

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 12/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkd.

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



Berufsfragen

Digitale-Versorgung-
Gesetz

Fortbildung

Schädel-Hirn-Trauma:
Bildgebung sinnvoll
nutzen!

Forum

Schönheits-Operationen
bei Minderjährigen

Magazin

Fridays for Future –
Respekt und
Unterstützung

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 12 | 2019

Nachruf Norbert Beleke 767

Editorial

Editorial // Thomas Fischbach 768

Berufsfragen

Die digitale Praxis // Juliane Netzer-Nawrocki 770

Kommen Sie nach Berlin auch in 2020 // Wolfgang Kölfen 773

Familienorientierung und enge Zusammenarbeit mit den Eltern trotz wohnortferner Reha-Maßnahmen // Alwin Baumann 774

BVKJ DV 2019 – Vier Ausschüsse (Tätigkeitsberichte Teil II) 778-780

Wir sind die Neuen im Vorstand 783

Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser 785

Kassenverhandlungen 2020 // Reinhard Bartezky 788

Fortbildung

Bildgebung bei Schädel-Hirn-Trauma // Hans-Joachim Mentzel 790

Fieberkrämpfe: Fakten für die Elternberatung // Andreas Merckenschlager 794

Welche Diagnose wird gestellt? // Anna Mücke 803

consilium: Nahrungsmittelinduziertes Enterocolitis-Syndrom FPIES // Lars Lange 806

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 808

Buchtipps 809

Forum

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Schönheitsoperationen bei Minderjährigen // Wolfram Hartmann 810

AAP-Jahrestagung 2019 // Georg Bingel 812

Ein letztes Mal: Wohin mit dem Geld? // Tilo Croonenberg 814

Das Leser-Forum 816

Kindesmissbrauch in Kitas? // Wolfram Hartmann 819



Wie können wir Kinder- und Jugendärzte Fridays for Future unterstützen?

S. 820

Magazin

Wie können wir Kinder- und Jugendärzte Fridays for Future unterstützen? // Gottfried Arnold 820

Die Shell Jugendstudie 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort // Christa Becker 822

Zahlen, Daten, Fakten // Christa Becker 824

Pausentaste – Hilfe für pflegende Kinder und Jugendliche // Christa Becker 826

Was ist eigentlich... // Christa Becker 828

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 830

Wahlaufruf für den LV Bayern 831

Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ 833

Impressum 767

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: © Halfpoint - stock.adobe.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind Beilagen der Aspen Germany GmbH sowie der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V. beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Langjähriger Verleger Norbert Beleke verstorben

Seit 1980 bis zum Dezember 2017 hat Herr Norbert Beleke die Geschicke des Verlages Hansisches Verlagskontor GmbH geleitet, in der auch die Mitglieder-Zeitschrift des Berufsverbandes BVKJ „Kinder- und Jugendarzt“ erscheint.

Herr Norbert Beleke hat die Entwicklung des BVKJ stets engagiert mit begleitet und viele unserer Aktivitäten gefördert, nicht zuletzt durch die langjährige großzügige Unterstützung beim Medienpreis des BVKJ. Besonders in Erinnerung ist uns auch die Zeit der Wende 1989 und 1990, als Herr Beleke unsere Verbandszeitschrift allen Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern kostenlos zur Verfügung gestellt hat, obwohl noch keine Mitgliedschaft im BVKJ bestand.

Unter seiner Regie hat sich der „Kinder- und Jugendarzt“ zum führenden Magazin für Pädiatrie in Deutschland entwickelt. Darüber hinaus erscheinen im Verlag umfangreiche Publikationen in Zusammenarbeit mit dem BVKJ.



Herr Beleke hat beginnend 1964 ein umfangreiches Verlagskonsortium geschaffen, zum diesem gehörten u.a. die Verlage Beleke in Essen, der Wendler Verlag in Aachen und Schmidt-Römhild in Lübeck – Deutschlands ältestes Verlags- und Druckhaus – seit 1579.

In den Verlagen sind heute über 100 Mitarbeiter tätig. Zudem war Herr Beleke über 17 Jahre lang Präsident eines bedeutenden Verlegerverbandes, des Verbandes Deutscher Auskunfts- und Verzeichnismedien (VDAV). Er ist Träger der Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland, Ehrenbürger der medizinischen Universität zu Lübeck, Ehrenvorsitzender des VDAV und vieler weiterer Auszeichnungen.

Herr Beleke hatte noch im Juli seinen 90. Geburtstag im Kreise seiner Familie feiern können und ist in der Folge leider erkrankt. Er verstarb am 11.11.2019.

Der BVKJ trauert um einen langjährigen Freund und Förderer, er wird sich immer in Dankbarkeit an ihn erinnern.

*Dr. Thomas Fischbach,
Präsident, für den BVKJ
Dr. Michael Platzkötter,
Geschäftsführer, für den Verlag
Dr. Wolfram Hartmann,
Ehrenpräsident BVKJ, für die Redaktion*

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 „ge-
nerische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.
ISSN 1436-9559

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2,
51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.:
(0221)68909-34, andreas.plate@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko
Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177
Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@
klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian
Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4,
80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.hei-
nen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath.
Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149
Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-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 „Be-
rufsfragen“:** Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln,
Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-texte.de; Dr. Wolfram
Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.:
(02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. –
Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten
der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erschei-
nen 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 Verlags-
kontor 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, Jahres-
abonnement € 114,90 zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland,
€ 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.
Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugend-
ärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen
lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht:

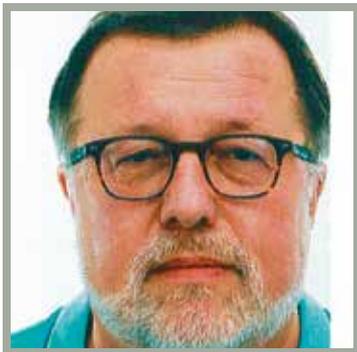
Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 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 insbe-
sondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmun-
gen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen
Systemen.



LA-MED
grafisch Facharzt-Studio 2018

Editorial



Dr. med. Thomas Fischbach

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein ereignis- und arbeitsreiches Jahr neigt sich dem Ende zu. Im politischen Berlin war der BVKJ durch die Flut von Gesetzesvorhaben im Gesundheitsbereich maximal gefordert. Viele dieser Gesetze betreffen die Arbeits- und Gestaltungsbedingungen unserer Fachgruppe eminent. Ich danke allen Beteiligten, die hier dem Bundesvorstand zugearbeitet und dadurch ermöglicht haben, dass wir zu allen wichtigen Gesetzen Stellungnahmen erarbeitet und Anhörungsverfahren mit gestaltet haben, hier insbesondere der Leiterin unseres Hauptstadtbüros, Frau Kathrin Jackel-Neusser.

In den nächsten Monaten werden wir noch viel leisten müssen, große und wichtige Gesetzesvorhaben wie das Masern-

schutzgesetz, das Digitale Versorgungsgesetz (DVG), das Notfalldienstreformgesetz sowie das MDK- und Faire Kassen-Gesetz haben wir bereits kommentiert und andere Gesetze werfen ihre Schatten bereits voraus. Bei zahlreichen aktuellen Gesetzen wie dem DVG haben wir bereits wie berichtet kritische Stellungnahmen eingebracht. Gemeinsam mit anderen Verbänden konnten wir wichtige datenschutzrechtliche Verbesserungen erreichen.

Vizepräsidentin Dr. Peter hat bezüglich ihrer Teilnahme an den Masernschutzanhörungen bereits berichtet, für Ihren Einsatz danke ich Ihr an dieser Stelle ganz herzlich!

Aktuell halten wir Sie immer, in Päd-Info, in der Verbandszeitschrift und im BVKJ-Newsletter auf dem Laufenden.

Auch ein neuer Vorstand ist im Oktober von der Delegiertenversammlung in Bad Orb gewählt worden. Diese Wahlen haben eine spürbare Verjüngung an der Verbandsspitze zur Folge. Neu in den Vorstand wurden, wie bereits im Novemberheft berichtet, Dr. Sebastian Bartels (LV Rheinland-Pfalz, zuletzt Assistentensprecher des BVKJ), Dr. Reinhard Bartzky (LV Berlin, Sprecher des Honorar Ausschusses) sowie Dr. Ronny Jung (LV Bayern) gewählt. Die neuen Kollegen stellen sich in dieser Ausgabe der Verbandszeitschrift vor und erläutern ihre berufspolitischen Ziele. In ihren Ämtern wurden Dr. Tilman Kaethner als Schatzmeister

sowie die Kollegen Dehtleff Banthien, Frau Karin Geitmann und Dr. Klaus Rodens bestätigt.

Dem neuen Bundesvorstand gehören die Kollegen Dr. Christoph Bornhöft, Dr. Uwe Büsching, Professor Dr. Ronald Schmid und Dr. Roland Ulmer nicht mehr an, die teilweise über viele Jahre die Politik unseres Verbandes an vielen Stellen mitverantwortet und gestaltet haben. Ihnen sei für ihr großartiges Engagement auch an dieser Stelle nochmals sehr herzlich gedankt. Der neue Vorstand hat sich bereits konstituiert und hat am 01. November 2019 seine Amtsgeschäfte aufgenommen.

Auch die Funktionsträger in den Ausschüssen und die Beauftragten des BVKJ wurden in Bad Orb in ihren Ämtern bestätigt oder neu gewählt.

Ihnen, Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Ihren Familien wünsche ich gesegnete Feiertage und ein Frohes Neues Jahr.

Mit besten Grüßen

*Dr. Thomas Fischbach
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V.
Präsident
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel.: 0221 – 689090
Fax: 0221 – 6890979*

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*



Die digitale Praxis – Neues durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)

Videosprechstunde statt Termin in der Arztpraxis, Gesundheits-App statt ärztlicher Beratung – die Digitalisierung erfasst die Arztpraxen mit immer größer werdenden Schritten. Die Bemühungen des BMG, eine zügige Reform der gesetzlichen Grundlagen im weiten Bereich „E-Health“ zu erreichen, nehmen nicht ab. Nach dem TSVG sind jetzt die nächsten Neuregelungen in Form des Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) auf dem Weg. Auf welche Neuregelungen sich der Kinder- und Jugendarzt zukünftig einstellen muss und welches Potenzial das DVG sowohl für Ärzte als auch Patienten bereit hält, soll dieser Beitrag zusammenfassend darstellen.



**Dr. iur. Juliane
Netzer-Nawrocki**

Zielsetzung des DVG

Auch wenn in der Digitalisierung und in innovativen Versorgungsstrukturen große Chancen für eine bessere Gesundheitsversorgung liegen, erschweren die bislang geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen die Implementierung digitaler Lösungen und neuer innovativer Formen der Zusammenarbeit. Herausforderungen wie eine alternde Gesellschaft, die Zunahme der Anzahl chronisch Kranker, der Fachkräftemangel sowie die Unterversorgung in strukturschwachen Regionen nehmen zu; trotzdem wurden technische und strukturelle Möglichkeiten sowie damit verbundene Potenziale für die Versorgung bislang nicht ausreichend genutzt.

Dies soll durch das DVG anders werden: Es soll eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche medizinische und pflegerische Versorgung jetzt und in Zukunft sichergestellt werden. Da die Digitalisierung in einer hohen Dyna-

mik und Geschwindigkeit fortschreitet, müssen bestehende Regelungen angepasst sowie kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt werden. Das DVG soll eine Balance im Spannungsfeld zwischen der gesellschaftlichen Verantwortung, dem Nutzen für die Versorgung und dem Machbaren schaffen (vgl. BT-Drucks. 19/13438, S. 1 f.).

Die Änderungsvorschläge im Einzelnen

Die „App auf Rezept“

Gesundheits-Apps sind im Alltag vieler Patienten schon längst nicht mehr wegzudenken. Die Apps erinnern an die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, überbrücken die Zeit bis zum nächsten Arztbesuch oder dokumentieren Gesundheitswerte. Bislang war es dem Arzt nicht möglich, seinen Patienten die „App auf Rezept“ zu verschreiben. Dies soll durch das DVG anders werden. Die Kosten für verschriebene Gesundheits-Apps übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll zukünftig ein Verzeichnis für erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen führen und auf Antrag eines Herstellers innerhalb von drei Monaten über die Aufnahme entscheiden. Nachdem die App vom BfArM auf Datensicherheit, Datenschutz und Funktionalität geprüft wurde, wird sie ein Jahr lang vorläufig von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. In dieser Zeit muss der Hersteller beim BfArM nachweisen, dass seine App die Versorgung der Patienten auch wirklich verbessert.

Kritisiert wird durch den Bundesrat, dass bislang noch unklar ist, wie sichergestellt wird, dass es nicht zur Genehmigung von digitalen Anwendungen kommt, die kontraindiziert sind. Zwar ist vorgesehen, dass der Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenen Personal zu prüfen ist. Jedoch ist so nicht wie bei dem behandelnden Arzt, der weisungsfrei ist, sichergestellt, dass die Prüfung tatsächlich alle Umstände berücksichtigt und eine Bewilligung gegebenenfalls nicht nur deshalb erfolgt, weil diese kostengünstiger ist als eine reguläre Therapie.

Wenn die Krankenkasse ohne die Beteiligung des behandelnden Arztes digitale Gesundheitsanwendungen zur Versorgung des Patienten genehmigen darf, besteht das Risiko, dass unter Umständen ohne Kenntnis des behandelnden Arztes Anwendungen genehmigt werden, die gegebenenfalls für den Patienten kontraindiziert sind. Zudem wird das Risiko gesehen, dass so zwei verschiedene Behandlungszweige nebeneinander laufen – auf der einen Seite die Behandlung durch den Arzt und auf der anderen Seite die „Behandlung“ durch die Krankenkasse direkt durch die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen. Der Arzt sollte aber stets Kenntnis darüber erlangen, dass der Patient mit einer digitalen Gesundheitsanwendung versorgt ist, da diese auch Auswirkungen auf die Behandlung durch den Arzt haben kann.

Verschärfte Honorarkürzungen bei fehlender TI

Damit die Patienten digitale Angebote wie die ePA möglichst bald flächen-

deckend nutzen können, werden auch Apotheken (bis Ende September 2020) und Krankenhäuser (bis 1. Januar 2021) verpflichtet, sich an die Telematik-Infrastruktur (TI) anschließen zu lassen. Auf alle Ärzte, die die ersten Fristen zur TI-Anschließung verpasst haben und sich auch weiterhin nicht anschließen wollen, kommt eine verschärfte Honorarkürzung zu. Lag der Honorarabzug bislang noch bei 1%, wird ab März 2020 sogar 2,5% einbehalten. Gerechtfertigt wird die Erhöhung der Kürzung damit, dass sie nur für diejenigen Anwendung findet, die schon mehrere Fristen haben verstreichen lassen.

Lockerung des Werbeverbots für Fernbehandlungen

Nach der Lockerung des Fernbehandlungsverbots durch den 121. Deutschen Ärztetag 2018 soll nun auch das Heilmittelwerberecht an das berufsrechtlich Erlaubte angepasst werden. Bislang war zwar die Durchführung einer ausschließlichen Fernbehandlung nach der MBO-Ä im Einzelfall erlaubt, die Werbung dafür durch das Heilmittelwerbe-gesetz (§ 9 HWG) jedoch verboten. Dabei wurde der Begriff der Werbung so weit verstanden, dass selbst das bloße Angebot und die sachgerechte Information über Fernbehandlungen, wie die Videosprechstunde, untersagt waren.

Damit die Patienten Fernbehandlungen auch wirklich in Anspruch nehmen und entsprechende Ärzte leichter finden, darf künftig über die **Praxiswebseite z.B. über das Angebot von Videosprechstunden informiert werden**. Das Angebot einer Videosprechstunde bietet z.B. bei körperlich stark eingeschränkten Kindern sicher eine gute Alternative, um den Kindern und Eltern den beschwerlichen Weg in die Kinder- und Jugendarztpraxis zu ersparen. Gleichwohl geht der Kinder- und Jugendarzt bei der Fernbehandlung auch ein Risiko ein. Im Rahmen der Videosprechstunde als ausschließlicher Fernbehandlung und den damit einhergehenden eingeschränkten Wahrnehmungsmöglichkeiten des Kinder- und Jugendarztes im Bereich der Befunderhebung und Diagnostik ist die Haftungs-

verteilung bei Fehlern des Arztes problematisch. Wie die Gerichte den Standard im Rahmen einer Fernbehandlung beurteilen werden, ist noch völlig offen. Bisher haben die Gerichte das Prognoserisiko überwiegend dem Arzt auferlegt.

Weniger Papier, mehr Umsetzung des „E-“

- Verwaltungsprozesse und Kommunikationswege sollen vereinfacht werden. Der freiwillige Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenkasse kann künftig auch durch eine elektronische Erklärung erfolgen. Zugleich können Versicherte durch die Krankenkassen elektronisch über innovative Versorgungsangebote informiert werden.
- Um den Einsatz elektronischer Arztbriefe zu fördern, wird die Vergütung des Telefax im EBM reduziert. Dies soll die elektronische Übermittlung des Arztbriefes attraktiver machen. Die Organe der Selbstverwaltung werden zudem verpflichtet, die erforderlichen Regelungen zur Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form für Heil- und Hilfsmittel zu schaffen.
- Durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 16. August 2019 wurde zudem das E-Rezept in die Gesundheitsversorgung eingeführt. Insbesondere im Anschluss an eine Videosprechstunde spart das E-Rezept Zeit und Wege. Zudem soll so die Behandlung mit Arzneimitteln sicherer werden, da Wechselwirkungen schneller erkannt werden können. Innerhalb der nächsten sieben Monate sollen nun die notwendigen Grundlagen für die Verwendung des E-Rezepts geschaffen werden. Neben einer Erprobung im Rahmen von Modellprojekten werden dann bis zum 30. Juni 2020 die technischen Festlegungen dafür getroffen, dass für die Übermittlung des E-Rezepts zukünftig die sichere TI im Gesundheitswesen verwendet werden kann.
- Datenschutzrechtliche Regelungen zur ePA werden nicht Inhalt des DVG sein. Da im SGB V datenschutzrechtlich vieles angepasst werden muss, kommen

die weiteren Regelungen zur Patientenakte in einem eigenen Datenschutzgesetz. Die ePA haben die Krankenkassen ihren Versicherten trotzdem spätestens ab dem 1. Januar 2021 zur Verfügung zu stellen. Dass diese Aspekte nicht gemeinsam und aufeinander abgestimmt geregelt werden, muss kritisiert werden.

- Die Gesellschaft für Telematik (gematik) wird zudem verpflichtet, bis zum 31. März 2021 die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Impfausweis, der Mutterpass, das Untersuchungsheft für Kinder sowie das Zahn-Bonusheft Bestandteil der elektronischen Patientenakte werden.

Ausblick auf die digitale Zukunft der Arztpraxis

Noch ist das DVG nicht in Kraft getreten. Ob sich noch wesentliche Änderungen bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ergeben, ist bislang offen. Die geplanten Änderungen können sicherlich im Rahmen der nicht aufzuhaltenden voranschreitenden Digitalisierung künftig auch medizinische Fortschritte ermöglichen und sind grundsätzlich positiv zu bewerten. Wichtig ist es, hier ein Gleichgewicht zu finden zwischen dem gewinnbringenden Einsatz digitaler Medien für das Patientenwohl und der Verarbeitung persönlicher Daten. Hier stellen sich viele praktische und auch haftungsrechtliche Fragen, die sich auf verschiedenen Ebenen auswirken. Des Weiteren müssen datenschutzrechtliche Aspekte beachtet und für die Praxis realistisch übertragen werden.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH



Päd-Ass 2020

17. Assistentenkongress
23. bis 26. Januar 2020 in Berlin

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Kommen Sie nach Berlin, auch in 2020 ...

*Der beste Zeitpunkt ist der 17. Assistenten Kongress
des BVKJ in der Zeit vom 23. bis 26. Januar 2020.*

Warum lohnt es sich, an diesem Assistentenkongress teilzunehmen?

Der Weg zum Facharzt in der Kinder- und Jugendmedizin ist lang, aber er ist sehr spannend und abwechslungsreich. Ihre Aufgabe ist es, in den Kliniken und Praxen kranke Kinder und deren Eltern sowohl medizinisch als auch kommunikativ gut zu behandeln.

Der rote Faden des Kongresses ist angelehnt an Ihre Wege im Berufsalltag. Der Blickwinkel auf Ihre klinische Arbeit steht im Mittelpunkt. Was bedeutet das? Zunächst geht es in verschiedene Kinderkliniken in Berlin mit einem Schwerpunktthema und dann gibt es am Freitag spannende Vorträge und wichtige Tipps zur Optimierung Ihres Selbstmanagement.

Gute Kommunikation und Priorisierung sind wichtige Werkzeuge für Ihre Arbeitszufriedenheit. Zusätzlich werden wir

auch einsteigen in die Diskussion, wie die Arbeitsbedingungen in der Weiterbildung verbessert werden können.

Was wäre dieser Kongress ohne die vielen Seminare, die die ganze Breite unseres Faches zeigen. Am Sonntag wollen wir Sie noch aktiver einbeziehen, indem Sie durch Televoting dabei sind, Lösungen zu Ultraschallbildern, MRT Bildern und spannenden klinischen Fällen zu geben.

Wir werden einen spannenden Kongress haben mit vielen Highlights. Nehmen Sie teil, werden Sie Mitglied im BVKJ und sparen Sie damit Geld bei der Teilnehmergebühr.

Wir hoffen auf Ihr Kommen und sagen „Tschüss, bis bald“

Prof. Dr.med. Kölfen



Wir freuen uns über Ihre Anmeldung.

Das ausführliche Programm und die Anmeldung finden Sie unter:
www.bvkj.de



Kinder- und Jugendrehabilitation

Familienorientierung und enge Zusammenarbeit mit den Eltern trotz wohnortferner Reha-Maßnahmen

In der Kinder- und Jugendrehabilitation steht das Kind bzw. der Jugendliche im Mittelpunkt und die Maßnahmen finden mehrere Wochen lang wohnortfern statt. Trotzdem wird die Rehabilitation familienorientiert durchgeführt und die Zusammenarbeit mit den Eltern ist ein wesentlicher Baustein des Therapieangebots. Davon gibt es drei Formen: Die Mitaufnahme einer Begleitperson, die Einbeziehung der Eltern bei allein reisenden Kindern und Jugendlichen und die familienorientierte Rehabilitation (FOR) bei schwersten Erkrankungen.



Alwin Baumann

Weshalb orientiert sich die Kinder- und Jugendreha an den Familien?

Kindheit und Jugend sind immer auch eine Familienzeit, ein Aufwachsen ist ohne die Betreuung und Erziehung durch die Eltern nicht denkbar. Die Einbeziehung der Familie ist umso wichtiger, wenn die Kinder und Jugendlichen gesundheitliche und persönliche Probleme haben, zu deren Bewältigung es beispielsweise einer Rehabilitation bedarf. Die Bewältigung chronischer Erkrankungen ist ohne Unterstützung und Anpassung der Familie nicht denkbar. Wegen des medizinischen Fortschritts und den Veränderungen familiärer Strukturen und des Erziehungsverhaltens sehen Kinder- und Jugendärzte den Auftrag an die Rehabilitation heute verstärkt in der Elternarbeit und Familienorientierung. Stichworte sind dabei das Bindungs- und Erziehungsverhalten, der Kommunikationsstil und die pädago-

gischen Regelungen, die Familien- und Alltagsstrukturen, die Vorbildfunktion, der Umgang mit Essen, Schlaf, Medien und Schule. Natürlich geht es in der Rehabilitation auch um das Wissen und den Umgang mit der Erkrankung.

Mitaufnahme einer Begleitperson bis zum 12. Geburtstag des Kindes

Die Kinderreha-Richtlinie der Rentenversicherung regelt, dass die Mitaufnahme einer Begleitperson während der gesamten Rehabilitation zur Betreuung und Unterstützung der Therapie in Betracht kommt, wenn diese für die Durchführung oder den Erfolg der Leistungen zur Kinderrehabilitation notwendig ist. Von dieser Notwendigkeit wird bei **Kindern bis zum 12. Geburtstag grundsätzlich** ausgegangen. Bei älteren Kindern oder Jugendlichen ist eine Mitaufnahme einer Begleitperson möglich, wenn die Rehabilitation laut ärztlichem Attest ohne die Begleitung gar nicht durchgeführt werden kann. Ein Wechsel der Begleitperson ist grundsätzlich möglich, ebenso eine nur zeitweise Aufnahme einer Begleitperson.

Berufstätige Begleitpersonen bekommen den Verdienstausschlag ersetzt. Gesunde Geschwisterkinder, die zuhause nicht mehr versorgt wären, können ebenfalls in die Klinik mit aufgenommen werden.

Vom Aufnahme- bis zum Entlassgespräch ist die Begleitperson in die Rehabilitation eingebunden. Sie ist Teil der Betreuung des Kindes, nimmt an Einzel- und Gruppengesprächen, Untersuchun-

gen und Behandlungen teil. Pädagogische und sozialarbeiterische Programme werden angeboten, ebenso Freizeitmöglichkeiten. Die Begleitperson wird indikationsbezogen geschult, der fachlich angeleitete Austausch mit den anderen Begleitpersonen ist selbsthilfeorientiert. Die Inhalte und Abläufe der Rehabilitation werden mit der Begleitperson abgestimmt.

Zusammenarbeit mit den Eltern bei allein reisenden Kindern und Jugendlichen

Die Notwendigkeit der Beteiligung der Familie endet nicht bei älteren Kindern oder Jugendlichen. Nehmen Kinder und Jugendliche die Reha alleine wahr, beginnt die Zusammenarbeit mit den Eltern beim ausführlichen Aufnahmegespräch. Die geplanten Untersuchungen und Behandlungen sowie die Ziele der Rehabilitation werden gemeinsam festgelegt. Änderungen werden telefonisch oder über andere Kommunikationsmittel abgestimmt, über den Verlauf der Rehabilitation wird informiert. Für die Eltern besteht die Möglichkeit, an einem Wochenende an einer Schulung teilzunehmen. Gespräche mit Ärzten, Therapeuten und Pädagogen während eines Besuchs können abgesprochen werden. Sollte eine Verlängerung der Rehabilitation notwendig sein, wird dies gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen sowie den Eltern entschieden. Beim gemeinsamen Abschlussgespräch werden die Ergebnisse besprochen, ebenso die Möglichkeiten und Empfehlungen für zuhause.

Die familienorientierte Rehabilitation (FOR) – die Mitaufnahme der ganzen Familie

Bei der FOR wird das Kind oder der Jugendliche während der Rehabilitation von seinen Eltern und Geschwistern begleitet. Sie wird insbesondere bei Krebserkrankungen, Mukoviszidose, Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen bewilligt. Diese schweren Erkrankungen können erheb-

liche Auswirkungen auf alle Familienangehörigen und deren Alltagsaktivitäten haben. Deswegen sind alle Familienangehörigen Teil der Untersuchungen und Behandlungen. Im medizinisch-therapeutischen und psychosozialen Angebot werden auch die Auswirkungen und Belastungen der Erkrankungen auf alle Familienangehörigen angegangen. Ziel der FOR ist es, die Akzeptanz der notwendigen Behandlungen des schwer erkrankten Kindes zu fördern, die Eltern als Co-The-

rapeuten zu schulen und die notwendigen Veränderungen im Alltag der Familie zu planen.

Korrespondenzadresse:

Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.

Alwin Baumann

Friedrichstr. 171, 10177 Berlin

E-Mail: a.baumann@bkjr.de

www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Red.: WH

DV 2019 – Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Dr. med. Dipl.-Psych.
Harald Tegtmeier-Metzdorf

Mitglieder

Dr. med. Dipl.-Psych.
Harald Tegtmeier-Metzdorf
Dr. med. Petra Kapaun
Dr. med. Alfred Freund

**Sprechende Medizin gestern? Jetzt Durchschleusen
angesagt durch Überflutung der Praxen?**

Wohin steuert die Pädiatrie?

**Engagement für eine adäquate Honorierung von
Gesprächsleistungen und für die Fortbildung in
diesem Bereich.**

**Einbeziehung der Psychosomatischen Grundversor-
gung in die Weiterbildungsordnungen der LÄKs und
unermüdlicher Einsatz für die Frühen Hilfen, bei dem
uns als Kinder- und Jugendärzte eine Schlüsselrolle
zukommt.**

- Versuch der Einflussnahme bei der Gesetzesvorlage zum **Direktstudium der Psychotherapie**
- Einsatz für Datenschutz bei der geplanten **elektronischen Patientenakte (ePA)**
- Koordination der gesundheitspolitischen Aktivitäten mit der **Vereinigung psychosomatisch und psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK)**, um die verschiedenen somatischen Fachgebiete unter einem Dach zusammenzubringen, Herausgabe von „Ärztlicher Psychotherapie“-Nummer zur Kinder und Jugendpsychosomatik (Tegtmeier) und Beteiligung an anderen Buchprojekten
- Zusammenarbeit mit anderen ärztlich-psychotherapeutischen Verbänden in der **STÄKO (Ständige Konferenz ärztlich-psychotherapeutischer Verbände in der BÄK)**
- **Aktivitäten im Bereich Frühe Hilfen** mit Organisation und **Ausrichtung der Jahrestagung der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH)** in Hamburg (Kapaun) mit sehr gutem Feedback für Kinder- und Jugendärzte
- **Vortrag** über die Bedeutung der **frühen Eltern-Kind-Beziehung für die Entwicklung** bei der Jahrestagung in Berlin (Kapaun)



DV 2019 – Ausschuss Prävention



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Dr. med. Burkhard Lawrenz

Mitglieder

Dr. med. Burkhard Lawrenz
Dr. med. Wolfgang Karmrodt
Dr. med. Thomas Kauth

Treffen

Mühlhausen, 07.-08.09.2018
Bad Orb, 12.10.2018
Weimar, 25.05.2019
Berlin, 15.06.2019



Der Ausschuss Prävention beschäftigt sich mit den Themen Gesundheit von Mutter und Kind, Förderung von Stillen, gesunder Ernährung und Bewegung. Wichtige Bereiche sind Adipositas-, Medien- und Unfall-Prävention sowie Prophylaxe von Karies, Rachitis und Hautkrebs.

Zusatzangebote des BVKJ wie das Paed.plusR-Programm und das zugehörige Manual werden ständig weiterentwickelt. An der Überarbeitung des GK/NKLM sind wir beim IMPP in der AG Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention beteiligt.

- Mitarbeit bei **GeMuKi** (Gesundheit für Mutter und Kind)
- Mitarbeit beim **Runden Tisch Stillförderung**, beim **Projekt BBF** (Becoming Breastfeeding Friendly), im **Beirat Studie SuSE 2** (Stillen und Säuglingsernährung 2)
- Kommentierung der **Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen für das Kleinkindalter des Netzwerks Gesund ins Leben**
- Mitarbeit in der **AG Adipositas**
- Mitarbeit in der **AG Gesundheitsförderung, -beratung und Prävention** zur Überarbeitung des **NKLM** (Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin) und des **GK** (Gegenstandskatalog) Medizin im Auftrag des **IMPP** (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen)
- Mitarbeit beim **Aktionsbündnis Impfen/Impfallianz mit dem NAV-Virchow-Bund**
- Mitarbeit bei den Vorarbeiten zu einer **Umfrage der Kinderzahnärzte der Unis Kiel und Greifswald** zur Zusammenarbeit von Pädiatern und Zahnärzten
- Meinungsbildung zu einem **Kompromiss mit den Zahnärzten in der Frage Tabletten-Fluoridierung versus Zahnpasta-Fluoridierung** für die Überarbeitung der **Handlungsempfehlungen des „Netzwerks Junge Familie“** und der **Leitlinie zur Kariesprophylaxe**
- Diskussion mit den **Unfallbeauftragten des BVKJ über die Prävention von Trampolin-Unfällen**
- **Digitalisierung des gelben und grünen Vorsorgeheftes**
- Überarbeitung des **Manuals für das neue Paed.plus-Heft**
- Zahlreiche **Vorträge** und einige **Publikationen** zum Thema „**Prävention im Kindes- und Jugendalter**“

DV 2019 – Ausschuss Qualitätsmanagement

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt vom Ausschuss-Sprecher
Dominik A. Ewald

Mitglieder

Dominik A. Ewald
Dr. med. Christoph Bornhöft
Dr. med. Ralf Moebus

Qualitätsmanagement wurde in nahezu allen Kinder- und Jugendarztpraxen in Deutschland eingeführt.

Die eigentliche Aufgabe des Ausschusses, Unterstützung der BVKJ-Mitglieder bei der Schulung QM-relevanter Inhalte, der Entwicklung praxisnaher QM-Systeme und deren Implementierung, ist damit erfüllt.

Angebote zur Weiterentwicklung und Förderung bestehender QM-Systeme werden nur unbefriedigend angenommen, aber auch – hier selbstkritisch erwähnt – mangels Manpower-Ressourcen unzureichend beworben.

QM, insbesondere die Qualitätssicherung und Patientensicherheit, wird weiterhin als wichtig angesehen und sollte im Verband immer ein TOP-Thema bleiben.



Themen zur Weiterentwicklung und Förderung des Qualitäts-Gedankens:

Qualitäts-Indikatoren in der ambulanten Pädiatrie, Stichwort COSI-PPC-EU

- Teilprojekt-Entwicklung und die Machbarkeitsstudie wurden mit einer Publikation abgeschlossen
- Gespräche mit der KBV zur Umsetzung wurden geführt
- KVWL will Gespräch zu Umsetzungsmachbarkeit führen
- Präsentation der Ergebnisse bei der EAP/Projektpartner in Porto, Portugal
- D. Ewald: Ansprechpartner

Arzneimittel-Sicherheit in der ambulanten Pädiatrie

- R. Moebus: Ansprechpartner

QM-Radar, Entwicklung eines Moduls zur Recherche für Neuerungen im Bereich des QM und Praxismanagements

- Projekt mangels Ressourcen auf Eis gelegt

Patientensicherheit, Kooperation mit der Berg-Apotheke und Q-Päd

- C. Bornhöft im Entwicklungsteam

Weiterentwicklung von CIRS-Pädiatrie (inzwischen offline) zusammen mit PaedCompenda hin zu einem PaedCIRS in der App

- In der PaedCompenda-Redaktion zu einem späteren Zeitpunkt zur Umsetzung geplant
- D. Ewald: Ansprechpartner

Geplante Mitglieder-Befragung: „Wie sehen und leben Sie QM 13 Jahre nach der verpflichtenden Einführung zum 01.01.2006?“

- Projektiert für eine Studie für das aufzubauende Forschungspraxisnetzwerk
- D. Ewald: Ansprechpartner

Mitgliederbefragung des BVKJ 2019

- Zusammen mit D. Banthien erfolgreich umgesetzt und auf der Obleutetagung vorgestellt

Mitarbeit am Versorgungsatlas Pädiatrie (Ausschuss Honorar) und Bedarfsplanung

Mitarbeit an Themen der Ambulanten Allgemeinen Pädiatrie im Rahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 und der fachärztlichen Weiterbildung (Ausschuss Aus- und Weiterbildung)



DV 2019 – Ausschuss für „Kind, Schule, Öffentlicher Gesundheitsdienst“



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Tätigkeitsbericht 2018-2019

vorgelegt von der
Ausschuss-Sprecherin
Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues

Mitglieder

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues
Dr. med. Matthias Brockstedt
Dr. med. Hans-Helmut Brill

kooptiert:

PD'in Dr. med. Erika Sievers, MPH

Aufgaben des Ausschusses sind die Vernetzung innerhalb des BVKJ und die Mitarbeit bei der Erstellung zahlreicher Stellungnahmen mit Bezug zu Public Health/ÖGD-Aspekten. Ziel ist die bevölkerungsbezogene Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit sowie die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen.

- Ausbau der „Frühen Hilfen“ (NZFH, gemeinsam mit der Jugendhilfe), Qualitätszirkel zur Vernetzung, Ausbildung von interprofessionellen Moderatoren, Ausbau von **Präventionsketten**
- Beiträge zur Minderung von **Kinderarmut, psychosozialen Belastungen, Benachteiligung** in allen Facetten, **nachrangige Versorgung** von Kindern in besonderen Bedarfslagen
- Beiträge zur Umsetzung des **Präventionsgesetzes**
- Umsetzung von **Integration und Inklusion**, Auswirkungen des **Bundesteilhabegesetzes**, auch für Kinder mit Migrationshintergrund und besonderen Bedarfen
- Schnittstelle zu **Gemeinschaftseinrichtungen** (Kita, Schule mit Jugendhilfe und Schule) – Infektionsschutzgesetz, **Masernschutzgesetz**, Anforderungen an die Betreuung der Kinder im Kita-Alter und in der Schule, auch bei behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen
- **Schulgesundheitsfachkräfte/Schulkrankenschwestern** – auch Gesundheitsfachkräfte für die Betreuung von Kita-Kindern
- **Seiteneinsteigende – Flüchtlingskinder**; Mitarbeit an einer Handreichung zur Gesundheitsförderung mit Geflüchteten
- **Rehabilitationsgesetz** und neue Möglichkeiten
- Mitwirkung an der Neugestaltung des **Jugendhilfegesetzes** – Schnittstelle Pädiatrie, ÖGD, Versorgung, Prävention, Kinderschutz (Leitlinie) etc.
- Mitwirkung an der Ausgestaltung von Hilfen für **Kinder psychisch und suchtkranker Eltern** (interministerielle Arbeitsgruppe von BMFSFJ, BMG, BMAS und Drogenbeauftragter)
- **Impfallianz** zur Verbesserung des Impfschutzes bei Kindern und Jugendlichen
- Vertretung des **BVKJ** in **Gremien** und **Leitlinien** sowie bei zahlreichen Veranstaltungen – auch mit entsprechenden Vorträgen
- Umsetzung des **Leitbildes ÖGD** mit und innerhalb des BVKJ (Beschluss der GMK von 2018): „Der ÖGD – Public Health vor Ort“ Stärkung des ÖGD als unverzichtbarer Teil des modernen Sozialstaates; neben ambulanter und stationärer Versorgung Basis des Gesundheitswesens



Kooperationstagung
„Damit Armut nicht
krank macht –
über starke Familien
zu gesunden Kindern“,
18.10.2018, Berlin

Sitzungen des Ausschusses / längere Telefonkonferenzen

28.09.2018
20.12.2018 (TELKO)
14.03.2019
25.05.2019
17.07.2019 (TELKO)

Wir sind die Neuen im Vorstand

Vizepräsident

Professor Dr. med. Wolfgang Kölfen



Persönliche Angaben:

Seit 22 Jahren leite ich das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Städtischen Kliniken Mönchengladbach. In der Klinik werden über 7.000 stationäre Patienten und 15.000 ambulante kranke Kinder und Jugendliche pro Jahr behandelt. In der Klinik für Kinder und Jugendliche arbeiten sowohl Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als auch Kinderchirurgen und Kinder- und Jugendpsychiater unter einem Dach. Zusätzlich ist in das Zentrum ein großes SPZ integriert. Es besteht eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten.

Für die Vorstandsarbeit sind folgende Zielsetzungen sind mein Anliegen:

1. Die Zahl der angestellten Ärzte hat sich in den letzten zehn Jahren sowohl in der Klinik als auch in der Praxis deutlich erhöht. In der Mitgliederstatistik des BVKJ spiegelt sich das nicht wieder. Für die Zukunft wird es entscheidend sein, mehr jüngere und angestellte Kinder- und Jugendärzte für den BVKJ als Mitglieder einzuwerben. Hierzu gilt es, attraktivere Angebote für diese Zielgruppe zu entwickeln und sie zu dieser Gruppe erfolgreich zu transportieren.

Im Rahmen eines Teams gilt es hier, zielführende Vorschläge zu erarbeiten und sie für die praktische Umsetzung alltagstauglich zu machen.

2. Die neue Weiterbildungsverordnung macht es erforderlich, dass es zu einer engen Kooperation zwischen Kliniken und Praxen kommt. An dieser

Nahtstelle gilt es, bereits bestehende Kooperationen zu nutzen und neue vor Ort zu entwickeln.

3. Teilzeitarbeit ist für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen das Zauberwort bei angestellten Ärzten. Attraktive Arbeitsbedingungen in den Kliniken und Praxen können es erleichtern, dass Beruf und Familie für die jungen Ärztinnen besser vereinbar werden.

4. Ein weiterer wichtiger Punkt ist es, dass möglichst viele frisch approbierte Ärzte sich für unser spannendes Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin begeistern. Hier gilt es, frühzeitig PJler und frisch approbierte Ärzte zu informieren und ihnen mit attraktiven Angeboten den Einstieg in unser Fach zu erleichtern. Hier sollte es zu einem Schulterchluss zwischen der DGKJ und dem BVKJ kommen, weil wir dieses Ziel nur gemeinsam erreichen können.

5. Oberärzte und Chefärzte sind eine weitere Zielgruppe, die sich im Berufsverband kaum wiederfinden. Fragt man

hier nach, so erhält man immer die gleiche Antwort: „*Wieso soll ich in den Berufsverband eintreten? Der Berufsverband ist eine Interessenvertretung der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, und für uns tut der nichts.*“ Auch hier muss ein Gesamtkonzept erarbeitet werden, damit es für Oberärzte und Chefärzte interessant ist, Mitglied des Berufsverbandes zu werden. Wenn der BVKJ seinem formulierten Ziel näherkommen will, auch für Oberärzte und Chefärzte sprechen zu wollen, müssen auch hier neue und attraktive Angebote erarbeitet werden. Auf die Frage an Chefärzte und Oberärzte – „*Wann würden Sie Mitglied im BVKJ werden?*“ – erhält man i.d.R. folgende Antwort – „*Die Mitgliedschaft im BVKJ muss sich für mich persönlich lohnen, und ich muss das Gefühl haben, dass dieser Verband mich auch vertritt.*“ Ziel wird es hier sein, im Rahmen von gemeinsamen Fortbildungen zwischen Klinik und niedergelassenen Kinderärzten vor Ort gemeinsame Synergien zu erzeugen, um eher das Gemeinsame als das Trennende in den Hauptfokus zu nehmen.

6. Die Verbandszeitschrift KJA sollte auch interessant gemacht werden für angestellte Kinder- und Jugendärzte. Hier sehe ich noch Potential nach oben. Vorstellbar ist, eine eigene Rubrik für angestellte Kinder- und Jugendärzte zu machen, sodass sich diese Zielgruppe auch in der Zeitung besser wiederfindet.

Vorstände

Dr. Sebastian Bartels



Ich freue mich, dass die Delegierten mit der Wahl des aktuellen Vorstands einen Generationenwechsel eingeleitet und dazu auch mir das Vertrauen geschenkt haben. Es ist mir eine Ehre, Teil des weiteren Umbruchs sein zu dürfen und uns gemeinsam den aktuellen Herausforderungen zu stellen: Für einen modernen Berufsverband - Mit Weitsicht für neue Lösungen in der Patientenversorgung, mit offenen Ohren für

die Bedürfnisse der nachrückenden Generationen, mit Angeboten für Kolleginnen und Kollegen in Praxis wie Klinik und dem gemeinsamen Ziel, auch in Zukunft den Kinder- und Jugendarzt als ein erstrebenswertes Berufsbild zu sichern.

Seit den ersten Tagen meiner klinischen Tätigkeit bin ich Mitglied im BVKJ

und war in den letzten 3,5 Jahren als Assistentensprecher im Bundesvorstand kooptiert. Hier habe ich den Verband, seine Strukturen und viele Abläufe bereits gut

kennenlernen können. Als Vorstandsmitglied ist es mein persönliches Anliegen, mitzuhelfen, den Berufsverband langfristig zukunftssicher aufzustellen. Ich möchte angestellten Ärztinnen und Ärzten mehr Gehör schenken und mich ganz gezielt für die Bedürfnisse junger Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis einsetzen. Die Vereinbarkeit von Beruf, Verbandsarbeit und Familie will ich vorleben und für Nachwuchs im Verband werben. Einen weiteren Schwerpunkt meiner Arbeit werde ich zudem den modernen Medien widmen.

Bei all den kommenden Aufgaben freue ich mich sehr auf die gemeinsame Arbeit mit dem neuen Bundesvorstand!

Dr. Reinhard Bartzeky

Persönliche Angaben:

Ich bin 51 Jahre alt, in Berlin aufgewachsen, dort zu Schule gegangen und habe auch in Berlin Medizin studiert. In die weite Welt kam ich erst später. Während meines Studiums lebte ich in 9 Monate in Indien und je ein knappes halbes Jahr in der Schweiz und in England. Ausbildung zum Kinder- und Jugendarzt in der Kinderklinik Berlin-Lindenhof, danach 5 Jahre Oberarzt in einer kleinen Kinderklinik in Ost-Brandenburg (Bad Saarow). Seit 2005 bin ich hausärztlich niedergelassen in Berlin-Neukölln mit einer Gemeinschaftspraxis in einer 3er-Praxengemeinschaft.



Sprecher des Honorarausschuss (Bund) gewählt. Diese Arbeit im Honorarausschuss ist nur im Team zu leisten. Von 2009-2017 war ich Schatzmeister des LV Berlin, seit 2017 bin ich Landesverbandsvorsitzender.

Meine Ziele im Vorstand:

- **Honorarpolitik**

Erlangen höherer Vergütungen in den Bereichen GKV, PKV, UV-GOÄ und Selektiv. Honorarzuwächse auch jenseits neuer Leistungen.

Fokussierung auf unser Kerngeschäft; keine 1000 Einzelverträge für noch so kleine Kassen, die am Ende keiner mehr überblickt. Die Mitglieder gehen in Vertragswust unter!

Ein Anliegen ist mir ein fairer Ausgleich zwischen Ost und West, Stadt und Land, aber auch zwischen Allgemein- und SP-Pädiatern.

- **Bedarfsplanung**

Schaffen neuer Niederlassungsmöglichkeiten, bei basiswirksamer Gegenfinanzierung.

- **Weiterbildung**

Pflichtweiterbildung im ambulanten Sektor

Mein (Leben im) BVKJ:

Mitglied im BVKJ bin ich seit 1999. Seit dem Jahr 2005 Mitarbeit im Infokreis Berlin (erweiterter Vorstand des Landesverbandes). Honorarbeauftragter LV-Berlin seit 2008 und dann Mitglied im Inneren Honorarausschuss auf Bundesebene seit 2009. Ebenfalls seit 2009 Mitarbeit in der KV-Berlin (Honorarverteilungsausschuss). Ab dem Jahr 2011 Sitz im Beratenden Fachausschuss Hausärzte in der KBV. Auf der vorangegangenen Delegiertenversammlung (2015) wurde ich dann zum

Angehörigen der Honorare in der Niederlassung an die in der Klinik Erweiterung der geförderten WB-Stellen nach dem Vorbild Allgemeinmedizin

- **Impfen**

Tatsächliche Erhöhung der Impfquoten durch:

Erhöhung der Anzahl der Impfanlässe in unseren Praxen, beim ÖGD und in Schulen

Abbau von Impfhindernissen, auch bei Kollegen

Verbesserung der Impfvergütung

- **Umbau des BVKJ**

In der letzten Amtsperiode hat ein Umbau des BVKJ begonnen – dieser Umbau muss fortgesetzt werden. Neben einer manchmal notwendigen Professionalisierung muss genügend Raum bleiben, um den Verband auch weiterhin als Interessenvertretung seiner Mitglieder, also der Kinder- und Jugendärzte, zu erkennen.

Dabei sollen und müssen wir DIE Vertretung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland bleiben. Nur durch unser konstantes Eintreten für Kinderinteressen und Kinderrechte werden wir auch in Zukunft als das wichtige Sprachrohr wahrgenommen werden, das wir sind.

Dr. Ronny Jung

Mein Anliegen ist es, die Themen Ausbildung und Weiterbildung in der Pädiatrie innerhalb des Verbands weiterzuentwickeln und zu begleiten.

Ich wurde am 17.04.1976 in Coburg geboren, Abitur 1995, anschließend Zivildienst. Medizinstudium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 2004 Approbation als Arzt. Im Rahmen eines praktischen Jahres hatte ich die Gelegenheit, als Unterassistent am Kantonsspital St. Gallen im Bereich der Inneren Medizin eine strukturierte Ausbildung zu erhalten. Im Anschluss chirurgisches Tertial am Groote Schuur Hospital in Kapstadt.

Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der Universitätskinderklinik Erlangen unter der



Leitung von Herrn Prof. Rascher. Promotion 2003 am Institut für Virologie der Universität Erlangen-Nürnberg.

Niederlassung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Januar 2010 in Roth bei Nürnberg. Die Praxis bildet das gesamte Spektrum der ambulanten allgemeinen Pädiatrie

mit einem Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ab. In Kooperation mit der lokalen Kreisklinik betreue ich die Neugeborenen der Geburtsabteilung.

Dem BVKJ bin ich im Jahr 2010 beigetreten. Nach Gründung und Leitung eines regionalen Qualitätszirkels im Jahr 2012 konnte ich eine enge Vernetzung der verschiedenen Akteure des Sozialraums der Region etablieren. Richtig berufspol-

itisch aktiv wurde ich jedoch erst nach meiner Ernennung zum 2. Vorsitzenden des PaedNetz Mittelfranken im Jahr 2016. Hier gelang uns 2018 die Umsetzung eines Weiterbildungsverbundes mit zwei lokalen Kinderkliniken und sechs Pilotpraxen.

Nach Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen zum Thema Ausbildung/Weiterbildung, unter der Federführung der DGAAP, erfolgte schließlich die Ernennung zum Ausbildungs- und Weiterbildungsbeauftragten des LV Bayern im Jahr 2018. Seit der 1. Bundeskonferenz Ausbildung im April 2019 leite ich eine regionale Arbeitsgruppe „Ausbildung“.

Schließlich folgte ich dem Impuls zweier meiner Kollegen, diese beiden Themen auch auf Bundesebene im Verband zu vertreten und lies mich als Kandidat zur Wahl zum Bundesvorstand durch die Delegiertenversammlung im Oktober in Bad Orb aufstellen.

Im Vorstand möchte ich dazu beitragen, die Zukunftsfähigkeit unserer Praxen zu sichern. Ich bin mir sicher, dass bereits frühzeitig (bereits im Studium oder schon vorher) Angebote der ambulanten Pädiatrie für Studentinnen und Studenten vorhanden sein müssen. In der Folge sollten die Studierenden eine kompetenzbasierte Ausbildung in unseren Praxen in Koope-

ration mit den regionalen Lehrstühlen erhalten. Schließlich sollte auch in der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin regelhaft eine Möglichkeit gegeben sein, einen Teil dieser strukturiert und kompetenzbasiert in der Praxis, zum Beispiel im Rahmen einer Verbundweiterbildung, zu absolvieren. Diese beiden Entwicklungsrichtungen werden zudem

durch den Masterplan 2020 und der neuen MWBO 2018 gefordert.

Ich freue mich auf die kommenden vier Jahre konstruktiver Zusammenarbeit und bedanke mich an dieser Stelle für die bereits erhaltene Unterstützung etlicher Kollegen.

Red.: WH

Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro

In einem atemberaubenden Tempo schreiten gewichtige Änderungen in unserem Gesundheitssystem voran. Beispielsweise bei der Digitalisierung Schritt zu halten, die wesentlichsten Entwicklungen nicht zu verpassen und dann noch eine Haltung dazu zu entwickeln, die eines Verbandes im 21. Jahrhundert entspricht, der auch mithalten muss – dies ist eine echte Herausforderung. Nur zu mahnen, ohne konkrete Lösungen zu haben, bringt keinen weiter, man verpasst sonst den Anschluss. Der BVKJ und gerade auch unser Geschäftsführer, Herr Dr. Andreas Plate, setzt viel Energie dahingehend ein, dass der BVKJ hier weiter ein Gesprächspartner auf der Höhe der Zeit für Politik und Selbstverwaltung bleibt.



Kathrin Jackel-Neusser

Steter Austausch mit Gesundheitspolitik, Selbstverwaltung und relevanten Organisationen

Bei regelmäßig stattfindenden Gesprächen mit Politik und Selbstverwaltung ist es eine Herausforderung, in großen Abständen adäquat zu berichten. Sie können die Berichte dazu immer aktuell in den PädInform-Ordern („Politische Informationen“ und weitere) und im „Kinder- und Jugendarzt“ nachlesen. Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn,

Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und alle relevanten Staatssekretärinnen und -sekretäre konnten wir treffen. Regelmäßig im Austausch sind wir auch mit der KBV sowie dem dazugehörigen Zentralinstitut (Zi), mit anderen pädiatrischen Verbänden, Ärzteverbänden wie v.a. dem DHÄV und dem BDI sowie dem NAV und mit Kinderschutzorganisationen.

Austausch mit dem GKV-Spitzenverband

Am 1. November 2019 konnten Dr. Thomas Fischbach, Dr. Sigrid Peter und Kathrin Jackel-Neusser, die neue GKV-Vorstandsfrau Stefanie Stoff-Ahnis und Dr. Torsten Fürstenberg, Leiter Abteilung ambulante Versorgung des GKV-Spitzenverbandes, treffen. In dem konstruktiven



im Uhrzeigersinn, unten links Dr. Peter, Dr. Fischbach, Stoff-Ahnis, Dr. Fürstenberg



v.l.n.r.: Dr. Fischbach, MdB Ludwig, Jackel-Neusser, Dr. Brockstedt

und offenen Kennenlernen mit der 1976 geborenen Juristin, die langjährig in führenden Positionen bei der AOK Nordost tätig war, standen viele Themen auf der Agenda: das Masernschutzgesetz und geeignete Maßnahmen für bessere Impfraten im Allgemeinen, der elektronische Impfpass und dessen Umsetzung, geeignete Präventionsstrategien und das DVG. Hier stellten wir fest, dass wir viele Kritikpunkte vor allem bezüglich der Patientensicherheit teilen.

Es wurde vereinbart sich künftig halbjährlich auszutauschen.

Austausch mit der neuen Bundesdrogenbeauftragten Daniela Ludwig MdB (CSU)

Durch viel Konsens und eine gute Stimmung zeichnete sich das Gespräch mit der neuen **Bundesdrogenbeauftragten Frau Daniela Ludwig MdB (CSU)** aus, die sich als sehr offen und überaus positiv eingestellt gegenüber dem BVKJ erwies. Sie machte deutlich, dass die Pädiatrie für sie generell, aber auch ganz persönlich eine große Bedeutung habe. **BVKJ-Suchtbeauftragter Dr. Matthias**

Brockstedt machte in dem Gespräch mit viel Detailwissen die großen Gefahren von Cannabis deutlich und zeigte abermals, wie gefährlich gerade auch E-Zigaretten sind. Frau Ludwig MdB betonte, dass sie diese Gefahren sehr ernst nehme. Sie setzt sich wie der BVKJ ein für ein generelles Werbeverbot für Nikotinprodukte, für mehr Alkoholprävention gerade auch im Kontext von Sportveranstaltungen, für ein Rauchverbot in Autos und für die Kinder Suchterkrankter. Hier wolle sie ihre Schwerpunkte setzen, so Frau Ludwig. Dr. Fischbach stellte in Aussicht, dass der BVKJ weiter eng mit der Drogenbeauftragten zusammen arbeiten wolle.

Mitwirkung an Gesetzesentwürfen

Der BVKJ ist regelmäßig zur Mitwirkung an Gesetzesvorhaben sowohl auf Landes-, als auch auf Bundesebene eingeladen. Einige Gesetze der letzten Zeit, zu denen wir Stellungnahmen (mit) verfasst haben, waren:

- Digitale Versorgung Gesetz (DVG)
- Masernschutzgesetz. Hierzu berichtete auch auch Vizepräsidentin, Dr.

Sigrid Peter, die beiden Anhörungen zum Masernschutzgesetz teilnahm. Frau Dr. Peter erhielt zahlreiche Fragen, das Interesse der Abgeordneten an der Position des BVKJ war groß.

- Außerdem haben wir zusammen mit dem NAV-Virchowbund das Paper „Impf-Informationen verbreiten – Impfraten verbessern – Infektionskrankheiten eindämmen“ erstellt.

Wann kommt die elektronische Patientenakte (ePA)?

Einen guten Überblick dazu, was genau die ePA eigentlich ist, bietet die KBV auf ihrer Internetseite unter <https://www.kbv.de/html/epa.php>

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur. Spätestens ab Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine solche ePA anbieten. So steht es im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG).

Folgende Informationen über einen Patienten können in der ePA gespeichert werden:

- Befunde
- Diagnosen
- Therapiemaßnahmen
- Behandlungsberichte
- Impfungen

Damit ist eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation möglich. Die ePA unterstützt außerdem den Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan sowie elektronische Arztbriefe. Die ePA ersetzt nicht die Kommunikation unter den Ärzten oder zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Abgrenzung der ePA von elektronischen Gesundheitsakten

- Die ePA wird definiert durch die gematik; gesetzliche Grundlage ist Paragraph 291a SGB V. Daneben existieren bereits verschiedene sogenannte elektronische Gesundheitsakten, die einzelne Krankenkassen ihren Versicherten als Satzungsleistung bereitstellen; gesetzliche Grundlage ist Paragraph 68 SGB V.
- Elektronische Gesundheitsakten bieten unterschiedliche Funktionalitäten und verschiedene Formen einer möglichen ärztlichen Einbindung. Sie sollen perspektivisch in die einheitliche

ePA integriert werden. **Die ärztliche Nutzung von elektronischen Gesundheitsakten ist freiwillig.**

Die ePA ist für Patienten freiwillig!

- Grundvoraussetzung dafür ist der Wunsch des Patienten zur Führung einer ePA, denn es handelt sich dabei um eine freiwillige Anwendung. Die ePA soll als lebenslange Informationsquelle dienen, die jederzeit einen schnellen und sicheren Austausch der Daten ermöglicht. Krankenkassen sollen ihren Versicherten bis Anfang 2021 eine ePA bereitstellen. Es darf für jeden Versicherten nur eine ePA geben.

Arzt veranlasst Datenübertragung in die ePA

- Wenn der Patient es will, lädt der Arzt bestimmte Daten aus seinem Praxisverwaltungssystem (PVS) in die ePA hoch. Die Daten in der ePA sind nur Kopien der Daten aus dem PVS; die Primärdokumentation des Arztes in seinem Praxisverwaltungssystem bleibt davon unberührt. Der Arzt stößt diesen Prozess bewusst selbst an; **Daten werden niemals automatisch ohne Wissen des Arztes übertragen.** Die Betreiber der Patientenakten können nicht auf das PVS der Arztpraxis zugreifen.

Unterschiedliche Zugriffsmöglichkeiten für Arzt und Patienten

- Der Patient kann seine ePA jederzeit alleine einsehen, inhaltlich befüllen

oder Inhalte löschen, zum Beispiel mit einer eigenen App. Der Arzt greift grundsätzlich gemeinsam mit dem Patienten auf dessen ePA zu: Der Arzt nutzt hierfür seinen Praxisausweis und der Patient seine elektronische Gesundheitskarte.

- Der Patient entscheidet, wer auf seine Akte zugreifen kann. Er kann dem Arzt eine temporäre Zugriffsberechtigung geben, sodass der Arzt auch ohne Anwesenheit des Versicherten, etwa im Nachgang an einen Behandlungstermin, Dokumente in die ePA einstellen kann.
- Hinweis: Da die ePA in der Hoheit des Patienten liegt, kann der Arzt prinzipiell nicht von einer medizinisch vollständigen Akte ausgehen.
- Deshalb fordert übrigens die KBV auch eine zusätzliche elektronische Arztakte mit vollständig einsehbaren Informationen.

Möglichst einfache ärztliche Nutzung der ePA

- Die KBV setzt sich dafür ein, dass die Praxen einen einfachen Umgang mit der elektronischen Patientenakte haben. Voraussetzung müssen deshalb einheitliche Schnittstellen sein, sodass Praxen unproblematisch mit Akten unterschiedlicher Anbieter arbeiten können. Diese Schnittstellen werden von der gematik spezifiziert.

Medizinische Informationsobjekte (MI-Os) als Grundlage

- Die KBV hat vom Gesetzgeber im TS-VG die Aufgabe erhalten, die medizinischen Daten für die ePA zu standardisieren. Nur so ist ein strukturierter Datentransfer der Niedergelassenen untereinander sowie zu Kliniken, zu Apotheken oder zu anderen medizinischen Fachberufen sinnvoll möglich. Unter der Bezeichnung medizinische Informationsobjekte (MIOs) wird die KBV bis Herbst 2020 erste Standards definieren, zum Beispiel für Labordaten, bestimmte medizinische Befunde oder den Impfpass. Die KBV wird dabei auf internationale Standards als Basis setzen und das Benehmen mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen herstellen.

Austausch des BVKJ mit der KBV bezüglich MIOs

Zudem sind wir im steten Austausch mit der KBV u.a. zu den Themen Digitalisierung / elektronische Patienten- sowie Arztakte. Hier wird es darum gehen, gemeinsam die Inhalte zu definieren, die später als sogenannte „MIOs“ (medical information objects) in die ePA eingehen sollen.

Kontaktanschrift:

Kathrin Jackel-Neusser

Leiterin der Stabsstelle Politik des BVKJ

E-Mail: Kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Kassenverhandlungen 2020

Nachdem im Bewertungsausschuss (BWA) am 14. August keine Einigung erzielt worden war, haben sich KBV und GKV-Spitzenverband am 20. August 2019 beeindruckend schnell auf einen Honorarkompromiss geeinigt. Der Orientierungspunktwert wird zum 1.1.2020 um 1,52% angehoben. Wie auch im letzten Jahr konnten sich Kassen und Ärzteseite bislang nicht auf einen weiteren Umbau des EBM (wie eigentlich vertraglich vorgegeben) einigen.



Dr. Reinhard Bartzky

Honorarverhandlungen 2020

Der reine **Orientierungspunktwert** (OPW) wird **zum 1.1.2020** um 1,52% angehoben. Damit **erhöht sich** der Punktwert von aktuell 10,8226 Cent **auf dann 10,9871 Cent**. Der OPW ist quasi unsere reale Lohnerhöhung, also der Umsatz, nicht der Praxiserlös.

Nachdem im BWA keine Einigung erzielt worden war, haben sich KBV und GKV-Spitzenverband beeindruckend schnell auf diesen für uns Vertragsärzte

unbefriedigenden Honorarkompromiss geeinigt. Die Ärzteseite (KBV) hatte eine Anhebung um etwa 2,7% gefordert, die Kassen beharrten auf eine Steigerung von nur 0,2%.

Damit sind die Honorarverhandlungen abgeschlossen. Das zusätzliche Honorarvolumen für alle Vertragsärzte liegt bei 565 Millionen Euro.

Wie Sie der Tabelle entnehmen können, bleibt unsere Punktwertsteigerung (unsere Reallohnerhöhung) auch 2020 wie in den letzten Jahren deutlich hinter den Steigerungen unserer Kosten (MFA-Gehälter, Miete), aber auch hinter der Inflation zurück.

Insbesondere in den Ballungszentren habe die Gewerbemieten in den beiden letzten Jahren erheblich angezogen! Unseren MFA stehen steigende Löhne ebenfalls zu, ja wir sollen oder müssen selbige Löhne auch zahlen, wenn wir weiterhin qualifiziertes Fachpersonal haben wollen, nur dürfen unsere eignen Umsätze nicht hinterherhinken. So wie es sich jetzt darstellt, bezahlen wir Mieterhöhungen wie Lohnerhöhungen aus eigener Tasche. **Die in unseren Praxen steigenden Umsätze beruhen auf dem Effekt der Mengenaus-**

weitung, was unsere Arbeit weder besser, noch attraktiver macht.

Welche Auswirkungen sind in den einzelnen KVen zu erwarten?

Vor den Honorarverhandlungen hatte man sich wie jedes Jahr über die „gesetzmäßige“ Anpassung der Morbiditäts- und der Demografie-bedingten Veränderungsraten geeinigt. Und diese Beschlüsse haben es in sich. Die starren Mechanismen dieser Berechnungen wirken sich seit längerem aufgrund der sich durch Migration und Geburten verjüngenden Gesellschaft negativ auf die Honorare der Vertragsärzte aus.

Insbesondere für Bundesländer mit junger Bevölkerung (z.B. Stadtstaaten und Ballungszentren: Zuzug junger Menschen) ist die demografiebedingte Veränderungsrate systembedingt immer negativ. Auch die Morbiditätsrate kann sich nur in einer alternden Gesellschaft „positiv“ verändern.

Addiert man die Effekte der Veränderungsraten von Demografie und Morbidität zu der erzielten Orientierungs-

Jahr	Vergütung je Punkt	Entwicklung OPW	Inflation BRD	Gewerbe-Mieten	MFA Gehälter	Diäten Dt. Bundestag
1.10.13	10,0			2,63%	4,5%	3,67%
2014	10,1300	1,30%	0,9%	2,34%	3,0%	5,03%
2015	10,2718	1,14%	0,3%	2,73%	2,5%	4,79%
2016	10,4361	1,60%	0,5%	4,14%	2,5%	2,70%
2017	10,5300	0,90%	1,5%	2,96%	2,6%	2,30%
2018	10,6542	1,18%	1,8%	5,64%	2,2%	2,50%
2019	10,8226	1,58%	vorl. 1,6%	vorl. 5,00%	2,5%	3,09%
2020	10,9871	1,52%			2,0%	

KV	Demografie in%	Morbidität in%	Summe in%	OPW-Veränd.	Netto-Veränd.
Schleswig-Holstein	-0,0905	-0,2532	-0,3437	1,5200	1,1763
Hamburg	-0,3973	-1,0130	-1,4103	1,5200	0,1097
Bremen	-0,5438	-0,4731	-1,0169	1,5200	0,5031
Niedersachsen	-0,0982	0,0826	-0,0156	1,5200	1,5044
Westfalen-Lippe	-0,1819	-0,0146	-0,1965	1,5200	1,3235
Nordrhein	-0,2441	-0,1379	-0,3820	1,5200	1,1380
Hessen	-0,2227	-0,1954	-0,4181	1,5200	1,1019
Rheinland-Pfalz	-0,1766	-0,3871	-0,5637	1,5200	0,9563
Baden-Württemberg	-0,1718	-0,4475	-0,6193	1,5200	0,9007
Bayern	-0,1743	-0,4705	-0,6448	1,5200	0,8752
Berlin	-0,4659	-0,9101	-1,3760	1,5200	0,1440
Saarland	-0,0803	-0,3508	-0,4311	1,5200	1,0889
Mecklenburg-Vorpommern	0,1442	0,6366	0,7808	1,5200	2,3008
Brandenburg	-0,0526	0,1611	0,1085	1,5200	1,6285
Sachsen-Anhalt	-0,0510	0,6636	0,6126	1,5200	2,1326
Thüringen	0,0063	0,5165	0,5228	1,5200	2,0428
Sachsen	-0,1482	0,3092	0,1610	1,5200	1,6810

punktwertveränderung (siehe Tabelle), so demaskiert sich, dass in den meisten KVen, die verhandelte Durchschnittserhöhung von 1,52% gar nicht ankommen wird. In Berlin und Hamburg liegt die zu erwartende Honorarsteigerung lediglich bei 0,1ct pro EBM-Punkt.

Keine Einigung bei EBM-Reform 2020

Die seit vielen Jahren geplante EBM-Novelle sollte nun endlich zum 1.1.2020 kommen; dem wird nicht so sein. Stattdessen hat der Bewertungsausschuss einen neuen Zeitplan vorgelegt:

- Wenn es gelingt, am 11. Dezember 2019 den neuen Gesamt-EBM zu

beschließen, würde dieser zum 1. April 2020 in Kraft treten können.

- Der erweiterte Bewertungsausschuss wurde angerufen, um bei den strittigen Punkten eine Lösung herbei zu führen.
- Wichtigster Bestandteil der anstehenden Reform ist eine **Neubewertung nahezu aller ärztlichen Leistungen**.
- Ziel der Ärzteseite ist es, mit niedrigeren Prüfzeiten weniger Kollegen in Regresse zu führen.
- Ziel der Kassen ist scheinbar nur eine Absenkung der Vergütung.
- Nach KBV-Angaben soll es nicht zu einer größeren Umverteilung von Geldern zwischen den Arztgruppen kommen.

Hier liegen die Positionen weit auseinander.

Der BVKJ bemüht sich seit Jahren um eine Revision des Schwerpunktpädiatrie-Kapitels mit der Hauptforderung nach einem Schwerpunktgespräch. Auch hierzu wird die Beschlusslage bis zum Redaktionsschluss leider unklar bleiben.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

Bildgebung bei Schädel-Hirn-Trauma



Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Hans-Joachim Mentzel

Einleitung

Das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) des Kindes stellt einen der häufigsten Gründe der Konsultation in der Kindernotaufnahme dar. Während beim schweren SHT kaum Diskussion bezüglich des Einsatzes der Bildgebung besteht, hat diese Frage beim leichteren SHT im Kindesalter schon ganze Bibliotheken gefüllt. Ist eine radiologische Abklärung (Sonografie, Röntgen, CT, MRT...) notwendig? Welches Kind muss wie lange stationär oder zu Hause oder gar nicht überwacht werden?

Die leichten SHT stellen die absolute Mehrzahl der Fälle dar, die zur Konsultation führen. Die Ätiologie variiert stark nach Alterskategorie. Beim Säugling sind es Sturzfolgen in häuslicher Umgebung – klassisch das Wickeltischtrauma, der Sturz aus dem Arm der Eltern, aus der Tagetasche. Jenseits des Säuglingsalters ist die Ursache abhängig von der Mobilität des Kindes – beim größeren Kind sind die Hauptursachen die Unfälle auf dem Spielplatz und im Straßenverkehr als Fußgänger, Radfahrer, Autoinsasse. Insbesondere beim Säugling und Kleinkind ist immer das nicht akzidentielle SHT im Falle einer Kindesmisshandlung als Differentialdiagnose zu bedenken.

Der Radiologie kommt hier eine besondere Rolle zu.

Die Indikation zur Bildgebung wird nach Anamnese zum Hergang des Traumas und klinischer Untersuchung am Unfallort und bei Vorstellung in der Notaufnahme gestellt. Die dynamische Beurteilung ist dabei besonders wichtig. Der Bewusstseinszustand wird nach der auf das Alter des Kindes angepassten Glasgow Coma Scale (GCS) beurteilt, in die Augenöffnen sowie beste motorische und verbale Antwort eingehen. Die schweren SHT (GCS 3 – 7) sind intensivmedizinisch zu betreuen, notfallmäßig müssen CT und Neurochirurgie verfügbar sein. Mittelschwere SHT (GCS 8 – 13) werden stationär betreut und je nach klinischem Verlauf und Bildgebung (CT/MRT) versorgt. Da es nach Studienlage auch beim leichten SHT (GCS 14 – 15) in der CT in manchen Fällen fassbare Läsionen gibt, wird unverändert diskutiert, ob alle diese Patienten in der Vorstellungssituation der Schnittbildgebung zuzuführen sind. Abzuwägen sind der Nachweis einer (eventuell) relevanten Pathologie gegen den Aufwand durch die Bildgebung – Exposition gegenüber ionisierender Strahlung, eventuelle Notwendigkeit einer Sedierung, Verfügbarkeit, Zeit- und Kostenaufwand. Die Schwierigkeit besteht darin, die Kinder zu identifizieren, bei denen tatsächlich das Risiko einer vorhandenen bzw. sich möglicherweise noch entwickelnden operationspflichtigen intrakraniellen Läsion besteht. Bezüglich der Indikationsstellung zur Bildgebung wird auf die AWMF-Leitlinie zum kindlichen Schädel-Hirn-Trauma verwiesen. Nachfolgend sollen die Möglichkeiten und Grenzen der derzeit verfügbaren Bildgebung aufgezeigt werden.

Sonografie

Prinzipiell kann die Sonografie bei jedem SHT durchgeführt werden, allerdings sollte durch ihren Einsatz beim schweren SHT keine Zeit verloren werden. Beim leichten SHT ist sie insbeson-

dere beim Säugling mit größerem Hämatom und entsprechend eingeschränkter Möglichkeit zur Palpation sinnvoll, um die tiefer liegende Kalotte zu beurteilen (Abbildung 1). Die Kalottenbeurteilung erfolgt mit hochfrequenter Linearsonde, wobei die Auflagefläche den anatomischen Gegebenheiten möglichst anzupassen ist. Der Spiegelartefakt des extrakraniellen Hämatoms, wobei scheinbar zusätzlich ein intrakranielles Hämatom

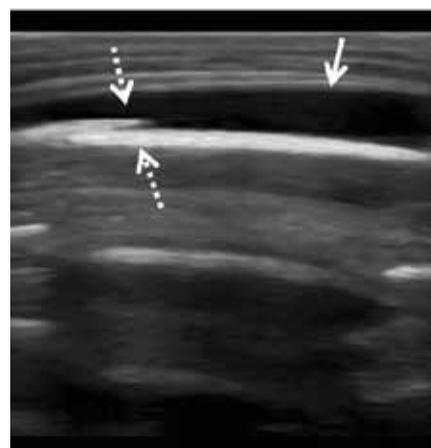


Abb. 1: Sonografie bei SHT. Anamnestisch Sturz mit stolpernder Mutter. Aufprall des weiblichen Säuglings auf Laminat. Klinisch große Beule. Sonografisch echofreies Hämatom (durchgezogener Pfeil) unter der Kopfschwarte und kleine Stufenbildung in der Tabula externa als Frakturzeichen (gestrichelte Pfeile)

vorliegt, ist bei der Beurteilung zu berücksichtigen und von einem intrakraniellen epiduralen Hämatom abzugrenzen (hilfreich kann zur Differenzierung die transkraniale Untersuchung der betroffenen Region von der Gegenseite aus sein; Abbildung 2). Neben Frakturen können intrakranielle Verletzungsfolgen nachgewiesen (aber nicht ausgeschlossen) werden. Untersucht wird kalottennah ebenfalls mit Linearsonde, für die tieferen Regionen mittels Sektorsonde; die Frequenz ist abhängig vom Schallfenster und der interessierenden Region. Raumfordernde Blutungen mit Mittellinienverlagerung

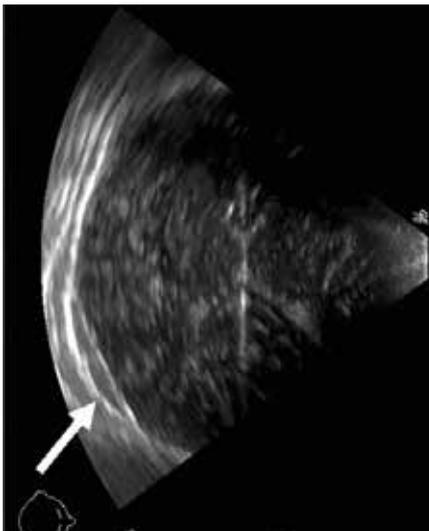


Abb. 2: Transkraniale Sonografie mit Dokumentation eines relativ schmalen kalottennahen intrakraniellen Hämatoms der Gegenseite (Pfeil)

können transfontanellär bzw. transkranial erfasst werden. Im Verlauf ist der bettseitige Einsatz der Sonografie sinnvoll, um über eine Erhebung der Dopplerparameter (Resistance Index) Aussagen zu Hirndrucksteigerungen im Zeitverlauf zu treffen und so den Einsatz der Verlaufsdagnostik mittels CT/MRT bzw. erforderliche operative Interventionen zu steuern. Nachteil der Sonografie ist die starke Untersucherabhängigkeit und die reduzierte gutachterliche Anerkennung aufgrund häufig nicht standardisierter Dokumentation der Untersuchung.

Radiografie (Konventionelles Röntgen)

Die Radiografie ist beim akzidentellen SHT nicht indiziert, da intrakranielle Verletzungsfolgen nicht verifiziert werden können. Eine Ausnahme stellen die wachsende Fraktur beim Säugling dar, die sehr selten auftritt (Voraussetzung: primärer Frakturspalt von 3 – 4 mm Weite) und der Skelettstatus bei Verdacht auf nichtakzidentielles Trauma. Hier dient das Schädelröntgen in zwei Ebenen dem Nachweis von Frakturen und der aus forensischen Gründen wichtigen Beurteilung des Ausmaßes der Frakturen (Nahtüberschreitung, mehrere Frakturen).

Computertomografie

Die Computertomografie (CT) ist bei schwerem SHT auch im Kindesalter die

Methode der ersten Wahl. Sie gilt aufgrund ihrer Verfügbarkeit und Schnelligkeit in der Durchführung als Goldstandard und gestattet eine zügige Identifizierung relevanter Verletzungsfolgen und Indikationsstellung zur operativen Intervention. Aufgrund der sehr schnellen Rotationszeit neuer CT-Scanner (< 0,5 Sekunden) ist eine Sedierung/Narkose nur sehr selten notwendig. Die rechtfertigende Indikation zur cranialen CT ist durch den (Kinder-)Radiologen zu stellen, die Technik an das Patientenalter und die Konstitution des Kindes anzupassen. Entsprechend des ALARA-Prinzips (as low as reasonably achievable) ist das geeignete CT-Protokoll für den jeweiligen Patienten auszuwählen. Moderne Möglichkeiten der Reduktion der Strahlenexposition (z.B. iterative Rekonstruktionstechniken, Filter) sind zu nutzen. Falsch verstandener Strahlenschutz bedeutet dabei eine inadäquate Bildqualität mit zu hohem Bildrauschen und reduziertem Kontrast, bei dem die mitunter sehr schmalen subduralen Hämatome übersehen werden können. Insbesondere diese zarten Hämatome können im Verlauf aber eine dramatische Dynamik mit möglicherweise fatalen Folgen entwickeln. Dies gilt insbesondere dann, wenn infolge eines (scheinbar) unauffälligen CT die Kinder frühzeitig in die häusliche Pflege entlassen werden. Wesentlich ist die Dokumentation im Knochen- und Weichteilalgorithmus in primär axialer Orientierung (Abbildung 3a und 3b). Bei

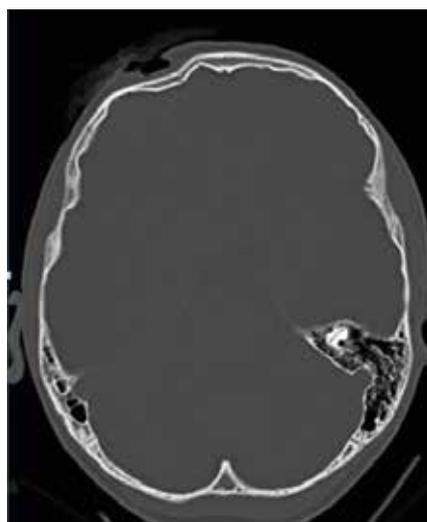


Abb. 3a: Computertomografie – 15 Jahre, männlich. Darstellung im Knochenfenster. Rechts frontal Hautdefekt und tiefer liegende Impressionsfraktur der Schädelkalotte nach Pferdetritt

Analyse der CT-Untersuchung durch den (Kinder-)Radiologen am PACS-Monitor kann die Sensitivität im Nachweis intrakranieller Verletzungen durch Variation von Fensterbreite und -zentrum erhöht

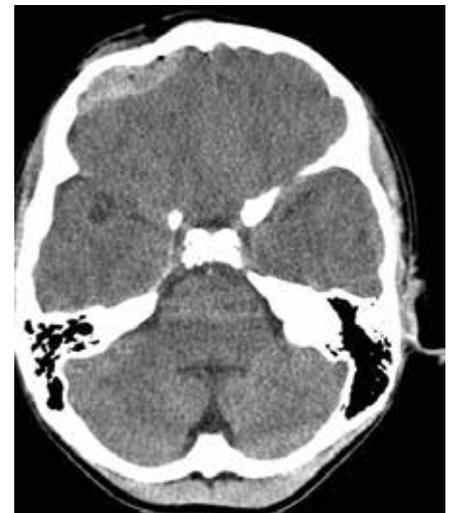


Abb. 3b: Computertomografie – Darstellung im Weichteilfenster. Frontal epidurales Hämatom. Die kleinen Lufteinschlüsse an der Kalotte weisen das offene SHT nach (gleicher Patient wie in Abb. 3a)

werden. Wesentlich sind coronare und sagittale Reformatierungen der Aufnahmen, umso kalottennahe schmale Hämatome sicherer abgrenzen zu können. Beim schweren SHT ist die Bildgebung um eine Spiral-CT der Halswirbelsäule zu ergänzen. Darstellungen im Weichteil- und Knochenfenster sowie die Anfertigung von multiplanaren Rekonstruktionen sind auch hier essentiell. Erforderliche Schädelverlaufskontrollen sollten aus strahlenhygienischen Gründen möglichst nicht mit der CT sondern mit der MRT durchgeführt werden. Falls im Verlauf aufgrund fehlender klinischer Besserung bzw. konstanter Bewusstlosigkeit eine Bildgebung nötig ist, sollte die MRT bevorzugt werden.

Magnetresonanztomografie

Die Bedeutung der Magnetresonanztomografie (MRT) beim kindlichen SHT hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Seit Jahren ist sie aufgrund ihrer gegenüber dem CT deutlich höheren Sensitivität und Spezifität im Nachweis intrakranieller Verletzungsfolgen für die Verlaufsbeurteilung Methode der Wahl. Nun gewinnt sie aktuell auch in der Akutdiag-

nostik zunehmend an Gewicht. Grund sind neben der hohen Verfügbarkeit zeitsparende Untersuchungsprotokolle (z.B. Go brain), die eine sichere Aussage zum Vorliegen intrakranieller Pathologie in einer Messzeit von unter 5 Minuten gestatten. Relevante Verletzungen mit operativer Konsequenz können in noch schnelleren Protokollen (Quick brain) in ca. 1 – 3 Minuten detektiert werden (T2-wichtende Fast Spin Echo Sequenz in 3 Raumebenen). Voraussetzung ist aber unverändert eine gewisse Compliance des Patienten. Für Säuglinge stehen mittlerweile Lagerungshilfen (z.B. mit Vakuumtechnik) zur Verfügung, die eine weitgehende Bewegungsreduktion gestatten. Alternativ können haltende Personen in Bauchlage in den Scanner verbracht werden bzw. vom Kopfende aus den Schädel des Säuglings in der Schädelspule halten. Letztlich bleibt aufgrund des hohen apparativen und logistischen Aufwandes und der relativ langen Lagerungsprozedur und aufwendigen Überwachung für die absolute Notfallsituation beim schweren SHT aber die CT Methode der Wahl.

In der Verlaufsbeurteilung des SHT ist die MRT zu bevorzugen. Sehr sensitiv für intrakranielle Blutungen (epi-/subdural,

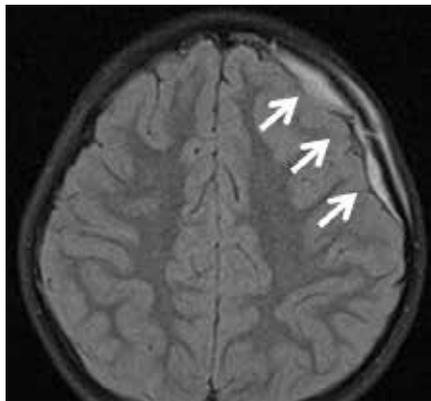


Abb. 4: Magnetresonanztomografie – 11 Jahre, männlich. FLAIR-Sequenz mit kalottennah epiduralem Hämatom links frontal bei nicht dislozierter Fraktur und schmalem Kopfschwartenhämatom

subarachnoidal) sind Fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) Sequenzen, die axial und coronal gemessen werden sollten (Abbildung 4). Räumlich hoch auflösende suszeptibilitätsempfindliche Sequenzen (Susceptibility weighted imaging – SWI) und diffusionsempfindliche

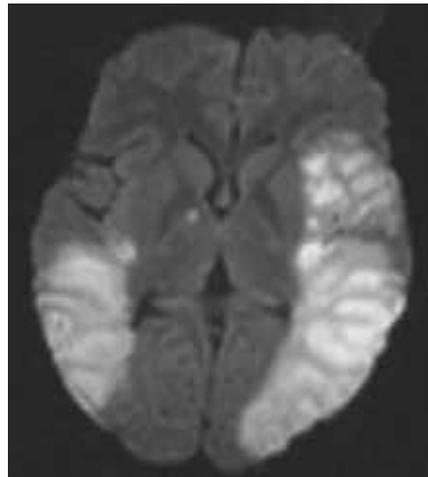


Abb. 5a: Magnetresonanztomografie – 11 Jahre 4 Monate, weiblich. Z.n. SHT mit Schädelbasisfraktur und Spasmen der basinalen Arterien. MRT im Verlauf. Diffusionswichtung (DWI mit Durchschnittsbild, sog. trace image). Hyperintens (hell) sind die ödematös veränderten kortikal-subkortikalen Hirnanteile beidseitig im Medialstromgebiet dargestellt

Sequenzen (Diffusion weighted imaging – DWI) sind insbesondere zur Parenchymanalyse in der Verlaufsbeurteilung und bei forensischen Fragestellungen wichtig. Mittels diffusionswichtender Sequenzen können frühzeitig Ödemzonen im Hirnparenchym eindeutig detektiert werden. Eine Differenzierung zwischen vasogenem und zytotoxischem Ödem ist unter Einsatz der Diffusionskoeffizienten möglich (Abbildung 5a und 5b). Die

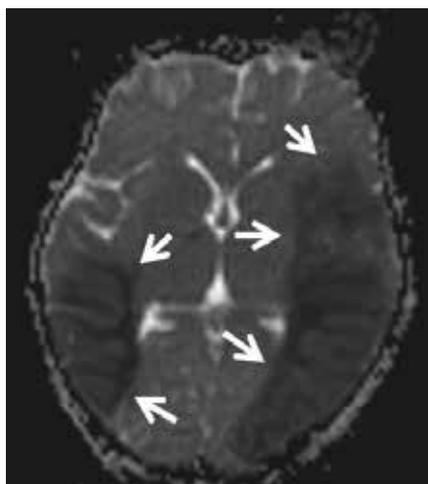


Abb. 5b: Magnetresonanztomografie – der ADC (apparent diffusion coefficient) weist hypointens (dunkel) das zytotoxische Hirnödem (Infarkte) beidseits im Medialstromgebiet nach (gleiches Kind wie in Abbildung 5a)

Bedeutung von zeitaufwendiger Diffusionstensor-Technik (Diffusion tensor imaging – DTI) und funktioneller MRT (Functional MRI – fMRI) für prognostische Aussagen ist noch nicht endgültig geklärt. Die Diffusionstensor-Technik gestattet über die Beurteilung der fraktionellen Anisotropie eine Beurteilung der Faserverbindungen. Eine grobe Zuordnung z.B. zur Balkenstrahlung oder zur

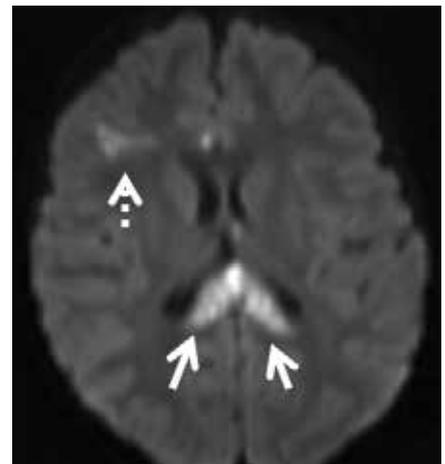


Abb. 6: Magnetresonanztomografie – 2 Jahre, männlich. DWI mit Nachweis von axonalen Schäden nach Rasanstrahma. Diffusionsstörung im Splenium des Corpus callosum (Scherverletzung, durchgezogener Pfeil) und frontal rechts (Kontusionsverletzung – Ödem, gestrichelter Pfeil)

Pyramidenbahn gelingt bereits mit der Standard-DWI (Abbildung 6). Suszeptibilitätsempfindliche Sequenzen können mit hoher Sensitivität Blutabbauprodukte wie das Hämosiderin nachweisen. Sie dienen somit der Detektion von klein(st)en Einblutungen, die beispielsweise der CT entgehen können.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Hans-Joachim Mentzel
Sektionsleitung Schwerpunkt Kinder-
radiologie,
DEGUM Stufe III (Pädiatrie)
Sektion Pädiatrische Radiologie
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Universitätsklinikum Jena
Am Klinikum 1
07747 Jena – D
Tel.: +49 3641 9328501

Red.: Huppertz

Fieberkrämpfe: Fakten für die Elternberatung

Einleitung // Im Folgenden werden die Definitionen des Fieberkrampf, Risikofaktoren, klinische Symptome, sinnvolle und überflüssige diagnostische Maßnahmen sowie therapeutische Konzepte dargestellt. Schließlich soll hinsichtlich der Prognose das Risiko für Fieberkrampfrezidive und das Auftreten einer Epilepsie eingeschätzt werden.



**Prof. Dr.
Andreas Merckenschlager**

Häufigkeiten und Definitionen

Fieberkrämpfe bilden die häufigste neurologische Störung bei Säuglingen und Kleinkindern und betreffen etwa 2-4 % der Kinder unter 5 Lebensjahren. Die Hauptmanifestation liegt bei Kindern zwischen 12-18 Monaten. Es handelt sich um epileptische Anfälle, die mit einer fieberhaften Erkrankung verbunden sind, eine Temperatur von über 38°C wird hier mehrheitlich gefordert (Neubauer, B.A., Hahn, A. 2012). Fieberkrämpfe sind nicht Ausdruck einer ZNS-Infektion oder einer metabolischen Erkrankung bzw. Entgleisung und sie treten ohne vorausgehende neonatale oder afebrile Anfälle auf.

Einfache Fieberkrämpfe sind generalisiert, sie zeigen eine Dauer von unter 15 Minuten, wobei die meisten Fieberkrämpfe innerhalb von 5 Minuten spontan enden. Ein drittes Kriterium einfacher Fieberkrämpfe ist das einmalige Auftreten in 24 Stunden.

Seltener sind komplizierte Fieberkrämpfe, diese sind fokal und/oder länger als 15 Minuten und/oder rezidivierend innerhalb von 24 Stunden: Ein Fieberkrampf

wird durch fokale Zeichen zu einem komplizierten Fieberkrampf, durch eine Dauer von 15 Minuten oder länger und/oder durch ein Fieberkrampfrezidiv innerhalb von 24h während der gleichen fieberhaften Erkrankung (Abb. 1). Überwiegend sind die generalisierten Fieberkrämpfe tonisch klonisch, z.T. sind sie tonisch, z.T. auch atonisch. Ein febriler Status epilepticus (FSE) ist definiert durch eine Dauer von mindestens 30 Minuten (Hesdorffer et al. 2016; Shinnar et al. 2008). Ein FSE zeigt häufig fokale Zeichen (Shinnar et al. 2008) und betrifft besonders jüngere Kinder (Hesdorffer et al. 2013).

80% der Fieberkrämpfe verlaufen als einfache Fieberkrämpfe, etwa 20% als komplizierte Fieberkrämpfe. Weniger als 10% sind prolongiert, weniger als 5% sind fokal, von diesen zeigen etwa 1% eine transiente Hemiparese i.S. der Todd'schen postiktalen Parese (Abb. 2).

Eine in den letzten Jahren beschriebene Entität, die in der Bedeutung und prognostischen Einschätzung große Ähnlichkeit zu Fieberkrämpfen hat, sind die benignen Konvulsionen bei milder Gastroenteritis. Dabei handelt es sich um Fieberkrämpfe oder auch afebrile Anfälle, die bei Säuglingen und Kleinkindern im Rahmen von unkomplizierten Gastroenteritiden auftreten, d.h. ohne Elektrolytverschiebungen oder ausgeprägte Dehydratation. Sie haben ei-

ne gute Langzeitprognose (Uemura et al. 2002). Sie treten bei ansonsten gesunden Kindern auf und meist folgen die Anfälle auf die gastrointestinale Symptomatik (Castellazzi et al. 2016).

Risikofaktoren für das Auftreten von Fieberkrämpfen

Die maximal erreichte Fieberhöhe ist als Risikofaktor bedeutsamer als die Geschwindigkeit des Fieberanstiegs. Meist treten Fieberkrämpfe bei Temperaturen über 39°C auf. Die Fieberkrämpfe finden sich dabei häufig in der Anstiegsphase zu hohen Fieberwerten und treten meist am ersten Erkrankungstag auf. Dieser Risikofaktor wird modifiziert durch die individuelle Anfallsschwelle, die wiederum niedriger ist bei jungen Kindern, bei Hyponatriämie und bei Eisenmangel mit niedrigem Ferritin.

Auch die Art der Infektion hat Bedeutung. So lässt sich HHV6 bei ca. 30% der Kinder mit erstem Fieberkrampf im Alter von unter 2 Jahren nachweisen. Bei HHV6-Infektionen treten hohe Fiebermaxima auf, wobei das mittlere Fiebermaximum bei HHV6-Infektionen mit 39,5 °C angegeben wird. Kinder mit dieser Art von Infektion haben ein höheres Risiko für einen komplizierten Fieberkrampf oder auch einen febrilen Status epilepticus (FSE).

Meist als einfache Fieberkrämpfe auftretend	Seltener als komplizierter FK: fokal, prolongiert, rezidivierend
<ul style="list-style-type: none"> • Generalisiert • < 15 Minuten <ul style="list-style-type: none"> • Die meisten FK enden innerhalb von 5 Minuten spontan • Nur 1x in 24 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokale Zeichen • Dauer: 15 min oder länger • Rezidiv innerhalb von 24h während gleicher Erkrankung

Abb. 1: Einteilung von Fieberkrämpfen

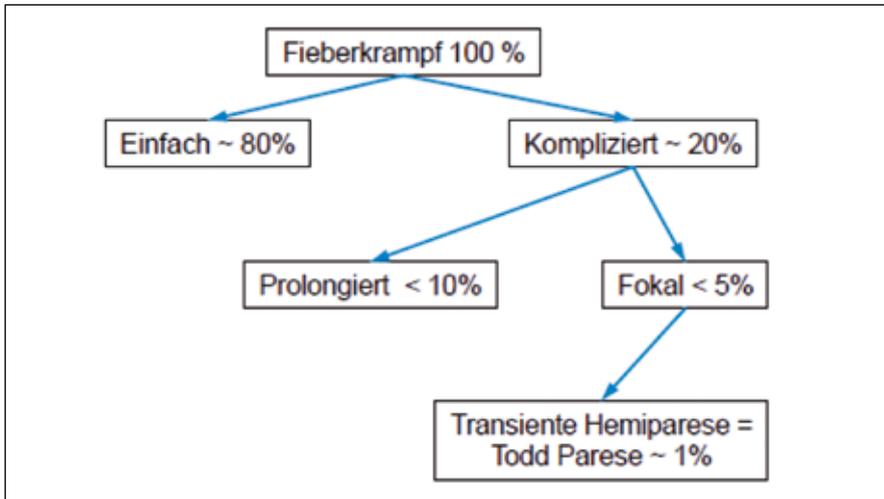


Abb. 2: Klinische Merkmale von Fieberkrämpfen

Eine weitere zu Fieberkrämpfen disponierende Infektion ist die Influenza-Infektion.

Auch Impfungen erhöhen das Risiko für das Auftreten von Fieberkrämpfen. So steigert die DTaP-IPV-HIB-Impfung am Tage der ersten und der zweiten Impfung, nicht aber der dritten Impfung, das Risiko für Fieberkrämpfe um bis zu dem 3-6-fachen (Sun et al. 2012). Hier gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die absolute Zahl betroffener Patienten gering ist und weniger als vier von 100 000 geimpften Kindern betroffen sind. Das Risiko für das Auftreten einer Epilepsie war jedoch nicht erhöht. Die DTaP -Impfung führt nicht zu einem erhöhten Risiko von Fieberkrämpfen (Huang et al. 2010).

Die MMR-Impfung steigert ebenfalls das Risiko für Fieberkrämpfe (Vestergaard et al. 2004). So treten an Tag 8 bis 14 nach der ersten Impfung zusätzlich 25-34 Fieberkrämpfe pro 100.000 geimpfter Kinder auf (Barlow et al. 2001b), wobei das Basisrisiko bei etwa 9-17 Fieberkrämpfen pro 100.000 Kinder liegt. Noch höher ist dieses Risiko bei der MMRV-Impfung (Klein et al. 2010). Eine frühere Impfung (12-15 Lebensmonate) hat ein geringeres Fieberkrampfrisiko als die spätere Impfung (16-23 Lebensmonate) (Rowhani-Rahbar et al. 2013) (Hambridge et al. 2014).

Das Auftreten des Risikos ist möglicherweise assoziiert mit Veränderungen an Genloci, die bedeutsam sein könnten für die Interferonstimulation und die Masernspezifische Immunantwort (Feenstra et al. 2014).

Die Erhöhung des Fieberkrampfrisikos nach Impfungen ist aber nicht assoziiert mit einem höheren Risiko nachfolgender

afebriler Anfälle oder entwicklungsneurologischer Auffälligkeiten (Vestergaard et al. 2004) (Barlow et al. 2001b) (Sun et al. 2012).

Der Einsatz prophylaktischer Antipyretika führt offenbar nicht zu einer signifikanten Reduktion der Rate von Fieberkrämpfen nach der Impfung (Rosenbloom et al. 2013). Andererseits könnten diese prophylaktischen Antipyretika möglicherweise die Immunantwort gegenüber bestimmten Impfstoffen reduzieren (Barlow et al. 2001a).

Ein wesentlicher Risikofaktor scheint auch die genetische Suszeptibilität zu sein. Die Familiarität von Fieberkrämpfen ist bekannt, etwa 10-20% der erstgradig Verwandten hatten ebenfalls Fieberkrämpfe. Hier werden bestimmte Genloci verantwortlich gemacht, etwas die FEB1 - FEB3 Genloci (Nakayama und Arinami 2006).

Besonders bedeutsam sind genetische Varianten der Natriumkanal-Gene, vor allem von SCN1a und SCN1b. SCN1a codiert dabei für die α -Untereinheit des span-

nungsabhängigen Natriumkanals vom Typ 1. Der Mutations-bedingte zunehmende Funktionsverlust des Natriumkanals könnte dabei mit zunehmend gravierenden klinischen Syndromen korrelieren. Wenn der Funktionsverlust mild ist, dann würden familiäre Fieberkrämpfe resultieren, wenn er intermediär ist, dann könnte das Syndrom der generalisierten Epilepsie mit Fieberkrämpfen plus (GEFS+) resultieren. Schwere trunkierende Mutationen führen zu dem Dravet-Syndrom (früher: schwere myoklonische Epilepsie des Kleinkindes) (Catterall et al. 2010).

Fieber-assoziierte Epilepsiesyndrome (vgl. Abb. 3)

Bei dem Generalisierte-Epilepsie-Fieberkrampf-Plus-Syndrom (GEFS+-Syndrom) handelt es sich um ein autosomal dominantes Epilepsiesyndrom mit großer phänotypischer Variabilität innerhalb derselben Familie. Charakteristisch sind Fieber-assoziierte Anfälle auch nach dem 6. Lebensjahr (Neubauer, B.A., Hahn, A. 2012), bzw. Fieber unabhängige, generalisierte tonisch klonische Anfälle.

Das Dravet-Syndrom manifestiert sich meist mit prolongierten Anfällen im 1. Lebensjahr, diese Anfälle treten zu Beginn häufig im Rahmen von Fieber auf und werden deshalb initial oft als Fieberkrämpfe klassifiziert. Die Frühentwicklung ist in der Regel normal, erst im 2. Lebensjahr findet man Zeichen der Entwicklungsregression. Auch das EEG ist anfangs noch normal.

Auch der Einfluss von Impfungen auf das Dravet-Syndrom wurde untersucht. Das impfungsassoziierte möglicherweise frühe Auftreten von Anfällen beim Dravet-Syndrom scheint den Verlauf des Dravet-

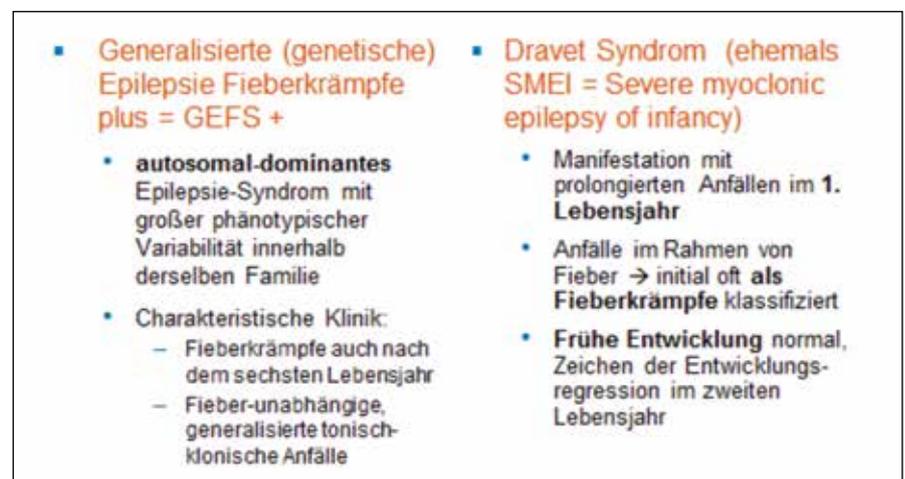


Abb.3: Differentialdiagnosen bei häufig rezidivierenden Fieberkrämpfen

Syndroms nicht negativ zu beeinflussen (Verbeek et al. 2015).

Insbesondere das Dravet-Syndrom ist zum Manifestationszeitpunkt schwer von Fieberkrämpfen zu unterscheiden und als Epilepsiesyndrom zu erkennen. Bei rezidivierenden Fieberkrämpfen sollte es genauso wie das GEFS+ eine Differentialdiagnose sein. Dann ist eine EEG-Diagnostik sinnvoll und sind Wiedervorstellungen zur Verlaufs- und Entwicklungsbeurteilung ratsam.

Empfehlungen zum EEG

Ein EEG bei einem neurologisch gesunden Kind nach einfachem Fieberkrampf ist nicht sinnvoll. Hierbei gilt es auch die Möglichkeit von Fehldiagnosen zu berücksichtigen, da transiente Verlangsamungen im EEG bis zu zehn Tage nach Fieberkrämpfen auch bei völlig gesunden Kindern möglich sind, die danach spontan verschwinden.

Andererseits können bei rezidivierenden Fieberkrämpfen EEG-Untersuchungen im Verlauf sinnvoll sein, insbesondere wenn die Fieberkrämpfe schon im ersten Lebensjahr auftreten oder eine positive Familienanamnese für Epilepsie besteht.

Eine Untersuchung mit 154 Patienten mit kompliziertem Fieberkrampf hat sich mit der Frage des prädiktiven Wertes des EEG auseinandergesetzt. Von diesen 154 Patienten haben 13 % eine Epilepsie innerhalb der folgenden 2 Jahre entwickelt. Bei 20 % dieser Patienten waren epilepsietypische Potentiale (ETP) im EEG nachweisbar, bei 13 % fehlten diese ETP im EEG. Daraus berechnete sich ein prädiktiver Wert von lediglich 15 % (Harini et al. 2015).

Wenn andererseits ein EEG innerhalb von 72 Stunden nach einem FSE abgeleitet und sich dabei Verlangsamungen oder Amplitudenminderung über den Temporalregionen zeigen, so sind diese stark assoziiert mit im cMRT erkennbaren hippocampalen Läsionen (Nordli et al. 2012).

Gemäß der American Academy of Pediatrics ist bei einfachen Fieberkrämpfen eine Labordiagnostik in der Regel nicht indiziert (Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure 2011), wobei ein Basislabor mit großem Blutbild, Blutzucker und Elektrolyten hilfreich ist. Allerdings könnte bei entsprechender Familienanamnese an genetische Diagnostik gedacht werden, insbesondere wenn die Fieberkrämpfe rezidivieren. Auch ist eine

zerebrale Bildgebung in aller Regel nicht indiziert. Auch bei fokalen Fieberkrämpfen ist das Risiko einer intrakraniellen Pathologie, die eine neurochirurgische oder spezifische internistische Intervention nötig macht, sehr niedrig und eine Bildgebung daher auch hier in der Regel nicht indiziert (Teng et al. 2006). Nach einem FSE ist das Risiko abnormer cMRT-Befunde in der Hippocampusregion erhöht (Shinnar et al. 2012). Die Autoren empfehlen hier eine cMRT-Bildgebung nur für den Fall späterer afebriler epileptischer Anfälle.

Therapie

In den ersten Anfallsminuten gilt Midazolam buccal gegeben als Medikament der 1. Wahl, Diazepam rektal gegeben als Medikament der 2. Wahl. Midazolam wird buccal in einer Dosis von 0,2 - 0,5 mg/kg bzw. als Fertigspritze in altersbezogener Dosierung verabreicht, es ist dabei ähnlich effektiv und zeigt vergleichbare respiratorische Effekte wie bei der intravenösen Gabe. Diazepam wird rektal in einer Dosis von ca. 0,5 mg/kg bzw. absolut 5 mg bei < 15 kg und 10 mg ab 15 kg Körpergewicht verabreicht, nach einmaliger Gabe ist nicht mit einer respiratorischen Suppression zu rechnen.

Zulassungs-konformer Einsatz und Preisvergleich von Benzodiazepinen als Notfallmedikamente bei epileptischen Anfällen:

Diazepam rektal Klistier (Diazepam rektal tube R) ist zugelassen für den Status epilepticus und für Fieberkrämpfe, bukkales Midazolam (Buccolam R) bei akuten Krampfanfällen. Buccolam soll gemäß Zulassung von Eltern oder Bezugspersonen nur dann gegeben werden, wenn eine Epilepsie diagnostiziert ist (ID Pharma Info 2019). Diese Vorbedingung liegt bei Fieberkrämpfen definitionsgemäß nicht vor, eine Verordnung zur ambulanten Gabe bei einem etwaigen Fieberkrampf-Rezidiv ist also eine off-label Verordnung. Eine Fertigspritze des bukkalen Midazolams ist etwa 6fach teurer als eines Diazepam Desitin rectal Tube R (ID Pharma Info 2019).

Beim Vergleich zwischen Midazolam buccal und Diazepam rektal zeigt Midazolam eine raschere Anfallsunterbrechung und macht seltener einen weiteres Antikonvulsivum zur Durchbrechung des Anfalls notwendig. Die Effekte auf

die Ventilation (Hypoventilation) sind vergleichbar (Brigo et al. 2015; Appleton et al. 2008).

Anfälle über 5 Minuten Dauer können gleich effektiv IV mit Lorazepam oder Diazepam behandelt werden (Level A) (Glauser et al. 2016). Im Kindesalter haben Lorazepam und Diazepam eine vergleichbare Wirksamkeit und eine ähnlich ausgeprägte respiratorische Suppression (Brigo et al. 2016). Auch bei dem Status epilepticus ist Lorazepam dem Diazepam nicht eindeutig überlegen (Chamberlain et al. 2014). Man sollte in der Notfallambulanz Pulsoximetrie, Sauerstoff, Maske und Absaugung bereithalten, eine manuelle Beutelbeatmung ist wie bei anderen epileptischen Anfällen eher zweitrangig.

Bei einer Anfallsdauer von über 15 Minuten ist die Wirksamkeit eines intravenös gegebenen Medikaments deutlich der eines rektal gegebenen Medikamentes überlegen. Diazepam rektal mit 0,5 mg/kg zeigt hierbei eine Wirksamkeit von lediglich 11%, während Diazepam i.v. gegeben eine Wirksamkeit von 58% aufweist. Bei fehlender Unterbrechung sollte die Weiterbehandlung unter intensivmedizinischer Überwachung erfolgen.

Sollte eine stationäre Aufnahme nach erstem Fieberkrampf bei gutem Allgemeinzustand erfolgen?

Generell ist dabei zu bedenken, dass Eltern häufig massiv verunsichert und verängstigt sind durch den Fieberkrampf und eine stationäre Aufnahme wünschen. Evidenz-bezogen lässt sich diese Frage am besten über die Wahrscheinlichkeit von Frührezidiven beantworten. Frührezidive treten innerhalb der ersten 6 Stunden mit einer Wahrscheinlichkeit von 9 %, innerhalb der ersten 12 Stunden von 13 % und innerhalb der ersten 24 Stunden von 16 % auf. Das Risiko ist noch weiter erhöht, wenn diese Anfälle fokal oder prolongiert verlaufen. Demzufolge ist das Risiko für prolongierte Fieberkrampfrezidive in den ersten 24 Stunden nennenswert erhöht. Die stationäre Aufnahme leistet den sicheren klinischen Ausschluss von ZNS-Infektionen – daher bei ersten Fieberkrämpfen und jungen Kindern besonders sinnvoll – und sollte bei kompliziertem Fieberkrampf wegen des hohen Rezidivrisikos empfohlen werden. Die Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendarzt ist zu empfehlen.

Ausschluss einer ZNS-Infektion

Zum Ausschluss einer ZNS-Infektion dient einerseits die klinische Beobachtung, andererseits auch die Bestimmung von großem Blutbild, CRP, ggf. Blutgase und Elektrolyten. Es gilt die Regel: „Ein erfahrener Kliniker erkennt eine Meningitis praktisch immer“, beim Säugling ist dies aber auch bei viel Erfahrung schwierig. Deshalb sollte bei Säuglingen eine Lumbalpunktion (LP) dringend erwogen werden, wenn die empfohlenen Schutzimpfungen nicht erfolgt sind oder eine antibiotische Vorbehandlung erfolgte (mögliche Maskierung meningitischer Zeichen) (Kimia et al. 2015a). Ein epileptischer Anfall ist selten das einzige Symptom einer Meningitis, in der Regel sind assoziierte Symptome vorhanden wie eine anhaltende Bewusstseinsstörung, Petchien oder Nackensteife. Dies wird bestätigt durch Daten von Untersuchungen, die zeigen, dass bei dem Fieberkrampf als alleinige Indikation zur Lumbalpunktion die Wahrscheinlichkeit für den Nachweis einer bakteriellen Meningitis < 0,5 % beträgt.

Ein besonders wichtiges Warnzeichen für das Vorliegen einer ZNS-Infektion ist die langsame Erholung nach dem Fieberkrampf (King et al. 2012). Unkomplizierte Fieberkrämpfe führen in der Regel zu einem Erwachen nach 5 bis 10 Minuten. Ein verzögertes Erwachen bis zur vollständigen Bewusstheit nach einem epileptischen Anfall ist abhängig von der Ätiologie (King et al. 2012).

Andererseits ist ein FSE ein wichtiges Warnzeichen für das Vorliegen einer ZNS-Infektion. Bei einem FSE mit einer Dauer über 30 Minuten gilt deshalb von vielen Experten die Liquorpunktion als obligat, da in dieser klinischen Konstellation bei bis zu 10% der Fälle eine akute bakterielle Meningitis vorliegen kann (Borggräfe et al. 2013). Bei einem FES ist die Symptomatik meist konvulsiv, 2/3 dieser febrilen Sten zeigen darüber hinaus fokale Zeichen. Im Ablauf findet man ebenso häufig kontinuierliche Anfallsabläufe wie intermittierend kommend und gehend verlaufende Anfälle (fluktuierende Anfälle). Ca. 4/5 der febrilen Status epileptici treten bei dem ersten Fieberkrampf auf, ca. 1/3 sind assoziiert mit einer HHV6-Infektion. Das Risiko einer akuten bakteriellen Meningitis liegt hierbei zwischen 1 und 11 %.

Dabei zeigt die klinische Erfahrung, dass das Fortbestehen des epileptischen Anfalls häufig übersehen wird, da die Au-

gen geöffnet sind, diese jedoch häufig zu einer Seite deviiert sind (Bulbusdeviation). Deshalb lässt sich gemäß den Leitlinien epileptische Anfälle beim Erwachsenen die Empfehlung betonen, nach den Bulbi zu sehen. Sind die Augen offen und die Bulbi starr geradeaus oder zur Seite gerichtet, dann ist der Anfall noch nicht beendet.

Eine Lumbalpunktion nach einem Fieberkrampf sollte also auf jeden Fall bei meningitischen Zeichen durchgeführt werden. Sie sollte im ersten Lebensjahr, bei einer prolongierten Bewusstseinsstörung oder einem FSE dringend erwogen werden.

Bildgebung

Eine zerebrale Bildgebung nach dem 1. Fieberkrampf sollte nicht routinemäßig durchgeführt werden. Eine Bildgebung ist nach prolongiertem Fieberkrampf dann zu erwägen, wenn in der Folge afebrile Krampfanfälle auftreten. Es gibt hierbei deutliche Hinweise, dass prolongierte Fieberkrämpfe zu der Entwicklung einer Hippocampussklerose führen können (Lewis et al. 2014), in deren Folge sich eine Epilepsie entwickeln kann (Merkenschlager et al. 2009).

Rezidivrisiko nach erstem Fieberkrampf

Etwa 30-35 % der Kinder entwickeln mindestens einen weiteren Fieberkrampf nach einem ersten Fieberkrampf (Offringa et al. 2017). Dabei haben etwa 17% ein Rezidiv, 9% zwei Rezidive und 6% drei oder mehr Rezidive. ¾ dieser Rezidive treten im folgenden Jahr nach dem ersten Fieberkrampf auf.

Risikofaktoren für weitere Fieberkrämpfe sind:

Junges Alter bei erstem Fieberkrampf (< 12 Monate), Fieberkrämpfe bei erstgradig Verwandten, eine niedrige Temperatur zum Zeitpunkt des Fieberkrampfes und eine kurze Fieberphase vor dem ersten Fieberkrampf (Wilmshurst et al. 2015). Wenn mehrere Risikofaktoren zusammentreffen, so kann ein über 70 %igen Wiederholungsrisiko angenommen werden.

Epilepsierisiko nach Fieberkrampf

Ein einfacher Fieberkrampf hat lediglich ein etwa 1-2%iges Risiko, dass in der Folge eine Epilepsie auftritt. Dieses Risiko ist je-

doch bis zu 5-10 % erhöht, wenn ein komplizierter Fieberkrampf vorliegt oder eine abnorme neurologische Entwicklung besteht oder auch bei einer positiven Familienanamnese für eine Epilepsie (Kimia et al. 2015b; Neligan et al. 2012) (Berg und Shinnar 1996; Pavlidou und Panteliadis 2013).

Zusammenfassende Empfehlungen

Akute Interventionen bei einem ersten einfachen Fieberkrampf verändern nicht das Risiko für die Entwicklung einer Epilepsie. Eine antipyretische Intervention verändert nicht das Wiederholungsrisiko von – spontan oder nach Impfungen auftretenden – Fieberkrämpfen. Eine präventive antikonvulsive Therapie für einfache Fieberkrämpfe ist nicht indiziert. Fieberkrämpfe mit einer Dauer von 3-5 Minuten oder länger sollten wegen der Gefahr des Status epilepticus unbedingt akut antikonvulsiv behandelt werden.

Darüber hinaus ist bekannt, dass die potentielle Toxizität von intermittierenden Benzodiazepam überwiegend den Nutzen übersteigt (Offringa et al. 2017). Lediglich bei prolongiertem Fieberkrampf in der Vorgeschichte könnte das intermittierende Diazepam erwogen werden, da diese Kinder bei einem Rezidiv zu einem erneut prolongierten Verlauf neigen (Camfield und Camfield 2014). Aus Sicht der Autoren sollte bei prolongierten Fieberkrämpfen in der Vorgeschichte bei Fieberkrampfrezidiv eine rasche Intervention empfohlen werden, insbesondere bei fokalem Anfallsbeginn.

Bei Fieberkrampfrezidiven sollte an das Dravet-Syndrom oder GRFS+ gedacht werden, dann sollte die Behandlung gemäß epileptologischer Richtlinien durchgeführt werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Andreas Merkschlager
Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und
Poliklinik für Kinder und Jugendliche,
Abt. Neuropädiatrie

Interessenkonflikt:

Vortragshonorar Fa. Desitin, wissenschaftlicher Beirat Zeitschrift Kinder- und Jugendmedizin und Klinische Pädiatrie

Red.: Huppertz

Anamnese

Ein 2 6/12 Jahre alter Junge wird mit seit etwa einem Jahr bestehenden flächigen Erythemen, Erosionen und zunehmenden multiplen hochroten, teils nässenden Knoten im Windelbereich vorgestellt. Der kleine Patient wurde in der 39. SSW mit einem Geburtsgewicht von 2800 g spontan geboren. Bei Morbus Hirschsprung erfolgte 2017 eine chirurgische Intervention mit offener Durchzugsoperation mit Rektosigmoid-Resektion unter Sphinktererhaltung mit Anastomose nach Swenson. Berichtet wird über überwiegend wässrige Stühle (3-5 x tgl.). Er erhalte altersgerechte Kost. Multiple topische Vortherapien seien jeweils monatelang ohne wesentliche Besserung bzw. eher mit einer Verschlechterung der Beschwerden durchgeführt worden, darunter antimykotische Lokalthérapien mit Miconazol, Nystatin und Clotrimazol, Lokaltherapeutika mit Gerbstoffen und Zinkoxid sowie topischen Glukocorticosteroiden (TCS) wie u.a. einem mittelstarken (Klasse II) Präparat Flupredniden 21-acetat.



Abb. 1: hochrote bis livide, teils erosive Knoten in beetartiger Aussaat im Windelbereich

Untersuchungsbefund

2 6/12 jähriger Junge in gutem Allgemein- und reduziertem Ernährungszustand. Perianal, im Bereich der Rima ani

und gluteal finden sich hochrote beetartige, teils livide, konfluierende Knoten.

Nebenfundlich: unteres Abdomen links – blande Narbe nach o.g. OP

Welche Diagnose wird gestellt?

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.



Diagnose

Pseudoverruköse Windeldermatitis

Das Manifestationsalter der Windeldermatitis liegt meist im ersten Lebensjahr (insbesondere während des 9.-12. Lebensmonates). Sie wird jedoch auch bei Inkontinenz und Pflegebedürftigkeit nicht nur im Kindesalter, sondern auch im höheren Erwachsenenalter beobachtet.

Die irritativ-toxische Wirkung der Stuhlenzyme (Trypsin, Lipasen, Ureasen), gepaart mit mechanischen Faktoren wie Okklusion und Reibung durch das Tragen der Windel, führen zu einer verstärkten Belastung der Haut im Windelbereich. Die gesteigerte Permeabilität der Haut durch die okklusive Wirkung der Windel, welche eine Hyperhydratation des Stratum corneums bedingt, führt dazu, dass Irritanzen wie Waschdetergenzien, Bakterien (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*) und Pilze (*Candida albicans*) leichter eindringen können. Vollgestillte Kinder leiden seltener an einer Windeldermatitis, da der Stuhl-pH-Wert niedriger ist.

Bei der pseudoverrukösen Windeldermatitis (englische Bezeichnung: „pseudoverrucous papules and nodules“, PPN) handelt es sich um eine Sonderform der Windeldermatitis. Sie präsentiert sich klinisch mit multiplen, initial rötlichen, später oftmals weiß-grauen, warzenähnlichen Papeln und Knoten auf erythematösem Grund im Genitalbereich. Ursächlich hierfür ist eine chronische Irritation. Ursprünglich findet man die Beschreibung dieser irritativen Hautveränderungen im Zusammenhang mit der Anlage von Urostomata. Die warzenähnlichen Knoten und Papeln treten aber auch in der Umgebung von Kolostomata und im Windelbereich auf. In der Literatur sind Kasuistiken zu finden über das Auftreten von PPN bei Patienten mit Enuresis, Enkopresis oder nach chirurgischen Maßnahmen bei Morbus Hirschsprung (1), Spina bifida (2) oder bei angeborenen anorektalen Fehlbildungen (3).

Wie auch das Granuloma gluteale infantum kann die pseudoverruköse Windeldermatitis einer langen topischen Anwendung von Glukokortikosteroiden unter okklusiven Bedingungen geschuldet sein.

Beim Granuloma gluteale infantum treten, zum Teil den Hautspaltlinien folgend, rundlich – ovale, prall-elastische, teils erodierte Knoten auf.

Bei Kindern mit chronischer Diarrhoe oder Inkontinenz liegen manchmal auch sogenannte Jaquet-Ulzera – eine schwere Form der Windeldermatitis mit ausgestanzt wirkenden Ulzerationen – vor.

Die milder verlaufende, häufiger vorkommende Windeldermatitis ist gekennzeichnet durch diffuse Rötungen, Papeln, teils Erosionen und Schuppung im Windelbereich mit Aussparung – zu mindestens initial – der großen Falten, da diese Hautpartien weniger mit dem Windelinhalt in Berührung kommen. Die Windeldermatitis manifestiert sich daher insbesondere an den konvexen Stellen (Innenseite der Oberschenkel, am Abdomen, gluteal, Anogenitalregion). Es imponiert eine W-Figur.

Sekundär kann es zu einer *Candida albicans*-Infektion kommen mit Satellitenpapeln bzw. – Pusteln, insbesondere im Randbereich. Sekundärinfektionen können im Windelbereich auch zu einer *Impetigo contagiosa* (*S. aureus*, *S. pyogenes*) oder einer *Herpes simplex* – Infektion führen. Diese kann sich in Form von vesikulären, papulösen oder pustulösen Veränderungen manifestieren. Eine solche Infektion kann einen Hinweis auf einen Kindesmissbrauch darstellen.

Leichte bis mittelschwere Windeldermatitiden heilen i. d. R. nach 2-3 Tagen konventioneller Therapie aus. Länger anhaltende Krankheitsverläufe weisen möglicherweise auf eine Sekundärinfektion mit *Candida albicans* hin oder auf o. g. Sonderformen.

Diagnostik

Die Diagnose einer Windeldermatitis ist in der Regel eine Blickdiagnose. Gegebenenfalls können Abstriche für die mykologische und bakteriologische Diagnostik angefertigt werden bzw. eine Stuhlkultur bei Verdacht auf *Candida albicans*. Ebenfalls kann es sinnvoll sein, eine PCR auf HSV durchzuführen. Eine Probenbiopsie sollte bei Therapieresistenz erwogen werden, insbesondere zum Ausschluss wichtiger Differenzialdiagnosen (s. unten).

Differenzialdiagnosen

Zur Abgrenzung gegenüber anderen möglichen Differenzialdiagnosen kommt

der vollständigen Inspektion der Haut am gesamten Integument ein wichtiger Stellenwert zu, ebenso der Familienanamnese. Die Windeldermatitis kann an eine atopische Dermatitis, ein seborrhoisches Ekzem oder eine Psoriasis inversa erinnern. Wenn auch selten, sollte zusätzlich an eine allergische Kontaktdermatitis gedacht werden. Das Granuloma gluteale infantum erinnert im klinischen Bild zwar an eine granulomatöse Erkrankung, in der histopathologischen Begutachtung finden sich jedoch ein gemischt entzündliches Infiltrat mit neutrophilen und eosinophilen Granulozyten sowie Plasma- und Riesenzellen.

In die differenzialdiagnostischen Betrachtungen müssen auch Erkrankungen metabolischer Genese wie die Zinkmangeldermatitis oder die Acrodermatitis enteropathica sowie infektiöser Genese wie die perianale Streptokokkendermatitis mit eingeschlossen werden. Des Weiteren kommt differenzialdiagnostisch eine Langerhanszell-Histiozytose oder bei entsprechender Allgemeinsymptomatik ein Kawasaki-Syndrom in Betracht.

Bei der pseudoverrukösen Form muss differenzialdiagnostisch an ein Pseudolymphom, Mastozytom oder Lymphom gedacht werden. Auch anogenitale Warzen, *Mollusca contagiosa* oder auch die *Syphilis connata* sind ggf. zu berücksichtigen.

Therapie

Die allgemeinen Therapiemaßnahmen folgen dem Akronym ABCDE:

„**Air**“: Das häufige Windelwechseln und Trocknen lassen durch passagere Windelfreiheit wird empfohlen.

„**Barrier**“: Regelmäßige Pflege mit z. B. weicher Zinkpaste und Vermeidung von mechanischer Irritation z. B. durch Reiben mit dem Waschlappen;

„**Cleansing**“: Abwaschen mit Wasser oder Syndets bzw. mit einer mizellaren Reinigungslotion; Verwendung von Babytüchern ohne Zusatz von Irritantien wie Alkohol und Seifen; adstringierende Sitzbäder z. B. mit Gerbstoffen aus der Eichenrinde sowie das Auftragen wässriger Eosinlösung (NRF 11.95) mehrmals tgl. im Bereich der Erosionen;

„**Diapers**“: Moderne Einmalwindeln mit hoher Saugfähigkeit, keine Anwendung von Stoffwindeln oder zusätzlich okklusiv wirkenden Plastehöschchen;

„Education“: Aufklärung der Eltern.

Topische Kortikosteroide sollten im Windelbereich prinzipiell gar nicht, und wenn, dann nur nach strengster Indikationsstellung bei persistenten, ekzematösen Windeldermatitisformen kurzfristig für 3 Tage eingesetzt werden. Geeignet hierfür wären Prednicarbatrezepturen (NRF 11.144; je nach Alter des Kindes: 1. Halbjahr 0.08%, 2. Halbjahr 0.15%, danach 0.25%). Bei der hier vorliegenden Form wie auch beim Granuloma inguinale sind sie kontraindiziert.

Im Off-Label-Use kann die Anwendung von topischen Calcineurininhibitoren speziell Tacrolimus-Salbe (0.03%) eine individuelle Therapieoption darstellen.

Prognose

Windeldermatitiden neigen zu einem chronischen Verlauf. Bei richtiger Pflege ist die Prognose jedoch günstig. Individuelle Faktoren wie eine atopische Disposition oder eine frühkindliche Psoriasis können jedoch den klinischen Verlauf beeinflussen. Im Falle der pseudoverrucoformen Windeldermatitis bzw. des Granuloma gluteale infantum sind das Meiden von TCS und die Beseitigung des irritierenden Faktors essentiell. Eine Abheilung ist unter Beachtung der allgemeinen Therapiemaßnahmen nach Wochen die Regel. Wichtig für den Therapieerfolg ist hier die ausführliche Aufklärung der betroffenen Eltern.

Literaturangaben

1. Garrido-Ruiz MC, Rosales B, Rodriguez-Peralto L. Vulvar pseudoverrucous papules and nodules secondary to a urethral-vaginal fistula. *AM J Dermatopathol* 2011; 33: 410-2.
2. Dandale A, Dhurat R, Ghatge S. Perianal pseudoverrucous papules and nodules. *Indian J Sex Transm Dis* 2013; 34: 44.
3. Dixit S, Scurry JP, Fischer G. A vesicular variant of pseudoverrucous papules and nodules in the genital area of an incontinent 4-year-old. *Australas J Dermatol* 2013; 54: 92-4.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Anna Mücke

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

*Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientronstraße 130, 22149 Hamburg*

Red.: Höger

Nahrungsmittelinduziertes Enterocolitis-Syndrom FPIES nach Genuss von Hirse, Mandel und Hafer

Frage

Ein sieben Monate altes Mädchen hat im Rahmen der Beikosteinführung einige Male wenig Hirse (z. T. mit Mandelmus) erhalten, beim letzten Mal dann kurz darauf erbrochen. Danach wurde Hirse nicht mehr verwendet. Einige Tage später erhielt sie einige Löffel Haferbrei mit Mandelmus, 1–2 Stunden später kam es zu ausgeprägtem rezidivierendem Erbrechen mit Vigilanzminderung und Blässe, Transport mit RTW in die Klinik, dort erholt. Leukozytose 26.000/µl, 65 % Neutrophile. Im Anschluss komplette Meidung auch von Hafer und Mandelmus. In der Praxis Prick-Test und perioraler Reibetest mit einer Mischung aus Hafer, Hirse und Mandelmus negativ, daraufhin orale Provokation fraktioniert mit 1 ml, 5 ml und 10 ml der Mischung im Abstand von 30 Minuten. 15 Minuten nach der letzten Gabe rezidivierendes Erbrechen, im Verlauf auch Lethargie und Blässe, kurzzeitig Palmarerythem, sonst keine Hautreaktion, keine Kreislaufreaktion, keine Diarrhoe. Gabe von Cetirizin p. o. und Prednison rektal zeitnah bei Beginn der Reaktion, Dauer dennoch > 1,5 h, Anschlussüberwachung im Krankenhaus unauffällig, leichte Acetonurie, keine weitere Labordiagnostik. Einige Tage später CAP-Testung negativ für alle relevanten Allergene (Hirse, Hafer, Mandel wie auch weitere gängige Nahrungsmittelallergene). Erneuter Prick-Test auf Mandel und Histamin positiv (2 mm Quaddeln), auf Hirse und Hafer negativ.

- Ist ein Nahrungsprotein-induziertes Enterocolitis-Syndrom (FPIES) als Ursache denkbar?
- Welche weitere Diagnostik schlagen Sie vor? Zu welchem Zeitpunkt?
- Wie sollte die weitere Beikosteinführung geschehen? Können andere Getrei-

desorten und auch Kuhmilch (bislang gestillt) gefahrlos eingeführt werden?

- Welche Notfallmedikation ist zu empfehlen?

Antwort

Es ist die Diagnose einer FPIES zu stellen, mit dem Majorokriterium: Wiederholtes Erbrechen 1–4 Stunden nach der Ingestion ohne typische Symptome einer IgE-vermittelten Allergie und 3 oder mehr der Nebenkriterien: wiederholtes Erbrechen nach Aufnahme desselben Nahrungsmittels, wiederholtes Erbrechen nach Aufnahme eines anderen Nahrungsmittels, Lethargie, Blässe und der Notwendigkeit der Überwachung in einem Krankenhaus. Weitere Nebenkriterien wären: Hypotension, Hypothermie, Notwendigkeit der intravenösen Flüssigkeitssubstitution und Durchfall innerhalb von 24 Stunden.

Diese Kriterien wurden unlängst in einer sehr guten und umfangreichen Leitlinie zu diesem Krankheitsbild veröffentlicht (1).

Diagnostische Parameter außerhalb der Anamnese existieren nicht. Ein kleiner Teil der Patienten mit FPIES entwickeln im Verlauf ein spezifisches IgE gegen das auslösende Allergen, aber dies ist lediglich ein prognostischer Wert, da diese Patienten erst später tolerant werden.

Somit besteht keine Veranlassung, weitere Diagnostik zu planen. Mit größerem Abstand kann eine Provokation erfolgen, um eine Toleranzentwicklung zu überprüfen.

Auffällig ist bei der FPIES, dass ganz und gar untypische Allergene die klassischen Auslöser sind: häufig sind Hafer und Reis, Süßkartoffel und grüne Erbse, Banane, Fisch und Geflügelfleisch, aber

auch klassische Allergene wie Milch und Soja (besonders bei kleinen Säuglingen) und Hühnerei. Hirse und Mandel, wie in diesem Fall, sind selten als Auslöser beschrieben, was aber nicht heißt, dass sie nicht infrage kommen.

Die meisten Kinder reagieren nur auf einzelne Lebensmittel, aber es kommen Fälle vor, bei denen mehrere Nahrungsmittel der Auslöser sind. Die Mutter sollte andere Nahrungsmittel nach und nach in die Beikost einführen und die eben genannten häufigen Auslöser erst spät hinzunehmen. Dazu muss aber gesagt sein, dass es aus Deutschland noch wenige Daten gibt und daher nicht klar ist, ob diese Liste auch hier gilt.

Da der Krankheitsmechanismus nicht dem einer IgE-vermittelten Reaktion entspricht, sind Antihistaminika für die Therapie wirkungslos. Interessanterweise hat der Wirkstoff Ondansetron, ein Antiemetikum, eine sehr gute und effektive Wirkung in einer akuten Episode. Leider hat er keine Zulassung für diese seltene Indikation und es gibt ein sehr geringes Risiko einer QT-Zeit-Verlängerung, so dass es sinnvoll ist, vor einer möglichen Gabe, z. B. vor einer geplanten Provokation, ein EKG zu schreiben, um eine angeborene QT-Verlängerung auszuschließen. Weitere therapeutische Maßnahme in der Notfallsituation sind die hochdosierte Gabe von intravenösem Volumen und Steroide.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Lars Lange
GFO Kliniken Bonn
Kinderpneumologisch-Allergologische
Ambulanz, St. Marien-Hospital
Robert-Koch-Str. 1, 53115 Bonn

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*

Effektivität einer Primärbehandlung mit Immunglobulinen und Cyclosporin in der Prävention von Koronararterienaneurysmata beim Kawasaki Syndrom bei Patienten mit erhöhtem Risiko für ein vorhergesagtes Nichtansprechen auf Immunglobuline (KAICA): eine randomisierte kontrollierte, open-label, für den Endpunkt verblindete Phase 3 Studie.

Efficacy of primary treatment with immunoglobulin plus ciclosporin for prevention of coronary artery abnormalities in patients with Kawasaki disease predicted to be at increased risk of non-response to

intravenous immunoglobulin (KAICA): a randomised controlled, open-label, blinded-endpoints, phase 3 trial.
Hamada H, Suzuki H, Onouchi Y, Ebata R, Terai M, Fuse S, et al. Lancet. 2019;393(10176):1128-37. Epub 2019/03/12.

Trotz adäquater Therapie mit intravenösen Immunglobulinen (IVIG) zur Verhinderung von koronararteriellen Aneurysmen (KAA) kommt es bei bis zu 20 % der Patienten mit Kawasaki Syndrom (KS) zu fortbestehendem Fieber.

Die vorliegende Studie untersuchte den additiven Effekt einer Cyclosporin A (CSA) Therapie. Hierzu wurden 175 Hochrisikopatienten randomisiert den beiden Therapiegruppen zugeführt (IVIG allein vs IVIG plus CSA) und im Verlauf eine Echokardiografie zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Ein hohes Risiko wurde nach den Kobayashi-Kriterien vorhergesagt. Hochrisikopatienten zeigten zur Woche 2 eine niedrigere KAA Inzidenz in der CSA Gruppe: 12 [14%] von 86 Patienten vs 27 [31%] von 87 Patienten (Risk ratio 0.46; 95% CI 0.25-0.86; p=0.010). Daraufhin wurde konkludiert, dass eine Primärtherapie mit CSA und IVIG effektiv sei im Hinblick auf eine Primärprävention von KAA bei Hochrisikopatienten.

Die Studie ist auf den ersten Blick interessant, weil sie das Spektrum der Therapieoptionen für KD Patienten erweitern könnte. CSA wurde von den Autoren gewählt, weil sie eine Beteiligung des Calcium Nuklear Faktors in aktivierten T-Zellen gefunden hatten. Die Dosis von 5 mg/kg/Tag für 5 Tage ist möglicherweise zu kurz für eine langfristige Wirkung auf die Arteritis. Auf den zweiten Blick erscheint sie mir allerdings nicht empfehlenswert, da eine signifikant reduzierte KAA Inzidenz nur zur Woche 2, nicht jedoch zur Woche 4 und 12 nachweisbar war. Zudem zeigte sich -unerklärlicherweise- kein Effekt im Hinblick auf einen erweiterten z-score von 2,5; erst bei einem z-score von >3 war eine Differenz beider Gruppen zu sehen. Zum dritten war das Rezidivrisiko in der CSA Gruppe höher.

Aus diesen Gründen ist aktuell m.E. eine Kombinationstherapie mit IVIG und Steroiden einer Therapie mit IVIG und CSA bei Hochrisikopatienten vorzuziehen.

Korrespondenzadresse:
Toni Hospach, Stuttgart

Buchtipp

**„Impfratgeber,
Impfempfehlungen für Kinder,
Jugendliche und Erwachsene“**

10. Auflage, 2019, erschienen im
UniMed Verlag Bremen

Autor: Prof. Dr. Ulrich Heininger,
Basel

ISBN: 978-3-8374-1570-4



Der Impfratgeber kommt bereits in der 10. Auflage innerhalb von 21 Jahren heraus. Dies alleine spricht für ein abgeklärtes Werk mit guter Präsentation der Daten. Trotzdem zeigt auch die aktuelle Auflage von 2019 wieder eine Fülle von Neuerungen in dem sich rasch wandelnden Gebiet der Vakzinologie. Nach den allgemeinen Grundlagen werden

die allgemein empfohlenen Impfungen einzeln dargestellt und danach die Indikations- und Reiseimpfungen individuell bearbeitet. Dadurch kann man das Buch sowohl lesen als auch zum Nachschlagen benutzen. Viele Teile sind ungemein praktisch, so dass man nicht nur die Theorie, sondern auch die Durchführung anhand des Buches begleitend zur Patientenversorgung gut erlernen kann. Eine Reihe von Problemstellungen werden zudem durch häufig gestellte Fragen akzentuiert und kompetent beantwortet. Tabellen, Schemata und Impfpläne in verschiedenen Situationen ergänzen die einzelnen Kapitel und beschleunigen das Verständnis oder das Finden der benötigten Information. Alle neuen Entwicklungen sind bereits enthalten, einschließlich der neuen Empfehlungen der STIKO zur Prävention des Herpes zoster und der Ausweitung der FSME-Endemiegebiete in Deutschland. Zudem wird die Situation auch für Österreich und die Schweiz dargestellt, was für die dort arbeitenden Ärzte wichtig ist, die deutschen Kollegen zum Nachdenken über andere Strukturen anregen kann.

Für den impfenden Arzt ein hervorragender täglicher Ratgeber und Nachschlagewerk, für den Impf-Neuling ein knapper aber essentieller Einstieg in ein außerordentlich wichtiges Gebiet der Pädiatrie.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz

Prof.-Hess-Kinderklinik

St. Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Schönheitsoperationen bei Minderjährigen vom 21.10.2019

Reinhardt: „Werbeverbot reicht nicht – Schönheitsoperationen bei Minderjährigen ganz verbieten“

Zum geplanten Werbeverbot für Schönheitsoperationen bei Jugendlichen erklärt Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt:

„Ohne medizinischen Grund gehören Jugendliche nicht unters Messer. Das geplante Werbeverbot für Schönheitsoperationen ist deshalb richtig. Noch besser wäre es, solche Eingriffe bei Minderjährigen ganz zu verbieten. Wir müssen den Hype um den Schönheitskult in den Medien

und in den Sozialen Netzwerken beenden und stattdessen das Selbstwertgefühl der jungen Menschen stärken. Eltern sollten mit ihren Kindern über Selbst- und Fremdwahrnehmung sprechen. Schulen können durch Aufklärung dazu beitragen, dass Heranwachsende nicht unrealistischen Schönheitsidealen nacheifern. Und an Ärztinnen und Ärzten ist es, auf solche völlig unnötigen Eingriffe bei Minderjährigen zu verzichten. Die meisten se-

riösen Fachärzte für ästhetische und plastische Chirurgie lehnen solche Operationen ohnehin ab.

Schönheitsoperationen sind nicht nur mit körperlichen Risiken verbunden, sie können auch seelisch belastend sein. Wir stehen alle in der Verantwortung, Jugendliche davor zu schützen.“

Zu diesem Thema hat der BVKJ bereits am 16.04.2012 die nachfolgende PM herausgegeben:

Kinder- und Jugendärzte fordern: Missbräuche im Bereich der Schönheitsoperationen gezielt verhindern – Verbraucher umfassend schützen

Der BVKJ unterstützt nachdrücklich das Recht von Kindern und Jugendlichen vor medizinisch nicht indizierten kosmetischen Eingriffen am oder im Körper.

Wie der Präsident des BVKJ, Dr. Wolfram Hartmann heute in Köln ausgeführt hat, sehen die Kinder- und Jugendärzte nur dann bei Kindern und Jugendlichen eine Indikation zu einem kosmetisch-chirurgischen Eingriff, wenn eine angeborene Fehlbildung (z.B. Spaltbildungen des Gesichtsschädels, Kieferanomalien mit Funktionseinschränkung, massive Makroglossie mit Funktionsstörung, Syndaktylie, überzählige Finger oder Zehen, Fehlbildungen der Ohrmuschel, Fehlbildungen der Extremitäten, röhrenförmige Mamma bei Mädchen, auffällige akzessorische Brustdrüsen, ausgeprägte Trichterbrust, ausgeprägte Gynäkomastie bei Jungen, bisexuelle Genitale u.a.) oder eine Verletzungs- oder Krankheitsfolge (z.B. Tumoren) mit entstellenden Folgen vorliegt.

„In diesen Fällen ist ein kosmetisch-chirurgischer (Wiederherstellungschirurgie, plastische Chirurgie) Eingriff medizinisch indiziert und für die Patienten auch

aus Gründen der Wiederherstellung einer normalen Funktion, des Selbstwertgefühls und der Akzeptanz in der Gesellschaft unverzichtbar. Grundsätzlich sollten solche Eingriffe in kinderchirurgischen Abteilungen vorgenommen werden. Ist dies nicht möglich, sollte vor jedem derartigen operativen Eingriff bei Kindern und Jugendlichen ein Konsil mit einem versierten Kinderchirurgen stattfinden“, so Hartmann. „In einigen Fällen sei es auch sinnvoll, vor solchen Eingriffen ein kinderpsychologisches Konsil obligat vorzuschalten“.

Schönheitschirurgische Eingriffe zur Erfüllung des Strebens nach einem bestimmten Schönheitsideal lehnt der BVKJ bei Minderjährigen auch mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten ab. Die Folgen sind oft unabsehbar und weder von den minderjährigen Patienten noch ihren Erziehungsberechtigten seriös abschätzbar.

„Wir sehen auch mit großer Sorge die zunehmenden Eingriffe bereits bei Kindern unter 10 Jahren durch alle möglichen Piercings und dauerhafte Tätowierungen.

Das Ohrlochstechen bereits bei Säuglingen ist ebenfalls schmerzhaft für die

Kinder und daher aus kinder- und jugendärztlicher Sicht mit Skepsis zu betrachten. Auch bei Jungen sehen wir zunehmend entsprechende Ohrstecker bereits im Säuglingsalter. Die Ohrstecker wachsen oft ein, es gibt sehr unangenehme und langwierige Entzündungen, und die Verletzungsgefahr bei Ohrringen ist für Kleinkinder groß, ebenso die Gefahr, dass die kleinen Ohrstecker und Ohrringe in die Atemwege gelangen können“, so der Verband.

„Besonders aber führen die Folgen der zahlreichen Piercings bei Kindern und Jugendlichen an allen möglichen Stellen am Körper und im Mund sowie im Genitalbereich zu medizinischen Komplikationen. Diese Eingriffe werden auch heute noch besonders im Ausland auf Klassenfahrten in teilweise dubiosen und nicht gesundheitsdienstlich überwachten Studios sogar oft ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten vorgenommen. Die Infektionsgefahr ist groß und Dauerschäden nicht gerade selten“, warnt Hartmann.

Aus Sicht des BVKJ sollten Piercing und Tätowierung von Minderjährigen grundsätzlich tabu sein.

Zusammenstellung nach Angaben der BÄK: Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

AAP-Jahrestagung 2019

„LEBENSFREUDE“ war das Motto der diesjährigen Jahrestagung der Amerikanischen Akademie für Pädiater (AAP), die vom 25.10. bis 29.10.2019 in New Orleans stattfand. Das Motto war gut gewählt, angesichts des fürchterlichen Hurricans Katrina 2005 mit fast 2.000 Toten. Es nahmen mehr als 10.000 Ärzte am Kongress teil, davon 2.000 aus 76 Ländern außerhalb der USA. Mehr als 400 Veranstaltungen zum gesamten Spektrum der Pädiatrie fanden statt, von denen einige exemplarisch dargestellt werden sollen.

IMPUPDATE

T. Tan aus Chicago gab in ihrem Vortrag eine Zusammenfassung der neuesten Empfehlungen vorhandener sowie zukünftiger Impfstoffe.

Bis Oktober diesen Jahres gab es in den USA schon 1.250 Masernfälle, so viele wie zuletzt 1992, ein Großteil eingeschleppte Fälle aus Ländern wie Israel, Ukraine, Philippinen etc. 78 bis 98 % der Masernfälle betraf Ungeimpfte. Individuen mit zwei dokumentierten Impfungen und vor 1957 Geborene – bei uns ab 1975 – werden als immun betrachtet. Die ärztliche Diagnose Masern gilt nicht länger als Beleg, da viele Mediziner Masernfälle nicht mehr selbst erlebt haben.

Zwei Dosen Meningokokken B haben sich als so effektiv erwiesen wie drei, jedoch scheint der Schutz nicht solange vorzuhalten.

Die 2014 veröffentlichte Empfehlung, generell alle Personen älter als 65 gegen Pneumokokken zu impfen, lässt sich nach fünf Jahren Evaluation nicht mehr aufrechterhalten.

Bei der INFLUENZA sollte dem Vierfachimpfstoff der Vorrang gegeben werden. Da der nasale Impfstoff, der eine gewisse Rehabilitation erfuhr, nur begrenzt verfügbar ist, sollten bis Ende Oktober alle mit dem jeweils verfügbaren Impfstoff geimpft werden.

Zwei neue Pneumokokkenimpfstoffe (PCV 15 und PCV 20) sind in der Pipeline, Ende der Zulassungsstudien wird für 2020 erwartet.

E-ZIGARETTEN und andere Verdampfungsmittel

D. Camenga aus Connecticut griff den explosiven Anstieg des Gebrauchs von E-Zigaretten und anderen Verdampfungsmitteln auf. Während 2018 20,8 %

der Highschool Besucher solche Mittel benutzten, waren es 2019 schon 27,5 %. E-Zigaretten gelten als „Einstiegsdroge“ für traditionelle Zigaretten bzw. andere Suchtmittel. Bis September 2019 gab es 380 bestätigte und wahrscheinliche Fälle von Lungenerkrankungen, davon sechs Todesfälle, im Zusammenhang mit dem Konsum von E-Zigaretten. Vielen Konsumenten ist nicht bewusst, dass E-Zigaretten höhere Nikotinkonzentrationen aufweisen als herkömmliche Zigaretten. Therapieprogramme existieren aufgrund der Kürze von deren Existenz nicht, infrage kommen erprobte Programme wie bei anderen Süchten.

OTITIS MEDIA

Die Unterscheidung akute Otitis media und Otitis media mit Erguss (80 % viral bedingt) gilt nach E. Wald aus Wisconsin als wichtigster Parameter in der Behandlung. Symptome wie Fieber, Ohrenschmerzen u.a. seien kein statistisch signifikantes Unterscheidungsmerkmal. Als einziges durch Studien belegtes Kriterium gelte die Intensität der Trommelfellvorwölbung. Die Auswahl des Antibiotikums muss aufgrund der Erregerverschiebung durch die Pneumokokkenimpfung hin zu *Hämophilus Influenzae* neu überdacht werden. Angesichts hoher Resistenzen von Amoxicillin gegen H.I. sollte Amoxicillin in Verbindung mit Clavulansäure genommen werden. Generell sollten Kinder unter 2 Jahren bei akuter Otitis media 10 Tage antibiotisch behandelt werden, bei älteren Kindern kann man 2-3 Tage unter Beobachtung abwarten.



Abschließend noch ein paar Topics:

- Forderung restriktiverer Waffengesetze. So sind 2016 mehr Kinder unter 5 im Zusammenhang mit Waffengebrauch umgekommen als Polizisten im Dienst. (Dr. K. Schrier, Staat Washington).
- Etwa 5 Millionen Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 19 Jahren haben durch Exposition mit Lärm einen bleibenden Hörschaden. (Dr. S. Balk, New York)
- Explosionsartige Zunahme neuer Medikamente bei der Behandlung des atopischen Ekzems in den Jahren 2017-2019. (Dr. R. Sidbury aus Seattle). ...

Es war interessant, über den eigenen Tellerrand zu schauen, mit der Erkenntnis, dass es viele gemeinsame Strategien, aber doch auch wesentliche Unterschiede in der Betreuung von Kindern bei uns und in den USA gibt.

Die nächste Jahrestagung findet vom 02.10. bis 06.10.2020 in San Diego, Kalifornien statt.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Georg Bingel, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 21218 Seevetal
E-Mail: Georg.Bingel@t-online.de

Red.: WH

Ein letztes Mal: Wohin mit dem Geld?

Wie sieht es eigentlich bei den deutschen Banken aus? Lohnt sich eine Investition in deutsche Banktitel, schließlich sind sie aktuell auf sehr niedrigem Niveau. Aber sind sie damit auch kaufenswert?



Tilo Croonenberg

Nach der letzten Zinssenkung der Europäischen Zentralbank stellt sich wie eh und je die Frage: Ist jetzt der Tiefpunkt erreicht oder – kommen in der Zukunft noch weitere Zinssenkungen? Viele Volkswirte und Bankenanalysten sehen noch kein Ende und rechnen im kommenden Jahr sogar mit weiteren Zinssenkungen. Das hat leider auch weiterhin große Auswirkungen auf die Ertragssituation der Banken. Zudem gibt es ein weiteres Problem: Der Verwaltungsaufwand ist seit 2013 weiter stark angestiegen.

Somit wächst der Verwaltungsaufwand im Vergleich zu den Erträgen aus Zinsüberschuss, Provisionsüberschuss und Gewinnen im Handel. In den Jahren zuvor war dies kein Problem für die Banken, denn da hatten wir noch die Zeiten der Hochzinspolitik, und das Polster war enorm. Doch durch die Geldpolitik der EZB hat sich ja einiges geändert.

Im internationalen Vergleich

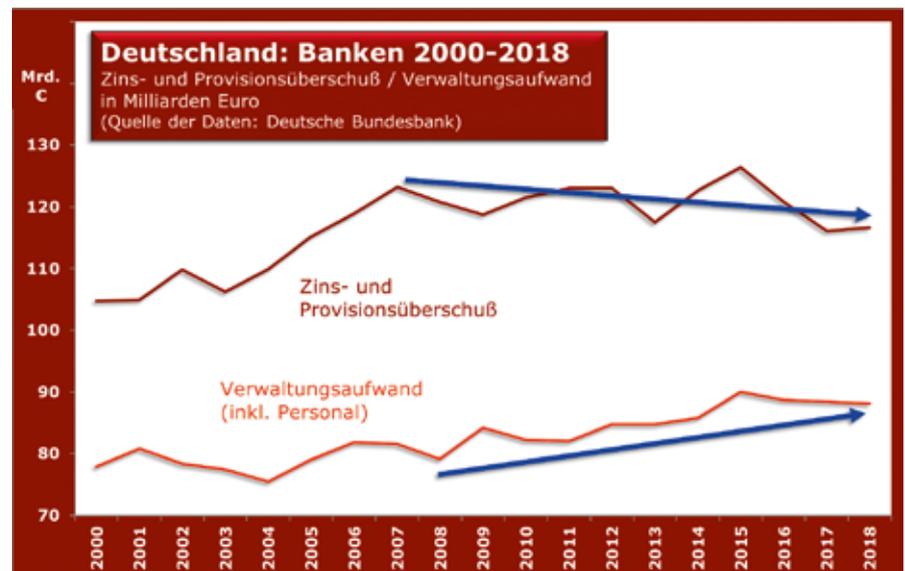
An den properen US-Banken möchte man die deutschen Institute erst gar nicht messen, aber auch im europäischen Vergleich sieht die Bundesbank hierzulande Schwächen und stellt fest, dass „viele für eine weiterhin unterdurchschnittliche Entwicklung bei den deutschen Instituten“ spricht. Kein Wunder, denn bei einer Analyse von 190 großen Banken durch die Europäische Bankenaufsichtsbehör-

de wiesen die darin enthaltenen 20 deutschen Institute die schlechteste Kosteneffizienz aus!

Wer sich den Jammer lieber in absoluten Zahlen ansehen möchte, bitte sehr. Ich habe Ihnen mal die Verwaltungsaufwendungen und die Erträge aus dem Zins- und Provisionsüberschuss in Milliarden Euro gegenübergestellt. (Die Handelsgewinne lasse ich bewusst weg, denn darauf haben die Banken nur wenig Einfluss. Wenn die Märkte für Aktien und Anleihen gegen sie laufen, kann man halt wenig machen.)

fertig, neben dem Sachaufwand auch noch den Personalaufwand steigen zu lassen!

Da ist es dann kein Wunder, wenn unter dem Strich nur wenig an Ertrag übrig bleibt. Die 12,2 Milliarden Euro, die alle Banken und Sparkassen bis zum letzten Spezialinstitut 2018 als Jahresüberschuss netto ausweisen konnten, entsprachen gerade mal 0,15 Prozent des gesamten Geschäftsvolumens. Heißt umgekehrt: Um einen Euro zu verdienen, müssen die deutschen Bankiers gut 660 Euro bewegen. Die folgende Grafik zeigt diese Misere im lang-



Sie sehen auf den ersten Blick, was die blauen Markierungen noch unterstreichen sollen: Während die Erträge seit den Zeiten vor der Finanzkrise im Trend zurückgehen, will der Aufwand für Personal- und Sachaufwand einfach nicht sinken. Schaut man sich dabei die großen Institutsgruppen genauer an, dann gelang den privaten Kredit- und Großbanken zwar in den vergangenen fünf Jahren eine leichte Senkung beim Personalaufwand, der wurde jedoch von einem deutlichen Anstieg des Sachaufwands überkompensiert. So lässt etwa die teurere EDV grüßen. Bei den Sparkassen ergibt ein ganz ähnliches Bild. Die genossenschaftlichen Institute, also die Volks- und Raiffeisenbanken, brachten gar das „Kunststück“

fristigen Vergleich. Selbst wenn man die beiden großen banktechnischen Krisenphasen Anfang der 2000-er Jahre und die Folgen der berüchtigten Finanzkrise mal außer Acht lässt, ist die Ertragslage heute so trostlos wie wohl noch nie. Die beiden tiefen Einbrüche waren übrigens von Verlusten im Handel und Abschreibungen auf die konjunkturbelasteten Kredite geprägt.

Angesichts der trüben Ertragslage kann man in einer kommenden Konjunkturabschwächung nur hoffen, dass sich die Bankiers nicht im Eigenhandel und Kreditgeschäft wieder so exponiert haben wie vor der letzten Finanzkrise 2009. Aber man sollte den Damen und Herren ja als lebenslanger Optimist eine gewisse Lernkurve zubilligen.



aufgeben. Immer noch bieten hierzulande 27.834 Filialen Finanzdienstleistungen an, davon alleine über 18.400 Sparkassen und Genossen. Sie sind es auch, die in den letzten beiden Jahren weniger Personal eingespart haben als der ganze Sektor.

Fazit: Die Marktberreinigung im Bankensektor findet immer noch statt, und daher ist es wohl für eine Investition in deutsche Bankaktien nach wie vor zu früh!



Quelle: Lupo / pixelio.de

„Wohin mit dem Geld?“ fragte Tilo Croonenberg ein ganzes Jahr lang und nahm unsere Leser mit auf eine Reise durch die deutsche und internationale Finanzlandschaft. Er selbst wusste bereits seit dem ersten Artikel, wohin er mit dem Honorar für seine Arbeit gehen wollte: Er spendete die Summe an die „Froschkönige gegen Kinderarmut“ in Düsseldorf. Der gemeinnützige Verein wurde vor 12 Jahren gegründet und engagiert sich für bedürftige Kinder, die er – bei Bedarf – bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres begleitet. Spender können unter www.froschkoenige-ev.de gut nachvollziehen, für welche konkreten Projekte ihre Zahlung eingesetzt wird.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: cb

Quelle: Deutsche Bundesbank

Vor allem aber müssen sie auf längere Sicht den Aufwand reduzieren, den sie in ihrem Geschäft treiben. Buchstäblich kostete es, was es wollte. Vor diesem Hintergrund müssen Sie auch die zigsten Abspeck-Aktionen der beiden Großbanken Deutsche und Commerzbank sehen.

Ein sicherer Posten

Und noch eins: Das Kreditgewerbe ist mit noch immer 1.603 Instituten seit langer Zeit überbesetzt. Das Manko bleibt, denn es will einfach niemand aus dem Markt ausscheiden. Das gilt besonders

für die viel zu aufwendig arbeitenden 386 Sparkassen und 878 Genossenschaftlichen. Gibt das ganze Gewerbe 1,09 Prozent seiner Bilanzsumme für Personal und Sachaufwand aus, sind es bei den Genossen ganze 1,59 Prozent und bei den Sparkassen sogar 1,65 Prozent! Hier mal ein Ausschnitt der Strukturdaten der deutschen Kreditwirtschaft aus dem Bundesbankbericht.

Aber bei diesen im Schnitt auch relativ kleinen Instituten hängen natürlich viele gut bezahlte Vorstandsschreibtische dran. Die werden lange über Fusionen nachdenken und schon gar nicht das Geschäft

Strukturdaten der deutschen Kreditwirtschaft

Bankengruppe	Zahl der Institute ¹⁾			Zahl der Zweigstellen ¹⁾			Zahl der Beschäftigten ²⁾		
	2016	2017	2018#	2016	2017	2018#	2016	2017	2018#
Alle Bankengruppen	1 724	1 653	1 603	31 974	30 072	27 834	608 399	585 892	571 084
Kreditbanken	280	283	281	9 406	9 004	7 732	166 050	158 100	156 200
Großbanken	4	4	4	7 005	6 820	6 298	-	-	-
Regionalbanken und sonstige Kreditbanken	166	164	158	2 245	2 024	1 274	-	-	-
Zweigstellen ausländischer Banken	110	115	119	156	160	160	-	-	-
Landesbanken	9	8	6	384	356	240	31 800	31 100	28 800
Sparkassen	403	390	386	10 555	9 818	9 492	224 700	216 100	209 600
Kreditgenossenschaften	975	918	878	10 156	9 442	8 942	151 050	146 400	142 850

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.

Das Leser-Forum

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

Experten-Anhörung des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen im Landtag NRW am 3. Juni 2019
von Renate Bernhard, Kinder- und Jugendarzt 8/19, S. 480-481



Die Hochrechnung der medizinisch nicht indizierten Beschneidungen aus den KIGGS-Daten kann man

im Juli Heft 2014 des Kinder- und Jugendarzt nachlesen. Schon damals waren die Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf einer retrospektiven Befragung beruhten.

Ziel des damaligen Artikels war es, die Überarbeitung der Leitlinie „Phimose-Paraphimose“ voranzutreiben. Diese ist zwischenzeitlich in Kraft und man müsste aus Abrechnungszahlen der Krankenkassen erheben, ob es dadurch Veränderungen in der Beschneidungshäufigkeit gegeben hat. Renate Bernhard behauptete bei der Anhörung, dass die unnötigen Beschneidungen pro Jahr jetzt um 37% häufiger sind, als die damals angenommenen 28.000. Ihre Zahl von 38.000 ist für die heutige Zeit aber aus der Luft gegriffen. Die KIGGS-Daten, auf die Bernhard sich immer noch bezieht, sind über 12 Jahre alt und wir kennen keine entsprechenden aktuellen Daten.

Die Zahl von 0,6-1,5% in den Leitlinien ist nicht der Prozentsatz von Jungen, die eine Beschneidung benötigen. Es sind Literaturangaben über die Inzidenz einer primären Phimose. Die sekundären Phimosen müsste man hinzurechnen, aber hiervon kennen wir die Häufigkeit nicht.

Es gibt sicher auch heute noch im medizinischen Bereich Beschneidungen ohne anerkanntswerte medizinische Indikation. Das ist ein Übel und jede Einzelne ist eine zu viel. Es ist aber viel zu kurz gegriffen, als Motivation alleine die veraltete Sexualmoral zu unterstellen. Patriarchale Haltung, Unkenntnis, Verharren in überkommenem medizinischem Wissen und nicht zuletzt der wirtschaftliche Vorteil sind gewiss ähnlich starke Triebfedern. Aufklärung alleine wird nach aller Erfahrung das Problem nicht lösen. Eigentlich bräuchte es strikte Kontrollmaßnahmen, die sind jedoch innerärztlich extrem unbeliebt. Bislang waren die Versuche, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Staatsanwälte zu sensibilisieren, frustan.

Das Thema ist hochsensibel und wichtig. Man darf eine richtige, kritische Position für die betroffenen und gefährdeten Jungen nicht durch Informationen in Misskredit bringen, die unbelegt sind.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm
E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.: WH

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

Wie können wir Kinder- und Jugend-ärzte Fridays for Future unterstützen?

Thesen zur Diskussion // Die Bewegung Fridays for Future (FFF) fordert von der Politik mehr Klima- und Umweltschutz, weil sie ihre Zukunft durch die Veränderungen in unserer Umwelt bedroht sieht. Die evidenzbasierte Medizin zeigt, dass eine zunehmende Anzahl von Erkrankungen von Kindern und Erwachsenen wie Übergewicht, Krebs und intellektuelle Beeinträchtigung durch Umwelt-Schadstoffe verursacht wird. Die Forderung der FFF nach einer Energie-, Verkehrs- und Agrarwende hat einen prophylaktischen Wert für diese Krankheiten. Die Jugendlichen haben unseren Respekt und unsere fachliche Unterstützung verdient!

Wenn wir – entsprechend dem Stand der Wissenschaft – den Klimawandel als menschengemacht ansehen, müssen wir uns eingestehen, dass die Zukunft unserer Kinder erheblich bedroht ist. Die engagierte und eindrucksvoll vorgetragene Forderung der FFF nach einer dringend notwendigen politischen Lösung unserer aktuellen Probleme zielt auf eine Energie-, Mobilitäts- und Agrarwende, kurz auf einen schonenden Umgang mit unserer Umwelt. Erstaunlich schnell haben sie Beachtung und Respekt gefunden, der sich in der Unterstützung durch andere Gruppen in unserer Gesellschaft ausdrückt: Scientists / Parents / Doctors for Future u.a.. Da die Jugendlichen von FFF sich an wissenschaftlichen Fakten orientieren, ergibt sich die Frage, welchen Beitrag wir als bedeutungsvoll ansehen im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen für unsere Patienten und auch uns. Mit diesen Thesen möchte ich eine Diskussion darüber anregen.

1. Die Zunahme chronischer Erkrankungen erklärt sich u.a. durch hormonaktive und schwer abbaubare Schadstoffe.

Als Kinder- und Jugendärzte müssen wir trotz aller positiver Präventionsbemühungen eine ansteigende, aber nicht eindeutig verstandene Prävalenzzunahme vieler Erkrankungen anerkennen. Wie in den USA haben Krebserkrankungen auch bei uns eindeutig zugenommen. Wenn man im Deutschen Kinderkrebsregister die letzten 30 Jahre betrachtet, ist die Zahl der Hirn-Tumore, aber auch der selteneren Hepatoblastome und malignen Melanome deutlich angestiegen. Bei Erwachsenen kommen Fruchtbarkeitspro-



© PlanetMallika auf Pixabay

bleme und die erhebliche Zunahme von Brustkrebs bei Frauen und Prostatakrebs bei Männern hinzu. Spitzenwerte weisen die USA auf, wo jeder dritte Mensch im Laufe seines Lebens an Krebs erkrankt. Diese Zunahme lässt sich weder durch genetische Veränderungen noch durch eine verbesserte Diagnostik erklären. Fremdhormone, „endokrine disrupting chemicals“ (EDCs) aus Pestiziden und Plastikweichmachern, umgeben uns seit den 1950-er Jahren in steigender Anzahl und Menge. Daher stehen sie in der Diskussion als Auslöser derartiger Erkrankungen. 1971 wurde ein solches künstliches Hormon bei dem damals in ungewöhnlich frühem Alter gehäuft auftretenden Vaginalkarzinom junger Mädchen identifiziert, wenn ihre Mütter in der Frühschwangerschaft

Östrogene (Diethylstilböstrol = DES) eingenommen hatten. Ohne eine erneute DES-Anwendung traten dann in der Tochter- und Enkelinnen-Generation dieser „DES-Mütter“ durch epigenetische Veränderungen gehäuft Brustkrebs, bei den „DES-Söhnen“ offensichtlich vermehrt Hypospadien und Mikropenis auf. In den letzten Jahren wurden in den USA sowohl endokrine Disruptoren (EDCs) wie Flammenschutzmittel (aus Polstermöbeln, Teppichen u.a.), Pestizid- und PCB-Rückstände im Hausstaub als auch Farbe, Lösungsmittel (Benzol) und andere Luftschadstoffe als prä- und postnatale Ursachen einer lymphatischen Leukämie im Kleinkindesalter identifiziert.

Von diesen sind die persistenten organischen Schadstoffe (persistent organic pollutants = POPs) entweder nur sehr

langsam oder gar nicht abbaubar und reichern sich wegen ihrer langen Halbwertszeiten im Körper an (Bioakkumulation). Viele POPs sind im Blut von 80 bis 90 % der Schwangeren nachweisbar, plazentagängig und verbleiben bei durchschnittlichen Halbwertszeiten im Bereich von 4-5 Jahren lange und während wichtiger Entwicklungsphasen im kindlichen Körper.

Flammschutzmittel, PCBs und Pestizide können – neben Schwermetallen – über eine Störung der Schilddrüse auch zu einem andauernden dosisabhängigen Abfall der Entwicklungs- bzw. Intelligenzquotienten führen, also zu einer lebenslangen Beeinträchtigung durch die von uns produzierten Schadstoffe, wie mehrere Wissenschaftler nachgewiesen haben.

2. Wenn Biomonitoring-Werte eine Fülle schwerwiegender Schadstoffe anzeigen, müssen umgehend wirkungsvollere Zulassungsbeschränkungen von Chemikalien eingeführt werden.

Die Autoren der kürzlich veröffentlichten Biomonitoring-Werte der nationalen französischen Gesundheitsbehörde bemängeln, dass die derzeitigen Maßnahmen in der EU zur Schadstoffbegrenzung mit Anwendungs-, Produktions- und Zulassungsbeschränkungen keinen akzeptablen Schutz bieten: 100 % der Kinder und Erwachsenen sind z.B. belastet mit den Perfluorierten Chemikalien (PFC), Perfluorooctansäuren (PFOA) und Perfluorooctansulfonsäuren (PFOS), krebverdächtigen Schilddrüsenstörern, die in Boden, Luft, Nahrung und Trinkwasser vorkommen.

3. Fehlbildungsbeobachtungen werden in Deutschland seit Jahren vernachlässigt und müssen dringend ausgeweitet werden.

Während die meisten skandinavischen Länder, Polen, Tschechien, Ungarn u.a. mit ihren Geburtsregistern einen vollständigen Überblick über Fehlbildungen an das Europäische Fehlbildungsregister EUROCAT übermitteln, deckt Deutschland als Schlusslicht in der EU mit den Beobachtungen des Fehlbildungsregisters in Sachsen-Anhalt und Mainz nur wenige Prozent der Geburten in Deutschland ab. Seit mehreren Jahren wird bereits in Frankreich, das mit seinen sechs Registern ca. 19 % der Geburten des Landes erfasst, über gehäufte Reduktionsfehlbildungen (Arm/Hand) diskutiert, die mit dem vermehrten Vorkommen von AMPA (= Metabolit des in der EU noch erlaubten Pestizids Glyphosat) im Trinkwasser in ländlichen Gebieten in Verbindung gebracht werden.

Die aktuellen deutschen epidemiologischen Registrierungen sind hingegen nicht geeignet, einen effektiven Beitrag zur Aufklärung über Medikamenten- oder Schadstoffwirkungen in der Schwangerschaft zu leisten.

4. Da Pestizide nachweislich oder potenziell Krebsauslöser sein können, ist die kinder- und jugendärztliche Empfehlung von Bio-Nahrung eine notwendige prophylaktische Maßnahme.

Wenn für Pestizide der Nachweis erbracht ist, dass sie Krebs auslösen oder der Verdacht besteht, wie z.B. für Glyphosat das Non-Hodgkin-Lymphom zu begünstigen, halte ich es für erforderlich aus Gründen der Vorsorge, die pestizidärmste Nahrung zu empfehlen, die es gibt: Bio-Nahrung!

5. Die Finanzierung der politischen Wende muss ehrlich und transparent sein.

Der New Yorker Kinderarzt Leo Trasande hat mit einem internationalen Team die Folgekosten von hormonstörenden Stoffen in unserer Umwelt

wie Weichmacher und Pestizide geschätzt und kommt ohne Krebserkrankungen auf 157 Milliarden €/Jahr in der EU. Würden die gesundheitlichen Folgekosten durch Pestizide den Herstellern aufgebürdet, wäre die Agrarwende in der EU bald vollzogen.

5. Wie jedermann müssen auch Behörden und Politiker zur Verantwortung gezogen werden können.

Wenn Behörden, wie das Bundesinstitut für Risikobewertung oder das Kraftfahrt-Bundesamt, unvollständige oder falsche Bewertungen abgeben oder trotz eklatanter Versäumnisse bei Produzenten nicht aktiv werden (wie z.B. beim Dieselskandal), müssen Behörden oder Politiker zur Rechenschaft gezogen werden. Andernfalls ergibt sich für die junge Generation der Eindruck, als gälten die Gesetze nur für bestimmte Personengruppen.

Fazit für die Praxis

Wer die Jugendlichen von FFF unterstützen möchte, kann Folgendes in Erwägung ziehen:

1. Jugendliche wünschen Anerkennung und sind dankbar für fachliche Unterstützung durch ihren Kinder- und Jugendarzt.
2. Umwelt-Themen passen ans Info-Brett im Wartezimmer und auf die Internetseiten.
3. Eine gute Wartezimmerlektüre über den Klimawandel für nur 5.- € ist: Nelles und Serrer, „Kleine Gase – große Wirkung, der Klimawandel“.
4. Wer Schadstoffe reduziert, sorgt für seine eigene Gesundheit und bei Schadstoffen mit epigenetischen Effekten sogar gleichzeitig für die mehrerer nachfolgender Generationen.
5. Könnte und sollte sich ein neuer kinder- und jugendärztlicher Arbeitskreis Umwelt zusammenfinden?

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. Gottfried Arnold
40723 Hilden
E-Mail: GottfriedArnold@gmx.de

Interessenkonflikt: Liegt nicht vor.

Redaktion: cb



© NiklasPrtky/Fixabay

Die Shell Jugendstudie 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort

Seit 1953 erscheint alle vier Jahre unter dem Titel „Shell Jugendstudie“ eine empirische Untersuchung der Einstellungen, Werte, Gewohnheiten und des Sozialverhaltens von jungen Menschen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren. Seit 2002 wird sie von Wissenschaftlern der Universität Bielefeld durchgeführt. Sie hat mittlerweile große Bedeutung erlangt und wird unter starkem medialen Interesse veröffentlicht. In diesem Jahr wurden für diese Studie 2.572 Jugendliche auf der Grundlage eines standardisierten Fragebogens interviewt. Hinzu kamen zwei- bis dreistündige persönliche Gespräche mit 20 Menschen der beschriebenen Altersgruppe.

Ob Nachrichtensendung, Tageszeitung oder Internet – an der Veröffentlichung der Shell Jugendstudie kommt kein Medium vorbei. Leider wird ihr jedoch wenig Zeit oder Platz eingeräumt, und so bleibt es meist bei kurzen Schlagworten. Ein Grund mehr, genauer hinzuschauen.

In diesem Jahr fiel besonders auf, dass das **Umweltbewusstsein** der jungen Menschen stark zugenommen hat. Angesichts von „Fridays for Future“ kein überraschendes Ergebnis. Wurden 2015 noch Terroranschläge und steigende Armut als Aspekte genannt, vor denen die jungen Teilnehmer die größte Angst haben, rückte 2019 die **Umweltverschmutzung** in den Blickpunkt. Ihre eigene Zukunft, ihre Karriere und die wirtschaftliche Lage schätzen die meisten dagegen optimistisch ein.



Vielfalt und Populismus

In Zeiten einer besonders im Osten Deutschlands stark vertretenen AfD, die in Thüringen bei vielen jungen Wählern hoch im Kurs steht, lohnt es sich, diesen Aspekt der Jugendstudie genauer zu betrachten. Einerseits betont die Mehrheit (57 Prozent), dass sie die hohe Flüchtlingsaufnahme gut findet. Andererseits erhält die Aussage „In Deutschland darf man nichts Schlechtes über Ausländer sagen, ohne gleich als Rassist beschimpft zu werden.“ mit 68 Prozent eine noch höhere Zustimmungsrate. Um diesen vermeintlichen Gegensatz genauer zu untersuchen, unterscheiden die Wissenschaftler der Uni Bielefeld zwischen **fünf Populismuskategorien**:

- **12 Prozent** bezeichnen sie als **Kosmopoliten**, die so gut wie alle populistisch gefärbten Statements ablehnen.
- **27 Prozent** nennen sie die **Weltoffenen**, die sich von sozial- oder nationalpopulistischen Statements distanzieren.
- **28 Prozent** und damit die größte Gruppe bilden die **Nicht-eindeutig Positionierten**, die einerseits die Aufnahme von Flüchtlingen begrüßen, andererseits aber auch ein Misstrauen gegenüber der Regierung und dem Establishment sowie deren „Meinungsdiktat“ entwickelt haben.
- **24 Prozent** zählen sie zu den **Populismus-Geneigten**, von denen fast alle der Aussage „Der Staat kümmert sich mehr um Flüchtlinge als um hilfsbedürftige Deutsche.“ zustimmen.
- **9 Prozent** werden den **Nationalpopulisten** zugeordnet, die ihre generell ablehnende Haltung gegenüber jeglicher Vielfalt betonen.

Damit wird verständlich, dass es gerade die Gruppe der Nicht-eindeutig Positionierten ist, die bei beiden Aussagen Zustimmung signalisiert. Generell betonen die Macher der Studie jedoch, dass **Vielfalt „ein Bestandteil jungen Lebens in Deutschland“** ist. Immerhin hat heute ein Drittel einen Migrationshintergrund oder keine deutsche Staatsbürgerschaft. Insgesamt haben **mehr Befragte Angst vor Ausländerfeindlichkeit als vor weiterer Zuwanderung**. Unterschiede in der Toleranz gibt es in zwei Bereichen: „Ostdeutsche Jugendliche lehnen Geflüchtete, Türkischstämmige, Afrikanischstämmige und Juden – allerdings auf relativ niedrigem Niveau – stärker ab als Westdeutsche. Bei Jugendlichen aus muslimisch geprägten Herkunftsländern ist die Ablehnung von homosexuellen und jüdischen Menschen höher als im Durchschnitt.“

Demokratie und Engagement

Erfreut konnten die Wissenschaftler feststellen, dass die **Demokratiezufriedenheit** bei den Jugendlichen **stark ge-**



stiegen ist: 2015 lag der Wert im Osten bei 44, heute bei 66 Prozent. In Westdeutschland stieg er zur gleichen Zeit von 63 auf 78 Prozent. Den **Politikern** wird allerdings **kein gutes Zeugnis** ausgestellt: 71 Prozent glauben nicht daran, dass sich „Politiker darum kümmern, was Leute wie ich denken“.

Das Interesse der Jugendlichen am Klimawandel ist stark gestiegen, ebenso ihr persönliches Engagement. Mittlerweile bezeichnen sich **41 Prozent als politisch interessiert** und **34 Prozent betonen**, das sie es wichtig finden, sich **politisch zu engagieren**. Dabei lässt sich eines feststellen: „Je gehobener die Herkunft, desto höher das eigene Engagement.“ Bei Fridays for Future kann man außerdem gut erkennen: Die weiblichen Jugendlichen holen dabei gegenüber männlichen Jugendlichen stark auf.

Familie und Beruf

Erstaunliches erfuhren die Wissenschaftler bei der Fragen nach der **künftigen Rollenverteilung in der Familie**: „Fragt man Jugendliche, wie sie sich die partnerschaftliche Aufteilung der Erwerbstätigkeit wünschen würden, wenn sie 30 Jahre alt wären und ein zweijähriges Kind hätten, sind sich junge Männer und Frauen **recht einig bezüglich der idealen Rollenverteilung**: In einer Partnerschaft mit kleinem Kind sollte die Frau und nicht der Mann beruflich kürzer treten. **65 Prozent der Frauen** würden gerne **maximal halbtags** arbeiten – und **68 Prozent der jungen Männer** wünschen sich genau das von ihrer Partnerin. (...) Insgesamt ist es mehr als die Hälfte (54 Prozent) aller 12- bis 25-Jährigen, die ein „männliches Versorgermodell“ bevorzugen“, davon 10 Prozent sogar das Modell des „männlichen Alleinversorgers“. Dabei denken die **jungen Menschen im Westen**

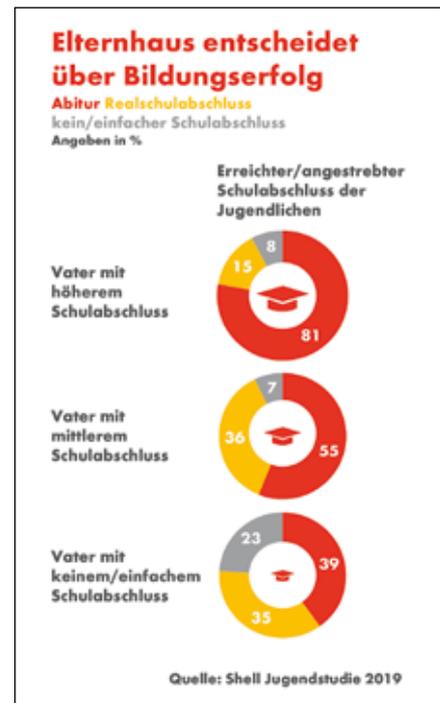
traditioneller. Während dort 58 Prozent der Männer und 56 Prozent der Frauen das Modell bevorzugen, liegt es im Osten bei 38 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen.

Werte und Religion

In ihren zentralen Lebenszielen sowie in den sozialen Beziehungen unterscheiden sich **Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund** kaum, bei beiden stehen Familien und Freunde hoch im Kurs; beim **Thema Glauben** driften sie auseinander: „Für fast zwei von drei Jugendlichen aus islamisch geprägten Ländern spielt der Gottesglaube eine wichtige Rolle, während dies für deutsche Jugendliche ohne Migrationshintergrund sowie diejenigen aus den sonstigen OECD-Ländern nur auf jeden Vierten zutrifft.“ Bei dem Thema Respekt für Gesetz und Ordnung nähern sie beide Gruppen wieder einander an.

In einem Punkt hat sich leider zu wenig geändert: Noch immer besteht ein großer **Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildung**. „Während unter Jugendlichen der unteren Schicht (13 Prozent) es nur eine kleine Minderheit an das Gymnasium schafft, ist es bei Jugendlichen aus der oberen Schicht (71 Prozent) die breite Mehrheit.“ Dennoch attestieren die Wissenschaftler der Bildungspolitik erste Erfolge: Lag 2002 der Anteil von Jugendlichen aus bildungsfernen Schichten, die das Abitur anstrebten oder erreichten, bei nur 26 Prozent, so ist er mittlerweile auf 39 Prozent angestiegen.

Bei den Erwartungen an den Beruf steht Sicherheit nach wie vor an oberster Stelle: Sie ist für 93 Prozent der Jugendlichen wichtig bis sehr wichtig. Sie blicken allerdings mit großem Optimismus in die Zukunft: 84 Prozent gehen davon aus, dass sie ihre beruflichen Wünsche verwirklichen können!



Den Info-Flyer sowie eine ausführliche Zusammenfassung der Ergebnisse der Shell Jugendstudie finden Sie hier: <https://www.shell.de/ueber-uns/shell-jugendstudie.html>

Das Buch zur Studie ist in der Beltz Verlagsgesellschaft erschienen und überall im Handel erhältlich.



Zusammenstellung und Redaktion: cb

Zahlen, Daten, Fakten

Drei Umfragen im Überblick

Cannabis auf dem Vormarsch

Der Cannabiskonsum ist bei jungen Menschen stark angestiegen. Das ist das Ergebnis einer BZgA-Repräsentativbefragung unter 7.002 Jugendlichen und junge Erwachsene, die 2018 durchgeführt wurde. Bei den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren gaben acht Prozent der Befragten an, Cannabis mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten konsumiert zu haben. Im Vergleich: 2016 waren es 6,9 und 2011 nur 4,6 Prozent. Ebenfalls fast verdoppelt hat sich die Zahl in der Gruppe der 18- bis 25-jährigen: 2018 lag der Konsum bei 22 Prozent. Blickt man auf das Jahr 2016, bekannten sich 16,8 Prozent dazu und in 2008 lediglich 11,6 Prozent. Im Hinblick auf die neurologischen Folgeschäden ist eine Zahl besonders kritisch zu sehen: 1,5 Prozent der 12- bis 17-Jährigen gab an, Cannabis regelmäßig zu konsumieren.



Petra Bork / pixelio.de

Rauchen ist rückläufig

Gegensätzliches ist bei den Zigaretten zu melden. Dazu hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im September 2019 die neuesten Zahlen veröffentlicht: Nur noch 6,8 Prozent der 12- bis 17-Jährigen rauchen regelmäßig. 82,7 Prozent gaben sogar an, noch nie im Leben geraucht zu haben. Das ist ein historischer Tiefstand.

Zu diesem Thema wurden 7.003 Jugendliche und junge Erwachsene befragt. Gründe für den starken Rückgang – 1989 rauchten immerhin noch 55 Prozent der Jugendlichen regelmäßig – sieht die BZgA einerseits in den Informationskampagnen, andererseits in den gesetzlichen Regelungen (Abgabeverbot an Jugendliche und Nichtraucherschutz) sowie den mehrfachen Preiserhöhungen.

Alkoholprävention wirkt

„Alkohol? Kenn Dein Limit“ heißt die Kampagne, die sich seit einigen Jahren speziell an die Altersgruppe der 16- bis 20-jährigen richtet. In Kombination mit anderen Maßnahmen führte sie bei den Jüngeren zum Erfolg, wie die Studie „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2018“ zeigt. Denn auch hier konnte ein historisch niedriger Stand festgestellt werden: Nur 9,8 Prozent der Jugendlichen zwischen 12 bis 17 Jahren gab an, mindestens einmal

wöchentlich Alkohol zu konsumieren. 2004 lag dieser Wert noch bei 21,2 Prozent.

Erhebungsgrundlage war die Befragung von 7.002 Mitgliedern der Zielgruppe. Negativ war jedoch zu vermerken, dass das Rauschtrinken unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren mit 37,8 Prozent wieder leicht angestiegen ist. 2016 lag der Wert bei 32,8 Prozent, im Jahr 2004 allerdings noch bei 43,5 Prozent.



Zusammenstellung und Redaktion: cb

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



Pausentaste – Hilfe für pflegende Kinder und Jugendliche



2018 veröffentlichte die Universität Witten/Herdecke unter der Leitung von Prof. Dr. Sabine Metzging eine im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Umfrage zum Thema „Junge Pflegende“. Dazu hatte das Studienteam 6.313 Schülerinnen und Schüler interviewt. Und kam zu dem Ergebnis, dass ca. 6 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen zehn und 22 Jahren aktiv und regelmäßig in die häusliche Pflege von chronisch kranken Familienangehörigen eingebunden sind; man schätzt die gesamte Zahl auf 479.000 Betroffene! Als Reaktion darauf startete das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Projekt „Pausentaste – Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe. Das Angebot für Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familien kümmern.“

Die Gruppe der Betroffenen umschreibt die Pflegewissenschaftlerin Sabine Metzging in ihrem Abschlussbericht so: „Kinder und Jugendliche, die regelmäßig für ein oder mehrere chronisch kranke Familienmitglieder sorgen, ihnen helfen und sie pflegen, werden als pflegende Kinder bezeichnet. Sie stellen eine in Deutschland bislang kaum wahrgenommene und verborgene Gruppe pflegender Angehöriger dar. Pflegende Kinder übernehmen die Tätigkeiten, die durch die Erkrankung unbesetzt sind: sie ‚füllen die Lücken‘. Ihr Einsatz reicht von gelegentlichen Hilfestellungen bis hin zur alleinverantwortlichen Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Die Kinder helfen bei der Mobilisation, bei Körper- und Intimpflege, bei der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung, sie übernehmen medizinische Tätigkeiten, leisten emotionale Unterstützung und sorgen für die Sicherheit des pflegebedürftigen Angehörigen. Sie kümmern sich auch um den Haushalt und um jüngere Geschwister. Zudem sind sie immer in Bereitschaft, um schnell auf unvorhersehbare Krisen reagieren zu können.“

In der Folge drohen nachteilige emotionale, soziale, körperliche und schulische Auswirkungen für die gesamte Entwicklung. Ist die Pflege intensiv und dauert sie lange an, reduziert sich der Kontakt zu Gleichaltrigen, es besteht die Gefahr einer

Isolierung. Zu den psychischen Auswirkungen sagen 54 % der pflegenden Kinder und Jugendlichen, dass sie sich viele

Sorgen um den kranken Angehörigen machen, 12 % klagen über einen Mangel an Freizeit, 10 % über die körperliche Anstrengung und 9 % darüber, dass sie niemanden zum Reden haben. 36 % wünschen sich eine Beratung und 24 % würden sich gerne an ein Sorgentelefon wenden. Als positiv wird hingegen empfunden, dass die Familie zusammenhält sowie das Gefühl, helfen zu können und Verantwortung zu übernehmen.

Die Familie als Einheit betrachten

Prof. Metzging, deren Schwerpunkt in der Pflegewissenschaft bei den Kindern und Jugendlichen liegt, stellte bereits 2007 in einer Untersuchung fest, dass Kinder und Jugendliche nur selten über die Hilfe, die sie zuhause leisten, sprechen. Einerseits fürchten sich viele vor einer Ausgrenzung oder Stigmatisierung, andererseits besteht auch oft ein „Schweigegebot“. Oftmals vermeiden die Familien den Gang zu den Behörden oder die Bitte um Unterstützung aus Angst, dann voneinander getrennt zu werden. Metzging stellte fest: „Je größer der Unterstützungsbedarf, desto unsichtbarer die Familie – und damit für Hilfs- und Unterstützungsangebote schwer zugänglich. (...) Die verschiedenen Akteure des Gesundheitssystems, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Sozialhilfe fokussieren

Hintergrund: Die drei Säulen des Projekts

- Website**
 Niedrigschwellig präsentiert die Website Erfahrungsberichte und Leseempfehlungen – alles optimiert für mobile Endgeräte. Außerdem gibt sie Hinweise zu passenden Beratungsstellen in der Nähe:
www.pausentaste.de/beratungsstellen
- Telefonberatung**
 Die speziell ausgebildeten, ehrenamtlich tätigen Beraterinnen und Berater der „Nummer gegen Kummer e. V.“ helfen am kostenlosen und anonymen Kinder- und Jugendtelefon. Sie nehmen Probleme ernst und behandeln sie vertraulich. An Samstagen beraten außerdem ehrenamtliche junge Menschen „Peer-to-Peer“.
 Kinder- und Jugendtelefon: 116 111
 Montags bis samstags von 14 bis 20 Uhr
- Onlineberatung**
 Für alle, denen Schreiben leichter fällt als Sprechen, bietet die „Nummer gegen Kummer“ außerdem kostenlose und vertrauliche Onlineberatung an. Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.nummergegenkummer.de

mit ihren unterschiedlichen Aufträgen in der Regel das Individuum, nicht aber die Familien als Einheit. Eine chronische Erkrankung betrifft jedoch nie nur die erkrankte Person, sondern auch das sie umgebende familiäre System.“

Auf einer Fachtagung forderte Prof. Metzger, dass die Thematik enttabuisiert werden muss. Gekoppelt an ein wachsendes gesellschaftliches Bewusstsein für die Problematik sieht sie dies als „unabdingbare Voraussetzungen für Hilfsangebote“. Als deren Komponenten nennt sie

- Unterstützung der erkrankten Person,
- Organisation von Hilfen über zentrale Anlaufstellen,
- Information und Beratung,
- Gesprächsangebote,
- Auszeiten von der Pflege.

Für Betroffene und Fachleute

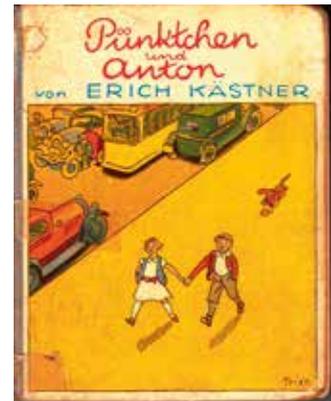
Das BMFSFJ reagierte auf die zwischen 2015 und 2017 durchgeführte Umfrage und rief im Januar 2018 das Projekt „Pausentaste“ ins Leben. In ihrem Grußwort schreibt Ministerin Giffey dazu: „Rund 479.000 Kinder und Jugendliche helfen bei der Pflege von Angehörigen. Sie kümmern sich einerseits um Schwester, Oma oder Vater. Andererseits sorgen sie dafür, dass der Alltag weiterläuft, gehen einkaufen, halten die Wohnung sauber oder betreuen Geschwisterkinder. Die Pflege kranker Angehöriger kostet Kraft – körperlich und emotional. Und wer viel Zeit mit Pflege verbringt, hat weniger Zeit, sich mit Freunden zu treffen oder für die nächste Klassenarbeit zu lernen. Damit gerade jungen Pflegenden die Aufgaben nicht über den Kopf wachsen, benötigen sie unsere Unterstützung. Sie brauchen eine Möglichkeit, sich eine Pause zu verschaffen und Rat zu suchen.“

Unter www.pausentaste.de finden Betroffene ein vielschichtiges Internet-Angebot. Dort gibt es Themen und Links wie

Übrigens: Ein pflegendes Kind kennt wohl jeder aus einem Kinderbuchklassiker:

Anton wohnte im 4. Stock. „Das ist fein, dass du mich mal besuchst“, sagte er. Sie begrüßten einander und standen eine ganze Weile in der Tür. Der Junge hatte eine große blaue Schürze um. Er führte sie in die Küche. „Ich koche gerade“, sagte er. „Du kochst?“, fragte Pünktchen und brachte den Mund gar nicht wieder zu. „Na ja“, sagte er. „Was soll man machen? Meine Mutter ist doch schon so lange krank, und da koche ich eben, wenn ich aus der Schule komme. Wir können doch nicht verhungern.“

Anton Gast, einer der beiden Titelhelden aus Erich Kästners 1931 erschienenen Roman „Pünktchen und Anton“, ist 12 Jahre alt und muss – bedingt durch die Krankheit seiner Mutter – nicht nur im Haushalt helfen, sondern übernimmt teilweise sogar ihre Arbeit in einem Café. Als Pünktchens Vater, ein reicher Industrieller, seine soziale Verantwortung entdeckt, wird Mutter und Sohn geholfen.



- Schreiben statt sprechen (ein Chat für Kinder und Jugendliche),
- Angebote für Geschwister,
- einen Notmütterdienst,
- Fallbeispiele (YouTuberin mit behindertem Bruder, Leben mit dem Down-Syndrom aus Geschwistersicht etc.),
- Pink Kids (eine Plattform für Kinder, deren Mütter an Brustkrebs erkrankt sind),
- das Thema Trauer („Wenn die Welt aus den Fugen gerät“),
- den Selbsthilfeblog „lebensmutig“.

Dort gibt es auch Seiten „Für Fachleute“: Durch sie sollen Lehrerinnen und Lehrer, ambulante Pflegedienste, Sozialdienste an Schulen und Kliniken sowie Jugendorganisationen und die Öffentlichkeit für die Situation der Kinder und Jugendlichen sensibilisiert werden. In dieser Rubrik sind Informationen zu pflegenden Kindern und Jugendlichen ebenso zu finden wie eine Datenbank mit Projekten und Initiativen, die sich in dem Bereich engagieren. Dort können auch Materialien bestellt werden, die das Projekt prägnant vorstellen. Der Flyer zum

Beispiel eignet sich auch zum Auslegen in der Praxis.

Telefonische Hilfen

Pausentaste arbeitet mit der etablierten „Nummer gegen Kummer“ zusammen. Unter der 116 111 sind von montags bis samstags jeweils zwischen 14 bis 20 Uhr ausgebildete Berater erreichbar, die für die Sorgen und Nöte ein offenes Ohr und viele Tipps haben. Samstags sind dort zudem 16- bis 21-Jährige tätig, die die Anrufer „Peer-to-Peer“, also auf Augenhöhe beraten. Zu den telefonischen Beratern und Betreuern sagt Ministerin Giffey: „Sie helfen jungen Pflegenden, Abstand von Pflegealltag zu gewinnen und neue Kraft zu schöpfen. Denn auch junge Pflegende müssen sich darauf verlassen können, dass sich jemand um sie kümmert.“

Literatur beim Autor

Zusammenstellung und Redaktion: cb

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.

Was ist eigentlich ...

... dissen?

Der Begriff kommt aus dem englischen Sprachraum und ist dort eine Kurzform von „**to disrespect/discriminate/discredit**“. Aus der Übersetzung lässt sich bereits die heutige Bedeutung des seit dem Jahr 2000 im Duden gelisteten Wortes ableiten: jemand anderen **ablehnen, missachten, herabwürdigen, beleidigen oder beschimpfen**.

Ursprünglich war dissen ein Jargon-Begriff aus der Hip-Hop- und Rapper-Szene. Dort entwickelte es sich als „Battle-Rap“ zu einer eigenen Stilrichtung. Dabei wird ein realer oder fiktiver Gegner in Reimen diffamiert, während gleichzeitig die eigene Person übertrieben positiv dargestellt wird.

Heute wird der Begriff sowohl im Internet als auch in der realen Welt verwendet, wenn eine andere Person offen angegriffen und geschmäht wird. Eine ähnliche Bedeutung hat „**shamen**“: eine Person wird online massiv verbal angegriffen. Shaming kann – wenn es geballt auftritt – Teil eines **Shitstorms** sein, bei dem eine Person, ein Unternehmen oder eine Institution im Internet mit einer Masse an negativer Kritik bis hin zu Beleidigungen konfrontiert wird. Im Verlauf eines Shitstorms werden die Kommentare meist zunehmend unsachlicher und können sogar strafrechtliche Relevanz erlangen.

... Cyber-Grooming?

Im englischen Sprachraum hat das Wort „grooming“ ursprünglich eine harmlose Bedeutung und meint pflegen, putzen oder striegeln. In Verbindung mit Cyber umschreibt es heute einen gezielten **Kontaktaufbau** von Erwachsenen zu Kindern oder Jugendlichen **mit einer Missbrauchsabsicht**. Weil die Täter ihren potentiellen Opfern zu Anfang schmeicheln oder ihnen Geschenke machen, hat das Wort seine neue Bedeutung erlangt.

Chat-Portale für Kinder und Jugendliche ziehen häufig Nutzer mit pädokrminellen Neigungen an. Diese nehmen Kontakt auf, indem sie sich als Gleichaltrige ausgeben. Sie gehen dabei oft in drei Schritten vor: mit dem künftigen

Opfer den Kontakt aufbauen und **warm werden**, hartnäckig **dran bleiben** und schließlich **Forderungen stellen** und den Chat-Partner **unter Druck setzen**. Das kann von Anfragen zu Telefonsex oder Cybersex bis hin zu Bitten nach einer Zusendung von Unterwäsche reichen. Entsteht der Kontakt über eine bei Jugendlichen beliebten Dating-



© Alexandra H./pixelio.de

App, ist die Gefahr eines tatsächlichen Übergriffs besonders hoch, da diese den Aufenthaltsort des Chat-Partners in der Umkreissuche anzeigen. Zudem fehlt hier eine Moderation, die bei Chat-Rooms für Kinder meist gegeben ist.

... ein Troll?

Mit einer Figur aus der nordischen Mythologie haben die im Internet auftretenden Trolle mehr als den Namen gemeinsam: Auch ihnen ist daran gelegen, anderen einen Streich zu spielen und sie zu verärgern. Allerdings ist der Schaden, den sie anrichten, viel größer – was allerdings oftmals auch an der Beachtung liegt, die man ihnen schenkt.

Zurück zur Definition: Trolle sind im Netzjargon Personen, die mit ihren Beiträgen **emotional provozieren** und die gesamte **Kommunikation stören** möchten. Als Intention wird bei ihnen eine **Suche nach Aufmerksamkeit** oder

Rache vermutet, sie empfinden Spaß daran, einer Community möglichst großen Schaden zuzufügen. Durch ihre Wortmeldungen versuchen sie, Konflikte innerhalb der Netzgemeinschaft zu schüren und möglichst viele **erboste Reaktionen auf ihre unsachlichen Beiträge** zu erhalten. Ihre Zielpersonen sollen ärgerlich und wütend werden, die Fassung verlieren und somit zu emotionalen Antworten verleitet werden. Dabei sind die Provokationen der Trolle oft unterschwellig, denn damit versuchen sie, ihren Ausschluss aus administrierten Foren zu vermeiden.

Trolle entlarven sich ab dem zweiten oder dritten Beitrag selbst. **Kennzeichen ihrer Kommunikation** sind:

- Ihre Beiträge sind meist nur Meinungen, wissenschaftliche Belege fehlen.
- Sie werden schnell persönlich und verwenden eine herablassende, beleidigend Sprache.
- Sie werfen zwar Fragen auf, haben aber keinerlei Interessen an den Antworten.
- Sie reißen Zitate aus dem Zusammenhang, zitieren falsch oder stellen unangemessene Vergleiche an.

Trolle sind gerne in den sozialen Netzwerken aktiv, aber auch in den Kommentarbereichen von Nachrichtenseiten oder in wissenschaftlichen Foren. In letzteren treten sie derzeit gehäuft bei

Themen wie **Impfen oder Klimawandel** auf, hier kann ihr Motiv auch ideologischer Natur sein.

Wie mit Trollen umgehen? Die Abbildung, die in zahlreichen Foren weltweit genutzt wird, zeigt es deutlich: „Don't feed the troll!“, was oft mit einem „DFTT“ abgekürzt wird.

Ignorieren hat sich als bestes Mittel erwiesen, denn bekommen die Trolle keine Aufmerksamkeit, sind sie meist rasch wieder aus dem Forum oder der Community verschwunden.



Don't feed the troll

Zusammenstellung und Redaktion: cb

Geburtstage im Januar 2020

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

65. Geburtstag

Frau **Lydia Naljot**, Wertheim, am 01.01.1955
 Herr Dr. med. **Hans-Jürgen Kolb**, Wuppertal, am 02.01.1955
 Herr **Lucjan Budzanowski**, Salzgitter, am 07.01.1955
 Herr Dr. med. **Hansjörg Melcher**, Bad Soden, am 07.01.1955
 Herr Dr. med. **Ulrich Hagen**, Friedberg, am 08.01.1955
 Frau **Sigrid Lohmann-Savoji**, Eichenzell, am 08.01.1955
 Herr Dr. med. **Bernhard Geck**, Nürnberg, am 10.01.1955
 Herr **Bernhard Mischo**, Neunkirchen, am 11.01.1955
 Herr Dr. med. **Bernd Rodewyk**, Buchholz, am 11.01.1955
 Herr Dr. med. **Harry Sirb**, Lichtenstein, am 11.01.1955
 Herr Dr. med. **Michael Butzengeiger**, Frankenthal, am 12.01.1955
 Frau **Hanna Landowski**, Krefeld, am 19.01.1955
 Herr **Michael Sturm**, Giengen, am 19.01.1955
 Frau Dr. med. **Gabriele Trost-Brinkhues**, Aachen, am 20.01.1955
 Frau Dr. med. **Anne-Marie Baumann**, Lübeck, am 21.01.1955
 Herr Dr. med. **Michael Lange**, Falkensee, am 23.01.1955
 Frau Dipl.-Med. **Adelheid Rasenberger**, Delitzsch, am 24.01.1955
 Herr Dr. med. **Gerhard Legat**, Amberg, am 31.01.1955

70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Ulrich Arendt**, Hannover, am 02.01.1950
 Herr Prof. Dr. med. **Wolfgang Rascher**, Erlangen, am 02.01.1950
 Herr Dr. med. **Thomas Berger**, Frankfurt, am 04.01.1950
 Herr Dr. med. **Herbert Kollaschinski**, Marktredwitz, am 05.01.1950
 Frau Dr. med. **Gerlinde Reichelt**, Lübben, am 08.01.1950
 Frau Dr. med. **Brigitte Giersch**, Berlin, am 09.01.1950
 Herr Dr. med. **Gerhard Köhler**, Wendelstein, am 13.01.1950
 Herr Dr. med. **Rolf J. Kühnelt**, Berlin, am 17.01.1950
 Frau Dr. med. **Barbara Teichmann**, Leipzig, am 20.01.1950
 Herr Dr. med. **Juan-Carlos Menendez-Castro**, Bad Kissingen, am 22.01.1950
 Herr **Friedemann Maechler**, Berlin, am 23.01.1950
 Frau Dipl.-Med. **Karin Thrum**, Oberpörlitz, am 26.01.1950
 Frau Dr. med. **Eva-Maria Geist**, Schwerte, am 27.01.1950
 Herr Dr. med. **Hans-Rainer Pleser**, Lilienthal, am 28.01.1950
 Frau Dr. med. **Dorothea Reinermann**, Pulheim, am 28.01.1950
 Herr Dr. med. **Jürgen Leiter**, Bad Arolsen, am 30.01.1950

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Wolfgang Dennig**, Stuttgart, am 04.01.1945
 Herr Dr. med. **Franz Josef Bienefeld**, Offenbach, am 06.01.1945
 Herr Dr. med. **Hans J. Müller**, Timmendorfer Strand, am 10.01.1945
 Frau Dr. med. **Dorothea Eicker**, Gladbeck, am 11.01.1945
 Frau Dr. med. **Helga Blaschke**, Fürstfeldbruck, am 13.01.1945
 Herr Dr. med. **Georg Poeschel**, Bochum, am 15.01.1945
 Herr Dr. med. **Rolf Schlenk**, Nürnberg, am 22.01.1945

Frau SR Dr. med. **Annemarie Rudolph**, Oschersleben, am 24.01.1945
 Frau Dr. med. **Ellen Andreä**, Fraureuth, am 29.01.1945
 Frau Dr. med. **Renate Schmidt**, Hagen, am 30.01.1945

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Elisabeth Prechtel**, Egloffstein, am 07.01.1924
 Frau Dr. med. **Maria E. Gertkemper**, Detmold, am 28.01.1925
 Herr Prof. Dr. med. **Wolf Berg**, Rotenburg, am 21.01.1928
 Frau MU Dr. **Ruth Schnürer**, Berlin, am 01.01.1929
 Herr Dr. med. **Anton Oster**, Köln, am 09.01.1929
 Herr MU Dr. **Helmut Hettmer**, Torgau, am 02.01.1930
 Herr Prof. Dr. med. **Jürgen Spranger**, Sinzheim, am 01.01.1931
 Frau Prof. Dr. med. **Ingeborg Brandt**, Königswinter, am 19.01.1931
 Frau Dr. med. **Ruth Hackel**, Bad Nauheim, am 01.01.1932
 Herr Dr. med. **Harald Hückstädt**, Hamburg, am 05.01.1932
 Frau Dr. med. **Helena Reich**, Baden Baden, am 19.01.1932
 Frau Dr. med. **Irene Seltsam**, Gemünden, am 25.01.1932
 Frau Dr. med. **Ingeborg Baßler**, Ladenburg, am 15.01.1934
 Herr Dr. med. **Peter Scharfe**, Dresden, am 20.01.1934
 Frau MU Dr. **Roswitha Schingnitz**, Lübben, am 07.01.1935
 Herr Dr. med. **Eberhardt Krüger**, Schönwalde-Glien, am 20.01.1935
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Wagner**, Siegen, am 23.01.1935
 Frau SR **Sieglinde Todtenhaupt**, Sömmerda, am 25.01.1935
 Herr Prof. Dr. med. **Bodo-Knut Jüngst**, Mainz, am 26.01.1935
 Frau MR **Brigitte Karge**, Finsterwalde, am 26.01.1935
 Frau Dr. med. **Barbara Forsch**, Bergisch Gladbach, am 07.01.1936
 Herr Dr. med. **Harald Dönch**, Haltern, am 13.01.1936
 Frau Dr. med. **Christa Leiber-Willemsen**, Krefeld, am 16.01.1936
 Herr Dr. med. **Thomas Kandler**, Nürnberg, am 18.01.1936
 Herr Prof. Dr. med. **Joachim Oppermann**, Halle, am 28.01.1936
 Herr Dr. med. **Claus Ramge**, Dortmund, am 28.01.1936
 Herr Dr. med. **Bernd v. Landwüst**, Leverkusen, am 01.01.1937
 Herr Dr. med. **Franz Deilmann**, Berlin, am 06.01.1937
 Herr Dr. med. **Peter Bonfils**, Lengerich, am 16.01.1937
 Frau Dr. med. **Gisela Lottermoser**, Ismaning, am 25.01.1937
 Frau Dr. med. **Gisela Stanescu**, Hundsangen, am 28.01.1937
 Herr Dr. med. **Reiner Thieme**, Marienberg, am 28.01.1937
 Herr Dr. med. **Anton Leonards**, Aachen, am 06.01.1938
 Herr Dr. med. **Werner Rulf**, Münster, am 10.01.1938
 Frau Dr. med. **Alena Pick**, Erkrath, am 15.01.1938
 Herr Dr. med. **Udo Foethke**, Eschwege, am 22.01.1938
 Herr Dr. med. **Wolfgang Pfitzner**, Bocholt, am 28.01.1938
 Herr Dr. med. **Rolf Künzel**, Leipzig, am 03.01.1939
 Herr Dr. med. **Ulrich Wöhrle**, Markgröningen, am 04.01.1939
 Frau Dr. med. **Irmgard Arndt**, Fehrbellin, am 10.01.1939
 Herr Dr. med. **Herbert Scheying**, Hamburg, am 12.01.1939
 Herr SR Dr. med. **Günther Weishäutel**, Gotha, am 12.01.1939
 Herr Prof. Dr. med. **Karl-Ernst von Mühlendahl**, Plön, am 14.01.1939

Herr Dr. med. **Johann Bau**, Hamburg, am 15.01.1939
Herr Dr. med. **Joachim Gunkel**, Dannewerk, am 15.01.1939
Frau Dr. med. **Karin Sommer**, Wuppertal, am 24.01.1939
Herr Dr. med. **Hermann Walther**, Fürth, am 29.01.1939
Frau Dr. med. **Ulla Dörffer**, Köln, am 01.01.1940

Wir trauern um:

Frau Prof. Dr. med. **Christa Fiehring**, Erfurt
Frau Dr. med. **Helma Götz**, Hilden
Herrn Prof. Dr. med. **Klemens Stehr**, Spardorf

Im Monat Oktober konnten wir 65 neue Mitglieder begrüßen.

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND BAYERN

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. findet vom **09.03. – 30.03.2020** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **30.03.2020** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. Martin Lang
Landesverbandsvorsitzender

Belimumab IV ist das erste Biologikum für die Behandlung von Lupus bei Kindern

– Europäische Zulassung für Kinder ab 5 Jahren erteilt

GlaxoSmithKline gab in der vergangenen Woche bekannt, dass die Europäische Kommission entschieden hat, die bestehende Indikation für intravenöses Benlysta (Belimumab) als Zusatztherapie bei Patienten mit aktivem, autoantikörper-positivem systemischem Lupus erythematoses mit hoher Krankheitsaktivität auf Kinder ab fünf Jahren auszuweiten.

Dr. Hal Barron, Chief Scientific Officer und President, R&D, GSK sagte: „Kinder mit Lupus haben in der Regel eine schwerwiegendere Erkrankung und frühere Organschäden als Erwachsene, aber bisher waren ihre Behandlungsmöglichkeiten begrenzt. Mit dieser Zulassung können diese Kinder erstmals in Europa mit einer speziell für ihre Krankheit entwickelten und zugelassenen biologischen Therapie behandelt werden.“

Alain Cornet, Generalsekretär von Lupus Europe, einer Wohltätigkeitsorganisation zur Unterstützung von Menschen mit Lupus in Europa, erklärte dazu: „Diese Entscheidung ist eine großartige Nachricht für die Lupusgemeinschaft in Europa und insbesondere für die betroffenen jungen Menschen und ihre unterstützenden Familien, die so sehr neue Therapiemöglichkeiten benötigen. Wir sind den vielen Patienten dankbar, die durch die Teilnahme an klinischen Studien diesen Fortschritt ermöglicht haben.“

Schätzungen zufolge gibt es in der Europäischen Union zwischen 3.000 und 6.000 Kinder im Alter von fünf bis 17 Jahren mit systemischem Lupus erythematoses.¹ Bei Kindern ist diese Krankheit mit einer schnelleren Akkumulation von Organschäden verbunden und sie hat einen höheren Grad an Morbidität als der syste-

mische Lupus erythematoses bei erwachsenen Menschen.^{2,3}

Diese Zulassung durch die Europäische Kommission folgt auf die jüngsten Zulassungen in den USA und Japan^{4,5}, die alle durch Daten aus PLUTO, einer verpflichtenden Studie nach Zulassung, unterstützt werden.

Über den systemischen Lupus erythematoses (SLE)

SLE ist eine chronische, unheilbare Autoimmunerkrankung, die mit einer Reihe von Symptomen verbunden ist, die meist schubförmig kommen und gehen, darunter schmerzhafte oder geschwollene Gelenke, extreme Müdigkeit, Fieber, Hautausschläge und multiple Organschäden. SLE ist die häufigste Form des Lupus und betrifft etwa 70 Prozent der geschätzten 5 Millionen Menschen mit Lupus weltweit.⁶ In Deutschland sind etwa 30.000 PatientInnen betroffen.

Über die PLUTO-Studie

Die PLUTO-Studie (Pediatric Lupus Trial of Belimumab Plus Background Standard Therapy) bewertete die Wirksamkeit, Sicherheit und Pharmakokinetik von 10 mg/kg IV Belimumab plus Standardtherapie im Vergleich zu Placebo plus Standardtherapie für ein Jahr bei 93 Kindern im Alter von 5-11 Jahren (n=13,) und 12-17 Jahren (n=80) mit SLE.

Das Nutzen-Risiko-Profil und die Pharmakokinetik von Belimumab IV im Kindesalter stimmten im Allgemeinen mit dem erwachsenen SLE überein.⁷ Der Anteil der Kinder, die eine klinisch signifikante Verbesserung der Krankheitsaktivität erzielten, gemessen an der

Ansprechrate des SLE Responder-Index (SRI), war bei Patienten, die Belimumab plus Standardtherapie (52,8%) erhielten, numerisch höher als bei Placebo plus Standardtherapie (43,6%) in Woche 52.⁷

Der Anteil der Patienten mit mindestens einem unerwünschten Ereignis (UE) und einem schweren UE betrug 79,2% und 17,0% für die Belimumab-Gruppe im Vergleich zu 82,5% und 35,0% für die Placebogruppe. In der pädiatrischen Population ab 12 Jahren wurden keine neuen Sicherheitssignale beobachtet (n=80). Die Sicherheitsdaten von Kindern unter 12 Jahren (n=13) sind begrenzt.⁷

Referenzen

1. GSK data on file, Characterizing the burden of childhood-onset Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in the United States and European Union. DoF Summary DNG # 2019N415028_00. August 2019
2. Brunner HI et al. Difference in disease features between childhood-onset and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2008;58(2):556-62.
3. Tucker LB et al. Adolescent onset of lupus results in more aggressive disease and worse outcomes: results of anested matched case-control study within LUMINA, a multiethnic US cohort (LUMINA LVII). *Lupus* 2008;17(4):314-22.
4. FDA. FDA approves first treatment for pediatric patients with lupus. Press Release April 26, 2019.
5. GSK. GSK receives US approval of Benlysta for intravenous use in children with lupus aged five years and above. Press Release April 26, 2019.
6. Lupus Foundation of America. What is lupus? Available at: <https://resources.lupus.org/entry/what-is-lupus> Last accessed March 2019
7. Brunner H et al. Efficacy and Safety of Intravenous Belimumab in Children with Systemic Lupus Erythematosus. *American College of Rheumatology 2018 Abstract 2867.*

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Dupilumab (Dupixent®) erzielt in Phase-III-Studie bei Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren mit schwerer atopischer Dermatitis positive Topline-Ergebnisse

Einreichung des Zulassungsantrags bei der Federal Drug Administration (FDA) in den USA für Kinder im 4. Quartal 2019 geplant // In einer zulassungsrelevanten Phase-III-Studie zur Untersuchung von Dupilumab in der Behandlung von Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren mit schwerer atopischer Dermatitis, wurden die primären und sekundären Endpunkte erreicht. Dupilumab ist das erste und einzige Biologikum, für das positive Ergebnisse bei Kindern dieser Altersgruppe mit atopischer Dermatitis vorliegen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit schwerer atopischer Dermatitis (durchschnittlich fast 60 Prozent der Körperoberfläche betroffen) von Dupilumab zusätzlich zur Standardbehandlung mit topischen Kortikosteroiden (TCS), profitieren: Die Schwere der Erkrankung, das Hautbild, der Juckreiz sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbesserten sich in den Studien mit Kindern im Vergleich zu TCS alleine signifikant. Das Sicherheitsprofil von Dupilumab war in den Studien mit den Kindern vergleichbar mit dem, was in vorherigen Studien bei älteren Patientengruppen mit atopischer Dermatitis beobachtet wurde. Dies schließt eine im Vergleich zu Placebo numerisch geringere Rate an Hautinfektionen ein.

„Dies ist die erste Studie zur Anwendung eines Biologikums bei Kindern unter 12 Jahren mit atopischer Dermatitis. Aufgrund der großen medizinischen Versorgungslücke bei dieser Patientengruppe sind diese Ergebnisse sehr wichtig. Die Kinder, die an der Studie teilnahmen, litten den größten Teil ihres Lebens an einer schweren atopischen Dermatitis“, erklärt George D. Yancopoulos, M.D., Ph.D., President und Chief Scientific Officer bei Regeneron. „Die Studie zeigte, dass Dupilumab eine signifikante Verbesserung der Krankheitsparameter und Lebensqualität bewirkte, ohne dass neue Sicherheitsrisiken auftraten.“

Dupilumab ist ein vollständig humaner monoklonaler Antikörper, der die Signalwege der Interleukine (IL)-4 und IL-13 hemmt. Klinische Studien über Dupilumab haben gezeigt, dass IL-4 und IL-13 treibende Faktoren der Typ-2-Entzündung

sind, die bei atopischer Dermatitis, Asthma und chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP; wird derzeit in der EU von den Zulassungsbehörden geprüft) eine wichtige Rolle spielen.

„Die unkontrollierten Symptome der Kinder mit schwerer atopischer Dermatitis in dieser Studie betrafen im Durchschnitt fast 60 Prozent der Haut. Zu den belastenden Symptomen der Erkrankung, die nicht nur die Kinder, sondern die gesamte Familie beeinträchtigen, gehören ein ausgedehnter Hautausschlag, starker und anhaltender Juckreiz sowie Hautläsionen“, so John Reed, M.D., Ph.D., Global Head of Research and Development bei Sanofi. „Die Symptome einer schweren atopischen Dermatitis können nicht nur körperliche, sondern auch psychische Auswirkungen haben. Diese Ergebnisse spornen uns an, denn Dupilumab verbesserte Hautläsionen und das Hautbild, verringerte den Juckreiz und mit am wichtigsten, verbesserte die Lebensqualität dieser jungen Patienten.“

Die primären Endpunkte beinhalteten den Anteil an Patienten, die nach 16 Wochen einen Investigator's Global Assessment-Wert (IGA) von 0 (vollständig erscheinungsfrei) oder 1 (nahezu erscheinungsfrei) und eine Verbesserung des Eczema Area and Severity Index (EASI) um mindestens 75 Prozent (EASI-75, co-primärer Endpunkt in Ländern außerhalb der USA) erreichten.

Die nach 16 Wochen erzielten Ergebnisse umfassen:

- 33 Prozent der Patienten, die Dupilumab (300 mg) alle vier Wochen, und 30 Prozent der Patienten, die Dupilumab alle zwei Wochen erhielten

(je nach Körpergewicht 100 mg oder 200 mg), erreichten eine vollständige oder fast vollständige Erscheinungsfreiheit der Haut (IGA von 0 oder 1), was unter Placebo bei 11 Prozent der Patienten der Fall war ($p < 0,0001$ bzw. $p = 0,0004$).

- 70 Prozent der alle vier Wochen und 67 Prozent der alle zwei Wochen mit Dupilumab behandelten Patienten erzielten eine Verbesserung der Haut um 75 Prozent oder mehr (EASI-75). Unter Placebo war dies bei 27 Prozent der Patienten der Fall ($p < 0,0001$ für beide Vergleiche).
- Die durchschnittliche Verbesserung des EASI-Scores gegenüber dem Ausgangswert in der Gruppe, die Dupilumab alle vier Wochen erhielt, betrug 82 Prozent und in der Gruppe, die Dupilumab alle zwei Wochen erhielt, 78 Prozent. Unter Placebo betrug sie 49 Prozent ($p < 0,0001$ für beide Vergleiche).
- Dupilumab bewirkte eine signifikante Reduktion des Juckreizes. Zusätzlich besserten sich durch Patientenfragebögen beurteilte Parameter wie Angst, Depressionen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern und anderer Familienangehöriger.

Über den Behandlungszeitraum von 16 Wochen betrug die Gesamtrate von unerwünschten Ereignissen unter vierwöchentlicher Therapie mit Dupilumab 65 Prozent, unter zweiwöchentlicher Therapie mit Dupilumab 67 Prozent und unter Placebo 73 Prozent. Unerwünschte Ereignisse, die unter Dupilumab häufiger beobachtet wurden, waren Konjunktivitis (7 Prozent unter Dupilumab alle vier

Wochen, 15 Prozent unter Dupilumab alle zwei Wochen und 4 Prozent unter Placebo), Nasopharyngitis (13 Prozent unter Dupilumab alle vier Wochen, 7 Prozent unter Dupilumab alle zwei Wochen und 7 Prozent unter Placebo) sowie Reaktionen an der Injektionsstelle (10 Prozent unter Dupilumab alle vier Wochen, 11 Prozent unter Dupilumab alle zwei Wochen und 6 Prozent unter Placebo). Weitere präspezifizierte unerwünschte Ereignisse waren Hautinfektionen (6 Prozent unter Dupilumab alle vier Wochen, 8 Prozent unter Dupilumab alle zwei Wochen und

13 Prozent unter Placebo) sowie Herpes-Virus-Infektionen (2 Prozent unter Dupilumab alle vier Wochen, 3 Prozent unter Dupilumab alle zwei Wochen und 5 Prozent unter Placebo).

Ausführliche Ergebnisse dieser Studie werden demnächst auf einem medizinischen Kongress vorgestellt. Darüber hinaus werden die Daten bei den zuständigen Zulassungsbehörden eingereicht; zunächst bei der Food and Drug Administration (FDA) der USA im 4. Quartal 2019. Im Jahr 2016 hatte die FDA Dupilumab zur Behandlung der mittelschweren bis

schweren atopischen Dermatitis bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie zur Behandlung der schweren atopischen Dermatitis bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis 11 Jahren den Sonderstatus einer Breakthrough Therapy zugesprochen. Die Wirksamkeit und die Sicherheit von Dupilumab bei Kindern unter 12 Jahren wurden noch von keiner Zulassungsbehörde vollständig beurteilt.

Nach Informationen von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Neu-Isenburg

Linola bekommt Zuwachs:

„Little Lino“ – die medizinische Kinder- und Babypflegeserie ist bald da

Vier medizinische Hautpflegeprodukte sorgen künftig für streichelzarte Baby- & Kinderhaut und ein gutes Gefühl bei den Fürsorgenden: eine Windelcreme, eine Duschpflege sowie zwei Varianten einer Hautmilch.

Die Little Lino-Produkte wurden speziell für die Bedürfnisse empfindlicher, trockener oder auch juckender Kinder- und Babyhaut entwickelt und sind dermatologisch auf Verträglichkeit getestet. Die neue kindsgerechte Hautpflege basiert auf bewährten Linola-Rezepturen und verzichtet gänzlich auf synthetische Duftstoffmischungen, Mineralöle, Vaseline, Silikone und Mikroplastik. Little Lino beinhaltet nur pharmazeutisch ausgewählte und kontrollierte Inhaltsstoffe wie die Linolsäure des Distelöls, das naturidentische Bisabol, Zimtsäure-Derivat und Ingwer-Wurzel-Extrakt.

Little Lino Windelcreme UVP 7,95 EUR, 50 ml

Die sanfte Windelcreme schützt den empfindlichen Windelbereich vor Feuchtigkeit und lindert Rötungen. Dank ihrer besonderen Galenik lässt sie sich leicht auftragen und auch wieder rückstandslos entfernen.

Little Lino Hautmilch UVP 11,45 EUR, 200 ml

Diese hautberuhigende Wasser-in-Öl-Emulsion für die sehr trockene oder sogar zu Neurodermitis neigende Körper- und Gesichtshaut legt einen Schutzfilm auf die Haut und schützt sie vor weiterer Austrocknung.

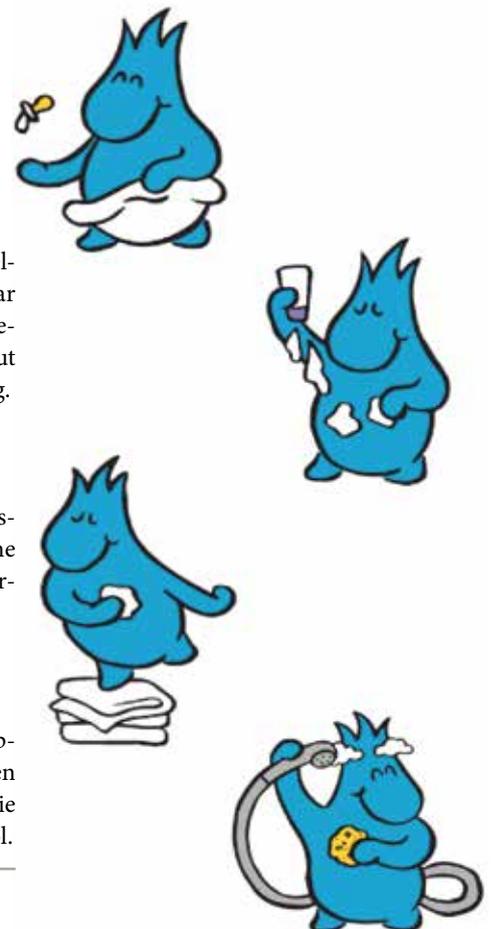
Little Lino Hautmilch leicht UVP 10,95 EUR, 200 ml

Diese schnell einziehende Öl-in-Wasser-Emulsion eignet sich für die tägliche Pflege von Gesicht und Körper bei normaler bis trockener Haut.

Little Lino Duschpflege UVP 8,95 EUR, 200 ml

Die Duschpflege reinigt sanft die empfindliche Kinderhaut mit ausgewogenen milden Waschsubstanzen und umsorgt sie mit wertvollem linolensäurereichem Distelöl.

*Nach Informationen von
Dr. Kurt Wolff GmbH, Bielefeld*



Pharma Trend Image & Innovation Award

Kinderärzte stimmen für das Familienunternehmen InfectoPharm

Bei der jährlichen Preisverleihung des Pharma Trend Image & Innovation Awards am 17. September 2019 in München hat InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH zum 18. Mal in Folge in der Gruppe der Kinder- und Jugendärzte die *Goldene Tablette* gewonnen. 1200 Teilnehmer, darunter verschiedene Facharztgruppen, gaben in einer ungestützten, strukturierten online-Umfrage ihre Einschätzung ab, welches Pharmaunternehmen den „Oscar der Pharmabranche“ verdient. Im Zuge der Befragung wurde auch *Das innovativste Produkt* ermittelt. Hier nannten die Pädiater gleich zwei InfectoPharm-Produkte: das Melatoninpräparat Slenyto® auf Platz 1 und den Vorjahressieger Scabioral® auf Platz 2.

Mit dieser Wahl kann sich ein mittelständisches Familienunternehmen ohne Grundlagenforschung und ohne Außendienst – aber mit hoher Spezialisierung in der Kinderheilkunde – in den nunmehr

20 Jahren der Preisverleihung beständig von großen Mitbewerbern aus der Pharmabranche abheben. 65 % der Pädiater sprechen InfectoPharm die *Goldene Tablette* zu, nochmals 10 % mehr als im Vorjahr. Damit gewinnt das Unternehmen auch bei der Gesamtauswertung über alle Facharztgruppen. Als Begründung für ihre Wahl nennen die Kinder- und Jugendärzte unter anderem das Angebot an Fortbildungen (72 % der Befragten), die Qualität der Produkte (35 %) und die erkennbar innovative Produktpipeline (34 %).



TV-Moderatorin Tamara Sedmak übergibt die Goldene Tablette 2019 an Dr. Andreas Rauschenbach



Preisverleihung *Das innovativste Produkt* an InfectoPharm. Von links: Tamara Sedmak (Moderation), Dr. Andreas Rauschenbach (Leiter Ärzteservice und Kommunikation InfectoPharm) und Franziska Janetzko (Assistenz).

Slenyto, ein Präparat für Kinder mit Störungen aus dem Autismus-Spektrum und Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen, gewinnt bei den Pädiatern die Auszeichnung *Das innovativste Produkt*. „Wir sind etwas überrascht, denn zum Zeitpunkt der Datenerhebung war die retardierte Minitablette Slenyto erst vier Monate auf dem Markt“, kommentiert Dr. Markus Rudolph, Geschäftsfüh-

rer von InfectoPharm. Auf den zweiten Platz wählen die Pädiater Scabioral zur verbesserten Behandlung der Krätze. „Auch hier scheint InfectoPharm einen dringenden Bedarf in der Kinderheilkunde genau getroffen zu haben“, folgert Rudolph.

Auch im Ranking „Beste Pharma-Unternehmen – Deutschland – Große Einzel-, mittelständische und internationale Unternehmen“ schnitt InfectoPharm mit Platz 2 – nach dem Sieg in den beiden Vorjahren – wieder sehr gut ab.

Zu Pharma Trend: Das jährliche Ranking und die Preisverleihung der *Pharma Trend Image & Innovation Awards* wird im Auftrag eurecon-Verlages beauftragt und seit 6 Jahren von dem internationalen Meinungsumfrageinstitut Harris Interactive durchgeführt. 2019 umfasste die Stichprobe 500 Fachärzte – Dermatologen, Gastroenterologen, Gynäkologen, Onkologen/Hämatologen und Pädiater – sowie 100 Apotheker und 600 Patienten. Befragungszeitraum war 14.06. bis 20.07.2019.

Die Preise wurden am 17. September 2019 im Festsaal des Deutschen Museums in München an

Dr. Andreas Rauschenbach, Leiter Ärzteservice und Kommunikation InfectoPharm, übergeben.

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

Angemessene Therapie bei akuter Bronchitis? – Weniger Antibiotikaverordnungen bei europäischem Ärzte-Nachwuchs

Ein verringerter und angemessener Einsatz von Antibiotika liegt im Trend, wie eine aktuelle europäische Studie mit angehenden Ärzten zeigt.¹ Gleichzeitig hat für viele Patienten mit akuter Bronchitis eine wirksame Symptombehandlung Priorität. Mittel der Wahl sind daher pflanzliche Präparate, die über eine gute klinische Evidenz verfügen. So wie Bronchipret®: Das Arzneimittel bekämpft die Entzündung in den Bronchien, löst den festsitzenden Schleim und beruhigt den Husten.

Akute Bronchitis – Verringerter Einsatz von Antibiotika zeichnet sich bei europäischen Nachwuchs-Ärzten ab

In einer vor kurzem veröffentlichten Querschnitts-Studie in 15 europäischen Ländern wurde die Angemessenheit der Arzneimittelverordnungen angehender Ärzte bei Infektionen der Atemwege anhand der Empfehlungen der Leitlinien bewertet, darunter auch die akute Bronchitis. Die Nachwuchs-Ärzte verordneten bei akuter Bronchitis in 75 % der Fälle angemessene Arzneimittel zur Therapie und nur noch für 25 % der Bronchitisfälle Antibiotika.¹ Insgesamt attestierten die Studienleiter dem Ärztenachwuchs jedoch noch einen Nachholbedarf.

Nachholbedarf bei erfahrenen Ärzten

In Deutschland wird eine Thymian-Efeu-Kombination laut S2k-Leitlinie der DGP zur Therapie des Hustens bei akuter unkomplizierter Bronchitis empfohlen.² Entgegen diesen Behandlungsleitlinien werden auch bei viral-verursachten Atemwegsinfektionen immer noch häufig Antibiotika verschrieben. So wurde im Jahr 2013 jedes dritte Antibiotikum unnötig verordnet.³ Die aktuelle Studie mit der kommenden Ärztegeneration weist daraufhin, dass der übermäßige Gebrauch von Antibiotika zukünftig zurückgehen könnte.



Entzündungsbekämpfung und Hustenberuhigung – eine leitliniengerechte Therapiewahl bei akuter Bronchitis

Patienten mit akuter Bronchitis wünschen sich eine schnelle Linderung ihrer Symptome. Bronchipret® wirkt mit dem 3-fach Effekt in allen Phasen der akuten Bronchitis. Es bekämpft die Entzündung in den Bronchien, löst den festsitzenden Schleim und beruhigt den Husten. So zeigen Forschungsergebnisse im in vivo-Modell einer experimentellen Bronchoalveolitis eine Reduktion der granulozytären Infiltration in Mucosa und Submucosa.⁴ Die Thymian-Efeu-Kombination bekämpft somit nicht nur die unerwünschten und belastenden Symptome, sondern auch deren Ursache: die Entzündung in den Bronchien. In Einklang damit belegt eine randomisierte, klinische Studie, dass Hustenanfälle durch die Extraktkombination aus Thymian und Efeu schnell und nachhaltig zurück gehen.⁵

Neben dem bewährten Saft für Kinder ab einem Jahr ist die Thymian-Efeu-Kombination in einer *extra starken** Tropfen-

form erhältlich. Durch ihre höhere Konzentration* sind die Bronchipret® Tropfen für Erwachsene geeignet, die eine schnell spürbare Wirkung wünschen – mit blauer Kappe für eine leichtere Wiedererkennung. Um die Einnahme noch patientenfreundlicher zu machen, bekommt Bronchipret® ab Winter 2019 einen neuen Dosierbecher mit schwarzen Dosierlinien. Damit ist das Dosieren präzise, einfach und sicher.

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

Literatur

1. Van der Voort T et al. (2019) Int J Antimicrob Agents. 54(3):375-379.
2. Kardos et al. DGP Leitlinie 2019; 73:143-180.
3. DAK Antibiotika-Report 2014.
4. Seibel J et al. (2014) ERJ 44 (Suppl 58): P1794.
5. Kemmerich B et al. (2006) Arzneim.-Forsch. | Drug. Res. 56(9): 652-660.

Nach Informationen von Bionorica SE, Neumarkt

Seqirus bringt neuen Grippeimpfstoff in Deutschland auf den Markt

Der innovative zellbasierte quadrivalente Impfstoff wird in der Grippezeit 2019/2020 in Deutschland ausgeliefert // Seqirus, ein weltweit führendes Unternehmen bei der Influenzaprävention, hat heute den Start der Auslieferung des neuen zellbasierten quadrivalenten Influenzaimpfstoffes (QIVc), FLUCELVAX® TETRA▼ an Großhandel und Apotheken in Deutschland für die Saison 2019/2020 bekanntgegeben.

Trotz der Verzögerung bei der Bekanntgabe des H3N2-Stamms durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), konnte der Seqirus-Impfstoff rechtzeitig an Kunden übergeben werden. Das bedeutet, dass Hausarztpraxen und Apotheken gut auf die Impfung von Risiko- und empfindlichen Gruppen vor der diesjährigen Grippezeit vorbereitet sind.

Flucelvax® Tetra▼ ist der einzige in Europa zugelassene zellbasierte quadrivalente Influenzaimpfstoff und bietet eine Alternative zur eibasierten Herstellung, die seit 70 Jahren das Hauptherstellungsverfahren darstellt.²

Die zellbasierte quadrivalente Formulierung wurde in den USA bereits in der Saison 2016/17 eingeführt. Seitdem hat Seqirus über 50 Millionen Dosen des Impfstoffs hergestellt.³ Das Produkt wurde im Dezember 2018 von der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) für die Influenzaphylaxe bei Erwachsenen und Kindern ab 9 Jahren zugelassen.⁴

Der Impfstoff wird in der modernen Anlage von Seqirus in Holly Springs, North Carolina, in den USA hergestellt und schließlich in der Anlage von CSL Behring in Marburg (Deutschland) abgefüllt. Dieses Jahr werden alle vier Stämme des Impfstoffs mit einem zellbasierten Kandidatenimpfstoff-Virus (CVV) hergestellt.⁵ Dies könnte zu einer hohen Übereinstimmung mit den zirkulierenden

Influenzastämmen führen und schließt das Risiko der Ei-Adaptation, eine der potenziellen Ursachen für eine geringe Wirksamkeit des eibasierten Grippeimpfstoffes, aus.⁶

Deborah Di Salvo, Geschäftsführerin a. i. bei Seqirus Deutschland, sagt dazu: „Seqirus ist das einzige Impfstoffunternehmen weltweit, das sich allein der Prävention von Influenza widmet. Wir haben dank unseres Mutterunternehmens CSL eine lange Geschichte in Deutschland, und seit vielen Jahren unterstützen wir den Schutz der Bevölkerung vor Influenza durch die Bereitstellung von Impfstoffen. Ich bin stolz darauf, dass wir einen innovativen Impfstoff in Deutschland einführen, in unser Servicenniveau investieren und so sicherstellen, dass wir als zuverlässiger Anbieter von Influenzaimpfstoff für saisonale und pandemische Influenza in zukünftigen Saisons immer ganz vorne mit dabei sind.“⁶

Dr. med. Markus Frühwein, Hausarzt aus München mit Spezialisierung auf Reise- und Tropenmedizin, fügte hinzu: „Die Prävention von Influenza ist eine der wichtigsten Prioritäten in der öffentlichen Gesundheit und wir wissen, dass eine Impfung der beste Schutz vor Influenza ist. Als Hausarzt beobachte ich im Winter übermäßig viele Konsultationen, Hospitalisierungen und manchmal sogar Todesfälle aufgrund der Influenzalast. Ich begrüße die Einführung neuer Influenzaimpfstoffe, etwa zellbasierter Impfstoffe, die die Optionen für Hausärzte wie mich erweitern, mit dem Potential unsere Patienten dank der innovativen Produktionsverfahren besser schützen zu können.“

enimpfstoffe, etwa zellbasierter Impfstoffe, die die Optionen für Hausärzte wie mich erweitern, mit dem Potential unsere Patienten dank der innovativen Produktionsverfahren besser schützen zu können.“

Referenzen

1. IFPMA. Statement on influenza vaccine supply in the 2019-20 Northern Hemisphere season. Abgerufen von: <https://www.ifpma.org/resource-centre/statement-on-influenza-vaccine-supply-in-the-2019-20-northern-hemisphere-season/>. Abgerufen im September 2019.
2. CDC. How Influenza (Flu) Vaccines Are Made. Abgerufen von: https://www.cdc.gov/flu/prevent/how-fluvaccine-made.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fflu%2Fprotect%2Fvaccine%2Fhow-fluvaccine-made.htm. Abgerufen im August 2019.
3. Daten liegen vor. Summit, NJ: Seqirus USA Inc. 2019.
4. EMC. Flucelvax Tetra product information. Abgerufen von: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/flucelvax-tetra-epar-product-information_en.pdf. Abgerufen im August 2019.
5. Cision PR Wire. Seqirus Announces Further Advances in Cell-Based Influenza Vaccine Technology. Abgerufen von: <https://www.prnewswire.com/news-releases/seqirus-announces-further-advances-in-cell-based-influenza-vaccine-technology-300831979.html>. Abgerufen im August 2019.
6. CDC. Cell-Based Flu Vaccines. Abgerufen von: https://www.cdc.gov/flu/prevent/cell-based.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fflu%2Fprotect%2Fvaccine%2Fcell-based.htm. Abgerufen im August 2019.

**Nach Informationen von
Seqirus GmbH, Marburg**

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