

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 11/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Honorarentwicklung der
Kinder- und Jugendärzte
in 2018

Fortbildung

Schonende Strahlen-
therapie für Kinder

Forum

Kinderarmut
in Deutschland

Magazin

Späterer Schulstart –
bessere Leistungen?

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

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

INHALT 11 | 2019

Berufsfragen

Honorarentwicklung 2018 // Reinhard Bartzky	677
Mein Tag in einer pädiatrischen Einzelpraxis // Michael Gilbert	682
Wie ist die Situation in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin einzuschätzen? // Susan Selch	686
Berlin- Assistenten Kongress 2019 // Ronald G. Schmid	694
BVKJ DV 2019- Vier Ausschüsse (Tätigkeitsberichte)	696-699
Welchen Versicherungsschutz benötigt man in der Praxis // Markus Schon	700
Aus der BVKJ-Service GmbH – Neues Innovationsprojekt	704
Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten in Klinik und Praxis // Juliane Netzer-Nawrocki	705
Bericht aus der Delegiertenversammlung // Karin Geitmann	708
Neues aus dem Bundestag und der Selbstverwaltung // Kathrin Jackel-Neusser	710

Fortbildung

Rolle der modernen Strahlen- und Protonentherapie für Tumoren des Kinder- und Jugendalters // Beate Timmermann	714
Herausforderungen der Kinderernährung in Afrika // Michael B. Krawinkel	721
Die neuen STIKO Impfpfehlungen 2019/2020 // Ulrich Heininger	724
Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler	728
consilium: Anwendung des Zoster-Impfstoffes bei Kindern mit Herpes Zoster? // Ulrich Heininger	732
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	734

Forum

5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung // Wolfram Hartmann	736
BMFSFJ spricht Kinder direkt an // Wolfram Hartmann	739
Aus der DGAAP - Kein Signal darf verloren gehen!	740
Verabschiedung Dr. Hoffmann // Sigrid Peter	741
Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen jetzt unterstützt werden // Wolfram Hartmann	742
Das Konzept des Kinder- und Jugendhilfereports // Wolfram Hartmann	744



Wider das Morgengrauen

S. 749

Magazin

Wider das Morgengrauen // Felix Berth	749
Auf gute Zusammenarbeit – Daniela Ludwig ist die neue Drogenbeauftragte // Christa Becker	751
Zahlen, Daten, Fakten // Christa Becker	752
Buchtipps	753

Mitteilungen aus dem Verband

Vorstand des BVKJ ab 01.11.2019	754
Personalien	755, 756
Fortbildungstermine des BVKJ	757

Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ	759
----------------------------	-----

Impressum	680
-----------	-----

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

Titelbild: © Kzenon - stock.adobe.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe ist eine Beilage der Aspen Germany GmbH beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Der Honorarausschuss informiert

Honorarentwicklung 2018

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Honorarausschuss verfügt aufgrund der Meldungen Ihrer Honorarbeauftragten über die „Zahlen“ aus den einzelnen KVen. Diese sind jetzt für das Jahr 2018 da. Mit dieser Erhebung sind wir den Veröffentlichungen des Zentralsystems (KBV/ZI) etwa zwei Jahre voraus.



Dr. Bartezky

Fallzahlsteigerung

Beeindruckender Weise nehmen die Fallzahlen weiter zu. Erstmals seit Jahren ist es allerdings im 3. Quartal (schöner Sommer) zu einer Verringerung der Fallzahlen gekommen. Die unveränderte Zunahme ist im Hinblick auf folgende Faktoren besonders bemerkenswert: Weiterhin zunehmende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die in Anstellung arbeiten, zunehmende Anzahl von Praxen mit geteilten Tätigkeitsumfängen und weiterhin zunehmende Anzahl von Sitzen, die in die Hände von Kapitalgesellschaften

geraten. Alles Faktoren, die nachweislich für geringere Fallzahlen sorgen. Wenn die Fallzahlen also weiter steigen, bedeutet dies, dass die die „ganz normal“ arbeiten, umso mehr im Hamsterrad stehen. [Abb. 1-4]

Im Mittel behandelte ein niedergelassener Pädiater 2018 wieder 50 Patienten mehr als 2017. In den meisten KV-Regionen geschieht dies trotz Honorardeckelung! Die rote Linie in Abb. 5 ist die lineare Ausgleichsgerade. Bei Berücksichtigung lediglich der Jahre ab 2010 würde diese viel steiler eingezeichnet werden müssen.

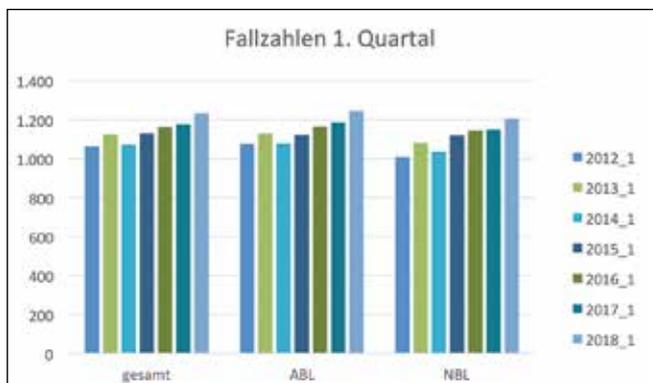


Abb. 1

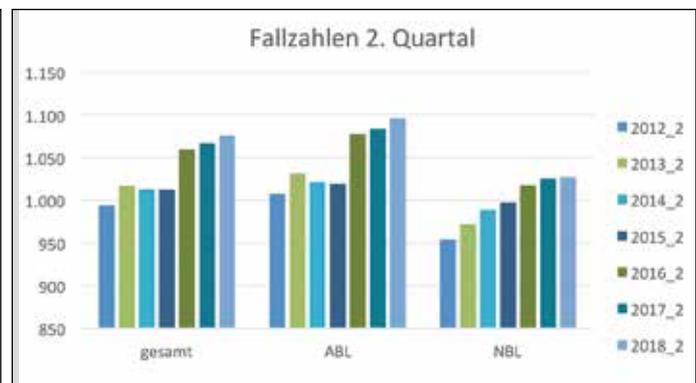


Abb. 2

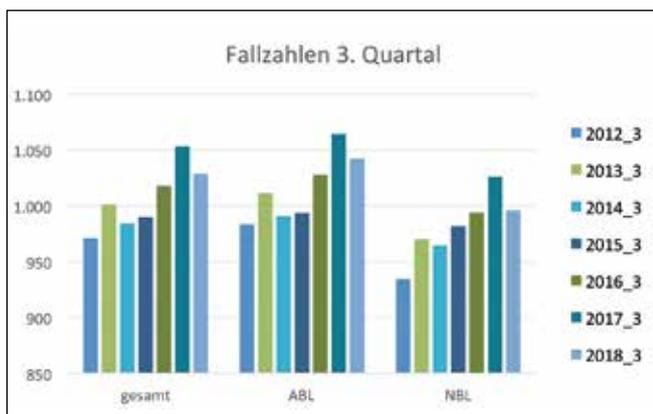


Abb. 3

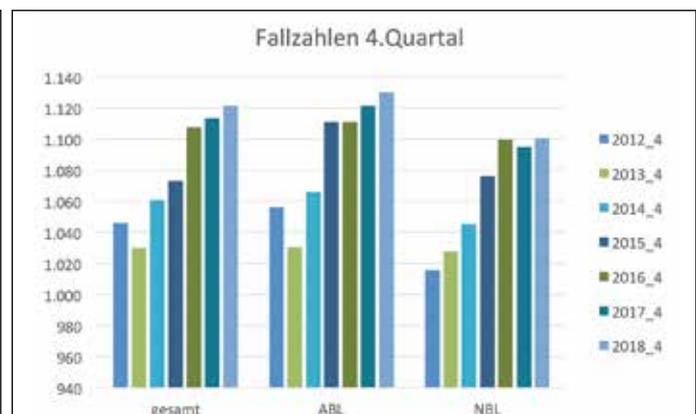


Abb. 4

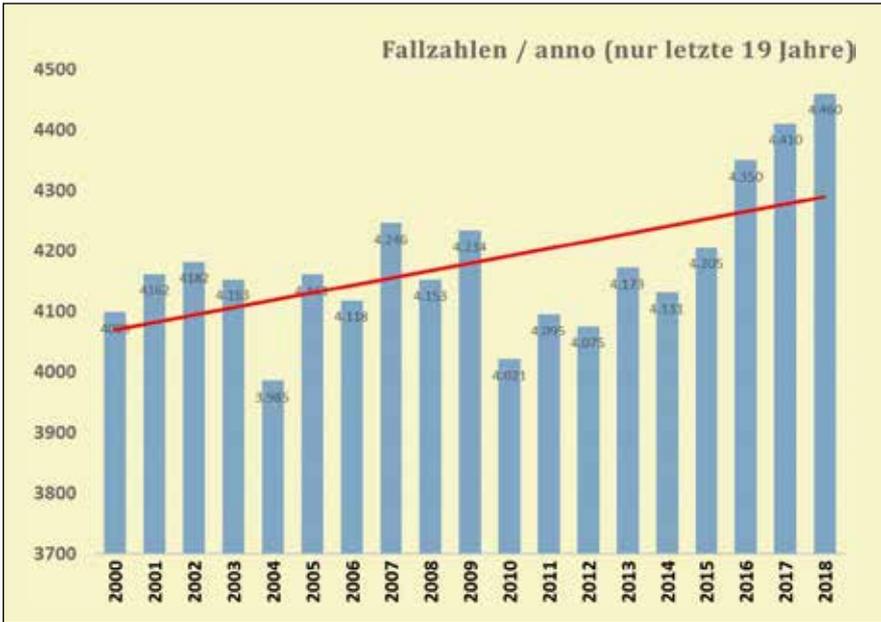


Abb. 5



Abb. 6

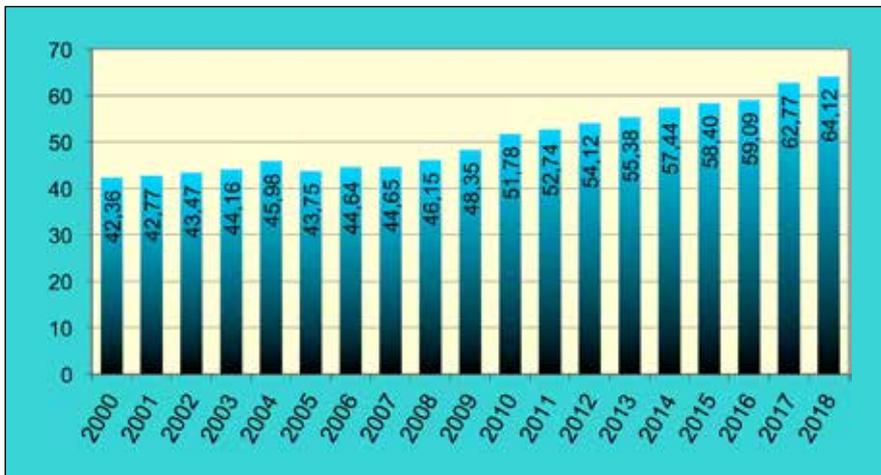


Abb. 7

Entwicklung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte

2018 zählt die KBV 6.776 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte. 40% davon arbeiten in Berufsausübungsgemeinschaften; 8% in MVZs; also knapp über die Hälfte ist noch in der Einzelpraxis tätig. Lag 2008 das Durchschnittsalter der Kinder- und Jugendärzte noch bei 51,3 Jahren, so berechnet sich selbiges 2018 bereits auf 52,7 Jahre. Waren 2008 noch 17,4% von uns 60 Jahre und älter, so sind es 2018: 24,7%!

Die beschriebenen Trends zeigen deutlich, wie wichtig es in Zukunft wird, junge Kinder- und Jugendärzte in die Niederlassung zu bekommen. Dies muss auch weiterhin der Politik vor Augen gehalten werden: Die Anzahl der Medizinstudienplätze nimmt bei zunehmender Bevölkerung ab, die Bedarfsplanung schafft keine gegenfinanzierten Arztstühle. Dies führt zwangsläufig in eine Versorgungskrise.

Behandlungsfälle (GKV) der Kinder- und Jugendärzte

In Bremen und Hamburg ist die Fallzahlzunahme zum Stillstand gekommen, nicht so im dritten Stadtstaat Berlin [Abb. 6]. Interessant – aber woran liegt das? Vielleicht gibt es in den Ballungszentren insgesamt mehr Medizinisches Angebot?

Auch die pädiatrische Niederlassung wird weiblicher. Waren 2008 noch 46,8% der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte weiblich, so sind es 2018 54,5%.

Fallwerte aus GKV-Tätigkeit

Die durchschnittlich erzielten Fallwerte (NB: Selektivverträge finden hier keine Berücksichtigung!) nehmen trotz steigender Fallzahlen weiter zu. Die Steigerung des Orientierungspunktwertes betrug von 2017 zu 2018 nur 1,18% und der EBM blieb der gleiche. Der Anstieg des Fallwertes um 2,1% im selben Zeitraum ist nur durch eine weiter steigende

Leistungsmenge pro Patient (bei steigenden Fallzahlen) zu erklären [Abb.7+8].

Dass bei steigenden Fallzahlen und steigendem Fallwert (also erheblicher Mehrarbeit) wenigstens der Umsatz steigt, ist selbsterklärend (2017 auf 2018: +2,7%). Nun sind auch die Kosten (Miete, Gehälter) in den Praxen gestiegen, so dass diese leicht gestiegenen Umsätze (die sich regional sehr unterschiedlich darstellen) nicht Ihren Gewinn darstellen – abziehen sind die Inflation 2018: 1,8%, der Anstieg der Gewerbemieten: 2018: 5,64% und die steigenden MFA-Gehälter 2018 durchschnittlich +2,5%.

Der Vergleich mit den ZIPP-Daten [Abb. 10] (beruhend auf den Daten der KVen und der Steuerberater, aber eben immer erst 2 bis 3 Jahre später) zeigt ein leicht ansteigendes Delta. Die vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen (ZI) herausgegebenen Daten berücksichtigen neben den GKV-Einnahmen auch Erlöse aus PKV, Selektivverträgen, BG und Gutachtertätigkeit. Quantitativ spielen die Einnahmen aus BG und Gutachtertätigkeit keine nennenswerte Rolle.

PKV-Bereich

Im PKV-Bereich wird es immer schwieriger steigende Umsätze zu generieren, da die Anzahl PKV-versicherter Kinder leicht rückläufig ist [siehe Abb. 11]. Immerhin wurden 2018 (ZI) mit 10,4% der Patienten 16,3% der Umsätze generiert [Abb. 12]. Dabei steigt wenigstens die Anzahl der Beihilfe versicherten Kinder – ein bemerkenswertes Phänomen, da die Gesamtanzahl der Beihilfe-Versicherten (über alle Altersklassen) nicht in diesem Ausmaß ansteigt.

Das zunehmende Delta aus Abbildung 10 beruht auch auf den nicht unerheblichen Einnahmen, die aus den Selektivverträgen generiert werden [Abb. 13]. Hier ist kritisch anzumerken, dass die bundesweiten Verträge stagnieren und der erfreulich positive Gesamttrend zu einem großen Teil auf den Einnahmen aus dem baden-württembergischen Vollversorgungsvertrag beruht. Dies sollte Ansporn sein, weitere Vollversorgungsverträge abzuschließen.



Abb. 8



Abb. 9

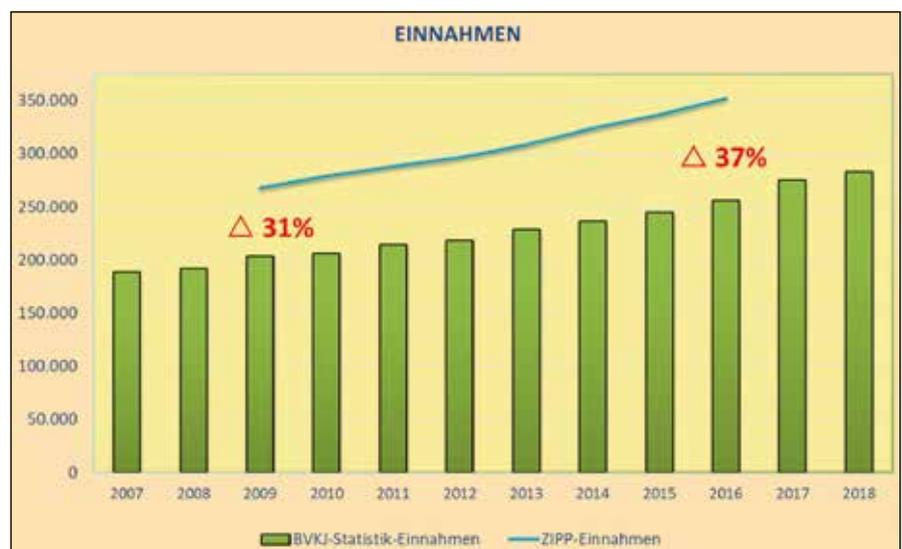


Abb. 10

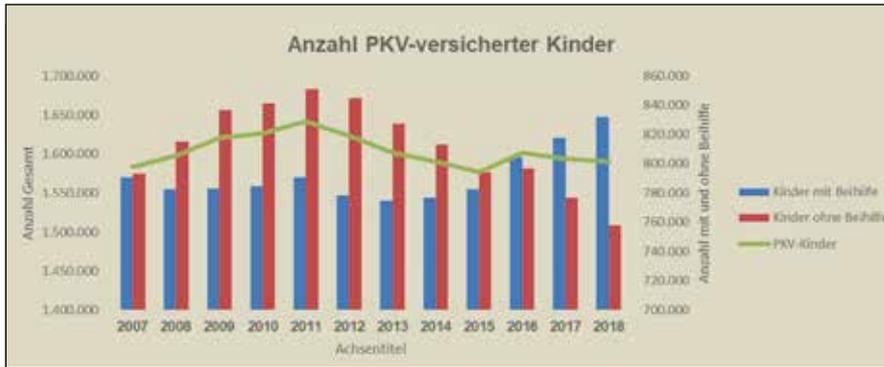


Abb. 11

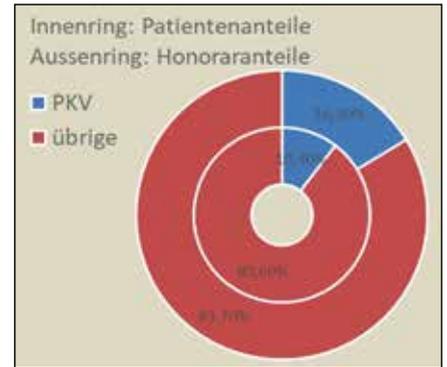


Abb. 12



Abb. 13

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzeky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartzeky.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221)68909-34, andreas.plate@uminf.de

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Lilienconstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wil-

helmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

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

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck). Druckauflage 12.393 lt. IVW III 2019

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552

Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – Anzeigen: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – Redaktionsorganisation: Petra Tristram, Tel.: (0201) 8130-309, Fax: (0201) 8130-412, E-Mail: tristram@verlag-beleke.de – Layout: Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – Druck: Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.

Anzeigenpreisliste: Nr. 53 vom 1. Oktober 2019

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

Mein Tag in einer pädiatrischen Einzelpraxis

Zu mir: Michael Gilbert. Seit mehr als dreißig Jahren Arzt. Nach zwei Jahren Chirurgie und zweieinhalb Jahren Innere Medizin Wechsel in die Kinderklinik. Facharztanerkennung. Einige Jahre in Oberarztfunktion auf der Kinder- und Frühchenintensiv. Dann mit viel Unsicherheit Wechsel in die Praxis. Erwerb der Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin und Manuelle Medizin. 60 Jahre alt, verheiratet, vier inzwischen erwachsene Kinder.



Dr.med. Michael Gilbert

Sommerferien. Die Schulen sind dicht, die Kitas wechselnd auch. Viele Familien sind nicht da. Und da das Wetter mitspielt – nicht so heiß wie 2018, trotzdem gut, geht es auch in meiner Praxis erkennbar ruhiger zu. Obwohl: da die Kolleginnen und Kollegen um mich herum schulpflichtige Kinder haben – ich nicht – halte ich immer die Stellung. Was auch bedeutet, immer wieder „fremde“ Patienten zu sehen. Von einem solchen Sommerferientag in meiner Einzelpraxis in einer Kleinstadt (ca. 30.000 Einwohner) in der Übergangsregion Münsterland/Ruhrgebiet werde ich im Folgenden berichten.

So beginnt mein Tag

Seit unglaublichen zwanzig Jahren bin ich hier. In einer Einzelpraxis mit viel Arbeit, vielen netten und manchmal auch nervigen Patienten und deren Eltern, mit einem tollen Team, das mir viele nichtmedizinische Dinge abnimmt. Aber zurück zum heutigen Tag.

Erst einmal große Entspannung: während ich normalerweise immer um mein Leben bange, wenn ich auf meinem Weg mit dem Rad zur Praxis an einer Schule

und einem Kindergarten vorbei muss und mich an den Kindertaxis, die am liebsten die Sprößlinge bis in den Gruppenraum oder die Klasse (die Kinder könnten ja nass werden!!) bringen würden, vorbeischlängele, ist es zur Zeit sehr entspannt. Schul- und Kitaferien – genial. Und vor meiner Praxis sogar noch ein freier Parkplatz. Heute ist mein Tag!

8.00 Uhr. Mein Arbeitstag beginnt.

Eine meiner MFA's ist schon länger da. Um halb acht wird der Anrufbeantworter ausgestellt. Im Winter hat, wenn ich komme, diejenige, die telefoniert, schon oft heiße Ohren, jetzt geht es. „Haben Sie das Calprotectin gesehen?“ Da auch gestern ein ganz guter Tag war, kam das entsprechende Fax erst, als ich schon auf der Terrasse ein schönes Weizenbier getrunken habe. „Fast 5000!“ – Hatte ich schon befürchtet. Eine „Vertretungspatientin“ mit schwerer Proktitis, die auf die übliche Therapie nicht anspricht. Am Tag zuvor hatte ich schon mit dem Kinderchirurgen der nahegelegenen Uniklinik gesprochen und verabredet, dass bei unauffälligem Calprotectin primär er, bei auffälligem doch eher die Gastroenterologen der Kinderklinik das Mädchen sehen sollten. Nun denn. Vor allem anderen, die Familie anrufen, berichten, dass es sich nach Verlauf und Labor doch wohl um ein größeres Problem handeln dürfte. Und einen Termin mit den Gastroenterologen abgemacht.

Inzwischen sind wir vollzählig: nach Möglichkeit immer drei MFA's und eben ich.

Jetzt konzentriere ich mich auf die Patienten

1. Blutentnahmen und akute Erkrankungen

„Wo gehe ich zuerst hin?“. Unsere Zimmer sind benannt nach den Türzargen (rot, gelb) oder Sono (hier sind alle Funk-

tionen wie Lufu, Ekg, Tonschwelle, Sehteste und eben Sono untergebracht) oder Infekt (der Raum mit einem getrennten Eingang für Kinder mit unklaren Ausschlägen o.ä).

„Zuerst nach rot – der Kleine hat so viel Angst“. Geplante Blutentnahme unter erst kürzlich begonnener MTX-Therapie. Versuch, etwas beruhigend auf den Jungen einzugehen, aber doch möglichst zügig die Blutentnahme zu machen. Ging gut – und er war anschließend doch in der Lage zu äußern „war gar nicht so schlimm“.

Einschub: Ich mache alle Blutentnahmen und Injektionen bei kleinen Kindern selbst – kann man drüber streiten. Hat sich aber bei uns bewährt. Bei Größeren – vor allem auch, damit die Auszubildenden es lernen – bespreche ich es immer mit ihnen. Da ich ja weiß, wen ich frage, sage dann nahezu alle „ist schon ok“.

Noch zwei MTX-Kinder, eines wegen JCA mit leider rezidivierender schwerer Uveitis – wird nun wohl auf Humira umgestellt –, das andere wegen Psoriasis. „Alte Hasen“ – kein Problem.

In den nächsten Zimmern bestellte Regelmessungen.

In den Wintermonaten waren dann schon die Kinder mit nächtlichen Ohrenschmerzen, hohem Fieber – meine gebetsmühlenartige Anmerkung, dass Fieber an sich kein Problem ist, braucht meist doch ein paar Jahre bis es wirkt – oder von der Kita zurückgeschickten Kindern (manche Kitas scheinen zu glauben, dass wir in einem Ebola-Hochrisikogebiet leben) schon dazwischen geschoben – aber: wir haben ja Sommer.

Noch einmal Blut abnehmen: Mädchen mit kompliziertem nephrotischen Syndrom. Akut Rezidiv unter Ciclosporin A und Mycophenolat – Kontrolle des Cyclosporinspiegels vor erneuter Cortisontherapie.

Jetzt zu einer 15-jährigen Jugendlichen. In den letzten Wochen – die Familie war im Urlaub – hatte sich das Mädchen gar nicht wohl gefühlt, irgendwie schlapp und immer wieder heftige Schmerzen, vor allem im Nacken. Da sie unter einer nicht unerheblichen Skoliose leidet und immer wieder von osteopathischen Behandlungen (natürlich hat sie regelmäßig KG und ist orthopädisch angebunden) profitiert hatte, suchte die Mutter sowohl am Urlaubsort und dann auch zu Hause entsprechende Therapeuten auf – allerdings diesmal ohne Erfolg. Der Blick in den Hals: klassischer Peritonsillarabszess (noch am selben Tag Op in der HNO-Klinik der benachbarten Uniklinik – es geht ihr jetzt gut).

Einige Kinder nun mit banalen Infekten. Ein fünfjähriges Vertretungskind mit anhaltendem Husten. Mehr als fünf Wochen. Ich richte mich – neben meinem zugegeben nicht Evidence-based – Bauchgefühl – nach dem alten Leitsatz: mehr als fünf Wochen Husten – und Du hörst nichts – Versuch 'mal Cortison! Mehr als fünf Wochen Husten und Du hörst 'was – Antibiose im Sinne einer protrahierten bakteriellen Bronchitis. Mit der Mutter so besprochen. Amoxicillin. (Bei der Kontrolle eine Woche später: Kind und Mutter zufrieden; Amoxicillin für insgesamt 14 Tage)

Zwei Kinder zur Hyposensibilisierung. Eine Zecke – am Augenlid. Ging gut raus.

2. Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Nun beginnt unser Vorsorgenblock. Gott sei Dank, die meisten Kinder gesund. Bei einer U3 eine Ila – Hüfte. Früher habe ich diese erst selbst kontrolliert, inzwischen schicke ich alle Kinder mit einem alpha-Winkel unterhalb von 57 Grad zu einem befreundeten und kompetenten Orthopäden (Schonung meiner eigenen Ressourcen). Ein Kind aus einer syrischen Flüchtlingsfamilie – kognitiv ziemlich fit – mit allerdings noch erheblichen Problemen in der deutschen Sprache, was sowohl Artikulation, wie Wortschatz, wie Grammatik betrifft, schicke ich zur Logopädie, wohl wissend, dass dies nicht unbedingt in den Aufgabenbereich der GKV gehört, aber die Schule im nächsten Jahr droht, und spätestens die Schulärztin wird mir einen Zettel mit Empfehlung zur Logopädie zukommen lassen. Ein Jahr später zur Schule? – Politisch ein Unding.

U7 bei einem Mädchen mit distal betonter, letztlich durch viele Stellen (Neuropädiater- Neuro-Orthopäde- Orthopäde-Humangenetiker) ursächlich nicht einzugrenzender Bewegungsstörung. Keine Muskeleigenreflexe distal der Adduktorenreflexe -nahezu fehlende Spontanmotorik von Knien abwärts, palpatrisch kein richtiges Muskelgewebe, keine Spastik, teilweise korrigierte Fußfehlstellungen. Eltern sehr engagiert, motiviert, aber auch realistisch. Hauptfrage: wird ihre Tochter laufen lernen – müssen wir das Haus rollstuhlgerecht umbauen – sollen und dürfen wir noch auf selbständiges Laufen hoffen. Die Mutter war schon meine Patientin. Es fällt mir nicht ganz leicht: aber schon vor einem Jahr war ich skeptisch – und noch immer keine MER, keine aktive Benutzung der Füße: „Nein. Ich glaube nicht, dass sie Laufen lernen wird“.

Die nächsten Vorsorgen wieder unproblematischer. „Nein. Es ist nicht schlimm, dass Ihr Kind mit drei Jahren noch lispelt“ „Er kennt keine Farben? Setzt er denn das rote Püppchen auf das rote Feld?“ „Na klar“ U6: „Leo dreht die Füße so nach innen – ist das schlimm?“ Vorsorgen, bei denen die fünfjährige Schwester am besten deutsch spricht und über die kleinen Geschwister berichtet, sind inzwischen durchaus an der Tagesordnung.

Vor der nächsten Vorsorge unterschreibe ich noch einige Rezepte – Folge-rezept für KG bei A., einem inzwischen 26-jährigen jungen Mann mit Duchenne im Endstadium – Restbeweglichkeit in einem Finger, sonst nada. 24-Stunden-Beatmung. War früher in derselben Stufe wie einer meiner Söhne. Gladbach-Fan. Bei den Hausbesuchen ist immer gute Stimmung. Problem mit dem Tracheostoma. Sonst läuft alles.

BTM-Rezepte, die nach meinem Gefühl immer mehr werden. Ich selber mache keine ADHS-Diagnostik; aber viele meiner Patienten sind bei Ki-Ju-Psychiatern, die weiter weg sind, so dass ich – mit immer mehr Bauchschmerzen – ihnen weite Wege ersparen will.

3. Akute Probleme

„Gehen Sie doch eher ins rote Zimmer- und dann in die Vorsorge“. Nun gut. Junges, sehr sympathisches Ehepaar, dessen erstes Kind ich seit etwas mehr als einem Jahr betreue, ist dort. Ohne Kind. Die Stimmung sofort anders. „Was gibt es?“ – meine Frage. Die Mutter weint. Ich

warte ab. Der junge Mann ebenfalls sehr angespannt: „Wir brauchen Ihren Rat“. Ich warte wieder. Weiß noch nicht, was kommt, aber das ist sicherlich wichtiger, als die Vorsorgeuntersuchung im Nachbarzimmer. Bei der jungen Frau wurde ein Hirntumor diagnostiziert. Und neben aller Angst um sich selber, um das eigene Überleben, auch das „wie“ des möglichen Überlebens, Sorge um ihr Kind. „Eigentlich steht ja in drei Tagen die nächste Impfung an – andererseits auch an diesem Tag ein Gespräch mit Onkologen und Neurochirurgen“ – „Bisher haben wir soviel gelacht – und jetzt sieht uns die Kleine Weinen“. Wieder Tränen, Tränen, die auch richtig sind. „Wir impfen, wenn Sie glauben, es geht für Sie“ „Ja, Ihr Kind darf merken, dass Sie traurig sind.“ „Ja. Es schadet Ihrem Kind nicht, wenn es mal bei den Großeltern bleiben muss, weil anderes jetzt wichtiger ist – selbst, wenn es nicht bleiben will – wenn Sie wissen, es ist dort gut aufgehoben.“ „Ich kenne Sie jetzt ein gutes Jahr. Sie werden es richtig machen.“

Die Eltern sind gegangen. Gleich geht es weiter. Aber das geht schon in die Knochen. Trotz mehr als dreißig Jahren Berufserfahrung, trotz Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und nach Begleitung vieler Familien mit sterbenden Kindern.

Und dieser Tag soll noch einen Hammer bringen. Bestätigung des Verdachts auf Trisomie 21 bei dem fünften Kind einer Flüchtlingsfamilie aus Syrien. Für den nächsten Tag Vereinbarung eines Gesprächstermins zusammen mit einem gut deutsch sprechenden Bekannten der Familie. Wie sieht der Islam schwere Behinderungen? (Gott sei Dank studiert einer meiner Söhne Islamwissenschaften und kann mir gute Hilfestellungen geben.) Wie ging man in den letzten Jahren mit Behinderten in Syrien um?

Doch erst einmal die nächste Vorsorge. Der Mutter erklärt, warum sie so lange auf mich warten musste – natürlich nur grob. Verständnis. Schleiflackkind – dritte Klasse – läuft super, zwei Sportvereine, Klavier, regelmäßig zum Augenarzt, zum Zahnarzt, zwei Mal im Jahr zur Osteopathin; Kind nett, Mutter freundlich – Durchwinken.

Nächste Vorsorge. U4. Mutter und Kind aus der hiesigen Mutter-Kind-Einrichtung. 5. Kind. Die anderen sind bei verschiedenen Pflegefamilien untergebracht. Auch diese Mütter hier sind Teil und Spiegelbild unserer Gesellschaft.

Und die Betreuerinnen – eine Mischung aus Unterstützerin und Kontrollinstanz. Kind gut zurecht – adäquat zugenommen. Hand-Hand-Kontakt. Zeigt gute Kontaktaufnahme, lächelt zurück. Die Mutter lächelt kaum. Schaut immer wieder zu der Betreuerin und hat offenbar Angst, irgendetwas falsch zu machen. Versuche, Ihr Mut zu machen, dass ihre Tochter gut reagiert, freundlich ist, und Kontakt zu ihr sucht. Schlafen geht so – es ist aber auch irgendwie nie ganz ruhig in der Einrichtung. „Nein, Sie verwöhnen die Kleine nicht, wenn Sie sie viel auf den Arm nehmen.“ „Nein, es ist nicht schlimm, wenn sie nicht jedes Mal die Flasche leer trinkt.“ 2. Impfung. – Ob sie zur U5 noch wiederkommt?

Manchmal bleiben sie dann einfach weg. Oder, wie bei der Tochter der dreizehnjährigen Mutter, sind zur nächsten Vorsorge wieder da – allerdings nun mit der Bereitschaftspflege. Andere halten durch. Verlassen die Einrichtung nach einem Jahr. Und bisweilen fragen sie, ob sie, auch wenn sie in den Nachbarort ziehen, weiter zu uns kommen dürfen.

Nachmittagsprechstunde

Ach so. Wir sind schon bei der Nachmittagsprechstunde. Ein Kaffee und ein Käsebrötchen sind meine Mittagspause. Ich hatte vor Jahren angefangen, eine „normale“ Mittagspause einzuführen, aber die „neuen“ Vorsorgen, die wegen der Schule mittags oder nachmittags durchgeführt werden müssen, haben mir einen Strich durch diese Rechnung gemacht. Aber mittwochs und freitags bin ich früh raus – wenn ich nicht gerade Notdienst habe – so dass das für mich o.k. ist.

4. Unterschiedliche Vorstellungsanlässe und Akutfall

U10, U11, J1. Regelimpfungen. Jetzt im Sommer häufig die zweite FSME – die Zeckenangst ist schon fast hysterisch („ja, aber wir machen doch Rast in Österreich?!“) („nein, gegen das Krim-Kongo-Fieber nützt diese Impfung gar nichts-

aber“) (Eifel...Sauerland). Und erfreulich viele Jungen, die den neuen HPV-Empfehlungen folgen. „Schulimpfungen...“

Mädchen, 12 Jahre alt, mit Bauchschmerzen. War vor dem Wochenende schon in der kinderärztlichen Notdienstpraxis. Die Mutter meint, der Kollege hätte doch recht kurz untersucht und sofort gesagt „Magen-Darm. Diät“ Aber so richtig Durchfall hätte ihre Tochter dann gar nicht gehabt. „Eigentlich ist es heute ja schon besser...aber-“. Auf einem Meter: Kind gesund. Bei der Untersuchung ist der Bauch komisch. Das Mädchen total sportlich – „six packs“, um die sie die meisten Leser und Leserinnen dieser Zeitschrift beneiden würden. Unterbauch sehr fest – ich dachte zunächst volle Blase. Sonografisch Blase fast leer. Und auch keine flüssigkeitsgefüllten Darmschlingen – dafür eigenartiges Konglomerat sowohl im rechten Unterbauch als auch im Douglas. („Nein, es geht mir gut“) OK Anamnese – Klinik – und Sono passen nicht zusammen.

Labor. Blutentnahme. Es war nachmittags – also wird das Blut erst am nächsten Tag abgeholt. Aber als Arzt mit einem Faible für die Hämatologie habe ich ein recht gutes Mikroskop zur Verfügung und schaue mir viel Blutbilder schon einmal in unserer Praxis an: 25.000 Leukos – massive Linksverschiebung. Planänderung. Mutter das Blut in die Hand gedrückt. Die nahegelegene Kinderchirurgie angerufen – Verdacht auf gedeckt perforierte Appendicitis – Kind eingewiesen (Im Verlauf Diagnose bestätigt – mit der kompetenten und freundlichen Kollegin noch diskutiert, wie sie zu den immer häufigeren Berichten über die rein konservativ behandelten Perforierten Appendicitiden steht – „wird auf Kongressen immer berichtet – aber CT? - Strahlenbelastung? – wir operieren eigentlich immer.“)

Warze am Fuß – komischer Ausschlag (unspezifisch – oft aus dem Bauch beurteilt – wenn es unter schwarzem Tee nicht besser wird, kommen Sie wieder – nein, nichts Ansteckendes) – noch ein paar Impfungen ,unter anderen Japanische Enzephalitis

– das Impfschema kenne ich inzwischen auswendig – Schulaustausch mit China (ich weiß auch nicht, wie man Friday for Future und so etwas zusammen bringt) – Windelsoor – noch einmal innenrotiertes Gangbild – Halsschmerzen – Strep A positiv („Nein. Das heißt nicht Scharlach – Scharlach wird meist durch Streptokokken hervorgerufen, aber nicht jede Streptokokke macht Scharlach“ – „Kann man antibiotisch behandeln, muss man aber nicht. Ihr Kind ist gut drauf, kaum Fieber – wir können auch abwarten und Sie berichten mir morgen noch einmal“).

5. Ende der Sprechstunde in Sicht

Ich gehe ins nächste Zimmer – aufgeräumt. Feierabend – fast. Telefonate keine. „Wenn die Blutbilder in Ordnung sind, können wir (also meine MFAs) das auch weitergeben“. In den Ferien nicht die üblichen Probleme „kann sich nicht konzentrieren...die Erzieherin meint, sie spricht undeutlich...der HNO will die Polypen entfernen...“

Heute auch keine Kuranträge oder Bescheinigungen für irgendetwas. (Ich wundere mich schon nicht mehr, wer für was Bescheinigungen wünscht.)

„Ach doch noch etwas. Herr.. ist gestorben – Bauchspeicheldrüsenkrebs (drei Töchter, die ich alle in den letzten Jahren begleitet habe – hatten immer so furchtbare Angst vor Impfungen und der Vater konnte das ganz gut abfangen) die Älteren kommen ganz gut zurecht aber die Jüngste (14 Jahre) schläft gar nicht mehr“. Als ich anrufe, meldet sich nur der Anrufbeantworter. Irgendwie bin ich froh, sage aber zu, mich am Folgetag wieder zu melden.

Kurz vor sechs sitze ich wieder auf meinem Rad. Der Heimweg ist auch außerhalb der Ferien ungefährlich.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michael Gilbert

59368 Werne

E-Mail: michael.johannes.gilbert@gmail.com

Red.: WH

Wie ist die Nachwuchssituation in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin einzuschätzen? – Ergebnisse der KarMed-Längsschnittstudie

1. Hintergrund

In den letzten Jahren hat die Diskussion über die beruflichen Ziele des ärztlichen Nachwuchses eine hohe Aufmerksamkeit erlangt. Berichtet wird vielfach über einen Mangel an Nachwuchs bzw. über veränderte Motivationslagen der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (im Folgenden ÄiW). Stichworte wie „Generation Y“, „Feminisierung“, „work-life-balance“ wurden Gemeingut [1-3]. Für die Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin finden sich bis dato nur wenige Problembeschreibungen in Bezug auf die fachärztliche Weiterbildung. Einige wenige Daten finden sich in programmatischen Schriften des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (DGAAP) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) [4-9].

Die vom **Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf** durchgeführte multizentrische und prospektive KarMed-Kohortenstudie untersucht die beruflichen Präferenzen und die reale berufliche Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten vom Berufseinstieg bis zur fachärztlichen Anerkennung im Längsschnitt [10]. In diesem Aufsatz wird dargestellt, welche beruflichen Vorstellungen und Ziele die ÄiW mit der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin verbinden und welche Faktoren die Attraktivität der Kinder- und Jugendmedizin in den sechs Jahren nach der Approbation in beiden Geschlechtern beeinflussen.

2. Methodik

In der KarMed-Studie wurden in **2008/09** alle PJ-Studierenden (n=2.107) der medizinischen Fakultäten in **Erlangen, Gießen, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg** mit der Bitte angeschrieben, an der Studie teilzunehmen und den Baseline-Fragebogen

auszufüllen. Es kamen **1.012** Fragebögen mit einem von den Befragten konstruierten anonymen Code zur Wiedererkennung im Längsschnitt zurück (T0-Rücklaufquote: 48 %). In den Folgejahren wurden stets nur diejenigen um erneute Teilnahme gebeten, die im Vorjahr teilgenommen hatten. In den Folgebefragungen betrug die Rücklaufquote, gemessen an der Vorjahreserhebung, stets 85 % und mehr, mit Ausnahme der letzten Befragung (T6), die eine Rücklaufquote von 77 % aufwies.

Die Attraktivität einer Disziplin wird über den Anteil der Befragten in der Gesamtkohorte bestimmt, die diese Disziplin als erste Priorität für die fachärztliche Anerkennung genannt hat. Als Synonyme für Attraktivität werden in diesem Text die Termini „Präferenz“ und „Bevorzugung“ verwendet.

Die Bewertung der „Qualität der Weiterbildung“ erfolgte mittels Summencore aus 38 Items, z.B. zu Arbeitsklima, Weiterempfehlung der Einrichtung für die Weiterbildung oder Rücksichtnahme auf familiäre Umstände bei der Dienstplangestaltung. Es handelt sich hierbei um eine Adaptation und Erweiterung des Erhebungsinstruments von Prien und Siebolds [11]. Mit der zugrunde liegenden 5-Punkt-Likert-Skala (1=trifft nicht zu; 5=trifft genau zu) konnten maximal 190 Punkte erreicht werden.

Für die abhängige Variable „Berufsverlaufszufriedenheit“ wurde ein Score aus 5 selbstkonstruierten Items berechnet, die jeweils mit einer 5-Punkt-Likert-Skala (1=trifft nicht zu; 5=trifft genau zu) versehen waren. Es handelt sich hierbei um eine Anwendung des Konzepts zu selbst- und fremdbezogenen Kriterien des beruflichen Erfolgs nach Heslin [12]. Es konnten maximal 25 Punkte erreicht werden.

Unterschieden wurde zwischen einer Tätigkeit in Teilzeit oder Vollzeit. Wird im Folgenden von Arbeit in Teilzeit berichtet, sind darunter diejenigen subsumiert, die angaben, unmittelbar nach der fachärztlichen Anerkennung „durch-

gehend“ oder „zunächst einige Jahre“ in Teilzeit arbeiten zu wollen. Eine genaue Definition von Teilzeit bzw. Vollzeit wurde nicht vorgegeben.

In die Analysen eingeschlossen werden jeweils nur die Studienteilnehmenden, die zu den einzelnen Messzeitpunkten in Weiterbildung sind bzw. diese (zu T6) bereits abgeschlossen haben. Teilnehmende, die ihre Weiterbildung abgebrochen hatten oder bei der Umfrage angaben, keine fachärztliche Anerkennung anzustreben, wurden von den Analysen ausgeschlossen.

Aufgrund der im Vergleich zu den Vorjahren geringeren Rücklaufquote zum Zeitpunkt T6 werden ausgewählte Berechnungen (einschließlich der linearen Regressionen) aus Gründen einer erhöhten Validität der Ergebnisse auch für den Befragungszeitpunkt T5, zu dem höhere Fallzahlen vorliegen, dargestellt.

Zwecks gleicher Berücksichtigung beider Geschlechter im Text benutzen wir die Begriffe ärztliche bzw. fachärztliche Weiterbildung und nicht den im alltäglichen Sprachgebrauch oft verwendeten Begriff „Facharztweiterbildung“.

Zur Verbesserung der Lesbarkeit wurden die Prozentangaben im Text gerundet. Die Untersuchung ist aufgrund ihrer relativ kleinen Zahl der Befragten in der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere bei den Ärzten, als explorativ anzusehen.

3. Ergebnisse

3.1 Studienkohorte

Der Frauenanteil betrug in allen Befragungen ca. zwei Drittel, was knapp höher ist als der Frauenanteil im Medizinstudium. Zwischen T0 und T6 stieg der Frauenanteil in der Kohorte um 4,5 Prozentpunkte. Nach sechsjähriger Weiterbildung betrug der Altersmittelwert bei den Ärzten 34 Jahre, bei den Ärztinnen 33 Jahre. Der Anteil der Befragten mit Kind stieg in den sechs Jahren von 8 % auf 48 %, mit einem großen Sprung zu T5 (T4: 29 %, T5: 43 %). Zu T5 betrug der An-

teil der Ärztinnen mit Kind – bei einem durchschnittlichen Alter von 32 Jahren – ein Drittel.

3.2 Entwicklung des Interesses an der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin im Laufe der Weiterbildung

Nicht nur in Deutschland gilt die Kinder- und Jugendmedizin neben der Frauenheilkunde als eine Fachrichtung, die von Medizinstudentinnen bzw. weiblichen ÄiW präferiert wird [13-16].

Abbildung 1 zeigt die Präferenzangabe der Befragten, differenziert nach Geschlecht und Erhebungszeitpunkt, über den sechsjährigen Untersuchungszeitraum. Nach sechs Weiterbildungsjahren streben insgesamt ca. 8 % der ÄiW eine Anerkennung in Kinder- und Jugendmedizin an. Die Abbildung zeigt ebenfalls eine fortdauernde „Dominanz“ der Ärztinnen gegenüber den Ärzten in der Kinder- und Jugendmedizin (Frauenteil T5: 76 %, T6: 77 %). Mehr als drei Viertel der künftigen fachärztlichen Anerkennungen in Kinder- und Jugendmedizin werden somit an Frauen gehen.

Abbildung 1 zeigt auch, dass eine gewisse Diskrepanz zwischen der Präferenz der weiblichen PJ-ler für das Fach Kinder- und Jugendmedizin (T0) und der zweijährigen ÄiW (T2) zu beobachten ist: Mehr als ein Drittel der PJ-Studentinnen (38 %), die angaben, eine Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin anzustreben, findet sich am Ende des zweiten Weiter-

bildungsjahres (T2) nicht in der Kinder- und Jugendmedizin wieder.

3.3 Anzahl der nach sechs Jahren erreichten fachärztlichen Anerkennungen

Der „Output“, d.h. der Anteil an erreichten fachärztlichen Anerkennungen nach sechs Jahren, beträgt in der Kinder- und Jugendmedizin 23 %. Mehr als drei Viertel der ÄiW in Kinder- und Jugendmedizin brauchen somit mehr als sechs Jahre, um ihre Weiterbildung abzuschließen. Diesbezügliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (25 % bei den Ärztinnen, 14 % bei den Ärzten) sind statistisch nicht signifikant ($p=0,551$). Für beide Geschlechter gilt, dass keine einzige Anerkennung bei ÄiW mit Kind innerhalb der sechs Jahre vorliegt.

3.4 Umfang des Querein- und -ausstiegs während der Weiterbildung

Bekanntlich ist es den ÄiW möglich, während der Weiterbildung die Fachrichtung zu wechseln. Insofern interessiert, wie die Teilkohorte, die zu T5/T6 angab, eine Anerkennung in Kinder- und Jugendmedizin anzustreben bzw. zu T6 erreicht zu haben, historisch zustande gekommen ist. Die Auswertung zeigt, dass ca. drei Viertel der künftigen Kinder- und Jugendärzte diese Fachrichtung bereits zu T0 als Ziel angegeben hatten. Im Umkehrschluss trafen ca. 25 % der künftigen Kinder- und Jugendärzte diese Entscheidung erst im Laufe der Weiterbildung und

können somit als Quereinsteiger betrachtet werden.

4. Mit der Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin assoziierte Variablen

4.1 Angestrebte Arbeitsbedingungen nach der fachärztlichen Anerkennung

Der Vergleich des angestrebten Versorgungssektors zu mehreren Erhebungszeitpunkten (T2 vs. T5/T6) zeigt, dass 60 % der angehenden Kinder- und Jugendärzte eine spätere ambulante Tätigkeit bevorzugen. Diese Präferenz ist geschlechtsunabhängig, über die Weiterbildungsdauer relativ stabil und zu allen Erhebungszeitpunkten größer als in allen anderen Fachdisziplinen zusammen (außer Allgemeinmedizin) bzw. in der Inneren Medizin als einzelne Fachrichtung (51 % zu T6, 52 % zu T5).

Die Hälfte der künftigen Kinder- und Jugendärztinnen, die nach der Anerkennung ambulant arbeiten möchte, präferiert eine Niederlassung, die andere Hälfte ein Anstellungsverhältnis, während die Kinder- und Jugendärzte die Niederlassung bevorzugen. Diese Verteilung findet sich größenordnungsmäßig auch in den anderen klinisch-gebietsärztlichen Fachrichtungen.

Im Vergleich zu anderen gebietsärztlichen Fachrichtungen ist der Anteil der Ärztinnen, die unmittelbar nach der fachärztlichen Anerkennung in Teilzeit arbeiten möchten, unauffällig (49 % für Kinder- und Jugendmedizin vs. 51 % für alle anderen Fachrichtungen zusammen zu T5). Diese Präferenz ist bei den Ärztinnen in der Kinder- und Jugendmedizin relativ unabhängig vom Elternsein (Teilzeitwunsch: 42 % bei Ärztinnen ohne Kind vs. 52 % bei Ärztinnen mit Kind zu T5), was im Gegensatz zu den Ärztinnen aller gebietsärztlichen Fachrichtungen zusammen steht. Hier ist der Anteil der Teilzeitanstrebenden bei Ärztinnen mit Kind bedeutend höher als bei Ärztinnen ohne Kind (79 % vs. 35 % zu T5).

4.2 Einschätzung der Qualität der Weiterbildung

Die künftigen Kinder- und Jugendärzte beurteilen die Qualität der Weiterbildung etwas, jedoch nicht signifikant, positiver als die Befragten anderer Disziplinen zusammen (MW Kinder- und Jugendmedizin=121 vs. MW alle anderen

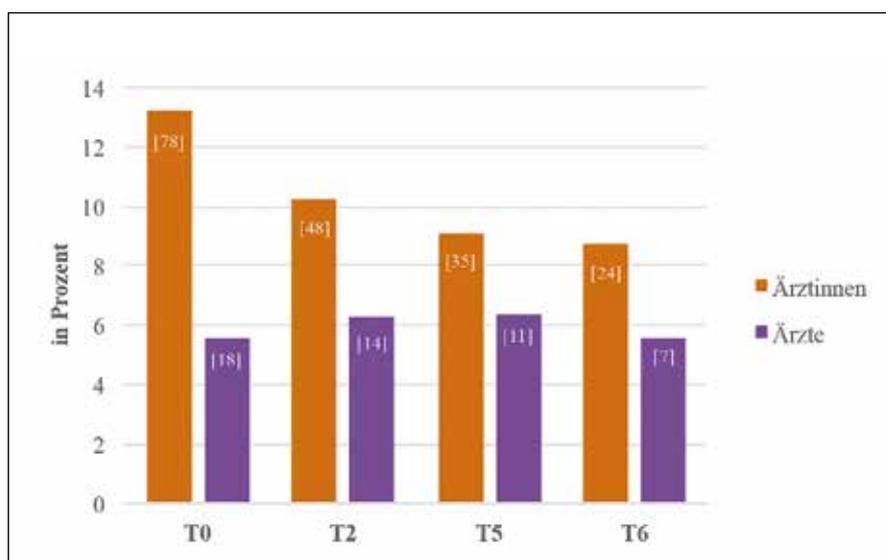


Abb. 1: Entwicklung der Attraktivität (% der geschlechtsspezifischen Kohorte) für die fachärztliche Anerkennung Kinder- und Jugendmedizin nach Befragungszeitpunkt und Geschlecht
Zahlen in eckigen Klammern = absolute Zahlen

Disziplinen zusammen=116; $p=0,168$). Der Mittelwert für Kinder- und Jugendmedizin liegt somit bei ca. 64 % der maximalen Punktzahl von 190.

Die detaillierte Untersuchung von acht Items (vier für Ergebnisqualität und vier für Strukturqualität, s. Tabelle 1) ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Die Weiterbildungsstätten werden im Ergebnis eher positiv beurteilt (Mediane zwischen 3 und 4), ebenso die Qualität der Kommunikation zwischen ÄiW und leitenden Ärzten bzw. Ärztinnen (Mediane zwischen 3 und 4). Deutlich negativer werden indes die Dokumentationsqualität und die curriculare Strukturierung der Weiterbildung eingeschätzt: Beispielsweise verneinten 50 % der Ärztinnen und 33 % der Ärzte explizit, dass ein Logbuch Verwendung findet (Skalenwerte 1+2). Dies gilt größenordnungsmäßig auch für die Frage, ob „in unserer Abteilung/Klinik ein(e) namentlich bestimmte(r) Arzt/Ärztin für die Koordination und Qualitätssicherung der Weiterbildung zustän-

dig ist“. Ein (eingehaltenes) Curriculum gibt es für mehr als zwei Drittel der ÄiW nicht.

In einer linearen Regressionsrechnung auf die abhängige Variable „Zufriedenheit mit der Qualität der Weiterbildung“ erweist sich nur die Größe des aktuellen Krankenhauses, in dem die ÄiW ihre Weiterbildung vornehmen, als signifikant: Die angehenden ÄiW, die in einem kleinen Krankenhaus mit maximal 350 Betten arbeiten, sind signifikant zufriedener mit der Qualität ihrer Weiterbildung als diejenigen, die in großen Krankenhäusern mit mehr als 350 Betten arbeiten ($p=0,037$). Geschlecht, Elternstatus, Belastung in der Weiterbildung und angestrebte Konditionen nach der Anerkennung haben keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der ÄiW mit der Qualität der Weiterbildung.

4.3 Einschätzung der Berufsverlaufszufriedenheit

Die subjektive Einschätzung der Berufsverlaufszufriedenheit ist bei den

künftigen Kinder- und Jugendärzten relativ hoch (Mittelwerte um 20 von maximal 25 Punkten). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, zwischen Ärztinnen mit und ohne Kind bzw. zwischen Kinder- und Jugendmedizin und allen anderen Disziplinen zusammen sind nicht zu finden.

5. Diskussion

Welche Merkmale charakterisieren die Nachwuchssituation in der Kinder- und Jugendmedizin besonders? Vermutlich bleiben gewisse aktuelle Verhältnisse wahrscheinlich auch in Zukunft bestehen bzw. werden gar noch ausgeprägter:

- Die hohe Reliabilität der Berufswahl Kinder- und Jugendmedizin: Drei Viertel derjenigen, die in dieser Fachrichtung die Weiterbildung abschließen, hatten dies bereits zum Zeitpunkt der Approbation als Ziel angegeben.
- Das Übergewicht (im statistischen Sinne!) der Kinder- und Jugendärztinnen an den berufstätigen Kinder-

Tab. 1: Mittelwerte und (Standardabweichungen) sowie [Mediane] der Antworten auf Items zur Qualität der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin nach fünf bzw. sechs Weiterbildungsjahren, differenziert nach Geschlecht

		T5		T6	
		Ärztinnen n=28	Ärzte n=10	Ärztinnen n=20	Ärzte n=6
1	Ich würde meine Abteilung/Klinik im Hinblick auf die Qualität ihrer Weiterbildung jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen	3,57 (0,96) [4,00]	3,80 (0,63) [4,00]	3,35 (1,31) [3,50]	3,00 (0,00) [3,00]
2	Eine gute Weiterbildung zu bieten, ist ein wichtiges Ziel unserer Abteilung/Klinik	3,54 (1,07) [4,00]	3,30 (1,06) [3,50]	3,25 (1,29) [3,00]	3,67 (0,5) [4,00]
3	Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen über die Qualität meiner praktischen Fertigkeiten	3,11 (1,03) [3,00]	3,70 (0,95) [4,00]	3,50 (1,05) [4,00]	3,67 (0,58) [4,00]
4	Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen, wenn sich zeigt, dass mir theoretische Kenntnisse noch fehlen.	3,50 (1,07) [4,00]	3,50 (0,97) [4,00]	3,30 (1,17) [3,50]	3,33 (1,16) [4,00]
5	Ärzte bzw. Ärztinnen mit Leitungsfunktion führen regelmäßig Gespräche mit den Weiterzubildenden über die Ziele und den Fortgang derer Weiterbildung	3,04 (1,35) [3,00]	3,40 (1,27) [4,00]	3,60 (1,23) [4,00]	3,33 (1,53) [3,00]
6	Es existiert ein strukturierter Weiterbildungsplan bzw. ein Curriculum und dies wird auch eingehalten	2,36 (1,22) [2,00]	2,50 (1,18) [3,00]	2,42 (1,39) [2,00]	2,33 (0,58) [2,00]
7	Die in der Weiterbildungsordnung festgelegten nachzuweisenden Fertigkeiten werden regelmäßig (z.B. in einem Logbuch) dokumentiert	2,57 (1,37) [2,00]	2,40 (1,27) [2,00]	2,65 (1,42) [2,50]	2,67 (1,53) [3,00]
8	In unserer Abteilung/Klinik ist ein(e) namentlich bestimmte(r) Arzt/Ärztin für die Koordination und Qualitätssicherung der Weiterbildung zuständig	2,57 (1,50) [2,00]	3,30 (1,83) [4,00]	2,85 (1,63) [3,00]	2,33 (1,16) [3,00]

und Jugendmediziner (>75 % im Vergleich zu 59 % aktuell) wird weiter wachsen [17].

- Der Prozentsatz derjenigen, die der KarMed-Untersuchung zufolge aktuell nach sechs Weiterbildungsjahren Kinder- und Jugendmedizin als Berufsziel haben (ca. 8 %), ist deutlich höher als der aktuelle Anteil der fachärztlichen Anerkennungen für Kinder- und Jugendmedizin pro Jahr (5 %) bzw. als der aktuelle Anteil der Kinder- und Jugendärzte an der berufstätigen Ärzteschaft (5 %) [17]. Wenn die KarMed-Daten repräsentativ sind, wird die kinder- und jugendärztliche Profession in naher Zukunft – relativ gesehen – weiter wachsen.
- Die Zielsetzung der Hälfte der künftigen Kinder- und Jugendärztinnen, als Angestellte zu arbeiten, würde den Anteil an angestellten Ärztinnen in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin gegenüber 2017 (=30 %) erheblich erhöhen [17].
Darüber hinaus zeigen sich trotz relativer Zufriedenheit der ÄiW Grundsatzelemente der Weiterbildung:
- Eventuelle Probleme beim Eintritt in die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin: Die – gemessen an den beruflichen Vorstellungen der PJ-Studentinnen – relativ niedrigen Zahlen in den ersten Jahren der Weiterbildung (vgl. Abbildung 1), könnten darauf hindeuten, dass es **schwierig ist, eine Stelle in der Kinder- und Jugendmedizin unmittelbar nach der Approbation zu finden**. Ob dies aus Sicht der Berufsverbände bzw. Fachgesellschaften ein Problem für die Kinder- und Jugendmedizin darstellt, ist unklar.
- **Der „Output“, d.h. der Anteil an erreichten fachärztlichen Anerkennungen nach sechs Jahren, beträgt lediglich 23 %, obwohl „nur“ fünf Jahre als Minimum vorgeschrieben sind. Keine einzige Anerkennung bei ÄiW mit Kind innerhalb von sechs Jahren liegt vor.** Dies bedeutet, dass die ÄiW im Durchschnitt sieben Jahre und mehr benötigen, um ihre Weiterbildung abzuschließen. Genauere Daten, insbes. solche, die die Frage nach der realen Dauer beantworten, liegen aus anderen Quellen nicht vor. Nur in der Allgemeinmedizin werden mit 18 % noch weniger ÄiW in der gleichen Minimumzeit (plus 1 Jahr) fertig [18].

- Nicht problemlos ist auch die nur **mittelmäßige Beurteilung der Qualität der Weiterbildung** in der KarMed-Untersuchung bezüglich Dokumentationsqualität und curricularer Strukturierung. Diese Ergebnisse sind vergleichbar in beiden Geschlechtern und auch unabhängig von einer Elternschaft. Sie bestätigen die Ergebnisse einer Untersuchung der DGAAP [19].
- Es gibt **deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Qualität der Weiterbildung in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße**: Je kleiner das Krankenhaus, desto größer ist die Zufriedenheit mit der Qualität der Weiterbildung. Es bedarf der weiteren Untersuchung, worauf diese pädiatrische Singularität zurückzuführen ist.
- Bezüglich der Weiterbildung ist das **evidenteste Problem nach Ansicht der Autoren die ausschließliche Ansiedlung der Weiterbildung im stationären Bereich**. Ein vergleichbares Konzept für die Weiterbildung gibt es (nur noch) in wenigen OECD-Ländern. Entsprechend dürftig fallen die Aussagen neu Niedergelassener bezüglich ihrer Kompetenzen für die ambulante Kinder- und Jugendmedizin aus: In der bereits erwähnten Studie der DGAAP [19] gaben 30 bis 40 % der Befragten an, sich bezüglich 11 wichtigen Leistungsbereichen der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin (z.B. Impfen, Entwicklungsdiagnostik etc.) zum Zeitpunkt der Niederlassung nicht fit gefühlt zu haben. Es wäre aus Sicht der Autoren somit ein Gebot der Logik, (finanzierte) ambulante Abschnitte (wie in der Allgemeinmedizin) in die Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin einzubauen. Diese Forderung wird vom BVKJ seit Jahren vorgebracht, jedoch ohne sichtbare Erfolge [7, 8].
- Nach Meinung der Autoren sind in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin weitere Verbesserungen der Weiterbildung möglich. Der Beweis liefert unfreiwillig die **DAKJ** selbst: im Jahr 2010 legte sie ihre Absicht dar, Vorschläge zu „Strukturierung der Weiterbildung, Rotationsempfehlungen, Weiterbildungscurricula sowie Einsatz von Logbüchern und Zielvereinbarungsgespräche“ zu erarbeiten [20]. Acht Jahre danach findet sich von alledem allerdings nur ein Item, ein (durchaus ansprechendes) Logbuch

[21]. Alle anderen Ankündigungen wurden nicht eingelöst.

- Demgegenüber hat eine Arbeitsgruppe Weiterbildung der **DGAAP 2017** ein nach dem Konzept der „Entrustable Professional Activities“ (EPAs [22]) kompetenzbasiertes Curriculum für die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin („PaedCompenda“) veröffentlicht [23].

6. Förderung

Die KarMed-Studie wurde im Zeitraum 2008-2014 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Europäischen Sozialfonds gefördert (Förderkennzeichen 01FP0803 und 01FP0804). In den Jahren 2015/16 wurde die Studie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, in den Jahren 2019-2021 durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) unterstützt.

7. Danksagung

Wir danken den langjährig an den Befragungen teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung.

Fazit für die Praxis

In Bezug auf den **künftigen Nachwuchs in der Kinder- und Jugendmedizin sind größere Mengenprobleme nicht zu erwarten**, wenn man von Ungereimtheiten in der Bedarfsplanung einmal absieht.

In Bezug auf die Weiterbildung weist die KarMed-Untersuchung auf mehrere Probleme hin. Ob diese vom Berufsverband bzw. der wissenschaftlichen Gesellschaft als solche gesehen und in Angriff genommen werden, kann nur die Zukunft zeigen. Möglicherweise führt ein Blick in die curriculare Entwicklung der Kinder- und Jugendmedizin im Ausland dazu, das hiesige berufspolitische Handeln bezüglich der Weiterbildung kritisch zu überprüfen. Als Beispiele hierfür seien die USA [24, 25] und die Niederlande [26] genannt.

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

Untersucht wurde, wie attraktiv die Kinder- und Jugendmedizin für junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ist und mit welchen Vorstellungen diese

Berufswahl verbunden ist. Es wurde analysiert, wie die Qualität der Weiterbildung beurteilt wird.

Methodik

Datenbasis der Studie sind die jährlichen postalischen Befragungen einer Kohorte von PJ-Studierenden aus sieben medizinischen Fakultäten des Jahrgangs 2008/09 über einen Zeitraum von sechs Jahren. Die längsschnittlichen Auswertungen erfolgten mit deskriptiven statistischen Verfahren.

Ergebnisse

- Lediglich ein Viertel der angehenden Fachärzte in der Kinder- und Jugendmedizin haben ihre Weiterbildung nach sechs Jahren abgeschlossen, obwohl das Minimum der Weiterbildungsdauer fünf Jahre beträgt.
- Die Untersuchung bestätigt die Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin als eine frauendominierte.
- Angehende Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte bevorzugen zu 60 % den ambulanten Sektor nach der Anerkennung.

Ärzte bevorzugen eine Niederlassung. Der Wunsch nach Niederlassung und Anstellung ist bei den Ärztinnen hingegen ausgeglichen.

- Bei den Arbeitszeitvorstellungen finden sich gleiche Anteile mit Präferenz für eine Vollzeit- bzw. Teilzeittätigkeit bei den Ärztinnen.
- Die Qualität der Weiterbildung wird als „mittelmäßig“ beurteilt, wobei Aspekte zur Prozessqualität zum Teil negativ abschneiden.

Schlussfolgerungen

Die Attraktivität der Kinder- und Jugendmedizin ändert sich wenig im Verlauf der Weiterbildung. Eine Verbesserung der Qualität der Weiterbildung, insbesondere durch eine stärkere Berücksichtigung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin, erscheint notwendig.

Schlüsselwörter

Kinder- und Jugendmedizin, Kinderheilkunde, Facharztweiterbildung, Qualität der Weiterbildung, Berufszufriedenheit

Ethik

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt (PV3063).

Selch Susan (1,2), Boczor Sigrid (1), Nehls Sarah (1), Kocalevent Rüya-Daniela (1), Scherer Martin (1), van den Bussche Hendrik (1)

(1) Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

(2) Institut für Biochemie und Molekulare Zellbiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Dr. Susan Selch, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
E-Mail: s.selch@uke.de

Red.: WH

Berlin- Assistentenkongress 2019

Der 16. Assistentenkongress des BVKJ fand zum 2. Mal in Berlin statt. Über 400 Teilnehmer, überwiegend Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung, nahmen daran teil. Die Bewertungen waren, sowohl bezüglich des Kongressortes als auch des Programms und der Bewertung der Vorträge hervorragend und lagen allesamt im Bewertungscluster zwischen 1 und 2 bei einem Notensystem bis 5 als schlechteste Note.

Klinikseminare am Vortag

Ein besonderes Spezifikum des Kongresses ist der vorgeschaltete Tag mit einem Klinikseminar. Bei diesem Seminar sind die Teilnehmer über 8 Stunden in einer der teilnehmenden Kliniken und bearbeiten intensiv ein Thema. Es wurden dort z. B. alle Varianten der abdominalen und retroperitonealen Sonographie in 8 Stunden abgehandelt. Am Ende wurde nach einer Überprüfung ein DEGUM-Zertifikat ausgehändigt. Diese Seminare erfreuen sich äußerster Beliebtheit und umfassen ein Spektrum von EEG über EKG zur Sonographie, Pneumologie, Reanimation, Neuropä-

diatrie, Allergologie, Kardiologie und Nephrologie.

Vorträge zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung

Zentraler Bestandteil des Programms sind die 19 Hauptvorträge, die unter dem Thema „Was muss man von ... wissen“ von den Experten der Fachrichtung bzw. Subspezialität dargestellt werden. Die Aufgabe des Referenten besteht darin, sein Fachgebiet in 25 bis 30 Minuten auf die Weiterbildungs-Prüfung relevanten Essentials zu reduzieren. Dass dies gut gelungen

ist, zeigt eine Durchschnittsbewertung von 1,96. Das am besten bewertete Seminar war, wie schon seit vielen Jahren; „Was muss man vom neuropädiatrischen Notfall wissen“ von Prof. Aksu, der die Neuropädiatrie seit vielen Jahren bei diesem Kongress vertritt. Ein besonderer Schwerpunkt der Tagung war, unter der Moderation von Prof. Dr. Radke aus



Dr. Jonas Obitz

Potsdam/Rostock, die Abhandlung des Themas „Was muss man von der Ernährung im Säuglingsalter bis zum Jugend-

lichen wissen“. Die Firmen Hipp, Milupa und Nestlé beantworteten das Thema aus ihrer Sicht durch einen Vortrag aus ihrer wissenschaftlichen Abteilung. Die anschließende Diskussion unter Moderation von Prof. Radke fand ein breites Interesse.

Sonderseminare

Ein weiteres Spezifikum des Kongresses ist die große Zahl von Sonderseminaren. Von diesen gibt es 2 Typen.

- Der 1. Typ bietet über die Vorstellung im Hauptreferat im Plenum die Möglichkeit, vertieft Spezialkenntnisse zu Hämatologie, Kinderurologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Endokrinologie, Onkologie, Neonatologie, Reanimation, Stoffwechselerkrankungen, Dermatologie, Ernährung und Kinderkardiologie zu erwerben. In 90 Minuten wird das Thema in einem kleinen Personenkreis vom Referenten dargestellt und vertieft.
- Ein 2. Typ von Sonderseminar stellt besondere Themen wie Entwicklungsdiagnostik, Anfälle, Harnwegsinfektionen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Vorsorgeuntersuchungen, Kinderschutzbambulance, Verbrennungen und Verbrühung, Neuropädiatrische Untersuchungen, Hepatologie, Radiologie, Sonographie, Ernährung, pädiatrische Dermatologie, Bauchschmerzen, Verhaltensstörungen, abdominale Erkrankungen, Beatmung und Fiebersyndrome in 90-180 Minuten vor. Damit erhalten die Teilnehmer die Gelegenheit, spezielle Fragestellungen, die nicht nur zentral auf die Weiterbildungsprüfung abzielen, zu vertiefen.

Rahmenprogramm

Die traditionelle Stadt-Rallye wurde mit einem Durchschnittswert von 1,71

äußerst positiv bewertet. Dabei wurden in diesem Jahr 4 Punkte in Berlin zu Fuß erwandert. An den Zielorten Brandenburger Tor, Checkpoint Charlie, Deutscher Reichstag und Synagoge Berlin war jeweils ein Führer der Stadt Berlin, der markante Einzelheiten in einer Wiederholungsschleife zu diesem Ort in einem 10-15 minütigen Vortrag darstellte. Ein großer Erfolg war die Veranstaltung im Restaurant Nolle unter dem S-Bahnhof Berlin-Friedrichsstraße in den Arkaden. Bis Mitternacht wurde nach einem kleinen Menü zu den Klängen von Los Chiccos ausgelassen getanzt.

Fazit

Die Umfrage ergab auch, dass 70 Prozent der Teilnehmer die Kosten selbst tragen und 30 Prozent Zuschüsse erhalten, vorwiegend vom Arbeitgeber, nur 1,5 Prozent gibt eine Übernahme der Kosten durch Dritte an. Einen Fortbildungsurlaub erhalten nur 12 Prozent (das waren 2018 noch 20 Prozent). Die vollen 4 Tage erhalten 8,4 Prozent, einen Tag 19,6 Prozent und 2-3 Tage 60 Prozent. Nachdem die Tagung 4 Tage geht, davon aber ein Samstag und ein Sonntag dabei sind, ist davon auszugehen, dass die überwiegende Anzahl der Teilnehmer die freien Tage vom Arbeitgeber gestellt bekommt.

Vertreter der Assistenten im Vorstand neu gewählt

Eine Besonderheit des Berliner Kongresses 2019 bestand darin, dass der Assistentensprecher des BVKJ für 3 Jahre neu gewählt wurde. Der bisherige Assistentensprecher Dr. Bartels musste aufgrund seiner zwischenzeitlich bestandenen Facharztprüfung ausscheiden. (Anmerkung: Die DV 2019 in Bad Orb hat ihn als ordentliches Mitglied in den Vorstand des BVKJ gewählt.) Nachfolger

wurde Dr. Obitz, der mit überwältigender Mehrheit gewählt wurde. Ihm wünschen wir ein gutes Gelingen bei der Interessensvertretung der Assistenten in den nächsten Jahren.

Assistentenkongress 2020 wieder in Berlin und Dank

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress. Auch im Jahr 2020 wird der Assistentenkongress des BVKJ wieder vom 23.-26. Januar 2020 in Berlin an der Charité und den Kinder- und Jugendkliniken in Berlin und Potsdam stattfinden.

Ich hoffe weiterhin auf einen solchen erfolgreichen Verlauf mit so erfolgreicher Teilnahme wie in den letzten Jahren, wenn Prof. Dr. Wolfgang Kölfen ab 2020 den Kongress gestaltet. Dr. Dirk Schnabel von der Charité und die anderen Berliner Kinder- und Jugendkliniken haben wieder die Unterstützung zur Gestaltung eines praxisnahen Kongresses zugesagt.

Der Dank gilt allen an der erfolgreichen Gestaltung zur Weiterbildung unserer AssistentInnen beteiligten Referenten, insbesondere aber den Leitenden Ärzten der Berliner Kliniken und der Kongressabteilung des BVKJ.

Freuen Sie sich auf das nächste Heft des Kinder und Jugendarztes! Der neue wissenschaftliche Leiter, Professor Kölfen, wird Ihnen eine Einführung zum Assistentenkongress 2020 geben. Vorab soviel: sein Motto lautet „wer Gutes erhalten will muss Neues wagen“.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid,
Vizepräsident des BVKJ bis 31.10.2019,
84503 Altötting
E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

DV 2019 – Ausschuss für Aus- und Weiterbildung



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Dr. med. Folkert Fehr

Der BVKJ-Ausschuss „Aus- und Weiterbildung“ berät den Vorstand zu Fragen der fachlichen Bildung, ist die Anlaufstelle für Fragen, Anregungen und Mitarbeitangebote der Mitglieder unseres Verbandes zum Thema Aus- und Weiterbildung, vermittelt Inhalte für Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte in den Verband hinein und vertritt den Verband thematisch fachlich nach außen.

Mitglieder

Dr. med. Folkert Fehr
Dr. med. Ulrike Gitmans (Stellv.)
Dr. med. Christoph Weiß-Becker



Die Kluft überbrücken

Themenfeld 1: Ausbildung

- Mitarbeit bei der Revision des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und bei Gegenstandskatalogen für das Medizinstudium
- Vorarbeit zum Aufbau von Ausbildungs- & Weiterbildungspraxen-Netzwerken
- Verhandlung adäquater Vergütungen
- Anschluss der Netzwerke an die (universitäts)klinische Aus- & Weiterbildung
- Kooperation mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der ambulanten Allgemeinpädiatrie DGAAP, der Allgemeinmedizin DEGAM, der Gesellschaft für Hochschullehrer der Allgemeinmedizin GHA, der Gesellschaft für medizinische Ausbildung GMA, BÄK, KBV, bvmd u.a.
- Veranstaltungen zur Ausbildungsinitiative, 1. Bundeskonferenz Ausbildung 10.04.2019, geplant 2. Bundeskonferenz 22.04.2020 in Frankfurt/M.

Themenfeld 2: Weiterbildung

- Mitarbeit in der DAKJ-Kommission Weiterbildung
- Transmission von Produkten der DGAAP, wie z.B. des elektronischen Logbuches www.paedcompenda.de, dessen Implementierung, Einholen von Nutzerrückmeldungen, Anpassungen an die Arbeitswelt der Praxis
- Unterstützung bei der Beantragung von Weiterbildungsbefugnissen
- Sammlung und Analyse von Weiterbildungsplänen, Verbundverträgen, Unterstützung bei der Gründung von Weiterbildungsverbänden
- Einbezug von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, ständige Werkstatt Weiterbildung
- Kontinuierliche Kommunikation mit KBV-Dezernat 4, Mitarbeit an der KBV-Seite www.116117.de, Kammerarbeit auf Länder- und Bundesebene
- Produktion von Positionspapieren, zuletzt „Gute Bedingungen für Aus- und Weiterbildung“

DV 2019 – Ausschuss für Fortbildung



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

Mitglieder

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller
Dr. med. Herbert Schade
Dr. med. Steffen Lüder

koopert:

Dr. med. Uwe Büsching / Michael
Achenbach (Jugendmedizin) und
Dr. med. Michael Mühlischlegel
(MFA)

Sitzungen

Bad Orb 2018
Köln 16.12.2018
Berlin 03.05.2019 und 15.06.2019
Weimar 25.05.2019

In den Treffen des Ausschusses werden die Fortbildungsangebote des BVKJ organisiert, kritisiert und optimiert. So konnten Webinare, die besonders die jüngere Zielgruppe ansprechen, erfolgreich implementiert werden, ohne dass Teilnehmer aus anderen Tagungen des BVKJ abgeworben wurden.

Überarbeitung der Kongress-Formate

Im Gegensatz zu den Assistentenkongressen: Teilnehmer-Zahlen beim Kinder- und Jugendärzte-Tag (Berlin), Jugendmedizin-Kongress (Weimar) und Herbst-Seminar-Kongress (HSK – Bad Orb) nicht befriedigend – trotz Zufriedenheit der anwesenden Pädiater über Themen und Referenten. Folgende Änderungen sind geplant:

- kein Oberthema mehr in Berlin und Bad Orb, sondern Sampler wie „Brennpunkte“ oder „Hotspots“ in der Pädiatrie
- u.U. Voting-Möglichkeiten der Teilnehmer für mehr Interaktion
- Fragekärtchen sollen während der Vorträge ausgefüllt und eingesammelt werden zum Straffen und Bündeln der Diskussion
- Der Jugendmedizin-Kongress wird bis auf Weiteres ausgesetzt.
Gespräche mit dem Hausärzterverband und dem BDI für ein gemeinsames Kongressformat – noch keine konkreten Ergebnisse

Die Kongresse im Einzelnen

Der 46. HSK Bad Orb vom 11.-14.10.2018 widmete sich erstmals nicht einem Oberthema sondern „Brennpunkten in der Pädiatrie“. Besonders erfreut waren die Teilnehmer über die lebhaften Pro- und Kontra-Darstellungen zur Kariesprävention, zum Vorgehen bei Rheuma und Harnwegsinfektionen.

Die Veranstaltung „Paediatric“ wird weiterhin gut angenommen. Die Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“ findet hingegen zunehmend weniger Interesse bei Ärzten und MFA. Sie wird in dieser Form daher beendet.

Vom 28.-30.03.2019 fand der – wieder erfolgreiche – 16. Assistentenkongress in Berlin zum letzten Mal unter der Ägide von Prof. Schmid, Altötting, statt. Ihn wird künftig

Prof. Kölfen, Mönchengladbach, übernehmen.

Der Jugendärztekongress in Weimar (24.-26.05.2019) enttäuschte von den Teilnehmer-Zahlen her, sodass Änderungen für die Zukunft ins Auge gefasst wurden (s.o.).

Der Abstand zum 49. Kinder- und Jugendärztertage in Berlin (14.-16.06.2019) war zu kurz, sodass auch hier die Teilnehmerzahlen zurückgingen. Das Oberthema „Entwicklung“ und ein herausragender Festvortrag von Bundesministerin Frau Dr. Giffey führten wieder zu einem großen Presseecho bis in die Tagesthemen. Das Highlight war der Vortrag von Prof. Haun, Leipzig, zum „Vergleich des Entwicklungsschubes beim Menschen und beim Affen“.



DV 2019 – Ausschuss für Jugendmedizin **bvkJ.**

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Dr. med. Uwe Büsching

Mitglieder

Dr. med. Uwe Büsching

Michael Achenbach

Dr. med. Burkhard Ruppert

kooptiert:

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues,

Dr. med. Till Reckert

(Medienbeauftragter)



Jugendmedizin ist wie Kindermedizin, so umfangreich und doch anders. Jugendliche sind keine großen Kinder und keine kleinen Erwachsenen, eben Jugendliche. Jugendliche Patienten und nicht die Eltern stehen im Vordergrund.

Weiterbildung – Fortbildung Jugendmedizin

In der Weiterbildung sind die Themen der Kindermedizin – der Notfallmedizin – so vielfältig, dass Jugendmedizin oft zu wenig Raum gegeben wird.

In der ambulanten Medizin wurde die hausärztliche Betreuung Jugendlicher – 1/3 aller Kinder und Jugendlichen sind chronisch krank (KIGGS-Studie) – zu einem wesentlichen Versorgungsauftrag.

Fortbildungsangebote des BVKJ sind zum Wissenserwerb zur bio-psycho-sozialen Jugendmedizin aus Sicht des Ausschusses Jugendmedizin unerlässlich.

Themen des Ausschusses in Bereich Weiterbildung und Fortbildung:

- Fortbildungen zur Jugendmedizin: Kongress in Weimar und regionale Angebote
- Weiterentwicklung des Kongresses Jugendmedizin
- Mitgestaltung der Weiterbildungsordnungen der Länder auf der Grundlage der MWBO – DAKJ
- Mitwirkung bei Büchern und Schriftenreihen

Jugendmedizin als interdisziplinäres Fach

Voneinander lernen, miteinander versorgen: für Jugendliche ist der Pädiater der Hausarzt.

Eine Zusammenarbeit besteht letztlich mit allen Fachgruppen: teilweise mit deren Subgruppen, z.B. Urologie, Gynäkologie, Kardiologie oder mit den Verbänden direkt, z.B. Orthopädie, Ophthalmologie, Dermatologie.

Aufgaben, die sich aus der Interdisziplinarität ergeben:

- Psychosomatische Grundversorgung für Kinder- und Jugendärzte
- Schwerpunktheft
- Transition
- Kooptierung ÖGD
- Sucht und Bildschirmmedien
- Kooperation mit den jugendgynäkologischen Organisationen
- Beauftragter Jungenmedizin
- Arzt und Schule

Die Besonderheit der psycho-sozialen Entwicklung Jugendlicher

Die Zusammenarbeit im Bereich der neurologisch-psychiatrischen Fächer ist besonders intensiv.

Eine vielschichtige Vernetzung besteht zudem zwischen Jugendmedizin und

- Öffentlichem Gesundheitsdienst
- Sozialpädiatrischen Zentren (Neuropädiatrie)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten
- Psychosomatik



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

DV 2019 – Ausschuss für Subdisziplinen in der Pädiatrie

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Dr. med. Stefan Renz

Ziel des Ausschusses ist es, die Kooperation zwischen grundversorgender Pädiatrie und Schwerpunkt-pädiatrie zu stärken. Etwa ein Viertel der Mitglieder des BVKJ besitzen eine Schwerpunktbezeichnung. Aktuell hat der Ausschuss zur Frage „Wie kann gewährleistet werden, dass chronisch kranke Kinder auch künftig von gut ausgebildeten Pädiatern kompetent und kindzentriert betreut werden?“ Stellung bezogen.

Mitglieder

Dr. med. Stefan Renz

Dr. med. Folkert Fehr

Dr. med. Christoph Runge

kooptiert: Dr. med. Dipl.-Psych.

Harald Tegtmeyer-Metzdorf



Finanzierung der Schwerpunktpädiatrie (EBM und GOÄ)

- Modifizierung des EBM gemäß den Vorschlägen der Schwerpunktpädiatrie umsetzen – Implementierung der fachpädiatrischen Gesprächsziffer und Modifizierung der Anlage 5 des BMV, (K.O. Ziffern), Höherbewertung des Schweißtests, Berücksichtigung der Gastroenterologen.
- Der Sprecher des Ausschusses (Dr. Stefan Renz) ist Mitglied im Beratenden Fachausschuss Hausärzte der KBV und setzt sich dort für die Belange der SP-Pädiatrie ein.
- Nach wie vor ein Problem: Behandlung von Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen: Transition
- Ausschussmitglieder sind in den Prozess der Ausgestaltung der GOÄ Neu intensiv eingebunden

Weiterbildung

Wir brauchen qualifizierte Spezial-Pädiater in der wohnortnahen Versorgung. Dafür muss weitergebildet werden.

- Förderung der Weiterbildung auch in den Schwerpunktpraxen: finanzielle, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen gemäß MWBO-Reform schaffen
- Weiterbildungsverbände mit Kliniken fördern – s. Positionspapier März 2019 zur Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlichen. Die Ausbildung auch im Schwerpunkt kann nicht mehr an den Kliniken allein erfolgen.
- Die Hauptarbeit liegt im Moment in den Länder-ÄK, wo die Details der WBO umgesetzt werden.
- Erstmals auch Behandlung von Erwachsenen (mit angeborenen Herzfehlern) in der WBO

Bedarfsplanung

- Für Perspektivwechsel von der Bedarfs- zur Versorgungsplanung: Schwerpunkt-pädiatrie trägt aufgrund der Strukturen des größten Teils der Praxen wesentlich zur pädiatrischen Grundversorgung bei.
- Eine Beplanung der Subdisziplinen ist aufgrund der kleinen Zahl der Praxen und deren heterogener Verteilung nicht sinnvoll.
- Dennoch muss eine wohnortnahe kompetente spezialisierte Versorgung gesichert sein, in der Regel (außerhalb der großen Ballungszentren) durch Praxen, die sowohl haus- als auch fachärztlich tätig sind.

Treffen

- Herbsttagung Bad Orb
- Jugendkongress Weimar
- Workshop an einem Wochenende im Frühjahr zur Erarbeitung eines Positionspapiers

Welchen Versicherungsschutz benötigt man in der Praxis

„Prognosen sind schwierig, ...“

... besonders wenn sie die Zukunft betreffen.“ Ob das Zitat nun von Karl Valentin, Mark Twain oder Niels Bohr stammt, ist nicht ganz geklärt. Klar hingegen ist, dass immer wieder Fragen nach Sinn und Notwendigkeit von Versicherungen auftreten. Könnten wir der Zukunft in die Karten schauen, wäre klar, welche Versicherungen wir einmal benötigen. Dies gilt ebenso für Fragen nach den optimalen Versicherungssummen. Im Folgenden erhalten Sie eine beurteilende Übersicht von unabhängigen Versicherungsexperten, zugeschnitten auf Ihr berufliches Profil als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt.



Markus Schon

Experteneinschätzung: Unverzichtbar

„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.“ So steht es in der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Ob Sie beruflich haftpflichtversichert sind, steht also nicht zur Debatte – wichtig bei dieser Versicherung ist die Versicherungssumme. Experten empfehlen eine Untergrenze von 5 Millionen € für Personen- und Sachschäden. Ältere Verträge verfügen oftmals noch über geringere Versicherungssummen und sollten daher dringend angepasst werden. Ein unzureichender Versicherungsschutz kann weitreichende Folgen für Sie haben. Reicht die Versicherungssumme zum

Ausgleich von Haftungsansprüchen gegen Sie nicht aus, haften Sie und gegebenenfalls Ihre Erben mit Ihrem Privatvermögen. Sie sollten also auf jeden Fall dafür sorgen, dass die Versicherungssumme ausreichend bemessen ist, um selbst hohe Haftungsansprüche abzudecken.

Experteneinschätzung: Sinnvoll

• Rechtsschutzversicherung

Das Risiko, beruflich oder privat in eine juristische Auseinandersetzung verwickelt zu werden, ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Parallel hierzu wird die aktuelle Rechtslage immer unübersichtlicher. Rechtsstreitigkeiten sind nervenaufreibend, stören die Berufsausübung und gefährden im schlimmsten Fall den wirtschaftlichen Erfolg Ihrer Praxis. Fachkundige Hilfe und finanzielle Rückendeckung sind in solchen Fällen hochwillkommen. Eine Rechtsschutzversicherung übernimmt die gesetzlichen Gebühren Ihres Rechtsanwaltes sowie die Gerichtskosten, die Zeugen- und Gutachterkosten und auch die gegnerischen Anwaltskosten, falls diese von Ihnen getragen werden müssen.

• Praxisinventarversicherung

Das Praxisinventar ist das unverzichtbare Handwerkszeug Ihrer ärztlichen Tätigkeit und stellt in den meisten Fällen einen erheblichen Wert dar. Feuer-

oder Wasserschäden, Einbrüche und Vandalismus können schnell dazu führen, dass Sie innerhalb kürzester Frist einen hohen finanziellen Betrag aufwenden müssen. Diesen Betrag stellt Ihnen die Praxisinventarversicherung schnell und unkompliziert zur Verfügung. Als Kinder- und Jugendarzt sollten Sie darauf achten, dass Sie den Medikamentenverderb von in Kühlschränken gelagerten Impfstoffen, beispielsweise durch Stromausfall in Folge von Blitzeinschlag, im Rahmen der Inhaltsversicherung mit absichern. Zusätzlich wird eine Vielzahl weiterer Aufwendungen wie eventuell entstandene Löschkosten, Aufräum- und Abbruchkosten, Aufwendungen für die Wiederherstellung von Akten und Daten, Kosten für Sicherungsmaßnahmen und der Austausch von Schlössern nach einem Einbruch sowie Sachverständigenkosten übernommen.

• Elektronikversicherung

Elektronik besetzt die Schlüsselstellen in Ihrer Praxis: Kommunikation, Dokumentation, und Abrechnung sind ohne Elektronik undenkbar. Aber auch in der Diagnostik und Therapie nutzen Sie elektronische Geräte von erheblichem Wert – Tendenz steigend. Die Ungeschicklichkeit oder Fehlbedienung durch einen Mitarbeiter sind eine der häufigsten Ursachen für Schäden an elektronischen Geräten. Die

Kaffeetasse, deren Inhalt im PC einen Totalausfall verursacht oder der Ultraschallkopf, der den Sturz auf den Boden nicht „überlebt“, sind nur zwei Beispiele für typische Schadensfälle. Eine Elektronikversicherung bietet einen finanziellen Ausgleich bei Beschädigung Ihrer elektronischen Geräte durch Bedienungsfehler, Fahrlässigkeit, Überspannungsschäden, Kurzschluss und vielen weiteren Schadensursachen. Sie übernimmt die Wiederbeschaffungskosten für ein gleichwertiges Gerät oder eines der Nachfolgeneration, falls das ursprüngliche Modell nicht mehr verfügbar ist.

- **Cyberversicherung**

In Ihrer Arztpraxis verarbeiten Sie höchst sensible Daten Ihrer Patienten. Gefährlich können dabei die Viren der digitalen Welt werden. Denn Cyber-Schäden können Sie überraschend treffen und kostspielige Konsequenzen haben. Im schlimmsten Fall müssen Sie Ihre Praxis schließen oder Schadenersatz bezahlen. Eine zu empfehlende Cyberversicherung setzt sich in der Regel aus drei Bausteinen zusammen:

1. Cyber-Haftpflichtversicherung zur Absicherung bei Ansprüchen von Dritten, auch bei Verletzung von vertraglichen Geheimhaltungspflichten.

2. Cyber-Eigenschadenversicherung zur Abdeckung der für Ihre Praxis selbst entstandenen Schäden/Kosten wie z. B. Betriebsausfall oder die Kosten für die gesetzlich vorgeschriebene Benachrichtigung aller Patienten.

3. Umfassende Assistance-Leistungen im Versicherungsfall: 24/7-Krisenhotline, einen Cyber-Krisenplan, sowie ein Online-Training zur Sensibilisierung der Mitarbeiter.

- **Praxisausfallversicherung**

Ihre Praxismiete, die Investitionskosten für Ihre technische Ausstattung, Ihre Personalkosten und Leasingraten ergeben zusammen einen erheblichen Betrag, der Monat für Monat fällig wird. Fallen Sie als Leistungsträger durch Krankheit oder Unfall aus, sind diese Kosten nicht mehr durch Einnahmen gedeckt. Eine bedrohliche

Situation entsteht. Die Praxisausfallversicherung schützt Sie vor dieser Gefahr: sie ersetzt im Versicherungsfall die laufenden Betriebskosten, die Personalkosten, Mieten oder auch das Honorar für einen Vertreter. Sie können in der Regel zwischen einer Karenzzeit von 21, 28 oder 43 Wochentagen wählen. Aufgrund dieser Wahlmöglichkeit können Sie die Höhe der Versicherungsprämie nach Ihren Vorstellungen gestalten.

- **Regressversicherung**

Regressforderungen seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen und der Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen zu, sowohl in der Anzahl als auch in der Höhe der Forderungen. Sich hier zu behaupten, ist ohne professionelle Hilfe kaum möglich. Mit einer Regressversicherung sind Sie auf der sicheren Seite. Forderungen gegen Sie werden durch die Versicherungsexperten sachlich und juristisch geprüft. Sie werden durch alle Instanzen vertreten. Im Falle von berechtigten Ansprüchen erhalten Sie einen finanziellen Ausgleich.

Persönliche Sicherheit

- **Berufsunfähigkeit absichern**

Ihre ärztliche Qualifikation ist in der Regel auch Ihr wichtigstes Kapital. Die Lebensqualität Ihrer Familie ist essentiell mit Ihrem beruflichen Schicksal verknüpft. Im Falle einer Berufsunfähigkeit verlieren Sie Ihr wichtigstes Kapital – mit allen eventuell weitreichenden Folgen. In einer privaten Versicherung liegt eine Berufsunfähigkeit dann vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich ununterbrochen, wenigstens aber sechs Monate, zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf nachzugehen. Auch in dieser Versicherung spielen die quantitativen Aspekte eine wichtige Rolle. Es gilt die Frage zu beantworten, welcher Betrag erforderlich ist, um den aktuellen Lebensstandard aufrecht zu erhalten und die laufenden Kosten zu decken. Als Richtwert können Sie 75 % des derzeitigen Nettoeinkommens ansetzen.

- **Betriebliche Altersvorsorge**

Leistungen zur Altersrente, Todesfallleistungen oder Invaliditätsleistungen, die ein Arbeitgeber einem Arbeitnehmer zusagt, werden als betriebliche Altersvorsorge bezeichnet. Die Finanzierung kann durch den Arbeitgeber, den Mitarbeiter oder durch beide gemeinsam erfolgen. Die betriebliche Altersvorsorge hat für Sie finanzielle Vorteile: Sie sparen Lohnnebenkosten. Sowohl die Arbeitgeber- als auch die Arbeitnehmeranteile der Einzahlungen sind sozialversicherungs- und steuerfrei. Wandelt ein Mitarbeiter einen Teil seines Gehalts in einen Beitrag zur betrieblichen Altersvorsorge um, sinkt damit sein zu versteuerndes Einkommen. Das spart Steuern und Beiträge bei der gesetzlichen Rentenversicherung und der Krankenversicherung. Sobald Leistungen ausbezahlt werden, sind dann gegebenenfalls Krankenversicherungsbeiträge und Steuern auf die Betriebsrente zu zahlen. Die Rentenbezüge liegen in der Regel jedoch unter dem früheren Verdienst, so dass per Saldo weniger Steuern abgeführt werden müssen.

Fazit

Mit der Gründung oder Führung einer Praxis sehen Sie sich Risiken gegenüber, die Sie zuvor als angestellten Arzt nicht betrafen. Ein intelligent strukturiertes Versicherungsportfolio kann dafür sorgen, finanzielle Risiken weiter einzugrenzen, so dass Sie sich ganz Ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit widmen können. Diese Empfehlungen betreffen in erster Linie die Tätigkeit in einer Einzelpraxis. Zur Situation in einer Berufsausübungsgemeinschaft werden wir in einer weiteren Folge Stellung nehmen.

Korrespondenzanschrift:

Markus Schon

assekuranz ag

Leiter Ärzte-Service, Diplom-Volkswirt

E-Mail: Markus.Schon@assekuranz-ag.com

Red.: WH

Aus der BVKJ-Service GmbH

Neues Innovationsfondsprojekt

Machen Sie mit bei moma – modules on migraine activity // moma ist ein gemeinsames Projekt der LMU München, der BARMER GEK, der BVKJ-Service GmbH, des Helmholtz Zentrums München und der Hochschule Hof, das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wird.

Projektziel

Ziel des Projektes **moma** ist es, zu evaluieren, inwieweit bei Kindern mit Migräne im Alter von 6 bis 11 Jahren eine reguläre Versorgung durch Sie, die vertragsärztlich tätigen Kinder- und JugendärztInnen (**Praxis**), und eine interdisziplinäre, multimodale Therapie an Sozialpädiatrischen Zentren (**Praxis+SPZ**) gleichermaßen effektiv ist.

Bis zum 01.10.2020 können Kinder, die bei der BARMER versichert sind, für das Projekt angemeldet werden. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über PädExpert®.

Für Sie ergeben sich aus dem moma Projekt folgende Vorteile:

- Erleichterung der Diagnosestellung Migräne anhand der **moma Diagnosechecklist in PädExpert®**
- Übersichtliche Visualisierung des Schmerzverlaufes im **moma Kopfschmerzreport auf der moma Website**

nach kontinuierlicher Dokumentation (1x/d) der Migräne durch die Eltern über die **moma App** (nicht über eine krankheitsfixierende Dokumentation durch die Kinder selbst)

- Genaue **Dokumentation der Medikamentenverabreichung** durch die Eltern
- Visualisierung der bio-psycho-sozialen Wirklichkeit des Patienten anhand der **Complexity Signature auf der moma Website**.
- **Aufwandsentschädigung von bis zu 100 € pro angemeldetem Kind**

Nehmen Sie mit Ihrer Praxis teil

Wir freuen uns sehr, wenn Sie an unserem Projekt **moma** teilnehmen und dazu beitragen, Migräne im Kindesalter besser zu verstehen und zu behandeln! Weitere Informationen finden Sie im BVKJ-Intranet „PädInform“ unter Krankenkassenverträge im Ordner „moma“ sowie auf der Website: www.moma-migraine.de

Vielen herzlichen Dank!
Ihr **moma-Team***

*Projektpartner:

Prof. Dr. med. Florian Heinen, PD Dr. med. Dipl. Psych. Mirjam Landgraf et al., LMU, Klinikum der Universität München, Abteilung Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, iSPZ Hauner; **Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries et al.**, LMU, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin; **Prof. Dr. med. Andreas Straube, PD Dr. med. Ruth Ruscheweyh**, LMU, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Neurologie; **Professor Dr. Reiner Leidl et al.**, Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen; **Prof. Dr. Jörg Scheidt et al.**, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hof, Institut für Informations-systeme; **Dr. Ursula Marschall**, BARMER GEK, Abteilung Medizin und Versorgungsforschung; **Anke Emgenbroich**, BVKJ-Service GmbH, Geschäftsführung.

Red.: WH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten in Klinik und Praxis – was ist erlaubt und was nicht?

Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten wird neben der Tätigkeit in Krankenhäusern inzwischen ebenso bei niedergelassenen Ärzten vermehrt nachgefragt. Auch angehende Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin verlagern ihre Weiterbildungszeit in den ambulanten Bereich, so dass sich für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten stellt. Der folgende Beitrag soll hierzu einen Überblick geben.



Dr. Juliane Netzer-Nawrocki

Grundlagen

Ziel der Weiterbildung zum Facharzt ist es, alle in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen festgelegten theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlernen, um nach Bestehen der Facharztprüfung die ärztliche Behandlung nach Facharztstandard erbringen zu können. Die Weiterbildung wird in der Regel vollzeitig ausgeübt; nach entsprechender Genehmigung ist auch eine Weiterbildung in Teilzeit möglich, mit jeweils verlängerten Weiterbildungszeiten. Sie erfolgt unter Anleitung befugter Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung sowie teilweise durch die erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Kursen.

Die Musterweiterbildungsordnung und die dazu ergänzend erlassenen Weiterbildungsrichtlinien regeln grundlegende Anforderungen zum Weiterbildungsinhalt. Entscheidend und rechtlich

bindend sind jedoch nur die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern. Diese regeln mal mehr, mal weniger ausführlich, wie die Weiterbildungszeit (fachlich) auszugestaltet ist. Hinsichtlich der (organisatorischen) Umsetzung der Weiterbildungstätigkeit im Praxis- und Klinikalltag bleiben aber offene Fragen.

Was darf der Weiterbildungsassistent, was nicht?

Was gilt zum Beispiel bei Urlaubsabwesenheit des Weiterbilders, einer dauerhaften Erkrankung, dem Ausscheiden aus der Praxis oder nur kurzfristigen Abwesenheiten des Weiterbildungsbefugten z. B. bei Hausbesuchen. Muss der Weiterbildungsassistent dann ebenfalls Urlaub nehmen oder darf er zwischenzeitlich von einem anderen Arzt angeleitet werden? Kann er den Praxisinhaber sogar vertreten?

• Personengebundene Zuordnung des Weiterbildungsassistenten

Die Weiterbildung darf nicht bei jedem beliebigen Arzt oder an jedem Standort absolviert werden. Zuvor muss der Weiterbilder für seine Person und die konkrete Weiterbildungsstätte eine Weiterbildungserlaubnis durch die jeweils zuständige Landesärztekammer beantragen. Zudem muss die Weiterbildung für jeden einzelnen angehenden Facharzt genehmigt werden. Jeder Weiterbildungsassistent wird damit persönlich einem weiterbildenden Arzt zugeordnet, un-

ter dessen Anleitung und persönlicher Verantwortung die Weiterbildung zu erfolgen hat. Der Weiterbildungsassistent bleibt dort streng an den ihm zugeordneten weiterbildungsbefugten Arzt – auch z. B. innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft – gebunden. In Krankenhäusern verfügt regelmäßig der Chefarzt der Abteilung über die Weiterbildungsbefugnis. Daher sind die Weiterbildungsassistenten – trotz Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten der Abteilung – hinsichtlich ihrer Weiterbildung allein dem Chefarzt zugeordnet, welcher für die Anleitung, Ausbildung und Überwachung der Weiterbildungsassistenten „in persona“ verantwortlich ist. Was genau unter der „persönlichen Anleitung“ zu verstehen ist, regeln die Weiterbildungsordnungen nicht. Das Maß der erforderlichen Betreuung und Kontrolle richtet sich nach jedem Einzelfall.

• Maß der persönlichen Anleitung

Persönliche Anleitung ist nicht zu verwechseln mit ständiger Aufsicht. Der Weiterbildungsbefugte muss also nicht jeden einzelnen Handgriff des Weiterbildungsassistenten überwachen. Schließlich ist der Weiterbildungsassistent als approbierter Arzt bereits in der Lage, ärztliche Leistungen selbständig zu erbringen und ein gewisses Maß an Selbständigkeit ist – im Rahmen der Fortbildung des Assistenten – durchaus gewollt. Der Weiterbilder ist im Rahmen seiner Ausbildungstätigkeit dafür verantwortlich, dass bei der Behandlung der

Patienten stets der Facharztstandard eingehalten wird.

Hierzu ist erforderlich aber auch ausreichend, wenn sich der Weiterbilder zur Anleitung des Assistenten in greifbarer Nähe befindet. Für die Tätigkeit in der Praxis eines niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes bedeutet dies, dass sich der Weiterbilder in den Praxisräumen aufhalten soll. Die ständige Anwesenheit im gleichen Behandlungszimmer ist hingegen nicht zwingend – kann aber gerade zu Beginn der Weiterbildungszeit noch erforderlich sein.

Im Rahmen der Ausbildungszeit reduziert sich das Maß der persönlichen Anleitung entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsfortschritt des Weiterbildungsassistenten. Zum Ende der Weiterbildungszeit sollte der Weiterbildungsassistent schließlich in der Lage sein, eigene Anamnesen und Behandlungskonzepte eigenverantwortlich zu erstellen und diese mit dem zuständigen Weiterbilder abzustimmen. Es ist Aufgabe des Weiterbildungsbefugten, die richtige Balance zwischen Kontrolle und Vertrauen in die Leistungen des Weiterbildungsassistenten zu finden.

- **Persönliche Leistungserbringungs-pflicht**

Das Maß der persönlichen Anleitung ist ebenso für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen relevant. Der Kinder- und Jugendarzt in eigener Praxis ist vertragsarztrechtlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Auch berufsrechtlich hat der Arzt Leistungen grundsätzlich höchstpersönlich und in eigener Verantwortung zu erbringen.

Leistungen des Weiterbildungsassistenten können ihm daher nur dann als „eigene Leistungen“ zugerechnet werden, wenn sie unter der persönlichen Anleitung des weiterbildenden Arztes erfolgen. Es sind daher nur solche Leistungen des Weiterbildungsassistenten abrechnungsfähig, die den fachärztlichen Anforderungen entsprechen. Hiervon hat sich der Ausbilder persönlich zu überzeugen. Die Grenze des Zulässigen ist in der Regel erreicht, wenn der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt den Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit durch die

Einstellung von Assistenten so weit ausdehnt, dass eine persönliche Überwachung und Anleitung unmöglich ist.

Dies folgt bereits aus § 32 Abs. 3 der Ärzte-ZV. Hiernach darf die Beschäftigung eines Assistenten nicht zu einer Vergrößerung der Praxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs führen. In der Rechtsprechung hat sich als zulässiges Maß für eine Anrechnung der Leistungen des Weiterbildungsassistenten eine Vergrößerung des Praxisumfangs um etwa 25 % herausgebildet, wobei dies nicht als feste Grenze zu verstehen ist. Vielmehr kann im Einzelfall eine unzulässige Praxisvergrößerung auch bei einem darunter liegenden Wert anzunehmen sein. Dem Praxisinhaber können gegebenenfalls Konsequenzen, wie Disziplinarverfahren, Zulassungsentziehungsverfahren oder gar die Verurteilung in einem Strafverfahren wegen Abrechnungsbetruges, welches je nach Strafmaß den Entzug der Approbation nach sich ziehen kann, drohen.

Einzelfälle

- **Urlaub**

Da der Weiterbildungsassistent an die Person des Weiterbildungsbefugten gebunden ist und diese den Assistenten persönlich anzuleiten hat, stellt sich die Frage, was gilt, wenn dieser einmal nicht in der Praxis anwesend ist? Grundsätzlich ist es durchaus möglich, dass der weiterbildende Arzt für einen kurzen Zeitraum, etwa wegen Lehrverpflichtungen oder wegen eines Hausbesuchs oder Notfalls, die Klinik oder Praxis verlässt und der Weiterbildungsassistent für diese Zeit ohne Anleitung durch den ihm zugeordneten weiterbildungsbefugten Arzt ist.

Wenn sich der Weiterbildungsbeauftragte jedoch für längere Zeit – z.B. während seines Urlaubs – nicht in der Praxis befindet, kann er seiner Aufgabe der persönlichen Anleitung – zumindest vorübergehend – nicht nachkommen. Der Weiterbildungsassistent darf in diesen Zeiten zwar unter der Anleitung und nach fachlicher Weisung eines anderen Facharztes oder Oberarztes tätig werden; eine Anrechnung dieser Abwesenheiten der Ausbilder auf die

Weiterbildungszeiten ist jedoch dann nicht mehr zulässig, wenn die Abwesenheit des weiterbildungsbefugten Arztes eine Dauer von sechs Wochen im Kalenderjahr überschreitet.

Wichtig ist insbesondere: Findet die Weiterbildung in einer Einzelpraxis statt und wird der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt nicht durch einen Vertreter in seiner Praxis während seines Urlaubs vertreten, darf der Weiterbildungsassistent nicht allein in der Praxis Leistungen erbringen! Wenn in einer Praxis oder BAG nur ein Arzt die Weiterbildungsbefugnis hat, kann bei seinem Ausfall oder Ausscheiden aus der Gesellschaft der Weiterbildungsassistent nicht mehr weitergebildet werden, denn er darf ohne Anwesenheit des Weiterbildungsbefugten nicht arbeiten.

- **Vertretung**

Aus den vorgenannten Gründen ergibt sich auch, dass der Weiterbildungsassistent seinen Weiterbilder grundsätzlich nicht vertreten darf. Einige Weiterbildungsordnungen sehen jedoch Ausnahmen vor. Kurz vor Abschluss der Weiterbildungszeit kann es also für einen bestimmten Zeitraum zulässig sein, den weiterbildenden Arzt zu vertreten. Hier sind zwingend die Vorgaben der einzelnen Weiterbildungsordnungen zu beachten. Kommt es zu einem plötzlichen und unvorhergesehenen Vertretungsfall – z.B. aufgrund plötzlicher, schwerer Erkrankung des zur Weiterbildung befugten Praxisinhabers, kann im Einzelfall eine kurzzeitige Übergangs-Vertretung durch den Weiterbildungsassistenten möglich sein. Dies ist aber zuvor mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und ggf. der jeweiligen Landesärztekammer abzustimmen.

- **Bereitschafts- und Nachtdienst**

Im vertragsärztlichen ambulanten Bereich ist ausdrücklich geregelt, dass Weiterbildungsassistenten nicht am Notdienst teilnehmen dürfen. Für die stationäre Versorgung gibt es keine entsprechende Regelung. Es entspricht daher dem Klinikalltag, dass Weiterbildungsassistenten häufig zum Bereitschaftsdienst und zur Nachtschicht eingeteilt werden. Haftungsrechtlich

ist dies dann nicht zu beanstanden, wenn der Weiterbildungsassistent bereits die notwendigen Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten besitzt, um auch ohne förmliche Facharztanerkennung den Facharztstandard gewährleisten zu können und im Zweifel einen erfahrenen Facharzt hinzuzieht. Entscheidend ist, dass sich der Chefarzt von den Fähigkeiten des Weiterbildungsassistenten überzeugt hat. Ansonsten droht die eigene Haftung des Chefarztes, wenn er Weiterbildungsassistenten zu viel abverlangt und zum Dienst einteilt, obwohl sie noch nicht die nötige Erfahrung besitzen.

Fazit

Verbindliche Vorgaben, die die Weiterbildung detailliert regeln und jeden denkbaren Einzelfall abbilden, existieren nicht. Entscheidend für die Umsetzung in der Kinder- und Jugendarztpraxis oder im Klinikalltag ist, dass eine ausreichende persönliche Anleitung des Weiterbildungsassistenten stattfindet. Das Maß der persönlichen Anleitung – also wie viel Betreuung und Kontrolle erforderlich ist – richtet sich nach den Fähigkeiten des jeweiligen Weiterbildungsassistenten. Ziel ist es, für jeden Weiterbildungsassistenten maximale Weiterbildungserfolge

zu erzielen und den Patienten jederzeit eine Behandlung nach Facharztstandard zu garantieren.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Bericht aus der Delegiertenversammlung

(die vollständigen Berichte der Ausschüsse und der Beauftragten werden von der Geschäftsstelle des BVKJ in PädInform veröffentlicht)

Information über die europäischen Aktivitäten des BVKJ

Auf dem Winter-Meeting in Brüssel 12/2018 wurden der ungarische Kollege Dr. Peter Altoraj für die PCP und der Niederländer Dr. Karoly Illy zum zweiten Mal für die Secondary Care zu Vorsitzenden des PSCC gewählt.

Benutzte Abkürzungen:

UEMS: Union of European Medical Specialists

EAP: European Academy of Paediatrics (umfasst: UEMS / Paediatric section + Mitglieder mit individueller Mitgliedschaft)

EAPRASnet: European Academy of Paediatrics Research in Ambulatory Settings network

ECPCP: European Confederation of Primary Care Paediatricians

EPA: European Paediatric Association

PCP: Primary Care Paediatrics

PSCC: Primary and Secondary Care Council

Weiterhin ist die Nomenklatur für einen PCP in Diskussion. Laut UEMS Richtlinien soll die pädiatrische Ausbildung für die Facharztanerkennung einen 3jährigen Common Trunk plus eine 2jährige Spezialisierung (wie auch immer) umfassen. Frage: wollen wir auf europäischer Ebene eine Subspezialisierung für allgemeine ambulante Pädiatrie oder soll am Ende der Facharzt Ausbildung ein Generalpädiater stehen, der sich dann weiter spezialisieren kann. Die Länder, in denen Pädiater hausärztlich arbeiten – wie in Deutschland, lehnen eine Subspezialisierung für PCP entschieden ab. Ein weiteres Arbeitsfeld stellt die Definition und Beschreibung des Aufgabenbereichs für PCP und der entsprechenden Weiterbildungsstätten dar.

Neuer Präsident der EAP wurde Prof. Dr. Adamos Hadjipanayis von Zypern – seit 2012 Generalsekretär der EAP. (...)

EAP, EPA und ECPCP

Die Generalversammlung der Länderebene in der EAP befasste

sich u.a. auch wieder mit dem Vorhaben „Speaking with one voice“. Es besteht das Bemühen, unter einem gemeinsamen Schirm die Aktivitäten von EAP, EPA und ECPCP zu koordinieren. (...)

Erfreulicherweise ist es zu einer Annäherung der EPA mit der ECPCP gekommen mit Einbindung der PCP auf den Kongressveranstaltungen. Beim nächsten Kongress der EPA in Zagreb soll diese Zusammenarbeit vertieft werden. (...)

Auch wenn das Thema gemeinsames Europa im Augenblick auf der allgemeinen politischen Bühne sehr kontrovers diskutiert wird, halte ich eine multinationale europäische Zusammenarbeit für sinnvoll und sehr unterstützenswert.

Kontakt:

Karin Geitmann

Delegierte des BVKJ für EAP und ECPCP
k.geitmann@web.de oder PaedInform

Red.: WH

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

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

(02 21) 6 89 09 21



Neues aus dem Bundestag und der Selbstverwaltung

Erste Lesung zum Digitale-Versorgungs-Gesetz Der Bundestag hat am 27. September 2019 in erster Lesung den Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG)) beraten. Wir hatten dazu bereits berichtet. Durch das DVG soll es für Patientinnen und Patienten künftig möglich sein, Gesundheits-Apps auf Rezept zu erhalten, Online-Sprechstunden einfacher zu nutzen und überall bei Behandlungen auf ein sicheres Datennetz im Gesundheitswesen zuzugreifen. Schon heute nutzen viele Patienten Apps, die sie etwa dabei unterstützen, ihre Blutzuckerwerte zu dokumentieren. Künftig sollen diese Apps dann vom Arzt bzw. der Ärztin verschrieben werden können. Die Kosten dafür soll die GKV tragen.



Kathrin Jackel-Neusser

Marktzugang für Apps

Den Herstellern soll der Marktzugang erleichtert werden. Nachdem die App vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf Datensicherheit, Datenschutz und Funktionalität geprüft worden sei, werde sie ein Jahr lang vorläufig von der GKV erstattet. In dieser Zeit müsse der Hersteller beim Bundesinstitut nachweisen, dass seine App die Versorgung der Patienten verbessert. Wie viel Geld der Hersteller dann dafür erhält, verhandelt er selbst mit dem Spitzenverband der GKV.

Zudem soll es Patienten bald möglich sein, digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte flächendeckend zu nutzen. Dies soll aber konkret in einem späteren Gesetz geregelt werden.

Durch das DVG selbst sollen, wie berichtet, Ärzte, die sich weiterhin nicht anschließen wollen, einen erhöhten Hono-

rarabzug von 2,5 Prozent ab dem 1. März 2020 in Kauf nehmen, so die Bundesregierung. Bisher lag der Abzug bei einem Prozent.

Künftig sollen Ärzte auch auf ihren Internetseiten über ihr Angebot an Videosprechstunden informieren dürfen. Die Aufklärung für eine Videosprechstunde kann zudem laut Entwurf jetzt auch online, also im Rahmen der Videosprechstunde erfolgen – nicht mehr wie bisher im Vorfeld.

Wie geht es weiter?

Wir aktualisieren derzeit unsere Stellungnahme zum DVG und werden diese anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses übermitteln. Unsere Stellungnahme dazu werden Sie wie gewohnt auf unserer Internetseite www.bvkJ.de unter Presse/Stellungnahmen finden.

Medizinischer Dienst wird neu aufgestellt

Wie berichtet, soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) organisatorisch von den Krankenkassen abgekoppelt werden. Das sieht das MDK-Reformgesetz der Bundesregierung vor. Bisher sind die MDK's als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen organisiert. Künftig sollen sie eine eigenständige Körperschaft bilden und „Medizinischer Dienst“ (MD) heißen. Mit der Novelle soll die Unabhängigkeit der MDK gestärkt werden. Zudem soll das Gesetz dazu beitragen, die vielen Streitigkeiten zwischen

Krankenkassen und Krankenhäusern über Abrechnungen der Kliniken einzugrenzen. Der Gesetzentwurf sieht dazu mehr Transparenz bei den Abrechnungen der Krankenhäuser vor. So soll die Abrechnungsqualität einer Klinik den Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Ab 2020 soll eine maximale Prüfquote je Krankenhaus festgelegt werden, die den Umfang der Prüfungen begrenzt.

Weitere Änderungen

Bei der Krankenversicherung der Studenten soll der sogenannte Beendigungstatbestand Abschluss des 14. Fachsemesters gestrichen werden. Schließlich sollen die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern in Krankenhäusern nicht mehr durch Fallpauschalen vergütet, sondern zwischen den Dolmetschern und Kostenträgern abgerechnet werden.

Das MDK-Reformgesetz mutiert nun aber zunehmend zu einem Omnibusgesetz

Das heißt, zahlreiche fachfremde Änderungsanträge wurden nun dazu eingebracht (unter anderem zur Weiterbildungsförderung), über die demnächst in einer Anhörung beraten werden soll. Wir werden die Änderungen dann noch im Detail erläutern, sobald diese feststehen.

Die Bundesregierung will verschiedene Vorschläge der Länder für Detailänderungen am MDK-Reformgesetz jetzt zeitnah prüfen. Das geht laut einer Unterrichtung aus der Gegenäußerung der

Bundesregierung auf eine Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf hervor.

Bundestag stimmt Reform der Hebammenausbildung zu

Der Bundestag hat am 26. September 2019 den Entwurf der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD für ein Hebammenreformgesetz in der vom Gesundheitsausschuss geänderten Fassung (19/13588) in letzter Lesung angenommen. CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen stimmten für das Gesetz, AfD, FDP und Linksfraktion enthielten sich.

Duales Studium mit staatlicher Prüfung

Angehende Hebammen werden laut Neuregelung künftig in einem dualen Studium ausgebildet und können dadurch ein wissenschaftliches Studium mit einer beruflichen Ausbildung verbinden. Die Praxiseinsätze fänden im Krankenhaus und im ambulanten Bereich, beispielsweise bei einer freiberuflichen Hebamme oder in einem „Geburtshaus“, statt.

Insgesamt soll das duale Studium mindestens sechs und höchstens acht Semester dauern und mit einem Bachelor und einer staatlichen Prüfung abgeschlossen werden. Der Abschluss sei Voraussetzung, um die Berufsbezeichnung „Hebamme“ führen zu dürfen, heißt es im Gesetzentwurf. Die angehenden Hebammen erhalten während des gesamten Studiums eine Vergütung.

Pflege: Angehörige sollen entlastet werden

Die Bundesregierung will Kinder von pflegebedürftigen Eltern finanziell entlasten. Dazu hat sie einen entsprechenden Gesetzentwurf vorgelegt, der vorsieht, Kinder und Eltern, die gegenüber Beziehern von Sozialhilfe unterhaltsverpflichtet sind, zu entlasten. Der Entwurf sieht vor, die Unterhaltsheranziehung von Eltern und Kindern mit einem jeweiligen Jahresbruttoeinkommen von bis zu einschließlich 100.000 € in der Sozialhilfe auszuschließen.

Das bedeutet, dass auf das Einkommen der Kinder von pflegebedürftigen Eltern, die die sogenannte Hilfe zur Pflege erhalten,

erst ab einer Höhe ab 100.000 Euro zurückgegriffen werden kann.

Erleichterung auch für Eltern mit volljährigen, pflegebedürftigen Kindern

Umgekehrt soll dies auch für Eltern mit volljährigen, pflegebedürftigen Kindern gelten. Damit werde ein Signal gesetzt, dass die Gesellschaft die Belastungen von Angehörigen, zum Beispiel bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen, anerkennt und eine solidarische Entlastung erfolgt, schreibt die Regierung. Der Nachranggrundsatz der Sozialhilfe wird damit erheblich eingeschränkt. Gleichzeitig wird die Beschränkung des Unterhaltsrückgriffs auch auf die anderen Leistungen des SGB XII ausgedehnt, soweit keine minderjährigen Kinder betroffen sind.

Die Begrenzung des Unterhaltsrückgriffs soll ferner auch in der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX durch einen Verzicht auf Elternbeiträge bei volljährigen Leistungsbeziehern gelten. So soll vermieden werden, dass die aus dem SGB XII herausgelöste neue Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen gegenüber Leistungen der Sozialhilfe schlechter gestellt wird.

Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf weitere Vorgaben, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Diese sollen, sofern sie im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig sind, künftig auch einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten. Damit wird eine Rechtsprechung der Sozialgerichte nachvollzogen. Außerdem soll die Projektförderung für eine unabhängige Teilhabeberatung dauerhaft sichergestellt werden.

Budget für Ausbildung in Werkstätten

Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten, sollen künftig mit einem Budget für Ausbildung gefördert werden, wenn sie eine nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder nach dem Gesetz zur Ordnung des Handwerks (HwO) anerkannte Berufsausbildung erwerben wollen.

Quelle: heute im bundestag.de

Neues aus dem G-BA Aus: G-BA aktuell Nr. 4/2019 (30. September 2019)

Elektronisches Arztinformationssystem – G-BA trifft Vorbereitungen

Zum Elektronischen Arztinformationssystem (AiS), mit dem Ärztinnen und Ärzte ab 1. Juli 2020 besser über die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung informiert werden sollen, laufen im G-BA die Vorbereitungen. Wie gesetzlich gefordert, muss der G-BA seine Beschlüsse künftig in einer maschinenlesbaren Fassung als strukturierten Datensatz aufbereiten, der über Praxissoftware eingelesen werden kann. Diesen strukturierten Datensatz hat der G-BA allgemein zugänglich auf seinen Internetseiten bereitzustellen.

Die wesentlichen Eckpunkte zum AIS hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Rechtsverordnung festgelegt, der Elektronischen Arzneimittelinformationen-Verordnung (EAMIV). Sie soll die Ergebnisse der Nutzenbewertung bezogen auf die Kategorien Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Nebenwirkungen in klarer Sprache darstellen und den Gesamtnutzen je Patientengruppe zusammenfassen.

Diese Kurzfassungen hat der G-BA schon realisiert. Seit Januar 2019 sind sie in den Tragenden Gründen aller neuen Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung zu finden. Der G-BA wird bis spätestens zum 30. November 2019 die Details zur Bereitstellung der maschinenlesbaren Datei in seiner Verfahrensordnung beschließen. Seit dem 10. September 2019 läuft dazu ein Stellungnahmeverfahren.

Sobald die Änderung der Verfahrensordnung wie geplant in Kraft getreten ist, wird der G-BA auf seiner Website eine maschinenlesbare Gesamtdatei bereitstellen, die zweimal monatlich aktualisiert wird. Die bis zum Jahr 2011 zurückliegenden Beschlüsse werden – einschließlich einer Kurzfassung der Tragenden Gründe – nach und nach eingepflegt. Sechs Monate nach Änderung der Verfahrensordnung (ab Beschlusstag) müssen sie vollständig zur Verfügung stehen.

Hintergrund

Die Aufgabe, ein Arzneimittelinformationssystem zu schaffen, geht auf das

Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (GKV-AMVSG) von 2017 zurück. Aufgabe des G-BA ist die Bereitstellung der Datei. Weitere Einzelheiten zur Umsetzung der Vorgaben der EAMIV regeln die Vertragspartner nach § 82 SGB V, die KBV und der GKV-Spitzenverband. Die Zertifizierung der Praxissoftware übernimmt die Kasernenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen: G-BA ändert Übergangsfrist bei Nichterfüllung

Der G-BA hat die Übergangsfrist verlängert, in der Perinatalzentren von den Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen abweichen dürfen. Demnach dürfen Perinatalzentren nun bis zum 31. Dezember 2021 von den Vorgaben zum Betreuungsschlüssel und zur Qualifikation abweichen, sofern die hierfür geltenden Voraussetzungen erfüllt werden. Unter anderem legte der G-BA fest, dass Perinatalzentren den schichtbezogenen Betreuungsschlüssel von 2020 bis zum Jahr 2022 zu 90 %, für das Jahr 2023 zu 95 % und erst ab 2024 zu 100 % erfüllen müssen. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, die sich in einer

Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, dürfen zukünftig hälftig auf die Fachweiterbildungsquote angerechnet werden. Der Beschluss zur Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Voraussetzung ist eine Nichtbeanstandung des BMG.

Heilmittel-Richtlinie (HMR) mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 geändert

Der G-BA hat die HMR überarbeitet und den Heilmittelkatalog neu gefasst. Ziel der umfassenden Reform ist es, das Verordnungsverfahren deutlich zu vereinfachen, um die betroffenen Leistungserbringer zu entlasten. Weiterhin wurden die maßgeblichen Änderungen zur Heilmittelversorgung aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) umgesetzt.

Blankverordnung wird geregelt

Zu den wichtigsten Neuerungen zählen die Abschaffung der Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb oder außerhalb des Regelfalls und damit auch

der Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge, sowie Regelungen zur sogenannten „Blankverordnung“. Darüber hinaus erfolgt eine – so das Ziel laut G-BA – deutliche Vereinfachung der Struktur und Darstellungsform des Heilmittelkatalogs.

Änderungen voraussichtlich erst zum 1. Oktober 2020

Die Änderungen werden nach Nichtbeanstandung des BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger erst zum 1. Oktober 2020 in Kraft treten, da eine ausreichende Vorlaufzeit erforderlich ist. Unter anderem müssen auch die Kommunikationsstrukturen zwischen verordnenden Ärztinnen und Ärzten sowie Heilmittelbringern angepasst werden.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Rolle der modernen Strahlen- und Protonentherapie für Tumoren des Kindes- und Jugendalters

Krebs im Kindesalter ist selten. Die Überlebensraten 5 Jahre nach dieser Diagnose sind heute bis auf 80% gestiegen. Heute wird die Strahlentherapie bei verschiedenen Tumorarten im Kindesalter eingesetzt, wie zum Beispiel häufig bei Sarkomen und Tumoren des zentralen Nervensystems. Die Strahlentherapie ist ein wichtiger Bestandteil des multimodalen Behandlungskonzeptes und wird meist im Rahmen von Studien nationaler und internationaler Fachgesellschaften angewendet. Aufgrund ihres Wachstums sind Kinder besonders empfindlich gegenüber strahlungsbedingten Nebenwirkungen und der Induktion von Sekundärmalignomen. Auch birgt das junge Patientenalter besondere Herausforderungen für die Familien sowie die beteiligten Fachdisziplinen bei der Bestrahlungsvorbereitung und -durchführung. Die kontinuierliche Entwicklung moderner Strahlentherapietechniken ermöglicht eine Therapie, die gleichzeitig so intensiv wie nötig und so schonend wie möglich ist. Darüber hinaus werden moderne Behandlungskonzepte verbessert, um Langzeitwirkungen zu minimieren.



**Prof. Dr. med.
Beate Timmermann**

Strahlentherapie in der pädiatrischen Onkologie

Krebserkrankungen im Kindesalter sind aufgrund ihrer Seltenheit, der großen Vielfalt an histologischen Typen und der Komplexität der Behandlungskonzepte eine Herausforderung für jeden Radioonkologen. Nach den Leukämien (30,3%) sind in Deutschland Tumoren des zentralen Nervensystems (23,8%) die am häufigsten gemeldeten Krebserkrankungen. Knochentumoren und Weichteilsarkome machen zusammen weitere 11% der Tumorerkrankungen aus (1). In den letzten Jahrzehnten sind die Überlebenschancen

von Kindern mit Krebserkrankungen stark gestiegen. Heute überleben in Deutschland 85% der Kinder, die im Alter unter 15 Jahren an Krebs erkranken, mindestens fünf Jahre; 83% überleben mindestens zehn Jahre (1). Die Strahlentherapie ist neben der Chemotherapie und der Operation bei vielen Tumoren ein unverzichtbarer Bestandteil des multimodalen Behandlungskonzeptes. Ziel einer guten Strahlentherapie ist hierbei, die größtmögliche lokale Heilungswahrscheinlichkeit mit dem geringsten Risiko einer strahleninduzierten Komplikation zu erreichen. Daher ist es ein Grundprinzip der Strahlentherapie in der pädiatrischen Onkologie, die Behandlungsintensität auf das individuelle Risikoprofil der Kinder abzustimmen und die Behandlung nur so intensiv wie nötig und so schonend wie möglich zu gestalten. Aufgrund des sich in der Entwicklung befindlichen Gewebes sind Kinder jedoch besonders gefährdet, strahlungsbedingte Nebenwirkungen zu entwickeln, die die Organfunktion oder die normale Entwicklung beeinträchtigen. Ebenso besteht ein Risiko für die strahlentherapiebedingte Induktion von Sekundärmalignomen.

Heute wird die Strahlentherapie bei verschiedenen Tumorarten im Kindesalter eingesetzt, wie zum Beispiel häufig bei Sarkomen oder Tumoren des zentralen Nervensystems.

Entwicklungen und Fortschritte der Strahlentherapie

Bereits seit den 1930-er Jahren wird die Strahlentherapie in der pädiatrischen Onkologie routinemäßig durchgeführt, meist eingebunden in ein multidisziplinäres Behandlungskonzept aus Operation, Chemotherapie und Strahlentherapie. Die Rolle der Strahlentherapie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark gewandelt und ist inzwischen integraler Bestandteil der pädiatrischen Onkologie. Sehr häufig erfolgt die Strahlentherapie in Kombination mit der Operation oder auch allein. Ziel ist in der Regel die Heilung, beispielsweise wenn der Tumor nicht oder nicht ausreichend operabel ist, weil sich dieser in unmittelbarer Nachbarschaft zu kritischen Strukturen befindet.

Aufgrund der steigenden Überlebensraten bei Kindern mit Krebserkrankungen in den letzten Jahrzehnten, besteht das Hauptziel der Strahlentherapie nun also nicht mehr nur darin, eine Tumorheilung zu erzielen und die lokale Tumorkontrolle zu maximieren, sondern auch darin, die behandlungsbedingten chronischen Spätnebenwirkungen zu reduzieren und damit die Lebensqualität der späteren Erwachsenen zu verbessern (2). Moderne Behandlungskonzepte beinhalten die Minimierung der Langzeitnebenwirkungen und werden stetig verbessert. Um behand-

lungsbedingte, späte Nebenwirkungen zu vermeiden, ohne die Tumorkontrolle zu gefährden, wurden in den letzten Jahrzehnten immer individuellere Konzepte, aber auch präzisere strahlentherapeutische Modalitäten und Techniken entwickelt, die je nach Tumorrisiko auf eine Verringerung der Strahlendosis oder des bestrahlten Volumens abzielen. Neben der gezielteren, „konformalen“ (genaue 3D-Anpassung der Strahlendosis an die Tumorausdehnung) Dosisabgabe im Rahmen der Strahlentherapie haben auch technologische Fortschritte in der Diagnostik zu einer besseren Tumorabgrenzung und kleineren Zielvolumina geführt (3, 4). Mit der konformalen Strahlentherapie soll eine möglichst exakte Verabreichung der therapeutisch wirksamen Dosis im zuvor definierten Zielvolumen erreicht, und eine unnötige Belastung des gesunden umgebenden Gewebes verhindert werden.

Moderne Bestrahlungstechniken in der pädiatrischen Onkologie

Die Techniken der Strahlentherapie haben sich kontinuierlich weiterentwickelt. Zur Behandlung von Tumoren im Kindesalter wird überwiegend die externe Strahlentherapie mit Photonen oder Protonen oder die Brachytherapie eingesetzt, wobei vor allem die Protonentherapie in den letzten zehn Jahren verstärkt bei pädiatrischen Tumoren zum Einsatz kommt. Heute wird die Strahlentherapie bei Neuroblastomen im Kindesalter, Lymphomen, Hirntumoren sowie Weichteil- und Knochensarkomen eingesetzt (5).

Photonentherapie

Die Photonen-(Röntgen-)Strahlentherapie ist der konventionelle strahlentherapeutische Ansatz bei pädiatrischen Tumoren. Hierbei werden die Photonen durch einen Beschleuniger auf eine sehr hohe Energie und als elektromagnetische Welle in den Körper gebracht, damit sie tief ins Gewebe eindringen können, und dort therapeutisch wirken. Obwohl die Strahlung auf den Tumor gerichtet ist, beeinflusst sie auch das normale Gewebe, das sie auf ihrem Weg in den Körper und aus dem Körper hinaus durchläuft. Nachdem in den 1980-er Jahren der Einsatz von 2D-Techniken durch konventionelle 3D-Techniken ersetzt wurde, ist der aktuelle Behandlungsstandard in den meisten Zentren heutzutage die 3-D konformale

Strahlentherapie mit Photonen (3D-CRT) (6). Die 3D-CRT nutzt Computertomographie (CT)-Bilder und spezielle Computer, um die Lage eines Tumors sehr genau in 3 Dimensionen abzubilden. Je nach Entität, Lokalisation und Alter des Patienten löst die photonenbasierte intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) als eine weiterentwickelte Form der Strahlentherapie mit Photonen die 3D-CRT jedoch zunehmend ab. Neben vielen, verschiedenen Einstrahlrichtungen können bei dieser Technik auch sehr verschiedene Strahlintensitäten für die optimale Tumorabdeckung bzw. Gewebeschonung eingestellt werden. Heute werden dabei zusätzlich bildgebende Verfahren - wie Röntgensysteme, Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) - eingesetzt, um die Präzision in der Planung und täglichen Behandlungsanwendung zu erhöhen („Image Guided Radiotherapy“ (IGRT)). Die lokale Zuordnung von Dosis und Zielgebiet kann hiermit verbessert werden und ermöglicht eine Reduzierung der Sicherheitssäume einer Bestrahlung. Hierdurch kann dem Tumor eine hohe Strahlendosis bei gleichzeitiger Minimierung des bestrahlten Volumens des Normalgewebes verabreicht werden. Die Abgabe einer hohen Dosis an den Tumor durch mehrere Photonenfelder führt jedoch unter Umständen zu einer unerwünschten Exposition und Dosis-Verschmierung im umgebenden Normalgewebe, was unter Umständen zu einem höheren Risiko von strahleninduzierten Nebenwirkungen führen kann (6). Daher muss bei der Auswahl der Strahlentherapietechnik besonders bei Kindern immer eine individuelle, kritische Abwägung von potentiellen Vor- und Nachteilen erfolgen.

Protonentherapie

Anders als bei der konventionellen Photonentherapie erfolgt die Strahlentherapie mit Protonen mit geladenen Wasserstoffionen, die mit einem Beschleuniger auf ca. 200.000 km/s und damit auf etwa 2/3 der Lichtgeschwindigkeit beschleunigt werden. Im Unterschied zur konventionellen Bestrahlung erfolgt bei der Behandlung mit Protonen keine Durchstrahlung des Körpers. Vielmehr kann die Eindringtiefe des Protonenstrahls präzise eingestellt werden. Dies ist aufgrund der physikalischen Eigenschaft der Protonen möglich: Die maximale Dosis wird durch

die Wahl der entsprechenden Energie genau am Zielort erreicht und fällt danach abrupt ab, was im Gegensatz zur Photonenbestrahlung die Ausgangsdosis vermeidet („Bragg-Peak“) (7). Die Protonentherapie kann dadurch die Strahlenbelastung des umgebenden Gewebes reduzieren – im Vergleich zur Bestrahlung mit Photonen um den Faktor 2 bis 3 (8). Somit können mit der Protonentherapie gegenüber der Photonentherapie potentiell strahleninduzierte Nebenwirkungen und das Auftreten von Sekundärmalignomen reduziert und die Lebensqualität von Patienten verbessert werden (9-11). Der potenzielle Vorteil der Protonentherapie wurde erstmals 1946 berichtet, als der Physiker Robert Wilson aufgrund ihrer besonderen physikalischen Eigenschaften Protonen für den klinischen Einsatz vorschlug (12). Damals wurden die Anlagen zur Protonentherapie lediglich als Forschungsanlagen für die technische Nutzung und Weiterentwicklung konzipiert. Erst seit den 1990-er Jahren wurden derartige Anlagen speziell für die Patientenbehandlung errichtet. Mittlerweile sind weltweit etwa 65 Protonenanlagen in Betrieb, weitere befinden sich derzeit im Bau bzw. sind in Planung. Bis Ende 2018 wurden weltweit etwa 220.000 Patienten mit Partikeln bestrahlt, etwa 190.000 Patienten davon mit Protonen (13). Die Nutzung der Protonentherapie steigt in Europa stetig an. Während im Jahr 2014 insgesamt etwa 200 Kinder eine Protonentherapie erhielten, waren es im Jahr 2018 bereits nahezu 700 (14). In Deutschland stehen 6 Anlagen mit unterschiedlichen technischen Ausstattungen und klinischen Schwerpunkten zur Verfügung. Bei etwa einem Drittel der Kinder in Deutschland erfolgt eine Strahlentherapie mit Protonen. Technische Fortschritte, wie beispielsweise die Einführung des Pencil Beam Scanning (PBS) und der intensitätsmodulierten Protonentherapie (IMPT), konnten eine noch bessere Dosiskonformität, eine geringere Eintrittsdosis (die Strahlenbelastung, die bei der Durchdringung auf dem Weg von der Haut bis zum Zielgebiet entsteht) und eine geringere Neutronendosis-Kontamination ermöglichen. Dies ist von besonderer Bedeutung bei der Behandlung pädiatrischer Tumoren, weil neben der Entstehung von Akutnebenwirkungen vor allem langfristige Nebenwirkungen auf den sich noch entwickelnden Körper

oder das Risiko von Sekundärtumoren von immenser Bedeutung sind.

Die Protonentherapie ist also ein vielversprechendes Instrument, um entweder - wenn nötig - die lokale Therapie zu intensivieren oder das Risiko akuter Nebenwirkungen und der Entstehung von Sekundärtumoren nach der Tumorbehandlung zu reduzieren und damit die Lebensqualität zu erhöhen (10, 11). Obwohl die Verfügbarkeit der Protonentherapie im Vergleich zu anderen Techniken schlecht ist (15), wurden in den letzten Jahren nachhaltige Fortschritte erzielt. Insbesondere bei der Behandlung von Tumoren in der Nähe kritischer Organe wie ZNS-Tumoren oder in sehr früher Kindheit wächst das Interesse an der Protonentherapie. Gerade bei Bestrahlungen von Hirntumoren sowie im Bereich des gesamten Zentralnervensystems sind Kinder wegen des sich noch entwickelnden Gewebes besonders anfällig für die Entstehung von Nebenwirkungen und Sekundärmalignomen (16). Sie wird daher in vielen Ländern zunehmend eingesetzt (17). Das Westdeutsche Protonentherapiezentrum in Essen hat sich speziell auf die Behandlung von Kindern fokussiert und bietet das größte Bestrahlungsprogramm für Kinder in Europa.

Dieser technische Fortschritt in der Bestrahlung bewirkt eine bessere Schonung des normalen Gewebes und dadurch eine Minimierung der Langzeitfolgen der Strahlung. Die aktuelle Forschung fokussiert sich daher zunehmend auch auf das Auftreten und die Vermeidung von Spätfolgen, die für die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung sind.

Brachytherapie

Im Gegensatz zur externen Strahlentherapie mit Photonen oder Protonen handelt es sich bei der Brachytherapie um eine Kontakt-Strahlentherapie. Hierbei wird eine umschlossene Strahlenquelle direkt neben oder in das Zielvolumen platziert. Der Dosisabfall in die Umgebung ist im Vergleich zu externen Strahlentherapiemethoden extrem steil. Der Vorteil der Brachytherapie besteht in der Möglichkeit, eine hohe Strahlendosis auf einen kleinen und definierten Bereich zu übertragen, ohne dass Schädigungen des weiter entfernten normalen Gewebes entstehen. Obwohl die meisten Tumoren im Kindesalter mit externer Strahlentherapie in einem multimodalen Umfeld be-

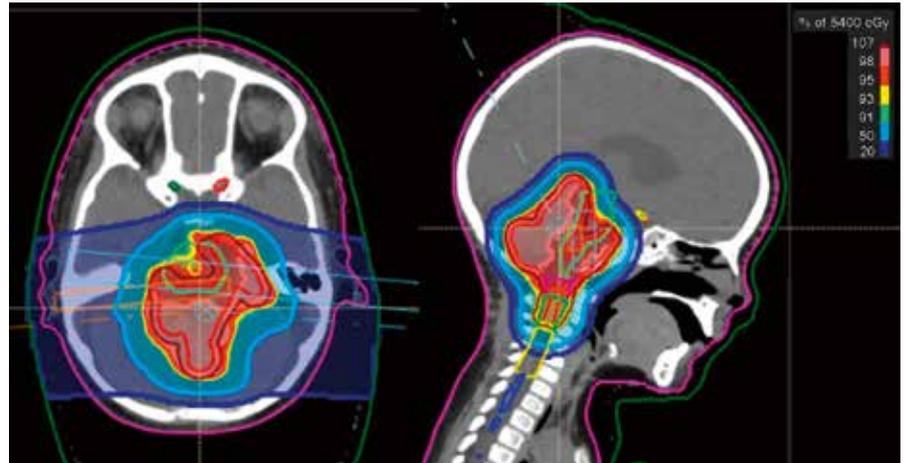


Abbildung 1: Transversale und sagittale Ansicht eines Protonen-Bestrahlungsplans für ein Kind mit Ependyom. Rote Linie: Bestrahlungsvolumen/Tumorbett. Hellblau bis dunkelblau: Bereiche mit geringer Dosis.

handelt werden, wird die Brachytherapie in Einzelfällen als vorteilhaft hinsichtlich unerwünschter Ereignisse angesehen, zum Beispiel bei kleinen und örtlich abgegrenzten Tumorumfängen (18).

Die Brachytherapie wird zum Beispiel im Zusammenspiel mit einer Operation bei einigen Weichteilsarkomen des Kopf-/ Halsbereichs, bei Tumoren des Urogenitalsystems (19), oder auch bei lokal begrenzten Retinoblastomen (20, 21) eingesetzt.

Konzepte der Strahlentherapie

Neben den verschiedenen Techniken haben sich auch die Konzepte in der Strahlentherapie gewandelt. Insbesondere bei der Behandlung von soliden Tumoren des ZNS (22) oder von Tumoren der Knochen und des Weichgewebes ist die Strahlentherapie nach wie vor ein sehr wichtiger Bestandteil der multimodalen Therapiestrategie. Aber auch bei Neuroblastomen, Lymphomen, Wilms-tumoren oder Retinoblastomen findet sie regelmäßig Anwendung. Seltener kommt die Strahlentherapie bei Behandlungen von Leukämien zum Einsatz (Tabelle 1). Während beispielsweise ZNS-Tumoren noch bis in die 1980-er Jahre immer identisch behandelt wurden, erlauben moderne, individualisierte Strahlentherapiekonzepte heutzutage eine dem Tumorrisiko angepasste Bestrahlung mit Berücksichtigung der individuellen Risikokonstellation der Patienten. Es wird dadurch derzeit nicht mehr wie früher das gesamte ZNS (Gehirn und Rückenmark) bestrahlt, sondern oft nur noch die Region, in der sich der Tumor befindet (Abbildung 1). Hierdurch

wird eine Reduktion des bestrahlten Gesamtvolumens erreicht, wodurch sich auch das Risiko für strahleninduzierte Schädigungen des gesunden Gewebes reduziert. Moderne Behandlungskonzepte tragen also dazu bei, die Lebensqualität der Kinder und jungen Erwachsenen zu erhalten und das Auftreten von Spätfolgen und Zweittumoren zu reduzieren. Nur bei dringendem Bedarf wird die kraniospinale Achse (also das gesamte ZNS) ebenfalls bestrahlt.

Auch strukturell hat sich in der pädiatrischen Onkologie einiges getan. Unter dem Dach der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) konnten vor allem durch den Aufbau kooperativer Strukturen für Erfassung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge pädiatrisch-onkologischer Erkrankungen Wissen generiert und eine positive Entwicklung der Therapiekonzepte und damit der Heilungsraten ermöglicht werden. In Deutschland werden über 90% aller Kinder und Jugendlichen mit einer Krebserkrankung in interdisziplinären Therapieoptimierungsstudien und Registern diagnostiziert und behandelt (23). Diese Studien dienen der Qualitätssicherung, Standardisierung und Optimierung von Therapieoptionen. Die Fachleute der Strahlentherapie sind dabei integraler Bestandteil des Expertennetzwerkes.

Wirkung, Chancen und mögliche Risiken bei Kindern

Sowohl die Photonen- als auch die Protonentherapie sind als strahlentherapeutische Optionen für die Behandlung

von Tumoren im Kindesalter akzeptiert und konnten sich als eine wichtige Säule im Behandlungskonzept für eine Vielzahl von Diagnosen etablieren. Die Fähigkeit der Protonen, die Strahlenbelastung von Kindern zu verringern, kann als wichtiger Fortschritt in der Behandlung von Krebs-erkrankungen im Kindesalter erachtet werden, insbesondere bei Tumoren des zentralen Nervensystems. Dennoch birgt jegliche Strahlentherapie bei Kindern auf Grund des noch unreifen Gewebes besondere Risiken.

Die individuellen Nebenwirkungen der Bestrahlung hängen dabei vom bestrahlten Gebiet, von der applizierten Dosis, vom Alter des Kindes sowie eventueller Begleittherapien oder Neben-erkrankungen ab. Grundsätzlich muss zwischen Akutreaktionen und Spätnebenwirkungen unterschieden werden. Akute Nebenwirkungen treten meist lokal und während der Therapie auf und werden zum Beispiel in Form von Hautreizungen im Bestrahlungsfeld sichtbar, klingen aber in der Regel zum Ende der Therapie wieder ab. Bei den Akutreaktionen ist eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Strahlendosis und dem Ausmaß der Schädigung/Inaktivierung proliferierender Stammzellen erkennbar. Ebenfalls kann es aber neben den örtlichen Hautreizungen eher allgemein zu Ermüdungserscheinungen, Kopfschmerzen oder Unwohlsein kommen (24). Um dem Auftreten radiogener Nebenwirkungen frühzeitig entgegen-

wirken zu können, sollten während der Bestrahlung engmaschige Kontrollen und Beratungen stattfinden. In den meisten Fällen sind die Symptome durch einfache Supportivmaßnahmen kontrollierbar.

Spätfolgen hingegen manifestieren sich oftmals erst nach einigen Monaten oder Jahren und sind in der Regel nicht reversibel. Je nach Bestrahlungsbereich und Dosis können sich beispielsweise Beeinträchtigungen bei der Hormonbildung, Speichelbildung sowie beim Wachstum ergeben, aber auch Beeinträchtigungen der Organfunktionen oder Nerven-/Sinnesfunktionen. Das jeweilige Ausmaß hängt dabei von vielen Faktoren ab wie Alter, Begleittherapien, eventuellen Operationsfolgen sowie bestehenden Komorbiditäten. In seltenen Fällen können auch strahleninduzierte Zweittumoren auftreten, teilweise erst nach Jahrzehnten; ihre Inzidenz wird in der Literatur mit ca. 3% nach 20 Jahren angegeben (25). Angesichts der langen Lebenserwartung bei Kindern kommt der Entstehung von Sekundärmalignomen bei ihrer Behandlung eine besondere Bedeutung zu und bedarf dementsprechend regelmäßiger und vor allem langjähriger Nachsorgeuntersuchungen. Sekundärmalignome, die bereits innerhalb der ersten fünf Jahre nach Erstbehandlung auftreten, sind bei vielen Entitäten mit einem signifikant schlechteren 5- und 10-Jahres-Überleben vergesellschaftet als bei einem späteren Auftreten (26).

Inwieweit sich dosiseinsparende, moderne Techniken wie zum Beispiel eine Protonentherapie hierbei positiv auf eine zukünftig hoffentlich niedrigere Zweitumorrate auswirken werden, ist weitgehend noch unklar. Obwohl viele dosimetrische Studien und Modellierungsstudien die theoretischen Vorteile der Protonentherapie unterstützen, beginnen sich die tatsächlichen klinischen Ergebnisse erst jetzt im Rahmen von Langzeitdaten zu zeigen. Das Vollbild von Spätfolgen lässt sich erst viele Jahre nach Beendigung der Strahlentherapie erkennen. Zu den bestehenden Herausforderungen gehören die geringen Patientenzahlen, die Latenzzeiten, die geringe Inzidenz schwerwiegender Spätfolgen, Kosten im Zusammenhang mit Langzeit-Follow-up-Studien oder Registern und die generell geringe Verfügbarkeit einer Protonentherapie. Bisherige klinische Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Protonentherapie strahlenbedingte Spätnebenwirkungen wie neurokognitive Beeinträchtigungen und sekundäre Tumoren reduzieren kann. Daher wird die Anwendung von Protonen bei jungen Kindern mittlerweile oftmals bevorzugt.

Herausforderungen bei der Bestrahlung von Kindern

Im Rahmen der onkologischen Therapie von Kindern ist immer ein hohes Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den behandelnden Kinder-

Tabelle 1: Nutzung der Strahlentherapie in der pädiatrischen Onkologie bei verschiedenen Tumoren.

Tumoren	Diagnosen (Beispiele)	Nutzung Radiotherapie
Hirntumoren	Ependymome, Medulloblastome,	Häufig
Tumoren der Knochen, Knorpel und Weichteile (Sarkome)	Rhabdomyosarkome, Ewing-Sarkome	Häufig
Keimzelltumoren	Germinome, Non-Germinome	Intrakraniell: Häufig Extrakraniell: Selten
Neuroblastome	Neuroblastome	Regelmäßig bei bestimmten Risikofaktoren
Nephroblastome	Nephroblastome	Regelmäßig bei bestimmten Risikofaktoren
Lymphome	Hodgkin-Lymphome, Non-Hodgkin-Lymphome	Regelmäßig bei bestimmten Risikofaktoren
Leukämien	Akute myeloische Leukämie (AML), Akute lymphatische Leukämie (ALL)	Selten
Andere, seltene	Nasopharynx-Karzinome, Retinoblastome	Regelmäßig Risikoabhängig

kliniken und, je nach Komplexität der Fälle, auch anderer Fachabteilungen (zum Beispiel Kinder-Endokrinologie, Neurologie, Neurochirurgie, Neuropädiatrie, Radiologie, HNO oder Ophthalmologie) erforderlich. Dabei werden die jeweiligen Behandlungskonzepte mit den Studienzentralen der „Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie“ (GPOH) und Experten der „International Society of Paediatric Oncology“ (SIOP) sowie mit den betreuenden heimatnahen pädiatrischen Onkologen und innerhalb interdisziplinärer Tumorboards abgestimmt. Auch bei Kindern beträgt die Therapiedauer, in Abhängigkeit der Gesamtdosis und des Fraktionierungskonzeptes, in der Regel 5-7 Wochen. Die Bestrahlung erfolgt meist ambulant, einmal täglich an 5 Tagen die Woche mit Einzeldosen in Höhe von 1,6–1,8 Gy. Sowohl in der Vorbereitung auf die Strahlentherapie als auch während und nach der Strahlentherapie benötigen Kinder besonders viel Aufmerksamkeit und Zuwendung. In Abhängigkeit vom Alter des Kindes kann es daher vorteilhaft sein, das Kind schon in die Vorbereitungsgespräche mit einzubeziehen. So kann das Kind bereits frühzeitig und behutsam auf die Bestrahlungsplanung und -Durchführung vorbereitet werden, um einen möglichst stressfreien Behandlungsablauf für Kind und Behandler sicherzustellen. Für die Bestrahlungsplanung und die einzelnen Bestrahlungssitzungen ist es von großer Wichtigkeit, dass der Patient jedes Mal exakt die gleiche, reproduzierbare Position einnimmt. Hierbei unterstützen verschiedene Lagerungs- und Immobilisierungshilfen, wie Masken, Kopfhaltungen, Vakuumkissen oder Knierollen (Abbildung 2).

Schon eine geringe Bewegung des Kindes kann die modernsten Strahlentherapietechniken zur Schonung der vitalen, normalen Gewebefunktion untergraben und die therapeutische Wirksamkeit beeinträchtigen. Für sehr junge Kinder ist es allerdings oftmals schwer, über die gesamte Dauer bei Planungs-CT/-MRT sowie bei den täglichen Bestrahlungssitzungen einschließlich der Lagekontrollen still zu liegen. In diesen Fällen ist eine anästhesiologische Begleitung erforderlich, um eine sichere und präzise Bestrahlungsdurchführung zu gewährleisten. Diese Anästhesien werden meist von ei-



Abbildung 2: Kind im Bestrahlungsraum vor der Behandlung.

nem sehr erfahrenen, speziell ausgebildeten Anästhesieteam durchgeführt.

Bei älteren Kindern (älter als 5-6 Jahre) ist es zwar möglich, die Strahlentherapie auch ohne Sedierung durchzuführen, stellt die Kinder aber oftmals vor große Herausforderungen. Hier kann eine entsprechende psychosoziale Begleitung zur Vorbereitung und im gesamten Verlauf der Strahlentherapie unterstützend wirken. Mit Zeit und einem hohen Maß an Einfühlungsvermögen kann die Compliance der kleinen Patienten erheblich gefördert und die Angst vor der Behandlungsprozedur genommen werden.

Fazit für die Praxis

Die Anwendung der Strahlentherapie bei Kindern ist für viele solide Tumoren Bestandteil des multimodalen Therapiekonzeptes. Durch die Entwicklung innovativer Strahlentherapietechniken, die Optimierung der Bildgebung sowie von risikoadaptierten Therapiekonzepten sind die Überlebensraten von jungen Patienten mit Krebserkrankungen in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Es ist davon auszugehen, dass moderne, konformale Bestrahlungstechniken wie die Protonentherapie in Zukunft verstärkt zur Behandlung von Kindern eingesetzt werden, hohe Tumorkontrollraten erreichen und gleichzeitig das Risiko für Nebenwirkungen verringern. Zur

Stärkung der Evidenz, auch in Bezug auf Wirkung und Spätfolgen der Strahlentherapie, bedarf es einer prospektiven und multiinstitutionellen Datensammlung im Rahmen von Studien und Registern.

Die Bestrahlungsplanung und -durchführung ist besonders bei sehr kleinen Kindern höchst anspruchsvoll und sollte nur in erfahrenen Zentren mit entsprechender interdisziplinärer Infrastruktur und Expertise durchgeführt werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Beate Timmermann
Klinik für Partikeltherapie
Universitätsklinikum Essen
Westdeutsches Protonentherapiezentrum
Essen
Hufelandstr. 55, 45147 Essen
E-Mail: beate.timmermann@uk-essen.de

Dr. Stefanie Schulze Schleithoff
E-Mail: stefanie.schulze-schleithoff@uk-essen.de

Theresa Steinmeier
E-Mail: theresa.steinmeier@uk-essen.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Herausforderungen der Kinderernährung in Afrika

Kinderernährung in Afrika berührt uns in der Regel, wenn wir in den Medien oder vor Ort Kinder mit mehr oder weniger ausgeprägten Zeichen der schweren Mangelernährung sehen. Die weitaus meisten mangelernährten Kinder zeigen heute eine Wachstumsverzögerung, die ohne Kenntnis des Alters nicht erkennbar ist.



**Prof. i.R. Dr.
Michael B. Krawinkel**

Kwashiorkor hat eine hohe Letalität bis heute

Blicken wir zurück, so waren Marasmus und Kwashiorkor als die klinischen Bilder der schweren Mangelernährung auffällig und eindeutig. Fast 60 Jahre ist es her, dass der Begriff der Protein-Energie-Mangelernährung, abgekürzt PEM, von John Waterlow eingeführt wurde. Für viele ist PEM heute noch in Gebrauch, obwohl seit ca. 30 Jahren bekannt ist, dass der Begriff zu eng gefasst ist. Er berücksichtigt nicht den in der Regel bei den betroffenen Kindern vorhandenen Mangel an vielen Nährstoffen, deren Bedeutung durchaus dem Protein gleichzusetzen ist. Spätestens seit Michael Goldens Untersuchungen in Haiti wissen wir, dass ein Mangel an Antioxidantien und ein daraus resultierender Überschuss freier Radikale, O^- und OH^- , als oxidativer Stress entscheidend ist, ob es zu Marasmus oder Kwashiorkor kommt. Die Überschätzung des Eiweißmangels hatte fatale Folgen, weil gerade Kindern mit lebensbedrohlicher Mangelernährung reichlich Eiweiß

verabreicht wurde, womit nicht wenige unwissentlich ins Organversagen getrieben wurden. Sowohl der Harnstoffzyklus als auch die Tubulusfunktion sind bei diesen Kindern stark eingeschränkt.

Ein weiterer häufig tödlicher Fehler beruhte auf der Unkenntnis der latenten Herzinsuffizienz, die bei schwerer Mangelernährung besteht und inzwischen auch echokardiografisch dokumentiert ist. Sie ist Folge einer Störung des Energiestoffwechsels der Myokardzellen, bei der es zur Ablagerung von Fettsäuren in intrazellulären Vakuolen kommt; aus diesen können die Fettsäuren nicht transportiert und der β -Oxidation zugeführt werden. Die daraus resultierende Herzinsuffizienz führt zum akuten Herzversagen, wenn Natrium-reiche Nahrung oder Lösungen, z.B. für die Diarrhoe-Behandlung, zugeführt werden. Auch Bluttransfusionen, die wegen der hochgradigen Anämie durchgeführt werden, gefährden das Leben der Kinder akut aufgrund der damit verbundenen kardialen Volumenbelastung.

Tödliche Fußangeln der Ernährung

Die intrazelluläre Lipidablagerung tritt auch in der Leber auf und verursacht eine auf den ersten Blick paradox erscheinende Steatose bei schwerer Mangelernährung, die auch mit Funktionseinschränkungen der Leber einhergeht. Klinisch bewährt hat sich das Vorgehen, das auch in die Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit Fokus auf initiale Stabilisierung eingeflossen ist. Sie benennt zehn Schritte, die den Risiken von Hypoglykämie, Dehydratation, – nicht selten symptomlose – Infektion und Elektrolytverschiebung Rechnung tragen. Der Start der Ernährungsrehabilitation erfolgt äußerst vorsichtig mit vielen kleinen Portionen einer niedrig konzentrierten Nahrung (F75), da auch die Dünndarmschleimhaut eine Atrophie wie bei Zöliakie zeigt. Wenn diese Nahrung gut vertragen wird, wird dann auf eine kalorien- und nährstoffreiche Nahrung (F100) umgestellt.

Tab. 1: Organmanifestationen und häufigsten Komplikationen schwerer Mangelernährung (nach Bhutta et al, 2017)

Organ/System	Manifestation der schweren Mangelernährung
Gehirn	Lethargie/Apathie, Langzeit-Folgen für die Entwicklung
Endokrinium	Hypothyreose, hohe Cortisol- und Wachstumshormonspiegel
Herz	Herzinsuffizienz
Atemwege	Pneumonie
Leber	Störung der Entgiftung (Glucuronierung) und der Proteinsynthese
Pankreas	Eingeschränkte endokrine und exokrine Pankreasfunktion
Magen-Darm-Trakt	Eingeschränkte Verdauung- und Absorption, veränderte Mikrobiota, chronische Entzündung
Niere	Eingeschränkte glomeruläre und Tubulusfunktion
Immunabwehr	Eingeschränkte Immunabwehr, Verlust der kutanen Integrität

Da die Umsetzung der WHO-Leitlinien eine große medizinische und pflegerische Herausforderung darstellt, ist die Senkung der Mortalität schwer mangelernährter Kinder auch heute eine große Herausforderung, während die Betreuung der nicht lebensgefährlich bedrohten Kinder im Rahmen von Programmen zum *community based management* der Mangelernährung – unter anderem durch den Einsatz von *ready-to-use-therapeutic-foods* (RUTF) einfacher geworden ist. Ziel jeder Behandlung muss aber sein, die Familien in die Lage zu versetzen, ihre Kinder mit den ihnen zur Verfügung stehenden Nahrungsmitteln bedarfsgerecht zu ernähren.

Für die Prävention der Mangelernährung im Kindesalter steht weiterhin die Verbesserung des Stillverhaltens und der Säuglingsernährung an erster Stelle. Hier gelten weltweit nicht einheitliche Empfehlungen: während die WHO exklusives Stillen für die ersten sechs Monate empfiehlt, weil dadurch Infektionsrisiken gesenkt werden, wird in vielen Industrieländern – und auch Deutschland – empfohlen, individuell zu entscheiden, wann zwischen dem fünften und siebten Lebensmonat begonnen werden soll, andere Nahrung als Muttermilch zu geben.

Weniger als 10% der Kinder werden nach WHO-Mindeststandards ernährt

Samson Gebremedhin aus Äthiopien hat in einer 2019 veröffentlichten Übersicht zu Subsahara Afrika berichtet, dass

- nur 50,5% der Neugeborenen in der ersten Lebensstunde angelegt wurden,
- nur 41% der Säuglinge in den ersten fünf Lebensmonaten exklusiv gestillt wurden,
- weniger als 40% der Säuglinge und Kleinkinder die Nahrung in der empfohlenen minimalen Häufigkeit bekamen (*meal frequency*), und
- nur 21% der Säuglinge und Kleinkinder die empfohlene Mindestvielfalt der Nahrung bekamen (*dietary diversity*).

Aus den beiden letztgenannten Variablen errechnet sich, dass nur 9,8% der Kinder eine *„minimum acceptable diet“* nach den Empfehlungen der WHO erhielten. Diese Befunde müssen erschrecken, weil sie bedeuten, dass 90% der Kleinkinder in Subsahara Afrika auch heute ein hohes Risiko für Mangelernährung haben.

Die Förderung der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern in Afrika liegt heute überwiegend nicht in der Hand von Kinderärztinnen und Kinderärzten sondern wird von Ernährungsberaterinnen, Pflegekräften, Hebammen und Laien geleistet. Vielfach ist Ernährungsberatung eine Angelegenheit des Agrarministeriums und nicht primär im Gesundheitsressort angesiedelt. Das begünstigt ein Ausklammern der Stillförderung, für die diese Beratungskräfte nicht ausgebildet sind. Neben verhaltensorientierten Maßnahmen und Programmen sind aber Lebensumstände, die dem Stillen nicht förderlich sind, ein wesentliches Hindernis für eine nachhaltige Verbesserung der Säuglingsernährung. Diese Lebensumstände sind nicht uniform:

- sie sind in der Stadt anders als auf dem Land,
- sie sind in Gebieten mit – saisonaler oder dauerhafter – Lebensmittelknappheit anders als in Regionen mit dauerhafter Nahrungssicherheit,
- sie sind bei berufstätigen Müttern in Lohnarbeitsverhältnissen anders als bei Familien, die von Landwirtschaft zur Selbstversorgung abhängig sind, und
- sie sind in slums anders als in ‚regulären‘ Wohngebieten.

Lösungen der Ernährungsprobleme müssen vor Ort gefunden werden

Die Vielfalt der Herausforderungen bedeutet auch, dass es keine globalen Lösungsstrategien gibt. Der Aufenthalt vor Ort und der Erwerb spezifischer Kenntnisse über die lokalen Ursachen für Mangel- und Fehlernährung und die Ressourcen und Potentiale für ihre Überwindung sind unabdingbare Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung.

Eine noch jüngere Herausforderung für die Kinderernährung in Afrika ist die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Schon 2007 beschrieben Elisabeth Kimani-Wurage und Kollegen in einer ländlichen Region Südafrikas 7,5% der Kinder im Alter von 10-14 Jahren als übergewichtig oder adipös. Der Prozess, der als *nutrition transition* bezeichnet wird, hat inzwischen alle Länder Afrikas erfasst und ein Bericht der Weltgesundheitsorganisation nennt die Zahl vom 10,6 Millionen übergewichtiger oder adipöser Kinder in Afrika. Die Veränderung der Ernährung ist global: verzehrt wird mehr Fett, mehr Zucker und mehr Salz – wo früher Fleisch, Fisch, Gemüse und Knollenfrüchte gekocht und gegrillt wurden, wird heute vielfach gebraten und frittiert. Das begünstigt das Auftreten von Übergewicht, schließt aber Nährstoffmangelzustände nicht aus; und so finden sich selbst bei übergewichtigen Kindern gleichzeitig Vitamin- und Spurenelementmängel.

Die Wirkungen der hohen Aufnahme von Nahrungsfett betrifft nicht nur den Energieüberschuss, der Übergewicht und Adipositas verursacht, sondern auch die Mikrobiota des Darms: das Profil der Bakterien verschob sich zu einem ungünstigen Wert bezüglich der metabolischen Eigenschaften und pro-inflammatorischer Biomarker im Plasma.



Abb. 1: Schulkinder beim gemeinsamen Mittagessen mit Bohnen und Mais, Kenia, 2018



Abb. 2: Getrocknete Würmer als Nahrungsmittel, Gokwe, Simbabwe, 2016



Abb. 3: Der Affenbrodbaum – reiche Quelle für Vitamin C und Mineralstoffe in der Trockenzeit, Kordofan/Sudan, 2017

Die PIAMA-Studie in den Niederlanden konnte zeigen, dass exklusives Stillen für mindestens vier Monate das Risiko für Übergewicht im Kindesalter signifikant vermindert. Das heißt neben der Beratung und Unterstützung für eine bedarfsgerechte Ernährung der Kinder trägt auch die Stillförderung mittel- und langfristig zur Prävention bei. Bei Ärztinnen und Ärzten gerät der quantitative Aspekt von Nahrungsenergie und Nährstoffbedarf immer leicht in den Vordergrund. Aber um den Herausforderungen von Mangel- und Fehlernährung gerecht zu werden, spielt Ernährungsbildung eine mindestens genauso große Rolle.

In Kambodscha konnte gezeigt werden, dass nach einer Ernährungsbildung für Mütter und Großmütter bei den von ihnen betreuten Säuglingen und Kleinkindern die Aufnahme von Gemüse und Früchten, insbesondere auch solchen mit Provitamin A, signifikant anstieg.

Globale Herausforderungen – lokale Lösungen

Die Herausforderungen der Kinderernährung in Afrika sind im Prinzip nicht auf diesen Kontinent und diese Altersgruppe beschränkt. Die Mittel, ihnen erfolgreich zu begegnen sind von den lokalen Gegebenheiten in sozialer, kultureller, wirtschaftlicher, geophysikalischer und politischer Hinsicht abhängig. Dennoch bleibt es eine globale Herausforderung, die in einem 2019 erschienenen LANCET-Beitrag ‚Food in the Anthropocene‘ zusammengefasst wurde: sowohl eine Verminderung der Lebenserwartung als auch eine Verstärkung der Umweltzerstörung müssen vermieden werden durch eine Ernährung, die



Abb. 4: Ernährungsbildung für Mütter und Großmütter ermöglicht, vorhandene Nahrung besser zu nutzen, Malawi, 2015

- überwiegend aus Gemüse, Früchten, Vollkorn, Hülsenfrüchten, Nüssen und pflanzlichen Ölen besteht
- die eine kleine bis mäßige Menge an Meeresfrüchten und Geflügelfleisch enthält, und
- in der rotes Fleisch und Fleischprodukte, zugefügter Zucker, ausgemahlene Mehle und Stärke-haltige Feldfrüchte weitestgehend vermieden werden.

Diese Empfehlungen machen deutlich, dass die Herausforderungen der gesunden Ernährung heute global ähnlich sind und ihnen mit ähnlichen Maßnahmen begegnet werden muss. Aber der Aufenthalt vor Ort und der Erwerb spezifischer Kenntnisse über die lokalen Ursachen für Mangel- und Fehlernährung und die Ressourcen und Potentiale für ihre Überwindung sind unabdingbare Voraussetzungen für eine regionale

und nachhaltige Verbesserung – es ist also keine Angelegenheit für Kurzzeitaufenthalte und die Anwendung von in Deutschland erworbenem Praxiswissen, sondern es bedarf eines längerfristigen Engagements und der Bereitschaft vor Ort dazuzulernen.

Korrespondenzanschrift:

Prof. i.R. Dr. Michael B. Krawinkel
 Institut für Ernährungswissenschaft
 Justus-Liebig-Universität
 Wilhelmstr. 20, 35392 Giessen
 E-Mail: michael.krawinkel@uni-giessen.de

Interessenkonflikt:

Der Autor hat 2018 auf Einladung der WHO an einer Konsultation in Genf teilgenommen.

Red.: Huppertz

Die neuen STIKO Impfeempfehlungen 2019/2020

Wie jedes Jahr wurden im August die aktuellen STIKO-Empfehlungen im *Epidemiologischen Bulletin* (Ausgabe 34, www.rki.de) publiziert. Aus Sicht der Pädiatrie gab es bei den Standardimpfungen (Abbildung 1) keine Änderungen. Da für Erwachsene neu die Impfung gegen Herpes Zoster hinzugekommen ist, umfassen die Empfehlungen jetzt 16 verschiedene Impfungen, sei es einzeln oder in diversen Kombinationen: Rotaviren (RV), Tetanus (T), Diphtherie (D bzw. d, je nach Antigenmenge), Pertussis (aP bzw. ap, je nach Antigenmenge), *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib), Poliomyelitis (IPV), Hepatitis B (HB), Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln (MMR), Varizellen (V), Meningokokken Gruppe C (MenC), humane Papillomviren (HPV), Herpes zoster (HZ), und Influenza – letztere leider bislang nicht für alle Altersgruppen, sondern nur für Personen ab Alter 60 Jahre.

Standardimpfungen

Auch wenn wir als Pädiater in aller Regel keine Erwachsenen betreuen, lohnt es sich dennoch, die wichtigsten Fakten zur neuen **Impfeempfehlung gegen Herpes zoster** zu kennen:

- Die STIKO empfiehlt nur die Impfung mit dem adjuvantierten Totimpfstoff (Shingrix®), weil dieser im Vergleich zum Lebendimpfstoff (Zostavax®) u.a. als wirksamer gilt (siehe ausführliche Begründung im *Epidemiologischen Bulletin* 50/2018).
- Die vollständige Impfung umfasst 2 Dosen im Abstand von mindestens 2 bis – laut Fachinformation – 6 Monaten (weil die Zulassungsstudien „per protocol“ so durchgeführt wurden).
- Ziel der Impfung ist es, die T-Zell-vermittelte Immunität gegen Varicella-Zoster Virus (VZV) zu steigern (Boostereffekt) und dadurch die Reaktivierung latenter VZV in den Nervenganglien zu verhindern, welche den Herpes zoster auslöst. Da die grosse Mehrheit der in Deutschland lebenden 50 Jahre und älteren Erwachsenen Varizellen durchgemacht hat, muss dies nach Auffassung der STIKO nicht als Impfvoraussetzung individuell geprüft werden – weder anamnestisch noch serologisch.
- Auch Personen, welche bereits an Herpes zoster erkrankt waren, dürfen diese Impfung im Sinne einer Rezidivprophylaxe erhalten.
Diese Informationen sollen Ihnen helfen, als Ansprechpartner bei Anfragen von Patienteltern zu ihren eigenen Impfungen kompetent Auskunft geben zu können.

Indikationsimpfungen

Bei den Indikationsimpfeempfehlungen gab es auch eine bedeutsame Ergänzung, nämlich die oben bereits erwähnte Impfung gegen Herpes zoster. Sie ist für Personen ab dem Alter von 50 Jahren „bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grundkrankheit“ empfohlen. Die STIKO nennt als Beispiele (!) folgende Krankheitsbilder:

- Angeborene oder erworbene Immundefizienz oder Immunsuppression;
- HIV-Infektion;
- Rheumatoide Arthritis;
- Systemischer Lupus erythematoses;
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen;
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder Asthma bronchiale;
- Chronische Niereninsuffizienz;
- Diabetes mellitus.

Immer wenn die STIKO Beispiele von Krankheiten nennt, lässt sie bewusst Spielraum für die individuelle ärztliche Beratung. Diese kann weitere Situationen zutage bringen, welche eine Impfindikation im Sinne einer „gesundheitlichen Gefährdung“ begründet.

Postexpositionelle Impfungen und Chemoprophylaxe

Die STIKO hat eine weitere Indikationsgruppe für die Chemoprophylaxe mit Rifampicin oder Ceftriaxon nach engem (*face-to-face*) Kontakt zu Patienten mit invasiver ***Haemophilus-influenzae*-Typ-b-Infektion** formuliert. Sie betrifft „Alle Kinder unabhängig von Impfstatus und Alter sowie (für) BetreuerInnen derselben

Gruppe einer Gemeinschaftseinrichtung für Kleinkinder, wenn dort innerhalb von etwa 2 Monaten ≥ 2 Fälle aufgetreten sind und in der Einrichtung nicht oder nicht ausreichend geimpfte Kinder betreut werden.“

Ebenfalls eine neue Indikation gibt es für die Chemoprophylaxe mit einem Makrolid bezüglich **Pertussiskontakt**:

„Geimpfte Personen mit engen Kontakten zu einer erkrankten Person, wenn sich in ihrer Umgebung gefährdete Personen (wie z. B. ungeimpfte oder nicht vollständig geimpfte Säuglinge, Kinder mit kardialen oder pulmonalen Grundleiden oder Schwangere im letzten Trimester) befinden.“ Diese Empfehlung für geimpfte (!) Kontaktpersonen trägt dem Umstand Rechnung, dass die Schutzwahrscheinlichkeit bei Geimpften bestenfalls 90% beträgt und man sich bei Kontakt zu *gefährdeten Personen* darauf nicht verlassen sollte. Diese Empfehlung erweitert also die bereits bestehende, weiter gefasste Postexpositionsprophylaxe für ungeimpfte Kontaktpersonen.

Gut zu wissen

Häufig wird eine wichtige Bemerkung der STIKO übersehen, welche den Wert der individuellen Beratung Ihrer Patienten bzw. deren Eltern betont. Sie wird seit vielen Jahren unverändert in einem Kasten in den publizierten Empfehlungen hervorgehoben: „Neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen sind auf der Basis der existierenden Impfstoff-Zulassungen weitere „Impfindikationen“ möglich, auf die nachfolgend nicht eingegangen wird, die aber für einzelne Personen, ihrer individu-

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren							
	6	2	3	4	11-14	15-23	2-4	5-6	7-8	9-14	15-16	17	ab 18	ab 60
Rotaviren	G1 ^b	G2	(G3)											
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	N	A2	N	A (ggf. N) ^e		
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	N	A2	N	A (ggf. N) ^e		
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	N	A2	N	A3 ^e	ggf. N	
Hib H. influenzae Typ b		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N							
Poliomyelitis		G1	G2 ^c	G3	G4	N		N		A1	N	ggf. N		
Hepatitis B		G1	G2 ^c	G3	G4	N			N					
Pneumokokken ^a		G1		G2	G3	N								S ^g
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)					N				
Masern					G1	G2				N			S ^f	
Mumps, Röteln					G1	G2				N				
Varizellen					G1	G2				N				
HPV Humane Papillomviren										G1 ^d	G2 ^d	N ^d		
Herpes zoster														G1 ^b G2 ^h
Influenza														S (jährlich)

Erläuterungen

G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)

A Auffrischimpfung

S Standardimpfung

N Nachholimpfung (Grund- bzw. Erstimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

- a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Impfstoffdosen.
- b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.
- c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.
- d Standardimpfung für Kinder und Jugendliche im Alter von 9–14 Jahren mit 2 Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).
- e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.
- f Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit.
- g Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff.
- h Zweimalige Impfung mit dem adjuvantierten Herpes-zoster-Totimpfstoff im Abstand von mindestens 2 bis maximal 6 Monaten.

Abb. 1

ellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend, sinnvoll sein können. Es liegt in der ärztlichen Verantwortung, PatientInnen auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern ist auch eine fehlende STIKO-Empfehlung kein Hindernis für eine begründete Impfung.“

Sie sind also nicht nur berechtigt, sondern geradezu verpflichtet, auch über nicht von der STIKO empfohlene Impfmöglichkeiten zu informieren. Die **Meningokokken Gruppe B Impfung** sei hier stellvertretend genannt. Sie können sich im Beratungsgespräch auf die zuletzt im Januar 2019 aktualisierte Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impfungen der DAKJ stützen (<https://www.dakj.de/stellungnahmen/impfprophylaxe-invasiver-erkrankungen-mit-meningokokken-der-serogruppe-b/>). Aus juristischen Gründen ist es wichtig, dass Sie die in Ihrem Bundesland geltende „öffentliche Empfehlung“ zur Meningokokken-Impfprophylaxe kennen (Tipp für Suche im Internet: „öffentliche Impfempfehlung“

mit entsprechendem Bundesland kombinieren). Denn nur wenn die Meningokokken Gruppe B Impfung explizit oder generisch (d.h. unabhängig von der Serogruppe, wie z.B. in Bayern) empfohlen ist, besteht im unerwarteten Fall eines Impfschadens Versorgungsanspruch. Das ist ein Dilemma, welches ein schriftliches Einverständnis der Eltern über Ihre Aufklärung ratsam erscheinen lässt.

Sehr hilfreich ist meines Erachtens auch Tabelle 10 der STIKO Empfehlungen, in der man eine Auflistung zugelassener Impfstoffe (einzeln oder Kombinationen) und Altersangaben zu deren Anwendung findet. Wichtig ist hier auch der Hinweis, dass die Erstimmunisierung von Personen mit unbekanntem Impfstatus und bisher Ungeimpften mit einigen D oder d/T/aP-Kombinationsimpfstoffen zulassungskonform ist.

STIKO@rki-App

Zum Schluss sei noch an die STIKO App (STIKO@rki-App) hingewiesen. Sie bein-

haltet zahlreiche nützliche Informationen und Anwendungen rund ums Impfen: die jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen, Fachinformationen der Impfstoffe, und einen „Impf-Check“. Wenn man Alter, Geschlecht und Impfanamnese eines Patienten eingibt, so wird deren Impfstatus überprüft und eventuell notwendige Nachholimpfungen aufgelistet. STIKO@rki-App kann kostenlos im iTunes Store oder im Google Play Store heruntergeladen und auf Smartphones und Tablets benutzt werden.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Leitender Arzt, Pädiatrische Infektio-
logie und Vakzinologie, Universitäts-
Kinderspital beider Basel (UKBB), Spital-
strasse 33 | Postfach | CH-4031 Basel
T direkt +41 61 704 2909, T +41 61 704
12 12, F +41 61 704 12 13
E-Mail: ulrich.heininger@ukbb.ch

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

Anamnese

Ein reifgeborenes, weibliches Neugeborenes wird mit einem seit der Geburt bestehenden, bläulichen Tumor am rechten medialen Oberschenkel vorgestellt. Dieser sei innerhalb der ersten Lebensstage blasser geworden und habe an Größe abgenommen. Das Mädchen wurde in der 38. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 2.615 g spontan geboren und ist das zweite Kind seiner Eltern. Die weitere Eigen- und Familienanamnese ist leer.

Untersuchungsbefund

7 Tage altes weibliches Neugeborenes in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Am rechten Oberschenkel medial findet sich ein weich palpabler, 3 x 3,5cm durchmessender, subkutaner, bläulich durchscheinender Tumor mit verstärkter Gefäßzeichnung und blassem Randsaum (Abb. 1). Sonografisch zeigt sich eine eingeschränkt abgrenzbare, angedeutet lobulierte Raumforderung im subkutanen Fettgewebe mit weitgehend

homogener Struktur und nur mäßiger Vaskularisierung.

Bei der Nachuntersuchung im Alter von 11 Wochen ist der Befund bereits weitgehend rückläufig (Abb. 2).

Welche Diagnose wird gestellt?



Abb. 1: Befund im Alter von 7 Tagen

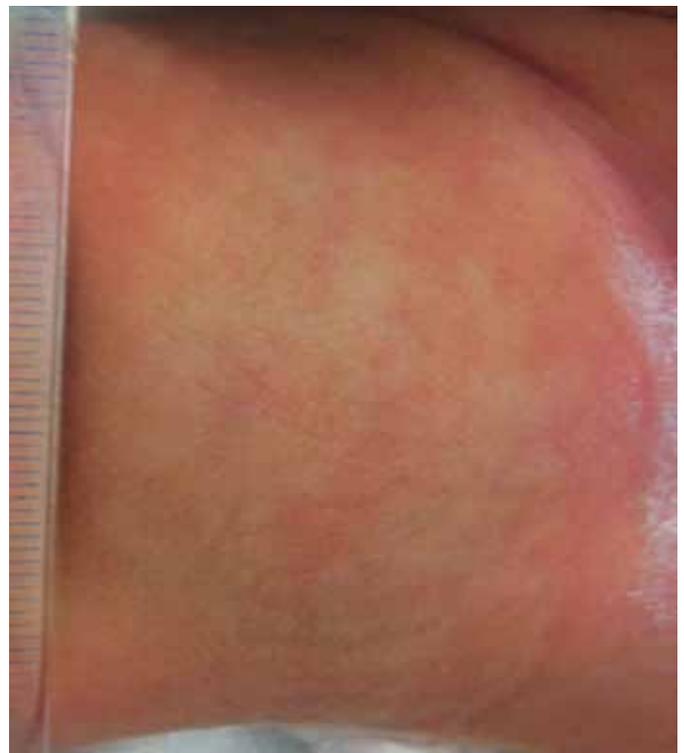


Abb. 2: Befund im Alter von 11 Wochen

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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



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

Rapidly involuting congenital haemangioma (RICH)

Das Rapidly involuting congenital haemangioma (RICH) ist ein seltener, gutartiger, vaskulärer Tumor, der sich in der Fetalzeit bildet und sich durch eine schnell voranschreitende Spontanregression auszeichnet, die bereits intrauterin oder kurz nach der Geburt beginnt. Genetische Untersuchungen zeigen eine somatische Mutation im GNAQ- oder GNA11-Gen.

Klinisch zeigt sich ein solitärer, plaqueartiger oder exophytischer, meist bläulicher oder livider, subkutaner Tumor von variabler Größe, häufig mit verstärkter Gefäßzeichnung und einem anämischen Halo. Der Tumor ist meist im Bereich von Kopf, Hals oder unteren Extremitäten lokalisiert, kann aber auch an anderen Lokalisationen, seltener im Bereich innerer Organe, wie der Leber auftreten. Im Gegensatz zum klassischen infantilen Hämangiom zeigt das RICH postnatal kein Größenwachstum, da es schon zum Zeitpunkt der Geburt voll ausgebildet ist. Der Prozess der spontanen Rückbildung setzt früher ein als bei infantilen Hämangiomen und ist bereits im Alter von 12-14 Monaten abgeschlossen. Seltene Komplikationen sind Ulzeration, Blutung oder Verbrauchskoagulopathie.

Diagnostik

Zur diagnostischen Abklärung und Bestimmung der Tiefenausdehnung können Sonografie und ggf. ein MRT hilfreich sein. Teilweise werden die Tumore

bereits intrauterin diagnostiziert. Histologisch zeigt sich ein aus Kapillarproliferationen bestehender Gefäßtumor mit läppchenförmiger Struktur. Später sind die Läppchen von fibrösem Gewebe umgeben und weisen zum Teil Verkalkungen und Hämosiderinablagerungen auf. Der Tumor ist GLUT1-negativ (spezifischer Marker für Säuglingshämangiome).

Differentialdiagnosen

Weitere kongenitale Hämangiome sind das Non involuting congenital haemangioma (NICH), welches sich nicht spontan zurückbildet, und das Partially involuting congenital hemangioma (PICH), welches durch eine lediglich partielle Rückbildung gekennzeichnet ist. Differentialdiagnostisch kommen außerdem ein infantiles Hämangiom, ein Hämatom, ein Kaposiformes Hämangioendotheliom (KHE) oder auch ein Sarkom in Betracht. Eine Abgrenzung bei klinisch unklarer Dignität sollte histologisch erfolgen.

Therapie

Aufgrund der Gutartigkeit und der Neigung zur spontanen Involution kann in der Regel der natürliche Verlauf abgewartet werden. Eine medikamentöse Therapie mit Propranolol ist beim RICH im Gegensatz zu den infantilen Hämangiomen nicht effektiv. Im Falle persistierender Residuen, wie Teleangiektasien, kann bei ästhetischer Beeinträchtigung eine Lasertherapie im Vorschulalter erwogen werden. Eine frühe Exzision bei Auftreten von Komplikationen oder eine

spätere operative Korrektur initial großer Tumoren, die teilweise überdehnte Haut hinterlassen ist denkbar, in den meisten Fällen, aber nicht erforderlich. Eine erfolgreiche Embolisation z.B. bei Blutungskomplikationen wurde in Einzelfällen beschrieben.

Literaturangaben

1. Ayturk UM, Couto JA, Hann S, et al. Somatic Activating Mutations in GNAQ and GNA11 are associated with congenital hemangioma. *Am J Hum Genet* 2016; 98: 789-95.
2. Baselga E, Cordisco MR, Garzon M et al. Rapidly involuting congenital haemangioma associated with transient thrombocytopenia and coagulopathy: a case series. *Br J Dermatol* 2008; 158: 1363-70.
3. Berenguer B, Mulliken JB, Enjolras O et al. Rapidly involuting congenital hemangioma: clinical and histopathologic features. *Pediatr Dev Pathol.* 2003; 6: 495-510
4. Boon LM, Enjolras O, Mulliken JB. Congenital hemangioma: evidence of accelerated involution. *J Pediatr* 1996; 128: 329-35.
5. Maguiness S, Uihlein LC, Liang MG, et al. Rapidly involuting congenital hemangioma with fetal involution. *Pediatr Dermatol* 2015; 32: 321-6.
6. Rangwala S, Wysong A, Tollefson MM et al. Rapidly involuting congenital hemangioma associated with profound, transient thrombocytopenia. *Pediatr Dermatol* 2014; 31: 402-4.
7. Vildy S, Macher J, Abasq-Thomas C et al. Life-threatening hemorrhaging in neonatal ulcerated congenital hemangioma: two case reports. *JAMA Dermatol.* 2015; 151: 422-5.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Anne Teichler

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

*Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg*

Red.: Höger

Anwendung des Zoster-Impfstoffes bei Kindern mit Herpes Zoster?

Frage

Ich betreue ein 14-jähriges Mädchen, das als Kleinkind Windpocken hatte und daher nie gegen Varizellen geimpft wurde. Nun erkrankte sie bereits zum zweiten Mal an einem Herpes Zoster.

- Könnte dieses Mädchen von dem neuen Herpes-Zoster-Impfstoff Zostavax profitieren, auch wenn dieser erst bei Personen ab 50 Jahren zugelassen ist?
- Oder gibt es Hinweise, dass sie von einer Impfung mit einem Varizellen-Monoimpfstoff, wie z. B. Varilrix, zukünftig bezüglich der Rezidivhäufigkeit des Zosters profitieren könnte?

Antwort

Herpes Zoster entsteht durch endogene Reaktivierung einer früheren Varicella-Zoster-Virus (VZV)-Infektion. Im Kindesalter ist dies ein eher seltenes Ereignis, wobei junges Alter bei Ersterkrankung an Varizellen neben erworbener oder angeborener T-Zell-Immundefizienz der bedeutendste Risikofaktor für Herpes Zoster im Kindesalter ist (1–3). Herpes Zoster an sich, d. h. ohne andere klinische Auffälligkeiten wie z. B. Gedeihstörung, rezidivierende Pilzinfektionen u. ä., ist *kein* Hinweis auf einen zugrunde liegenden Immundefekt, welchen man systematisch suchen müsste.

Die Behandlung des Herpes Zoster ist symptomatisch, in der Frühphase z. B. mit Aciclovir bzw. Valaciclovir systemisch sowie mit Analgetika, wenn Schmerzen auftreten.

Die zuverlässigste Prävention des Herpes Zoster ist die Primärprävention der VZV-Infektion durch eine Varizellenimpfung. Für Personen, welche an Varizellen erkrankt waren, kann durch Anwendung

eines spezifischen Herpes-Zoster-Impfstoffs das Risiko für Herpes Zoster reduziert werden. Da Herpes Zoster vor allem eine Krankheit des älteren Menschen ist, wurden klinische Impfstudien bei Personen ab dem Alter von 50 Jahren durchgeführt. Der Erfolg der Zoster-Impfung beruht auf der Boosterung der VZV-Immunität und erfordert im Falle des von Ihnen erwähnten Lebendimpfstoffs (Zostavax) einen wesentlich höheren Anteil an attenuierten VZV-Lebendviren im Vergleich zum Varizellenimpfstoff des gleichen Herstellers (Varivax): 19400 versus 1350 Plaquebildende Einheiten. Dieser Impfstoff ist aus o. g. Gründen ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen (4, 5).

Kürzlich (Frühjahr 2018) wurde ein weiterer, inaktivierter, rekombinanter Zoster-Impfstoff zugelassen (Shingrix), welcher ebenfalls ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen ist (6).

Beide Zoster-Impfstoffe wurden intensiv klinisch geprüft (7–9). Dabei ist es wichtig zu beachten, dass eine frühere Herpes-Zoster-Episode ein Ausschlusskriterium für Impfung mit einem der beiden Zoster-Impfstoffe in den durchgeführten Studien war. Somit liegen keine systematisch erhobenen Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit der Zosterimpfung bei Patienten mit rezidivierendem Herpes Zoster vor. Dennoch empfiehlt die US-amerikanische Impfkommision (ACIP) die Anwendung des inaktivierten Impfstoffs in dieser Situation und weist darauf hin, dass entsprechende Studien derzeit durchgeführt werden.

Die STIKO hat eine Empfehlung zur Anwendung des inaktivierten Impfstoffes abgegeben. (11)

Vor diesem Hintergrund möchte ich zu Ihren beiden Fragen wie folgt Stellung nehmen:

1. Es gibt leider keine Daten, welche eine qualifizierte Aussage zuließen. Und dies gleich aus 2 Gründen: zum einen, weil niemand weiß, wie Kinder auf diese Impfstoffe reagieren. Der Hinweis in den jeweiligen Fachinformationen sagt alles: „Die Sicherheit und Wirksamkeit von ZOSTAVAX bei Kindern und Jugendlichen ist nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.“ (5) bzw. „Die Sicherheit und Wirksamkeit von Shingrix bei Kindern und Jugendlichen sind nicht erwiesen. Es liegen keine Daten vor.“ (6). Zum anderen sind mir keine Daten zur Wirksamkeit gegen *rezidivierenden* Herpes Zoster bekannt, und das ist ja der Kernpunkt Ihrer Frage.

Ich persönlich habe Zweifel, dass das Mädchen von dieser Impfung profitieren würde, zumal auch die Zoster-episoden selbst eine VZV-spezifische Immunstimulation mit sich bringen. Dies gibt Anlass zu Hoffnung, dass die Patientin zukünftig keine weiteren Episoden entwickeln wird, auch wenn dies natürlich nicht mit Bestimmtheit gefolgert werden kann.

2. Nein, dies mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht, da die Antigen dosis in den Varizellen-Lebendimpfstoffen wesentlich geringer als in den Zosterimpfstoffen ist.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Leitender Arzt für Infektiologie und Vakzinologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Spitalstrasse 33, Postfach, 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 Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



*Review aus
englischsprachigen Zeitschriften*

Welchen Einfluss hat der Typ 1 Diabetes auf die allgemeine Gesundheit, die Beschulung und die Bildungsabschlüsse betroffener Kinder?

Fleming M et al. Educational and Health Outcomes of Children Treated for Type 1 Diabetes
Scotland-Wide Record Linkage Study of 766.047 Children. Diabetes Care 2019 Jul 15. [epub ahead of print]

Die Inzidenz der Typ 1 Diabetes-Erkrankungen erreicht zwischen 10-14 Jahren ihren Höhepunkt. Großbritannien hat die fünf-höchste Inzidenz für Kinder < 14 Jahre (etwa 22 Erkrankungen auf 100.000). Von den Bewohnern Schottlands leiden 31.000 Bewohner unter einem Typ 1 Diabetes, 12,5 % sind < 19 Jahre. Kinder und Jugendliche mit einem Typ 1 Diabetes besitzen ein höheres Hospitalisierungsrisiko und eine höhere Mortalität. Die vorhandene Literatur weist auf ein erhöhtes kognitives Risiko mit vermehrten Ausfallzeiten in der Schule hin. Diese Studie wurde durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Typ-1-Diabetes im Kindesalter, Bildungsabschlüssen- und der allgemeinen Gesundheit zu ermitteln.

Die Verknüpfung von neun schottischen Datenbanken (Diabetesregister, verschriebene Rezepte, Mutterschaftsregister, Krankenhauseinweisungen, Sterbeurkunden, jährliche Schülerzählungen, Schulabwesenheiten/-Ausschlüsse, Schulprüfungen und Arbeitslosigkeit) ergab eine Kohorte von 766.047 in Schottland geborenen Kindern, die zwischen 2009 und 2013 schottische Schulen besuchten. Die Autoren haben die Gesundheit und die Schulergebnisse der Kinder und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes mit denen ihrer Altersgenossen verglichen. Die 3.330 an einem Typ 1 Diabetes erkrankten Studienteilnehmer (0,47 %) wiesen ein höheres Hospitalisierungs-Risiko (Hazard Ratio [HR] 3,97, 95 % KI 3,79-4,16) und Mortalitätsrisiko (HR 3,84, 95 % KI 1,98-7,43)

auf als die Kontrollkinder. Es konnte keine Verbindung zwischen Diabetes und Alter, Diabetes und Geschlecht oder Diabetes und sozioökonomischen Faktoren nachgewiesen werden. Kinder mit Diabetes gingen weniger häufig zur Schule (Incidence Rate Ratio [IRR] 1,34, 95 % KI 1,30-1,39) und wiesen häufiger Lernprobleme auf (Odds Ratio [OR] 1,19, 95 % KI 1,03-1,38). Ein höherer HbA1c-Mittelwert (insbesondere HbA1c im höchsten Quintil) war mit höheren schulischen Fehlzeiten (IRR 1,75, 95 % KI 1,56-1,96; $P < 0,001$), einem erhöhten Schulausschluss (IRR 2,82, 95 % KI 1,14-6,98), einer schlechteren schulischen Leistung (OR 3,52, 95 % KI 1,72-7,18) und einem höheren späteren Risiko für Arbeitslosigkeit (OR 2,01, 95 % KI 1,05-3,85) verbunden.

Die Studie zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit einem Typ-1-Diabetes in Bezug auf ihre Gesundheit und Bildungsabschlüsse schlechter abschneiden als ihre Altersgruppe. Dies gilt besonders für höhere HbA1c-Mittelwerte. Die Autoren halten Maßnahmen zur Minimierung der Schulabwesenheit für erforderlich, um die späteren Ausbildungsmöglichkeiten zu verbessern.

Kommentar

Der Typ 1 Diabetes ist eine chronische, insulinpflichtige Erkrankung, die zu einer Belastung der körperlichen und geistigen Funktionen betroffener Kinder und Jugendlicher führt. Die Ergebnisse dieser bisher größten Bevölkerungsstudie können nicht überraschen. Dies gilt sowohl für die Hospitalisierungsraten diabetischer Kinder und Jugendlicher als auch für den schulischen Erfolg und die Bildungsabschlüsse. Eine Vielzahl kognitiver Funktionen kann durch den Typ 1 Diabetes betroffen sein (Rechtschreibung, Lese- und Rechenfähigkeit, verbale und räumliche Intelligenz, Gedächtnis, Verhalten Aufmerksamkeitssteuerung). Auf einen solchen Zusammenhang hatten bereits ältere kleinere Studien hingewiesen. Die Studie von Fleming et al. zeigt, dass HbA1c als möglicher prospektiver Marker für den negativen Einfluss des Typ I-Diabetes auf die kognitiven Funktionen bei Kindern- und Jugendlichen stehen kann. Er scheint mit der Abwesenheit von der Schule und kognitiven Einschränkungen verbunden zu sein. Ursächlich mag dies auf beeinträchtigte Hirnfunktionen, fluktuierende Glukose- und Insulinspiegel als auch mit hyper- und hypoglykämischen Perioden, Ketoazidosen und Notfall-Hospitalisierungen verbunden sein. Zusätzlich mögen psychische und familien-spezifischen Faktoren eine Rolle spielen. Die Ergebnisse von Fleming et al. nutzen der Praxis und führen vielleicht auch zu einer besseren Betreuung der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Literatur

- Fleming M et al. Educational and Health Outcomes of Children Treated for Type 1 Diabetes: Scotland-Wide Record Linkage Study of 766.047 Children. *Diabetes Care* 2019 Jul 15. [epub ahead of print]
- McCarthy AM et al. Factors associated with academic achievement in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003 Jan; 26(1): 112-117
- Desrocher M, Rovet J. Neurocognitive correlates of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Child Neuropsychol* 2004 Mar; 10(1). 36-52
- Ryan C et al. The effects of diabetes mellitus on the school attendance and school achievement of adolescents. *Child Care Health Dev* 1985 Jul-Aug; 11(4):229-240
- McCarthy AM et al. Factors associated with academic achievement in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 112-117

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Am 25. Juli 2019 veröffentlichte das Statistische Bundesamt die aktuellen Armutsquoten. An den auch vom BVKJ immer wieder angeprangerten erschreckend hohen Werten für die Armut von Kindern und Jugendlichen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren im Jahr 2018 kaum etwas geändert. Nach wie vor sind ungefähr 20 Prozent der Minderjährigen in Deutschland arm. Alleinerziehende tragen mit über 40 Prozent und kinderreiche Familien mit 30 Prozent das größte Armutsrisiko. Armut von Kindern beginnt nicht erst dann, wenn Kindern nicht mehr über die notwendige Kleidung, ausreichende Nahrungszufuhr Essen oder Wohnraum verfügen, sondern bereits dort, wo Kinder aufgrund der schlechten finanziellen Situation ihrer Eltern abgehängt sind und von der ihnen nach der UN-Kinderrechtskonvention zustehenden Teilhabe am Leben der Mitte dieser Gesellschaft ausgeschlossen sind. Das Gefühl, nicht dazu zu gehören, ausgegrenzt zu sein und abseits stehen zu müssen, ist das Lebensgefühl armer Kinder in Deutschland. Frust, Resignation, weniger Bildungserfolg und höhere Krankheitsanfälligkeit sind die Folgen der Einkommensarmut der Familien.

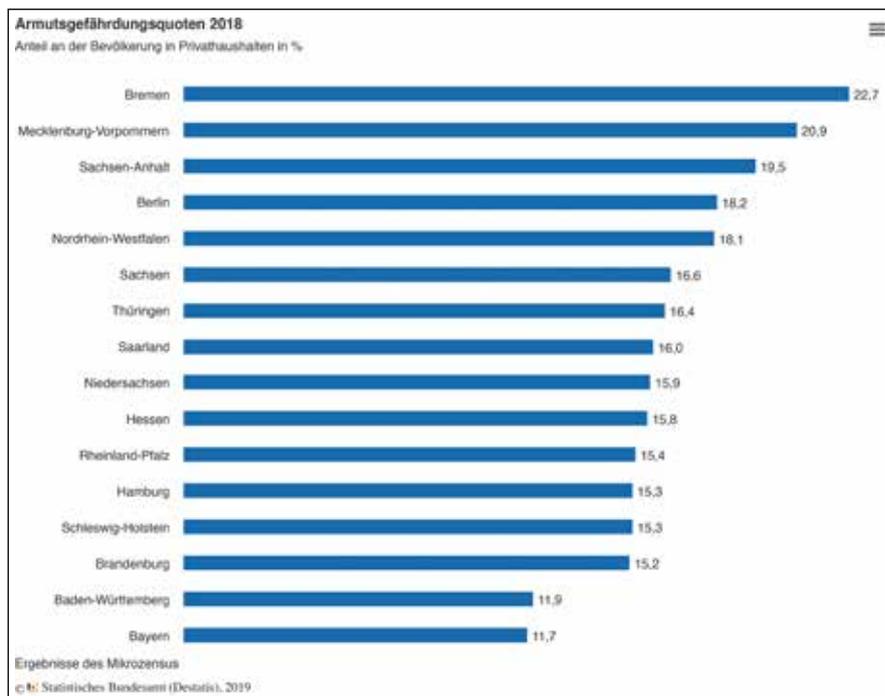
Alleinerziehende und ihre Kinder sind am stärksten von Armut bedroht

Die Armutsgefährdung in Deutschland – gemessen an der Armutsgefährdungsquote – ist regional nach wie vor sehr unterschiedlich ausgeprägt. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) auf Basis des Mikrozensus mitteilt, waren im Jahr 2018 in Bayern 11,7 % und in Baden-Württemberg 11,9 % der Bevölkerung von Armut bedroht. Damit war das Armutsrisiko in diesen Bundesländern am geringsten. Das höchste Armutsrisiko wies Bremen mit 22,7 % auf, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 20,9 %. Die Armutsgefährdungsquote ist ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut.

Von allen Haushaltstypen weisen Alleinerziehende und ihre Kinder das höchste Armutsrisiko auf: **2018 waren 40,4 % der Personen in Alleinerziehenden-Haushalten im früheren Bundesgebiet und 44,5 % dieser Personen in den neuen Ländern (einschließlich Berlin) armutsgefährdet.** Auch hier gibt es große regionale Unterschiede: Während in Berlin 34,1 % der Personen in Alleinerziehenden-Haushalten von Armut bedroht waren, traf dies in Mecklenburg-Vorpommern auf 56,9 % zu.

Teilhabechancen für Kinder materiell sicherstellen

Das Wohlergehen von Kindern hängt von vielen Faktoren ab. Dazu zählen ne-



Tab. 1: Armutsgefährdungsquoten in % (Quelle: Statistisches Bundesamt)

	2005	2010	2015	2018
Früheres Bundesgebiet (ohne Berlin)	13,2	13,3	14,7	15,0
Neue Bundesländer (einschl. Berlin)	20,4	19,0	19,7	17,5

ben der Geborgenheit, die Kinder in ihren Familien erfahren, auch ihre Gesundheit, ihr Wohnumfeld oder ihre Möglichkeiten zur Bildungsteilnahme. Die finanzielle Situation, in der Kinder aufwachsen, beeinflusst diese Faktoren mehr oder weniger stark. Dabei wirken unzureichende

materielle Rahmenbedingungen vor allem dann negativ auf das kindliche Wohlergehen, wenn sie lange andauern und so die Kindheit prägen.

In Deutschland sorgen **Sozialtransfers und Familienleistungen** dafür, dass die Nettoäquivalenzeinkommen von

Haushalten mit Kindern und Jugendlichen in fast der Hälfte der Fälle, in denen Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegen würden, über die statistische Armutsrisikogrenze von 60 Prozent des Medianeinkommens gehoben werden. So wird die Armutsrisikoquote der Unter-18-Jährigen gemäß SOEP-Ergebnissen von vorher rund 36 auf dann rund 21 Prozent reduziert.

Je nach Datenquelle ist in den letzten Jahren tendenziell ein leichter Rückgang der Armutsrisikoquote für Kinder zu beobachten (nach den Daten von EU-SILC) oder ein mehr oder weniger stark ausgeprägter Anstieg (nach Daten des Mikrozensus und des SOEP). Ein Anstieg bedeutet nicht zwingend, dass die Kinder in Deutschland mit weniger Geld als in früheren Jahren auskommen müssen oder dass es mehr Kinder mit geringen finanziellen Möglichkeiten gibt. Er bedeutet aber sehr wohl, dass sich die **gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung zugunsten von Kindern aus Familien mit geringem Einkommen verschoben hat**.

Nur wenige Kinder in Deutschland leiden jedoch unter erheblichen materiellen Entbehrungen. Betrachtet man den Anteil der Haushalte mit einem beschränkten Zugang zu einem durchschnittlichen Lebensstandard und den damit verbundenen Gütern, so sind rund **5 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren** in Deutschland betroffen.

Die **Gründe für Kinderarmut** liegen insbesondere in **eingeschränkter Erwerbstätigkeit der Eltern**. So beträgt das Armutsrisiko von Kindern 64 Prozent, wenn in der Familie kein Elternteil erwerbstätig ist. Bei einem in Vollzeit erwerbstätigen Elternteil fällt das Armutsrisiko für Kinder deutlich auf etwa 15 Prozent. **Sind beide Elternteile erwerbstätig und arbeitet ein Elternteil Vollzeit, sinkt das Armutsrisiko der Kinder auf 5 Prozent**. Zusammenhänge sind auch zwischen der Familienform und dem Armutsrisiko zu beobachten, da Familien mit mindestens drei Kindern oder Ein-Eltern-Familien besonders häufig von niedrigem Nettoäquivalenzeinkommen betroffen sind. Ebenso haben **Kinder mit Migrationshintergrund ein deutlich höheres Armutsrisiko** als Kinder ohne Migrationshintergrund, insbesondere bei eigener Migrationserfahrung. In den genannten Familienformen ist die Erwerbsintensität regelmäßig – freiwillig

oder unfreiwillig – niedriger als in Paarfamilien mit nur einem oder zwei Kindern ohne Migrationshintergrund. Gute und auskömmliche Erwerbsarbeit der Eltern trägt somit wesentlich zur Verringerung von Kinderarmut bei.

Was bereits getan wird:

- Familienbezogene staatliche Leistungen spielen eine wichtige Rolle zur wirtschaftlichen Absicherung von Familien. Ein wichtiger Grundpfeiler ist hierbei das **Kindergeld**, das die Bundesregierung im Jahr 2015 um 4 Euro sowie in den Jahren 2016 und 2017 um jeweils 2 Euro pro Monat und Kind erhöht hat. Zudem ist es zum 1. Januar 2018 erneut um jeweils 2 Euro monatlich pro Kind gestiegen.
- Durch das **Bildungs- und Teilhabepaket** (Volumen im Jahr 2015: 569,5 Millionen Euro) wird das spezifische sozio-kulturelle Existenzminimum von hilfebedürftigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Sozialhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende, für Familien mit Bezug von Kinderzuschlag oder Wohngeld und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gesichert.
- Die Bundesregierung hat das **Wohngeld** im Zuge der Wohngeldreform 2016 deutlich erhöht, damit einkommensschwächere Haushalte mit Einkommen oberhalb des Grundsicherungsniveaus die Wohnkosten für angemessenen und familiengerechten Wohnraum tragen können.
- Der **Kinderzuschlag** ist eine Leistung für Familien, die besonders von Armutsrisiken bedroht sind. Zum 1. Juli 2016 wurde er um 20 Euro pro Monat und Kind und zum 1. Januar 2017 um weitere 10 Euro auf nun bis zu 170 Euro pro Kind und Monat erhöht. Dadurch werden schätzungsweise rund 100.000 Kinder aus der Grundsicherung in den Kinderzuschlag wechseln können.
- Für die Alleinerziehenden hält die Bundesregierung zwei zielgruppenbezogene Leistungen zur wirtschaftlichen Stabilisierung bereit: den **Unterhaltsvorschuss** und den **Entlastungsbetrag für Alleinerziehende**. Der Unterhaltsvorschuss wurde 2015, 2016 und auch 2017 entsprechend der Erhöhung von steuerlichem Kinder-

freibetrag und Kindergeld angehoben. Seit dem 1. Januar 2017 liegen die Sätze zwischen 150 und 201 Euro. Außerdem wird ab dem 1. Juli 2017 der Unterhaltsvorschuss ohne Begrenzung der Höchstleistungsdauer grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr eines Kindes gewährt. Für Kinder und Jugendliche bis zum 12. Geburtstag beträgt der Unterhaltsvorschuss seitdem bis zu 268 Euro pro Monat.

- Der **steuerliche Entlastungsbetrag für Alleinerziehende** wurde für Alleinerziehende mit einem Kind zum 1. Januar 2015 um fast 50 Prozent, von 1.308 Euro auf 1.908 Euro pro Jahr erhöht, und eine Staffelung ab dem zweiten Kind mit zusätzlich 240 Euro je weiterem Kind neu eingeführt. Dadurch erhalten Alleinerziehende mehr Netto vom Brutto.
- Mit der Weiterentwicklung des Elterngelds durch das **ElterngeldPlus** und die **Partnerbonusmonate** lohnt sich für Eltern eine frühere Rückkehr zur Erwerbstätigkeit und gleichzeitig eine gemeinsame Sorge um das neugeborene Kind stärker als bisher. Dadurch wird die Einkommenssituation der Familie gefestigt und das gute Aufwachsen der Kinder unterstützt.
- Das Programm **„Stark im Beruf - Mütter mit Migrationshintergrund steigen ein“** trägt durch die Förderung der Erwerbsaufnahme von Müttern mit Zuwanderungsgeschichte und der Unterstützung bei der Suche nach Vereinbarkeitslösungen zur wirtschaftlichen Stabilität von Familien bei.
- Durch den fortschreitenden **Ausbau der Kindertagesbetreuung** und den 2013 eingeführten **Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr** konnten die Teilhabechancen von Kindern sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter verbessert werden.

Was weiter zu tun ist:

- Die Reduzierung des Armutsrisikos von Kindern bedarf weiterer Anstrengungen, vor allem bezogen auf eine **bessere Erwerbsintegration der Eltern**. - Die aktive Arbeitsmarktpolitik muss die vielfältigen Unterstützungsbedarfe von Eltern berücksichtigen und für Lösungen sorgen. Besonders wichtig ist dies, wenn in einem Familienhaushalt kein

Elternteil erwerbstätig ist. – Zusätzlich sollen die Sozial- und Familienleistungen zusammen mit dem Erwerbseinkommen der Eltern zu kontinuierlichen Einkommensverläufen für die Familie führen. – Erforderlich ist zudem eine weitere Verbesserung der Betreuungsinfrastruktur, auch in Randzeiten und für Schulkinder.

- Der **Bekanntheitsgrad familienbezogener Leistungen wie des Kinderzuschlags sollten erhöht und Familien mit niedrigem Einkommen auf diese Leistung hingewiesen werden.** Diesem Ziel dient auch die Einführung eines Online-Angebots zum Kinderzuschlag, damit schnell geprüft werden kann, ob evtl. ein Anspruch besteht und sich eine Antragstellung lohnt.
- Auch Leistungen wie das **Bildungs- und Teilhabepaket sollen noch mehr Kinder aus Haushalten mit geringen Einkommen erreichen.** Bund, Länder und Kommunen werden dessen Bekanntheit erhöhen und prüfen, ob bürokratische Hürden bestehen und abgebaut werden können.
- Die **Familienleistungen sollen stärker als bisher die individuelle Existenzsicherung beider Elternteile fördern** und für Väter und Mütter eine gleichmäßigere Teilhabe an beiden Lebensbereichen, Familie und Erwerbstätigkeit, unterstützen. Gleichmäßige Aufteilungen zwischen den Eltern stärken die Familien, beugen Armutsrisiken vor und sind auch gesamtwirtschaftlich tragfähig.

Eine **Studie des Paritätischen Gesamtverbands** zeigt, dass im Zehn-Jahres-Vergleich die ohnehin breite Schere zwischen den Haushaltseinkommen der ärmsten und der reichsten Familien weiter auseinander driftete. Während der Konsum im Durchschnitt moderat und beim obersten Zehntel spürbar zugenommen hat, mussten sich die ärmeren Kinder über die Jahre weiter einschränken: Arme Familien hatten real weniger Geld als noch zehn Jahre zuvor zur Verfügung, um ihren Kindern mehr als das physisch Notwendige zu finanzieren.

Während die **durchschnittlichen Ausgaben für ein Kind bei rund 600 €** pro Monat liegen, konnten sich die ärmsten

zehn Prozent der Paarhaushalte mit einem Kind nur **364 €** für ihr Kind leisten. Die reichsten zehn Prozent der Familien gaben im Schnitt 1.200 € im Monat für ihr Kind aus. Besonders eklatant sind die Differenzen bei den Ausgaben für die sozialen Grundbedarfe der Teilhabe. Ob Spielzeug, Zoo-Besuch, das gelegentliche Eis bei einem Ausflug oder auch eine Kindertheatervorstellung: Insgesamt konnten **die ärmsten Paarhaushalte mit einem Kind gerade einmal 44 € pro Monat** für Freizeit, Unterhaltung und Kultur sowie außerhäusliche Verpflegung ihres Kindes ausgeben und damit, preisbedingt, fast 30 Prozent weniger als zehn Jahre zuvor. Der **Durchschnitt gab für ein Kind fast drei Mal so viel (123 €)** aus, die reichsten zehn Prozent dagegen sogar 257 € und damit fast sechs Mal so viel wie die ärmsten Familien und preisbereinigt sogar 14,7 Prozent mehr als zehn Jahre vorher.

Arme Kinder sind chancenlos

Arme Kinder sind in Deutschland, was ihre soziale Teilhabe anbelangt, in der Regel chancenlos. Sie haben bei derart auseinanderklaffenden Einkommenspositionen gar nicht die Möglichkeit, am ganz normalen Leben der Mitte teilzunehmen. Sie sind in einer Gesellschaft, in der so gut wie alles mit einem Preis versehen ist, massiv ausgegrenzt. Das Erlernen eines Musikinstrumentes auf einer Musikschule ist genauso außerhalb der Reichweite wie der Besuch von Kulturveranstaltungen. Die Teilnahme an einer Jugendfreizeit ist normalerweise ebenso wenig drin wie ein gemeinsamer Clubbesuch mit Freunden. Der Beitrag für eine Mitgliedschaft im Fußballverein könnte für den einen oder die andere vielleicht noch über einen Gutschein aus dem Bildungs- und Teilhabepaket abgedeckt werden, spätestens wenn die Kosten für Trikots und Fußballschuhe oder für Turnierfahrten anfallen, reicht es aber schon nicht mehr.

Wir müssen uns klarmachen: Die Frage, was Mitwirkung und Teilhabe kosten, wird in der Mitte der Gesellschaft beantwortet – sie setzt die Standards. Und diese Mitte orientiert sich immer nach oben. Arme Familien sind hoffnungslos abgehängt. Wir sind dabei, Millionen von Kindern für diese Gesellschaft zu verlieren.

Wer am wenigsten hat, muss auch am meisten bekommen (Forderung des Paritätischen Gesamtverbands)

Was es braucht, ist das Bildungs- und Teilhabepaket durch einen Rechtsanspruch auf Teilhabe im Kinder- und Jugendhilfegesetz zu ersetzen, einen wirklichen Rechtsanspruch auf Angebote der Jugendarbeit, der Jugendberufshilfe oder auch der Beratung. Das Bildungs- und Teilhabepaket ist lediglich ein Zuschusspaket, mehr nicht. Darüber hinaus muss der Familienlastenausgleich vom Kopf auf die Füße gestellt werden. Wer am wenigsten hat und deshalb die größte Unterstützung benötigt, muss beim Familienlastenausgleich auch am meisten bekommen. Nicht umgekehrt, wie es aktuell der Fall ist.

Die Einführung einer einkommens- und bedarfsorientierten Grundsicherung kann hier helfen. Allen Kindern soll dem Grunde nach ein Existenz sicherndes Kindergeld zustehen, das mit steigendem Familieneinkommen abgeschmolzen wird. Eine solche Kindergrundsicherung wäre einfach, solidarisch und gerecht. Sie würde Einkommensarmut von Kindern verhindern und Hartz IV für Kinder überflüssig machen.

Links:

<https://www.der-paritaetische.de/blog/article/2019/08/07/verschlossene-tueren-aufwachsen-in-armut/>
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrung/_inhalt.html
<https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Archiv/Der-fuenfte-Bericht/Der-Bericht/der-bericht.html>

Zusammenstellung nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes und einer Pressemitteilung des Paritätischen Gesamtverbands:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

BMFSFJ spricht Kinder direkt an

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat im Internet eine spezielle Seite für Kinder, die Kindern auch die Möglichkeit gibt, selbst direkt mit dem Ministerium Kontakt aufzunehmen und Probleme anzusprechen:



Das ist das Kinder-Ministerium

Hallo, wir sind die KiMis – Klara, Isabella, Max und Ivo. Wir stellen Dir hier zusammen mit unserem Freund Freddi dem Adler das Kinder-Ministerium vor. Eigentlich heißt es Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – was für ein langer Name. Er beschreibt alle Aufgaben und Menschen, für die wir zuständig sind. Scroll nach unten, es gibt viel zu entdecken!

Wer arbeitet im Ministerium?

Jedes Ministerium hat eine Chefin oder einen Chef. Die nennt man dann Ministerin oder Minister. Die Kinderministerin heißt Franziska Giffey. Frau Giffey wird von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt. Aber was machen die eigentlich alle?

Was sind die Aufgaben des Ministeriums?

Eine der wichtigsten Aufgaben des Ministeriums ist es, dafür zu sorgen, dass Kinder und Jugendliche gut aufwachsen

können. Dazu gehört zum Beispiel, dass alle Kinder etwas lernen können und vor Gewalt geschützt sind. Hier erfährst Du mehr über die Rechte von Kindern.

Wem hilft das Ministerium noch?

Das Ministerium hilft aber nicht nur den Kindern, sondern auch deren Familien. Es sorgt zum Beispiel dafür, dass Kinder gut betreut werden, wenn Eltern zur Arbeit gehen.

Und was ist mit Oma und Opa?

Außerdem kümmert sich das Ministerium um unsere Omas und Opas. Alten Menschen fallen viele Dinge schwer. Deshalb kümmert sich das Ministerium darum, dass unsere Omas und Opas Unterstützung bekommen, wenn sie sie brauchen.

Frauen und Männer haben die gleichen Rechte!

Und das Ministerium kümmert sich darum, dass Frauen und Männer gleichberechtigt sind. Das ist sowieso unser größtes Ziel: Dass alle Menschen in Deutschland fair behandelt werden und gut leben können.

Das sind die Kinderrechte

Freddi erklärt Dir, was die Kinderrechte sind und wieso sie so wichtig sind. Auf geht's!

Starke Rechte für starke Kinder!

Du bist sicher gespannt, welche Kinderrechte es gibt. In der Konvention gibt es nämlich insgesamt 54 Artikel zu den Kinderrechten. Ganz schön viele, oder? Und weil das so viele sind, erzählen Dir Klara, Ivo, Max und Isabella hier auf der Seite vom Kinder-Ministerium nach und nach etwas über die Kinderrechte. Also, dann mal los! Viel Spaß!!

Das ist alles sehr ansprechend und anschaulich für Kinder gemacht. Die Kinderrechte werden kindgerecht erläutert. Aus meiner Sicht empfehlenswert. Einen Hinweis darauf könnte man gut im Wartezimmer aushängen.



Link: <https://www.kinder-ministerium.de/kinderministerium/das-ist-das-kinder-ministerium>

Bearbeitung und Zusammenstellung:

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

Aus der DGAAP

Kein Signal darf verlorengehen! – Kinder- und Jugendärzte unterstützen Online-Fortbildung zum Kinderschutz

Um Kinder und Jugendliche besser vor Gewalt und Vernachlässigung zu schützen, hat das Bayerische Familienministerium im Rahmen der Weiterentwicklung des Bayerischen Gesamtkonzepts zum Kinderschutz (www.kinderschutz.bayern.de) eine umfassende Online-Fortbildung zum Kinderschutz initiiert und finanziert. Die Fortbildung wurde unter der Leitung der Bayerischen Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München mit weiteren Experten aus dem medizinischen Bereich erstellt. Sie kann auf der Internetseite www.fortbildungsakademie-im-netz.de absolviert werden.

Fortbildungsmodule

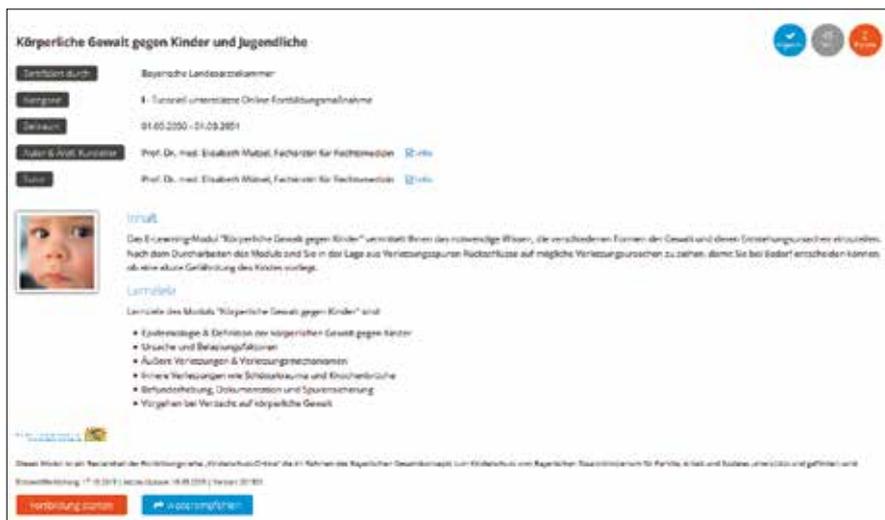
Im Fortbildungsmodul „**Körperliche Gewalt**“ lernen Ärztinnen und Ärzte typische Verletzungen, die von Gewalteinwirkungen stammen, zu erkennen und können diese dann in der Praxis besser von z.B. unfallbedingten Verletzungsarten unterscheiden.

Weitere Fortbildungsmodule behandeln insbesondere die Themen „Sexuelle Gewalt“, „Seelische Gewalt“, „Vernachlässigung“, „Regulationsstörungen (Schreibabys)“, „Gesprächsführung“, „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ und „Fallmanagement in Klinik und Praxis“.

Inhaltliche Grundlage für die Module ist der Leitfadens des Bayerischen Familienministeriums für Ärztinnen und Ärzte „Gewalt gegen Kinder- und Jugendliche – Erkennen und Handeln“.

Nicht nur im Bereich der **Online-Fortbildung** sind diese wichtigen Inhalte verfügbar. Auch das pädiatrische Weiterbildungsprogramm „**PaedCompenda**“ bildet diese Informationen ab – für Weiterbildungsassistenten wie auch für Praxen, die eine Weiterbildungsstelle anbieten. Damit können auch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung diesen wichtigen Teil der pädiatrischen Ausbildung in der Praxis vertiefen.

Alle Fortbildungen zum Thema „Kinderschutz“ sind auf der Seite www.fortbildungsakademie-im-netz.de verfügbar. Ärztinnen und Ärzte erhalten für die erfolgreiche Absolvierung der Fortbildungen CME-Punkte, die bundesweit anerkannt werden.



Körperliche Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Das Fortbildungsmodul „Körperliche Gewalt gegen Kinder“ vermittelt Ihnen das notwendige Wissen, die verschiedenen Formen der Gewalt und deren Entstehungsursachen zu erkennen. Nach dem Durcharbeiten des Moduls sind Sie in der Lage aus Verletzungsszenen Rückschlüsse auf mögliche Verletzungsgeschehnisse zu ziehen, damit Sie bei Bedarf entsprechende können abweichende Gefährdung des Kindes vorliegt.

Lernziele

Lernziele des Moduls „Körperliche Gewalt gegen Kinder“ sind:

- Kinderernstige & Definition der körperlichen Gewalt gegen Kinder
- Ursachen und Risikofaktoren
- Äußere Verletzungen & Verletzungsmechanismen
- Innere Verletzungen wie Schädeltrauma und Knochenbrüche
- Befundhebung, Dokumentation und Spurensicherung
- Vorgehen bei Verdacht auf körperliche Gewalt

Korrespondenzadresse:

Monks Ärzte-im-Netz GmbH
Geschäftsführer: Sean Monks
Tegernseer Landstraße 138
81539 München

Internet: www.monks-aerzte-im-netz.de

Red.: WH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



Verabschiedung Dr. Helmut Hoffmann

Die sozialen Fragen beschäftigen Dr.med.univ. Helmut Hoffmann, geboren 11.3.1941, während seines gesamten Berufslebens. Der gelernte Sozialarbeiter studierte Medizin in Berlin und Wien. Über lange Zeit war er im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin Reinickendorf tätig. Mitglied im BVKJ e. V. ist er seit 1986.

Mit dem Kinder- und Jugendärztetag 2004 in Hannover begann Dr. Helmut Hoffmann fast alle bundesweiten Veranstaltungen des BVKJ fotografisch zu begleiten. Uns allen in guter Erinnerung ist auch sein Berliner Kalender mit Bildern aus Berlin, gezeichnet von Berliner Kindern, mit wichtigen Forderungen der UN-Kinderrechtskonvention, den der BVKJ im Jahr 2015 Berliner Politikern ans Herz gelegt hat, damit sie die Bedürfnisse von Kindern täglich bei ihrer politischen Arbeit im Auge haben. Zuletzt erstellte er ein Fotobuch zum Kooperationspartnertag 2019 in Berlin. Nun wendet sich Dr. Hoffmann seinen Herzensprojekten mit voller Kraft zu.

Seine ganze Leidenschaft gilt dem von ihm selbst ins Leben gerufenen Projekt „Prävention auf neuen Wegen – Kunst und Medizin“, das Kindern bereits vom Vorschulalter an und dann



während der Schulzeit hinreichende Kenntnisse ihrer Körper- und Sinnesfunktionen gleichermaßen spannend und altersgerecht vermittelt. So soll den Kindern möglichst früh und dauerhaft die Bedeutung eines aktiven Gesundheitsschutzes nahegebracht werden.

Über praktisch-kreative Aktionen will „Prävention auf neuen Wegen – Kunst und Medizin“ das erworbene Wissen festigen. Dieses Projekt betreibt Herr Hoffmann weiterhin mit ganzer Kraft.

Der BVKJ hat Dr. Helmut Hoffmann bereits 2011 für seine hervorragende Arbeit mit der Ehrenurkunde des Verbandes ausgezeichnet. Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter überreichte am 23.9.19 in Berlin zum Dank für sein großes Engagement einen Blumenstrauß.

Wir wünschen ihm für die vielen Vorhaben weiterhin Ideen, Kraft, finanzielle Mittel und vor allem Gesundheit, um diese umzusetzen.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin
E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de*

Red.: WH

Pressemitteilung des Zi vom 13. August 2019

Zur **Diskussion um die Reform der Notfallversorgung** erklärt Zi-Geschäftsführer Dr. Dominik von Stillfried:

Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen jetzt unterstützt werden

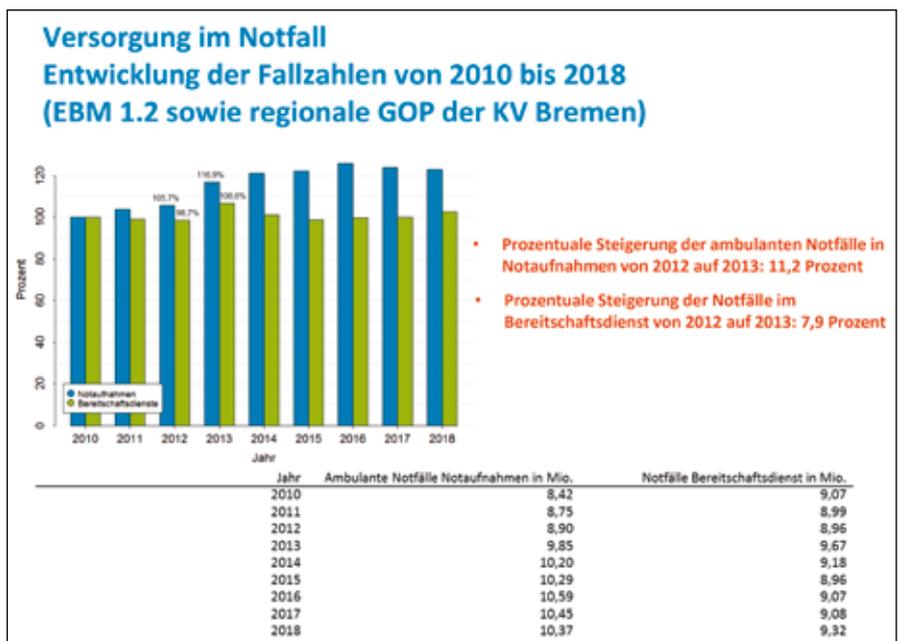
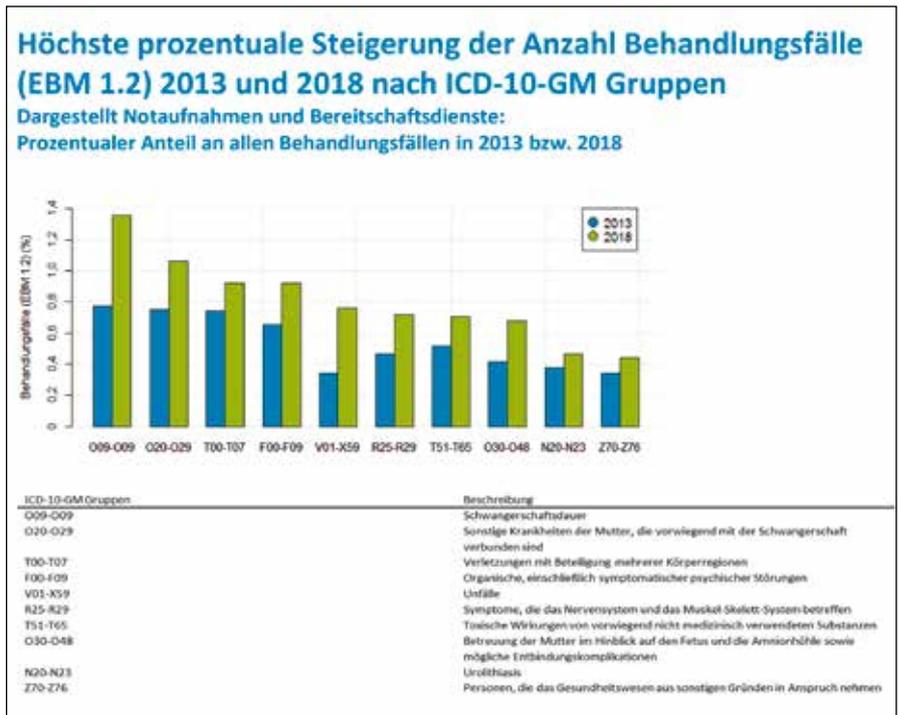
Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der KVen zeigen den Trend ganz deutlich:

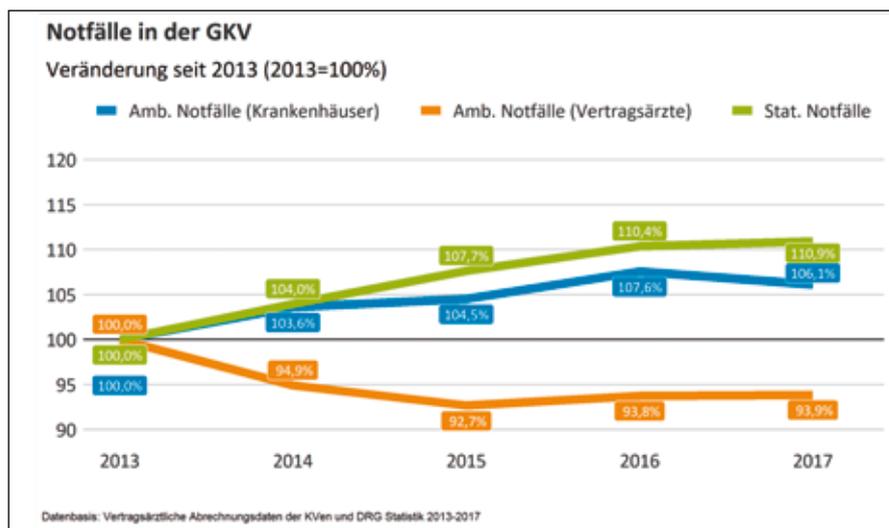
Die Zahl der an deutschen Krankenhäusern ambulant behandelten Notfallpatienten geht seit 2016 kontinuierlich zurück.

Bis 2018 ist die Anzahl der Behandlungen dort um rund 222.000 Fälle gesunken.

Gleichzeitig stiegen die durch niedergelassene Haus- und Fachärzte behandelten ambulanten Notfälle seit 2015 kontinuierlich um rund 360.000 Fälle von 8,96 Millionen in 2015 auf 9,32 Millionen Fälle in 2018 an.

Zu beobachten ist außerdem, dass der mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 verbundene Anstieg der Inanspruchnahme des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallambulanzen langsam abflacht. 2013 ist die Inanspruchnahme der Notaufnahmen und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes insgesamt um rund 10 Prozent angestiegen. In den Notaufnahmen und im ärztlichen Bereitschaftsdienst waren dies insgesamt rund 1,66 Millionen zusätzliche Fälle. Nicht zuletzt durch verstärkte Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einrichtung von Portal- und Bereitschaftspraxen, zur Verbesserung des Bereitschaftsdienstes und zur Aktivierung der Bereitschaftsdienstnummer 116117 gelingt es, die ambulante Inanspruchnahme der Krankenhausnotaufnahmen wieder zu senken.





krankungen, die in der vertragsärztlichen Regelversorgung gut betreut werden können, ist hingegen deutlich rückläufig.

Kurzum: Die Reformmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen tragen erste Früchte. Die Vertragsärzte leisten einen signifikanten und weiter steigenden Beitrag zur Entlastung der Notaufnahmen in den Kliniken. Diese Ansätze müssen jetzt unterstützt werden.

Link: <https://www.zi.de/presse/pressemitteilungen/13-august-2019/>

Bearbeitung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Auch zeigen die Daten, dass sich die **Behandlungsanlässe** deutlich **in Richtung akuter Ereignisse wie Verletzun-**

gen und Schwangerschaftsbehandlungen verschieben. Die Inanspruchnahme zur Behandlung von chronischen Er-

Das Konzept des Kinder- und Jugendhilfereports

Kinder- und Jugendhilfereport 2018 // Die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Technische Universität Dortmund hat es sich zur Aufgabe gemacht, anhand amtlicher Daten wesentliche Entwicklungen der Kinder- und Jugendhilfe herauszuarbeiten. Der vorgelegte Kinder- und Jugendhilfereport 2018 setzt eine Reihe von bislang drei Ausgaben aus den Jahren 2001, 2005 und 2011 fort. Die aktuelle Publikation unterscheidet sich von ihren Vorgängern jedoch durch eine stärkere konzeptionelle Systematik, eine Standardisierung sowie eine konsequente Anwendung von Kennzahlen und Indikatoren für die Darstellung der einzelnen Arbeitsfelder und Leistungsbereiche. Hierüber können wichtige Hinweise auf die besonderen Herausforderungen der aktuellen und zukünftigen Situation der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer Arbeitsfelder abgeleitet werden.

Kinder- und Jugendhilfe wird immer wichtiger

Mehr öffentliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen hat ihren Preis – die Ausgaben für die Kinder- und Jugendhilfe haben sich verdoppelt. Die Ausgaben für die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland wachsen rasant. Vor allem die Kommunen, aber auch der Bund und die Länder haben für ihre Angebote und Maßnahmen im Jahr 2016 insgesamt rund 45 Milliarden € ausgegeben – mehr als doppelt so viel wie zehn Jahre zuvor.

Zum Vergleich: Für allgemeinbildende und berufliche Schulen betragen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte im Jahr 2016 etwa 64 Milliarden €.

Mit ihrem breiten Angebotsspektrum ist die Kinder- und Jugendhilfe längst zu einem elementaren Teil des Sozialsystems geworden. Es reicht von Betreuungs-, Bildungs- und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche über die Hilfen zur Erziehung für Familien bis hin zu Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche in Notsituationen. Die Kindertagesbetreuung ist dabei das mit Abstand größte Arbeitsfeld.

Auch als Arbeitgeber nimmt das Gewicht der Kinder- und Jugendhilfe immer mehr zu: In den rund 92.000 Einrichtungen und Dienststellen der überwiegend gemeinnützigen, zivilgesellschaftlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind mittlerweile mehr als 800.000 Personen pädagogisch berufstätig, also mehr als die aktuell rund 760.000 Lehrkräfte an



allgemeinbildenden Schulen. Ehrenamtlich und freiwillig Engagierte sind dabei noch gar nicht mitgezählt.

Angebote und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sind aus dem Alltag junger Menschen nicht mehr wegzudenken. Das belegt und veranschaulicht der neu erschienene Kinder- und Jugendhilfereport 2018, den die Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Technische Universität Dortmund veröffentlicht hat. Der Report bietet umfassende und übersichtlich aufbereitete Daten und damit eine Grundlage für die vielen aktu-

ellen Diskussionen über die Kinder- und Jugendhilfe.

Die zentralen Ergebnisse zu den einzelnen, ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern im Überblick:

- **Trotz des massiven Ausbaus der Kindertagesbetreuung in den vergangenen Jahren fehlen weiterhin Plätze und Personal.**

Innerhalb eines Jahrzehnts wurden eine halbe Million Kinder mehr in die

Kindertagesbetreuung aufgenommen, mehr als 6.600 Kitas sind neu hinzugekommen und fast 280.000 zusätzliche Fachkräfte wurden eingestellt. Gleichzeitig gibt es immer noch Eltern, die sich einen Platz in der Kindertagesbetreuung wünschen, denen aber keiner zur Verfügung gestellt werden konnte. Zusätzliches Personal wird darüber hinaus in der Debatte um die Qualität in den Kitas gefordert, um den Anforderungen, die an moderne Kitas gestellt werden, besser gerecht werden zu können. Infolgedessen werden auch in Zukunft weitere Plätze sowie zusätzliche Fachkräfte benötigt.

• **Noch nie waren die Hilfen zur Erziehung zahlenmäßig größer und in ihren Angeboten ausdifferenzierter als heute – aber es mehren sich Anzeichen einer Trendwende**

Pflegefamilien, Heime und Wohngruppen für Heranwachsende sind neben den ambulanten Hilfen für Familien und der Erziehungsberatung wichtige Angebote der Hilfen zur Erziehung. Deren Inanspruchnahme ist im Vergleich zum Beginn der 1990er-Jahre – also seit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes – deutlich gestiegen. Im vergangenen Jahrzehnt ist dieser Anstieg vor allem durch einen verbesserten Kinderschutz und die zwischenzeitlich vehement gestiegenen Fallzahlen bei den unbegleiteten nach Deutschland eingereisten Minderjährigen bedingt. Diese Entwicklung ging mit steigenden finanziellen Aufwendungen und vermehrten Personalressourcen einher.

Bei den stationären Hilfen müssen sich die Träger jedoch nach längerer Zeit wieder auf rückläufige Fallzahlen einstellen, wie die Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik aus dem Jahr 2017

andeuten. Ursache ist, dass die jungen unbegleiteten Geflüchteten, die in den Jahren 2015 und 2016 nach Deutschland kamen, mittlerweile zu einem großen Teil volljährig geworden sind. Diese jungen Menschen erhalten nach und nach keine weitere Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe mehr.

• **Anstieg ambulanter Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) Behinderung sind eine Herausforderung für die Kooperationen mit Schulen**

Auch die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Die Fallzahlen steigen nicht nur in der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung, sondern auch in der Sozialhilfe nimmt der Bedarf bei jungen Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung zu. Die Zunahmen gehen vor allem auf ambulante Leistungen zurück, zum Beispiel den „Integrationshilfen“ an Schulen. Markiert wird hierüber ein zentrales, aber nicht immer konfliktfreies Kooperationsfeld zwischen Schule, Jugend- und Sozialhilfe, aber auch dem Gesundheitswesen.

• **Offene Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit sind eine knappe Ressource für junge Menschen**

Offene Angebote der Kinder- und Jugendarbeit sind ein knappes Gut – rechnerisch teilen sich mehr als 900 junge Menschen zwischen 6 und 26 Jahren eines der rund 19.000 Angebote in Deutschland. Mehr als 40 % dieser frei zugänglichen Bildungs- und Freizeitangebote sind nur an einem Tag in der Woche geöffnet. Gleichzei-

tig deuten die Daten darauf hin, dass viele Angebote auf eine breite Zielgruppe ausgerichtet sind: So nahmen an 47 % der Angebote auch Kinder unter 10 Jahren teil, und 30 % wurden gemeinsam mit der Schule durchgeführt.

• **Die besonderen Herausforderungen der Zuwanderung der Jahre 2015 und 2016 für die Kinder- und Jugendhilfe**

Bereits seit dem Jahr 2010 hat es einen merklichen Anstieg von Kindern und Jugendlichen gegeben, die zusammen mit ihren Eltern oder in vielen Fällen auch unbegleitet in Deutschland Schutz und Asyl gesucht haben. In den Jahren 2015 und 2016 kam es dann zu einem sprunghaften Anstieg mit erheblichen Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe, Unterbringung, Versorgung und Betreuung für unbegleitete Minderjährige zu organisieren. Währenddessen und in der Zeit danach mussten sich Träger und Fachkräfte nicht nur auf unterschiedliche Bedarfslagen einstellen, sondern auch auf die jungen Menschen und ihre Familien mit ihren spezifischen Erfahrungen und kulturellen Gewohnheiten eingehen. Die zu bewältigenden täglichen Herausforderungen haben sich verändert. Im Fokus für die Kinder- und Jugendhilfe stehen heute pädagogische Begleitung, Persönlichkeitsentwicklung und Verselbstständigung der jungen Menschen.

<https://www.dji.de/themen/jugend/kinder-und-jugendhilfereport-2018.html>

Zusammenstellung und Bearbeitung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Wider das Morgengrauen

Wenn die Schule morgens später beginnt, bekommen Schüler nachts mehr Schlaf. Studien weisen darauf hin, dass ein Schulstart nach 8.30 Uhr weitere positive Wirkungen haben kann: Die Stimmung der Jugendlichen hellt sich auf, sie kommen seltener zu spät in die Schule, dämmern im Unterricht seltener weg – und möglicherweise werden sogar ihre Schulleistungen besser. Allerdings sind die bisherigen Forschungen methodisch nur teilweise überzeugend.



Dr. Felix Berth

Die American Academy of Pediatrics, der Berufsverband der US-amerikanischen Kinder- und Jugendärzte, äußerte sich im Jahr 2014 ausgesprochen deutlich: In einem „policy statement“ plädierte der Verband

eindringlich für einen morgendlichen Schulbeginn nach 8.30 Uhr. Die Begründung: Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten hätten gezeigt, dass insbesondere Jugendliche davon auf vielfältige Weise profitieren würden.

Das Positionspapier des Verbandes listete mehr als zehn empirische Untersuchungen auf, die jeweils verschiedene positive Auswirkungen eines späteren Schulbeginns auf die Schlafdauer, die Schlafqualität, die Zahl der Absenzen im Unterricht, die psychische Gesundheit Jugendlicher und sogar die Zahl der Autounfälle festgestellt hatten. Einige der wichtigsten Befunde:

Kyla Wahlstrom, die dieses Thema in den USA am längsten erforscht, konnte schon 2002 zeigen, dass ein späterer Schulstart die Jugendlichen nicht dazu bringt, ihre Schlafphase einfach zu verschieben, indem sie später zu Bett gehen

und später aufstehen. Stattdessen führte in Wahlstroms Experiment eine Verschiebung des Schulstarts um durchschnittlich 85 Minuten dazu, dass die Jugendlichen knapp eine Stunde mehr Schlaf bekamen – ein Befund, der später mehrfach, mit zum Teil noch markanteren Schlafzuwächsen, repliziert wurde.

Owens et al fanden 2010 Belege dafür, dass ein dreißig Minuten späterer Schulstart signifikante Effekte auf das psychische Wohlbefinden von Jugendlichen hatte. Die Probanden, deren Unterricht um 8.30 Uhr statt um 8.00 Uhr begann, berichteten über seltenere Müdigkeitsanfälle tagsüber, selteneres Zuspätkommen in der Schule, selteneres Einschlafen im Unterricht sowie weniger müdigkeitsbedingte Schwierigkeiten bei Hausaufgaben.

Danner und Phillips zeigten 2008 mit Daten aus Kentucky, dass ein späterer

Schulstart Auswirkungen auf die Zahl der Autounfälle hatte: In einem Schulbezirk, der den Schulstart um eine Stunde nach hinten verschob, ging die Zahl der Autounfälle der 17- und 18-jährigen Fahrer in einem Vierjahreszeitraum signifikant zurück, während sie im gesamten übrigen Bundesland – in dem der Schulstart nicht verändert wurde – sogar anstieg. Auch dieser Befund wurde später repliziert.

Wahlstrom et al fanden bei einer Untersuchung in drei US-Staaten in den Jahren 2011/12 Hinweise darauf, dass Schulleistungen in Kernfächern teilweise besser wurden, sobald der Unterricht später begann. Ähnliches berichten Dunster et al in einer Studie aus Seattle. Dennoch bleibt bei beiden Arbeiten weitgehend unklar, wie die Leistungssteigerungen gemessen wurden und wie ausgeprägt sie waren; auch sind die Ergebnisse an verschiedenen Schulen uneinheitlich.

Die Cochrane-Kritik

Insgesamt muss man feststellen, dass die Qualität der Forschungen durchaus ausbaufähig ist. Insbesondere ein Review der Cochrane-Collaboration aus dem Jahr 2017 monierte dies eindringlich: Nach zwanzig Jahren Forschung gebe es zwar zahlreiche Hinweise auf Vorteile eines späteren Schulstarts. Doch fast alle der 17 Studien, die in den Review einbezogen wurden, seien methodisch unzureichend. Lediglich eine einzige Arbeit mit dem „Goldstandard“: einer Zufallsverteilung der Probanden auf Schulklassen mit verschiedenem Unterrichtsbeginn. Alle anderen Untersuchungen hätten bestenfalls Pretest-Posttest-Designs und müssten deshalb als „stark risikobehaftet“ mit Blick auf statistische Verzerrungen betrachtet werden. Studien, die ohne Kontrollgruppe – also lediglich mit Vorher-Nachher-Beobachtungen bei einer Verschiebung des morgendlichen Unterrichtsstarts – arbeiteten, wurden im Cochrane-Review ohnehin ausgeschlossen.

Diese Kritik an der bisherigen Forschung mag aus einer methodologischen Sicht nachvollziehbar sein. Allerdings führt sie in ihrer Fixierung auf die Vorzüge der Zufallsverteilung zu einem etwas seltsamen Ergebnis: Die Studie von Lufi et al, die mit randomisierter Experimental- und Kontrollgruppe operierte,

wurde von den Cochrane-Autoren als methodisch passabel bewertet. De facto allerdings dauerte dieses Experiment mit 47 Schülern in einer israelischen Schule nur zwei Wochen, in denen die Hälfte der freiwillig anwesenden Schüler mit dem Unterricht eine Stunde später beginnen musste. Der „Goldstandard“ der Zufallsverteilung mag hier gegeben sein, doch weder die Zahl der Teilnehmer noch die Dauer des Experiments sprechen dafür, dass dabei weitreichende Ergebnisse erzielt wurden.

Gleichzeitig führte die strikte Altersgrenze des Cochrane-Reviews (Begrenzung auf Experimente mit Schülern zwischen 13 und 19 Jahren) dazu, dass zwei methodisch hochwertige Arbeiten ausgeschlossen wurden: Carrell et al wiesen mit umfangreichen Daten der US Air Force Academy nach, dass Teilnehmer an früh startenden Kursen (um 7.00 Uhr) signifikant schlechtere Leistungen erbrachten als diejenigen in späteren Kursen; vielfältige Hintergrundvariablen und Zufallsverteilungen der Probanden auf verschiedene Zeitregimes ließen dabei Kausalitätsannahmen zu. Doch weil hier Erstsemester am College beobachtet wurden, fiel die Studie durch das Cochrane-Raster. Ähnlich bei einer umfangreichen Untersuchung aus Taiwan: Die Schüler wurden von Li et al in einem komplexen längsschnittlichen Design mit Zufallsverteilung beobachtet, wieder mit deutlich positiven Ergebnissen bei Schlafdauer und -qualität. Doch weil dies an einer Grundschule geschah und nicht an einer Highschool, gelangte auch diese Untersuchung nicht in den Cochrane-Review.



Foto: © Love Krittaya – wikimedia.org

Perspektiven für die Forschung

Festhalten lässt sich also einerseits, dass die bisherigen Forschungen zum späteren Schulstart häufig qualitative Mängel haben; die Stellungnahme des US-Kinderärzte-Verbandes von 2014 befasste sich damit wohl zu wenig. Andererseits ist die Befundlage nicht ganz so problematisch, wie der Cochrane-Review von 2017 suggeriert. Denn dieser Review war unter anderem aufgrund der gewählten Altersgrenzen blind für einzelne Resultate, die mit überzeugenden Designs erbracht wurden.

Für die künftige Forschung wird es also darum gehen, die methodische Messlatte höher zu legen. Dabei ist zu erwarten, dass die meisten aussagekräftigen Untersuchungen in den USA entstehen werden. Dort ist partiell auch bereits erkennbar, dass die Forschungsergebnisse ihren Weg in die Praxis finden, weil ein Teil der Schulen Bereitschaft zur Veränderung des morgendlichen Schulstarts mitbringt.

In Deutschland ist diese Bewegung noch nicht angekommen. Hier werben derzeit noch einzelne Wissenschaftler wie der Münchner Chronobiologe Till Rönneburg (LMU München) für einen späteren Schulstart. Unterstützung kommt gelegentlich aus der politischen Arena, etwa von der ehemaligen Bundesfamilienministerin Kristina Schröder. Die Kultusministerien der Länder forcieren das Thema nicht, sondern liberalisieren allenfalls – wie zum Beispiel Niedersachsen – die Regeln, indem sie den Schulen mehr Gestaltungsfreiheit beim Schulbeginn einräumen. Auf Schulseite bewegt sich wenig, nur einzelne Einrichtungen wie das Rosa-Luxemburg-Gymnasium in Berlin oder das Dalton-Gymnasium in Alsdorf (NRW) verschieben den Schulstart nach hinten. Wissenschaftliche Bemühungen sind bisher ebenfalls kaum erkennbar, weder in der Medizin, noch in den Sozialwissenschaften. Das Thema wartet in Deutschland auf eine methodisch anspruchsvolle Erforschung.

Literatur beim Autor

Korrespondenzadresse:

Dr. Felix Berth, Deutsches Jugendinstitut
81541 München
E-Mail: berth@dji.de

Red.: cb

Auf gute Zusammenarbeit

Daniela Ludwig ist neue Drogenbeauftragte

Sie steht mitten im Leben und wird frischen Wind in das Amt bringen – mit diesen lobenden Worten stellte Gesundheitsminister Jens Span im September die neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung vor. Die 44-jährige Daniela Ludwig von der CSU gehört dem Bundestag bereits seit 2002 an; zuvor hatte sie das Studium der Rechtswissenschaften abgeschlossen. Im Plenum machte sie sich einen Namen als verkehrspolitische Sprecherin, in ihrer Heimat als ehrenamtliche Kreisrätin.

Ein persönliches Gespräch mit Dr. Fischbach steht ganz oben auf der Liste der Drogenbeauftragten. Voller Lob ist sie für die Kampagne „Leben mit Medien“, die 2018 in Zusammenarbeit mit dem BVKJ entstand und die sie gerne weiterführen möchte. Daniela Ludwig



www.drogenbeauftragte.de/presse/pressefotos.html

sieht die „Suchtprävention als eine der wichtigsten gesellschaftlichen Aufgaben – nicht nur im Hinblick auf illegale Dro-

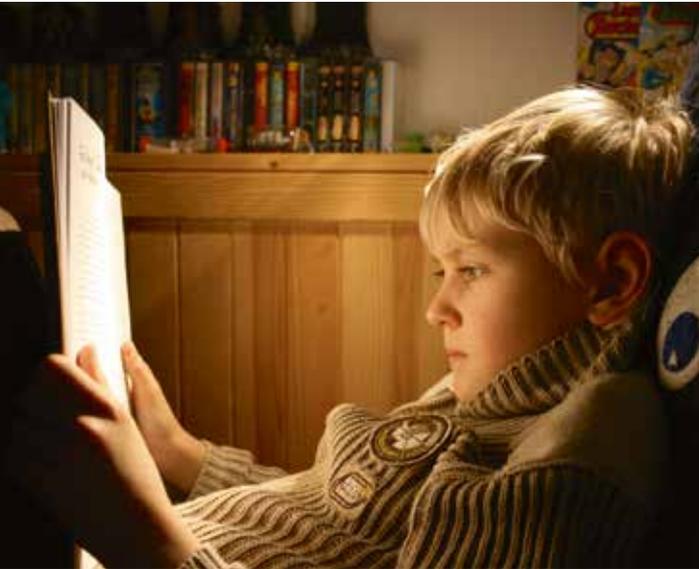
gen, sondern auch beim Alltagssuchtverhalten. Eine Bagatellisierung darf es hier nicht geben.“

Erst kurz im Amt, wurde sie mit den Todesfällen durch E-Zigaretten in den USA konfrontiert. Auch wenn in Deutschland strengere Richtlinien für die Inhaltsstoffe als in Amerika gelten, sieht Daniela Ludwig bei dem Thema raschen Handlungsbedarf. Zu ihren Plänen zählt daher auch ein Außenverbot für E-Zigaretten ebenso wie für Tabak. Das wird vom Verband der Kinder- und Jugendärzte bereits seit Jahren gefordert. Immerhin ist Deutschland das letzte europäische Land, in dem die Plakatwerbung für Zigaretten noch immer uneingeschränkt erlaubt ist.

Red.: cb

Zahlen, Daten, Fakten

Drei Umfragen im Überblick



© Foto: Simone Peter / pixelio.de

Vom Tablet zum Smartphone

„Kinder und Jugendliche in der digitalen Welt“ heißt die Studie des Digitalverbands bitkom (Bundesverband der Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien), die dieser im Mai 2019 veröffentlichte. 900 Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren wurden zu ihrer Nutzung von Smartphone, Tablet, Fernseher etc. befragt. Bei den Jüngeren war der Medienkonsum

über das Tablet beliebt, das ihnen meist die Eltern kurz zur Verfügung stellten. Je älter die Zielgruppe, desto intensiver wurde die Smartphone-Nutzung, zumal bereits ab dem 10. Lebensjahr die Mehrheit über ein eigenes Gerät verfügt. Bei den 12-Jährigen waren es sogar 95 Prozent; dieser Wert stieg bei den Älteren nicht weiter an.

Die Befragten gaben an, das Smartphone weniger zum Telefonieren, als für Videos, Streaming, Musik, Social Media etc. zu nutzen. Selbst bei den 10- bis 11-Jährigen verwenden bereits 80 Prozent WhatsApp. Instagram wurde erst ab 12 Jahren genannt. 56 Prozent aller Befragten äußerten, dass sie sich ein Leben



© Foto: Helene Souza / pixelio.de

ohne Internet nicht mehr vorstellen können. Ein recht gutes Zeugnis erhielten die Eltern: Bei den 6- bis 10-Jährigen achten 77 Prozent auf eine genaue Zeitreglementierung, mehr als 70 Prozent der 14- bis 18-Jährigen sprechen mit ihnen regelmäßig über die Erfahrungen, die sie im Internet machen.

Gefährliche Influencer

„PR im Zeitalter der Social Media“, so wird das Influencer-Marketing oftmals bezeichnet. Bei den Filmen mit Produktvorstellungen verschwimmen die Grenzen zwischen Werbung und redaktionellen Inhalt. Das ist für Kinder und Jugendliche besonders gefährlich: Je jünger die User sind, desto weniger wird der werbliche Charakter wahrgenommen. Denn die Influencer treten als „vertraute Freunde auf, die Produkte eher empfehlen als bewerben“, so eine Forschungsdokumentation des Bayerischen Rundfunks.

Zur Akzeptanz ermittelte das Internationale Zentralinstitut für das Jugend- und Bildungsfernsehen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Schulbildung der Follower: Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit hoher Schulbildung monierten 66 Prozent, dass Influencer nerven, weil es nur um Werbung für Produkte geht. Dagegen befanden 64 Prozent mit niedriger Schulbildung, dass Influencer gute und hilfreiche Anregungen geben. Der Rat für kulturelle Bildung ermittelte, dass 65 Prozent der 12- bis 19-jährigen den Influencern entscheidende Impulse für ihr eigenes Konsumverhalten zugestehen, weit mehr als Eltern oder Lehrern. Auch aus diesem Grund kommt ein Gutachten der Hochschule der Medien in Stuttgart zu dem Ergebnis, dass das Influencer-Marketing mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche der „regulatorischen Begleitung durch die Medienaufsicht bedarf“.

Zusammenstellung und Redaktion: cb

Gedrucktes bleibt beliebt

„Was machst Du gerade?“ und „Was schaust Du Dir an?“, so lauteten die Fragen, mit denen RTL zwischen Januar und März 2019 die Mediennutzung der 8- bis 13-Jährigen genauer erforschen wollte. Dazu hatte man eine Smartphone-App entwickelt, die sich im 30-minütigen Abstand über insgesamt 72 Stunden während der Freizeit bei den Teilnehmenden meldete. Bei einer Gesamtzahl von 13.000 Momentaufnahmen kam man auf durchschnittlich 32 Interviews pro Teilnehmer.

An einem Schultag lag der Anteil der freien Zeit bei 8,08 Stunden. Der Schlaf wurde mit 8,53 Stunden beziffert, die Schule und Nachmittagsbetreuung mit 6,04 Stunden. Wie erwartet erreichte das lineare Fernsehen mit 66 Minuten Platz 1 bei der Mediennutzung, gefolgt vom Lesen: 34 Minuten wurden durchschnittlich angegeben, aufgeteilt auf Buch, Schulbuch, Zeitschrift und Comic. Auch Hören ist nach wie vor beliebt, hier spielen Radio und CD-Player eine wichtige Rolle. In der nicht-medial genutzten Zeit standen übrigens „draußen spielen“ und „Freunde besuchen/sich treffen“ ganz oben auf der Beliebtheitsliste der Kinder und Jugendlichen.

Buchtipp

Dr. med. Thomas Schmitz,
Sven Siebert

KLARTEXT IMPFEN

Ein Aufklärungsbuch zum Schutz
unserer Gesundheit
HarperCollins, € 15,00
1. Auflage August 2019,
ISBN 978-3-95967-338-9



Das Buch „Klartext Impfen“ der Autoren Schulz und Siebert beschreibt in acht Kapiteln die Thematik um Impfgegner, Informationen im Netz, Grundlagen der Immunisierung, ein Blick zurück in die Geschichte vor 200 und vor 50 Jahren. Ausführlich werden Krankheiten beleuchtet, ebenso Komplikationen und Nebenwirkungen von Impfungen. Die Autoren begeben sich auf die Reise nach Frankreich und Italien und werfen einen Blick in die USA, dort dürfen ungeimpfte

Austauschschüler die Schule nicht besuchen. Zudem geben sie einen medizinisch-historischen Überblick zum Impfen.

Privatdozent Dr. med. Thomas Schulz ist Pädiater und arbeitet als Neonatologe an der Berliner Charite, Sven Siebert ist Journalist und Biologe. Das Buch stellt keine wissenschaftliche Arbeit dar, vielmehr soll es helfen die Verunsicherung beim Impfen zu verstehen und will Aufklärungsarbeit leisten.

Impfreaktionen, Impfkomplicationen und Fehler in der Impfstoffentwicklung werden von den Autoren offen dargestellt. Ausführliche evidenzbasierte Daten zu Impfungen und die Arbeitsweise wie auch die Unabhängigkeit der STIKO werden erklärt. Sie analysieren die Entwicklung von Impfskepsis und hinterfragen Impfgegner.

Die Autoren arbeiten heraus, warum besonders intelligente und gebildete Menschen es für möglich halten, dass Pharmaindustrie, Wissenschaftler, die Regierung ihres Landes und die Mehrzahl der Kinder- und Jugendärzte vorsätzlich die Gesundheit der Kinder riskieren.

Woher kommt die kontroverse Debatte? Impfen ist im juristischen Sinne Körperverletzung. Impfen ist unheimlich. Beim Impfen bekommt man eine Spritze obwohl man gar nicht krank ist. Impfen leuchtet dem Gesunden nicht unmittelbar ein, weil er eben nicht krank ist. Ärztliche Anweisungen wurden von unseren Eltern und Großeltern weniger in Frage gestellt. Heute wird viel mehr kritisch hinterfragt und Rat im Internet gesucht. Impfgegner

verbreiten dort unwissenschaftliche und selbstgefertigte Meinungen, welche die Sorgen der Suchenden bedienen. Einzelne Aspekte werden herausgegriffen und Impfungen werden grundsätzlich in Frage gestellt. Nicht seriös nebeneinander gestellt werden Nutzen und auch Risiken von Impfungen.

Eine Reise in die Mitte des 18. Jahrhunderts wird unternommen um die Anfänge von Impfungen/Inokulationen (Mary Wortley Montagu) zu beschreiben. Natürlich darf die Geschichte um Edward Jenner (1796), der Milchkuh Blossom und dem Jungen James Phipps nicht unerwähnt bleiben.

Impfstoffe gegen die großen Drei (Malaria, Tuberkulose und Aids), hin zu der Stiftung GAVI von Bill und Melinda Gates sind Ausblicke in die nahe Zukunft. Obwohl nicht als wissenschaftliche Lektüre gedacht, folgt am Buchende eine ansehnliche Literaturangabe und die Abbildung der Impfpläne für Deutschland und Österreich.

Fazit: die 200 Seiten des Buches sind informativ, gut zu lesen, ein Buch mit viel medizinischen, historischen und auch politischen Hintergründen; geeignet für Mediziner als Lieferant für Argumente und für Eltern, die eine kritische oder fragende Haltung zum Impfen haben.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin BVKJ
E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Red.:WH

Vorstand des BVKJ ab 01.11.2019

(Amtszeit: 01.11.2019 bis 31.10.2023)

Geschäftsführender Vorstand

Präsident	Dr. Thomas Fischbach	LV Nordrhein
Vizepräsident	Dr. Sigrid Peter	LV Berlin
Vizepräsident	Prof. Dr. Wolfgang Kölfen	LV Nordrhein
Schatzmeister	Dr. Tilman Kaethner	LV Niedersachsen

Vorstände

Dehtleff Banthien	LV Schleswig-Holstein
Dr. Sebastian Bartels	LV Rheinland-Pfalz
Dr. Reinhard Bartzky	LV Berlin
Karin Geitmann	LV Westfalen-Lippe
Dr. Ronny Jung	LV Bayern
Dr. Klaus Rodens	LV Baden-Württemberg



Die am 12.10.2019 in Bad Orb gewählten Vorstände des BVKJ von links: Klaus Rodens, Karin Geitmann, Ronny Jung, Sebastian Bartels, Reinhard Bartzky, Dehtleff Banthien

Präsident und die beiden Vizepräsidenten wurden bereits im Rahmen der DV 2018 in Bad Orb gewählt, die übrigen Vorstände und der Schatzmeister im Rahmen der DV 2019.

Der bisherige Vorstand **Dr. Uwe Büsching (LV Westfalen-Lippe)** und die bisherigen Vizepräsidenten **Prof. Dr. Ronald Schmid (LV Bayern)** und **Dr. Roland Ulmer (LV Bayern)** haben sich aus Altersgründen aus der Vorstandsarbeit zurückgezogen. Sie werden dem BVKJ aber weiterhin mit ihrem umfangreichen Wissen in anderen Funktionen zur Verfügung stehen.

Ebenso gibt **Dr. Hermann-Josef Kahl** seine Aufgabe als Bundespressesprecher aus Altersgründen ab, bleibt aber dem BVKJ besonders im Bereich der Prävention weiterhin erhalten.

Die Mitglieder des scheidenden alten Vorstands Dr. Uwe Büsching, Prof. Dr. Ronald Schmid, Dr. Roland Ulmer, Dr. Christoph Bornhöft und Dr. Hermann-Josef Kahl sind im Rahmen der DV 2019 in Bad Orb mit großem Dank der Delegierten und anhaltendem Applaus verabschiedet worden.

Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Geburtstage im Dezember 2019

65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Hartmut Wölk**, Kassel, am 01.12.1954
Frau **Marina Schwamb**, Uelversheim, am 01.12.1954
Frau Dr. med. **Monika Golembiewski**, Flein, am 06.12.1954
Herr Dipl.-med. **Gunter Neumann**, Neukirch, am 08.12.1954
Frau Dipl.-Med. **Luise Wilhelm**, Auerbach, am 11.12.1954
Frau Dr. med. **Birgitt Bormeister**, Templin, am 12.12.1954
Herr Prof. Dr. med. **Eberhard Mühler**, Aachen, am 19.12.1954
Herr Dr. med. **Luc Del Piero**, Siegen, am 20.12.1954
Frau Dr. med. **Rosa Benz**, Balgheim, am 20.12.1954
Herr Dr. med. **Rolf Ponader**, Hof, am 21.12.1954
Herr Dr. med. **Peter Weyer**, Winsen, am 23.12.1954
Frau Dr. med. **Claudia Burkhardt**, Titisee-Neustadt,
am 26.12.1954
Herr Dr. med. **Matthias Richter**, Lemgo, am 27.12.1954
Herr **Peter Mondon**, Neu-Isenburg, am 27.12.1954
Frau Dr. med. **Evelyn Lesser**, Hamburg, am 31.12.1954

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Mohamed Said**, Hamburg, am 01.12.1949
Herr **Gottfried Lieschke**, Schweich, am 04.12.1949
Frau **Johanna Schafft-Sommer**, Immenhausen,
am 05.12.1949
Herr Dr. med. **Josef Geisz**, Wetzlar, am 06.12.1949
Frau **Zlatka Zochev Donkov**, Fockbek, am 10.12.1949
Frau Dr. med. **Irene Boog**, Bitburg, am 12.12.1949
Frau **Maria Reiz**, Fluterschen, am 14.12.1949
Herr Dr. med. **Uwe Bumb**, Frankenthal, am 16.12.1949
Frau Dr. med. **Monika Damme**, Dresden, am 21.12.1949
Frau Dr. med. **Hildegard Slabik-Münter**, Daun, am
21.12.1949
Herr **Ramadan Ihwas**, Kall, am 21.12.1949
Herr Dr. med. **Wolfgang Adam**, Rahden, am 24.12.1949
Herr Dr. med. **Christoph Kupferschmid**, Ulm, am 26.12.1949
Frau Dr. med. **Gabriele Schulze-Borges**, Hannover,
am 28.12.1949
Herr Dr. med. **Alfons Macke**, Bruckmühl, am 28.12.1949
Herr Dr. med. **Franz Thanbichler**, Ilvesheim, am 29.12.1949
Herr Dr. med. **Gerhard Stursberg**, Günzburg, am 30.12.1949

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Monika Phillip**, Freising, am 01.12.1944
Frau Dipl.-Med. **Dorothea Rustler**, Annaberg-Buchholz,
am 05.12.1944
Frau **Ebba Drücker**, Erfurt, am 08.12.1944
Herr Dr. med. **Andreas Wenner**, Osnabrück, am 19.12.1944
Frau **Ulrike Schubert**, Roßwein, am 22.12.1944
Frau Dr. med. **Barbara Brandt**, Kaiserslautern, am 27.12.1944
Herr Dr. med. **Georg Hook**, Stuttgart, am 30.12.1944
Herr Dr. med. **Wolfgang Pauli**, Ötisheim, am 31.12.1944

MITTEILUNGEN AUS DEM VERBAND

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Inge Baader**, Köln, am 01.12.1923
Herr MR Dr. med. **Wilfried Trommer**, Merseburg,
am 01.12.1939
Herr Dr. med. **Dietmar von dem Borne**, Ulrichstein,
am 01.12.1939
Frau Dr. med. **Helga Kämmerer**, Jena, am 02.12.1936
Herr Dr. med. **Hans Jörg Baumann**, Göttingen, am 02.12.1935
Herr Dr. med. **Eckart Altinger**, Iserlohn, am 03.12.1939
Herr Dr. med. **Wolfgang Kröckel**, Ahrensfelde, am 06.12.1936
Frau Dr. med. **Wilma Krümmel**, Saarbrücken, am 06.12.1934
Frau Dr. med. **Freya Labitzke**, Recklinghausen, am 07.12.1938
Herr Dr. med. **Hans Johann Hager**, Köln, am 08.12.1924
Frau **Ursula Dethloff**, Stade, am 09.12.1936
Frau Dr. med. **Beate Irek**, Alsfeld, am 09.12.1938
Frau Dr. med. **Elfriede Philipp**, Oberursel, am 09.12.1935
Frau Dr. med. **Isis Elbern**, München, am 10.12.1925
Frau Dr. med. **Ina Beckel**, Faistenau, am 11.12.1936
Herr Dr. med. **Rolf Hille**, Niederwartha, am 11.12.1935
Frau Dr. med. **Ursula Eulner**, Göttingen, am 11.12.1922
Herr MR Dr. med. **Fredy Pathenheimer**, Rostock,
am 12.12.1931
Herr Dr. med. **Winfried Rath**, Forchheim, am 12.12.1935
Frau Dr. med. **Lore Köppen**, Marbach, am 14.12.1938
Frau Dr. med. **Ingeborg Kriebel**, Braunschweig, am 15.12.1939
Herr Dr. med. **Marwan Hafez**, Berlin, am 15.12.1934
Frau Dr. med. **Helga Carstensen**, Lübeck, am 16.12.1935
Frau **Marlene Zacharias**, Berlin, am 17.12.1928
Herr Dr. med. **Dieter Lensing**, München, am 17.12.1937
Frau Dr. med. **Renate Werwig-Schneider**, Berlin,
am 17.12.1938
Herr Dr. med. **Albert Rudolph**, Lichtenfels, am 17.12.1939
Herr Dr. med. **Horst Hoffmann**, Kiel, am 18.12.1934
Frau Dr. med. **Hiltrud Döhmen-Benning**, Aachen,
am 18.12.1939
Herr Dr. med. **Niels Callsen**, Buxtehude, am 19.12.1938
Frau Dr. med. **Anna-Maria Brumberg**, Bielefeld, am 19.12.1935

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

Frau SR Dr. med. **Christa Hentschel**, Freital, am 19.12.1937
Frau Dr. med. **Hildegard Geiger**, Offenburg, am 20.12.1922
Herr Dr. med. **Harro Schirmer**, Friedrichsdorf, am 20.12.1930
Frau Dr. med. **Barbara Mueller**, Potsdam, am 20.12.1938
Herr Dr. med. **Theodor Jouck**, Mönchengladbach,
am 21.12.1937
Frau Dr. med. **Renate Stefan**, Ingolstadt, am 22.12.1923
Frau Dr. med. **Marianne Kremer**, Essen, am 22.12.1923
Herr Dr. med. **Mohammad Tahbasian Saleh**, Hannover,
am 24.12.1932
Frau Dr. med.(R) **Gabriela Ganea**, Mülheim, am 25.12.1937
Herr Dr. med. **King Tiong Kwik**, HK Arnhem, am 25.12.1939
Frau Dr. med. **Gisela Brinkmann**, Bad Driburg, am 26.12.1938
Herr Dr. med. **Wolfgang Baier**, Passau, am 26.12.1939
Frau Dr. med. **Helga Claußen**, Magdeburg, am 28.12.1932
Herr Prof. Dr. med. **Lothar Pelz**, Rostock, am 30.12.1934
Herr Dr. med. **Günter Voigt**, Lutherstadt Eisleben,
am 30.12.1935
Herr Prof. Dr. med. **Gerhard Schöch**, Ibbenbüren,
am 31.12.1936

Wir trauern um:

Herrn Dr. **Rüdiger Abel**, Lönningen
Herrn Dr. **Michael Hauch**, Düsseldorf
Frau **Marina Schwamb**, Uelversheim
Frau **Edda von Specht**, Oschersleben

Im Monat September konnten wir 19 neue Mitglieder begrüßen.

Fortbildungstermine

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

2. November 2019

bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller

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

6. November 2019

Immer etwas Neues in Nürtingen

Auskunft: ⑤

9.-10. November 2019

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

09.-10. November 2019

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V. in Fulda

Auskunft: ⑤

27. November 2019

Immer etwas Neues in Leverkusen

Auskunft: ⑤

4. Dezember 2019

Immer etwas Neues in Magdeburg

Auskunft: ⑤

15. Januar 2020

44. Traditionelle Winterveranstaltung in Bielefeld des BVKJ Bezirk Ostwestfalen-Lippe

Auskunft: ⑤

① CCJ GmbH

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

② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

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

③ DI-TEXT

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

④ Interface GmbH & Co. KG

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

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

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

Weiterhin Unterschiede bei Säuglingsmilchen nach EU-Novelle

Ab dem kommenden Jahr gilt eine neue EU-weite Verordnung zur Zusammensetzung von Säuglingsnahrung. Darin werden verpflichtende und optionale Inhaltsstoffe neu festgesetzt. Zeit einen Blick auf die verschiedenen Bestandteile industrieller Milchnahrungen zu werfen, denn: Nicht alle sind gleich. So übertreffen forschungsbasierte Säuglingsnahrungen die gesetzlichen Mindeststandards, indem sie zusätzliche, funktionelle Inhaltsstoffe enthalten.

Muttermilch ist und bleibt nach wie vor der unangetastete Goldstandard für die gesunde Entwicklung von Säuglingen. Deshalb sollten Mütter gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die ersten sechs Lebensmonate voll und im Anschluss, ergänzend zur Beikost, weiter stillen.

Kann oder möchte eine Mutter jedoch nicht stillen, ist industriell hergestellte Säuglingsnahrung die einzige Alternative. Für diese Milchnahrung bestehen daher aus gutem Grund strenge Anforderungen seitens des Gesetzgebers. Im Rahmen dessen können neben den verpflichtenden und optionalen Inhaltsstoffen auch nicht spezifisch geregelte Zutaten zum Einsatz kommen – vorausgesetzt ihre Wirksamkeit und Sicherheit ist wissenschaftlich belegt.

Von optional zu obligatorisch: DHA

Zu den obligatorischen Inhaltsstoffen gehören unter anderem Mikro- und Makronährstoffe, deren Höchst- und Mindestmengen in der EU-Verordnung genau definiert werden. Dazu zählen zum Beispiel Proteine, deren Höchstwerte nun für Säuglingsnahrungen gesenkt wurden, um das Risiko für einen erhöhten Body-Mass-Index und Adipositas im Kindesalter zu senken.

Ein neuer verpflichtender Inhaltsstoff in Säuglingsanfangs- und Folgenahrungen ist Docosahexaensäure (DHA). Die langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäure ist bereits seit vielen Jahren Be-

standteil von wissenschaftlich basierten Säuglingsnahrungen, da sie unter anderem die Entwicklung von Sehvermögen, Nervensystem und Gehirn unterstützt. Nun wird DHA mit der neuen Verordnung für alle Hersteller obligatorisch.

GOS/FOS: Optionaler Inhaltsstoff mit hoher Evidenz

Neben den obligatorischen Bestandteilen waren und sind in der Verordnung auch einige Inhaltsstoffe genannt, welche den Nahrungen optional zugesetzt werden können. Beispiele hierfür sind Arachidonsäure (ARA) sowie die prebiotisch wirksamen Galacto- und Fructooligosaccharide (GOS/FOS). Durch die Zugabe der unverdaulichen Ballaststoffe in einer speziellen Mischung im Verhältnis 9:1 kann ein bifidogener Effekt erzielt werden – sprich Wachstum und Aktivität nützlicher Bakterien im Darm werden stimuliert. Die Evidenz von GOS/FOS belegen 30 wissenschaftliche Studien und mehr als 50 Publikationen.

HMOs & Postbiotika: Aktueller Fokus der Forschung

Abseits von obligatorischen und optionalen Inhaltsstoffen ist es Herstellern erlaubt, zusätzliche Zutaten beizufügen, die über die konkret geregelten Vorgaben hinausgehen – sofern ihre Eignung durch Studien nachgewiesen ist. Auf diese Weise sind Innovation und Produktentwicklung weiterhin möglich. Beispielfähig sind hier künstlich hergestellte humane

Milch-Oligosaccharide (HMOs), sowie Postbiotika zu nennen.

HMOs sind lösliche, unverdauliche Kohlenhydrate, die im Dickdarm ebenfalls einen bifidogenen Effekt erzielen. HMOs werden viele immunologische Funktionen zugeschrieben: Sie können vor Infektionen schützen, Entzündungsreaktionen beeinflussen und vermutlich die neurologische Entwicklung positiv beeinflussen.

Forschungsorientierte Hersteller haben bereits damit begonnen einzelne HMO-Strukturen wie 3'-GL und 2'-FL in ihre Nahrungen zu integrieren. Weitere Studien sollen dafür sorgen, dass sichere Aussagen zur Wirksamkeit der synthetischen Strukturen getroffen werden können.

Postbiotika sind Stoffwechselprodukte von Bakterien, die in Säuglingsnahrungen seit Kurzem unter kontrollierten Bedingungen in einem Fermentationsprozess während der Produktion erzeugt werden können. Untersuchungen deuten darauf hin, dass durch den Zusatz von Postbiotika in Säuglingsnahrungen positive Effekte auf den kindlichen Darm und das Immunsystem erzielt werden können. Sie können daher – genauso wie GOS/FOS und HMOs – forschungsbasierte Säuglingsnahrungen sinnvoll ergänzen.

Referenzen

Quellennachweis: bei Rückfragen zu den Quellen bitte pressestelle@danone.com kontaktieren.

**Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH,
Frankfurt am Main**

Atopische Dermatitis bei Patienten ab 12 Jahren jetzt zielgerichtet therapieren

Die atopische Dermatitis (AD) belastet gerade Jugendliche während ihrer Entwicklung sehr. Nicht nur der Juckreiz, auch das Erscheinungsbild der Haut steigern den emotionalen Stress. Dieser wiederum kann die Erkrankung triggern oder verstärken – ein Teufelskreis. Mit dem vollständig humanen Antikörper Dupilumab (Dupixent®) wurde nun das erste Biologikum für Jugendliche ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer AD, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen, zugelassen.

Bei einer AD wird nicht nur der Körper, sondern auch die Seele in Mitleidenschaft gezogen. 15-19 % aller Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren sind von der Erkrankung betroffen und somit einem hohen Leidensdruck ausgesetzt.¹ Die entzündliche, schuppige Haut geht oft mit quälendem Juckreiz einher und dieser mit einem gestörten Nachtschlaf. Darüber hinaus schränken die sichtbaren Hautveränderungen und die aufwändige Therapie die Aktivitäten der Betroffenen ein. Ausgrenzung und Mobbing können die psychische Belastung weiter verstärken. Über die Hälfte aller Betroffenen sind depressiv.²

Die Auswirkungen der AD betreffen jedoch die gesamte Familie, führte die Kinderärztin Dr. Andrea Jobst, Berlin, aus (Abb. 1).^{3,4,5,6} Neben dem hohen Zeitaufwand einer Therapie, stellen geeignete Cremes und Seifen sowie spezielle Kleidung eine hohe finanzielle Belastung dar.

Grundlage Typ-2-Inflammation

AD ist eng mit anderen Erkrankungen, denen die gemeinsame Typ-2-Inflammation zugrunde liegt, assoziiert. So entwickeln Betroffene zum Beispiel häufig Nahrungsmittelallergien, allergi-

sche Rhinitis oder Asthma. Bei AD führt die Überaktivierung von Typ-2-Zellen zu einer anhaltenden Entzündungsreaktion, in Folge derer die Hautbarriere geschwächt wird. Allergene und Erreger können diese leichter überwinden und induzieren ihrerseits eine Entzündungsreaktion. Ein Teufelskreis aus Jucken, Kratzen und Eindringen von Fremdstoffen entsteht.

Duale Rezeptorblockade

Eine Schlüsselrolle spielen hierbei die Zytokine IL-4 und IL-13, wesentliche Bestandteile der Typ-2-Immunantwort.

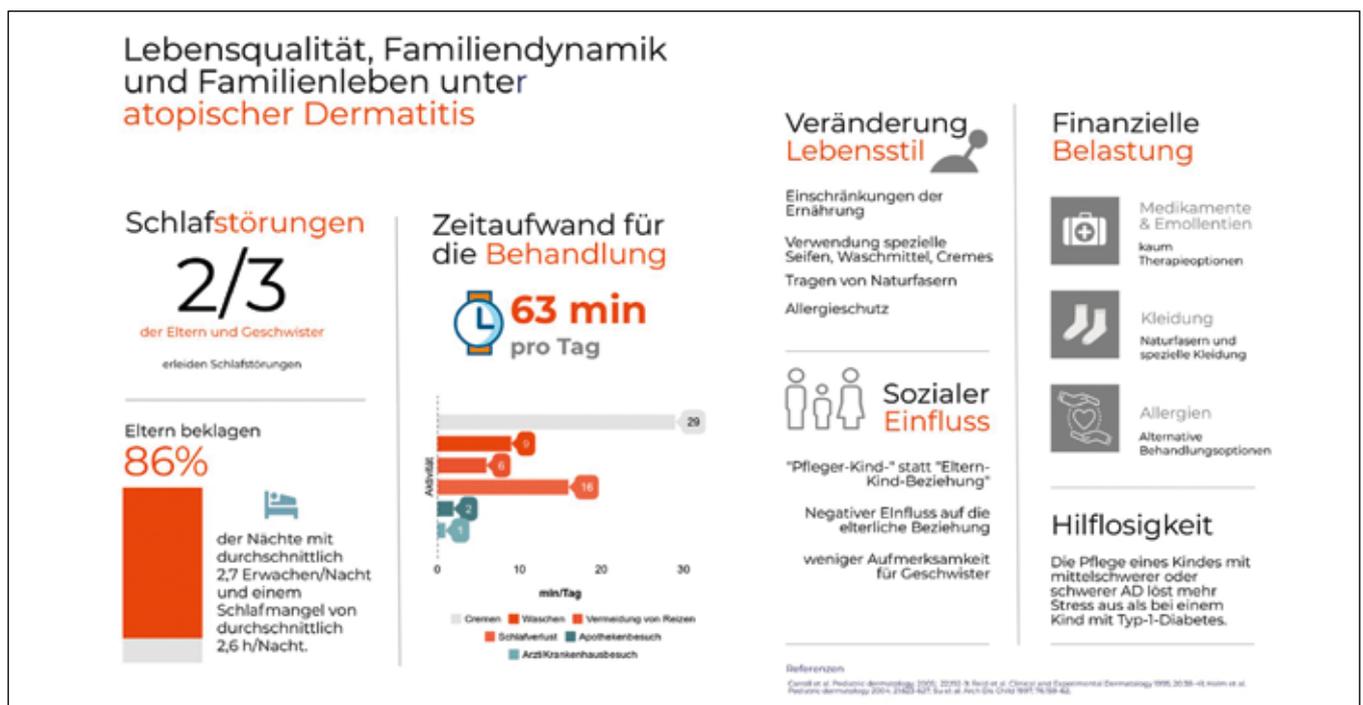


Abb. 1: Die AD beeinträchtigt die Lebensqualität der Patienten, Familiendynamiken und das generelle Familienleben. TSOT: Time spend on treatment. mod. nach 3,4,5,6

IL-4 ist verantwortlich für die Differenzierung von Th0-Zellen zu Th2-Zellen und zusammen mit IL-13 für den Isotypenswitch von B-Zellen zur Herstellung von Immunglobulin(Ig)E.^{2,7,8,9,10} Folge können allergische Reaktionen und Symptome der AD sein. Die Wirkung der Interleukine wird jedoch erst nach Bindung an den jeweiligen Rezeptor freigesetzt. Während IL-4 am Typ-I-Rezeptor bindet, kann der Typ-II-Rezeptor sowohl IL-13 als auch IL-4 binden.^{11,12,13,14} Hier setzt die duale Rezeptorblockade des vollständig humanen monoklonalen Antikörpers Dupilumab an. Durch eine Zulassungserweiterung ist Dupilumab jetzt auch für Jugendliche ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer AD, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen, verfügbar.¹⁵

Fortschritt in der AD-Behandlung

Von einem wesentlichen Fortschritt im Therapie-Armamentarium spricht Dr. Andreas Pinter, Frankfurt am Main: „Aus Verzweigung wurden bisher viele Betroffene fast ausschließlich nur mit Kortison behandelt.“ Zielgerichtete Therapieoptionen können nun erstmals für einige Patienten die Behandlung verändern. In die Zulassungsstudien zu Dupilumab wurden insgesamt 251 Patienten aufgenommen, die im Verhältnis 1:1 randomisiert wurden.¹⁶ Über einen Zeitraum von 16 Wochen erhielten sie entweder 300 mg Dupilumab q4w, abhängig vom Körpergewicht 200 mg (<60 kg) bzw. 300 mg (≥ 60 kg) Dupilumab q2w oder Placebo. Eine Open-Label Extension Phase über 28 Wochen schloss sich an. „Ein Großteil der Studienteilnehmer war bereits seit dem frühen Kindesalter schwer betroffen und litt unter deutlichen Auswirkungen hinsichtlich der Lebensqualität“, berichtete Pinter.

Es zeigte sich, dass 42 % der Dupilumabgruppe (200 mg bzw. 300 mg q2w) eine mindestens 75 prozentige Verbesserung des Krankheitsausmaßes und Schweregrades (EASI-75) erreichen konnten (vs. 8 % im Placebo-Arm). Eine erscheinungsfreie oder nahezu erscheinungsfreie Haut erzielten mehr als zehnmal so viele Patienten unter Dupilumab wie unter Placebo (24 % vs. 2 %). „Eine deutliche Verbesse-

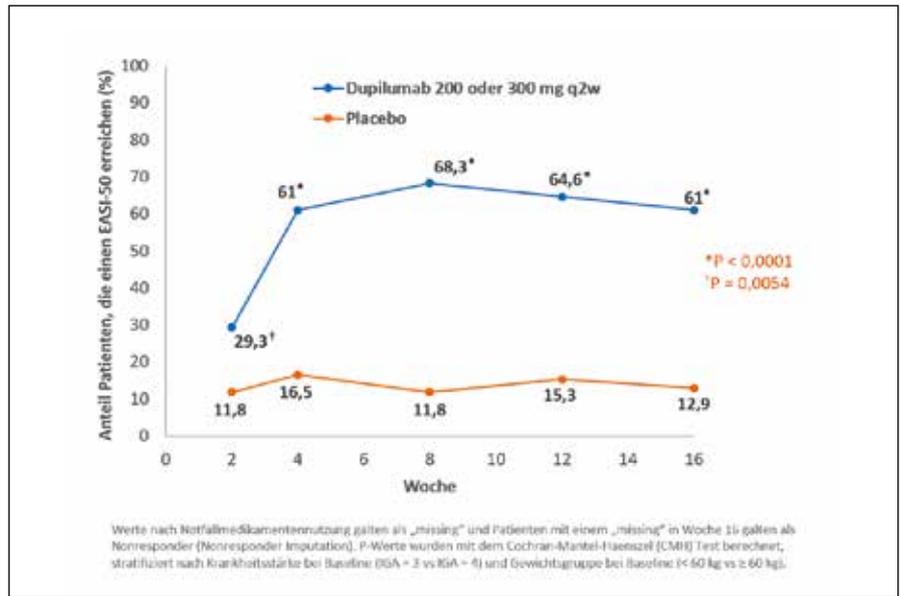


Abb. 2: Prozentualer Anteil der Patienten mit einem EASI-50 nach Woche 16. Im Vergleich zu Placebo besserte sich das Hautbild in beiden Dupilumab-Gruppen bereits nach 2 Wochen.^{mod. nach 17}

rung der Haut (EASI-50) konnte bereits nach zwei Wochen beobachtet werden“, so der Experte (Abb. 2). Und auch der Juckreiz konnte signifikant gemildert werden. Unter der Biologikum-Therapie erreichten 37 % eine klinisch relevante Verbesserung um mindestens vier Punkte auf der Peak Pruritus Numerical Rating Scale, unter Placebo nur 5 %. Darüber hinaus zeigte sich bei 61 % der Patienten eine signifikante Verbesserung der Le-

benqualität. „Bei acht von 10 Patienten verbesserte sich das Hautbild, der Juckreiz und/oder die Lebensqualität“, fasste Pinter zusammen.

Referenzen

1. Robert Koch Institut (Hrsg) (2014) Neurodermitis. Faktenblatt zu KiGGs Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-201. RKI, Berlin
2. Gandhi et al. Nat Rev Drug Discov 2016; 15:35-50
3. Carroll et al. Pediatr dermatol. 2005; 22:192-9
4. Reid et al. Clin Exp Dermatol. 1995; 20:38-41
5. Holm et al. Pediatr dermatol 2004; 21:623-627
6. Su et al. Arch Dis Child 1997; 76:159-62.
7. Zhu und Paul. Blood 2008; 112:1557-1569
8. Gittler et al. J Allergy Clin Immunol 2013; 131:300-313
9. Poulsen und Hummelshoj. Ann Med 2007; 39:440-456
10. Aversa et al. J Exp Med 1993; 178:2213-2218
11. Simpson et al. Clin Exp Allergy 2013; 43:1428-1472
12. Swanson et al. World Allergy Organ J 2014; 7:P13. Poster 1023
13. Hamilton et al. J Invest Dermatol 2014; 134:S104
14. Beck et al. J Invest Dermatol 2013; 133:S178
15. Fachinformation Dupixent®, Stand August 2019
16. Paller AS et al. [Poster] 77th Annual Meeting of the America Academy of Dermatology. 01.-05. März 2019, Washington, DC, USA; #P33
17. Paller AS et al. [Poster] 19th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Dermatology (ESPD); 2.-4. Mai 2019, Dubrovnik; #P098

Dupilumab im Praxisalltag¹⁵

Zulassung: Jugendliche ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer AD, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen

Dosierung: (abhängig vom Körpergewicht)

< 60 kg: initial 400 mg (zwei Injektionen zu je 200 mg), Erhaltungsdosis 200 mg alle zwei Wochen

≥ 60 kg: initial 600 mg (zwei Injektionen zu je 300 mg), Erhaltungsdosis 300 mg alle zwei Wochen

Applikationsform: subkutane Injektion, die nach Schulung von den Betroffenen auch alleine zu Hause durchgeführt werden kann

Aufbewahrung: im Kühlschrank (2°C – 8°C)

Nach Informationen der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Sanofi Genzyme und Regeneron haben sich verpflichtet, die dermatologische Forschung in Bereichen mit hohem medizinischen Bedarf für Patienten mit schwerer AD voranzutreiben.

Erkrankung mit Zukunftsperspektive: Altersgerechte motorische Entwicklung bei 5q-assoziiertes spinaler Muskelatrophie mit Nusinersen (Spinraza®) möglich

Die Zwischenergebnisse der Phase-II-Studie NURTURE1 haben gezeigt, dass die präsymptomatische Behandlung mit Nusinersen (Spinraza®) für Säuglinge und Kleinkinder mit 5q-assoziiertes spinaler Muskelatrophie (5q-SMA) völlig neue Lebensperspektiven eröffnen kann. Bis zur Zulassung der ersten medikamentösen Therapieoption im Mai 2017 führte die schwere infantile Verlaufsform meist noch vor Vollendung des zweiten Lebensjahres zum Tod. Inzwischen ist bei einer frühzeitigen Diagnose und Therapie eine weitgehend normale motorische Entwicklung möglich. Die SMA-Experten Dr. med. Andreas Ziegler, Heidelberg, und Dr. med. Astrid Pechmann, Freiburg, veranschaulichten dies anhand von Beispielen aus ihrem Klinikalltag im Rahmen eines Biogen-Symposiums, das auf der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in München stattfand.

Rund 1 von 10.000 Neugeborenen kommt mit der seltenen, genetisch bedingten SMA zur Welt. Zu den Leitsymptomen der Erkrankung gehören eine zunehmende Schwäche und Atropie der überwiegend proximalen Skelettmuskulatur, die durch einen fortschreitenden Untergang der Motoneuronen im Rückenmark und Hirnstamm ausgelöst werden.² Ohne eine medikamentöse Behandlung ist die Prognose für Betroffene mit starker Krankheitsausprägung schlecht, durch den oftmals schweren und progredienten Verlauf gehörte die SMA bis zur Möglichkeit einer kausalen Therapie zu den häufigsten genetisch bedingten Todesursachen im Säuglings- und Kleinkindalter.

Bei besonders schwer betroffenen Patienten mit einer früh einsetzenden, infantilen Form der SMA (Erstsymptome im Alter ≤ 6 Monate) äußert sich die Erkrankung bereits kurz nach der Geburt. Typische klinische Zeichen bei Säuglingen können eine Muskelhypotonie (Floppy-infant-Syndrom), fehlende Kopfkontrolle oder bulbäre Dysfunktionen und Zungenfaszikulationen sein.³ Mit Nusinersen hat sich die klinische Verlaufsperspektive für SMA-Patienten aller Altersgruppen und Schweregrade enorm verbessert. Eine Stabilisierung des Krankheitsverlaufs und Steigerungen der Muskelfunktion wurden bei einem unbehandelten Krankheitsverlauf bis dato nicht beobachtet,^{4,5,6} kaum einer dieser Patienten erreichte bis dahin altersgemäße motorische Fähigkeiten wie das Heben des Kopfes, freies Sitzen, Stehen oder Gehen.⁷ Inzwischen wurden weltweit bereits über 8.400 Pati-

enten mit dem reversiblen Spleißmodulator behandelt.⁸

NURTURE-Studie: Nusinersen erzielt bisher unerreichte Effekte auf die Motorik

Das große Potenzial des Wirkstoffs untermauert die Interimsanalyse der NURTURE-Studie. In der Studie werden 25 Neugeborene mit genetisch gesicherter SMA-Diagnose bereits seit den ersten Lebenswochen und vor dem Auftreten erster Symptome mit Nusinersen therapiert.¹ Zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung im März dieses Jahres lag das mediane Alter der Teilnehmer bei 34,8 Monaten. 100 Prozent der Studienteilnehmer haben überlebt und keines der Kinder bedurfte einer permanenten Beatmung oder Tracheotomie. Die Säuglinge und Kleinkinder in der Studie entwickelten nahezu altersgerechte motorische Fähigkeiten, sie alle erlernten eigenständig zu sitzen und rund 92 Prozent von ihnen konnten mit und 88 Prozent sogar ohne jegliche Hilfe laufen. Dabei besitzen 15 Teilnehmer der Studie sogar lediglich zwei SMN2-Kopien, was aller Voraussicht nach zu einer besonders schwerwiegenden Ausprägung der Muskelerkrankung geführt hätte.

Neugeborenen-Screening sichert bessere Prognose durch Früherkennung

Je früher die SMA-Erkrankung behandelt wird, desto besser die Zukunftsperspektive für Patienten. Die aktuellen

Forschungsergebnisse deuten auch auf die mögliche Bedeutung einer Früherkennung im Rahmen eines Neugeborenen-Screenings hin. Es könnte sicherstellen, dass Betroffene ursächlich behandelt werden, bevor es zu klinischen Zeichen einer Neurodegeneration mit einem rasch progredienten Absterben der Motoneuronen und einem daraus resultierenden motorischen Funktionsverlust kommt.

Bislang erfolgt die SMA-Diagnose oft noch verzögert, bedingt dadurch, dass sich die Symptome der Betroffenen in einem unterschiedlichen Alter und Ausmaß bemerkbar machen.⁹ Um die Rate früh erfasster SMA-Fälle zu steigern, wird von Experten die Aufnahme der genetischen Testung auf SMA in das bereits existierende Neugeborenen-Screeningprogramm empfohlen. In Bayern und Nordrhein-Westfalen laufen entsprechende Pilotprojekte seit Januar 2018.

Erste zugelassene Genexpressions-modifizierende Therapie

Das Antisense-Oligonukleotid Nusinersen ist das erste und in der Europäischen Union derzeit einzige zugelassene Arzneimittel bei SMA. Die Zulassung beruht auf den beiden multizentrischen, randomisierten, doppelt verblindeten Studien ENDEAR10 und CHERISH11 und gilt altersunabhängig für alle genetisch gesicherten Phänotypen der 5q-SMA.¹² Die Wirksamkeit und Sicherheit von Nusinersen ist durch ein umfangreiches Studienprogramm mit über 300 Patienten untersucht

worden, und hat sich in mittlerweile sechs Jahren Behandlungserfahrung in der klinischen Praxis fortwährend bestätigt.^{13,15}

Interdisziplinäre Betreuung in neuromuskulären Zentren notwendig

Patienten mit einer Neudiagnose der SMA sollten unmittelbar an ein spezialisiertes, neuromuskuläres Behandlungszentrum überwiesen werden. Bei Säuglingen und Kleinkindern wird die SMA aufgrund der raschen Progression als Notfall gesehen und dementsprechend von den Zentren priorisiert. Um längere Wartezeiten zu vermeiden ist es daher insbesondere bei pädiatrischen Patienten ratsam, die Diagnose SMA bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Zentrum anzugeben. Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.

V. stellt Adressen dieser Behandlungszentren auf ihrer Website unter bit.ly/SMA-DGM bereit. Niedergelassenen Ärzten steht zudem ein kostenfreier Gentest per Trockenblutkarte zur Verfügung, der von der Archimed Life Science GmbH auf www.sma-diagnostics.com oder telefonisch unter der Service-Hotline 0800-4430420, von Mo.-Fr. 8-14 Uhr, bereitgestellt wird. Denn wie die NURTURE-Daten eindrucksvoll zeigen, kann eine frühzeitige Diagnose den Erkrankungsverlauf von SMA-Patienten positiv beeinflussen.

Literatur

- 1 Sansone D et al. Eur J Neurol 2019; 26(Suppl 1): 83.
- 2 Farrar MA, Kiernan MC. Neurotherapeutics 2015; 12:290-302.
- 3 Wang et al. J Child Neurol 2007; 22(8): 1027-1049.
- 4 Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP): Summary of opinion (initial au-

- 5 thorisation); 21 April 2017; EMA/181654/2017. Castro D. AAN Emerging Science Platform Session, 24. April 2018: Clinical Trials Plenary Session, #003.
- 6 Montes J et al. Neurology 2018; 90(15 Suppl): P2.322.
- 7 Faravelli I et al. Nat Rev Neurol 2015; 11(6): 351-359.
- 8 Data on file. Core Data Sheet, Version 9, 31. Januar 2019.
- 9 Lin CW, Kalb SJ, Yeh WS. Pediatr Neurol 2015; 53(4): 293-300.
- 10 Finkel RS et al. N Engl J Med 2017; 377: 1723-1732.
- 11 Mercuri E et al. N Engl J Med 2018; 378: 625-635.
- 12 Fachinformation Spinraza®, Stand: Mai 2019.
- 13 Data on file. Biogen Inc, Cambridge, MA.
- 14 Biogen. US Prescribing Information Spinraza™. Juni 2019.
- 15 Hua Y et al. Genes Dev 2010; 24(15): 1634-1644.

Nach Informationen von BIOGEN GMBH, Ismaning

Der 17. November ist Welt-Frühgeborenen-Tag

Neonatologische Intensivstationen in ganz Deutschland engagieren sich



Die Leine mit den 9 Paar Söckchen und dem 1 Paar Frühgeborenen-Socken – das Symbol für den Welt-Frühgeborenen-Tag – hängt am 17. November in vielen Neo-Stationen.

Weltweit kommt jedes 10. Baby zu früh auf die Welt. Mit rund 67.000 Frühgeburten und einem Anteil von fast 9% hat Deutschland eine der höchsten Frühgeburtenraten in Europa.¹ Um dem Thema Frühgeburt zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen, wurde auf Initiative von EFCNI, der European Foundation for the Care of Newborn Infants, vor 11 Jahren der 17. November als Welt-Frühgeborenen-Tag (engl. World Prematurity Day) ins Leben gerufen. Damit soll in der Gesellschaft, auch außerhalb der medizinischen Fachwelt, ein Bewusstsein für die oft schwierige Situation von Frühgeborenen und deren Familien geschaffen und den kleinen Patienten eine Stimme gegeben werden. Zwar seien in den vergangenen Jahren im Bereich der Neugeborenenmedizin große Fortschritte erreicht worden, speziell aber in der Behandlung von Frühgeborenen gäbe es noch viel Optimierungspotenzial, sagt EFCNI Gründerin und Geschäftsführerin

© Nestlé Nutrition GmbH, Harald Schnauder

rin Silke Mader. Die Früherkennung des Risikos einer Frühgeburt während der Schwangerschaft muss dringend weiter verbessert und innovative medizinische Behandlungsmöglichkeiten müssen weiter vorangetrieben werden. Nur so können Langzeitfolgen für Kinder und deren Angehörige reduziert werden.“, verdeutlicht Silke Mader.

„Starker Start für kleine Helden“ lautet das Motto

Besonderes Engagement zum Welt-Frühgeborenen-Tag zeigen die neonatologischen Intensivstationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Auch 2019 beteiligen sich – nun bereits zum 4. Mal – wieder 170 der führenden Kinderkliniken und neonatologischen Intensivstationen an der Aktion „Starker Start für kleine Helden“. Sie alle organisieren eine große Aktion in ihrem Haus, eine Feier oder eine Fachtagung, und laden Fachleute, Eltern, Freunde, Betroffene und Interessierte zur Teilnahme ein. EFCNI hat die Initiative 2016 ins Leben gerufen, um Aufmerksamkeit auf das Thema Frühgeburt zu lenken, aber auch um die großartige Arbeit des Klinikpersonals auf den Intensivstationen zu würdigen. „Nestlé - Für einen guten Start in die Zukunft“ ist von Anfang an Kooperationspartner. Durch jede einzelne Aktion wird Öffentlichkeit geschaffen, Medienaufmerksamkeit erzeugt und Unterstützung für alle zu früh auf die Welt gekommenen Kinder signalisiert. Alle Stationen, die sich beteiligen, erhalten ein großes Aktionspaket, mit dem sie ihre Feier ankündigen und ausgestalten können. Kern des Paketes ist das Symbol des Welt-Frühgeborenen-Tages: ein kleines lila Sockenpaar, eingerahmt von neun Paar normalgroßen weißen Babysöckchen. Das macht deutlich: jedes 10. Baby ist ein Frühgeborenes! Jedes Klinikteam erhält Schnittvorlagen zum Ausschneiden und Dekorieren der Söckchen, so dass am 17. November in allen Stationen weiße und lila Babysöckchen auf der Leine hängen. Außerdem gehören Luftballons, Poster, Malbücher, Info-Material für Eltern von Frühgeborenen und einer Vielzahl an kleinen Geschenken für die Besucher zum Aktionspaket. Das Projekt wird dieses Jahr von mehr als 15 Fachgesellschaften und Partnerorganisationen aus den Bereichen Peri-



Der Startschuss für die Anmeldung fand auf der 45. Jahrestagung der GNPI Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin in Leipzig (23. bis 25. Mai) statt. Silke Mader (EFCNI), Dr. Mike Poßner (Nestlé Nutrition Institute) und Nicole Thiele (EFCNI) gaben den Auftakt anlässlich des Kongresses bekannt.

natologie, Neonatologie und Nachsorge unterstützt.

Ihr Team kann gewinnen!

Auch in diesem Jahr möchten sich EFCNI und Nestlé wieder mit einer Gewinnaktion für das Engagement bedanken. Denn „Starker Start für kleine Helden“ lebt vom Einsatz aller Kollegen. Senden Sie einfach einen Beitrag zu Ihrer Aktion im Rahmen von Starker Start für kleine Helden (z.B.: Pressemitteilung, Link zum Social Media Post oder Website Content) mit dem Betreff *Gewinnspiel Starker Start für kleine Helden* an weltfruehgeborenentag@efcni.org. Unter allen teilnehmenden neonatologischen Intensivstationen werden wieder

„Schmankerl-Körbe“ für das gesamte Stationsteam verlost. Teilnahmeschluss ist der 15. Dezember 2019.

Weitere Informationen zur Aktion „Starker Start für kleine Helden“ und zu dem Gewinnspiel auf www.efcni.org/weltfruehgeborenentag

Quellen:

- 1 www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/article/947694/weltfruehgeborentag-anzahl-fruehchen-sieht-deutschland-alt.html

Nach Informationen von Nestlé Nutrition GmbH, Frankfurt/M.

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de