überversorgung in den Städten abgebaut und der Ärztemangel auf dem Land ausgeglichen werden. Wie realistisch ist diese Forderung vor dem Hintergrund der geltenden Rechtslage und möglicher Gesetzesänderungen?

Rechtliche Grundlagen zur befristeten vertragsärztlichen Zulassung

Derzeit ist die Befristung einer Zulassung nur in nicht gesperrten Planungsbereichen möglich. Die Befristungsmöglichkeit vertragsärztlicher Zulassungen wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) aufgenommen. In § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV heißt es:

„In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsge-rechten Versorgungsgrad ab 100 Prozent kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen.“

Die Befristung ist also nur in einem Bereich knapp unterhalb der Geltung von Zulassungsbeschränkungen möglich. Eine **generelle Befristung von Zulassungen** – insbesondere in zulassungsgesperrten Planungsbereichen – **ist nach der geltenden Rechtslage nicht möglich. Ebenso scheidet eine nachträgliche Befristung von bereits bestehenden Zulassungen aus.**

Eine befristete Zulassung endet automatisch mit Ablauf des vom Zulassungsausschuss festgelegten Befristungszeitraums. Ein Nachbesetzungsverfahren findet nicht statt. Das gilt selbst dann, wenn ein Vertragsarzt noch vor Ablauf des Befristungszeitraums auf seine Zulassung verzichtet. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Ausschluss des Nachbesetzungsverfahrens in diesen Fällen nicht durch einen vorzeitigen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung umgangen werden kann.

Einführung einer generellen Zulassungs-befristung zum Abbau von Überversorgung?

Da nach der geltenden Rechtslage eine generelle Befristung von vertragsärztlichen Zulassungen durch die Zulassungsausschüsse ausscheidet, wäre hierfür zunächst eine **Gesetzesänderung erforderlich**. Derzeit sind solche Überlegungen beim Gesetzgeber nicht erkennbar. Insbesondere im **GKV-Versorgungsstär-**

kungsgesetz (GKV-VSG), das sich gerade im Gesetzgebungsverfahren befindet und Fragen zum Abbau der Überversorgung behandelt, wird die Befristungsmöglichkeit von Zulassungen nicht diskutiert.

Eine Änderung, wie sie vom GKV-Spitzenverband gefordert wird, ist in nächster Zukunft also nicht zu erwarten. Dagegen spricht sich zum Beispiel auch ausdrücklich die Kassenärztliche Bundesvereinigung aus. Der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen, äußerte in einem Interview seine Bedenken gegen die generelle Befristung von Zulassungen. Er hält dieses Mittel zum Abbau der Überversorgung für ungeeignet. (Interview abrufbar unter: <http://www.kbv.de/html/10925.php>). Zudem sprechen **grundrechtliche Erwägungen** (Schutz der Berufsfreiheit und des Eigentums) ebenfalls dagegen, dass eine solche Gesetzesänderung verfassungskonform zustande kommen kann. Bei der Festlegung des Befristungszeitraums müssten neben dem Versorgungsbedarf auch die Interessen des zugelassenen Vertragsarztes – insbesondere die Amortisation seiner Investitionskosten – berücksichtigt werden. Eine befristete Zulassung mit einer Laufzeit von nur wenigen Jahren käme daher wohl von Anfang an nicht in Betracht.

Fazit

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sollten die Äußerungen der Vorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes nicht zu Verunsicherungen bei niederlassungswilligen Ärzten führen. Auch Ärzte, die sich bereits niedergelassen haben, müssen nicht befürchten, dass ihre Zulassung nachträglich befristet wird. Zudem ruft der Vorschlag bereits jetzt erhebliche Gegenwehr aus verschiedenen Lagern hervor und ist noch lange keine „beschlossene Sache“.

Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki, Rechtsanwältin
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht (www.m-u-p.info)
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.

Red: ReH



© Sergey Novikov – Fotolia.com

Eine kurze Geschichte der Kinderrechte

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) startet gemeinsam mit ihren Mitglieds- gesellschaften und -verbänden eine Petition für die Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten durch den Deutschen Bundestag (s. Seite 43 ff). Der Kinder- und Jugendbeauftragte soll dafür sorgen, dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen besser als bisher geschützt werden. Doch seit wann gibt es überhaupt spezielle Rechtsnormen für Kinder und Jugendliche?

Die Geschichte der Kinderrechte beginnt mit einem Buch. 1762 erscheint Rousseaus Werk "Emile oder über die Erziehung". Der französische Philosoph formuliert darin erstmals, dass man Kinder schützen muss, dass man sie aufs spätere Leben vorbereiten und erziehen muss, dass Kindheit ein Wert an sich ist. Das war neu. Bis zu Rousseaus geistigem Meilenstein galten Kinder, sofern sie nicht in adelige Verhältnisse hineingeboren wurden und jahrelang zu künftigen Herrschern ausgebildet wurden, als unfertige Wesen, die möglichst rasch erwachsen und zu "richtigen" Menschen werden sollten. Bis dahin wurden sie gebraucht, um den Eltern auf dem Feld, im Stall, in der Werkstatt und im Haus zu helfen als Absicherung gegen Krankheit und im Alter. Ihr Wert bemafs sich nach diesem Nutzen für die Familie.



Jean Jacques Rousseau.

Der Philosoph Jean-Jacques Rousseau formulierte als Erster das Recht auf Kindheit © nickolae - Fotolia.com

Und nach ihrem Nutzen für den jeweiligen Herrscher bzw. Staat. Kinder waren künftige Arbeitskräfte, Steuerzahler und Soldaten, nicht aber Menschen aus ihrem eigenen Recht. Der Rohstoff Kind, schreibt der amerikanische Sozialwissenschaftler Lloyd deMause in seiner psychohistorischen Geschichte der Kindheit, wurde vernutzt, wie heute die Natur vernutzt wird.

Mit dem Erziehungsroman "Emile" beginnt die Entdeckung der Kindheit als Lebensabschnitt von eigenem Wert. Kindheit, macht Rousseau seinen Lesern klar, ist kein Durchgangsstadium zur Menschwerdung, Kinder sind Menschen mit eigenen Bedürfnissen und vor allem mit Rechten; eigenen Rechten, die nicht aus den Rechten der Eltern abgeleitet sind.

Für die Leser und Leserinnen des "Emile" sind das völlig neue, geradezu

skandalöse Erkenntnisse, noch dazu formuliert aus der Perspektive eines Kindes. Der Roman wird denn auch gleich nach seinem Erscheinen konfisziert und vom Parlament und Kirchenvertretern verdammt. Bildungsreformer und Pädagogen greifen dagegen die Ideen und Vorstellungen des "Emile" auf. Rousseau wird darüber zu einer mythischen Figur der französischen Revolution, man zitiert ihn und beruft sich auf ihn. An der rechtlichen Situation der Kinder in Frankreich und auch im übrigen Europa ändert sich jedoch einstweilen nichts.

Kinderschutz gegen Broterwerb

Mit der industriellen Revolution verschlechtert sich sogar noch die Lage der Kinder. In den Fabriken und Minen vor allem in England, aber auch in Deutschland müssen sie unter gefährlichsten Bedingungen schuften – beim Raddrehen an Maschinen, an Spinnmaschinen, beim Töpfern, Kleiderrupfen, im Bergbau als Grubenpferdeführer, Kohlschlepper und Lorenzieher. Was die Zeitgenossen aber fast noch mehr in Wallung bringt als die körperlichen Schäden, die die Kinder dadurch davontragen, ist der Umstand, dass Männer und Frauen zusammenarbeiten und die Kinder dadurch möglicherweise "verrohen" und sittlich verwahrlosen könnten. Die ersten Kinderschutzrechte formuliert daraufhin der Gesetzgeber in England.

Kinderarbeiter verderben die Löhne

Hierzulande setzt sich vor allem die aufkommende bürgerliche Aufklärungsbewegung und auch die Arbeiterbewegung, der die Konkurrenz durch niedrig bezahlte Arbeitskräfte ein Dorn im Auge ist, gegen die Kinderarbeit ein. Darauf wiederum reagiert der Staat, denn nichts fürchtet er so sehr, dass Untertanen und Bürger sich gegen ihn organisieren. Am 9. März 1839 erlässt Friedrich Wilhelm III. ein Verbot der Kinderarbeit in Fabriken. Das Regulativ bestimmt, dass niemand "vor zurückgelegtem neunten Lebensjahr" in einer Fabrik oder bei Berg-, Hütten- und Pochwerken zu einer regelmäßigen Beschäftigung angenommen werden darf.

Der Gedanke, dass Kinder und Jugendliche Schutz und Fürsorge brauchen, dass sie ein Recht auf Bildung und Erziehung haben, setzt sich zunehmend in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch.



1907: Kinder als Arbeitskräfte in einer Spinnerei

© akg-images

Doch nicht Kinderliebe steht hinter diesem Gedanken, sondern etwas ganz anderes: Kinder müssen jetzt mehr wissen als in den Jahrhunderten zuvor. Für die neu entstehende Gesellschaft im Nationalstaat werden Menschen gebraucht, die lesen und schreiben können. Und Soldaten. Zu frühe und intensive Fabrikarbeit, dazu schlechte Wohnverhältnisse und schlechte Ernährung, zerstören die Menschen, sodass sie nicht mehr als Soldaten taugen. In der Schule könnten die Kinder dagegen alles Wichtige lernen und darüber hinaus könnte der Staat sie auch früh zu loyalen Staatsbürgern erziehen. Nach und nach wird nun die Schulpflicht durchgesetzt. Allerdings müssen die meisten Kinder immer noch vor und nach der Schule sowie in den Ferien arbeiten und sind häufig zu müde, um dem Unterricht zu folgen. Spätestens ab den frühen 1890er Jahren, mit dem Ausbau der Fabrikinspektionen, ist es aber dann tatsächlich vorbei mit der Kinderarbeit hierzulande (während sie in der Landwirtschaft und in der gewerblichen Heimarbeit noch bis ins frühe 20. Jahrhundert üblich ist). Die Folge: Kinder verlieren ihren ökonomischen Wert und werden stattdessen zum Kostenfaktor für die meisten Haushalte.

Kinderrechte international

Anfang des letzten Jahrhunderts werden auch in den anderen industrialisierten

Ländern nach und nach Gesetze und Regelungen erlassen, die Kinderarbeit verbieten.

Am 20. November 1989 wird das "Übereinkommen über die Rechte des Kindes", die so genannte Kinderrechtskonvention, von der Vollversammlung der Vereinten Nationen angenommen. Im ihrem Mittelpunkt steht der Artikel 3: Er verlangt, dass bei allen Entscheidungen, die Kinder betreffen, das Kindeswohl vorrangig zu beachten ist, vor allen anderen Gesichtspunkten, auch vor dem elterlichen Sorge- und Umgangsrecht, an alleroberster Stelle.

Seit ihrem Bestehen ist die Kinderrechtskonvention beliebter Redegegenstand an allen möglichen Gedenktagen und bei anderen Gelegenheiten, wirklich fest verankert ist sie jedoch nicht im juristischen und im politischen Bewusstsein. Immer noch nicht muss jedes neue Gesetz, jede neue Vorschrift, jede neue Regelung auf ihre Auswirkungen auf Kinder befragt werden. Und immer noch kommen Kinder – anders als Tiere und die Umwelt – im Grundgesetz nicht vor, jedenfalls nicht als Inhaber von Rechten.

Kinderrechte in die Verfassung!

1968 hat das Bundesverfassungsgericht immerhin klargestellt, dass Kinder Wesen mit eigener Menschenwürde und eigenem Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit sind und dass daraus folgend der Staat die

Verpflichtung hat, Kinder vor Missbrauch elterlicher Rechte und vor Vernachlässigung durch ihre Eltern zu schützen. 2008 hat das höchste Gericht diese Entscheidung noch einmal bekräftigt. Es hat "ein Recht des Kindes auf Pflege und Erziehung" anerkannt und dieses Recht dem Elterngrundrecht nach Artikel 6 des Grund-

die Pflicht nehmen, das Wohl der Kinder über alle anderen Interessen zu stellen. Ein Kinderbeauftragter, wie ihn jetzt die DAKJ und ihre Mitgliedsgesellschaften und -verbände fordern, könnte darüber wachen, dass die Kindergrundrechte eingehalten werden. Beides zusammen, Kindergrundrechte und Kinderbeauftragter, könnten



Beim DAKJ-Symposium „Kinderrechte stärken!“ (Okt. 2014) ging es um die Einrichtung eines Kinderbeauftragten

gesetzes gleichgestellt. Im Grundgesetz findet sich dieses Recht jedoch immer noch nicht.

Die Angst vor dem alles regelnden Staat

Seit Jahrzehnten fordern Kinder- und Jugendärzte, Elternverbände, Politiker und auch die Kinder selbst vergeblich die Aufnahme von Kinderrechten in die Verfassung. In dieser Zeit sind im Artikel 13 die Unverletzlichkeit der Wohnung und im Artikel 16 das Grundrecht auf Asyl in die Verfassung aufgenommen worden. Nicht aber die Kinderrechte, die klare Ansage, dass Kindeswohl vor Elternrecht steht.

Dabei könnte so ein Kindergrundrecht ein Fundament sein, auf dem gute Kinderpolitik gedeihen kann. Es würde den Staat und die Gesellschaft stärker als bisher in

nicht jeden Fall von Kindesvernachlässigung und -misshandlung verhindern, aber sie könnten dafür sorgen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland bessere Lebensbedingungen vorfinden, dass die Betreuungs- und Förderangebote verbessert werden, dass Eltern in kritischen Lebenslagen schnellere und nachhaltigere Hilfe finden, dass Flüchtlingskinder besser aufgenommen werden und sich leichter integrieren können.

Vielleicht kommt nun dank der Petition der Kinderbeauftragte eher als die Aufnahme von Kinderrechten in die Verfassung. Ein Wächter ohne die Legitimation durch die Verfassung. Aber mit der Kinderkonvention unter dem Arm wäre er gut ausgerüstet, die Sache der Kinder wirkungsvoll zu vertreten.

Regine Hauch

Fortbildungstermine



Februar 2015

21. Februar 2015
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Essen
 Info: dr.kohns@t-online.de

März 2015

6.-8. März 2015
Kongress für Jugendmedizin des bvkj e.V., in Weimar
 Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78, (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

14. März 2015
24. Pädiatrie zum Anfassen, Rostock des BVKJ e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Tag.-Leiter: Dr. A. Michel/St. Büchner, Auskunft: ①

19.-22. März 2015
Päd-Ass 2015
12. Assistentenkongress in Köln
 Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78, (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

21. März 2015
Seminar für Medizinische Fachangestellte, Dresden des LV Sachsen, Tag.-Leiter: Dr. Klaus Hofmann, Auskunft: ①

April 2015

18. April 2015
38. Pädiatref 2015
 des BVKJ, LV Nordrhein, Köln und
7. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Köln
 Auskunft: www.paediatref.de ④

18. April 2015
27. Pädiatrie zum Anfassen des LV Rheinland-Pfalz und Saarland, Worms
 Tag.-Leiter: Prof. Dr. Heino Skopnik
 Auskunft: ①

24.-25. April 2015
13. Pädiatrie à la carte des BVKJ, LV Westfalen-Lippe, Hilstrup
 Tag.-Leiter: Dr. Marcus Heidemann, Dr. Andreas Schmutte
 Auskunft: ④

25. April 2015
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Essen
 Info: dr.kohns@t-online.de

Mai 2015

29.-30. Mai 2015
25. Pädiatrie zum Anfassen des LV Thüringen, Erfurt
 Tag.-Leiterin: Dr. Anette Kriechling
 Auskunft: ①

Juni 2015

12.-14. Juni 2015
45. Kinder- und Jugendärztetag 2015
 Jahrestagung des BVKJ, Berlin
 Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78, bvkj.kongress@uminfo.de ①

13.-14. Juni 2015
10. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen, Berlin
 Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-16/26, Fax: 0221/68909-78, bvkj.kongress@uminfo.de ①

Juli 2015

4. Juli 2015
Pädiatrie zum Anfassen
 des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, und **Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen**
 Tag.-Leiter: Dr. Christian Stock ③

September 2015

11.-13. September 2015
19. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ, LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Lübeck
 Auskunft: ②

12. September 2015
18. Seminartagung des LV Hessen, Bad Nauheim
 Tag.-Leiter: Dr. Ralf Moebus, Dr. Lutz Müller
 Auskunft: ①

Oktober 2015

9.-14. Oktober 2015
43. Herbst-Seminar-Kongress
 des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Bad Orb
 Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-79, (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

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. 0451-7031-202, 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



Geburtstage im März 2015

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Vita *Teichler*,
München, am 01.03.

Herr Dr. med. Rolf-Dieter *Löw*,
Karlsruhe, am 02.03.

Frau Dr. med. Gabriele *Fritz*,
Güstrow, am 02.03.

Frau Dr. med. Ingeborg *Klimm*,
Gemmingen, am 02.03.

Herr Dr. med. Salim *Zaid*,
Berlin, am 03.03.

Herr Hans C. *Menningmann*,
Reinheim, am 03.03.

Frau Dr. med. Anette *Gilsbach*,
Saarbrücken, am 06.03.

Frau Dipl.-Med. Petra *Zeilfelder*,
Limbach-Oberfrohna, am 06.03.

Herr Dr. med. Rüdiger *Mende*,
Coburg, am 10.03.

Frau Dr. med. Gertraud *Jaschul*,
Germering, am 11.03.

Herr Peter *Meyer*,
Merzig, am 12.03.

Herr Dr. med. Hermann *Rüther*,
Meppen, am 14.03.

Herr Dr. med. Gottfried *Huss*,
Rheinfelden, am 14.03.

Frau Christa *Brosowsky*,
Panten, am 15.03.

Herr Dr. med. Rüdiger *Wiß*,
Dachau, am 16.03.

Frau Dr. med. Birgit *Kozianka*,
Dortmund, am 16.03.

Frau Dr. med. Gabriele *Fleißner-Busse*,
Münster, am 17.03.

Herr Dr. med. Gerd *Wiegand*,
Kassel, am 17.03.

Herr Dr. med. Frank-Peter *Wagenmann*,
Stuttgart, am 17.03.

Herr Dietmar *Lorenz*,
Hamburg, am 18.03.

Frau Dr. med. Regina *Tan*,
Kierspe, am 18.03.

Frau Sabine *Rudolph*,
Mülsen, am 23.03.

Herr Dieter *Franz*,
Eckernförde, am 26.03.

Frau Dr. med. Angelika *Pouyadou*,
Neusäß, am 26.03.

Herr Dr. med. Martin *Burk*,
Crailsheim, am 26.03.

Herr Dr. med. Michael *Müller*,
Bielefeld, am 27.03.

Frau Dr. med. Ilona *Zapf*,
Marienberg, am 29.03.

Frau Dr. med. Ingrid *Lange*,
Magdeburg, am 31.03.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Nermin *Dogramaci*,
Salzgitter, am 01.03.

Herr Dr. med. Harm *Müller*,
Butzbach, am 04.03.

Frau Dr. med. Rosemarie *Evers*,
München, am 04.03.

Herr Dr. med. Adnan *Raffa*,
Jeddah, am 10.03.

Herr Dr. med. Wolfgang *Künzer*,
Regensburg, am 15.03.

Frau Dr. med. Marie-Luise *Waack*,
Altenholz, am 19.03.

Frau Birgit *Möller*,
Chemnitz, am 19.03.

Herr Dr. med. Volkmar *Grosse*,
Heppenheim, am 20.03.

Herr Dr. med. Markus *Onken*,
Wuppertal, am 21.03.

Herr Dr. med. Helmut *Schmidt*,
Wettenberg, am 23.03.

Herr M.P.H. Karl-Ludwig *Tracht*,
Lemgo, am 27.03.

75. Geburtstag

Frau Renate *Berlet*,
Ravensburg, am 01.03.

Herr Dr. med. Carel *Nieuwenhuijsen*,
Aachen, am 03.03.

Frau SR Dipl.Med. Karen *Fenske*,
Schönebeck, am 08.03.

Herr Prof. Dr. med. Lothar *Schuchmann*,
Freiburg, am 09.03.

Herr Dr. med. Hans-Jürgen *Ortgiese*,
Soest, am 10.03.

Herr Tadeusz *Glinski*,
Hamburg, am 14.03.

Frau Dr. med. Claudia *Förster*,
Neustadt, am 15.03.

Frau Dr. med. Sigrid *Stieglitz*,
Hamburg, am 16.03.

Frau Ingeborg *Jakob*,
Köln, am 18.03.

Frau Dr. med. Ursula *Möhling*,
Altena, am 23.03.

Frau Dr. med. Helga *Kliem*,
Berlin, am 25.03.

Frau Dr. med. Ortrun *Wöhrle*,
Mülheim, am 30.03.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Olaf *Ganssen*,
Velbert, am 08.03.

Frau Dr. med. Elisabeth *Wulff*,
Rostock, am 11.03.

Herr Prof. Dr. med. Dietrich *Feist*,
Ladenburg, am 12.03.

Frau Dr. med. Renate *Franzen*,
Neuss, am 24.03.

Herr Dr. med. Karl *Bauer*,
Böblingen, am 27.03.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Edelgard *Posern*,
München, am 19.03.

Frau Dr. med. Helga *Jaffe*,
Krefeld, am 20.03.

Herr Dr. med. Wolfgang *Schlieter*,
Sonthofen, am 29.03.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Nikla *Salabashev*,
Bonn, am 01.03.

Frau Dr. med. Lisette *Strnad*,
Griesheim, am 26.03.

Frau Dr. med. Jutta *Ehregut*,
Hamburg, am 29.03.

84. Geburtstag

Herr Dr. med. Jamal *Faridi*,
Köln, am 14.03.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Malte *Hey*,
Nördlingen, am 05.03.

Herr Prof. Dr. med. Klemens *Stehr*,
Spardorf, am 07.03.

Frau Dr. med. Irmgard *Krause*,
Löwenstein, am 15.03.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Gercke-Hunte-*
mann, Duisburg, am 20.03.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Merz*,
Engelskirchen, am 03.03.

Frau Dr. med. Med. Dir. A. D.
Vera *Gräfin Finck von Finckenstein*,
Witzenhausen, am 15.03.

90. Geburtstag

Herr Dr. med. Friedrich *Kayser*,
Oldenburg, am 27.03.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Nordwall*,
Köln, am 09.03.

Frau *Dagmar Hofer*,
Berlin, am 24.03.

Herr Dr. med. Hajo *Willers*,
Itzehoe, am 30.03.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Jördens*,
Berlin, am 15.03.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Margret *Herten*,
Köln, am 24.03.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Hugo *Konrad*,
Augsburg, am 02.03.

95. Geburtstag

Herr Dr. med. Franz-Xaver *Seibold*,
Schwäbisch Gmünd, am 05.03.

Frau Dr. med. Paula Maria *Hölscher*,
Ludwigshafen, am 07.03

Frau Dr. med. Gertrud *Loth*,
Meschede, am 17.03.

Wir trauern um:

Dr. med. Gertrud *Aldick*,
Münster

Dr. med. Hans-Hubertus *Brenken*,
Westerburg

Im Monat November und Dezember durften wir 64 neue Mitglieder begrüßen.

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



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Martina *Benzing*
Frau Dr. med. Claudia *Graßhof*
Frau Dr. med. Kathrin *Schmidt*
Frau Dr. med. Melanie *Schröder*



Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Simone *Heier*
Frau Dorothea *Reichle*
Frau Dr. med. Sybille *Reising*



Landesverband Berlin

Herrn Jurek *Böse*
Frau Dr. med.
Jana *Grabenhenrich*
Frau Dr. med. Juliane *Langer*



Landesverband Hessen

Herrn Dr. med. Tobias *Freund*
Herrn Thomas *Renner*



Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Julia *Scheffler*



Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med.
Tobias *Revermann*
Frau Dr. med. Cornelia *Wermes*



Landesverband Nordrhein

Frau Cornelia *Boßmann*
Herrn MU Dr.
Dimitrios *Gkalpakiotis*
Herrn Dr. med. Martin *Knorr*
Frau Evangelia *Kyriakidou*
Herrn Dr. med. Mike *Linge*



Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Jannike *Klassen*



Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Anna *Kussmann*



Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Juliane *Beckus*
Frau Ewa *Szmelter*



Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Katrin *Günther*



Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dumitra *Lioveanu*
Frau Johanna *Raidt*

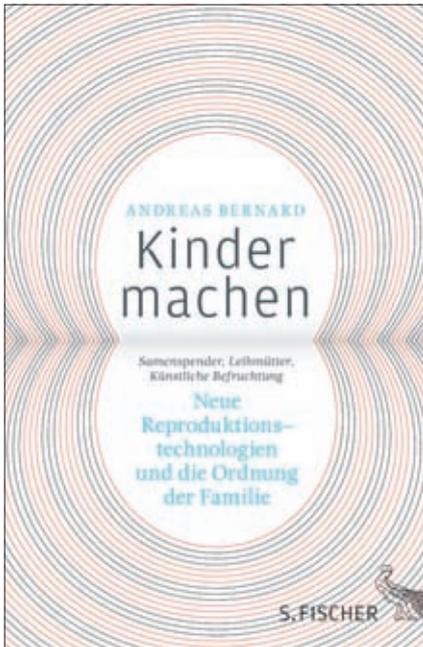
Buchtipps

Andreas Bernhard

Kinder machen.

Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie

S. Fischer, Frankfurt 2014. ISBN 978-3-10-007112-5 gebunden, 24,99 €



Etwa jedes siebte Paar bleibt ungewollt kinderlos. Verfahren der assistierten Empfängnis sind daher häufig. Schätzungsweise fünf Millionen Menschen weltweit wurden bis heute mit IVF gezeugt, in Deutschland allein jedes 30. bis 40. geborene Kind. Dazu kommen die quantitativ nicht erfassten Samenspenden und die in Deutschland nicht erlaubten Eizellspenden und Leih-

mütterschaften, die dann den nicht unerheblichen, aber nicht genau bekannten Reproduktionstourismus bedingen. Häufig weiß der betreuende Kinder- und Jugendarzt nicht und fragt auch nicht nach, wie die Schwangerschaft zustande gekommen ist. Über die Reproduktionstechnologien und die Auswirkungen auf die Ordnung in der Familie geht es in dem umfangreichen Buch des Kulturwissenschaftlers Andreas Bernhard. Auf fast 500 Seiten, untermauert von über 600 Fußnoten und begleitet von einem wissenschaftlichen Apparat von fast 500 Literaturstellen, wird ein weiter historischer Bogen gespannt, führt uns der Autor über persönliche Befragungen von mit reproduktiven Techniken befassten Unternehmern und Wissenschaftlern über einzelne individuell gefärbte Fallvignetten zu einer kulturgeschichtlichen Betrachtung der Kleinfamilie.

Nach einer Einleitung mit dem Einblick in ein zeitgenössisches ICSI-Labor referiert Bernhard die lange Zeit von folgenschweren Irrtümern geprägten Empfängnislehren, um dann die technischen Entwicklungen von der Samenspende, Leihmutter-schaft und Eizellspende bis hin zum Reproduktionstourismus in ihrer Historie, soziokulturellen Akzeptanz und kommerziellen Entwicklung nachzuzeichnen, ohne die gegenwärtigen Konsequenzen für die betroffenen Individuen, aber auch Staat und Gesellschaft auszusparen. Vom Retortenbaby zum Wunschkind: „im Wandel der Begriffe offenbart sich der veränderte Schwerpunkt im Blick auf die Reproduktionstechnologien - von der Entste-

hungsgeschichte der Embryonen zur Sehnsucht des unfruchtbaren Paares, von der Perspektive der Forschung zur Perspektive der Heilung“. Die Entwicklung der Verhütung bis hin zur Pille sowie die Nutzung derselben Erkenntnisse zur modernen Reproduktionsmedizin zeugt von zunehmender Entkopplung von Sexualität und Fortpflanzung und stellt das traditionelle Familienmodell infrage. Gleichgeschlechtlichen Partnerschaften steht der Weg zur Reproduktion nun ebenso offen wie in traditioneller Sicht unfruchtbaren Paaren.

Wie geht es angesichts der Reproduktionsmedizin mit der traditionellen Familie weiter? War nicht schon Maria Leihmutter, mit dem Heiligen Geist als Samenspende und Joseph als sozialem Vater? Der Blick auf das Urbild der Familie zeigt, dass unsere ärztliche Tätigkeit eher eine kulturwissenschaftliche als eine naturwissenschaftliche ist, er zeigt, dass die Fragen, die die Reproduktionsmedizin aufwirft, doch eher in ihrem soziokulturellen Zusammenhang denn in dem der medizinischen Möglichkeiten gesehen werden müssen. Die Lektüre kann allen Pädiatern nur nachdrücklich empfohlen werden und bestärkt im Sinne einer "pränatalen Prävention" die Notwendigkeit, den Dialog mit den Gynäkologen zu suchen, um nicht am Ende nur mit einem Ergebnis konfrontiert zu werden.

Stephan Heinrich Nolte, Marburg
shnol@t-online.de

Red: ReH

Fortbildungsveranstaltung der GSK-Impfakademie in Zusammenarbeit mit dem BVKJ Landesverband Sachsen

Aktuelle Daten zu wichtigen pädiatrischen Impfungen

Die Themen Impfungen und Impfquoten standen im Fokus des '8. Jahreskongress Pädiatrie', der am 28. und 29. November 2014 in Leipzig stattfand. Besprochen wurden unter anderem Wissenswertes zur HPV- und Influenza-Impfung, die Entwicklung der Rotavirus-Impfung seit der STIKO-Empfehlung sowie die Varizellen-Impfquoten nach der STIKO-Aufforderung, die erste Dosis der MMR/V-Impfung getrennt zu geben.

Im Juli 2013 empfahl die STIKO die Schluckimpfung gegen Rotaviren (RV) als Standardimpfung für alle Kinder unter sechs Monaten, um die hohe Anzahl an Hospitalisierungen zu verringern. Bislang wurden jährlich etwa 20 000 Kinder unter fünf Jahren aufgrund schwerer Gastroenteritiden durch Rotaviren (RVGE) eingewiesen. Seit im Jahr 2006 der erste der beiden Rotavirus-Impfstoffe (Rotarix®) zugelassen wurde, stiegen die Impfquoten langsam aber kontinuierlich von 10 % auf 33 % im Jahr 2013. Mit der Empfehlung erhöhte sich die Impfquote noch im gleichen Jahr um 10 % auf 44 %. Inzwischen liegt sie bei durchschnittlich 70 % bundesweit. Allerdings weisen einzelne Bundesländer wie Hessen und Bremen mit < 50 % deutlich geringere Impfquoten auf (Datenstand Sept. 2014). Positiv ist, dass sich die gemeldeten Rotaviren-Infektionen in Deutschland innerhalb eines Jahres um 34,1% verringerten. Dem rückläufigen Trend stehen nur wenige Bundesländer mit steigenden Infektionszahlen entgegen (Hessen, Saarland).

HPV-Impfung: Licht am Ende des Tunnels

In Deutschland sind seit einigen Jahren zwei HPV-Impfstoffe verfügbar. Dennoch

werden jedes Jahr rund 4600 neu aufgetretene Fälle an Zervixkarzinomen gemeldet, etwa 1500 Frauen versterben daran. Andere Länder wie Schottland erreichten mit dem HPV-16/-18-Impfstoff (Cervarix®) im Rahmen von Impfprogrammen längst hohe Impfquoten und eine entsprechend verringerte Neuerkrankungsrate. Hierzulande betrug die kumulierte HPV-Impfquote im Jahr 2013 für 12- bis 17-jährige Mädchen lediglich 39 %. Dabei zeigen östliche Bundesländer wie Sachsen oder Brandenburg (48 % bzw. 45 %) höhere Impfquoten, im Vergleich etwa zu Bayern oder Baden-Württemberg (jeweils 34 %). Die STIKO hat darauf reagiert und empfiehlt seit August 2014 die Impfung gegen die HPV-Typen 16 und 18 bereits für alle Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren nach einem 2-Dosen-Schema. Impfungen in späterem Alter sollten mit drei Impfdosen erfolgen.

Influenza: bei Kindern unterschätzt

Die Influenza ist nicht nur eine Atemwegserkrankung, sondern kann eine Reihe weiterer Symptome und Komplikationen auslösen. Bei etwa 15 – 50 % der Fälle entwickelt sich eine schwere Otitis media,

zudem können Myokarditis, Pneumonie oder eine akute Enzephalopathie auftreten. Influenza-assoziierte Todesfälle sind ebenfalls beschrieben (0,9 je 100 000 Kinder). Sie betreffen, ebenso wie Hospitalisierungen, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder. „Laut Daten des Robert Koch-Institut werden deutlich mehr Kinder als Senioren stationär behandelt. Allerdings besteht für Senioren eine Impfempfehlung, für Kleinkinder nicht“, erklärte Prof. Markus Knuf, Wiesbaden. Er verwies darauf, dass vor allem Kinder die Influenza-Infektion in der Bevölkerung. Daher sollten Präventionsmaßnahmen auch in dieser Altersgruppe ansetzen.

Zur Impfung kleiner Kinder von zwei bis sechs Jahren rät die STIKO, bevorzugt einen attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) zu verwenden. Knuf plädierte für quadrivalente Influenza-Impfstoffe (QIV), welche zwei Influenza-A- und zwei -B-Subtypen enthalten (beispielsweise Influsplit® Tetra). Eine aktuelle Studie belegt eine gute klinische Wirksamkeit (74 %) bei milder bis moderat-schwerer Influenza bei Kindern zwischen drei und acht Jahren (Jain VK et al NEJM 2014).

*Dr. Marion Hofmann-Aßmus,
Fürstenfeldbruck*

ADHS-Therapie am Übergang zum Erwachsenenalter

Individualisierte Therapie für die Transitionsphase

An der Schwelle zum Erwachsenwerden ist die medikamentöse Behandlung von Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine besondere Herausforderung. Durch die Optimierung der Dosis von Methylphenidat (Medikinet® und Medikinet® retard) kann die ADHS-Therapie bedarfsgerecht intensiviert werden. Als 2nd-line Therapieoption steht nun auch Dexamfetamin (Attentin®) zur Verfügung, das rasch anflutet und flexibel dosiert werden kann.

ADHS ist eine chronische Erkrankung, die bei der Mehrheit der Betroffenen nicht mit dem Übergang zum Erwachsenenalter endet. Entsprechend stellt sich wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch bei ADHS die Frage, wie die medikamentöse Therapie in dieser Phase gestaltet werden kann, sodass der Patient trotz sich ändernder Lebensumstände jederzeit optimal versorgt ist.

Enger Kontakt zum Arzt ist essenziell

Die optimalen Strategien für die medikamentöse ADHS-Therapie während der Transition, wurden von ADHS-Experten bei der Jahrestagung 2014 des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) in Weimar diskutiert. „Ganz zentral ist, dass ein enger und vertrauensvoller Kontakt zum behandelnden Arzt auch während des Übergangs in das Erwachsenenalter erhalten bleibt, um Probleme frühzeitig erkennen und entsprechend reagieren zu können“, sagte Dr. med. Henrik Uebel, Leitender Oberarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum in Göttingen. Er betonte, dass die ADHS-Therapie in dieser Phase häufig angepasst werden müsse. Zum einen steigt bei vielen Patienten schon aufgrund des Wachstums der Stimulanzienbedarf, was Dosisanpassungen erforderlich machen kann. Zum anderen wollen Jugendliche und junge Erwachsene bei der ADHS-Therapie selbständiger agieren und insbesondere auch die Einnahme der Medikamente flexibel gestalten, um sie individuell auf ihren Alltag abzustimmen.

Goldstandard Methylphenidat: Nicht vorschnell wechseln!

Grundsätzlich sei Methylphenidat auch in der Transitionsphase als das ADHS-Medikament der ersten Wahl etabliert, betonte der Experte. Bei Patienten, die als Jugendliche plötzlich nicht mehr optimal ansprechen, sollte zunächst die Methylphenidatdosierung angepasst werden. „Solange sich die Symptome ver-

von Katecholaminen im synaptischen Spalt. Dexamphetamin wirkt auch auf den Katecholaminabbau und auf intrazelluläre Transportprozesse“, erläuterte Uebel.

Dexamfetamin: Individuell steuerbar in der Transition

So erreichen Ärzte mit Attentin® bei bis zu knapp 90 % der Jugendlichen, die auf Methylphenidat nicht angesprochen haben, eine effektive Symptomkontrolle.² Es ist seit 2011 in Deutschland erhältlich und jetzt auch für die 2nd-line-Therapie zugelassen. Ähnlich wie bei der Behandlung mit Methylphenidat wirkt Dexamfetamin gegen alle



bessern und unerwünschte Wirkungen in einem tolerierbaren Rahmen bleiben, ist die Dosiserhöhung die Strategie der Wahl“, so Uebel. Eine Behandlung mit Methylphenidat verbessert die Aufmerksamkeit und reduziert die Hyperaktivität sowie die Impulsivität in bis zu 84 % der Fälle.¹

Für die wenigen Patienten, die trotz Dosisanpassung nicht ausreichend auf Methylphenidat ansprechen, steht Dexamphetamin (Attentin®) als eine effektive 2nd-line-Therapie zur Verfügung. Dexamphetamin gehört auch zur Substanzklasse der Stimulanzien, hat aber ein anderes Wirkspektrum. „Methylphenidat erhöht in erster Linie die Konzentration

Hauptsymptome der ADHS.³

Gerade in der Transitionsphase ist Dexamfetamin eine gute 2nd-line Therapieoption. Denn die 5mg-Tablette erlaubt es, die Dosis in kleinen Schritten individuell zu variieren und so auf die jeweiligen Alltagsbedürfnisse abzustimmen.

Literatur

- 1 Fernández-Jaén A et. al.; Advances in Therapy 2009; 26(12)
- 2 European Medicines Agency; 22. Mai 2014; Assessment report EMA/353952/2014
- 3 Hodgkins P; Eur Child Adolesc Psychiatry 2012; 21:477-92

Nach Informationen von
Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co.
KG, Leimen

Der Heinrich Nestlé Wissenschaftspreis. Für einen guten Start ins Leben.

Nestlé unterstützt die Forschung und würdigt alle Erkenntnisse

Als Erfinder des Kindermehls setzte der Frankfurter Apotheker Heinrich Nestlé im Jahre 1867 einen Meilenstein für alle künftigen Säuglingsmilchnahrungen und die Kinder, die nicht gestillt werden können. Zum 200. Geburtstag von Heinrich Nestlé und im Gedenken an seine Leistungen wird erstmalig der Heinrich Nestlé Wissenschaftspreis ausgeschrieben. **Verliehen wird der Preis in den Fachgebieten Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie sowie Hebammenwesen.** Teilnehmen können sowohl Studentinnen und Studenten der genannten Fachrichtungen als auch Assistenzärzte, niedergelassene oder klinisch tätige Mediziner, Hebammen, Hebammenschülerinnen und -studentinnen. Die Arbeiten, die bereits veröffentlicht oder noch unveröffentlicht sein können, sollten in den letzten drei Jahren entstanden sein. Ein-

sendeschluss für alle drei Fachgebiete ist der 31.12.2015. Der Preis ist jeweils mit 10.000 Euro dotiert.

Intention

Die ersten 1000 Tage – von der Empfängnis bis etwa zum Alter von 2 Jahren – sind ein sensibles Zeitfenster. Während dieser prä- und postnatalen Phase wächst der kindliche Organismus schnell, die Rolle der Ernährung ist wichtiger als in jeder anderen Lebensperiode. Durch sie können die Gesundheit und das Risiko von Erkrankungen auch im späteren Leben entscheidend beeinflusst werden.

Details zur Einreichung

Das Themenspektrum der eingereichten wissenschaftlichen Arbeiten kann die Ernährung und Nährstoffzufuhr in den ersten 1000 (prä- und postnatalen) Tagen und deren kurz- und/oder langfristigen Wirkungen auf Wachstum, Ent-

wicklung und Gesundheit des Kindes umfassen.

Weitere Informationen zu Themen und zur Einreichung der Arbeiten unter: www.thieme.de/nestle-wissenschaftspreis (für Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie) www.hippokrates.de/nestle-wissenschaftspreis (für Hebammenwesen)

Das wissenschaftliche Komitee

Der wissenschaftliche Beirat des Nestlé Nutrition Instituts (NNI) wird alle Einreichungen sichten und bewerten. Er setzt sich aus fachkundigen und unabhängigen Experten der Geburtshilfe und Gynäkologie, der Perinatalogie, der Pädiatrie, dem Hebammenwesen sowie der Ernährungsmedizin und -wissenschaft zusammen.

Nestlé Nutrition Institute
Science for Better Nutrition

Nach Informationen von Nestlé Deutschland AG, Frankfurt

Gleicher Inhalt, gleiche Wirksamkeit – neuer Name: GeloMyrtol® heißt jetzt Myrtol®

Pohl-Boskamp hat die Markenbezeichnung seines Sekretolytikums GeloMyrtol®: In Zukunft wird es Myrtol® heißen. Genauso wie GeloMyrtol® enthält auch Myrtol® 120 Milligramm eines speziellen Destillats aus einer Mischung von rektifiziertem Eukalyptus-, rektifiziertem Süßorangen-, rektifiziertem Myrten- und rektifiziertem Zitronenöl pro Kapsel. Der Wirkstoff wird in Kurzform als ELOM-080 bezeichnet. Mit der Umbenennung will Pohl-Boskamp als Hersteller von GeloMyrtol® forte und Myrtol® für eine bessere Unterscheidbarkeit der beiden Präparate bei Ärzten und Apothekern sorgen. Die kleinere Kapselform bei Myrtol® eignet sich besonders für Kinder ab 6 Jahren und Menschen mit Schluckbeschwerden.

Myrtol® ist zur Behandlung der akuten und chronischen Sinusitis und Bron-

chitis zugelassen. Die in einer Vielzahl klinischer Studien nachgewiesene Wirksamkeit¹ wird insbesondere auf die signifikant verbesserte mukoziliäre Clearance der Atemwege zurückgeführt.^{1,2} Dazu hat Myrtol® antimikrobielle, antientzündliche und antioxidative Effekte.¹

Myrtol steht unter folgenden PZN zur Verfügung

| | |
|---------------------------|----------|
| Myrtol / N1 / 20 Kapseln | 10944713 |
| Myrtol / N2 / 50 Kapseln | 10944736 |
| Myrtol / N3 / 100 Kapseln | 10944742 |

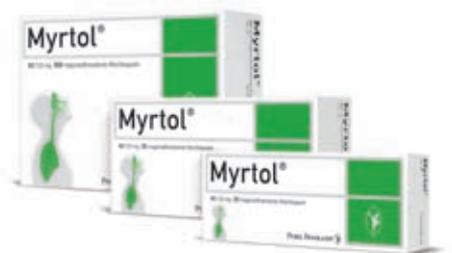
In einer Übergangsphase sind GeloMyrtol® und Myrtol® parallel im Verkehr.

In einer höheren Dosierung von 300 Milligramm pro Kapsel steht ELOM-080 in GeloMyrtol® forte zur Verfügung, das

für die gleichen Indikationen wie Myrtol® zugelassen ist.

Literatur

- 1 Wittig Th: Myrtol standardisiert – eine klinische Dokumentation, Ergebnisse-Verlag Hamburg, 2010
- 2 Lai Y et al.: In vitro studies of a distillate of rectified essential oils on sinonasal components of mucociliary clearance. Am J Rhinol Allergy 2014; 28: 244-248



Nach Informationen von Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

– Erste zugelassene Therapie für nmDMD –

PTC Therapeutics erhält die Zulassung in der Europäischen Union für Translarna™ zur Behandlung von Duchenne-Muskeldystrophie mit Nonsense-Mutation (nmDMD)

Auf der Neurowoche 2014 gab PTC Therapeutics Germany GmbH bekannt, dass die Europäische Kommission Translarna™ (Ataluren) zur Behandlung von Duchenne-Muskeldystrophie mit Nonsense-Mutation (nmDMD) bei gehfähigen Patienten im Alter von mindestens fünf Jahren die bedingte Marktzulassung (Conditional Approval) in der Europäischen Union (EU) erteilt hat. Zusammenfassend befand der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur, dass die Datenlage einen ausreichenden Nachweis erbracht hat, dass Translarna™ die Progression bei nmDMD-Patienten verlangsamen kann.¹ „Der spezifische Wirkmechanismus von Ataluren greift direkt in die gestörte Dystrophinbildung ein und ist somit ein kausaler Wirkansatz bei nmDMD“, erläuterte Prof. Dr. med. Janbernd Kirschner, Universitätsklinikum Freiburg. Die Duchenne-Muskeldystrophie ist die häufigste Ursache für eine Muskeldystrophie im Kindes- und Jugendalter (1:3.600–6.000 männliche Neugeborene).² „Da die Krankheit meist zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr zum Tod führt, benötigen Patienten und Ärzte dringend Therapieoptionen, die die Krankheitsprogredienz verlangsamen“, berichtete Univ.-Prof. Dr. med. Ulrike Schara, Universitätsklinikum Essen.

Die Marktzulassung ermöglicht PTC die Vermarktung von Translarna™ in den 28 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums, Island, Liechtenstein und Norwegen. PTC ist im Rahmen der bedingten Marktzulassung verpflichtet, seine konfirmatorische Phase-3-Studie [Ataluren Confirmatory Trial DMD (ACT DMD)] in nmDMD abzuschließen, um zusätzliche Studiendaten zur Wirksamkeit und Sicherheit vorzulegen.

Die Zulassung beruht auf den Sicherheits- und Wirksamkeitsergebnissen einer randomisierten, doppelblinden, multizentrischen, 48-wöchigen Studie mit 174 nmDMD-Patienten³ sowie zusätzlichen retrospektiven Analysen von Studiendaten. Primärer Studienendpunkt war die Wirkung von Ataluren auf die Gehfähigkeit: Beurteilt wurde die Veränderung der zurückgelegten Gehstrecke mittels der „Sechs-Minuten-Gehstrecke“ („six-minute walk distance“, 6MWD) während des „Sechs-Minuten-Gehtests“ („six-minute walk test“, 6MWT). Das Ergebnis der post-hoc-Analyse: Bei Patienten, die Ataluren dreimal täglich in einer Gesamt-

dosierung von 40 mg/kg/Tag erhielten, nahm die durchschnittliche Gehstrecke in der 6MWD nach 48 Wochen im Vergleich zur Baseline nur um 12,8 Meter ab – im Vergleich zu einer durchschnittlichen Verschlechterung der Gehstrecke um 44,1 Meter bei den Patienten mit Placeboeinnahme. Damit war die durchschnittliche Gehstrecke in der 6MWD in der Ataluren-Gruppe nach 48 Wochen im Vergleich zur Baseline um 31,3 Meter besser als bei Patienten in der Placebo-Gruppe ($p=0,056$). Noch deutlicher war der Unterschied bei stärker betroffenen Patienten, deren Baseline-Gehstrecke in der 6MWD weniger als 350 Meter betrug: In der Ataluren-Gruppe verloren diese Patienten durchschnittlich 68 Meter weniger Gehstrecke in der 6MWD als die Placebogruppe (Baseline vs. Woche 48). Ataluren-Patienten zeigten außerdem eine langsamere Verschlechterungsrate beim Gehen – so das Resultat einer Analyse, die untersuchte, wie viel Zeit bis zu einer zehnpromtigen Gehstreckenreduktion in der 6MWD verging. Zusammenfassend befand der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur, dass die Datenlage einen ausreichenden Nachweis erbracht

hat, dass Translarna™ die Progression bei nmDMD-Patienten verlangsamen kann.

Basierend auf einer retrospektiven Analyse schnitten Patienten, die die Behandlung erhielten, außerdem bei den sekundären Endpunkten wie Zeit-Funktionstests zum Hinauf- und Hinabsteigen von Treppen besser ab³, was vom Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur ebenfalls als Hinweis auf eine Verlangsamung der nmDMD-Progression im Vergleich zu Placebo befunden wurde. Die Ergebnisse zur Arzneimittelsicherheit⁴ zeigten, dass Translarna™ im Allgemeinen gut vertragen wurde. Ernsthafte Nebenwirkungen waren selten und wurden nicht mit der Verabreichung von Translarna™ assoziiert. Die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen bei der empfohlenen Dosis waren Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen. Diese unerwünschten Nebenwirkungen erforderten im Allgemeinen kein ärztliches Eingreifen, und keiner der Patienten setzte Translarna™ aufgrund einer unerwünschten Nebenwirkung ab.

Nach Informationen von
PTC Therapeutics Germany, Frankfurt

Kimberly-Clark als Kategorietreiber: DryNites® Nachthöschen auf Wachstumskurs

Spannende Tage, ruhige Nächte

Inkontinenzprodukte stellen Handel und Hersteller vor ganz eigene Herausforderungen. Sie drehen in der Regel langsamer und richten sich an eine sehr spitze Zielgruppe. Wie man es dennoch schafft, ein Tabuthema charmant aus der dunklen Ecke zu holen und aktive Aufklärungsarbeit zu leisten, zeigt Kimberly-Clark mit der aktuellen Marketing-Offensive für die DryNites® Pyjamahöschen. TV Spots, breite Online Präsenz auf Familien- und Medizinportalen und gezielte Multiplikatoren Aktivierung helfen betroffenen Familien, das Krankheitsbild als solches zu erkennen und bieten Verbraucherbindung durch Aufklärung und gratis Musterbestellung. So wächst DryNites® innerhalb der Kategorie um starke 30 Prozent im Gesamtjahr 2014.

Im Alter von vier Jahren sind die meisten Kinder tagsüber und nachts zuverlässig trocken – wer ab dem vollendeten fünften Lebensjahr mehr als zwei mal monatlich nachts einnässt, gilt laut Definition der WHO als Bettnässer und hat damit eine behandlungsbedürftige Krankheit. Nicht jeder weiß: Sogar jedes fünfte Kind im einschulfähigen Alter leidet unter Enuresis, der medizinische Fachbegriff für Bettnässen. Dieses Krankheitsbild birgt Stress, Überforderung und oftmals Hilflosigkeit. Die richtige Therapie und das Gespräch mit Ärzten und Fachleuten ist der entscheidende Punkt – bis diese gefunden ist, helfen DryNites® Pyjamahöschen, trocken durch die Nacht zukommen. Diese Form der Hilfestellung für betroffene Familien betont Kimberly-Clark in seiner aktuellen Kampagne. Denn tatsächlich scheuen viele Eltern den Einsatz von Pyjamahöschen, weil sie dem Vorurteil glauben schenken, dass mache die Entwöhnung von der Windel schwer. Das ist falsch – Bettnässen kann nicht im klassischen Sinn aberzogen werden, ist aber therapierbar. DryNites® Pyjamahöschen sind speziell für Kinder mit diesem Krankheitsbild entwickelt und damit nicht zu vergleichen mit herkömmlichen Windeln. So ähnelt das Design einer Unterhose und sie sind deutlich saugfähiger und knistern weniger. DryNites® gibt es in verschiedenen Größen – für Kinder bis sieben Jahre und für Kinder von 8-15. Die elastischen Seitenteile sorgen für guten Halt, angepasst an die Anatomie des Kindes, und bieten hohen Auslaufschutz. Ganz wichtig: Das An- und Ausziehen funktioniert genau wie bei Unterwäsche – so sind Klassenfahrten oder Über-



nachtungen bei Freunden für betroffene Kinder kein Problem mehr.

Medizinisch notwendig – DryNites® auf Rezept

DryNites® Pyjamahöschen sind nicht nur von Urologen und Fachleuten empfohlen – sie sind auch über das Hilfsmittelbudget abgedeckt, können also über ein Rezept in der Apotheke erworben werden und sind damit kostenfrei für die Familien (bei gesetzlich Versicherten). Im Handel sind die Pyjamahöschen auch nicht mehr weg zu denken und haben ihren festen Platz gefunden. Mit einem UVP

von 8,99 Euro und begleitet durch breite Werbe- und PR Maßnahmen in zielgruppenaffinen Medienformaten sorgen sie für wachsende Probier- und Impulskäufe und überzeugen ihre Verwender so sehr, dass die Mehrheit dabei bleibt.

DryNites® unterstützt die Initiative Trockene Nacht

Aufklärung, Unterstützung und Rat – das brauchen betroffene Familien. Gemeinsam mit der ‚Initiative Trockene Nacht‘ möchte DryNites® aktive Hilfe leisten und dazu beitragen, das Thema Bettnässen aus der Tabu-Ecke zu holen. Dafür arbeitet DryNites® eng mit der Initiative zusammen. Gemeinsam entwickeln beide Partner zum Beispiel Themenabende für Kindergärten oder Info-Broschüren, denn Aufklärungsarbeit ist wichtigster Bestandteil der Enttabuisierung.

„Die Zusammenarbeit mit der ‚Initiative Trockene Nacht‘ ist für uns Herzensangelegenheit“, sagt Petra Ahlendorf, Marketing Manager Kimberly-Clark, „das Thema Bettnässen ist mit so vielen falschen Vorurteilen belastet und Tabus besetzt, dass es Institutionen wie die ‚Initiative Trockene Nacht‘ braucht, um mehr Offenheit zu wagen und wichtige Aufklärungsarbeit zu leisten“, so Ahlendorf weiter. Zukünftig möchte man bei DryNites® auch bewusst noch engeren Dialog mit den Verbrauchern suchen – „Direktes Feedback ermöglicht es uns, Produkte und Lösungen anzubieten, mit denen betroffenen Familien wirklich geholfen wird“, sagt Petra Ahlendorf.

Nach Informationen von Kimberly-Clark, Mainz

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

E-Mail: ul.fe@t-online.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.kinderaezte-im-netz.de und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.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@dkg-wiesbaden.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-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