

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 02/17
47. (65.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen
U1 bis U9
nach der neuen
Kinder-Richtlinie

Fortbildung
Prävention
der Adipositas

Forum
Gemeinsam stark
für Familien

Magazin
Der Segen
der Großeltern

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

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

INHALT 02 | 2017

Berufsfragen

| | |
|--|----|
| Editorial // Thomas Fischbach | 3 |
| Der Kinder- und Jugendarzt im neuen Gewand // Marc Schulz | 6 |
| Wahlergebnis | 7 |
| U1 bis U9 nach der neuen Kinder-Richtlinie // Burkhard Lawrenz | 8 |
| Arzthaftung für den Kinder- und Jugendarzt, Teil 2 // Christian Maus, Kyrill Makoski | 14 |
| Studie in Kinder- und Jugendarztpraxen // Maria Scholz, Markus Wirtz | 16 |
| Pädiatrischer HzV mit der AOK in Baden-Württemberg // Roland Fressle, Klaus Rodens | 19 |
| Der BVKJ beim Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft // Regine Hauch | 21 |
| Impressum | 22 |
| Der Honorarausschuss informiert // Marcus Heidemann | 24 |
| Ankündigung 14. Assistentenkongress | 26 |
| Ergänzung der Kinder-Richtlinie // Rainer Leitzig | 28 |
| Beschluss zu den geänderten Kinderrichtlinien // Wolfram Hartmann | 29 |

Fortbildung

| | |
|--|----|
| Editorial // Klaus-Michael Keller | 30 |
| Highlights aus Bad Orb: Prävention der Adipositas // Manfred J. Müller | 30 |
| Makrolidtherapie der „atypischen Pneumonie“: Immer noch sinnvoll? // Alena Kuhn, Johannes Hübner | 39 |
| Welche Diagnose wird gestellt? // Maren Fließner | 41 |
| Review aus englischsprachigen Zeitschriften | 44 |
| consilium: Konnatale CMV-Infektion // Volker Schuster | 46 |

Forum

| | |
|--|----|
| Gemeinsam stark für Familien // Ulrich Fegeler | 48 |
| Die „Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin“ stellt sich vor // Simone Schulze | 50 |
| BLIKK Projekt – Zwischenstand und Hilferuf // Uwe Büsching | 52 |
| Aus den Selbsthilfegruppen | 54 |
| Treffen zur Kooperation Pädiatrie – Allgemeinmedizin // Regine Hauch | 55 |
| Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) tritt in Kraft // Wolfram Hartmann | 56 |



Der Segen der Großeltern

S. 57

Magazin

| | |
|--|----|
| Der Segen der Großeltern // Jürgen Hower | 57 |
| Monika Zilken im Ruhestand // Wolfram Hartmann | 59 |
| Karl Stiller zum 65. Geburtstag // Sigrid Bitsch | 60 |
| Bernhard Stier zum 65. Geburtstag // Josef Geisz | 61 |
| Fortbildungstermine des BVKJ | 62 |
| Personalien | 63 |
| Pädindex | 65 |
| Nachrichten der Industrie | 66 |
| Wichtige Adressen des BVKJ | 69 |

Titelbild: © iStock.com/Imgorthand

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind ein Supplement der Shire Deutschland GmbH und eine Beilage der Ludwig-Maximilians-Universität München, sowie die Programmhefte zum 15. Pädiatrie à la carte und 40. Pädiatref in Köln, zum 30. Pädiatrie zum Anfassen in Worms und zum 27. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt (jeweils Teilaufgaben) beige-fügt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Die Zeit gut genutzt

Bericht zum Amtsjahr 2015/16



Dr. Thomas Fischbach

Liebe Leserinnen und Leser, mein erstes Jahr als Präsident des BVKJ ist am 1.11.2016 zu Ende gegangen. Es war eine sehr ereignisreiche und auch eine sehr lehrreiche Zeit. An dieser Stelle möchte ich die Leserinnen und Leser unserer Zeitschrift teilhaben lassen an meinen Erfahrungen und zugleich einen Blick auf die Themen werfen, an denen wir in Zukunft arbeiten werden.

Gleich zu Beginn meiner Amtszeit hatte ich mir vier Schwerpunkte ausgewählt:

- die Verbesserung der pädiatrischen Aus- und Weiterbildung
- die Kooperation mit anderen ärztlichen und nichtärztlichen Verbänden
- die Zukunft der pädiatrischen Versorgung in Deutschland
- die Umstrukturierung unserer Geschäftsstelle

Gemeinsam stark

Ohne motivierte Mitstreiter, ohne Vernetzung mit starken Partnern geht nichts. So haben wir in zahlreichen arbeitsintensiven Gesprächen mit unseren beiden Schwesterverbänden DGKJ und DGSPJ zunächst gemeinsam die Zukunft der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ e.V.) durch Verabschiedung einer modernen Satzung sichergestellt. Diese regelt nun klar die Aufgaben der DAKJ im Kontext mit ihren Gründungsgesellschaften BVKJ, DGKJ

und DGSPJ. Ihren Abschluss fand die Umstrukturierung mit der Wahl von Professor Hans-Iko Huppertz (DGKJ) zum Generalsekretär sowie Dr. Christian Fricke (DGSPJ) und Dehtleff Banthien (BVKJ) zu stellvertretenden Generalsekretären. Eine wichtige Aufgabe der DAKJ sehen die pädiatrischen Gesellschaften im Engagement für die Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung in Deutschland durch die Arbeit der Zukunftskommission. Hier werden wir uns weiterhin intensiv mit der völlig unzureichenden Bedarfsplanung, mit der studentischen Ausbildung (Masterplan 2020) und der modernen Weiterbildungsordnung wie auch neuen Versorgungsformen befassen. Nicht zuletzt Dank unseres beständigen Insistierens im BMG hat der Bundesgesetzgeber in einem ersten Schritt eine finanzielle Förderung auch der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung im SGB V verankert. Hier besteht in der Umsetzung wie auch in der Quantität der Förderung noch dringender Korrekturbedarf: eine Aufgabe für 2017. Die vielen gemeinsamen Gespräche der großen pädiatrischen Gesellschaften haben nicht nur der Sache gedient, sie haben auch das von Offenheit und gegenseitiger Wertschätzung geprägte Verhältnis der drei pädiatrischen Verbände zueinander intensiviert. So konnten die Gesellschaften sich auch auf gemeinsame Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017 einigen, die wir bald vorstellen werden.

Ebenfalls von großer Offenheit und Konstruktivität getragen waren die verschiedenen Kontaktgespräche mit ärztlichen Verbänden wie dem Deutschen Hausärzterverband, dem Berufsverband der Internisten und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater. Hier konnten wir gemeinsame Themenfelder eruieren und kooperative Aktivitäten im Bereich der Transition, der berufsgruppenspezifischen Schnittstellengestaltung sowie der studentischen Aus- und fachärztlichen Weiterbildung definieren. Wie zuvor schon bei Bundesminister Gröhe habe ich hier klar die erforderliche Finanzierung der ambulanten pädiatrischen

Weiterbildung analog zur Allgemeinmedizin vorgebracht.

Über die willkürliche Verteilung der bisherigen Fördermittel zu Lasten der Pädiatrie durch die Regional-KVen werde ich im Januar 2017 mit der Staatssekretärin im BMG, Ingrid Fischbach, sprechen.

Der BVKJ in der Politik

Die politischen Aktivitäten des BVKJ waren aufgrund zahlreicher Gesetzesvorhaben des Bundesministers für Gesundheit, Hermann Gröhe, sehr hoch. Wir setzten uns ganz vehement für die finanzielle Förderung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung ebenso ein wie für eine neue Bedarfsplanung, die diesen Terminus auch verdient. Weiterhin unterstützten wir erfolgreich die DGKJ und GKind im Kampf um die Pflegeberufereform, die den Beruf der Kinderkrankenschwester/des Kinderkranken-pflegers faktisch abschaffen wollte. Mit unserer Unterstützung gelang es, die Politik hier zum Nachdenken zu bewegen und einen gesetzgeberischen Schnellschuss zu verhindern. Ähnliches gelang uns im Verein mit anderen Verbänden bei der geplanten Reform des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), wo der individuelle Leistungsanspruch gänzlich in das Ermessen der Jugendhilfe übergehen sollte. Bei der Anhörung zum Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz konnte ich deutlich machen, dass kindzentrierte Arzneimittelstudien unverzichtbar sind, und forderte eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln.

Im Kampf gegen die neue Volksseuche Adipositas unterstützte der BVKJ die Organisation Foodwatch in ihrer Forderung nach einer Zuckersteuer. Den Sinn einer solchen Steuer konnte ich bei einem persönlichen Treffen mit Bundesminister Christian Schmid vom Ministerium für Ernährung und Landwirtschaft nochmals verdeutlichen. Mit Blick auf die Mitgliedschaft des BVKJ bei der Plattform für Ernährung (peb) habe ich darauf hingewiesen, dass diese davon abhängig sein wird, ob sich die Lebensmittelwirtschaft ihrer Selbstverpflichtung zur Förderung

gesunder Ernährung endlich stellen wird. Minister Schmidt versprach daraufhin ordnungspolitische Maßnahmen als alternative Regelungsmöglichkeiten.

Mit Fördermitteln des BMG konnten wir unser Medienprojekt BLIKK (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz und Krankheiten von Kindern und Jugendlichen beim Umgang mit elektronischen Medien“) gemeinsam mit der Rheinischen Fachhochschule Köln, unserer Stiftung Kind und Jugend sowie der Deutschen Gesellschaft für ambulante allgemeine Pädiatrie DGAAP erfolgreich durchführen und erste interessante Ergebnisse auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten Marlene Mortler vorstellen. Allen teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen sei herzlich gedankt!

Darüber hinaus führte ich im ersten Amtsjahr zahlreiche weitere Gespräche zu unterschiedlichen Themen mit Bundespolitikern, Vertretern der pharmazeutischen Industrie, dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, dem Apothekerverband, Krankenkassen, Marburger Bund und KBV, über die ich hier nicht einzeln berichten kann. Ausführliche Infos dazu gibt es aber in unseren verbandseigenen Informationsquellen wie „PädInform“, dem Newsletter und auch in den Ausgaben des „Kinder- und Jugendarzt“, die alle unter www.kinder-undjugendarzt.de archiviert sind.

Die Geschäftsstelle – eine Baustelle

Die Situation in unserer Kölner Geschäftsstelle war zu meinem Amtsantritt aufgrund erheblicher Krankenstände in wichtigen Geschäftsbereichen problema-

tisch. Die Mitarbeiterinnen waren dadurch extrem gefordert. Das Präsidium und der Bundesvorstand haben daher die neue Position eines Geschäftsstellenleiters für Personal- und Organisationsangelegenheiten beschlossen, die im Oktober 2016 mit dem Betriebswirt Armin Wölbeling besetzt wurde. Erschwert wurde die Situation nach der Kündigung unserer Geschäftsführerin, der ich für ihre Arbeit für den Verband an dieser Stelle nochmals danken möchte. Kurzfristig übernahm ich selbst kommissarisch die Geschäftsführung. Im Dezember hat nun der Geschäftsführende Vorstand im Einvernehmen mit dem Bundesvorstand die Position eines Geschäftsführers/einer Geschäftsführerin zum nächstmöglichen Zeitpunkt ausgeschrieben. Bis zur Neubesetzung der Position unterstützt mich das Präsidium und übernimmt Geschäftsführungsaufgaben.

Unsere Frau in Berlin

Seit November 2016 wird unser Hauptstadtbüro von der Politologin Kathrin Jackel-Neusser besetzt, die mich bei der politischen Arbeit in der Bundeshauptstadt unterstützt.

In diesem Wahljahr werden wir zeitnah unsere Wahlprüfsteine veröffentlichen und in die Politik hineinragen. Kathrin Jackel-Neusser und ich haben bereits etliche Politikgespräche terminiert, das nächste findet am 13. Januar 2017 mit der Parlamentarischen Staatssekretärin im BMG, Ingrid Fischbach, statt. Mit ihr werden wir einen breiten Themenkatalog bearbeiten. Dieser enthält beispielsweise die TOPs: praktische Umsetzung des zur Zeit wenig effektiven

Präventionsgesetzes, Aufnahme weiterer pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen in den Kollektivvertrag, Umsetzungsdefizite bei der ambulanten Weiterbildungsförderung sowie Sicherstellung der ambulanten pädiatrischen Versorgung durch eine dringend erforderliche Novellierung der veralteten und ineffizienten Bedarfsplanungsrichtlinie.

Sie sehen, es ist viel passiert in diesem ersten Amtsjahr, wir haben die Zeit gut genutzt. Alle meine Schwerpunktziele sind im Fokus, wir haben gemeinsam bereits viel erreicht, werden aber auch im nächsten Jahr nicht nachlassen. Insbesondere der Bundestagswahl sehen wir mit Spannung entgegen. Die Themen der neuen Bundesregierung werden in Zukunft dann auch unsere Agenda mitbestimmen. Als BVKJ werden wir die Arbeit der neuen Bundesregierung kritisch begleiten und uns auch weiterhin in wichtige gesundheitspolitische Debatten einmischen: für die Zukunft unseres Faches und für die Zukunft der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen.

An dieser Stelle möchte ich dem Vorstand und Mitarbeitern der Geschäftsstelle danken, die trotz widriger Umstände eine exzellente Arbeit geleistet haben und leisten. Danken möchte ich aber auch Ihnen, den BVKJ-Mitgliedern, die mich in meinem ersten Amtsjahr auf so vielfältige Weise unterstützt haben, mit Lob, aber auch Kritik nicht gespart haben und mir dadurch geholfen haben, dieses schwierige und schöne Amt auszufüllen.

Ihr
Dr. Thomas Fischbach
Präsident BVKJ e.V.



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

Layout-Relaunch

Der Kinder- und Jugendarzt im neuen Gewand

Liebe Leserin, lieber Leser, vielleicht haben Sie es beim Durchblättern schon bemerkt: Unsere Zeitschrift präsentiert sich im neuen Layout. Hinter der Entwicklung des Relaunches stand der Gedanke, Ihnen wie bisher alle Infos rund um Ihren Beruf aktuell und kompakt zu liefern, zugleich aber auch das Lesen zum Vergnügen zu machen. Wir wollten unser Blatt zeitgemäßer, luftiger und lesefreundlicher machen, eine bessere Strukturierung von Farben und Seitenaufbau sollen Sachlichkeit, Klarheit und Informationen betonen.



Die neugestaltete Titelseite des Kinder- und Jugendarztes überzeugt mit viel Weißraum, auf dem die wichtigen Informationen gut strukturiert wiederzufinden sind.

Das neue Titelbild

Das Titelbild wird nun nicht mehr ganzseitig hinterlegt und durch Logos, Teaser und Informationen gestört, sondern wird als Mittelpunkt des Titels, als Trenner zwischen Logos und Teasern dienen. Durch den Weißraum um das Titelbild, auf dem alle Informationen abgebildet sind, werden die Logos, Teaser und die weiteren Informationen klarer zur Geltung kommen und das Magazin wird sachlicher und aufgeräumter wirken.

Inhaltsverzeichnis

Auch hier haben wir neu strukturiert – in drei verschiedene Teile. Die Logos und die Informationen zum Herausgeber und den Redakteuren finden am Kopf des Inhaltsverzeichnisses grau hinterlegt ihren Platz. Der untere Teil dieser Seite wird in einen zweiseitigen Umbruch geteilt. Die linke Spalte enthält die großen Rubriken „Berufsfragen“, „Fortbildung“ und „Forum“. Mit großem Teaserbild für den Hauptartikel kommt die Rubrik „Magazin“ zuerst in der rechten Spalte, es folgen Titelbildnachweis, Beilagenhinweis und eine kleine Anzeigenplatzierung.



Farben

Das Farbkonzept der fünf Rubriken wird beibehalten, um die Rubriken klar abzugrenzen und dem Leser das Navigieren durch das Heft zu vereinfachen. Die Rubriken selbst werden auch moderner und luftiger dargestellt, in dem eine gepunktete Linie als Stütze für den Titel der Rubrik – wie gewohnt oben am Heftrand – dient.

Schrift

Die sehr gut lesbare Fließtextschrift „Minion Pro“ bleibt auch im neuen Layout bestehen, jedoch werden Headlines, Zwischenüberschriften und Bildunterschriften statt in der „Avenir“ nun künftig in der „ITC Officina Serif“ abgesetzt werden.

U1 bis U9 nach der neuen Kinder-Richtlinie des G-BA

Seit über 10 Jahren wurde nun im Unterausschuss Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zwischen Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), des Spitzenverbands Bund der Gesetzlichen Krankenkassen (SpiBu), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Patientenvertretern um eine Neustrukturierung des gesamten Programms mit formaler und inhaltlicher Überarbeitung gerungen. Nach umfangreicher schriftlicher und mündlicher Anhörung der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist die Neufassung der Kinder-Richtlinie einschließlich der Einführung eines Neugeborenen-Screenings auf Mukoviszidose (=Cystische Fibrose, CF-NGS) am 1. September 2016 in Kraft getreten. Dazu musste auch ein neues „Kinder-Untersuchungsheft“ aufgelegt werden. Nachdem der Bewertungsausschuss (BWA) am 12. Dezember 2016 die Bewertung der neuen Vorsorgen und des CF-NGS festgelegt hat, muss die neue Kinder-Richtlinie seit dem 1.1.2017 auch im ambulanten Bereich umgesetzt werden.



Dr. Burkhard Lawrenz

Was ist neu, was fällt weg?

1. Teilnahmekarte

Eingeklappt hinter dem Deckblatt befindet sich jetzt eine „Teilnahmekarte“, auf der die Durchführung der U2 bis U9 mit Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis bestätigt wird. Diese Bestätigung kann der Arzt an seine Mitarbeiter delegieren. Mit der heraustrennbaren Karte können die Eltern „bei Behörden, Kindertagesstätten (KiTa), Schulen und Jugendämtern den Nachweis erbringen, dass ihr Kind an den Untersuchungen teilgenommen hat“, ohne die medizinischen Daten ihres Kindes preiszugeben. Gleichzeitig bestätigt die Karte, dass bei U2 bis U9

„eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen altersgemäßen, entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ausreichenden Impfschutz“ beinhaltet. Diese Impfberatung kann die Beratungspflicht vor Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung (KiTa), die durch das Präventionsgesetz (PrävG) von 2015 dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) 2016 in § 33 als Absatz 10a hinzugefügt wurde (siehe Textkasten 1).

2. Neugeborenen-Erstuntersuchung

Die U1 wird nur in Ausnahmefällen vom Pädiater durchgeführt. In den meisten Fällen ist sie schon durchgeführt, wenn wir das Kind kennen lernen; sie dient uns dann zur Information über die Vorgeschichte. Im neuen gelben Heft wird die Schwangerschaftsanamnese mit Ankreuzfeldern statt mit Schlüsselnummern angegeben – das erlaubt eine schnellere Orientierung. Schwammig bleiben die Felder „besondere psychische“ und „besondere soziale Belastungen“, die sehr unterschiedlich interpretiert, angekreuzt und wie das Feld „Abusus“ als Stigmatisierung empfunden werden können. Entfallen sind leider Angaben über vorangegangene Schwangerschaften und Geburten, die besonders in sozial problematischen Fällen für uns nicht immer leicht zu erfragen sind. Die Angabe „Mehrling“ findet sich nun in der Anam-

nese. Das Ankreuzfeld „extern entbunden“ ist entfallen.

Hinzugekommen sind

- die Angabe der Geburts-Uhrzeit und die Angabe der Schwangerschaftsdauer in Wochen und Tagen, wie heute üblich
- Ankreuzfelder für „Geschlecht unbestimmt“, „Vakuum“ und „Forceps“ statt „vaginal operativ“
- die Angabe des Base excess, der zusätzlich zum pH eine bessere Beurteilung einer postnatalen Azidose erlaubt
- größere Freitextfelder für Befunde einer pränatalen Diagnostik und Familienanamnese
- kleine Freitextfelder für Reifezeichen, Fehlbildungen und Traumata
- Ankreuzfelder für „Gelbsucht“ und „Ödeme“ bei Geburt
- die Abfrage von Vitamin-K-Dosis und Applikationsmodus (wichtig für die Folgedosen bei U2 und U3).

3. Spezielle Früherkennungsuntersuchungen

Unter diesem Titel sind auf den Folgeseiten das **Erweiterte Neugeborenen-Screening** (Hormon- und Stoffwechselscreening, E-NGS), das **Screening auf Mukoviszidose** (CF-NGS) und das **Universelle Neugeborenen-Hörscreening** (UNHS) einzutragen.

Bei den ersten beiden gibt es nun Ankreuzfelder für „unauffällig“, die für Ver-

wirung sorgen: meist trifft der unauffällige Befund beim Einsender erst dann ein, wenn das Kind schon längst anderweitig betreut wird. Wir sind dennoch nicht verpflichtet, den Befund abzufragen, um das Feld ankreuzen zu können, sondern müssen bei U2 und U3 nur prüfen, ob das Screening erfolgt ist, und es ggf. nachholen (Kinder-Richtlinie, § 19). Nur der Einsender ist verpflichtet, zu kontrollieren, dass nach erfolgtem Screening auch ein Ergebnis eintrifft. Mitteilen muss er das Ergebnis nur im positiven Fall und nur an die Sorgeberechtigten, mit deren Einverständnis hin auch an den weiterbehandelnden Arzt, um sicherzustellen, dass eine Konfirmationsdiagnostik erfolgt.

Dies gilt für das bisherige E-NGS ebenso wie für das neue CF-NGS. Beim UNHS ergibt sich das Problem der Befundabfrage nicht, da das Ergebnis natürlich sofort nach der Untersuchung eingetragen wird. Das weitere Vorgehen zur Konfirmationsdiagnostik muss natürlich ebenso wie bei den anderen Screenings mit den Eltern besprochen und geplant werden.

Das E-NGS gab es bereits vor Inkrafttreten des **Gendiagnostik-Gesetzes** (GenDG); es genießt daher Bestandsschutz gegenüber den strengeren Regeln des GenDG. Das gilt nicht für das CF-NGS, obwohl es aus derselben Blutprobe auf Filterpapier durchgeführt werden kann: hier ist **vor der Blutentnahme eine ärztliche Aufklärung** erforderlich, unter anderem über die mögliche Detektion von heterozygoten Anlageträgern, deren Recht auf Nichtwissen gewahrt werden muss.

Diese Aufklärung soll mit einer **schriftlichen Information** unterstützt werden (<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/32/>) und **darf nicht wie beim E-NGS an eine Hebamme delegiert werden (Kinder-Richtlinie § 32, Abs. 1 und 2)**. Sie kann in Geburtskliniken problemlos durch den diensthabenden Arzt erfolgen, denn der aufklärende Arzt muss kein Pädiater sein und benötigt nicht die Qualifikation zur fachgebundenen humangenetischen Beratung.

Bei ambulanter Geburt, Entbindung in einem Geburtshaus oder einer Hausgeburt kann es außerhalb der regulären Arbeitszeiten schwierig sein, vor der Blutentnahme zum CF-NGS eine ärztliche Aufklärung herbeizuführen. Zudem hat der G-BA ausdrücklich ausgeschlossen, dass die vorhandene Blutprobe des Kindes nach nachträglicher ärztlicher Auf-

klärung und Einwilligung der Eltern für das CF-NGS verwendet wird (§ 36 Abs. 2), obwohl das GenDG dies in § 13 Abs. 2 ausdrücklich erlaubt.

So ist in solchen Fällen eine **zweite Blutentnahme** notwendig; das ist maximal **bis zum Ende der 4. Lebenswoche** möglich (danach stimmen die Normwerte für das Screening-Verfahren nicht mehr), darf aber keinesfalls dazu führen, dass die Blutentnahme für das NGS später als in der dafür vorgesehenen 36. bis 72. Lebensstunde erfolgt, um die Aufklärung zum CF-Screening abzuwarten und die zweite Blutentnahme zu vermeiden.

Das UNHS bleibt unverändert, nur das Layout der Dokumentation wurde modernisiert. Es darf wie bisher mittels Transitorisch Evozierten Oto-Akustischen Emissionen (TEOAE) oder mit der aufwändigeren Automated Auditory Brainstem Response (AABR) durchgeführt werden. Diese Methode soll bei Risikokindern für Hörstörungen bevorzugt und zur Kontrolle auffälliger TEOAE-Befunde verwendet werden, in der Regel bis zur U2.

4. Gliederung der Untersuchungen

Jeder Untersuchung von U1 bis U9 ist eine **Informationsseite** vorangestellt, auf der die Inhalte der U erklärt werden. Bei den Untersuchungen U2 bis U9 kann dies hilfreich sein, aber auch dazu führen, dass Eltern sehr genaue Vorstellungen davon haben, was wir Ärzte bei den Vorsorgen alles machen müssen. Sinnvoll erscheint hingegen, dass die Eltern daran anschließend aufgefordert werden, sich in einem fast einseitigen Textfeld im Heft Notizen über Beobachtungen, Auffälligkeiten und Fragen zu machen (natürlich erst ab U2). Ab U4 wird daran erinnert, den Impfpass zur Untersuchung mitzunehmen.

Die Untersuchungen gliedern sich ab U2 in „**Anamnese**“ (früher: „Erfragte Befunde“), die etwas umfangreicher geworden ist, „**Untersuchung**“ (früher: „Erhobene Befunde“), „**Beratung**“ (neu, zur primären Prävention, siehe unten) und „**Ergebnisse**“. **Ab U3** kommt zwischen „Anamnese“ und „(Untersuchung“ ein Abschnitt „**Orientierende Beurteilung der Entwicklung**“ neu hinzu.

Bei der Anamnese wird Zutreffendes angekreuzt (beim Item „Betreuungssituation“ schwierig, denn irgendeine Betreuungssituation wird ja immer gegeben sein – gemeint sind hier wohl Probleme mit der Betreuung). Bei der Entwick-

lungsbeurteilung wird angekreuzt, wenn die Items nicht erfüllt werden; bei der Untersuchung auffällige Befunde Bei der Beratung sollen nur Themen mit „erweitertem Beratungsbedarf“ angekreuzt werden. Fehler und Missverständnisse sind hier vorprogrammiert.

5. Beurteilung der Entwicklung und Beobachtung der Interaktion

Die Entwicklungsbeurteilung besteht von **U3 bis U9** aus **Grenzsteinen der verschiedenen Entwicklungsbereiche**. Die Grenzsteine für die neue Kinder-Richtlinie wurden vom G-BA aus der Literatur zusammengesucht; es wurden ausschließlich durch Tests validierte Items aufgenommen. Dennoch erlaubt der G-BA in seinen „Tragenden Gründen“, die Grenzsteine bei den neuen Vorsorgen nur abzufragen.

Ich empfehle allerdings, alles zu testen, was man in der Praxis testen kann, um Fehleinschätzungen des Kindes durch die Eltern vorzubeugen. Einige Items sind in der Praxis schwer zu testen und müssen daher meist erfragt werden, zum Beispiel bei U7: „Bleibt und spielt etwa 15min alleine, auch wenn die Mutter/der Vater nicht im Zimmer, jedoch in der Nähe ist.“ Das wird in der Arztpraxis nur selten funktionieren, auch wenn das Kind zu Haus dazu schon in der Lage ist.

Die **Grenzsteine** im neuen gelben Heft sollen von **90 bis 95% der Kinder** im entsprechenden Vorsorgezeitraum erreicht werden. Problematisch ist dies natürlich, wenn die Vorsorge nicht in der Mitte, sondern am Rand des vorgesehenen Zeitraums oder gar im Toleranzzeitraum für die einzelne U durchgeführt wird; die Befunde müssen dann entsprechend beurteilt werden. Da die kindliche Entwicklung sehr variabel verläuft, sind Abweichungen im Erreichen der Grenzsteine ohnehin nicht gleichbedeutend mit einer Entwicklungsstörung.

Der Untersucher muss selbst entscheiden, wann als Ergebnis der „Orientierenden Beurteilung der Entwicklung“ eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik erforderlich ist. Diese ist dann natürlich nicht mehr Bestandteil der Präventionsleistung, sondern als Konfirmationsdiagnostik im kurativen Bereich anzusiedeln und entsprechend abzurechnen.

Von **U3 bis U6** schließt sich an die Grenzsteine eine **Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson** in den Bereichen „Stimmung/Affekt“, „Kontakt/Kommunikation“ und „Regulation/Stimulation“ an. Das haben die meisten Pädiater bei den Vorsorgen ohnehin gemacht; nun wird es aber obligater Bestandteil der Untersuchungen. Bei Störungen, die unserer Beratung nicht zugänglich erscheinen, wird man sich Unterstützung bei den „Frühen Hilfen“ holen müssen.

6. Screening auf Gallenwegsfehlbildungen

Entfärbte Stühle können Zeichen einer Gallengangsatresie sein, die zusätzlich mit einem Ikterus prolongatus mit konjugierter Hyperbilirubinämie auffällt und vor dem 60. Lebensstag operiert werden soll. Wir sollen daher von **U2 bis U4** die **Stuhlfarbe** des Neugeborenen mit Hilfe einer **Farbkarte** abzufragen. In den ersten Lebenstagen ist die Stuhlfarbe natürlich irrelevant, da von schwarzgrün (Mekonium) über blutig (nach Verschlucken größerer blutiger Fruchtwassermengen bei noch unreifer Magenazidität) bis braun oder grün alles normal ist; entfärbte Stühle kommen bei U2 praktisch nicht vor. Besonders wichtig ist die Stuhlfarbe bei U3; bei U4 ist es für die rechtzeitige Therapie einer Gallenwegsfehlbildung bereits zu spät

7. Hüftdysplasie-Screening

Wie im alten U-Heft werden die Risikofaktoren erst hier aufgezählt. Sinnvoller wäre dies bei U2 gewesen, wo sie für die Entscheidung zur vorzeitigen Hüftsonografie von Bedeutung sind. Die Hüftgelenksinstabilität wird erfreulicherweise nicht mehr abgefragt, weil der dazu nötige Ortolani-Test inzwischen als obsolet gilt. Hinzugekommen ist der Eintrag der Beta-Winkel.

8. Körperliche Untersuchung

Von **U2 bis U6** wird eine „**Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage und aufrecht gehalten**“ gefordert; das werden wir besonders beim hypotonen Neugeborenen bei U2 und U3 erst noch üben müssen! Von **U7 bis U9** heißt es dann: „**Inspektion des ganzen Körpers in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen, von hinten und von den Seiten**“. Dies soll wohl das Übersehen misshandlungsverdächtiger Verletzun-

gen minimieren. Nur auffällige Befunde werden angekreuzt, wobei teils Untersuchungsmethoden angegeben sind wie „Auskultation“, teils Befunde wie „Leber- und Milzgröße“, teils Auffälligkeiten wie bei „Pupillenstatus“, teils Symptome wie „Kieferanomalie“ und teils Diagnosen wie „Hodenhochstand“.

9. Sehscreening

Bei der Augenuntersuchung kommt bei **U2 und U3** die „**Prüfung im durchfallenden Licht**“ hinzu; das entspricht dem **Brückner-Test aus 10 bis 30 cm Entfernung**, die einzige Möglichkeit, eine konnatale Katarakt zu erkennen), die insbesondere bei beidseitigem Auftreten bis zur 8. Lebenswoche operiert sein muss, um eine irreversible Amblyopie zu verhindern.

Von **U4 bis U7** muss der **Brückner-Test dann aus 3 bis 4 m** sowie aus **0,5 bis 1 m** Entfernung durchgeführt werden. Dazu muss der **Untersuchungsraum abgedunkelt** werden (nicht vollständig dunkel!). Durch ein lichtstarkes Ophthalmoskop wird der rote Retinareflex beider Augen gleichzeitig aus einer dunklen Ecke des Zimmers beurteilt, wobei man das Kind mit einem Teddy oder Ähnlichem in der anderen Hand aus der fovealen Fixierung des Lichts ablenkt, da der foveale Rotreflex aufgrund der hohen Rezeptordichte dunkler ausfällt.

Bei Anisometropie über 1 Dioptrie oder Strabismus mit einem Schielwinkel über 5° fällt der Rotreflex seitendifferent aus, ebenso bei Linsentrübungen oder zentral gelegenen retinalen Erkrankungen. **Jede Seitendifferenz muss daher ophthalmologisch abgeklärt werden!** Bei kompetenter Durchführung hat der Brückner-Test eine Sensitivität und Spezifität von 96 %, höher als die bekannten Screening-Autorefraktometer wie PlusoptixR und ähnliche! Diese sind bei den neuen Vorsorgen nicht vorgesehen, bleiben also Inhalt von Selektivverträgen oder Individuelle Gesundheits-Leistung (IGeL).

Mit **Stereotests** wird **ab U7a** auf Mikrostrabismus gescreent. Dabei sollten Lang-Test 1 oder 2 wegen ihrer höheren Sensitivität gegenüber den anderen im U-Heft genannten Stereotests bevorzugt werden (O. Ehrh, persönl. Mitteilung 2016). Eine Amblyopie kann erst diagnostiziert werden, wenn eine Visusprüfung möglich ist. Hier muss berücksichtigt

werden, dass bei U7a meist erst ein Visus von 0.5 erreicht wird und erst bei U9 ein Visus von mindestens 0.8 zu fordern ist. Besonders wichtig ist die Detektion von Seitendifferenzen. Der von U7a bekannte **standardisierte Sehtest** wird nun auch bei **U8 und U9** gefordert. Wenn er bei U7a noch nicht klappt, kann man stattdessen einen Brückner-Test machen und bei normalem Testergebnis beruhigt abwarten, bis der Test klappt.

10. Hörscreening jenseits des Neugeborenenalters

Der G-BA hat die Frage geprüft, ob ein Screening auf erworbene Hörstörungen nach UNHS sinnvoll ist. Nur eine einzige Studie hat das untersucht, und zwar bei Kindern im 5. und 6. Lebensjahr in Großbritannien (Bamford et al. 2007). Warum der G-BA aufgrund dieser Studie nun eine Tonschwellenaudiometrie bei **U8** und nicht bei U9 verlangt, bleibt unklar. Diese soll mit **Bestimmung der Hörschwelle in Luftleitung** erfolgen, mit **mindestens 5 Prüffrequenzen** (0.5, 1, 2, 4 und 6 kHz) bei **mindestens 4 Lautstärken** (20, 30, 40 und 50 dB), jeweils rechts und links. Weitere audiologische Diagnostik ist erforderlich, „wenn auf mindestens einem Ohr bei 30 dB bis zu 2 Frequenzen (Anm. d. Verf.: gemeint ist wohl mindestens 2) nicht gehört werden“, sowie bei Senken im Tief-, Mittel- oder Hochtonbereich; das nötige Tonschwellenaudiometer muss jährlich gewartet werden.

Eine Sprachaudiometrie (z.B. der gebräuchliche Pilotentest) reicht also nicht aus; jedoch bieten die Geräte, mit dem der Pilotentest durchgeführt wird, teils auch die Möglichkeit einer Tonschwellenaudiometrie an. Versionen ab Baujahr 2012 erfüllen die o. g. Voraussetzungen. Bei U9 ist kein Hörtest mehr vorgesehen.

11. Screening auf Nierenkrankheiten und Hypertonie

Ein postnatales sonografisches Screening auf Nierenfehlbildungen wurde wegen zu geringer Spezifität nicht eingeführt. Das **Urinscreening** auf Proteinurie und Mikrohämaturie mit Teststreifen zur Früherkennung degenerativer Nierenerkrankungen findet sich nur noch bei **U8**, nicht mehr bei U9. Ein Screening auf arterielle Hypertonie wurde trotz zunehmender Häufigkeit im Kindesalter nicht eingeführt.

12. Vorausschauende Beratung

Als **wesentliche Neuerung** schließt sich bei allen Vorsorgen **von U2 bis U9** nun eine **primärpräventive Beratung** zu altersangepassten Themen an. Damit soll der Schritt von der Krankheitsfrüherkennung (sekundäre Prävention) zur echten Vorsorge (primäre Prävention) gemacht werden. Hierzu bietet der BVKJ gemeinsam mit dem Netzwerk junge Familie für jede Vorsorge ein Blatt mit kurzen Kernbotschaften an, illustriert durch Piktogramme.

Bei **U2** liegt der **Schwerpunkt auf Ernährung und Vorbeugung des plötzlichen Kindstods** sowie auf **Vitamin-K-, Rachitis- und Kariesprophylaxe**.

Bei **U3** kommt die **Unfallverhütung, der Umgang mit Schreibabys, die Mundhygiene** und die **Impfaufklärung** hinzu, **ab U4** die **Förderung von Muttersprache und deutscher Sprache**. Die geforderte Beratung zur Gebärdensprache ist wohl ein Tribut an die Inklusion, wird nur bei hörbehinderten Kindern nötig sein und hier durch Fachleute durchgeführt werden müssen.

Bei **U5** und **U6** taucht der Begriff „Sucht“ auf; gemeint ist hier wohl die **Beratung zu Abhängigkeiten in der Familie**. Insbesondere die Alkoholsucht des Vaters ist ein relevanter Risikofaktor für häusliche Gewalt. Wir Pädiater werden immer mehr mit Medienabhängigkeit der Eltern und den Folgen für die Kinder konfrontiert werden. Bei **U9** findet sich wieder ein Hinweis auf **Suchtberatung**;

möglicherweise soll hier schon der Mediensucht des Kindes vorgebeugt werden.

Eine Beratung zum **UV-Schutz** wird ausschließlich bei **U5** verlangt – sicher nicht der optimale Zeitpunkt.

An den Zahnarzt soll von **U5** bis **U7** nur bei „**Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut**“ verwiesen werden. Eine allgemeine Empfehlung zur zahnärztlichen Untersuchung sieht die Kinder-Richtlinie erst ab bei **U7a** vor.

Von **U2 bis U6** soll außerdem ein **Hinweis auf regionale Unterstützungsangebote** (wie z. B. Frühe Hilfen) gegeben werden, zum Beispiel mit Angabe einer Adresse, Telefonnummer oder Internetseite.

Ab **U7** kommt die „**Beratung zu ausreichender Bewegung**“ hinzu, ab **U7a** zum **Medienkonsum des Kindes**. Bei **U9** wird „**Adipositasprävention**“ als Thema angegeben – was auch immer man dazu neben „Ernährung“ und „Bewegung“ noch beraten kann. Angekreuzt wird im Bereich Beratung nur bei „Erweitertem Beratungsbedarf“ – was das genau ist, muss jeder für sich selber festlegen.

13. Ergebnisse

Von **U2 bis U9** werden auf der letzten Seite die **Ergebnisse** zusammengefasst sowie Gewicht, Länge und Kopfumfang eingetragen. Eventuelle Diagnosen können nur unter „Auffälligkeiten zur Beobachtung“ oder als „Bemerkung“ eingetragen werden, meines Erachtens besser im Klartext als in ICD-Verschlüsselung; dahinter werden eventuelle weitere Maß-

nahmen dokumentiert. **Ab U3** wird der **nächste Impf- bzw. Vorsorgetermin** abgefragt. **Ab U4** wird die **Vollständigkeit des Impfstatus** angekreuzt oder **fehlende Impfungen** im Klartext angegeben.

14. Perzentilen

Am Ende des Heftes finden sich wie gewohnt Perzentilen für Länge, Gewicht und BMI nach Kromeyer-Hauschildt et al. 2001 sowie für den Kopfumfang, immer noch nach Prader 1982. Leider wurde nicht auf die aktuellen Daten aus der KIGGS-Studie zurückgegriffen.

Fazit: Trotz der langen Zeit für die Neustrukturierung der Vorsorgen sind aus Sicht des BVKJ erhebliche Schwächen und Mängel erkennbar. Richtlinien des G-BA sind im Bereich der GKV verbindlich; für Vertragsärzte gibt es keine Möglichkeit, die Umsetzung zu verweigern. Das neue System verursacht in der Praxis erheblichen Mehraufwand, der durch zeiteffektive Organisation bewältigt und eigentlich angemessen honoriert werden muss.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Burkhard Lawrenz
Sprecher des Ausschusses Prävention
und Frühtherapie
59821 Arnsberg
E-Mail: blawrenz@t-online.de*

Red.: WH

Arzthaftung für den Kinder- und Jugendarzt, Teil 2

Nachstehend werden unterschiedliche haftungsrechtliche Probleme im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin anhand von bereits entschiedenen Fällen dargestellt. Zwar müssen bei jedem Urteil die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden, allerdings lassen sich bestimmte praxisrelevante und haftungsträchtige Bereiche herausarbeiten.



Dr. Christian Maus



Dr. Kyrill Makoski

II. Die Haftung des Kinder- und Jugendarztes:

Beispiele aus der Rechtsprechung

• Medikation

Bei einem Off-Label-Use ist der Patient auf diesen Off-Label-Use mit möglicherweise unbekanntem Nebenwirkungen ebenso hinzuweisen, wie ihm zu erläutern ist, ob es eine Standardbehandlung mit einem bereits zugelassenen Medikament gibt. Die Anwendung von Medikamenten mit einer arzneimittel-

rechtlichen Zulassung im Off-Label-Use lediglich für Erwachsene und Jugendliche kann allerdings zu einem bestimmten Zweck im Bereich der Neonatologie gleichwohl Standard der kinderärztlichen Betreuung sein, wenn ausdrücklich für Kinder zugelassene Alternativmedikamente fehlen und im Rahmen einer auf den Einzelfall bezogenen Abwägung das Risiko der Nichtanwendung des Medikaments die Risiken des Einsatzes überwiegt (OLG Naumburg, Urt. v. 11.07.2006 – 1 U 1/06).

• Mitverschulden des Patienten

Ist eine Klinikeinweisung zur intravenösen Flüssigkeitszufuhr bei einem Säugling aufgrund eines zweitägigen, langanhaltenden Brechdurchfalls des Kleinkindes indiziert, da ansonsten eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr nicht gewährleistet werden kann, muss der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt die mit dem Kind erschienene Mutter auf die Gefahr schwerwiegender, andauernder Gesundheitsschäden oder sogar des Todes hinweisen, wenn die Mutter den ärztlichen Rat zur umgehenden Vorstellung im Krankenhaus nicht befolgt. Der Hinweis, „dass eine Verschiebung der Salze eintreten kann, die mit dem Leben nicht vereinbar sei“ reicht nach Ansicht der Rechtsprechung allerdings nicht aus, da ein durchschnittlich verständiger Patient diese technischen Anmerkungen nicht verstehen kann (OLG Köln, Urt. v. 22.09.2010 – 5 U 211/08, MedR 2011, 661).

• Arbeitsteilung

Eine Kinder- und Jugendärztin, die mit einer Vorsorgeuntersuchung eines neugeborenen Kindes beauftragt ist, kann nicht darauf vertrauen, dass der die

Mutter und das Kind betreuende Gynäkologin eine Hyperbilirubinämie bereits abgeklärt hat (BGH, Urt. v. 14.07.1992 – VI ZR 214/91, NJW 1992, 2962).

Wird ein Kinder- und Jugendarzt als Konsiliararzt hinzugezogen, darf er sich nicht mit einer Maskenbeatmung des neugeborenen Kindes begnügen, wenn er für eine ausreichende Intubation keine Kenntnisse und Erfahrungen besitzt. Er hat dafür zu sorgen, dass ein ausreichend qualifizierter Krankenhausarzt hinzugezogen wird. Wird dies unterlassen, oder aber verzögert (im entschiedenen Fall um 40 Minuten) ist von einem groben Behandlungsfehler auszugehen (OLG Stuttgart, Urt. v. 04.01.2000 – 14 U 31/98, VersR 2001, 1563).

Andererseits darf sich ein niedergelassener Kinder- und Jugendarzt auf das Ergebnis eines extern eingeholten Kontrollbefundes durch ein Krankenhaus bzw. ein externes Labor verlassen, wenn der Befund normgerechte Werte angibt. Etwas Anderes gilt allerdings dann, wenn er erkennen musste, dass gewichtige Bedenken gegen die Diagnostik des Krankenhauses oder des Labors bestehen (OLG Hamm, Urt. v. 02.03.2003 – 3 U 140/02). In dem vom OLG Hamm entschiedenen Fall hatte ein Pädiater das hochpathologische Ergebnis des wenig spezifischen Guthrie-Tests bei bestehender Phenylketonurie durch eine exakte Blutuntersuchung in einem externen Labor überprüfen lassen. Ebenso darf sich ein Pädiater, auch eine Kinderklinik, auf die Diagnose eines konsiliarisch hinzugezogenen Augenarztes wegen dessen überlegener Fachkenntnisse der Diagnostik der Frühgeborenenretinopathie verlassen (OLG Oldenburg, Urt. v. 04.04.2000 – 5 U 198/99).

- **Diagnosefehler**

Es ist von einem fundamentalen – und damit haftungsrelevanten – Diagnoseirrtum eines pädiatrischen Facharztes auszugehen, wenn dieser sich objektiv aufdrängende, hochcharakteristische und hochverdächtige Symptome für einen Spannungspneumothorax bei einem Neugeborenen übersieht und es unterlässt, zeitnah indizierte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen (hier Probepunktion und anschließende beidseitige Pleurapunktion) durchzuführen (OLG Schleswig, Urt. v. 28.02.2003 – 4 U 10/01). Verkennt ein niedergelassener Pädiater eine Hyperbilirubinämie trotz einer von ihm festgestellten Gelbfärbung des Kindes und bezeichnet sie als „physiologisch bedingt“, liegt kein als Behandlungsfehler vorwerfbarer Diagnoseirrtum vor (OLG Köln, Urt. v. 25.03.2015 – I-5 U 100/14).

- **Grobe Behandlungsfehler**

Die Verzögerung der Einweisung eines fünf Wochen alten Säuglings um einen Tag kann als grober Behandlungsfehler des Pädiaters zu werten sein, wenn das Kind einen Kopfumfang von 46 cm und einen Augentiefstand aufweist. Es kann allerdings an einer Kausalität des groben Behandlungsfehlers für den Schaden des Kindes fehlen, wenn der vom Gericht beauftragte Sachverständige feststellt, dass die Erkrankung des Säuglings nicht auf einer perinatalen hypoxischen Hirnschädigung beruht (OLG Düsseldorf, Urt. v. 06.05.1999 – 8 U 185/97; OLG Düsseldorf, Urt. v. 20.03.1997 – 8 U 114/96).

Lässt sich der Verdacht auf eine Enzephalitis nicht ausräumen, sondern bieten die Ergebnisse der Anfangsuntersuchungen Veranlassung zu weiteren diagnostischen Maßnahmen, so ist entweder der Verdachtsdiagnose unverzüglich nachzugehen oder aufgrund der Verdachtsdiagnose entsprechend zu therapieren. Werden etwa eine Lumbalpunktion, ein EEG und/oder ein CT nicht durchgeführt und kommt es deshalb zur verspäteten Medikation, ist ein grober Behandlungsfehler zu bejahen (LG Aachen, Urt. v. 30.11.2011 – 11 O 478/09).

Grob fehlerhaft ist auch eine unterlassene Krankenhauseinweisung zur Vornahme einer Lumbalpunktion bzw.

anderer diagnostischer Maßnahmen zur Abklärung einer etwa vorliegenden Meningitis bei einem unter starkem Fieber und Gleichgewichtsstörungen leidenden Kleinkind (OLG Oldenburg, Urt. v. 20.02.1996 – 5 U 146/95, NJW-RR 1997, 1117). Klagt ein neunjähriges Kind über diffuse Magenbeschwerden, die sich innerhalb von zwei Tagen verschlimmern, und legt die Gesamtsituation primär den Verdacht auf eine dann behandelte Gastroenteritis nahe (nach Durchführung sämtlicher Diagnostik!), liegt in der Verkennung bzw. verzögerten Diagnose kein grober Befunderhebungsfehler (OLG Koblenz, Urt. v. 03.11.2005 – 5 U 1560/04).

Bemerkt ein Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U5 ein „Schielen“ des Kindes, ist es grob fehlerhaft, das Kind nicht allerspätestens im Verlauf einer Woche einer augenärztlichen Untersuchung zuzuführen, da es zum Grundwissen eines jeden Pädiaters gehört, dass das Schielen eines Kleinkindes im Alter von drei bis sieben Monaten stets behandlungsbedürftig ist (OLG Karlsruhe, Urt. v. 14.11.2007 – 7 U 251/06, VersR 2008, 545).

Informieren die Eltern eines Kleinkindes den behandelnden Kinder- und Jugendarzt davon, das Kind hätte sich mehrmals erbrochen, würde sich laufend verschlucken und durch den Mund atmen, so ist die Unterlassung einer weiteren diagnostischen Abklärung durch ihn zur Feststellung eines Hirnstamm- oder Kleinhirntumors grob fehlerhaft (OLG Oldenburg, Urt. v. 27.03.2001 – 5 U 161/00).

Steht angesichts der Feststellung einer „sehr straffen“ Hüfte bereits im Zusammenhang mit der U2-Untersuchung nach der Geburt des Kindes aus Beckenendlage der Verdacht einer Hüftfehlbildung im Raum und versäumt es der betreuende Neonatologe, für eine umgehende sonographische Hüftuntersuchung Sorge zu tragen, liegt hierin ein grober Behandlungsfehler (OLG Brandenburg, Urt. v. 08.04.2003 – 1 U 26/00, MedR 2004, 226).

- **Aufklärung und Einwilligung bei Kindern**

Dieses Urteil ist sehr praxis-freundlich. Grundsätzlich bedarf es bei einem minderjährigen Kind in den Fällen, in denen die elterliche Sorge beiden El-

ternteilen gemeinsam zusteht, zu einem Heileingriff der Einwilligung beider Elternteile.

Bei Routinefällen darf der Arzt allerdings davon ausgehen, dass der mit dem Kind beim Arzt erscheinende Elternteil ermächtigt ist, die Einwilligung für den abwesenden Elternteil zu erteilen, solange der Arzt nicht von entgegenstehenden Umständen (Mitteilung des anderen Elternteils o. ä.) Kenntnis hat.

Ein ärztlicher Heileingriff bei einem minderjährigen Kind bedarf grundsätzlich der Zustimmung beider Sorgeberechtigten. Erscheint nur ein Elternteil mit dem Kind beim Arzt, darf dieser in von der Rechtsprechung präzisierten Ausnahmefällen – abhängig von der Schwere des Eingriffs – darauf vertrauen, dass der abwesende Elternteil den erschienenen Elternteil zur Einwilligung in den ärztlichen Eingriff ermächtigt hat (OLG Hamm, Urt. v. 29.09.2015 – I-26 U 1/15, GesR 2016, 90).

Handelt es sich um einen ärztlichen Eingriff mit nicht unbedeutenden Risiken, muss sich der Arzt vergewissern, ob dem erschienenen Elternteil die Ermächtigung des anderen Elternteils vorliegt und wie weit diese reicht; hierzu kann auch ein Telefonat mit dem abwesenden Elternteil ausreichen (vgl. BGH, Urt. v. 15.06.2010 – VI ZR 204/09, NJW 2010, 2430). **Hat der Arzt allerdings keine anderen Erkenntnisse, darf er auf eine wahrheitsgemäße Auskunft des erschienenen Elternteils vertrauen.**

Hat der Arzt positive Kenntnis davon, dass die Eltern unterschiedlicher Auffassung hinsichtlich des Eingriffes sind, darf er nicht darauf vertrauen, dass der anwesende Elternteil für den anderen Elternteil bevollmächtigt worden ist. Er hat die Behandlung zu unterlassen und die Eltern aufzufordern, sich über die weitere Behandlung des Kindes einig zu werden (KG Berlin, Beschl. v. 18.05.2005 – 13 UF 12/05). Leben die Eltern getrennt, gibt es grundsätzlich kein Alleinentscheidungsrecht des Elternteils, bei dem das Kind sich die meiste Zeit aufhält. Dies kann im äußersten Fall dazu führen, dass das

Familiengericht die Entscheidung treffen muss, ob einem Elternteil für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung oder zumindest für Teilbereiche das alleinige Sorgerecht übertragen wird (vgl. **OLG Frankfurt am Main**, Beschl. v. 04.09.2015 – 6 UF 150/15; **OLG Jena**, Beschl. v. 07.03.2016 – 4 UF 686/15). Ist die Behandlung notfallmäßig indiziert, muss der Arzt allerdings keine weiteren Feststellungen zur Einwilligung durch den nicht anwesenden Elternteil treffen.

• Zusammenfassung

Es ist Aufgabe des Arztes, sich an den für ihn geltenden Facharztstandard zu halten und durch entsprechende Organisation des Praxisablaufes Haftungsrisiken zu minimieren.

Wichtig ist vor allem die verständliche und zeitgerechte Aufklärung des Patienten bzw. seiner Eltern. Auch bei leichteren Eingriffen ist dazu zu raten, die Aufklärung unbedingt in der Patientenakte zu dokumentieren und

während der Aufklärung einen Zeugen hinzuzuziehen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Maus
Dr. Kyrill Makoski,
Rechtsanwälte,
Fachanwälte für Medizinrecht
Möller und Partner, Düsseldorf

Red.: WH

Studie in Kinder- und Jugendarztpraxen

Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten pädiatrischen Praxen: Bestandsaufnahme und Analyse des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbedingungen und dem Gesundheitszustand der Pädiater/innen, der Praxismitarbeiter/innen, der Arzt-Eltern/Kind-Kommunikation und patient reported outcomes

Die Pädagogische Hochschule Freiburg und der BVKJ e.V. führen in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke eine **Studie zu den Arbeitsbedingungen und zur gesundheitlichen Situation von Pädiater/innen und Praxismitarbeiter/innen in ambulanten Kinder- und Jugendarztpraxen** durch. Es werden die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Arzt-Eltern/Kind-Kommunikation und die Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung analysiert und Zusammenhänge überprüft. Die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke hat den Ethikantrag dieser Versorgungsforschungsstudie positiv begutachtet.

Die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen im pädiatrischen, ambulanten Bereich sind bislang unzureichend erforscht. Um die Versorgungssituation aussagekräftig beschreiben zu können, werden ca. 50 Praxen aus Baden-Württemberg zufällig und repräsentativ für diese Studie ausgewählt.

Befragt werden in jeder Praxis die Pädiater/innen, die Praxismitarbeiter/innen (MFA), 20 Elternteile sowie deren Kinder, sofern diese zwischen 8 und 13 Jahre alt sind. Aspekte dieser Befragungen sind u. a. die individuellen Arbeitsbedingungen, die Arzt-Eltern/Kind-Kommunikation und die Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung.

.....
Auf der Grundlage dieser Studie können Empfehlungen und Verbesserungen zu den Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastung, Praxisorganisation, Patientenzufriedenheit und der damit in Verbindung stehenden gesundheitlichen Situation der Pädiater/innen und der MFA abgeleitet werden. Weiterführend können Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Praxisorganisation, Patientenzufriedenheit und Kommunikation entwickelt werden. Die Ergebnisse der Studie werden als wissenschaftliche Publikationen einsehbar sein.
.....

Sollten Sie mit Ihrer Praxis Interesse daran haben, an der Studie teilzunehmen, dann tragen wir Sie gerne auf unsere Liste ein. Ein Eintrag auf unsere Liste ist unabhängig von der zufälligen Ziehung der Arztpraxen und Ihres Bundeslandes möglich. Hierfür melden Sie sich bitte bei der Studienverantwortlichen Frau Maria Scholz, M.A. Gesundheitspädagogin (maria.scholz@ph-freiburg.de).

Mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie können Sie dazu beitragen, dass Ihre Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit mit der pädiatrischen Versorgung erfasst werden kann. Auf Wunsch erstellen wir

Ihnen gerne auch im Anschluss an die Studie ein persönliches Profil Ihrer Praxis.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert und nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nur in statistisch zusammengefasster Form ausgewertet. Ein Rückschluss auf einzelne Personen oder eine bestimmte Praxis wird dabei nicht möglich sein.

Gerne können Sie sich auch bei Fragen an Frau Maria Scholz wenden (maria.scholz@ph-freiburg.de). Weitere Informationen zur Studie können Sie auch unter <https://www.ph-freiburg.de/psychologie/homepages/scholz/arbeitsbedingungen-und-gesundheit-in-ambulanten-paediatrischen-praxen.html> einsehen.

Wir würden uns über Ihr Interesse und Ihre Teilnahme an dieser Studie sehr freuen.

Korrespondenzadresse:

Maria Scholz
M.A. Gesundheitspädagogin
Prof. Dr. Markus Wirtz
Leiter der Abteilung Forschungsmethoden
Pädagogische Hochschule Freiburg

Red.: WH

Pädiatrischer HzV mit der AOK in Baden-Württemberg – ein Rückblick auf die vergangenen drei Jahre

Wir haben in Baden-Württemberg ein Stück weit Neuland beschritten, als wir Ende 2012 auf ein vom MEDI-Verbund in Baden-Württemberg vermitteltes Angebot der **AOK Baden-Württemberg** eingegangen sind, einen eigenständigen kinder- und jugendärztlichen Vertrag nach (alter) §73b-Regelung im SGB V („hausarztzentrierte Versorgung“, abgekürzt HzV) unter dem Dach der bestehenden allgemeinärztlichen **HzV** zu verhandeln. Bis dahin waren sämtliche Selektivverträge des BVKJ bzw. der BVKJ-Service GmbH reine Add-on-Verträge mit zusätzlichen Leistungsinhalten über das KV-System hinaus (U10, U11 oder J2, Amblyopie-Screening, neue Impfungen wie die Rotavirusimpfung usw.), dessen EBM-Abrechnungssystematik dort weiter die Grundlage der Patientenversorgung ausmachte.

Paradigmenwechsel

Wie schon vorher in Bayern bedeutete die Teilnahme an der kinder- und jugendmedizinischen HzV ein weitgehendes Verlassen des Kollektivsystems (und damit der Abrechnung über die KV) mit entsprechender Bereinigung der Geldflüsse zwischen KV-System und HzV (Selektivsystem) und damit das Betreten von echtem Neuland für unsere Fachgruppe. Neu war die Übernahme von Vertragsmanagementaufgaben durch den MEDI-Verbund in Baden-Württemberg.

Wir waren in den intensiven halbjährigen Vertragsverhandlungen viel freier in der Gestaltung von uns sinnvoll erscheinenden Gebührenordnungspunkten und konnten auch auf einen Gebührenordnungsrahmen der seit inzwischen über neun Jahren laufenden allgemeinärztlichen HzV zurückgreifen. Darin sind kontaktunabhängige Grundpauschalen, kontaktabhängige Pauschalen, Zuschläge für die Behandlung chronisch kranker Patienten sowie aufwändiger Säuglinge und Kleinkinder, Einzelleistungen (z.B. Vorsorgen nach Paed. Check, Impfungen, sozialpädiatrische Beratung und Koordination, Hyposensibilisierung,) sowie qualifikationsgebundenen Zuschläge (z.B. Ultraschall, Kleine Chirurgie, Psychosomatik, Tympanometrie, Präsenzlabor in der Praxis, apparatives Amblyopie-Screening) enthalten. Später (Oktober 2014) kamen noch Ab-

rechnungsziffern für sozialpädiatrische (Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen) Leistungen hinzu.

Ergänzend sei gesagt, dass es nur ganz wenig Mengenbegrenzungen gibt (z.B. bei der sozialpädiatrischen Beratung und Koordination, bei der eine zunächst 5%ige, später auf 10% angehobene Grenze der im Quartal betreuten Patienten gezogen wurde) und damit auch eine Verabschiedung aus der Budget-Philosophie in der EBM-Systematik.

Geschichte des Vertrags

- Oktober 2012: Verhandlungsangebot der AOK-Baden-Württemberg an den BVKJ, einen eigenständigen Vertrag unter dem Gesamt-HzV-Dach zu verhandeln
- Vertragsverhandlungen zum Grundvertrag im ersten Halbjahr 2013
- Vertragsunterzeichnung am 16.07.2013
- Patienteneinschreibung ab Ende 2013
- erstes echtes Abrechnungsquartal: 2/2014
- seit 1.10.2014 mit dem Novum einer sozialpädiatrischen Ergänzung

Ziele der Vertragsgestaltung und Voraussetzungen für die Teilnahme am Vertrag

Mit dem Ziel einer (gewollten) Hochwertigkeit der Vertragsdurchführung, aber auch im Sinne der Bürokratieverein-

fachung, sind Qualifikationen, persönliche Voraussetzungen und Verpflichtungen eingeführt worden, die in den folgenden Listen dargestellt sind. Die anfangs große Unruhe in der Kollegenschaft um die Abrechnungsdatenübermittlung („insbesondere was die Datensicherheit angeht,“) hat sich inzwischen weitgehend gelegt.

1. Praxisausstattung

- Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (*kinder- und jugendmedizinische Ausstattung mit Wärmelampe, Säuglingswaage, Stadiometer, RR-Manschetten in altersentsprechenden Größen, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, Pulsoxymeter, Behandlungsplatz zur Durchführung einer Inhalationstherapie, Geräte zur Durchführung von Seh- und Hörtest, pädiatrischer Notfallkoffer*)
- Vorhalten einer onlinefähigen IT
- Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem
- Ausstattung mit Vertragssoftware/Hardware
- Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass)
- Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abend-sprechstunde bis 20.00 Uhr (Termin-sprechstunde) pro Woche (Zur Erläuterung: Die Praxis muss nicht an allen

diesen Tagen bis 20 Uhr geöffnet sein, es geht um das ‚theoretische‘ Angebot im Falle eines Falles)

- Präsenzlabor: Urinstix und Strep A (EBM-Ziffern: 32030 und 32152) müssen vorgehalten werden
- Entwicklungsdiagnostik: Vorhaltung und Anwendung standardisierter Entwicklungsdiagnostik mit Sprach- und Entwicklungstests (z.B. FRAKIS, SSV, SBE-2/3-KT, HASE, Denver, Griffiths, BUEGA, Movement-ABC u.a.)

2. persönliche Qualifikation

- Zuschlag Sonographie KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung (Abdomen und Hüfte erforderlich)
- Zuschlag Kleine Chirurgie Selbstauskunft
- Zuschlag Psychosomatik entweder KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung

- Zuschlag Präsenzlabor (EBM-Ziffern 32128, 32025 bis 32039, 32120, 32122, 32031, 32045 können nicht über EBM abgerechnet werden)
- Amblyopie-Screening Selbstauskunft
- Tympanometrie *Wartungsbericht Tympanometer (plus Vorhandensein eines Audiometers)*
- Allergologie (Hyposensibilisierung) *Qualifikationsnachweis (quantitativ) aus der Vergangenheit erforderlich*

3. weitere Voraussetzungen

- Bis spätestens Ende 2016: Qualifikation *Psychosomatische Grundversorgung*
- Fortbildung: 3 QZ und 3 Fortbildungen pro Jahr
- Abrechnung Sozialpädiatrische Beratung und Koordination: *max. 60 Minuten im Quartal (Obergrenze) pro Patient und insgesamt nicht mehr als 10 % des Abrechnungsaufkommens*

Neuere Entwicklungen betreffen die Einführung einer deutlich vereinfachten REHA-Beantragung für definierte Diagnosen innerhalb der HzV. Die neu gestaltete Kinderrichtlinie macht aus rechtlichen Gründen eine Neuauflegung des bisher verwendeten Paed.Check-Heftes nötig. Die Vorbereitungen sind im Gang. Angestrebt ist ein Add-on-Heft mit den Zusatzleistungen des Vertrags zum neuen gelben Heft.

Eckdaten zum aktuellen Stand

Über 350 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg nehmen teil. Faktisch sind das über 400, weil die offizielle Teilnahme eines BAG-Mitgliedes in der Konsequenz die Teilnahme der ganzen BAG bedeutet. D.h., mehr als die Hälfte der niedergelassenen PädiaterInnen in BW sind dabei. Ca. **125.000 Kinder und Jugendliche** sind eingeschrieben (10/16). Die **durchschnittlichen Fallwerte** betragen zwischen **80 und 85 €/Quartal** und sind damit **30-40% höher als im Kollektivvertrag**.

Fazit

Die intensiven und emotional geführten Diskussionen von vor vier Jahren über das Für und Wider einer Teilnahme an dieser im SGB V ausdrücklich vorgesehenen Versorgungsalternative gibt es nur noch vereinzelt. Ob die Konkurrenz der beiden Systeme (Kollektivversorgung über die KV einerseits und bereinigte Selektivversorgung nach §73b andererseits) das KV-System im Endergebnis schwächt oder durch Konkurrenz möglicherweise sogar herausfordert und Veränderungsdruck bewirkt, sei offen gelassen. Wir dürfen in diesem Zusammenhang aber daran erinnern, wie sehr wir manchmal an Regelungen im KV-System verzweifeln und uns bessere Versorgungsbedingungen wünschen. Die Furcht vor einer größeren Abhängigkeit von der Krankenkasse können wir nicht teilen. Selbstverständlich gibt es wie bei allen Vertragsverhandlungen auf beiden Seiten Interessen. Bisher wurden sämtliche Entscheidungen im fairen Austausch und gegenseitigen Respekt getroffen.

Was wir nach unseren bisherigen Erfahrungen unterstreichen können, ist die Möglichkeit, gemeinsam mit der AOK

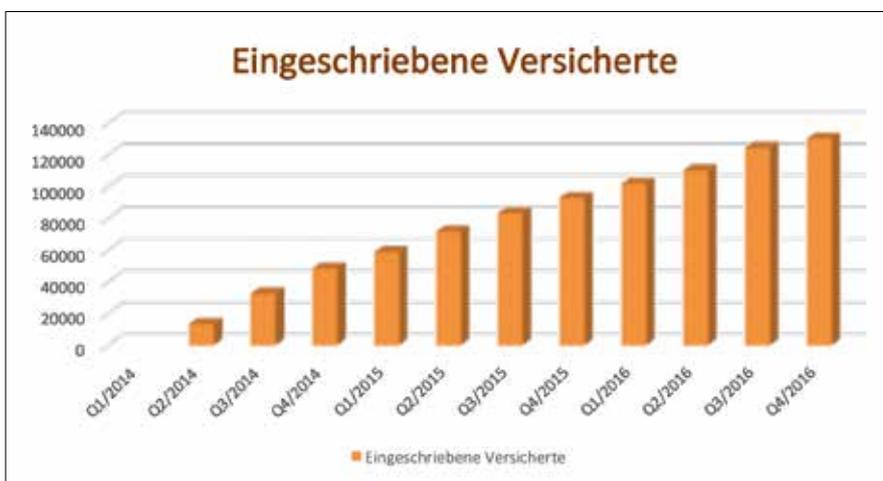
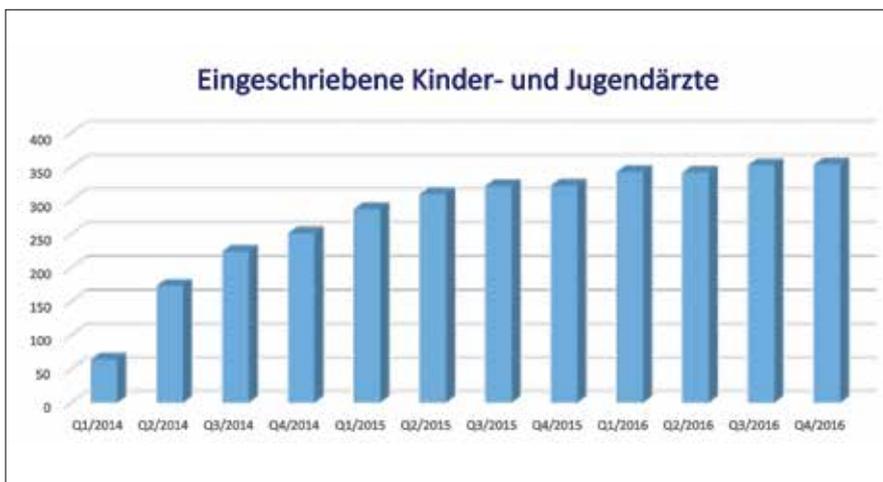


Abb. 1 u. 2.: Entwicklung der Einschreibung (Stand Jahresende 2016)
 Zugelassene Kinder- und Jugendärzte: 353 ca. 130 Tsd. eingeschriebene Kinder und Jugendliche
 (Gesamt-Teilnahmeerklärungen: 376)

BW durch diesen Vertrag die Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu verbessern und hierfür eine angemessene Vergütung zu erhalten. Durch die enge Zusammenarbeit mit der AOK BW sind die Gestaltungsmöglichkeiten deutlich besser als im Kollektivsystem und zukunftssicher.

Wir sind überzeugt, dass wir etwas Sinnvolles und Innovatives auf den Weg gebracht haben. Für die Versicherten und die Kinder- und Jugendärzteschaft. Selbstbestimmung über zentrale Vertragsinhalte war uns ein großes Anliegen. Und direkte Mitsprache bei der Fortentwicklung des Vertrages. In den Gesprächen mit der AOK-BW konnten wir viel

von unseren versorgungsgestalterischen Überlegungen einbringen. Der bürokratische Aufwand ist gegenüber dem KV-System deutlich vereinfacht. Trotzdem werden wir auch hier weiter an noch besseren Optionen arbeiten.

Wir wollen und werden den Vertrag mit der AOK BW gemeinsam fortentwickeln, um den Aufgabenstellungen der Zukunft gerecht zu werden. Das sind wir vor allem auch den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen schuldig. Bewährtes zu wahren ist vernünftig. Aber nichts ist wirklichkeitsferner als ein zurückgewandtes Festhalten an überholten Mustern, die einem Tauglichkeitstest nicht standhalten.

Letztendlich muss und sollte jedem selbst überlassen werden, für welches Versorgungsmodell er sich entscheidet.

Korrespondenzadressen:

Dr. Roland Fressle, 79110 Freiburg
E-Mail: rfressle@rfressle.de

Dr. Klaus Rodens, 89129 Langenau
E-Mail: klausrodens@t-online.de
(für die Vertragsarbeitsgruppe der kinder- und jugendärztlichen HzV in BW und die BVKJ-Service GmbH) Red.: WH

Der BVKJ beim Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft

Der Mensch ist nicht unbedingt, was er isst, aber die Ernährung der frühen Jahre entscheidet zu einem großen Teil, wie gesund der Mensch bis ins hohe Alter sein wird. Ernährung – richtige und falsche, gesunde und ungesunde – spielt daher in der Pädiatrie eine herausragende Rolle und der Kontakt zum Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ist daher nicht weniger bedeutend für den BVKJ als der Kontakt ins Gesundheitsministerium. Am 22.12.2016 fand daher der schon länger geplante Besuch bei Minister Christian Schmidt statt. Zu der Pädiater-Abordnung gehörten BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach, Prof. Ertan Mayatepek, DGKJ-Präsident und Direktor der Kinderklinik der Düsseldorfer Universität, und Prof. Dr. Berthold Koletzko, DGKJ-Vorsitzender der Ernährungskommission und Leiter der Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München.

Von Seiten des Ministeriums nahmen Dr. Klaus Heider, Abteilungsleiter Ernährungspolitik, Produktsicherheit und Innovation, an dem Treffen teil sowie mit einiger Verspätung der Minister selbst, sowie zwei Referentinnen.

Dr. Klaus Heider berichtete als erstes über das geplante Bundeszentrum für Ernährung (BZE).

Die Mitgliederversammlung des aid, ein Infodienst mit Service rund um Landwirtschaft, Lebensmittel und Ernährung, hat im November die Auflösung des aid beschlossen, so dass das BZE wie geplant im ersten Quartal 2017 seine Arbeit aufnehmen kann. Integriert werden als eigenständige Einheiten das Netzwerk Junge Familie und die Nationale Zentralstelle zur Qualitätssicherung der Gemeinschaftsverpflegung in KiTas und Schulen. Vorgesehen ist externe wissenschaftliche Beratung, u.a. durch DGE und MRI. Die pädiatrischen Verbände boten ihre Unterstützung und Beratung an. Der Ministerialbeamte nahm dies positiv auf.

Als nächstes wendete sich das Gespräch dem Forschungsinstitut für Kinderernährung im Max-Rubner-Institut (MRI), Karlsruhe, zu.

Nach Berufung des neuen MRI-Direktors soll die Leitungsposition des Forschungsinstituts für Kinderernährung im MRI ausgeschrieben und möglichst Mitte 2017 besetzt werden. Das Institut soll bis 2018 betriebsbereit sein. Der Bundestag hat hierfür fünf zusätzliche Stellen bewilligt. Insgesamt sollen 18 Stellen zugeord-



net werden, davon circa zehn akademische Stellen. Vorrangige Aufgaben des Instituts werden sein:

- Forschung zum Ernährungsstatus bei Kindern und Jugendlichen
- Forschung zu Präventionsstrategien
- Fortlaufendes Ernährungsmonitoring
- Forschung zu Bestimmungsmethoden des Ernährungsverhaltens
- Wirkungsforschung zu ernährungspolitischen Maßnahmen
- Politikberatung

Wie sehr DGKJ und BVKJ daran interessiert sind, sowohl das geplante Bundeszentrum für Ernährung (BZE) als auch das geplante Forschungsinstitut für Kinderernährung im Max-Rubner-Institut (MRI), zu unterstützen und an deren Projekten mitzuarbeiten, betonte die BVKJ-Abordnung noch einmal, als der Minister zu der Runde stieß. Dieser begrüßte denn auch die Bereitschaft zur Mitarbeit ausdrücklich.

Das Gespräch wendete sich einer weiteren „Herzangelegenheit“ des BVKJ zu, der „kindgemäßen Werbung für nicht kindgerechte Lebensmittel“. Hier zeigte sich der Minister ganz auf Seiten der Kinder- und Jugendärzte, die schon lange für eine striktere Reglementierung eintreten.

Weitere Gesprächspunkte waren das Netzwerk Junge Familie, das von BVKJ und DGKJ als großer Erfolg bewertet wird. Dementsprechend wurde dem Ministerium ausdrücklich für die aktive Unterstützung des Netzwerks und seiner Verstärkung gedankt. Thomas Fischbach und Ertan Mayatepek sprachen sich darüber hinaus dafür aus, bei dem geplanten Bundeszentrum für Ernährung (BZE) die Lenkungsgruppe zu modifizieren und die beteiligten Fachgesellschaften DGKJ und DGG aufzunehmen, während auf die PEB in der Lenkungsgruppe nicht zuletzt wegen bestehender Interessenkonflikte verzichtet werden könne.

Prof. Mayatepek sprach die erheblichen Defizite bei der Forschungsförderung für den Bereich der frühen Ernährung an und wies darauf hin, dass nach den vorliegenden informellen Informationen für das BMBF-Forschungsprogramm „Kinder- und Jugendgesundheit“ zahlreiche Antragsvorschläge eingereicht wurden, aber die der DGKJ bekannten zwei hochwertigen Anträge zur frühkindlichen Ernährung nicht berücksichtigt wurden. Auch bei der zuvor durchgeführten BMBF-Ausschreibung zur Ernährungsforschung spielte der Bereich der frühen Ernährung keine nennenswerte Rolle.

Im weiteren Verlauf des Besuchs sprach Dr. Koletzko den Nutzen der Folsäure-Anreicherung von Grundnahrungsmitteln mit dem Hauptziel der Prävention von Neuralrohrdefekten und zusätzlichem Nutzen für weitere gesundheitlich relevante Endpunkte in der Gesamtbevölkerung an und verwies auf das im Q1 2017 vorgesehene Berichterstattergespräch des Bundestagsausschusses Ernährung und Landwirtschaft. Er bat den Minister, eine Anreicherung des von Bäckereien für die Herstellung von Weißbrot und -backwaren verwandten Mehls des Typs 550 zu unterstützen. Der Minister versprach, diese Frage zu prüfen – allerdings erst in der nächsten Legislaturperiode.

Zu guter Letzt ging es noch einmal um die peb, die von allen Gesprächsbeteiligten kritisch gesehen wird. Doch trotz aller Einwände gegen die allzu industriefreundliche Plattform hält der Minister grundsätzlich ein gemeinsames Forum der verschiedenen Akteure der Zivilgesellschaft zur Adipositasprävention im Kindes- und Jugendalter für wünschenswert. Er möchte am bisherigen Weg einer Selbstverpflichtung der Nahrungsmittelindustrie zur Reduktion adipogener Produkte festhalten und bat BVKJ und DGKJ, vorerst für eine weitere Zusammenarbeit mit der peb zur Verfügung zu stehen. Sollte der Weg einer Selbstverpflichtung zukünftig jedoch weiterhin erfolglos sein, versprach der Minister auch ordnungspolitische Maßnahmen in sein Kalkül einzubeziehen. Die beiden pädiatrischen Verbände stellten klar, dass eine weitere Mitarbeit von deutlichen Verbesserungen abhängig gemacht würde, da sie ansonsten in ihrer Innen- und Außenwirkung ihre Glaubwürdigkeit gefährdet sehen.

Insgesamt also ein fruchtbares und lohnendes Gespräch, das mit der Aussicht auf weitere Schritte und Kooperationen beendet wurde.

ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbelling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

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

Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

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

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

Druckauflage 13.367
lt. IVW IV 2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – Anzeigen: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – Redaktionsassistent: Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – Layout: Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – Druck: Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.

Anzeigenpreisliste: Nr. 50 vom 1. Oktober 2016

Bezugspreis: Einzelheft € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

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

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

Der Honorarausschuss informiert

GOÄ-Abrechnung der Vorsorgen nach den neuen Kinderrichtlinien

Abrechnungsmöglichkeiten // Die neuen Kinderrichtlinien stellen für viele Praxen eine deutliche Umstellung im Alltag dar. Der Inhalt der Vorsorgen hat sich teilweise deutlich geändert, so dass sich für viele Praxen auch die Frage der angemessenen Abrechnung dieser Inhalte im Bereich der GOÄ stellt, da ja auch PKV-Versicherte einen Anspruch auf diesen Untersuchungsstandard haben. Während im Bereich der GKV eine Vergütung zentral festgelegt wird, ist im Bereich der Privatabrechnung eine Anpassung der Abrechnung individuell notwendig. Eine zentrale Abrechnungsvorschrift kann es nicht geben, jedoch stellt dieser Artikel einen Vorschlag des Honorarausschusses zur Diskussion, der dann den jeweiligen Leistungen in den Praxen angepasst werden kann und muss.



Dr. Marcus Heidemann

Der hier dargestellte Abrechnungsvorschlag bezieht sich auf den Vorsorgeumfang gemäß den GBA-Richtlinien. Eine ggf. weitergehende Untersuchung mit umfangreicherer Entwicklungsdiagnostik aufgrund des Verdachts auf einen Entwicklungsrückstand oder zusätzlichen anderen Elementen ist hier nicht beinhaltet und sollte natürlich, soweit erbracht, unter Beachtung eventueller Ausschlüsse und Doppelabrechnungen bezüglich der Basisvorsorge bei medizinischer Indikation erfolgen.

Grundlage GOÄ-Ziffer 26

Zentraler Abrechnungsbaustein jeder Vorsorge bleibt die GOÄ-Ziffer 26. Diese beinhaltet wesentlichen Elemente, insbe-

sondere auch die in den neuen Richtlinien verstärkt betonte Beratung der Eltern. Da es wesentliche Abrechnungsausschlüsse zu anderen Beratungsziffern gibt, ist die Abbildung der ggf. verlängerten Beratungszeit nicht über zusätzliche Ziffern möglich. Individuell kommt aber in Abhängigkeit vom Beratungsumfang natürlich eine Steigerung des Multiplikators in Betracht. Die Begründung dieser Steigerung sollte patienten- und anlassbezogen erfolgen und keinesfalls Bezug auf die neue Kinderrichtlinie nehmen.

„Umfangreiche Beratung der Eltern zur Prävention / zur Entwicklung / zur Förderung“ etc. könnte eine Begründung lauten. Da es sich bei der Beratung in der Ziffernlegende der Ziffer 26 um eine optionale Leistung handelt, ist bei umfangreicher Beratung eine Steigerung des Multiplikators gut zu begründen.

Orientierende Beurteilung der Entwicklung und Interaktionsbeobachtung

Die für diesen Bereich der Vorsorge zu erhebenden Befunde lassen sich am besten über die Ziffern 716 und 717 der GOÄ abrechnen. Da es sich bei den Vorsorgen um standardisierte Verfahren handelt, ist bei vollständiger Erfassung der Entwicklungs- und auch der Interaktionsbeobachtung die Anwendung der Ziffern gut zu begründen. Beachtet werden sollte, dass die Ziffer 717

bei formaler Auslegung der Legende nur beim Kleinkind und somit ab U6 in Betracht kommt. Erreicht man aufgrund mehrerer erfasster Entwicklungsbereiche den Höchstwert nach Ziffer 718, ist dieser stattdessen abzurechnen (unter Benennung der untersuchten Bereiche).

Augenuntersuchung

Die Abrechnung der Augenuntersuchung ist nicht über die einzelnen Untersuchungsschritte abrechenbar. So gibt es beispielsweise keine gesonderte Ziffer für den Brückner Test. Kritisch betrachtet könnte man zu dem Ergebnis kommen, dass Ziffer 26 über die Formulierung „Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen...“ die Augenuntersuchung beinhaltet. Allerdings stammt die Legende aus einer Zeit in der in Anlehnung an die Kinderrichtlinie nur die orientierende Untersuchung der Organe beinhaltet war. Die funktionale Untersuchung ist somit sicher nicht in der Legende der Ziffer 26 enthalten. In Folge dessen bietet sich für die Untersuchung mindestens ab U4 die Ziffer 1216 (Untersuchung auf Heterophorie) an. Darunter kann die Ziffer aufgrund des Leistungsumfanges der Vorsorge kritisch gesehen werden, eine Abrechnung ist aber auch nicht ausgeschlossen. Dem Untersuchungsumfang der U7a bis U9 wird ggf. auch die Ziffer 1217 inhaltlich gerecht.

Dokumentation

Die Dokumentation im Vorsorgeheft, wie auch die Bestätigung über „die Durchführung der Vorsorge und die Beratung zu Impfungen“ in der neuen Teilnahmekarte des Heftes erfüllen den Inhalt der Ziffer 70 und sind nicht in der Ziffer 26 beinhaltet. Daher kann diese Ziffer bei jeder Vorsorge angesetzt werden.

Weitere Untersuchungen im Rahmen bestimmter Vorsorgen

Neben dem Standardprogramm gibt es bei unterschiedlichen Vorsorgen noch ergänzende vorgeschriebene Untersuchungen. Wird im Rahmen der U2 das Neugeborenen-screening abgenommen, sollte ergänzend die Blutabnahme (Ziffer 250 oder 250a, ggf. Steigerung auf Faktor 2,5 „erschwerte Bedingungen beim Neugeborenen“) nicht vergessen werden. Auch das Porto für den Versand lässt sich berechnen. Ebenfalls lässt sich ein NG-Hörscreening, so es denn in der pädiatrischen Praxis durchgeführt wird, mit der Ziffer 1409 (OAE) bzw. 1408 (AABR) berechnen.

Bei der U3 ist die Hüftsonografie über Ziffer 413 fester Bestandteil der Vorsorge. Werden im Rahmen der vorgeschriebenen Reflexprüfungen die Lagereaktionen nach Voita mit erbracht, ist Ziffer 714 hierfür anzusetzen und als kurative Ziffer zu begründen.

Im Rahmen der U8 wird ein standardisierter Hörtest erforderlich. Da die Kinderrichtlinien für Privatpatienten nicht verbindlich gelten, sind auch andere Hörtestverfahren beispielsweise ein Pilotenhörtest möglich. Eine Abrechnung des „GBA-Hörtest“ sollte über die Ziffer 1403 erfolgen. Der Pilotenhörtest findet sich in Ziffer 1404 wieder. Die bei der U8 in den Kinderrichtlinien verbliebene einzige Urinkontrolle wird über Ziffer 3511 abgerechnet.

Um im Rahmen der Abrechnung auf eine angemessene Vergütung zu kommen, ist es entscheidend die Abrechnung der tatsächlich durchgeführten Untersuchung individuell anzupassen. Dies beinhaltet nicht nur die Auswahl der vollständigen und richtigen Ziffern, sondern vor allem die angepasste Steigerung an den individu-

ellen Schwierigkeits- und Zeitbedarf der einzelnen Leistungsziffer. Die Steigerung sollte nicht pauschal für die gesamte Vorsorge erfolgen, sondern jede Ziffer sollte gemäß dem tatsächlichen begründbaren Aufwand gesteigert und entsprechend begründet werden.

.....

Eine entsprechende ausführliche tabellarische Übersicht der Abrechnungsziffern erhalten alle in den Praxen tätigen BVKJ-Mitglieder mit einer gesonderten Aussendung des BVKJ zu den Vorsorgen. Weiterhin ist die Übersicht als Artikel im Online-Shop der BVKJ-Service-GmbH erhältlich und kann in **PädInform** als Download erhältlich.

.....

Korrespondenzadresse:

Dr. Marcus Heidemann

33605 Bielefeld

E-Mail: marcusheidemann@web.de

Red.: WH



Donnerstag, 06. April 2017

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):
Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie, Neugeborenenreanimation, Kinderkardiologie, Hospitation in einer Praxis. Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogene Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Berlin und Umgebung statt.

Freitag, 07. April 2017

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen: angeborene Herzfehler; pädiatrische In-

fektiologie; Gerinnungsstörungen; pädiatrische Epileptologie; pädiatrische Dermatologie; pädiatrische Pneumologie; Bauchschmerzen; Neuropädiatrie; Harnwegsinfektionen; Arbeit des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis; Übermittlung von Bad News

Referenten: PD Dr. K. Schmitt; Dr. S. Landwehr-Kenzel; Dr. S. Holzhauser; Prof. F. Aksu; Prof. U. Blume-Peytavi; Prof. V. Stephan; Prof. M. Radke; PD Dr. A. von Moers; Prof. R. Rossi; S. Sturm; Prof. W. Kölfen

Samstag, 08. April 2017

Wachstumsstörungen; Rheumatologie; Hyposensibilisierung; Jugendmedizin; Beruf des Kinder- und Jugendarztes; neonatologischer Notfall

Referenten: Dr. D. Schnabel; Prof. H. Girschick; Prof. S. Lau; Dr. B. Stier; Dr. T. Fischbach; Prof. C. Bühner

Sonntag, 09. April 2017

Televoting-Quiz: Röntgenbilder: Beurteilung und Differenzierung von Normalbefunden und Pathologie; Sonographie des Urogenitaltrakts und der Oberbauchorgane

Referenten: Dr. G. Hahn; Dr. J. Schulz

Samstag, 08.04. und Sonntag, 09.04.2017

Seminare zur Erweiterung des Basiswissens:

Hämatologie, Kinderkardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie, Kinderendokrinologie, Onkologie, Neonatologie, Reanimationstraining, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie, Hämatologie und Onkologie

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse:

Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Berechnung Infusionsplan in Neonatologie u. Intensivmedizin, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Tatort Haut, Einführung in die EEG-Diagnostik, Praktische Therapie des Diabetes, Vorsorgeuntersuchungen, Praxisalltag, akutes und chronisches Fieber, Kindstod, Kenntnisse in der Jugendmedizin, Hirntod, neuropädische Untersuchung, Radiologie, Sonographie, Rheumatologie, Säuglingsernährung, Bauchschmerzdiagnostik, Kinderurologisches Basiswissen, Medienkonsum, Entwicklungs- u. Verhaltensstörungen, Kinderchirurgische Erkrankung des Abdomens, Beatmung Früh- u. Neugeborener, Kindesmisshandlung, Schmerzbehandlung, hämatologische Basisdiagnostik

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. R. Schmid, Dr. D. Schnabel

Ausführliches Programm:

www.bvkj.de

Infos und Anmeldung:

BVKJ e.V., Team Fortbildung
per Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e. V.:

- Teilnahme am 06.04.2017: 95,-€
- Teilnahme vom 07.-09.04.2017: 290,-€

Für Nichtmitglieder im BVKJ e. V.:

- Teilnahme am 06.04.2017: 190,-€
- Teilnahme vom 07.-09.04.2017: 490,-€

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist im ersten Jahr der Weiterbildungszeit kostenlos, danach beträgt der Beitrag 30,-€ pro Jahr.

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

ANMELDUNG zum 14. Assistentenkongress in Berlin vom 06.-09.04.2017

- ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ Bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

- am Donnerstag, 06.04.2017 Mein Klinik-Seminarwunsch: _____
 für Mitglieder 95,-€ für Nichtmitglieder 190,-€
- von Freitag, 07.04. bis Sonntag, 09.04.2017
 für Mitglieder 290,-€ für Nichtmitglieder 490,-€
 an der Rallye, Freitagabend Restaurant Nolle, Samstagabend

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

Name/Vorname: _____ Mail: _____

Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Ergänzung der Kinder-Richtlinie: Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen



Dr. Rainer Leitzig

1. Ziel: Früherkennung von Kindern mit kritischem angeborenen Herzfehler

Die erfolgreiche Behandlung von Kindern mit kritischem Herzfehler hängt direkt mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung zusammen. Solange der Ductus arteriosus Botalli offen und der Lungenwiderstand nach der Geburt noch hoch ist, besteht ein labiles hämodynamisches Gleichgewicht und klinische Zeichen sind selten. 55 % der Kinder mit kritischem angeborenen Herzfehler haben kein Herzgeräusch, z. B. Transposition der großen Arterien (1). Allerdings besteht bereits eine Untersättigung, die diagnostisch genutzt werden kann. Mit Abfallen des pulmonalen Widerstandes und Verschluss des Ductus arteriosus Botalli in den ersten Lebenstagen entwickelt sich eine dekompensierte Herzinsuffizienz mit Acidose und Multiorgan-

versagen und schränkt die Prognose deutlich ein.

2. **Problem:** eine Zyanose erkennt der erfahrene Untersucher bei hellem Hauttyp ab einer Sättigung von 89 % und weniger. Werte zwischen 90-95 % sind mit dem bloßen Auge nicht zu erkennen.

Bei Kindern mit mediterranem oder dunklen Hauttyp ist eine Zyanose gelegentlich gar nicht zu erkennen.

3. Messtechnik:

handelsübliches Pulsoximeter
24-48 Stunden nach Geburt,
nicht vor der 5. Stunde
postduktal, also am Fuß
(rechter oder linker Fuß ist egal)

4. Interpretation: $\geq 96\%$ = normal, $< 96\%$ = pathologisch

pathologisch: Wiederholung der Messung nach einer Stunde

- normal: keine weiteren Maßnahmen
- pathologisch: sofortige kinderardiologische Untersuchung

5. Einschränkungen

Kritische angeborene Herzfehler, bei denen keine Untersättigung besteht, sind mit dem Pulsoximetryscreening nicht zu erfassen!!!

Die Sensitivität des Pulsoximetryscreenings ist eingeschränkt in der Erkennung von Herzfehlern mit Linksobstruktion, z. B. kritische postduktale Aortenisthmusstenose. Deshalb ersetzt das Pulsoximetryscreening keinesfalls die bislang übliche sorgfältige Suche nach klinischen Hinweisen

einer neonatalen Herzerkrankung und dabei insbesondere das Tasten der Femoralispulse.

Im Rahmen einer landesweiten Studie in Sachsen, 2007 (2) wurden 19.668 Neugeborene erfasst, bei 19.269 Neugeborenen konnte ein Pulsoximetryscreening durchgeführt werden. Davon ergab sich bei 23 Neugeborenen eine pathologische erste Messung. Die Kontrollmessung nach einer Stunde ergab in 17 Fällen pathologische Werte. Davon waren 12 Neugeborene krank, 5 gesund. Weitergehende Maßnahmen, Facharztkonsil und Echocardiographie sind also selten (17/19.269 Neugeborenen). Zum Vergleich: im altbekannten Stoffwechsel-Screening sind 14,5/20.000 Neugeborenen auffällig (3)

Link: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2762/2016-11-24_Kinder-RL_Pulsoxymetrie-Screening-Neugeborene.pdf

Tritt in Kraft nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger! Wichtig für alle Kolleginnen und Kollegen, die Geburtshilfeabteilungen betreuen.

Literatur beim Verfasser.

Korrespondenzadresse:

Dr. Rainer Leitzig

68753 Waghäusel

E-mail: dr-leitzig@gmx.de

Red.: WH

Kindesmissbrauch: Zartbitter stellt Erklärvideo zu Schutzkonzepten ins Netz

Zartbitter e. V., die Beratungsstelle gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen, hat ein Erklärvideo über Beratungs- und Präventionsangebote produziert. Nun steht das Erstlingswerk bereits im Netz und ist unter Youtube oder unter www.zartbitter.de

abrufbar. Der kleine Film vermittelt grundlegende Informationen für alle, die einen sexuellen Missbrauch vermuten und ein Kind unterstützen wollen.

ReH

Beschluss zu den geänderten Kinderrichtlinien am 01.01.2017 in Kraft getreten

(s. auch Editorial in Heft 6-2016, S. 353 bis 357 dieser Zeitschrift)

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses (an dem wir Kinder- und Jugendärzte nicht beteiligt waren) vom 12.12.2016 werden die nach den geänderten Kinderrichtlinien neu gefassten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (EBM-Ziffern 01711 – 01723) mit 401 Punkten bewertet, das sind (Ausnahme U 7a) 93 Punkte mehr gegenüber der bisherigen Bewertung. Umgerechnet sind dies ca. 42 € pro Untersuchung, ein Ergebnis, das dem tatsächlichen Aufwand bei den Untersuchungen nicht gerecht wird.

Das in den GKV-Katalog neu aufgenommene Screening Neugeborener auf Mukoviszidose erhält die neue **EBM-Ziffer 01709 (50 Punkte)**. Gleichzeitig wird die bisherige EBM-Ziffer **01707 („Erweitertes Neugeborenen-Screening“, neue Bewertung 135 Punkte)** dahingehend abgeändert, dass das Mukoviszidose-Screening berücksichtigt ist. Die neue Screening-Ziffer 01709 und die GOP 01707 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Bei den Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings gibt es folgende Änderungen: Die GOP 01708 (Laboruntersuchungen zum Neugeborenen-Screenings) wird gestrichen. Deren Inhalt wandert in die **neue EBM-Ziffer 01724 (117 Punkte)**.

Um die mehrstufige Mukoviszidose-Früherkennung im EBM abzubilden, werden drei neue Laborleistungen eingeführt:

Die Abrechnung dieser neuen Laborleistungen 01724 bis 01727 setzt eine KV-

| EBM-Ziffer | Leistungslegende | Bewertung in Punkten |
|------------|--|----------------------|
| 01725 | Immunologische Bestimmung des immunreaktiven Trypsins (IRT) | 23 |
| 01726 | Immunologische Bestimmung des Pankreatitis-assoziierten Proteins (PAP) | 399 |
| 01727 | Gentest auf Mutation des CFTR-Gens (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) | 3746 |

Genehmigung gemäß Kinderrichtlinie des GBA voraus. Zudem – und das ist in diesem Kontext eine neue Bedingung – ist zur Abrechnung **der EBM-Ziffern 01724 bis 01727 die Einwilligung der Eltern** nachzuweisen.

Und noch eine für uns Kinder- und Jugendärzte interessante Neuerung:

Da das Honorarvolumen für den Anfang 2015 eingeführten Zuschlag 04356 (195 Punkte zur EBM-Ziffer 04355 (eingehende sozialpädiatrische Beratung) im

ersten Jahr nicht ausgeschöpft wurde, darf die **EBM-Ziffer 04356** ab Januar 2017 künftig nicht maximal zwei- sondern **dreimal im Krankheitsfall (pro Jahr)** angesetzt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Editorial zum Artikel Adipositasprävention von Prof. Müller

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Highlight Bad Orb 2016 schlechthin war der Vortrag von Prof. Müller aus Kiel zur Adipositasprävention im Kindes- und Jugendalter. Alle Zuhörer waren begeistert, kein Murren, keine Kritik, dass ich als Moderator eine Verdoppelung der Redezeit des Referenten zugelassen habe. Ich bin sehr dankbar dafür, dass Prof. Müller umgehend seine jahrzehntelange Erfahrung für uns alle in einem Artikel für diese Ausgabe des Kinder- und Jugendarztes zu Papier gebracht hat. So schnell war noch keiner!

Bitte lesen, auch wenn der Artikel etwas länger ist als sonst üblich. Prof. Müller

zeigt uns Pädiatern unsere Grenzen bezüglich einer Adipositasprävention auf, er entwickelt die großen Zusammenhänge der obesiogenen Lebenswelten der modernen Zeit, aber er gibt uns auch Hinweise, was jeder von uns tun kann: Nicht frustrierte Passivität, sondern weiterhin unermüdlige vorausschauende Beratung der Familien, Erkennung besonderer Risikokonstellationen und mehr „public health“-Aktivitäten vor Ort im Stadtteil, in den Kindertagesstätten und Schulen, Zusammenarbeit mit lokalen Politikern sowie Aktivierung der jeweiligen Ärztekammern, bezüglich Adipositas in der Bevölkerung politisch aktiver zu werden. Bitte unterstützen Sie

uns vom BVKJ bei der Durchsetzung der „Zuckersteuer“ auf süße Getränke.

Und lassen Sie sich stimulieren, wieder häufiger den HSK Bad Orb in Ihren Fortbildungskalender aufzunehmen. **Das Thema 2017: Das chronisch kranke Kind – der chronisch kranke Jugendliche.** Ich verspreche wieder interessante Referenten und Themen, stimulierenden kollegialen Austausch und alles ohne industrielles Sponsoring.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Klaus-Michael Keller
DKD HELIOS Klinik Wiesbaden
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden

Highlights aus Bad Orb

Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter



Prof. Dr. Manfred J. Müller

Übergewicht und Adipositas sind Epiphänomene gesellschaftlicher Entwicklungen. So sind heute auch viele Kinder und Jugendliche adipös. Angesichts der begrenzten Erfolgs der Behandlung ist eine Prävention

der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen notwendig. Als primäre Prävention ist sie an einer Lösung des Problems und weniger an den in der biomedizinischen Forschung vermuteten, aber bisher noch nicht geklärten, biologischen Ursachen der Adipositas orientiert. So gesehen wird Adipositas als Ergebnis einer Wechselwirkung von mehr oder minder „vulnerablen“ Individuen (z. B. Kinder und Jugendliche) mit einer potentiell „krankmachenden“ Lebenswelt verstanden. Wohlstand und Überfluss von Konsumgütern (wie Lebensmittel) begünstigen und verfestigen heute gesundheitlich riskante Lebensstile. Der nachteilige Einfluss der Lebenswelten auf das die Gesundheit betreffende Verhalten, betrifft besonders Kinder und Jugendliche aus mittleren und unteren Sozialschichten. Maßnahmen der Adipositasprävention werden heute auf höchster politischer Ebene, d.h. von der

UN-Vollversammlung und der WHO, gefordert. Die aktuelle Diskussion geht weg von einer auf das individuelle Verhalten gerichteten Prävention und hin zu einem gesellschaftlichen (d.h. Verhältnis-orientierten) Ansatz von Gesundheitsförderung und Prävention. Um wirksam zu werden, müssen lokale und regionale Maßnahmen zukünftig Teil nationaler und globaler Strategien der Gesundheitsförderung sein. Wir Ärzte sind aufgefordert, uns an Diskussion und Maßnahmen zu beteiligen sowie „Anwaltschaften“ für die Prävention von Adipositas zu übernehmen.

Die hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sind ein gesellschaftliches Phänomen, welches auch Kinder und Jugendliche betrifft. Eine Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen ist (wie auch bei Erwachsenen) selten nachhaltig und kaum erfolgreich (1). Ange-

sichts der naheliegenden Erklärungen von Adipositas (hochkalorische Ernährung, körperliche Inaktivität, genetische und/oder epigenetische Risiken) und deren nachteilige Auswirkungen (erhöhtes kardio-metaboles Risiko, soziale Benachteiligung und Stigmatisierung) erscheint eine Prävention von Adipositas notwendig. Dieses gilt um so mehr, als das Übergewicht im Kindes- und Jugendalter das kardio-metabole Risiko im späteren Leben mitbestimmt (2-5). Trotz alarmierender Zahlen ist es aber bisher weltweit nicht gelungen, die Entwicklung aufzuhalten.

Es gibt zahlreiche wissenschaftlich-kontrollierte Untersuchungen zur Adipositasprävention. Die Ergebnisse wurden in verschiedenen *Cochrane reviews* und Übersichtsartikeln sowie dem Positionspapier des vom BMBF geförderten Kompetenznetzes Adipositas zusammengefasst (6). Das Thema ist die primäre Prävention, mit dem Ziel, die Inzidenz von Übergewicht bei zunächst normalgewichtigen Kindern zu „kontrollieren“. Als universale Prävention in Kindertagesstätten, Schulen oder auch in größeren „Kontexten“ wie Gemeinden wurden durch die primärpräventiven Maßnahmen auch bereits übergewichtige Kinder und Jugendliche erreicht. Diese sind aber nicht die eigentliche Zielgruppe der primären Prävention.

Strategien der Prävention von Adipositas umfassen sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention. Dabei richtet sich die Verhaltensprävention an die Betroffenen und deren Angehörige. Demgegenüber betrifft die Verhältnisprävention die „Treiber“ ungesunder Lebensstile (z. B. das hohe und preiswerte Angebot an Lebensmitteln) sowie die Lebenswelten, welche „gesundes“ Verhalten erleichtern oder auch erschweren können. Verhaltensprävention bewegt sich in den Bereichen von Biologie und Psychologie und tangiert im Falle von Familien auch die sozialen und kulturellen Bedingungen von Verhalten. Verhältnisprävention adressiert (i) die sozialen, physikalischen und natürlichen Lebenswelten, (ii) die kommunale, regionale und nationale Politik (z. B. hinsichtlich Transport und Verkehr, Städteplanung, Bildung, Gesundheit und Wirtschaft), (iii) globale Entwicklungen in Ökonomie, Handel, Marketing, Urbanisierung, Interessenvertretung und Befürwortung sowie (iv) soziale und kulturelle „Normen“ in der Gesellschaft. Gesundheitsförderung erfordert Verhaltens- und Verhältnisprävention während aller

Lebensabschnitte, sie ist lebensbegleitend notwendig und betrifft nicht allein die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“.

Bisherige Erfahrungen mit Verhaltensprävention (2)

Bis zum Jahre 2015 wurden in den Literaturdatenbanken >55 kontrollierte Studien zur Adipositasprävention in Kindertagesstätten, Schulen und Familien sowie Arztpraxen erfasst. Eine anhand von 37 Studien, Datensätzen von 27.946 Kindern und Nachbeobachtungen von mindestens ein Jahr durchgeführte Metaanalyse zeigte eine hohe Heterogenität von Interventionen und Studienqualität.

Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe beträgt der Effekt von verhaltensorientierter Adipositasprävention auf den BMI im Mittel und nach Altersgruppen differenziert zwischen -0,09 und -0,26 kg/m².

Durch die präventiven Maßnahmen konnten Inzidenz und Prävalenz von Übergewicht um bis zu 1 % gesenkt werden. Die Effekte waren allerdings selektiv: Ein Erfolg wurde eher bei Mädchen als bei Jungen, bei Kindern schlanker Eltern so wie auch bei Kindern aus Bildungs- und Einkommens-stärkeren Familien erreicht. Es erscheint möglich (und wäre in diesem Fall auch bedenklich), dass die Interventionen die sozialen Unterschiede im Übergewicht der Kinder verstärkt hatten. Die Befunde sind gut dokumentiert und im Vergleich der Studien „stimmig“. In der Kieler Adipositas Präventionsstudie (KOPS, Kiel Obesity Prevention Study) reichte die Nachbeobachtung über einen Zeitraum von 4 und 8 Jahren (7-9). Die Maßnahmen richteten sich gleichzeitig und differenziert an Kinder, Eltern und Lehrer. Auch eine aufwendige, weil „aufsuchende“ (und streng-genommen sekundäre und gezielte) Prävention von Übergewicht in Familien übergewichtiger Kinder (die häufig auch übergewichtige Eltern haben) mit den Schwerpunkten „Essen“, „Medienkonsum“ (=Inaktivität) und „Sport“ zeitigte wenig Erfolge (10).

In Bildungs-schwächeren Familien wurde sogar ein gegenteiliger Effekt erreicht (d.h. nach einem Jahr wurde eine

Gewichtszunahme statt einer Abnahme beobachtet).

Bisherige Erfahrungen mit Verhältnisprävention (2)

Maßnahmen der Verhältnisprävention haben geringe „Erfolge“: So waren zwar das Aufstellen von Wasserspendern in Schulen, ein „Nicht-Angebot“ bzw. die Verringerung von Angebot und Konsum von sog. „soft drinks“ (d. h. zuckerhaltige Getränke, z. B. Cola-Getränke) und auch das kostenlose Angebot von Obst wirksame Maßnahmen der Prävention von Übergewicht und Adipositas. Die Effektstärke war allerdings sehr gering und betrug im Mittel -0.14 kg/m². „Barrieren“ gegenüber Prävention waren Übergewicht bzw. Adipositas der Eltern, niedriger sozialer Status, Ethnizität (=kein Erfolg bei Kindern mit Migrationshintergrund) sowie ein niedriges soziales Niveau von Stadtteilen. Weiter gefasste Maßnahmen der kommunalen Prävention (z. B. unter Einbezug von kommunaler Politik, Einzelhandel, Sportvereinen, Krankenkassen, Ärzten und Apothekern) sind wissenschaftlich betrachtet schwer zu „kontrollieren“. Teilweise oder auch sog. „quasi“ kontrollierte Studien zeigen nur geringe oder gar keine Erfolge der kommunalen Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, die Nachhaltigkeit (11,12). Im Vergleich zur Verhaltensprävention scheinen allerdings kommunale Maßnahmen der Adipositasprävention besser geeignet zu sein, Kinder aus niedrigen Sozialgruppen zu erreichen. Mögliche Spätfolgen (auch positiver Art) kommunaler Präventionsmaßnahmen sind nicht bekannt.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Regularien wie Einschränkung des Marketings von sog. „Kinderlebensmitteln“ oder Preiserhöhung nach Steuern auf energiedichte (=fettreiche) Lebensmittel und zuckerhaltige Getränke (sog. soft drinks) sind bisher nicht systematisch untersucht worden. Eine strenge wissenschaftliche „Kontrolle“ zur Untersuchung deren Wirksamkeit ist nicht möglich.

Die politische Diskussion zum Thema „Nicht übertragbare Erkrankungen“

Regierungen haben die moralische Pflicht, die Gesundheit der Bürger und besonders von vulnerablen Gruppen, wie

Kinder und Jugendliche, zu schützen. Außerdem müssen sie die Kosten im Gesundheitswesen kontrollieren. Deshalb ist die hohe Zahl Lebensstil-mitbedingter (und somit anteilig unnötiger) Erkrankungen auch eine politische Herausforderung, die inzwischen auf höchster politischer Ebene angenommen worden ist. Am 19. und 20.9.2011 fand in New York der erste UN-Gipfel zu den sog. „Nicht übertragbaren Erkrankungen“ (*Non Communicable Diseases*, NCD) statt. Es war erst das zweite Mal, dass sich die UN Vollversammlung mit einem Gesundheitsthema befasst hatte.

Konkreter Anlass des Treffens war, dass die NCD heute die weltweit führende Todesursache darstellen (z. B. gehen in Europa 86% der Todesfälle auf NCD zurück) und so auch die Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme in Gefahr gerät.

Im Juni 2011 war gleichsam zur Vorbereitung der UN-Versammlung eine Ausgabe von *Lancet* erschienen, welche sich ausschließlich mit dem Thema „Adipositas“ beschäftigte (13). Hier wurden gemeinsame gesellschaftliche Maßnahmen in vielen Bereichen unseres Alltags sowie ein grundsätzlicher gesellschaftlicher Wandel zur Prävention der NCD gefordert. Die Überlegungen und Konzepte waren ausschließlich Lösungs-orientiert. Die möglichen biologischen Grundlagen oder auch neuere biomedizinische Konzepte zum Verständnis der Adipositas erreichten keine wesentliche Bedeutung.

In einer abschließenden Resolution (14) stellte die UN-Vollversammlung fest, dass die Probleme der NCD nicht durch die Gesundheitsminister alleine gelöst werden können. Von der Politik wurde die Schaffung von Anreizen für gesunde Lebensstile gefordert. Der Einzelne sollte aber nicht aus seiner eigenen Verantwortung für die Gesundheit entlassen werden. Die Industrie wurde aufgefordert, ihrer Verantwortung gegenüber der Gesundheit des Verbrauchers nachzukommen. Gleichzeitig wurden Maßnahmen von Bürgerinitiativen und nicht staatlichen Verbraucherschutzorganisationen für verantwortliches Marketing und den Schutz vulnerabler Verbrauchergruppen (wie z. B. Kinder) eingefordert.

Allianzen im „Kampf“ gegen NCD

NCD haben gemeinsam Risikofaktoren. Diese sind „mangelnde Bewegung“, „hochkalorische“ und „ungesunde Ernährung“, „Rauchen“ und „regelmäßiger“ sowie „hoher Alkoholkonsum“.

Diese Risikofaktoren befinden sich „außerhalb“ des Gesundheitswesens, wir Ärzte können sie nicht direkt beeinflussen.

Zur Umsetzung der UN-Empfehlungen ist deshalb die Entwicklung neuer Strukturen und Plattformen notwendig, die eine Handlungsfähigkeit und den Zugang zu Politik, Wirtschaft, Umwelt und Verbraucher schaffen. In diesem Sinne wurden inzwischen eine Internationale NCD-Allianz sowie (bis heute) 46 nationale NCD-Allianzen gegründet. In Deutschland gibt es seit dem Jahre 2011 die „Deutsche Allianz im Kampf gegen Nicht-übertragbare Krankheiten“ (DANK). Diese Allianz wurde von Vertretern der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), des Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg (DKFZ) sowie des vom BMBF geförderten „Kompetenzzentrums Adipositas“ (*Competent Network Obesity*, CNO) gegründet. Inzwischen finden sich auf DANK 17 Fachgesellschaften und Institutionen, welche sich dem „Kampf“ gegen NCD in Deutschland verpflichtet haben.

Die grundlegende Idee von DANK ist, dass wir die Prävention der NCD nicht neu erfinden müssen.

Angesichts umfangreicher Erfahrungen im „Kampf“ gegen das Rauchen (sog. „tobacco control“) erscheinen Maßnahmen, welche Aufklärung, Erziehung und Verbesserung der gesundheitlichen Kompetenz zum Ziel haben, in der Prävention von Adipositas wenig erfolgversprechend.

Die bisherigen begrenzten Erfolge von Adipositasprävention (s.o.) überraschen also nicht. Demgegenüber haben folgende Schritte und Maßnahmen zum Erfolg von „tobacco control“ beigetragen:

- Umorientierung von einem individuellen (d.h. Verhaltens-orientierten) zu

einem gesellschaftlichen (d.h. Verhältnis-orientierten) Ansatz der Gesundheitsförderung (dies ist der sog. „Public Health“-Ansatz).

- Eine erweiterte Sicht von lokalen und regionalen Maßnahmen hin zu nationalen und globalen Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention.
 - Notwendigkeit einflussreicher Fürsprecher, welche die Idee und die Strategien von Gesundheitsförderung authentisch und überzeugend vertreten können.
 - Ein fortlaufendes Monitoring von Inzidenz und Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist obligat (Achtung: Die „aktuellen“ Zahlen zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind etwa 15 Jahre alt.) (15).
- DANK hat inzwischen ein grundlegendes Strategiepapier zur Prävention von NCD veröffentlicht (16). Im Hinblick auf die Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen lauten die konkreten und aus Sicht der Protagonisten von DANK auch machbaren Forderungen wie folgt:
- Täglich mindestens eine Stunde Bewegung (Sport) in Kitas und Schulen.
 - Adipogene Lebensmittel besteuern und „gesunde“ Lebensmittel entlasten („Zucker-/ Fettsteuer“).
 - Einführung verbindlicher Qualitätsstandards für die Kita- und Schulpflegung.
 - Verbot von an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung.

Ist das Präventionsgesetz ein Schritt in die richtige Richtung?

Seit dem 17.7.2015 gibt es in Deutschland ein Präventionsgesetz. Angesichts eines langen „Vorlaufs“ von mehr als acht Jahren wurde dieses Gesetz begrüßt, aber auch z.T. heftig kritisiert (17). Kritiker beklagen die Fortsetzung einer alten und wenig Lösungs-orientierten „Politik“, welche unverändert dem Prinzip der „Eigenverantwortung“ verhaftet ist. Im Vordergrund stehen Einzelmaßnahmen als Präventionsangebote, Aufklärung und Verhaltensprävention. Die *key player* der Prävention sind Krankenkassen, BZgA, Ärzte. Die Finanzierung beträgt 500 Mill €/Jahr (7 €/Versicherten). Für die Zukunft von Prävention wird von den Kritikern eine Fortsetzung der sog. „Projektitis“ (= viele kleine Projek-

te der Verhaltensprävention, die nicht viel bewirken können) befürchtet.

Demgegenüber fordern die Kritiker des Präventionsgesetzes eine erweiterte Sicht von Gesundheitspolitik: Gesundheitspolitik (im Sinne einer der Gesundheit förderlichen Gesamtpolitik) fängt bei Sozial-, Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Wohnungsbaupolitik an und hört bei Umwelt- und Wirtschaftspolitik nicht auf.

Das Präventionsgesetz enthält zwar Ausrichtungen auf sozial Schwache und Benachteiligte. Die vorgesehenen Strategien adressieren aber nicht die „Ursachen der Ursachen“,

D.h. die soziale Ungleichheit und nachteilige kulturelle Kontexte von Gesundheit, Lebenserwartung und Gesundheitschancen werden nicht angesprochen und können so nicht durch Maßnahmen im Rahmen des Präventionsgesetzes beeinflusst werden.

Zusammenfassend gilt das Präventionsgesetz als ein erster „Erster Schritt“, „Politik ist noch nicht so weit wie bei Zigaretten“ (wo eine wirksame Prävention mit Steuern, Regularien und Verboten erreicht wurde) (17). Für die Zukunft von Prävention der Adipositas keimt allerdings in Deutschland erste Hoffnung: Die auch von dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU, Dietrich Mohnstadt, befürwortete Einführung einer sog. „soft drink-Steuer“ mag ein Signal für eine „gesündere“ Zukunft auch und besonders von Kindern und Jugendlichen sein.

Ein neues Denken

Im Jahre 2015 erschien eine weitere Ausgabe von *Lancet*, welche sich wiederum ausschließlich mit möglichen Lösungen der Probleme „Adipositas“ und „NCD“ beschäftigt hat (18). Die Herausgeber nahmen Bezug auf das im Jahre 2011 erschiene Themenheft (s. Zitat 13) und fragten danach, was seitdem im Hinblick auf Lösungen geschehen war. Die nüchterne Antwort lautete: Nicht viel. Außer der grundsätzlichen Akzeptanz des weltweiten Problems „Adipositas“ war es zu keinen weitreichenden Konsequenzen gekommen. Ein „Neudenken“ des „Adipositasproblems“ war deshalb erforderlich. Dazu gehört ein verbessertes Verständnis von Ursachen und Auslöser

sowie auch von Barrieren gegenüber den für ein „mehr“ an Gesundheit notwendigen Veränderungen.

Adipositas wird heute als Ergebnis einer Wechselwirkung von mehr oder minder „vulnerablen“ Individuen (wie z. B. Kinder und Jugendliche) mit einer potentiell „krankmachenden“ Lebenswelt verstanden.

Letztere begünstigt und verfestigt heute gesundheitlich riskante Lebensstile. So gesehen nutzen z. B. die Marketingstrategien großer Lebensmittelkonzerne (z. B. die „soft drink“-Industrie) die Vulnerabilität der Verbraucher aus. Demgegenüber sollte es das zumindest moralische Anliegen von Unternehmen und Industrie sein, die Präferenz für „gesunde“ Lebensmittel und „gesunde“ Lebensstile zu stärken. Dazu gehört auch, die Produktion und das Marketing für „ungesunde“ Lebensmittel und „ungesunde“ Lebensstile begünstigende Konsumgüter für Kinder und Jugendliche zu beschränken.

Das Gebot an Unternehmer und auch Politiker lautet: Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wahrnehmen, sich erklären und Rechenschaft ablegen.

Damit diese Erklärungen nicht nur „Papier“ bleiben, mag es auch uns Ärzten helfen, eine Position zur primären Prävention der Adipositas zu beziehen und zunächst auch einmal selbst zu „schauen“. Ohne grundsätzliche Zweifel an unserem Leben in Wohlstand, Frieden und Freiheit zu formulieren, werden jedem von uns und wenn auch nur gelegentlich Zweifel bleiben. Wir leben in einer Welt des Überflusses. Schon ein Gang durch einen mittelgroßen Supermarkt mag in diesem Zusammenhang Befremden wecken: Es findet sich dort ein Überangebot von häufig (zu) preiswerten Lebensmitteln. Nahezu alles ist verfügbar, jeder Wunsch ist erfüllbar und zu vieles ist einfach zu lecker. Wer will da widerstehen? Derzeit werden von Landwirtschaft und Lebensmittelindustrie „Lebensmittelenergien“ produziert, welche mehr als 30% über unserem biologischen Energiebedarf liegen. Naheliegende Folge des Überangebots von Lebensmitteln (und auch anderer Ver-

brauchsgüter) sind ein hoher Konsum: Wir essen zu viel und bewegen uns zu wenig. Ergebnis: Als Gesellschaft werden wir immer „dicker“ und „kränker“. Adipöse Menschen haben eine verkürzte Lebenserwartung, die Mehrheit der Bevölkerung wird heute und in Zukunft mehr oder minder zeitig „chronisch krank“ alt werden.

Gleichzeitig steigt mit dem Überangebot auch die Verschwendung, ein nicht unerheblicher Teil von Lebensmitteln wird heute weggeschmissen. Auch dies ist moralisch bedenklich.

Zur Bedeutung von Bildung, Einkommen und Lebenswelten

Übergewicht und Adipositas sind Epiphänomene gesellschaftlicher Entwicklungen. So gesehen mag es nicht überraschen, dass Übergewicht und Adipositas einen sog. „sozialen Gradienten“ aufweisen: Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus Bildungs- und Einkommens-starken Familien haben Kinder aus mittleren Sozialgruppen häufiger Übergewicht. Darüber hinaus sind Kinder und Jugendliche aus Bildungs- und Einkommens-schwachen Gruppen im Vergleich zu Kindern aus mittleren und natürlich auch zu Kindern aus höheren Sozialgruppen übergewichtiger (19). Je niedriger der sozialer Status desto häufiger ist das Übergewicht. Im Vergleich zu Kindern aus Bildungs- und Einkommens-starken Familien ist Übergewicht (je nach Altersgruppe) bis zu dreimal häufiger bei Kindern aus sozial schwachen Familien (19). Der inverse „soziale Gradient“ von Übergewicht findet sich noch deutlicher bei Kindern mit einem Migrationshintergrund: In dieser Gruppe ist der Gradient nach „oben“ verschoben (d. h. es besteht ein Einkommens- und Bildungsgradient, dieser findet sich aber auf einem höheren Niveau als bei deutschen Kindern und Jugendlichen). Longitudinale Untersuchungen an einer größeren Kohorte von Kindern aus Kiel, welche wiederholt von Geburt bis zum 10. Lebensjahr untersucht worden waren, belegen, dass sich der „soziale Gradient“ im Übergewicht zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr manifestiert (20).

Der Einfluss von Bildung und Einkommen der Eltern auf das Übergewicht der Kinder wird durch die Lebenswelten

verstärkt. So ist die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Regionen und Stadtteilen unterschiedlich hoch.

Die Häufigkeit von Übergewicht variiert z. B. in den verschiedenen Stadtteilen von Kiel zwischen 2.1 und 24.0% (7, 21, 22). Dieses Phänomen ist zu verschiedenen Charakteristika der Lebenswelten assoziiert. So ist z. B. das Angebot von *fast food* in den Stadtteilen von Kiel unterschiedlich hoch. Auch unterscheiden sich Stadtteile hinsichtlich ihrer „Begehrbarkeit“, der Anzahl von Spielplätzen, Parks und Sportstätten, der Verkehrsdichte, der Sicherheit und Kriminalitätsrate bzw. dem sozialen „Niveau“ (charakterisiert anhand von Arbeitslosenrate und Wohndichte). Anhand dieser Charakteristika konnten in Kiel mehr oder weniger Gesundheitsförderliche bzw. „gesunde“ und „ungesunde“ Stadtteile charakterisiert werden. Die „ungesunden“ Lebenswelten verstärken nun den inversen sozialen (=Bildungs- und Einkommensabhängigen) Gradienten im Übergewicht von Kindern und Jugendlichen. Der nachteilige Effekt „ungesunder“ Lebenswelten betrifft besonders Kinder aus mittleren und niedrigen Sozialgruppen. Demgegenüber scheinen Kinder und Jugendliche aus Bildungs- und Einkommensstarken Gruppen besser vor dem Einfluss ungesunder Lebenswelten geschützt zu sein.

Zusammenfassend wird das heute endemische Auftreten von Adipositas anteilig durch globale „Treiber“ (z. B. aus der Lebensmittelindustrie) und die durch sie mitgeprägten regionalen bzw. lokalen Lebenswelten erklärt (23). Das sog. „*food environment*“ ist eine starke Determinante eines das Adipositasrisiko fördernden Ernährungsverhaltens.

Wo gibt es mögliche Lösungen?

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wird durch das gemeinsame Wirken von Public Health und Medizin auf verschiedenen Ebenen verwirklicht (24). Die erste Ebene betrifft sozio-ökonomische Einflussfaktoren von Gesundheit wie Bildung, Einkommen, Wohnbedingungen oder Ethnie. Die zweite Ebene sind die Kontexte und grundsätzlichen Voraussetzungen von Gesundheit (z. B. Lebensmittelsicherheit und -hygiene, Prävention von Nährstoffmangel und Ernährungsrisiken).

Die dritte Ebene umfasst die medizinische Prävention (z. B. durch Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen). „Darüber“ stehen die medizinische Behandlung (Ebene 4) sowie Beratung und Verbesserung von gesundheitlicher Kompetenzen durch Ärzte und Vertreter anderer Gesundheitsberufe mit dem Ziel, den PatientInnen eine größtmögliche Kontrolle über ihre chronischen Krankheiten zu ermöglichen (Ebene 5).

Die primäre Prävention von Adipositas betrifft die ersten beiden Ebenen. Während die medizinische Prävention und Behandlung heute gut entwickelt und etabliert sind, bleibt im Hinblick auf Gesundheitsförderung und primäre Prävention (d. h. auf den ersten beiden Ebenen) noch viel zu tun. Dabei wird auch offensichtlich, dass die Rolle der öffentlichen Gesundheitsdienste, welche traditionell auf Maßnahmen der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen, die Überprüfung von Hygienestandards (z. B. in Krankenhäusern), die Ermittlung des Impfstatus, die Trinkwasser und Badegewässerüberwachung und im Rahmen von schulärztlichen Untersuchungen das Erkennen von Entwicklungsverzögerungen ausgerichtet ist, angesichts veränderter Krankheitsspektren und der heute hohen Zahl von NCD neu definiert werden muss.

Eine bessere Bildung und ein angemessenes soziales Auskommen dienen der Prävention der Adipositas. Beide schaffen den Menschen die Voraussetzung dafür, Verantwortung für die eigene Gesundheit wahrzunehmen.

Um zukünftig eine Welt mit weniger übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zu verwirklichen, muss aber das Prinzip der „Eigenverantwortung“ um die Verantwortlichkeit der Gesellschaft ergänzt werden.

Informationen und Angebote für „mehr“ Gesundheit ergeben nicht zwangsläufig mehr Gesundheit. Auch unsere Lebenswelten müssen Anreize für „gesunde“ Lebensstile bieten, während gleichzeitig individuelle Entscheidungen für „ungesundes“ Verhalten erschwert werden sollten. Bis heute ist ein solch kollektiver und politisch geleiteter Versuch, eine „gesündere“ Gesellschaft zu schaffen, in

einem größeren Umfang nur einmal, während der Jahre 2000 bis 2010 in New York durchgeführt worden.

New York ist während der Amtszeit des Bürgermeisters Michael Bloomberg eine nahezu „rauchfreie“ und fast „gesunde“ Stadt geworden. Die Verarbeitung von Transfettsäuren in Lebensmitteln wurde verboten. Die Portionsgrößen von in öffentlichen Einrichtungen ausgegebenen Mahlzeiten wurden verkleinert. Der Verzehr von Obst und Gemüse wurde gefördert. Der Konsum kalorienarmer Getränke gesteigert. Der Kochsalzgehalt in Fertigmahlzeiten wurde in Kooperation mit Restaurantbetreibern, Caterern und der Lebensmittelindustrie reduziert. Eine durchgängige und verständliche Lebensmittel- und Mahlzeitenkennzeichnung wurde etabliert. In dieser Zeit wurden die Steuern auf Zigaretten und Alkohol erhöht, es wurden Werbeverbote für Zigaretten beschlossen. Gleichzeitig wurden mehr als 200 km neue Fahrradwege gebaut. Nach 10 Jahren war die Zahl der Raucher in New York um 35% verringert worden, die mittlere Energieaufnahme der Bevölkerung war gleichzeitig um 100 kcal/Tag und der Konsum von *soft drinks* um 12% vermindert. Die Zahl der Fahrradfahrer hatte sich verdoppelt. Statistische Berechnungen ergaben einen Zuwachs an Lebenserwartung um ca. 2 Jahre.

Die Geschichte und die Ergebnisse dieser bisher einmaligen Maßnahme der Gesundheitsförderung sind in einem Buch veröffentlicht worden (25). Die Informationen über die Hintergründe dieser Aktion zeigen, wie der öffentliche Gesundheitsdienst und die Verwaltung in New York völlig neu organisiert und auf die Prävention von NCD hin ausgerichtet wurden. Sie belegen den „Kampf“ der Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung gegen das „*big business*“, ein „Kampf“, der manchmal auch die Grenzen des Erlaubten überschritten hatte. Die an den Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligten Ärzte haben sich selbst als „Aktivisten“ bezeichnet. So gibt die „*New York experience*“ ein Beispiel dafür, dass

- Gesundheitspolitiker, die öffentlichen Gesundheitsdienste und die Ärzte das „*big business*“ (z. T. mit deren eigenen Mitteln) kontrollieren und dessen Einfluss begrenzen können und
- es dafür zu allererst eines unabhängigen Politikers bedarf, der auch über die

Handlungskompetenz verfügt, wissenschaftliche Evidenz in umfangreiche politische Entscheidungen umzusetzen.

Besteht Grund für Optimismus?

Angesichts von Neoliberalismus, ungebremstem Kapitalismus und Globalisierung erscheint es heute eher unwahrscheinlich, dass sich die Erfahrungen in New York anderen Orten wiederholen könnten. Ökonomische Interessen in unserer Gesellschaft und auch unser persönliches Streben nach «Wohlstand» konkurrieren mit dem Anspruch auf Gesundheit. So gesehen ist die hohe Prävalenz übergewichtiger Kinder und Jugendlicher auch Ausdruck unser aller Ambivalenz (=wir können und wir mögen uns nicht so recht für die „Gesundheit“ entscheiden), die eine „Barriere“ gegenüber Prävention ist. Diese Ambivalenz zu durchbrechen, war in New York gelungen. Dabei beeindruckt die weitreichende Akzeptanz der durchgeführten Maßnahmen auf Seiten der Einwohner

New Yorks. Offensichtlich bestehen Barrieren gegenüber der Prävention eher bei den Entscheidungsträgern als letztendlich in der Bevölkerung. Ob die Erfolge der politisch unterstützten Gesundheitsförderung in New York dort auch zukünftig Bestand haben werden, bleibt abzuwarten.

Sicher treffen die Erfahrungen aus New York den Kern des Adipositasproblems. Dieses wird auch in einem aktuellen Bericht einer WHO-Kommission „Ending Childhood Obesity“ thematisiert (22). Zitate von Sir Peter Gluckman (Commission co-chair) belegen dies: “Increased political commitment is needed to tackle the global challenge of childhood overweight and obesity...WHO needs to work with governments to implement a wide range of measures that address the environmental causes of obesity and overweight, and help give children the healthy start to life they deserve.”

Die Generaldirektorin der WHO, Frau Dr. Margaret Chan, bringt das Problem dann auf den Punkt: “Not one single coun-

try has managed to turn around its obesity epidemic in all age groups. This is not a failure of individual will-power. This is a failure of political will to take on big business....When industry is involved in policy-making, rest assured that the most effective control measures will be downplayed or left out entirely. This, too, is well documented, and dangerous.”

Bis zu dieser Zuspitzung des Problems waren bisher weder die WHO noch die weltweite Diskussion der Gesundheitspolitiker gekommen. Auch in Deutschland wissen wir lange um den Einfluss von Lobbygruppen, Medien und Weltanschauung auf die Politik. Wir wissen auch um z. T. begrenzte Kompetenzen und das gelegentliche Zögern von Politikern. Angesichts vieler unnötiger und bevölkerungsweit auftretender gesundheitlicher Probleme wie Adipositas und NCD sollten wir in unserer Gesellschaft offen darüber reden. Wie schon anlässlich der Umweltprobleme brauchen wir eine öffentliche Diskussion über die Zukunft „unserer“ Gesundheit. Aus diesem gesellschaftlichen Diskurs

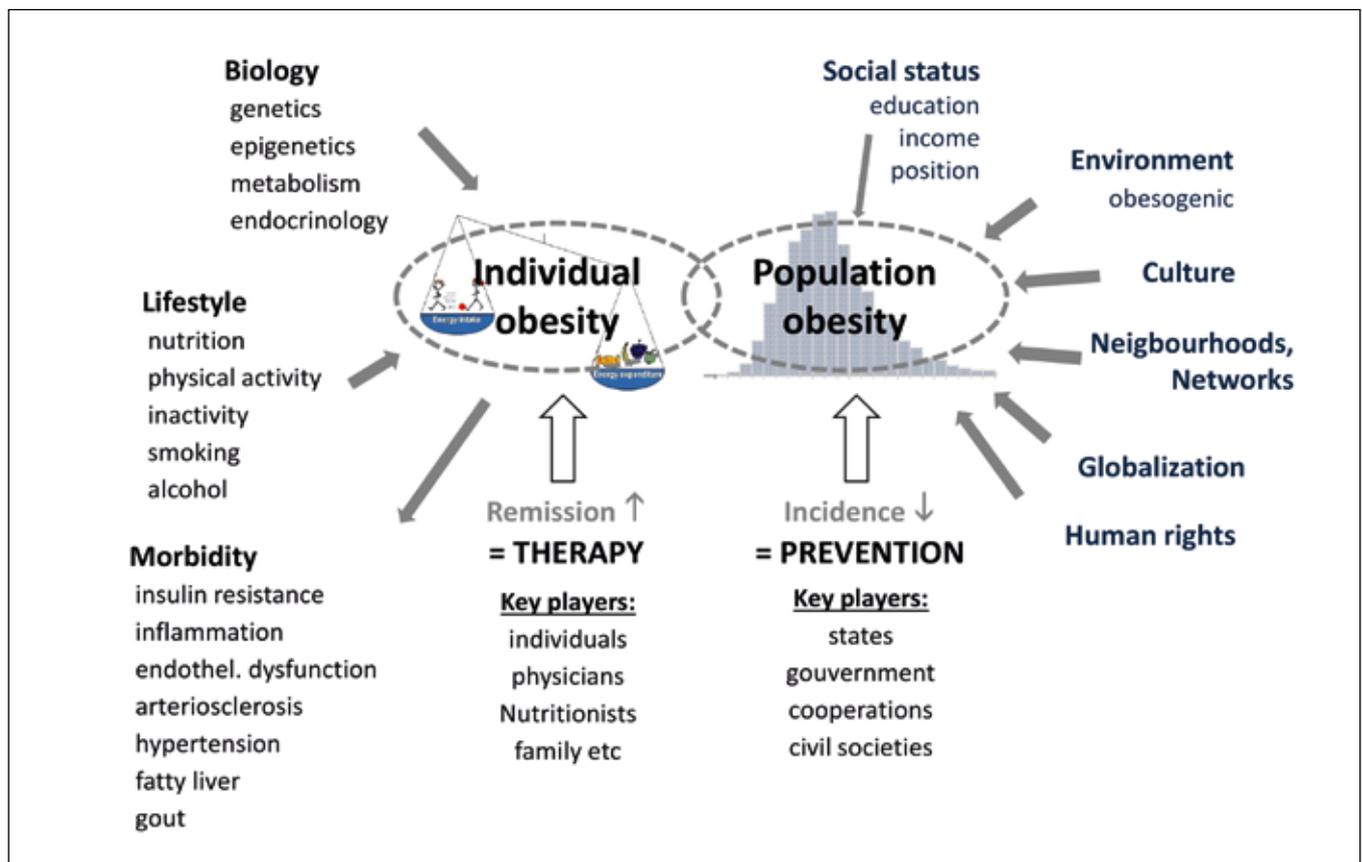


Abb. 1: Rahmen ärztlichen Handelns in Behandlung und Prävention der Adipositas. Die Behandlung beruht auf der Kenntnis der individuellen Ursachen. Spezifische Maßnahmen werden bei Vorliegen von Ko-morbidität notwendig. Demgegenüber ist die Prävention von Adipositas Lösungs-orientiert und berücksichtigt den Einfluss von Lebenswelten, Gesellschaft und Politik. Für eine bessere Zukunft erscheint auch hier das Engagement von Ärzten und Ärztekammern unerlässlich.

könnten uns Orientierung und Kraft für Veränderungen erwachsen. Öffentlicher „Druck“ ist eine mögliche Voraussetzung für politischen Wandel.

Wo stehen wir Ärzte?

Angesichts der auch politischen Entwicklungen in der Prävention der Adipositas von Kindern und Jugendlichen könnten wir Ärzte vielleicht denken, dass nun andere Berufsgruppen «unseren Job» machen. Sind wir Ärzte also nicht mehr für die Gesundheitsförderung und Prävention von NCD bei Kindern und Jugendlichen zuständig? Ich glaube doch. Gesundheitsförderung (auch auf politischer Ebene) kann nicht ohne die Kompetenz der Experten gehen. Ärzte sind die Experten in Sachen „Gesundheit“, sie müssen diese Diskussion also auch „führen“ und so Einfluss auf die politischen Entscheidungen nehmen. Dieses kann im Rahmen von DANK, in unseren medizinischen Fachgesellschaften und aber auch jeweils „vor Ort“ geschehen.

Ein besonderer Auftrag kommt dabei auch unseren Ärztekammern zu. Diese

haben einen nicht unerheblichen politischen Einfluss und sollten diesen auch im Sinne von Gesundheitsförderung und der Prävention der Adipositas nutzen.

Dieses gilt um so mehr, als die hohe Zahl der anteilig durch den Lebensstil bedingten und somit anteilig unnötigen NCD eine hohe und unnötige Arbeitslast für uns Ärzte sowie auch unnötige Kosten für unser Gesundheitswesen bedeuten. Die Arbeit der organisierten Ärzteschaft sollte sich nicht nur mit den genuinen Fragen von Fort- und Weiterbildung oder auch Versorgung und Honoraren beschäftigen. Es ist auch Aufgabe der Ärztekammern auf veränderte Krankheitslasten zu reagieren und den tatsächlich notwendigen Versorgungsbedarf durch ein Hinwirken auf politische Maßnahmen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Prävention von Adipositas mit zu steuern. **Abbildung 1** bietet einen Rahmen für ärztliches Handeln in der Behandlung und Prävention von Adipositas.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Förderung: Eigene, in dieser Arbeit dargestellte Ergebnisse wurden durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG Mü 5.1, 5.2, 5.3 und 5.5), das BMBF Kompetenznetz Adipositas (FKZ: 01GI0821), den World Cancer Research Fund (WCRF), die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Hamburg, und das BMBF-Netzwerk Kiel „Nahrungsfette und Stoffwechsel“ und die Wirtschaftliche Vereinigung Zucker, Verein der Zuckerindustrie, gefördert.

Der Autor ist einer der beiden Sprecher des vom BMBF geförderten Kompetenznetzes Adipositas.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Manfred J. Müller
Institut für Humanernährung
und Lebensmittelkunde
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Düsternbrooker Weg 17, 24105 Kiel
Tel.: 0431/8805670
E-Mail: mmueller@nutrfoodsc.uni-kiel.de
Red.: Keller

Wichtige Literaturangaben zum Beitrag „Makrolidtherapie der „atypischen Pneumonie“: Immer noch sinnvoll?“ S. 39 ff.:

- Wang et al., Clinical symptoms and signs for the diagnosis of Mycoplasma pneumoniae in children and adolescents with community-acquired pneumonia (Review), The Cochrane Library, 2012.
- Spuesens et al., Carriage of Mycoplasma pneumoniae in the Upper Respiratory Tract of Symptomatic and Asymptomatic Children: An Observational Study, PLOS, 2013.
- Spuensens et al., Mycoplasma pneumoniae infections - Does treatment help?, Journal of Infection, 2014.
- Gardiner et al., Antibiotics for community-acquired lower respiratory tract infections secondary to Mycoplasma pneumoniae in children, Cochrane Database Syst Rev. 2015.
- Laopaiboon et al., Azithromycin for acute lower respiratory tract infections (Review), The Cochrane Collaboration, 2015.

Makrolidtherapie der „atypischen Pneumonie“: Immer noch sinnvoll?

Die Diagnose einer atypischen Pneumonie wird oft in Zusammenhang gebracht mit den Erregern *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* und *Legionella pneumophila*. Insbesondere Mykoplasmen werden in vielen Übersichtsartikeln und Lehrbüchern an zweiter Stelle der Pneumonieerreger im Kindesalter genannt. Neuere Studien ergeben jedoch Zweifel an der Möglichkeit einer eindeutigen Diagnosestellung einer Mykoplasmen-Pneumonie, da Mykoplasmen in gleicher Häufigkeit bei symptomatischen und asymptomatischen Kindern nachgewiesen werden. Hieraus resultieren auch Fragen bezüglich der richtigen Indikationsstellung zur Makrolidtherapie. Diese sollte daher vor allem auch in Anbetracht zunehmender Resistenzraten kritisch überdacht und hinterfragt werden.



Dr. med. Alena Kuhn



Professor Dr. med.
Johannes Hübner

Begriffsdefinition

Ursprünglich wurde der Begriff atypische Pneumonie verwendet, um eine atypische Präsentation einer Pneumonie zu beschreiben. Diese ist in der Regel gekennzeichnet durch einen schleichen Verlauf mit oft nur leicht erhöhten Temperaturen, einem oft unauffälligen Auskultationsbefund und nur diskreten radiologischen und laborchemischen Veränderungen. Im Verlauf wurde der Begriff umdefiniert im Sinne einer Pneumonie verursacht durch „atypische Erreger“. Eine klare Definition, welche Erreger hierunter fallen, gibt es aber nicht. Die Liste möglicher Erreger ist lang und umfasst virale Erreger genauso wie *Coxiella burnetii* (Q-Fieber), *Francisella tularensis* (Tularämie) und *Chlamydia psittaci* (Psittakose)¹. Im klinischen Alltag werden als atypischer Erreger von Pneumonien oft nur *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* und *Legionella pneumophila* betrachtet. Die Sinnhaftigkeit des Begriffs „atypische Pneumonie“ ohne klare Definition muss daher in Frage gestellt werden.

Atypisch = selten? Epidemiologie und Erreger

Impliziert der Begriff „atypisch“ auch eine seltene Ursache? Im Hinblick auf die im klinischen Alltag häufig gebräuchliche Definition einer atypischen Pneumonie durch Mykoplasmen ist dies sicher nicht der Fall. So wird *Mycoplasma pneumo-*

niae vor allem im Schulkindesalter nach *Streptococcus pneumoniae* als zweithäufigster Erreger einer bakteriellen Pneumonie genannt^{2,3}.

Da weder klinische, laborchemische, noch radiologische Veränderungen spezifisch für einen Erreger sind^{4,5}, ist zur Erhebung der Häufigkeitsverteilung der Pneumonieerreger ein mikrobiologischer Nachweis notwendig. Dieser ist jedoch insbesondere bei *Mycoplasma pneumoniae* schwierig. Hier gibt es prinzipiell drei verschiedene Verfahren zum Erregernachweis: a) Die kulturelle Anzüchtung, b) der serologische IgM- bzw. IgG-Nachweis und c) der Erregernachweis mittels PCR. Leider bringen alle Verfahren deutliche Limitationen mit sich (siehe Tabelle 1). Aufgrund der langen Dauer und der hohen Kosten ist der kulturelle Erregernachweis im klinischen Alltag wenig praktikabel. Auch der serologische Nachweis von IgG- bzw. IgM-Antikörpern gegen Mykoplasmen ist klinisch nicht hilfreich, da für eine adäquate Aussagekraft zwei IgM- bzw. IgG-Bestimmungen im Abstand von 2-3 Wochen benötigt werden, um eine Serokonversion bzw. einen vierfachen IgG-Titeranstieg und somit eine Infektion nachzuweisen^{6,7,8}. Grund hierfür ist, dass es erst circa eine Woche nach Beginn der Infektion zu einem Anstieg der IgM-Antikörper im Serum kommt und erst circa zwei Wochen danach zu einem IgG-Anstieg^{9,10}. Häufiger verwendet wird heutzutage der Erregernachweis mittels PCR, eine im Vergleich



Abb. 1: Kulturnachweis von Mykoplasmen auf Agarmedium: charakteristische „Spiegelei-Kolonien“ (Durchmesser 10–600 µm) (Dr. M. Koepfel, Max von Pettenkofer-Institut München)

kostengünstige, schnelle und somit klinisch einsetzbare Diagnostik. Leider ist hiermit jedoch keine Unterscheidung zwischen Kolonisation und Infektion möglich⁷. In einer niederländischen Studie mit über 700 Kindern ergab sich bei Kindern mit respiratorischen Symptomen bezüglich der Häufigkeit eines positiven Mykoplasmen-PCR-Befundes kein Unterschied zu einer Vergleichsgruppe von asymptomatischen Kindern. Auch die Anzahl der nachgewiesenen Kopien oder eine Kombination aus Serologie und PCR ergab keine bessere diagnostische Genauigkeit⁷.

Hilft die Therapie?

Die oben aufgeführten Schwierigkeiten bei der Diagnostik erschweren selbstver-

ständlich auch die Indikationsstellung zur Therapie. Mykoplasmen sind aufgrund der fehlenden Zellwand intrinsisch resistent gegenüber Beta-Laktam-Antibiotika und Glycopeptiden. Therapeutisch stehen daher nur Makrolide, Fluorchinolone und Tetracycline zur Verfügung¹¹. Aufgrund des Nebenwirkungsprofils werden bei Kindern in der Regel Makrolide bevorzugt. Doch in vivo ist die Effektivität einer Makrolid-Therapie bei Mykoplasmen-Infektionen umstritten¹². Eine neuere Cochrane-Analyse, welche insgesamt 7 Studien und 1912 Patienten umfasste, kommt zu dem Schluss, dass es bei unteren Atemwegsinfektionen durch Mykoplasmen keine eindeutige Evidenz für den Einsatz von Antibiotika gibt¹³. Eingeschlossen wurden Kinder, bei denen serologisch ein vierfacher Titeranstieg nachgewiesen werden konnte bzw. Patienten mit einem einmalig gemessenem Gesamttiter $\geq 1:512$. Auch bei Erwachsenen gibt es in der Therapie unterer Atemwegsinfektionen Zweifel an der Überlegenheit von Makroliden im Vergleich zu Amoxicillin/(Clavulansäure)¹⁴. Dennoch zeigten andere Studien in Einzelfällen eine Wirksamkeit von Makroliden, selbst bei Makrolid-resistenten Mykoplasmen¹⁵, was in Zusammenhang gebracht wurde mit dem bereits bekannten immunmodulatorischen Effekt von Makroliden¹⁶ und weniger mit der antimikrobiellen Aktivität¹⁵.

Der häufige Einsatz von Makroliden führte jedoch leider auch zu einem

Anstieg der Makrolid-resistenten Mykoplasmen und wahrscheinlich auch zur Zunahme der Makrolidresistenz bei Pneumokokken¹⁷. Makrolid-resistente Mykoplasmen sind insbesondere in den asiatischen Ländern zu einem großen Problem geworden. In Japan und China liegen die Resistenzraten beispielsweise bei 50 – 97%^{18,19}, während die Raten in Deutschland derzeit noch bei unter 5% liegen²⁰.

Die Indikation zur Makrolidtherapie sollte daher kritisch überdacht und von der Schwere der Erkrankung abhängig gemacht werden. Keineswegs sollte die Diagnose einer „atypischen Pneumonie“ oder aber auch der Nachweis von Mykoplasmen automatisch zu einer Makrolidtherapie führen, da die Diagnosestellung schwierig und die therapeutische Konsequenz durchaus noch unklar ist¹².

Fazit für die Praxis

Der automatische Griff zum Makrolid bei einer „atypischen Pneumonie“ ist nicht sinnvoll und langfristig gefährlich wegen der Resistenzentwicklung vor allem bei Mykoplasmen, Streptokokken und Pneumokokken. Eine aktuelle Cochrane Analyse zeigte bei pädiatrischen Patienten keinen Vorteil einer Makrolid-Therapie bei ambulanten Pneumonien gegenüber Amoxicillin oder Amoxicillin/Clavulansäure¹⁴. Eine Makrolidtherapie sollte deshalb schwer erkrankten Patienten mit typischer Klinik, Röntgenbefund und Nachweis von Mykoplasmen vorbehalten bleiben, wobei selbst bei diesem Kollektiv die klinische Wirksamkeit nicht eindeutig bewiesen ist.

Literatur bei den Verfassern. Einige wichtige Literaturangaben finden Sie auf S. 38

Korrespondenzadresse:

Alena Kuhn
 Prof. Dr. med. Johannes Hübner
 Dr. von Haunersches Kinderspital
 Klinikum LMU München
 Lindwurmstr. 4, 80337 München
 Tel.: 089/44005-7970
 E-Mail: johannes.huebner@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. *Red.: Huppertz*

| Nachweismethode | Sensitivität | Spezifität | Nachteile |
|-----------------|--------------|------------|--|
| Kultur | 55% | 94% | dauert lange, geringe Sensitivität, keine sichere Unterscheidung zwischen Besiedlung und Infektion |
| Serologie | 8-67% | 49-100% | IgM Anstieg ca. 1 Woche nach Infektion, keine sichere Unterscheidung zwischen Besiedlung und Infektion |
| PCR | 40-66% | 89-99% | keine sichere Unterscheidung zwischen Besiedlung und Infektion |

Tab. 1: Sensitivität und Spezifität der Nachweisverfahren für *Mycoplasma pneumoniae*^{7,21,22,23}.

Welche Diagnose wird gestellt?

Dr. Maren Fließner

Anamnese

Die 15-jährige Patientin wird ambulant mit einer seit neun Monaten bestehenden Schwellung der Unterlippe vorgestellt. Der Befund sei langsam progredient. Es besteht ein Spannungsgefühl. Bereits im Alter von 3 Jahren sei eine persistierende Schwellung der Oberlippe aufgetreten und damals erfolgreich mit Triamcinolon-Injektionen behandelt worden. Diese Therapie hätte aktuell keinen Effekt gehabt. Der Allgemein- und Ernährungszustand der Patientin ist gut. Die Eigen- und Medikamentenanamnese sind leer. Insbesondere bestehen weder Bauchschmerzen noch blutige Stühle.

Untersuchungsbefund

Es zeigt sich eine relativ derbe, unscharf begrenzte, nicht dolente Schwellung der Unterlippe. Das Lippenrot ist trocken, gespannt und reißt leicht ein. Es finden sich diskrete Mundwinkelrhagaden beidseits (Abb. 1). Oberlippe, Mundschleimhaut, Zahnfleisch und Zunge sind unauffällig. Auch das übrige Integument ist ohne pathologischen Befund.



Abb. 1: Anhaltende Schwellung der Unterlippe

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:

Cheilitis granulomatosa

Bei der Cheilitis granulomatosa handelt es sich um eine chronische, granulomatöse Entzündung der Lippen, die isoliert oder als Teilmanifestation einer granulomatösen Systemerkrankung auftreten kann. Dazu gehören das Melkersson-Rosenthal-Syndrom und die Sarkoidose. Insbesondere ist aber bei Kindern zu beachten, dass eine hohe Assoziation mit einem Morbus Crohn besteht (1). Dabei kann die Cheilitis der Manifestation des Morbus Crohn vorausgehen. Auch eine Assoziation mit einer Colitis ulcerosa ist möglich.

Klinisch zeigt sich eine zunächst wechselnde, später persistierende, diffuse, entzündliche Schwellung der Ober- und/oder Unterlippe und der umgebenden Haut. Es besteht kein Ödem, sondern eine Konsistenzvermehrung mit typischer Vorstülpung der Lippen (Tapirmund). Eine Lingua plicata und eine Fazialisparese sind hinweisend auf ein Melkersson-Rosenthal-Syndrom (2).

Differenzialdiagnosen

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind die allergischen, infektassoziierten und hereditären Angioödeme. Eine rezidivierende, aber flüchtige Schwellung der Lippen spricht für ein Angioödem, während bei der Cheilitis granulomatosa die Schwellung der Lippe persistiert. Ist die

Diagnose Cheilitis granulomatosa gesichert, müssen assoziierte Erkrankungen ausgeschlossen werden. Neben den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) kommt eine Sarkoidose, in Einzelfällen ein Morbus Wegener in Frage (3).

Diagnostik

Für die Diagnostik ist eine Anamnese bezüglich Verlauf und Klinik besonders wichtig. Auch die Frage nach Aphthen, gastrointestinalen Beschwerden und blutigen Stühlen ist auf Grund der Assoziation mit CED wichtig. Als nicht invasiver Screeningtest wird die regelmäßige (2x p.a.) Stuhluntersuchung auf Calprotectin empfohlen. Histologisch finden sich in den betroffenen Arealen dermal freiliegende, nicht-verkäsende, epitheloidzellige Granulome mit begleitender lymphozytärer Entzündungsreaktion und eine spongiotisch aufgelockerte Epidermis (4).

Therapie und Prognose

Die isolierte Cheilitis granulomatosa spricht gut auf eine Systemtherapie mit Glukokortikosteroiden an. Da es in der Ausschleichphase oft zu einem Rezidiv kommt, sollte parallel eine Therapie mit Dapson *per os* eingeleitet werden. Dapson ist als Langzeitmedikament geeignet. Vor Einleitung der Therapie muss allerdings die Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase bestimmt werden, da ein Mangel unter der Therapie zu einer Hämolyse führen kann. Unter der Therapie sind regelmäßige Kontrollen von Blutbild und Methä-

moglobin erforderlich. Einzelfallberichte sprechen für die Wirksamkeit einer Therapie mit Azithromycin (5). Gut wirksam ist die Injektion von Triamcinolon-Kristall-Suspension in die Lippe; bei Kindern sollte man mit dieser schmerzhaften Prozedur jedoch zurückhaltend sein. Auch Rezidive sind hier beschrieben. Ultima ratio bei starker kosmetischer Beeinträchtigung/Entstellung ist die operative Reduktion der granulomatös verdickten Lippen. Besteht eine Assoziation zu einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung oder anderen Systemerkrankung, muss die Therapie danach ausgerichtet werden.

Literaturangaben

1. Saalman R et al. Orofacial granulomatosis in childhood – a clinical entity that may indicate Crohn's disease as well as food allergy. *Acta Paediatr* 2009; 98: 1162 – 1167
2. Allen CM et al. Cheilitis granulomatosa: Report of six cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 444-450
3. Troiano et al. Orofacial granulomatosis: clinical signs of different pathologies. *Med Princ Pract* 2014; 24: 117 – 22
4. Marcoval J et al. Histological Features of orofacial granulomatosis. *Am J Dermatopathol* 2016; 38: 194 – 200
5. Yadaf S et al. Orofacial granulomatosis responding to weekly azithromycin pulse therapy. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 219 – 20

Dr. Maren Fließner

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrische Dermatologie /
Allergologie
Lilientronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Wie sicher ist Paracetamol in der Schwangerschaft?

Acetaminophen Use in Pregnancy and Neurodevelopment: Attention and Autism spectrum symptoms

Avella-Garcia, CB et al., *Int J Epidemiol*, (epubaheadofprint)
doi: 10.1093/ije/dyw115, Juni 2016

Der sachgerechte Einsatz von Medikamenten und die Kenntnis ihrer möglichen Nebenwirkungen tragen zur öffentlichen Gesundheit bei und dienen dem Wohl der Patienten. Das frei verkäufliche Paracetamol wird von vielen Frauen in der Schwangerschaft eingenommen und gilt in der empfohlenen Dosierung allgemein als sicher. Ergebnisse einiger epidemiologischer Studien lassen aber jetzt vermuten, dass Paracetamol einen Einfluss auf die kindliche Verhaltensentwicklung nehmen könnte.

In einer zwischen Februar 2015 und März 2016 (Teil der Avon Longitudinal Study of Parents and Children – ALSPAC) durchgeführten prospektiven Studie haben von Stergiakouli et al. den möglichen Einfluss zwischen der Paracetamol-Einnahme der Mutter, des Vaters und beider Elternteile auf das spätere kindliche Verhalten untersucht. Die Paracetamol-Einnahme wurde über Fragebögen jeweils am Ende der 18. und 32. Schwangerschaftswoche und im Säuglingsalter von 6 Monaten dokumentiert. Mütterliche Berichte über Verhaltensprobleme im Alter von 7 Jahren wurden über einen Fragebogen (Strength and Difficulties Questionnaire) erfasst. Der Risiko-Quotient für kindliche Verhaltensprobleme nach prä- und postnataler Paracetamol-Exposition wurde danach ermittelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die erfasste mütterliche pränatale Paracetamol-Einnahme zur 18. Schwangerschaftswoche (n=4415; 53%) und zur 32. Schwangerschaftswoche (n=3381; 42%) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine kindliche

Verhaltensstörung, Autismus-Spektrum-Störungen (Risk-Ratio [RR] 1,42; 95% KI 1,25-1,62) und Hyperaktivität (RR 1,31; 95% KI 1,16-1,49) verbunden war. Die mütterliche Paracetamol-Einnahme zur 32. Schwangerschaftswoche war mit häufiger auftretenden, emotionalen Symptomen und allgemeineren Entwicklungsstörungen verbunden. Die postnatale Paracetamol-Einnahme zeigte, weder für die Mutter noch für ihren Partner, einen Einfluss auf das kindliche Verhalten.

Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass die pränatale Paracetamol-Exposition des Kindes das allgemeine Risiko für Verhaltensstörungen erhöht. Da diese Ergebnisse bei Bestätigung erhebliche Auswirkungen auf die öffentlichen Empfehlungen hätten, sollten sie nach Meinung der Untersucher durch weitere Studien bestätigt werden.

Kommentar

Epidemiologische Studien können mit unkontrollierbaren Störvariablen belastet sein und sichern keinen Kausalzusammenhang. Randomisierte klinische Studien, der Goldstandard medizinischer Forschung, können an Schwangeren nicht durchgeführt werden. Paracetamol dürfte während der Schwangerschaft eines der am häufigsten eingenommenen Medikamente sein, da es allgemein als sicher gilt. Epidemiologischen Daten aus Spanien und Dänemark weisen eine Einnahme-Inzidenz zwischen 40-50% aller Schwangeren aus. Dies mag in etwa auch für andere Länder gelten.

Der Autismus und die Autismus-Spektrum-Störungen gehören zu den komplexen neurologischen Verhaltensstörungen, bei denen eine Interaktion zwischen umgebungsabhängigen Faktoren und genetischer Empfänglichkeit angenommen wird. Ist Paracetamol ein solcher Umgebungs-Faktor? Bereits 2013 haben von Bauer und Kriebel ein Zusammenhang zwischen der mütterlichen Paracetamol-Einnahme und der Inzidenz von Autismus-Spektrum-Störungen in den USA vermutet.

Die jetzt von Stergiakouli et al. im Verlauf der „Avon Longitudinal Study of Parents and Children“ durchgeführte prospektive Studie liefert belastbare Ergebnisse, die für einen Einfluss von Paracetamol auf die pränatale Kindesentwicklung sprechen. Sie bestätigt mehrere epidemiologische Untersuchungen, in denen über kindliche Verhaltensstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen berichtet wurde.

Bereits 2013 und 2014 haben Brandlistuen et al. in Norwegen (48.631 Kinder) und Liew et al. in Dänemark (64.322 Kinder) in ihren Untersuchungen auf eine Verbindung zwischen der Paracetamol-Einnahme in der Schwangerschaft und nachfolgenden kindlichen Verhaltensstörungen hingewiesen. Diese Ergebnisse werden jetzt in der vorliegenden aktuellen spanischen epidemiologischen Untersuchung von Avella-Garcia et al. bestätigt.

Es ist erstaunlich, dass über ein frei verkäufliches, in der empfohlenen Dosierung als sicher angesehenes Medikament, bisher so wenig über mögliche Auswirkungen in der Schwangerschaft bekannt ist. Die vorhandenen Ergebnisse lassen zwar noch keinen endgültigen Schluss zu, verstärken aber den vorhandenen Verdacht, dass während der Schwangerschaft eingenommenes Paracetamol die kindliche Verhaltensentwicklung verändert. Vermutet wird, dass Paracetamol über oxidativen Stress, inflammatorische und immunologische Mechanismen, die kind-

liche neurologische Entwicklung beeinflusst. Welchen Einfluss chronische Erkrankungen, Infekte und Fieber der Mutter im Einzelfall als mögliche Auslöser auch für die Paracetamol-Einnahme haben, bleibt ebenfalls noch unklar.

Die vorhandenen Hypothesen lassen zumindest die Frage sinnvoll erscheinen, ob Paracetamol während der Schwangerschaft und während der Perinatalperiode an der Genese hyperaktiver Verhaltensstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen beteiligt ist. Dies mag sowohl vom genetischen Hintergrund

der Mutter als auch von der Höhe und Dauer der eingenommenen Dosis abhängen. Hierzu stehen Antworten aus. Zurzeit besteht noch kein hinreichender Grund, Schwangeren allgemein von der Paracetamol-Einnahme abzuraten. Paracetamol sollte nur eingenommen werden, wenn dies unbedingt erforderlich ist.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Valide atemphysiologische Endpunkte in klinischen Studien an Patienten mit Zystischer Fibrose (CF)

Physiological Endpoints for Clinical Studies for Cystic Fibrosis.

Stanojevic S, Ratjen F, *J Cyst Fibr* 15, 416-423, Juli 2016

In diesem Übersichtsartikel erläutert das Autorenteam aus Toronto/ Kanada, wie angesichts der dramatisch verbesserten Lebenserwartung und dem gebesserten Lungenfunktionserhalt über die Jahre früher als „klinisch relevant“ geltende Endpunkte für Interventionsstudien heutzutage nicht mehr sinnvoll erscheinen. Große Bedeutung unter den atemphysiologischen Parametern hat die von der Asthma-Diagnostik bekannte 1-Sekundenkapazität (Forced expiratory volume in 1 second/FEV1), bei der der Patient nach maximaler Inspiration in kurzer Zeit (1 Sekunde) möglichst viel Luft ausatmet. Eine Verbesserung des relativen FEV1 von 5-10 % bezogen auf ein altersgematchtes Vergleichskollektiv gilt allgemein als klinisch relevant. Neben dem relativen FEV1 wird manchmal auch die Veränderung in absoluten Werten in Litern angegeben.

Die Definition einer „klinisch relevanten“ Verbesserung im FEV1-Wert als beispielsweise ein relativer Zuwachs von 10 % ist für einen schwerbetroffenen Patienten mit einem Ausgangswert von FEV1 = 30 % sehr niedrig und kaum relevant im Vergleich zu einem Patienten mit einem Ausgangswert von 80 %. Zudem liegt bei sehr niedrigen Ausgangswerten die fraglich erreichte Verbesserung von 10 % im Bereich der intraindividuellen Test-Variabilität. Andererseits ist ein Zuwachs in absoluten Zahlen gemessen von z. B. 0,2l FEV1 für einen Patienten mit einer schweren chro-

nisch-obstruktiven Ventilationsstörung mit einer AusgangsFEV1 von 1l relevant, für einen leicht betroffenen Patienten mit Anstrengungsasthma und einem Ausgangs-FEV1 von 80 %, die z. B. 4,5l entsprechen, eher nicht.

Die 1-Sekundenkapazität sollte in Studien als wichtiger Parameter angegeben werden, relative Verbesserung und der absolute Wert. Durch die verbesserte Situation der Patienten mit Zystischer Fibrose ist FEV1 aber häufig nicht sensitiv genug, um die erreichte Verbesserung darzustellen.

Der MBW („multiple breath washout“)-Test aus den 60er Jahren ist im Bereich der CF-Forschung in den letzten 5-10 Jahren stärker in die Diskussion gerückt. In einem Gasauswaschverfahren mit Schwefel-Hexafluorid wird bei Ruheatmung der lung clearance index (LCI) bestimmt. SF6 ist ein inertes Gas. Der LCI wird mit einer absoluten Zahl angegeben, deren Erhöhung Ventilations-Inhomogenitäten zeigt. Der LCI ist für die Detektion früher Lungenschädigungen sensitiver als das FEV1. Das Verfahren erfordert keine aktive Mitarbeit und kann in Chloralhydrat-Sedierung auch bei Säuglingen angewendet werden. Vor dem Hintergrund des im September 2016 in Deutschland eingeführten Neugeborenen Screenings auf CF einerseits und der Verfügbarkeit neuer Basisdefekt-korrigierender Medikamente wie Ivacaftor/Lumacaftor sind neu zu definierende klinische Endpunkte für Interventionsstudien im Kleinkindesalter besonders relevant.

Der Artikel zeigt somit exemplarisch, wie Fortschritte in der Therapie zu neuen verbesserten Ausgangslagen bei Patientenkollektiven führen und deshalb bewährte Parameter und das Studiendesign neu durchdacht, reevaluiert und eventuell angepasst werden müssen.

Korrespondenzadresse:

Petra Kaiser-Labusch, Bremen

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.



Konnatale CMV-Infektion

Frage

Die kleine Patientin wurde als hypotrophes Frühgeborenes nach 35+0 SSW entbunden. In der Schwangerschaft waren CMV-Antikörper nicht untersucht worden. In der Kinderklinik der Entbindungsklinik wurde vom 05. bis 19.11.2015 eine Therapie mit Ganciclovir i. v. durchgeführt, die ab dem 20.11. auf Valganciclovir per os umgesetzt wurde. Am 29.11. wurde die Medikation aufgrund einer Anämie (Erythrozyten 2,63 Tpt/l, Hk 0,24) und einer leichten Leukopenie (3,91 Gpt/l) beendet. Nach weiterem Abfall des Hämatokrit bis auf 0,21 stiegen die Werte unter Eisensubstitution wieder gut an.

Am 18.12.15 waren CMV-IgG 31 AU/ml (Normbereich des Labors bis 15), CMV-IgM-Ak-Index 0,33, die Suche nach CMV-DNA im Blut am 22.12.2015 war negativ. Am 18.05.2016 waren die CMV-IgG auf 243 AU/ml angestiegen (IgM-Index 0,58), CMV-DNA im Urin positiv (1,6 Mio. IU/ml). Mehrfache ophthalmologische und HNO-ärztliche Untersuchungen erbrachten bisher Normalbefunde.

Aufgrund der Blutbildveränderungen war die Therapie nur ca. vier statt wie von der DGPI empfohlen sechs Wochen durchgeführt worden. Aus der Literatur ist mir bekannt, dass die CMV-Ausscheidung im Urin nach Therapieende wieder ansteigen kann.

- Sollte man die nunmehr 7 Monate alte Patientin erneut mit Ganciclovir behandeln unter Kontrollen des Blutbildes?
- Oder sollte man nur bei pathologischen ophthalmologischen Befunden oder

einer Schwerhörigkeit erneut therapieren?

- Wie sollte weiter kontrolliert werden?

Antwort

Anhand der weiteren Laborwerte (CMV DNA im Urin bereits am 5.LT positiv) kann von einer konnatalen CMV-Infektion ausgegangen werden. Klinisch war das Kind immer asymptomatisch (u. a. normale Audiometrie, normaler Augenbefund, keine Hepatosplenomegalie, keine Mikrozephalie (30 cm = 10. P)), die Labordiagnostik (großes Blutbild, Leberwerte, Bilirubin) war ebenfalls normal. Mehrere US-Untersuchungen des Schädels („deutliche periventrikuläre Echogenitätserhöhung über dem Hinterhornbereich bds.“) könnten auf eine ZNS-Mitbeteiligung hinweisen (1,2). Ob die Frühgeburtlichkeit im vorliegenden Fall mit der CMV-Infektion kausal in Verbindung zu bringen ist, kann nicht entschieden werden. Derzeit wird eine 6-monatige Therapie mit Ganciclovir/Valganciclovir bei einer „symptomatischen konnatalen Zytomegalie“ empfohlen (3). Inwieweit eine generelle Therapie auch bei initial asymptomatischer Zytomegalie sinnvoll ist, kann derzeit nicht beantwortet werden (4). Im vorliegenden Fall wurde das Kind nur für vier Wochen mit Ganciclovir/Valganciclovir behandelt. Klinisch ist die Entwicklung weiterhin vollkommen unauffällig.

- M. E. gibt es derzeit anhand der Datenlage (3, 5) keine klinische Indikation für eine erneute Valganciclovir-Therapie

ab einem Alter von 7 Monaten. Eine (asymptomatische) CMV-Ausscheidung im Urin kann intermittierend während des gesamten Lebens vorkommen (6).

- „bei pathologischen ophthalmologischen Befunden oder einer Schwerhörigkeit erneut therapieren?“ Hierzu gibt es keine eindeutigen Daten. Für den eher unwahrscheinlichen Fall kann man aber eine versuchsweise Therapie für z. B. zunächst vier Wochen erwägen.
- Da ein sensorineuraler Hörschaden bei einer kongenitalen CMV-Infektion auch erst nach Jahren symptomatisch werden kann, sind regelmäßige Hörtestkontrollen sinnvoll. Eine klare Festlegung auf Häufigkeit und Abstand der Hörtestungen steht bislang aus. (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Zytomegalievirus.html;jsessionid=FD1BF4181C1C320618EA657F54D2463C.2_cid381#doc4738494bodyText12). Die bei der Patientin vorgesehenen Augen- und Hörkontrollen alle sechs Monate sind sicherlich ein guter Kompromiss.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Volker Schuster
Universitätsklinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendliche
Liebigstr. 20a
04103 Leipzig

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.

Gemeinsam stark für Familien



Dr. Ulrich Fegeler

Gemeinsam für Frühe Hilfen

Rund 20 Prozent der Mädchen und Jungen in Deutschland erleiden schon in früher Kindheit aufgrund belastender Lebenslagen erhebliche Einschränkungen in ihrer Entwicklung. Um diese Situation zu verbessern, ist eine nachhaltige Zusammenarbeit von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe notwendig. „Gemeinsam stark für Familien“ war das Thema einer Kooperationstagung, zu der am 25.11.2016 die Parlamentarischen Staatssekretärinnen Caren Marks aus dem Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) und Ingrid Fischbach aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) sowie Vertreterinnen und Vertreter aus elf Institutionen und Verbänden, unter anderem auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, in Berlin zusammenkamen. Eingeladen hatten das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit & Frühe Hilfen (BAG). Das Ziel war, weitere Schritte für eine bessere Vernetzung der Fachkräfte beider Systeme zu vereinbaren.

„Frühe Hilfen sind für viele Familien eine notwendige Unterstützung. Sie begleiten Kinder in ihrer Entwicklung. Ich freue mich, dass durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen der flächendeckende Ausbau von Netzwerken Früher Hilfen in Deutschland gelungen ist. Jetzt geht es um eine noch breitere Mitwirkung des Gesundheitswesens in diesen Netzwerken“, machte Caren Marks, Parlamentari-

sche Staatssekretärin im Bundesfamilienministerium, deutlich.

Die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit Ingrid Fischbach erklärte: „Mit dem Präventionsgesetz haben wir den gesetzlichen Rahmen für Kinderuntersuchungen weiterentwickelt. Ärztinnen und Ärzte haben nunmehr ein stärkeres Augenmerk auf Belastungen und Risiken für die Entwicklung des Kindes zu legen und die Eltern zu beraten. Das stärkt die

Eltern, damit sie bei Bedarf individuelle Unterstützungsangebote wahrnehmen können.“

„Wir wissen, dass gerade psychosozial belastete Familien oft mehr Probleme bei der Suche und Inanspruchnahme passender Unterstützungsangebote haben“, erläuterte Prof. Dr. Sabine Walper, Forschungsdirektorin am Deutschen Jugendinstitut. „Frühe Hilfen können diesen Familien in Arztpraxen, Geburtskliniken oder in Beratungsstellen sprichwörtlich

Noch viel zu tun

Kommentar

„Um das Fazit aus der Sicht eines Teilnehmers an der „Kooperationstagung Gesundheitswesen – Frühe Hilfen“ vorwegzunehmen: Ein guter Ansatz, alles noch sehr kopflastig, aber die Mitwirkenden waren optimistisch. Der Kooperationstag war u.a. damit beauftragt (workshop 1), Phantasien für einfachere, vor allem mehr mögliche Kooperationsformen zwischen Ärzten einerseits und Frühen Hilfen andererseits im Sozialraum zu entwickeln und als konkrete Strukturen zu formulieren. Dieser Ansatz gelang meiner Ansicht nach eher unvollkommen. Noch zu unklar ist die eigentliche Bestimmung und Aufgabe der Frühen Hilfen. So ist es begrüßenswert, wenn Kinder- und Jugendärzte über eine strukturierte Kooperation direkt Kontakt mit den Frühen Hilfen-Koordinatoren aufnehmen könnten, um sowohl bedürftigen Familien Lebenshilfen zukommen zu lassen, vor allem aber auch, um ihren Kindern durch entsprechende Frühe Hilfen-Angebote so früh wie möglich gute Entwicklungsstimulationen zu vermitteln, da diese durch die Familie selbst nicht ausreichend gegeben werden können. Eine solche Vermittlungsstruktur setzt allerdings eine entsprechende Niederschwelligkeit und einfache Erreichbarkeit der Frühen Hilfen voraus, vor allem sollte sie – zumindest gilt das für Berlin, wahrscheinlich aber auch andere Ballungszentren – eine immer noch von den Familien so wahrgenommene Nähe zu den Jugendämtern ablegen. Frühe Hilfen sollten als eigenständige, im Sozialraum wirkende Struktur begriffen werden. Geradezu ideal wäre es, wenn sich die Frühe Hilfen an be-

stehende Familienzentren koppeln würden, bei denen Niederschwelligkeit garantiert ist. Dazu muss aber für das Selbstverständnis der Frühe Hilfen diskutiert werden, ob der Schwerpunkt auf „Hilfe“ oder auf dem frühen Aufgreifen von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung zu setzen ist. Auch wenn manche meinte, dass sei letztendlich dasselbe, sind doch hierbei die vornehmliche Aufgabe des Gesundheitswesens, der Zungenschlag der beim Arzt erhobenen Sozialanamnesen und die Haltung des Arztes („attitude“) gänzlich anders. Diese in meinen Augen wichtige Diskussion wurde zwar in privaten Diskussionen sehr intensiv geführt, war aber kein Bestandteil der offiziellen Agenda. Schade.

In den anderen workshops, z.B. zur Zusammenarbeit des ÖGD mit den Frühen Hilfen, wurde eifrig diskutiert, wenn auch die zusammengefassten Ergebnisse (zu erreichende „Meilensteine“) überwiegend sehr allgemein formuliert waren. Doch das Engagement der vielen Akteure aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Kita, Familienzentren und natürlich Frühen Hilfen war bemerkenswert, so dass doch die Hoffnung bleibt, dass aus den vielen Einzeldiskussionen sich für die Teilnehmer – insbesondere die politischen Entscheidungsträger – Haltungen und Erkenntnisse kristallisierten, die die Zusammenarbeit zwischen Frühe Hilfen und Gesundheitswesen in Zukunft zu einer einfachen, gut wahrgenommenen und selbstverständlichen Aktivität im Sozialraum werden lassen.

Und zum Schluss noch eine gute Nachricht: Das Gesundheits- und das Familienministerium haben zu gleichen Teilen die Finanzierung des Kooperationstages getragen.“



Foto: © Andrey Kuzmin - Fotolia.com

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ist ein Kooperationsprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. und wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Es unterstützt seit 2007 die Fachpraxis dabei, familiäre Belastungen früher zu erkennen, bedarfsgerechte Angebote bereitzustellen und die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen zu fördern. Außerdem koordiniert das NZFH die Bundesinitiative Frühe Hilfen auf Bundesebene.
www.fruehehilfen.de

entgegenkommen und weitergehende niedrigschwellige Unterstützungsangebote vermitteln“.

Die Kooperationstagung griff in Vorträgen, einer Podiumsdiskussion und sechs Workshops konkrete Anliegen auf, um Entwicklungspotenziale und Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu verdeutlichen. Unter anderem ging es in den Workshops um die Vernetzung der Frühen Hilfen mit der ambulanten und

der stationären medizinischen Versorgung sowie mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, um möglichst frühzeitig Familien mit Kindern zu unterstützen. Es ging aber auch um die Gestaltung von Schnittstellen von Frühen Hilfen bei besonders schwerwiegenden Problemen, wenn eine Gefährdung für das Kind droht. Des Weiteren befasste sich ein Workshop mit der Entwicklung der interdisziplinären Leitlinie Kinderschutz.

Mehr Infos zur Tagung und die Faktenblätter zu den einzelnen Workshops veröffentlicht das NZFH auf seiner Internetseite www.fruehehilfen.de.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Fegeler

13595 Berlin

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

Red.: ReH

Weltgesundheitsorganisation interessiert sich für NRW-Initiative „Kein Kind zurücklassen!“

Nach den österreichischen Bundesländern Vorarlberg und Steiermark interessiert sich nun auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die nordrhein-westfälische Initiative „Kein Kind zurücklassen! Für ganz Nordrhein-Westfalen“. Auf einer Gesundheitskonferenz der WHO am 7.12.2016 in Paris stellte Familienstaatssekretär Bernd Neuendorf Vertreterinnen und Vertretern aus 53 Nationen „Kein Kind zurücklassen!“ vor.

Die Landesinitiative verknüpft durch den Aufbau kommunaler Präventionsketten die Bereiche Gesundheit, Bildung, Kinder- und Jugendhilfe sowie Soziales, um Kinder und ihre Familien frühzeitig

zu unterstützen. Nordrhein-Westfalen war damit die einzige Region Europas, die auf der WHO-Konferenz ein praktisches Beispiel für gelingende Zusammenarbeit der Bereiche Bildung, Gesundheit und Soziales präsentierte.

Das Interesse der WHO war über die Abschlussberichte des Modellvorhabens „Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor“ geweckt worden. Von 2012 bis 2016 hatten sich 18 Modellkommunen an dem Vorhaben beteiligt. Im Rahmen der Landesinitiative „Kein Kind zurücklassen!“ wird die Zahl der teilnehmenden Kommunen nun sukzessive ausgeweitet.

Am Rande der Pariser Konferenz wurden Gespräche über eine weitere Zusammenarbeit auf internationaler Ebene geführt. Dabei ging es u.a. darum, inwieweit „Kein Kind zurücklassen!“ einen Beitrag zu den nachhaltigen Entwicklungszielen der Vereinten Nationen leisten kann, insbesondere zur Reduzierung von sozialer Ungleichheit.

Informationen zu „Kein Kind zurücklassen!“ sowie zu den Abschlussberichten unter: <http://url.nrw/kekiz>

Red.: ReH

Die „Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin“ stellt sich vor

Die „Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin“ (GPS) wurde als „Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft“ für Kinder- und Jugendsport unter Leitung von Prof. Jüngst und Prof. Lücking 1994 gegründet. Im Jahr 2000 entstand in Salzburg aus der Arbeitsgemeinschaft die Gesellschaft für pädiatrische Sportmedizin mit Prof. Hebestreit als Präsident.



Dr. Simone Schulze

Die pädiatrische Sportmedizin ist eine junge Disziplin zur umfassenden interdisziplinären Betreuung Sport treibender Heranwachsender mit und ohne Vorerkrankungen. Sie umfasst alters-, erkrankungs- und anforderungsspezifisch Theorie und Praxis körperlicher Aktivität und dient ausschließlich dem Interesse der Kinder und Jugendlichen. Eine weitgehende Spezialisierung aller Fachdisziplinen, die an der Betreuung dieser Kinder partizipieren, wird in den nächsten Jahren eine Folge dieser Entwicklung sein. Die GPS will dies länderübergreifend begleiten und mit gestalten. Unser gemeinsames Ziel ist die Vermeidung von Inaktivität unter Wahrung der psychischen und physischen Integrität. Erreicht werden kann dies nur über interdisziplinäre und innovative Ansätze, altersgerechte, integrative/inklusive Konzepte sowie mittels interkultureller Kompetenz.

Probleme der Sportausübung heute

Aufgrund moderner Lebensumstände ist der Zugang zu körperlicher Aktivität und Sport bei gesunden Kindern und durch Überprotektion bei Kindern mit Vorerkrankungen erschwert und resultiert häufiger in Bewegungs- und Sportabstinenz. Dies gilt für den privaten Bereich wie auch für den Schul- oder Vereinssport. Mangelnde körperliche Aktivität verhindert einen normalen Kontakt zu Gleichaltrigen sowie die Teilnahme an altersgemäßen Freizeitaktivitäten, wie z.B. eine Mitgliedschaft im Sportverein. Gleichzeitig ist sie eine der wichtigsten Risikofaktoren für eine erhöhte Morbidität und Mortalität. Prävention ist eine Kernaufgabe der Pädiater, die in der Grundversorgung arbeiten.

Aufgabe der Kinder- und Jugendärzte

Eine wichtige Säule im Bereich der Prävention ist die sportmedizinische Beurteilung im Rahmen von Sportuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Die Notwendigkeit von sportmedizinischen Untersuchungen bei Sport treibenden Kindern und Jugendlichen vor Aufnahme von Wettkampfsport ist in Deutschland nicht einheitlich geregelt, oft erfolgt die erste Untersuchung bei Aufnahme in Landes- oder Bundeskader durch die jeweils zuständigen Olympiastützpunkte.

Aber was ist mit den anderen sportbegeisterten Kindern und Jugendlichen, überlassen wir sie ihrem Schicksal? Die Anzahl der Überlastungsfolgen und der Verletzungen des Halte- und Bewegungsapparates als Folge falscher sportlicher Aktivität bei Kindern und

Jugendlichen sind zunehmend. Eine Ursache hierfür ist die in vielen Sportarten zu beobachtende frühe Spezialisierung mit der Folge einseitiger Belastungen. Vielfach suchen die Sportler mit Verletzungen primär Kinder- und Jugendarztpraxen auf. Daher ist es unerlässlich, altersentsprechende präventive Interventionsprogramme zu entwickeln. Geschätzt nur jedes 5. Kind erhält eine sportmedizinische Betreuung.

Sport bei Kindern mit chronischen Erkrankungen

Neben den „gesunden“ Kindern gibt es eine zunehmende Anzahl von Kindern mit Vorerkrankungen wie z.B. Kinder mit angeborenen Herzfehlern. 1,1% aller Neugeborenen in Deutschland kommen mit einem angeborenen Herzfehler (AHF) auf die Welt. Kinder und Jugendliche mit angeborenem Herzfehler sind aufgrund des medizinischen Fortschritts ein um ca. 5% jährlich wachsendes und älter werdendes Kollektiv. In Deutschland leben derzeit geschätzt 300.000 AHF-Patienten. Für pädiatrische Herzpatienten ist der Zugang zu körperlicher Betätigung und Sport aufgrund krankheitsbedingter Ursachen und Überprotektion im Vergleich zum herzgesunden Vergleichskollektiv erschwert und resultiert häufig in einer Sportabstinenz. Die GPS hat diesem Umstand mit der Gründung der AG Kinder und Jugendliche mit angeborenem Herzfehler und Sport (AG AHF&Sport) Rechnung getragen.

Möglichkeiten der sportmedizinischen Beratung in der Praxis

- Durchführung von sportmedizinischen Untersuchungen inkl. Bera-

- tung zu Antidoping, Anwendung von Schmerzmitteln und Nahrungsergänzung.
- Begleitung im Rahmen der Vorsorgen ab U3 (4-6 Wochen alt) über ein bewegungsaktives Leben, Beratung zur Aufnahme sportlicher Aktivität im Verein bereits im Vorschulalter.
 - Präventive Sportmedizinische Beratung der Sportler und der begleitenden Eltern bei Vorstellung mit Verletzungen.
 - Beratung bei Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes, Asthma, ADHS, Depression, Anfallsleiden, Medienabhängigkeit, bei denen Sport ein wichtiger Baustein einer umfassenden Therapie sein sollte.
 - Sportmedizinische Beratung für Kinder und Jugendliche mit einem angeborenem Herzfehler und für deren Ärzte sowie für Rheumakinder
 - Beratungen zu Sport und Schule, z.B. Teil-Freistellungen vom Sportunterricht

Unterstützungsangebote für sportmedizinische Beratungen und Untersuchungen durch die GPS

- Neue Homepage (www.kindersportmedizin.org) mit Links zu wichtigen Organisationen: Gesellschaft für Sportmedizin, Nationale Antidoping Agentur, Deutsche Sportjugend.

- Hilfe bei Suche von Ansprechpartnern für spezielle sportmedizinische Fragestellungen auch lokal vor Ort.
- Stellungnahmen zu aktuellen sportmedizinischen Themen
- Belastungsprofile, online abrufbar, die allgemeine Informationen über die Sportart, sowie sportarttypische Verletzungen und Belastungsfolgen und präventive Maßnahmen in Kurzform geben.
- Hinweise zur tauchmedizinischen Untersuchung.
- Sportmedizinischer Untersuchungsbogen als Download.
- Informationen über Sportlerernährung, Nahrungsergänzungsmittel, Doping, Sport mit chronisch kranken Kindern.
- Veröffentlichung von Vorträgen der GPS-Tagungen.
- Informative Newsletter für Mitglieder der GPS.
- Teilnahme an den jährlichen Tagungen, an denen auch Nachwuchswissenschaftler die Möglichkeit haben ihre Ergebnisse auf dem Gebiet der Sportmedizin vorzustellen.
- AG Kinder und Jugendliche mit angeborenem Herzfehler und Sport, sowie AG Kindertauchen

Zusammenfassung

Eine ausreichende körperliche Aktivität ist im Kindes- und Jugendalter ein

wichtiger Baustein für eine gesunde altersentsprechende körperliche, geistig-intellektuelle, emotionale und soziale Entwicklung und für die Prävention der neuen Morbiditäten. Dies gilt gleichermaßen für „gesunde“ und „vorerkrankte oder behinderte“ Kinder. Die Ausübung von Sport bedingt eine Besserung krankheitsbedingter motorischer und kardio-pulmonaler Defizite sowie der sozialen Isolation und ist somit prognoserelevant. Nur durch eine zunehmende Spezialisierung aller Fachdisziplinen, die an der sportmedizinischen Betreuung dieser Patienten partizipieren kann zukünftig eine alters-, erkrankungs- und anforderungsspezifische Trainingsbegleitung erreicht werden.

Die nächste Jahrestagung findet vom 17.03. bis 18.03.2017 in der Universitätskinderklinik Basel unter Vorsitz der GPS-Präsidentin Frau Prof. Susi Kriemler (Universität Zürich) statt. Anmeldungen unter www.kindersportmedizin.org.

Rückfragen an:

Dr. Simone Schulze
Kinder- und Jugendarztpraxis
Beirat Gesellschaft f.
Pädiatrische Sportmedizin
Brettener Str. 34
75031 Eppingen
E-Mail: simone@schulze-eppingen.de
www.kindersportmedizin.org Red.: WH

Wie gehts der Familie?

Die Erwartungen an Familien und in Familien sind hoch. Mütter und Väter wollen ihre Kinder bestmöglich fördern und ihnen gute Bildungschancen ermöglichen. Familie ist der erste Ort, an dem Kinder alltägliche Bildung und Förderung erfahren. Gleichzeitig erwarten Eltern zu Recht gute Bedingungen für das Aufwachsen ihrer Kinder auch dort, wo frühkindliche Bildung in öffentlicher Verantwortung stattfindet: in Kindertagesbetreuung und Kindertagespflege. Wie der Bund den Zustand der Familien und der außerhäuslichen Betreuung und Bildung

sieht, welche Entwicklungen und Erwartungen sich daran knüpfen, ist nachzulesen im neuen **Monitor Familienforschung**. Er stellt die aktuellen Entwicklungen, Praxisergebnisse und Diskussionsthemen dar und gibt einen Ausblick auf notwendige weitere Schritte.

Info und Download über
Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastrasse 24, 10117 Berlin
www.bmfsfj.de

ReH

10.-12. März 2017

Frühjahrsrepetitorium der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Münster

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Heymut Omran, Prof. Dr. Annette Richter-Unruh, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Münster

Auskunft:
www.dgkj.de, Rubrik „Veranstaltungen“
und über die DGKJ-Geschäftsstelle
info@dgkj.de
Tel.: 030/30877790

BLIKK Projekt – Zwischenstand und Hilferuf

Nach dem Spiel ist vor dem Spiel und nach der Querschnittstudie zum Mediengebrauch von Kindern und Jugendlichen kommt die Längsschnittstudie! Zunächst an dieser Stelle aber Dank an alle engagierten Kinder- und Jugendärzte, Dank an deren MFAs, dass dieser Teil des Projektes auf ein gutes Ende zusteuert. Während die letzten Datensätze in der RFH eintreffen, stellte Prof. Rainer Riedel, RFH, bei der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, ein Zwischenergebnis vor.

Kleiner Rückblick: Bis zum Start der Querschnittsstudie gab es viele Hindernisse und wenig Unterstützung. Die deutsche Industrie im web 4.0–Rausch hat zig Mal mit Bedauern eine Förderung des Projektes abgelehnt. Auch unsere Position („Wir wollen nicht wie Prof. Manfred Spitzer die neuen Medien verteufeln, sondern wissenschaftlich fundiert herausfinden, wo dysregulierter Medienkonsum beginnt und gefährlich wird.“) half nicht.

Kinder- und Jugendärzte sind die Anwälte des Kindes. Wäre dies anders, könnten wir relativ gleichgültig zusehen, wie mehrere Tausend Jugendliche, geimpft, mehrfach bei den U's gecheckt, durch diverse Heilmittel und Frühförderungen stabilisiert, den Verlockungen der Medien verfallen und mediensüchtig werden. Die Behandlung der Mediensucht ist keine kassenärztliche Aufgabe der Kinder- und Jugendärzte, die Gesellschaft hat im Sinne noch nie geschätzter finanzieller Aufwendungen im Sozialbereich den Schaden. Die Folgeschäden der Mediensucht belasten uns in der täglichen Arbeit.

Der Hype um die Digitalisierung unseres Alltages ist ungebrochen, Schäden sind hinlänglich bekannt, müssen aber um des Ganzen willen hingenommen werden, heißt es unausgesprochen. Es gibt sogar viele medienkompetente Sachverständige, die 20.000 Neuerkrankungen an Mediensucht für zu hoch geschätzt halten oder gar ganz in Abrede stellen, weil diese Menschen generell psychisch krank seien.

Umso größer war die Freude, dass Marlen Mortler und ihr Team unsere Querschnittsstudie finanzierte. In der Fortsetzung des Projektes sieht man im BMG jedoch eine gesamtpolitische Aufgabe. Das kleine (bezogen auf den Etat) BMG könne dies allein nicht stemmen. Aber in anderen Ministerien (Verkehr, Wirtschaft, Bildung, Familie) will man von negativen Auswirkungen der Medien überhaupt nichts wissen: finanziell gefördert werden Projekte, die die Digitalisierung unterstützen. Suchtprävention und Suchthilfe haben traditionell keine gute Lobby, siehe Alkohol, Spielsucht. Ausnahme: Tabak.

Endlich war die Finanzierung gesichert, endlich sollte angefangen werden

Wegen Rückfragen der Ethikkommissionen der Landesärztekammern kam es hinsichtlich der Genehmigung zu einer unerwarteten Zeitverzögerung des Projektes. Üblicherweise erfolgt die auf der Grundlage der Genehmigung der zuerst befragten Ethikkommission (in unserem Fall der ÄKWL, bei der ich Mitglied bin) eine umgehende Genehmigung aller anderen Länderkommissionen. Die geäußerten Bedenken konnten wir ausräumen und die neu gestellten Bedingungen erfüllen. Vanessa Jakob, der Projektkoordinatorin seitens der RFH, sei für ihre Mehrarbeit auch an dieser Stelle von Herzen gedankt.

Und wie geht's jetzt weiter?

Das BLIKK-Projekt hat einen ersten großen Schritt getan. Mit den jetzigen Ergebnissen können wir den unbeirrten Befürwortern einer uneingeschränkten Mediennutzung aber nichts beweisen. Erst eine Längsschnittstudie kann die nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Sprachentwicklungsstörungen, schlechten Schulleistungen, Übergewicht etc. und dem dysregulierten Mediengebrauch von Eltern und Kindern fundiert belegen.

Wir bitten Sie um Ihre Hilfe!

Viele Kinder- und Jugendarztpraxen haben aus unterschiedlichen Gründen eine Beteiligung für sich ausgeschlossen, manche haben einen Kooperationsvertrag unterschrieben, aber nie Datensätze eingewendet. Aber alle profitieren von dem Renommee, dass sich der BVKJ, die DGAAP und die Stiftung Kind und Jugend des BVKJ erworben haben.

Wer von Ihnen dazu beiträgt, dass wir einen Teil unserer Patienten und deren Familien durch adäquate Beratung vor einer Medienabhängigkeit bewahren, wer also das BLIKK-Projekt für wichtig hält, aber sich nicht als Prüfpraxis beteiligen kann, der fördert das Projekt auch dadurch, dass er der Stiftung Kind und Jugend zweckgebunden (BLIKK-Projekt) spendet und weitere Spender in seinem Umfeld animiert, es ebenso zu tun. Wir benötigen mindestens € 300.000,-.

Eine Finanzierung durch Spenden an unsere Stiftung schafft Unabhängigkeit. Manch ein Medienunternehmen würde uns gerne unterstützen, im Gegenzug aber die Konzeption und die Auswertung mitbestimmen wollen. Das wollen wir nicht. Mitarbeiter von öffentlichen Institutionen, auch GKVn, und von Firmen bearbeiten Projekte zu Medienerziehung während der Dienstzeit. Unsere ärztliche Tätigkeit ist ehrenamtlich, uns sehr wichtig, weil Mediensucht uns doch angeht.

Konto für zweckgebundene

Spenden:

IBAN: DE 38 3602 0186 0363

7486 00

BIC: HYVEDEMM360

Korrespondenzadresse

Dr. Uwe Büsching, 33611 Bielefeld

E-Mail: ubbbs@gmx.de

Red.: ReH

Aus den Selbsthilfegruppen

Kongenitaler Hyperinsulinismus

Poster für die Praxis

WAS IST KONGENITALER HYPERINSULINISMUS?

Kongenitaler Hyperinsulinismus (HI) ist die häufigste Ursache für eine schwerwiegende und dauerhafte Unterzuckerung bei Neugeborenen und Kindern. Eine anhaltende Unterzuckerung ist die am weitesten verbreitete Ursache für vermeidbare irreversible Hirnschädigungen.

Es gibt verschiedene Ursachen für einen schweren Hyperinsulinismus. Einige Formen verschwinden wieder und gelten daher als vorübergehend. Andere gehen auf Gendefekte zurück und können ein Leben lang bestehen. In beiden Fällen besteht das Risiko einer Hirnschädigung.

Etwas 60% aller HI-Babies entwickeln innerhalb der ersten Lebensmonate eine Hypoglykämie (Unterzuckerung). Von den restlichen 40% entwickeln nahezu alle Säuglinge im ersten Lebensjahr eine Hypoglykämie.

Von HI betroffene Babies brauchen bis zu fünfmal mehr Zucker (Glukose) als nicht betroffene Kinder.

In den meisten Ländern tritt HI mit einer Häufigkeit von 1:25.000 - 50.000 Geburten auf.

Bei HI-Patienten reagiert die Bauchspeicheldrüse, die für die Insulinausschüttung zuständig ist, nicht auf den Blutzuckerspiegel und produziert auch dann Insulin, wenn der Blutzuckerspiegel niedrig ist, was zu einer schwerwiegenden und häufig anhaltenden Unterzuckerung führt.

#bemysugar #stopthelows

Durch eine umgehende Diagnose, frühzeitige Behandlung und die konsequente Vermeidung einer Unterzuckerung lassen sich Hirnschädigungen und Tod verhindern.

Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.
www.hyperinsulinismus.de
+49 (0)176 92448289

Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.



CHI Congenital Hyperinsulinismus International
www.congenitalhi.org

1 Congenital Hyperinsulinismus
2 @congenitalhi
3 @VIA_Hypoglykämie

ANZEICHEN UND SYMPTOME EINER HYPOGLYKÄMIE

Medizinische Fachkräfte sollten bei der Betreuung von Neugeborenen die Möglichkeit einer Hypoglykämie in Betracht ziehen, wenn ihnen folgende Anzeichen und Symptome auffallen:

- Bläuliche oder fahle Haut
- Atemprobleme, wie beispielsweise Atemstillstand (Apnoe), Hecheln oder Stöhnen
- Reizbarkeit, häufig gefolgt von Teilnahmslosigkeit
- Lockere oder erschlaffte Muskeln
- Appetitlosigkeit oder Erbrechen
- Probleme bei der Aufrechterhaltung der Körpertemperatur
- Zittern, Schwindel, Schwitzen oder Krämpfe

Die wichtigsten Kriterien für die Feststellung einer Hypoglykämie:

- Eine wiederkehrende Hypoglykämie bei Neugeborenen, Kleinkindern und Kindern ist kein normaler Zustand. Bei gesunden Neugeborenen fällt der Blutzuckerwert bei einem Abfall des Blutzuckerspiegels für gewöhnlich nicht unter 50mg/dl (2,7 mmol/l). Neugeborene und Kleinkinder mit einem Blutzuckerspiegel unter 50 (2,7 mmol/l) oder bei denen der Blutzuckerspiegel unter die für Neugeborene übliche vorübergehende Untergrenze fällt, sollten untersucht werden.
- Durch einen niedrigen Blutzuckerspiegel gefährdete Kleinkinder müssen in geeigneter Weise kritisch überwacht werden, um einen normalen Blutzuckerspiegel aufrechterhalten, bis mit einem üblichen, altersentsprechenden Ernährungsplan eine Eupglykämie (normaler Blutzuckerwert) erreicht ist und aufrechterhalten werden kann. Für den Umgang mit den grundlegenden Ursachen für die Hypoglykämie müssen diese Babies einen Fastentest bestehen oder einen Diagnose- und Verlaufsplan erhalten, bevor sie nach Hause entlassen werden.
- Neugeborene, die Anzeichen und Symptome einer Hypoglykämie zeigen, müssen auf Hypoglykämie untersucht und eingestellt werden, selbst wenn keine Risikofaktoren bekannt sind, um Hirnschäden und eine Todesfolge zu verhindern.
- Krampfanfälle bei Neugeborenen unterscheiden sich sehr stark von Krämpfen bei älteren Babies, Kindern und Erwachsenen. Medizinische Fachkräfte sollten bei der Betreuung von Neugeborenen mit dem Auftreten von Krämpfen bei Neugeborenen vertraut sein. Bei jedem erstmalig auftretenden Krampf sollte mit der Blutzuckerspiegel gemessen werden.

Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.
www.hyperinsulinismus.de
+49 (0)176 92448289

Kongenitaler Hyperinsulinismus e.V.



CHI Congenital Hyperinsulinismus International
www.congenitalhi.org

1 Congenital Hyperinsulinismus
2 @congenitalhi
3 @VIA_Hypoglykämie

Link: <http://www.hyperinsulinismus.de/> Red.: WH

Ausschreibung des Förderpreises „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. schreibt für das Jahr 2017 den Förderpreis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ aus, für den Kinder- und Jugendärzte vorgeschlagen werden können, die sich über einen längeren Zeitraum für benachteiligte Kinder in Krisenregionen oder in der

Entwicklungszusammenarbeit persönlich eingesetzt haben.

Die schriftliche Bewerbung sollte den Einsatz und den Grund für die Preisverleihung detailliert beschreiben.

Der Preis ist mit 5.000,- € dotiert. Er soll Anerkennung und Dank für die Bereitschaft des Bewerbers sein, eine

Zeitlang aktiv mitzuhelfen, die Not der Kinder unserer Welt zu lindern.

Bewerbungen sind bis zum 28.02.2017 zu richten an den

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Kennwort „Förderpreis“

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Die Verleihung des Preises an eine Organisation ist nicht möglich.

Gemeinsam stark – Treffen zur Kooperation Pädiatrie – Allgemeinmedizin in der studentischen Ausbildung am 23.11.2016 in Düsseldorf

Wie bilden wir unseren ärztlichen Nachwuchs aus? Was sollen sie wissen? Wie können sie das Gewünschte lernen? Welche Rolle spielen wir dabei?

Um diese Fragen ging es bei dem ersten gemeinsamen Treffen von Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften: BVKJ, DGAAP, DGSPJ, DGKJ, DHÄV, DEGAM.

Allgemeinmedizin und Pädiatrie – beides ist immer auch Familienmedizin. Aber bisher arbeiten beide Disziplinen immer noch parallel. Höchste Zeit also sich auszutauschen, auszuloten, wo genau sich Synergien anbieten, wo sich Schnittstellen finden, wo aber auch Sollbruchstellen lauern. Nur durch den intensiven Dialog und die Vernetzung wird es gelingen, beide Fächer fit für die Zukunft zu machen. Und das muss bereits im Studium anfangen.

Ergebnis des ersten Treffens, das in einer freundlichen und kooperativen Atmosphäre stattfand: Es wurde eine Arbeitsgruppe zur „Stärkung der ärztlichen Ausbildung durch Kooperation zwischen Pädiatrie und Allgemeinmedizin“ gegründet.

Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Erika Baum.

Dr. Thomas Fischbach, Dr. Folkert Fehr, Vertreter der AG Lehre und der Hochschulkommission der DGKJ werden hier mitwirken. Weiterhin erarbeiteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer erste Umsetzungsvorschläge für die Aus-



v. l. n. r.: Vera Kalitzkus, Erika Baum, Christian Fricke, Karin Geitmann, Folkert Fehr, Stefan Wilm, Thomas Fischbach, Lisa Degener, Ertan Mayatepek, Hans-Michael Mühlendorf

bildung erarbeitet: Adoptions-/Patenschaftsprogramm, das die longitudinale Begleitung einer Familie durch Studierende vorsieht; gemeinsame Durchführung durch Pädiatrie und Allgemeinmedizin. Gemeinsame/s Rekrutierung und Training von akademischen Lehrpraxen. Die AG „Stärkung der ärztlichen Ausbildung durch Kooperation zwischen Pädiatrie und Allgemeinmedizin“ erarbeitet zeitnah Vorschläge, die dann von den Teilnehmenden in ihre jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände getragen wird.

Damit das Treffen keine Eintagsfliege bleibt und zum besseren Informationsaustausch, haben die Teilnehmenden zugesagt, sich gegenseitig zu Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen einzuladen. Ein nächstes Treffen aller Beteiligten in Düsseldorf ist für das Frühjahr 2017 (vor dem 120. Deutschen Ärztetag, Freiburg, 23.-26.5.2017) vorgesehen. Fokus des Treffens: Thema „Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte“.

Regine Hauch

Zahl des Monats

77 Prozent der Eltern machen sich kaum Sorgen über Karies bei ihrem Kind

Das Meinungsforschungsinstitut Forsa hat eine repräsentative Umfrage unter 1.000 deutschen Eltern zum Thema Mundhygiene bei

Säuglingen und Kindern durchgeführt. Das Ergebnis: 77 Prozent der Eltern machen sich nicht so große bis gar keine Sorgen, dass ihr Kind Karies bekommen könnte. Dabei leidet etwa jedes fünfte Kind an frühkindlicher Karies.

Zwar fühlen sich 92 Prozent der deutschen Eltern bereits gut bis sehr gut informiert, wenn es um die Pflege der Zähne und des Mundraums ihres Nachwuchses geht: um Karies zu vermeiden, setzen sie auf wenig Zu-

cker, tägliches Zähneputzen und regelmäßige Zahnarztbesuche. Aber: nur jeder zweite Befragte weiß um die Kariesgefahr, die von abgeleckten Schnullern oder Löffeln ausgeht. Und gut drei Viertel der Umfrageteilnehmer gehen nach dem ersten Geburtstag des Kindes zum Zahnarzt, während das Bundesministerium für Gesundheit schon ab dem sechsten Monat zu regelmäßigen Zahnarztbesuchen rät.

Red.: ReH

Förderung der Versorgungsforschung

Der Förderausschuss des Innovationsfonds des G-BA hat seine Entscheidung getroffen. Welche Projekte im Einzelnen gefördert werden, entnehmen Sie bitte diesem Link:
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>

Folgende Forschungsvorhaben im Interesse der Kinder werden gefördert:

- Projekt der Techniker Krankenkasse zur Förderung der Transition
- Projekt der Uni-Klinik Erlangen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Arzneimitteln durch Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
- Projekt von Frau Prof. Dr. Grüters-Kieslich von der Charité in Berlin zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen durch Umsetzung von im nationalen Aktionsplans (NAMSE) konsentierten Maßnahmen
- Projekt der Unizahnklinik Greifswald zur unterstützenden Intensivprophylaxe für Kinder mit zahnärztlicher Sanierung unter Narkose

Sollten Sie um Unterstützung der Forschungsvorhaben gebeten werden, wäre es schön, wenn durch Ihr Mitwirken entsprechende Erkenntnisse gewonnen werden könnten.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@t-online.de

Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) tritt in Kraft

Ein wichtiger Schritt bei der Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität // Gemeinsame Pressemitteilung des Bundeskriminalamtes und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 25.11.2016

(...) Mit diesem Gesetz steht den Strafverfolgungsbehörden neben dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) eine neue Rechtsgrundlage zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität zur Verfügung.

Für die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, **Marlene Mortler**, ein wichtiger Schritt: „Mit dem Inkrafttreten des Neue psychoaktive Stoffe-Gesetz sind wir einen echten Schritt weiter. Endlich haben Polizei und Justiz ein wirksames Instrument gegen NPS-Dealer in der Hand. Ich fand es unerträglich, wenn zum Teil hochgefährliche Substanzen im Internet und auf Partys als ‚Legal Highs‘, ‚Kräutermischungen‘ oder ‚Badesalze‘ verkauft wurden und der Polizei die Hände gebunden waren. Damit ist jetzt Schluss! 39 Tote allein im letzten Jahr machen deutlich, wie wichtig dieses Gesetz ist.“

.....
 In Deutschland wurden für das Jahr 2015 insgesamt **39 Todesfälle** im Zusammenhang mit dem Konsum von neuen psychoaktiven Stoffen polizeilich registriert. Im Hinblick auf die Zahl der Intoxikationen und Todesfälle ist von einem großen Dunkelfeld auszugehen.

Das NpSG sieht ein weitreichendes Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handels mit neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) und eine Strafbewehrung der Weitergabe von NPS vor. Zudem ermöglicht dieses neue Gesetz den Strafverfolgungsbehörden bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen Maßnahmen zur Überwachung der Telekommunikation und Vermögensabschöpfung durchzuführen sowie die An-

ordnung der Untersuchungshaft wegen Wiederholungsgefahr zu begründen.

„Neben den neuen und wichtigen Möglichkeiten der Strafverfolgung gibt das NpSG auch das wichtige Signal an Händler und Konsumenten, dass es sich hierbei um gesundheitsgefährdende oder gar lebensbedrohliche Stoffe handelt“, betont der Präsident des Bundeskriminalamts, **Holger Münch**.

Dem Bundeskriminalamt sind **allein aus dem Jahr 2015 mehrere hundert Sachverhalte** aus ganz Deutschland bekannt, bei denen es im Zusammenhang mit dem Konsum von verschiedenen sogenannten Legal High-Produkten oder neuen psychoaktiven Stoffen zu teilweise schweren, mitunter lebensgefährlichen Intoxikationen kam. Die meist jugendlichen Konsumenten mussten mit **Kreislaufversagen, Ohnmacht, Psychosen, Wahnvorstellungen bis hin zum Ausfall vitaler Funktionen** medizinisch oder notfallmedizinisch behandelt werden. Daneben kam es in einigen Fällen nach dem Konsum dieser Produkte zu aggressiven Reaktionen und unkontrollierten Übergriffen auf dritte Personen.

Die ersten neuen Stoffe dieser Art wurden im Jahre 2008 in der Kräutermischung „Spice“ identifiziert und im Jahr 2009 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Seitdem weichen Hersteller und Händler nach Unterstellung eines gesundheitsgefährdenden Stoffes immer wieder auf neue, in ihrer chemischen Struktur oft nur minimal veränderte psychoaktive Stoffe aus und umgehen ungeachtet der Wirkungsweise und Gefährlichkeit dieser Stoffe so das Verbot.

Dieser Vorgehensweise begegnet das NpSG, indem es erstmals ganze Stoffgruppen, welche eine Vielzahl von Einzelsubstanzen umfassen, verbietet. Das betrifft derzeit vor allem synthetische Cannabimimetika und Phenethylamine. (...)

Red: WH

Der Segen der Großeltern

Eine evolutionsbiologische Erfolgsgeschichte

Mutter und Kinder teilen sich bei vielen Primaten die Nahrung. Nur bei den Menschen liefert die Mutter nach Beendigung des Stillens immer noch einen beträchtlichen Anteil der Versorgung. Mütter können die vorhandenen Ressourcen besser nutzen als ihre noch kleinen Kinder. Sie bereiten die Nahrung für ihre Kinder auf und sorgen für eine gesunde Entwicklung. Diese Tätigkeit kann von Frauen in der Menopause, vor allem Großmüttern, die keine eigenen Kinder mehr ernähren müssen, übernommen werden. Sie können dazu beitragen, dass ihre nicht mehr gestillten Enkel und Neffen hinreichend ernährt werden, wenn die Mutter auf Nahrungssuche ist. Eine Kompetenz, die die Natur mit einem langen postreproduktiven Leben belohnt.



Foto: © .shock - Fotolia.com



Dr. Jürgen Hower

Die natürliche Auslese basiert auf den Prinzipien der Arterhaltung, des Überlebens und der Vermehrung. Die natürliche Fruchtbarkeit menschlicher Populationen endet bei einem medianen Wert von 38 Jahren. Die Menopause folgt etwa zehn Jahre später. Selbst in heutigen Jäger-Sammler-Gemeinschaften, die noch nicht von den Segnungen der modernen Medizin profitieren, können Frauen nach der Menopause noch auf ein postreproduktives Leben (PRL) von etwa 20 bis 30 Jahren hoffen. Das Lebensmuster eines frühen Verlustes der Reproduktionsfä-

higkeit mit einer nachfolgenden längeren postreproduktiven Periode der Seneszenz ist evolutionsbiologisch für alle übrigen Primaten und anderen Wirbeltiere ungewöhnlich. Bei den meisten Wirbeltieren folgt auf das Ende der Reproduktionsperiode der baldige Tod. Die Menopause gehört nicht zu ihrem Lebenszyklus.

Menschen und Wale haben einiges gemeinsam

Eine Ausnahme bilden Orcas (*Orcinus orca*, Schwertwale, die größte Walart aus

der Familie der Delfine) und die kurzflössigen Pilot-Wale (*Globicephala macrorhynchus*). Die Fruchtbarkeit der Orcas dauert etwa bis zum Alter von 48 Jahren, sie können aber bis zu 90 Jahre alt werden. Bei den Pilotwalen endet die Fruchtbarkeit mit etwa 36 Jahren, sie können bis zu 65 Jahre alt werden.

Bei den Orcas übernehmen die älteren weiblichen und männlichen Mitglieder im post-reproduktiven Alter die Führerschaft der Gruppe. Sie sichern in schwierigen Zeiten mit ihrer Erfahrung das Überleben der Gruppe und ihres Nachwuchses. Der evolutionsbiologische Wert der Erfahrung älterer Gruppenmitglieder mag einen Selektionsdruck erzeugt haben und vielleicht erklären, warum Orcas und Pilotwale noch lange nach Beendigung ihrer Reproduktionsperiode weiterleben.

Doch warum haben Menschen eine so lange Periode der postreproduktiven Seneszenz? Dies ist eine die Forschung schon lange bewegende Frage. Welchen Einfluss hat das lange postreproduktive Leben auf die Entwicklung von *Homo sapiens* gehabt, und wirkt sich dieser Einfluss noch heute aus? Die anhand von Fossilien gemessene, ansteigende menschliche Lebensdauer der Altsteinzeit-Menschen hat offenbar erst das Überleben einer Großeltern-Generation ermöglicht.

paläolithischen (altsteinzeitlichen) Europäer durch das kontinuierliche Wachsen einer Großeltern-Generation zumindest teilweise getrieben wurde und bis heute andauernde Auswirkungen besitzt. Dieser Entwicklungsschritt hat, wie Archäologen vermuten, auch zur Verdrängung der Neandertaler und weiterer humaner Spezies beigetragen, bei denen nach heutiger Kenntnis kaum jemand älter als 30 Jahre wurde.

Die „Großmutter-Hypothese“

Eine allgemein verlängerte Lebenserwartung trägt zur Ausweitung der gemeinsamen Lebensspanne von Großeltern und Enkelkindern bei. Großeltern teilen ihre Lebenserfahrungen mit ihrer Familie und ihrer erweiterten sozialen Gruppe. Schon in der Altsteinzeit halfen sie dem Nachwuchs zu überleben und ermöglichten so auch ihren Kindern, weiter Nachwuchs zum Erhalt der Gruppe zu zeugen. Sie nahmen an der kooperativen Sorge des Nachwuchses teil und sorgten mit für seine Ernährung. Sie gaben ökologisches und kulturelles Wissen an die nachfolgenden Generationen weiter.

Die großelterlichen Aufgaben erforderten die Aufrechterhaltung der kognitiven Kompetenz, deren Verlust den Wert des Informations-Transfers auf die

eines immunregulatorischen CD33-Rezeptor-Gen-Allels nachweisen, das beim Menschen im Vergleich zum Schimpansen um ein Vielfaches häufiger vorkommt. Dieses Gen scheint, bei den meisten Menschen eine schützende Wirkung auf die Lebensdauer und auf die Kognition in der postreproduktiven Lebensspanne auszuüben.

Großeltern heute: so wichtig wie in der Steinzeit

Auch in einer sich wandelnden, modernen, postindustriellen Gesellschaft spielen Großeltern eine wichtige Rolle bei der Betreuung ihrer Enkelkinder. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass der Prozentsatz großelterlicher Betreuung in den entwickelten Industrieländern ansteigt. In einer zehnjährigen europäischen Studie haben 58 Prozent der Großmütter und 49 Prozent der Großväter im vorangehenden Jahr mindestens einmal bei Abwesenheit der Eltern ihre Enkel im Alter <16 Jahren betreut. In den USA wurde in einer Untersuchung eins von vier Kindern unter fünf Jahren im Vormonat von Großeltern versorgt. In Taiwan stieg der Prozentsatz der Großeltern, die ihre Enkel versorgen, von 7,7 Prozent im Jahr 1993, über 13,6 Prozent im Jahr 1999 auf 19,4 Prozent im Jahr 2007 an.

Aber geht es Kindern, die von Großeltern betreut werden, auch besser? Die Wissenschaft sagt Ja. Und nicht nur die Kinder profitieren. Junge Mütter brauchen ihre Mütter oder Schwiegermütter, wenn sie entbunden haben. Sie geben ihnen Unterstützung und Rat. Kinder- und Jugendärzte schätzen Großmütter als aufmerksame und erfahrene Beobachterinnen ihrer Enkelkinder, die gestresste Eltern beim täglichen „Kinder-Karriere-Klimmzug“ unterstützen und dabei manches gut gemeinte elterliche Fehlverhalten verhindern können.

François Höpflinger hat in einem Bericht für die Konrad-Adenauer-Stiftung (Großelternschaft im Wandel – neue Beziehungsmuster in der modernen Gesellschaft, Juli 2016) die Rolle der Großeltern untersucht. Wenn auch die verschiedenen Generationen (Kinder, Eltern, Großeltern) häufig getrennt leben, sind die Kontakte intensiv, weil sie allen Seiten Vorteile bieten. Meist pflegen vor allem Frauen die verwandtschaftlichen Beziehungen.



Foto: © Tanya Rusanova - Fotolia.com

Dies scheint, einen tiefgreifenden Einfluss auf den Erfolg und die Größe der *Homo-sapiens*-Population genommen zu haben und war mit dem zeitgleichen Auftreten der Kommunikation über Symbole, Sprache und Kunst verbunden.

In der Forschung bestehen heute kaum noch Zweifel, dass die Entwicklung der

nachfolgenden Generationen und die soziale Gruppe und damit deren prähistorisches Überleben gefährdet hätte. Kürzlich konnten zwei Evolutionsbiologen, Ajit Varki und Pascal Gagneux, beim Menschen eine vor der Alzheimer'schen Erkrankung und anderen neurodegenerativen Erkrankungen schützende Form

Die vorhandenen Ergebnisse diverser Untersuchungen zeigen, dass Kinder und Jugendliche ihre Großeltern zu den wichtigsten Bezugspersonen zählen. Kinder erfahren von ihren Großeltern eine geringere existenzielle Abhängigkeit als von ihren eigenen Eltern. Die Großeltern-Enkel-Beziehungen scheinen weniger von Generationenkonflikten belastet zu sein als Eltern-Kind-Beziehungen.

Der Zusammenhang zwischen großelterlicher Kinderbetreuung und großelterlicher Gesundheit ist nicht abschließend geklärt. Manchmal physisch und bei widrigen Umständen auch emotional belastend, mag die Betreuung der Enkel insgesamt trotzdem eine positive Erfahrung sein. Einige Querschnittstudien lassen vermuten, dass Großeltern, die sich gelegentlich um ihre Enkel kümmern,

eher eine bessere physische und emotionale Gesundheit besitzen als solche, die voll in die Betreuung eingespannt sind. Im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern haben in Deutschland Enkel einen eher positiven Einfluss auf die Lebensqualität ihrer Großeltern, was vielleicht auf die gesicherten sozialen und ökonomischen Umstände zurückgeführt werden kann.

Unabhängig von dem evolutionsbiologischen Druck, der zu einer längeren postreproduktiven Lebensspanne geführt hat, scheinen vor allem Großmütter, durch die Unterstützung des Nachwuchses auch an Fitness zu gewinnen, was für Großväter nicht in allen Untersuchungen nachgewiesen werden konnte.

Großelternschaft ist also eine evolutionsbiologische Erfolgsgeschichte.



Foto: © kolinko.tanya - Fotolia.com

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower

45475 Mülheim an der Ruhr

E-Mail: juergen.hower@gmail.com

Red.: ReH

Monika Zilken im Ruhestand

Frau Monika Zilken war seit März 1997 beim BVKJ beschäftigt und hat sich zu unser allem Bedauern zum 31.01.2017 in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet.

Viele unserer Mitglieder kennen Frau Zilken als Fels in der Brandung des Kongressbüros bei zahlreichen Kongressen des BVKJ. Auch bei Hochbetrieb war sie stets freundlich und hatte immer ein offenes Ohr für unsere zahlreichen Kongressbesucherinnen und -besucher. Mit großer Kompetenz war sie fast 20 Jahre die leitende Kraft unserer Kongressabteilung, ein großartiges Organisationsta-

lent und ein sehr kollegialer Umgang mit allen Kolleginnen und Kollegen zeichneten sie aus.

Monika Zilken hinterlässt eine große Lücke im BVKJ. Wir alle, die so viele Jahre mit ihr vertrauensvoll zusammengearbeitet und von ihrer Zuverlässigkeit profitiert haben, wünschen ihr einen erlebnisreichen Ruhestand mit ihren Enkeln und schönen Reisen im Wohnmobil mit ihrem Mann.

Dr. Wolfram Hartmann

Ehrenpräsident



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.

Karl Stiller zum 65. Geburtstag – ein Niedersachse wird Saarländer –

Karl Stiller kam aus Göttingen ins Saarland zum Studium der Humanmedizin. Er merkte rasch, dass das Saarland viel Schönes zu bieten hat. Nicht nur die schöne Landschaft oder das unglaublich vielfältige kulinarische Angebot, geprägt durch die Nähe zu Frankreich, auch eine Saarländerin zog ihn in ihren Bann. Er hat früh eine Familie gegründet und machte das Saarland zu seiner neuen Heimat.

Unsere Wege kreuzten sich erstmals im gemeinsamen Studium an der medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes in Homburg. Nach dem Studium machte Karl Stiller seine Weiterbildung zum Kinderarzt (so hieß es damals noch) bei Prof. Dr. Ulrich Keuth an der Kinderklinik Kohlhof in Neunkirchen und übernahm im April 1987 eine Praxis für Kinderheilkunde in Homburg.

Viele Jahre später trafen wir uns wieder in Saarbrücken beim Stammtisch der Kinder- und Jugendärzte. Der Stammtisch hatte zu dieser Zeit eine Renaissance erfahren und war wieder eine Bühne für regen Austausch aktueller pädiatrischer und berufspolitischer Themen. Offen geführte Diskussionen und die Erkenntnis, dass unsere kleine Fachgruppe etwas tun muss und tun kann, um bei den zunehmenden Problemen im Gesundheitswesen weiter erfolgreich zu bestehen, fielen bei Karl Stiller auf fruchtbaren Boden. Er interessierte sich zunehmend für berufspolitische Belange.

Nur reden, was Karl Stiller ja gut kann, ist nicht seine Art. Er ist auch bereit, etwas zu tun und sich zu engagieren. Demzufolge sagte er im September 2008 zu,

den Vorsitz des Berufsverbandes LV Saarland zu übernehmen, als Dr. Wolfgang Wahlen dieses Amt krankheitshalber akut aufgeben musste. Dass er auf diesem Spielfeld im Saarland nicht alleine war, wusste er aus den letzten Jahren. Er übernahm einen aktiven Landesverband mit vielen engagierten Kollegen und Kolle-



ginnen und hatte die Unterstützung einer starken Fachgruppe im Saarländischen Ärzte-Syndikat.

Berufsverband und Fachgruppe hatten seit mehr als zehn Jahren eine regional erfolgreiche Zusammenarbeit aufgebaut. Diese gut funktionierende Zusammenarbeit führte Karl Stiller weiter. Wir sprachen uns ab, haben „ressourcenschonend“ Aufgaben geteilt und so die Interessen der Kinder- und Jugendärzte im Saarland gemeinsam und erfolgreich vertreten. Unsere Termine z.B. im Ministerium oder bei Krankenkassen waren dank Karl Stiller auch nie langweilig.

Als Landesverbandsvorsitzender ist Karl Stiller auch 1. Delegierter in der DV und Mitglied im Länderrat des BVKJ und vertritt dort unsere saarländischen Interessen.

Sein Autokennzeichen beginnt mit „HOM-ER“. „Das passt ja gut“, war mein

erster Gedanke, als ich dies irgendwann bemerkte. Nie um ein Wort oder um eine Antwort verlegen, war das Amt des Pressesprechers wie geschaffen für ihn. Mehrere Jahre war er in dieser Position für den Berufsverband in Aktion.

Das Vergnügen gute Geschichten von Karl Stiller zu hören, hatten und haben wir immer beim Weihnachtsstammtisch. Dort begann auch die Geschichte des „gallischen Dorfes“, welches Synonym für unseren kleinen Landesverband mit seinen engagierten Kollegen und Kolleginnen und unseren vielfältigen erfolgreichen Aktivitäten wurde.

Karl Stiller ist ein Familienmensch. Vor knapp sechs Jahren wechselte er seinen Wohnort und lebt nun im idyllischen Mandelbachtal. Viel Land und ausreichend Raum bieten ihm hier die Möglichkeit, ein gemeinsames Leben mit der nächsten und übernächsten Generation unter einem Dach zu genießen. Dafür nimmt er gerne täglich einen weiteren Weg zu seiner Praxis in Kauf. Die Fahrerei wird ja bald ein Ende haben, denn so langsam bereitet er seinen beruflichen und berufspolitischen Ausstieg vor.

Lieber Karl, ich werde die gute, vertrauensvolle und verlässliche Zusammenarbeit mit Dir vermissen. Ich danke Dir für interessante und erfolgreiche acht Jahre der berufspolitischen Zusammenarbeit. Wir waren ein gutes Team. Ich wünsche Dir mit Deiner Familie noch viele gemeinsame Jahre und viele schöne Erlebnisse mit Deinen bisher sechs Enkelkindern.

Herzlichen Glückwunsch
zum 65. Geburtstag!

Dr. Sigrîd Bitsch

Vorsitzende der Fachgruppe
im Saarländischen Ärzte-Syndikat
66663 Merzig

E-Mail: si.bitsch@kinderaerzte-im-netz.de

Red.: WH

Asthmaakademie Baden-Württemberg
Neurodermitis Akademie München

**Ausbildung zum Asthma-
und Neurodermitis-Trainer 2017**

Info: www.aabw.de

Laudatio zum 65. Geburtstag für Dr. Bernhard Stier



Dr. Bernhard Stier

Am 24. Februar 2017 feiert Dr. Bernhard Stier an seinem neuen Wohnort in Hamburg den 65. Geburtstag. Dazu gratulieren wir sehr herzlich und wünschen ihm und seiner Familie für den neuen Lebensabschnitt alles Gute.

Bernhard wurde 1952 in Tübingen geboren, nach dem Abitur Studium der Humanmedizin in Hannover, anschließend pädiatrische Facharztausbildung samt Promotion an den Kinderkliniken in Konstanz und Tübingen. 1988 ergänzte er mit seinem großen pädiatrischen Fachwissen eine Gemeinschaftspraxis in Butzbach/Hessen bis zum Ausscheiden im Juni 2016. Seit seiner Niederlassung ist er Mitglied im BVKJ. Er engagierte sich bereits frühzeitig – sowohl berufspolitisch als auch wissenschaftlich pädiatrisch themenbezogen – auf den verschiedensten Gebieten in Hessen und auf Bundesebene.

Einige seiner pädiatrischen Arbeitsschwerpunkte möchte ich – auch aus persönlich gemeinsamen intensiven „alten Zeiten“ – aufzählen, eine erschöpfende Darstellung seiner Aktivitäten würde diesen Rahmen sprengen:

Er übernahm die Funktion eines stellvertretenden Landesdelegierten, später als ordentliches Mitglied der Delegiertenversammlung in Bad Orb und zuletzt bis 2016 den stellvertretenden Landesverbandsvorsitz in Hessen. Im Rahmen des neu geschaffenen Arbeitsfeldes eines „Beauftragten für Jugendmedizin“

leistete er nicht nur in Hessen wichtige Pionierarbeit, sondern auch bundesweit und mit internationaler Vernetzung (z. B. Eu-teach-working-group) durch multiple Verbandsmitgliedschaften, in Organisation oder Mitorganisation von Tagungen/Seminaren und Fortbildungskursen – immer bereitwillig auch als gefragter Referent. Er war Mitglied der „Kommission Jugendmedizin“ der DAKJ, und brachte über Jahre in der sehr rührigen und bis heute unverändert erfolgreichen „AG Jugendmedizin“ mit wechselnder Kollegenunterstützung sowie auch in der „AG Kinder- und Jugendgynäkologie“ eigene Ideen durch sein Fachwissen, Temperament und Durchsetzungsvermögen ein.

1999 leitete er zusammen mit Nikolaus Weissenrieder den 5. Jugendmedizinkongress des BVKJ in Weimar. Er war lange Zeit Mitorganisator der „Hessischen Gesundheitstage“. Von Beginn an galt sein großes Interesse der seinerzeit wissenschaftlich und sozialpädiatrisch „aufkeimenden“ Jugendmedizin mit ihren vielfältigen Problemfeldern wie Pubertätsentwicklung mit geschlechtstypischer Gender-Differenzierung. Er gab Impulse für die in Deutschland noch in den „Kinderschuh“ steckende Jungenmedizin und Jugendgynäkologie. Er machte sich durch ungezählte Vorträge im Rahmen breiter Ärztefortbildung bekannt, war Mitinitiator des bundesweit vorbildhaften Hessischen Präventionsleitfadens „Gewalt gegen Kinder“ – nach der Initiation aus Hamburg. Weitere Schwerpunkte seiner Arbeit waren über Jahre hinweg regionale Projekte wie Arzt-Lehrer-Kooperation, Aufklärung über Medienverhalten von Jugendlichen und er betreute regional verschiedene Präventions- und sozialpädiatrischen Projekte. Ein weiterer Schwerpunkt seines Engagements bestand im Rahmen der Sonographie seine Tätigkeit als DEGUM- Ausbilder und in der Sonographiekommission der KV-Hessen.

Er liebt das gesprochene und das geschriebene Wort. Er ist Autor unzähliger Artikel in diversen Fach- und Laienzeitschriften, bundesweit beachteter Aufklä-

rungsbroschüren („Achte auf Deine Nase“, „Mann-oh-Mann“) sowie von Fachartikeln und Lehrbuchbeiträgen bis hin zur in 2017 erwarteten aktuellen 2. Ausgabe des „Jugendmedizinlehrbuch“ als Co-Autor mit N. Weissenrieder und O. Schwab.

Für seinen vielfältigen unermüdlichen Einsatz erhielt er bereits 2006 die „Bernhard-Christoph-Faustmedaille“ seitens der Staatsministerin Lautenschläger als Würdigung seiner Arbeit für die Gesundheitsförderung in Hessen. Der BVKJ verlieh ihm 2013 die Ehrennadel in Silber.

Bernhard Stier hat sich noch nicht aus der Pädiatrie zurückgezogen. Seit Oktober 2015 ist er „Beauftragter für Jugendmedizin/Jungengesundheit“ für den BVKJ und damit weiterhin aktiv im Geschehen.

Lieber Bernhard, über all die vielen Jahre hat mir sowohl die intensive regional hessische als auch unsere bundesweite Zusammenarbeit mit Dir, Deine Zuverlässigkeit und Zielstrebigkeit, die fachliche Kompetenz, auch die Hartnäckigkeit mit Lust zum Streiten im Sinne der Sache, die Solidarität und der persönliche Respekt – somit unsere gewachsene Freundschaft nicht zuletzt im Hobby der Musik – sehr viel bedeutet. Ich spreche Dir – auch im Namen des gesamten Berufsverbandes – unseren herzlichsten Dank für Dein beispielhaftes und erfolgreiches jahrzehntelanges Engagement in unserer gemeinsam mit vielen aktiven Kolleginnen und Kollegen erkämpften, letztlich staatlich anerkannten „Kinder- und Jugendmedizin“ aus.

Du hast Dir so etwas wie den Ruhestand im Kreise Deiner großen Familie mehr als verdient.

Nimm Dir alle Zeit und Muse für offen gebliebene Lebenswünsche in hoffentlich noch langer und guter Gesundheit.

Korrespondenzadresse:

Dr. Josef Geisz

*Landesverbandsvorsitzender Hessen
BVKJ a. D.*

35576 Wetzlar

E-Mail: Josef.Geisz@t-online.de

Red.: WH

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

März 2017

3.-5. März 2017

23. Kongress für Jugendmedizin in Weimar, Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld, Auskunft: ⑤

11. März 2017

26. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern
Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald / St. Büchner, Güstrow, Auskunft: ①

18. März 2017

Seminar für Medizinische Fachangestellte in Dresden des BVKJ LV Sachsen
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul, Auskunft: ①

April 2017

1. April 2017

Pädiatretreff à la carte & PRAXISfieber-live Regio Kongress – Schnittstelle der Pädiatrie des BVKJ LV Nordrhein und LV Westfalen-Lippe und **9. Kongress PRAXISfieber-Regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Bochum**
Leitung: Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg / Dr. Herbert Schade, Mechernicht / Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim a. d. Ruhr, Auskunft: ④

6.-9. April 2017

Päd-Ass 2017
14. Assistentenkongress des BVKJ in Berlin, Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid / Dr. Dirk Schnabel, Berlin
Auskunft: ⑤

22.-23. April 2017

6. Praxismotivationsworkshop
Auskunft: www.sprung-in-die-praxis.de

Mai 2017

6. Mai 2017

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

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms, Auskunft: ①

19.-20. Mai 2017

27. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen
Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

Juni 2017

23.-25. Juni 2017

47. Kinder- und Jugendärztetag
Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Berlin
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Auskunft: ⑤

23.-25. Juni 2017

12. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin
Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

September 2017

2.-3. September 2017

21. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck des BVKJ LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen
Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Dr. Stefan Renz, Hamburg, Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Dr. Volker Dittmar, Celle, Auskunft: ②

16. September 2017

Jahrestagung des LV Sachsen des BVKJ e.V. in Dresden, Sächsische LÄK
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul
Auskunft: ①

Oktober 2017

5.-8. Oktober 2017

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

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

November 2017

4. November 2017

BVKJ Landesverbandstagung in Verden / Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordensham / Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn
Auskunft: ③

11.-12. November 2017

15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ LV Bayern in Bamberg
Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach / Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

① CCJ GmbH

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

② Schmidt-Römhild

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

③ DI-TEXT

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

④ Interface GmbH & Co. KG

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

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

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

20.11.16

Anlässlich des Weltkindertags 2016 haben Bundestagsabgeordnete parteiübergreifend die Einführung eines Kinderbeauftragten im Bundestag gefordert

Seit mehr als einem Jahr gibt es dazu eine Petition der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: „Leider scheint Interessenpolitik im Sinne der Kinder und Jugendlichen in der Großen Koalition eher zweit-, wenn nicht drittrangig zu sein“, sagte Linken-Politiker Norbert Müller, Vorsitzender der Kinderkommission des Parlaments, der „Bild am Sonntag“. Zuspruch für das Vorhaben kommt auch aus der Unionsfraktion.

„Ein zentraler Ansprechpartner auf Bundesebene mit einer Adresse würde die Rechte von Kindern und Jugendlichen stärken“, sagte Paul Lehrieder (CSU), Vorsitzender des Familienausschusses.

„Das Problem liegt im Detail: Soll dieser ‚Beschwerdeonkel‘ Beamter sein oder ein Parteibuch haben? Welcher Abteilung wird er zugeordnet? Diese Fragen müssten vorab geklärt werden.“ Eckhard Pols (CDU), Mitglied der Kinderkommission, wünscht sich ein Umdenken bei seinen Fraktionskollegen. „Ein Kinderbeauftragter wäre ein starkes Zeichen, dass die Politik die Belange von Kindern auch wirklich ernst nimmt. Ich würde mir wünschen, dass mehr Kollegen aus meiner Fraktion das so sehen würden“, sagte Pols der „Bild am Sonntag“.

Red.: WH

Geburtstage im März 2017

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Sigrid Krebs**, Neuendettelsau, am 03.03.
 Herr Dipl.-Psych. **Christoph Jungjohann**, Freiburg, am 03.03.
 Frau Dr. med. **Dorothea Kussau**, Radevormwald, am 03.03.
 Frau Dipl.-Med. **Eva-Maria Rothe**, Grünhain-Beierfeld, am 03.03.
 Herr **Gerhard Trimpe**, Wallenhorst, am 04.03.
 Frau Dr. med. **Eva Killmann**, Bonn, am 04.03.
 Herr Dipl.-Med. **Klaus-Dieter Otto**, Großschönau, am 04.03.
 Herr Dr. med. **Friedrich Volkmer**, Lörrach, am 05.03.
 Frau Dr. med. **Waltraud Litz-Walter**, Donaueschingen, am 06.03.
 Herr **Gerd Traue**, Bremen, am 11.03.
 Frau Dr. med. **Susanne Heinrich-Weber**, München, am 11.03.
 Frau Dr. med. **Iris Keefer-Hildebrand**, Heitersheim, am 14.03.
 Herr Klaus **Günther Steitz**, Frankfurt, am 15.03.
 Frau Dipl.-Med. **Martina Scheel**, Cottbus, am 16.03.
 Herr Dr. med. **Jürgen Hack**, Hanau, am 16.03.
 Frau Dr. med. **Regine Geiß-Holtorff**, Weilheim, am 18.03.

Frau Dipl.-Med. **Natascha Unfried**, Chemnitz-Grüna, am 19.03.
 Frau Dr. med. **Lisa Feuerstein-Raue**, Frankfurt, am 21.03.
 Frau Dr. med. **Antje Schwabe**, Oldenburg, am 22.03.
 Herr Dr. med. **Rupert Moser**, Schwandorf, am 26.03.
 Frau Dr. med. **Cornelia Hoegen**, Herrsching, am 27.03.
 Herr Dr. med. **Stephan Wand**, Leverkusen, am 30.03.
 Frau **Inge le Claire**, Hamburg, am 30.03.

70. Geburtstag

Herr **Anton Spier**, Bunde, am 04.03.
 Frau Dr. med. **Christine Siebert**, Ilmenau, am 04.03.
 Herr Dr. med. **Thomas Hangen**, Gammelsdorf, am 06.03.
 Herr Dr. med. **Uwe-Jens Trahms**, Bielefeld, am 10.03.
 Herr Dr. med. **Ulrich Langer**, Bad Soden, am 12.03.
 Herr Dr. med. **Thomas Otto**, Köln, am 13.03.
 Frau Dr. med. **Sigrid Perschke**, Wildenfels, am 13.03.
 Frau **Sonja Keßler**, Groß Glienicke, am 20.03.
 Frau Dr. med. **Erika Abczynski**, Dormagen, am 25.03.
 Herr **Milan Adler**, Düsseldorf, am 26.03.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Dagmar Döge**, Dresden, am 01.03.

Herr **Dirk Drescher**, Montabaur, am 03.03.
 Frau Dr. med. **Sabine Gummert**, Oschersleben, am 07.03.
 Frau Dr. med. **Ursula Thoß**, Plauen, am 16.03.
 Herr PD Dr. med. **A. Wahab Behbehani**, Göttingen, am 21.03.
 Herr Dr. med. **Klaus Warringsholz**, Plön, am 22.03.
 Herr Dr. med. **Ekkehard Oswald**, Weyhe, am 24.03.
 Frau Dr. med. **Jutta Storch**, Weinheim, am 25.03.

80. Geburtstag

Herr **Horst Eckhardt**, Görlitz, am 04.03.
 Frau Dr. med. **Rosemarie Klingele**, Dittelbrunn, am 06.03.
 Herr Dr. med. **B. Twan Ting**, Baesweiler, am 10.03.
 Herr Dr. med. **Michael May**, Bamberg, am 13.03.
 Frau SR Dr. med. **Renate Appenfelder**, Dresden, am 13.03.
 Herr Prof. Dr. med. **Volker v. Loewenich**, Frankfurt, am 23.03.
 Herr Dr. med. **Gerhard Kleine-Westhoff**, Paderborn, am 25.03.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. **Erich Thesen**, Trier, am 01.03.
 Herr PD Dr. med.habil. **Wolfgang Kotte**, Radeburg, am 03.03.
 Herr Dr. med. **Paul Ritscher**, Uetersen, am 07.03.

Herr Dr. med. **Horst Penner**,
Staufen, am 09.03.
Herr Dr. med. **Helmut Gramer**,
Bergheim, am 09.03.
Herr Dr. med. **Anatol Kurme**,
Hamburg, am 18.03.
Herr Dr. med. **Hans-Christof
Schoenebeck**, Berlin, am 30.03.
Frau Dr. med. **Irmtraut Käfer**,
Delingsdorf, am 31.03.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. **Olaf Ganssen**,
Velbert, am 08.03.
Frau Dr. med. **Elisabeth Wulff**,
Rostock, am 11.03.
Herr Prof. Dr. med. **Dietrich Feist**,
Ladenburg, am 12.03.
Frau Dr. med. **Renate Franzen**,
Neuss, am 24.03.
Herr Dr. med. **Karl Bauer**,
Böblingen, am 27.03.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. **Edelgard Posern**,
München, am 19.03.
Frau Dr. med. **Helga Jaffe**,
Krefeld, am 20.03.
Herr Dr. med. **Wolfgang Schlieter**,
Sonthofen, am 29.03.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. **Lisette Strnad**,
Griesheim, am 26.03.
Frau Dr. med. **Jutta Ehrengut**,
Hamburg, am 29.03.

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

Herr Dr. med. **Malte Hey**,
Nördlingen, am 05.03.
Herr Prof. Dr. med. **Klemens Stehr**,
Spardorf, am 07.03.
Frau Dr. med. **Irmgard Krause**,
Löwenstein, am 15.03.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. **Elisabeth Gercke-
Huntemann**, Essen, am 20.03.

91. Geburtstag

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

92. Geburtstag

Herr Dr. med. **Friedrich Kayser**,
Oldenburg, am 27.03.
Frau Dr. med. **Gertrud Merz**,
Engelskirchen, am 03.03.

93. Geburtstag

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

95. Geburtstag

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

97. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Dr. **Friedrich Bettecken**, Villingen-Schwenningen
Frau Dr. **Marianne Bothner**, Stuttgart
Frau Dr. **Margret Niemann**, Aachen
Herrn Dr. **Gerhard Grundherr**, Schnaitsee
Herrn Dr. **Gernot von Pelchrzim**, Wangen im Allgäu

In den Monaten November und Dezember durften wir 48 neue Mitglieder begrüßen. Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen



Baden-Württemberg

Frau **Tatjana Brozio**
Herrn Dr. med. **Richard Nissel**



Bayern

Frau **Susanne Aydin**
Herrn Dr. med. **Marcus R. Benz**
Herrn Dr. med.
Christoph Gerdemann
Frau Dr. med. **Lyn Kohl**
Dr. med. **Michael Seybold**
Frau Dr. med.
Ursula Tchassem Tagny



Bremen

Frau Dr. med. **Andrea Bade**



Hamburg

Frau Dr. med.
Maite Hartwig



Niedersachsen

Frau Dr. med. **Anke Vahldiek**



Nordrhein

Frau Dr. med.
Antje Katrin Erencin
Herrn **Janosch Ihnenfeldt**
Frau Dr. med. **Gila Jülicher**



Sachsen

Frau **Birgit Rasch**



Schleswig-Holstein

Herrn Dr. med. **Stefan Nissen**



Westfalen-Lippe

Herrn **Mosaab Barbash**
Frau Dr. med. **Vanessa Maldera**
Herrn Dr. med. **Jürgen Philipp**
Herrn Dr. med. **Carsten Scholz**
Herrn **Julius Wiese**

Hustenslinderung bei kleinen Kindern muss sicher sein

Ist der Husten gefährlich oder harmlos? // Insbesondere nächtlicher Husten ist der häufigste Grund, weshalb Eltern mit ihrem Kind in die Praxis kommen. Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes ist es, jene Kinder zu identifizieren, bei denen eine eingehendere Diagnostik sowie gegebenenfalls eine therapeutische Intervention erforderlich ist. Darüber hinaus erwarten Eltern auch Empfehlungen, die der Symptomlinderung dienen. Vielfach bewährt haben sich homöopathische Präparate.

Angaben der Eltern oft ungenau

Die Aussagen von Eltern über Schwere und Häufigkeit des Hustens sind oftmals ungenau, berichtete Christopher Schäfer, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Itzehoe und Brunsbüttel, bei einer Fortbildungsveranstaltung des bvkJ, Landesverband Berlin. So hängt die Beurteilung des Hustens unter anderem von der Ängstlichkeit der Eltern, von den Auswirkungen auf den eigenen Schlaf, aber auch von der Zahl der Geschwister ab.

Antitussiva und Expektorantien in der Regel verzichtbar

Zu den von Eltern häufig verwendeten OTC-Präparaten gegen Husten gibt es keine validen Ergebnisse aus kontrollierten, randomisierten Studien hinsichtlich der Verringerung des Schweregrades des Hustens oder der Verkürzung der Hustendauer, berichtete Schäfer. Andererseits, so der Pädiater, gibt es jedoch vermehrt Hinweise zu gefährlichen bzw. tödlichen Nebenwirkungen bei kleinen Kindern und Säuglingen als Folge von Überdosierung oder falscher Anwendung.

Schnelle Symptombesserung

In mehreren Studien wurde die Wirksamkeit von homöopathischer gegenüber konventioneller Therapie bei akuten Atemwegsinfekten verglichen. Dabei zeigten sich keine Unterschiede in den Endpunkten komplette Erholung/wesentliche Besserung nach 14 Tagen. Allerdings kam es in der Homöopathie-Gruppe sowohl bei Kindern wie auch bei Erwachsenen nach sieben Tagen zu einer schnelleren Symptombesserung, berichtete Schäfer.

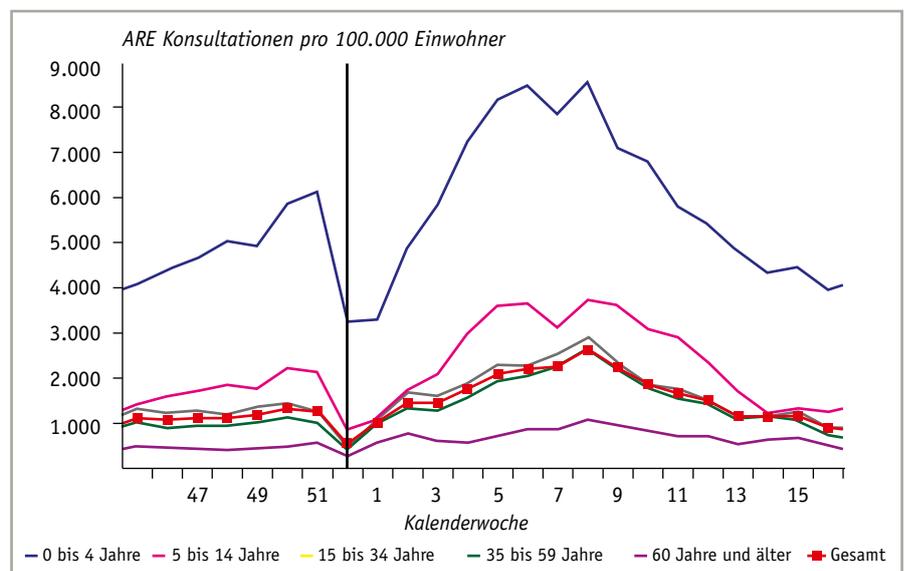


Abb. 1: Kinder sind Hauptüberträger der Influenza innerhalb von Familie, Schule und Kita; Quelle: Robert Koch Institut „Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2012/13“, S. 32, adaptiert nach Schäfer

Kinder sind die „Turbolader“ der Influenza

An der saisonalen Influenza mit ihrem sehr variablen Krankheitsverlauf bei Patienten jeden Alters erkranken jedes Jahr während der kalten Jahreszeit zwischen fünf und 20 Prozent der Bevölkerung. Kinder sind dabei innerhalb der Familie, der Schule und in den Kitas die Hauptüberträger („Turbolader“), unterstrich Schäfer. Das Problem: Je jünger die Kinder, desto unschärfer das Krankheitsbild.

Seit Jahren empfiehlt die WHO die Influenza-Regelimpfung bei Kindern. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass immer häufiger schon Ein- bis Dreijährige in Kitas aufgenommen werden, sollten die Eltern über das dadurch steigende Expositions- und Erkrankungsrisiko aufgeklärt werden, empfahl Schäfer.

Die normale Erkältung mit Husten, Schnupfen und Halsschmerzen ist bei Kindern keine Seltenheit. Bronchobini[®], zugelassen für Babys ab sechs Monaten, vereint die antitussive und expektorierende Wirkung in einem Präparat, lindert die Entzündung der Atemwege und unterstützt die Ausheilung des Infektes. Das natürliche Arzneimittel Bronchobini[®] von Heel kann auch begleitend zur Antibiotika-Therapie gegeben werden.

Quelle: Symposium „Influenza, grippaler Infekt und Husten“ im Rahmen der 7. Pädiatrie zum Anfassen am 3. Dezember 2016 in Berlin

Nach Informationen von Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden

Erhöhte FSME-Fallzahlen in 2016 – Relevanz der Impfung oft unterschätzt

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) // Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch Zecken übertragene Erkrankung, die schwerwiegende Folgen nach sich ziehen kann. Ausgelöst werden kann die Infektionskrankheit durch das FSME-Virus; Menschen infizieren sich meist beim Stich einer FSME-infizierten Zecke.

In Deutschland besteht das höchste Infektionsrisiko in den FSME-Risikogebieten, darunter Baden-Württemberg, Bayern, Südhessen, der Südosten Thüringens, in Mittelhessen, im Saarland, in Rheinland-Pfalz und Sachsen¹. Trotz der Verfügbarkeit gut verträglicher Impfstoffe wie FSME-IMMUN Erwachsene² und FSME-IMMUN 0,25 ml Junior³ sind die FSME-Impfquoten bei Schulanfängern in den vier Bundesländern mit den meisten Risikogebieten seit 2009/2010 fast überall rückläufig¹. FSME-Fallzahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) legen nahe, dass im Jahr 2016 die Gesamtzahl an FSME-Fällen in Deutschland im Vergleich zu 2015 deutlich höher sein wird – bis Ende September 2016 wurde bereits eine Steigerung der Fallzahlen um circa 70 Prozent ermittelt⁴. Einem solchen Anstieg könnte entgegen gewirkt werden, wenn sich mehr Menschen gegen FSME impfen lassen würden¹.

Das Risiko für eine FSME-Infektion ist in der Zeckensaison (März bis Oktober), wenn die Zecken besonders aktiv sind, am höchsten. Denn die Aktivität der Zecke steigt mit den Temperaturen. Allerdings besteht auch in den kühleren Monaten ein Infektionsrisiko. Wenn milde Temperaturen herrschen, können Zecken auch ganzjährig aktiv sein^{5,6}. Da für die FSME keine spezifische Therapie existiert, wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI für alle Personen, die in FSME-Risikogebieten zeckenexponiert sind, eine FSME-Impfung empfohlen. Darunter fallen alle, die in FSME-Risikogebieten wohnen, dort arbeiten oder dorthin reisen¹. Epidemiologische Studien zeigen, dass über 90 Prozent der Infektionen während der Freizeit erworben werden⁶.

Mit der Grundimmunisierung im Winter beginnen

Um zu gewährleisten, dass vor Beginn der nächsten Zeckensaison ein

Impfschutz besteht, sollte spätestens im Winter mit der Grundimmunisierung begonnen bzw. an eventuell nötige Auffrischimpfungen gedacht werden. Wie viele FSME-Fälle pro Jahr in Deutschland auftreten wird durch das RKI ermittelt^{1,6}. Bis zur 35. Kalenderwoche 2016 wurden 281 FSME-Fälle gemeldet – dies stellt einen Anstieg von 71 Prozent im Vergleich zum Vorjahr dar (164 Fälle bis zur 35. Kalenderwoche 2015)⁴. Daher wird für das Jahr 2016 eine höhere Gesamtfallzahl erwartet als 2015.

Aktuell sind 146 Kreise als FSME-Risikogebiete definiert. Gerade in diesem Jahr aber wurden in fast allen Bundesländern vereinzelt FSME-Fälle beobachtet, sodass besonders während der Zeckensaison bei entsprechender Symptomatik an FSME gedacht werden sollte¹.

Durch Steigerung der Impfquoten könnten FSME-Fälle verhindert werden

Seit circa 2009/2010 stagnieren allerdings die FSME-Impfquoten in den FSME-Risikogebieten oder nehmen sogar ab¹. Das RKI weist darauf hin, dass ein hoher Anteil der auftretenden FSME-Erkrankungen durch eine Steigerung der Impfquoten insbesondere in Risikogebieten mit besonders hoher FSME-Inzidenz verhindert werden könnte¹. Daher empfiehlt das RKI, dass insbesondere in Kreisen mit besonders hoher FSME-Krankheitslast verstärkt über den Nutzen einer FSME-Impfung aufgeklärt werden sollte, um höhere Impfquoten zu erreichen¹.

Gerade im Hinblick auf die mitunter schwerwiegenden Folgen der FSME wird die Relevanz der FSME-Schutzimpfung deutlich. Je nach Verlaufsform kann es zu Bewusstseinsstörungen, Schluck- und Sprechstörungen, Lähmungen der Gesichtsmuskulatur, Atemläh-

mungen oder Lähmungen von Extremitäten kommen⁶. Das Risiko einer Schädigung des Gehirns und des Rückenmarks steigt mit zunehmendem Alter⁷.

Daher sollten entsprechend der STIKO-Empfehlung alle Personen, die einem FSME-Infektionsrisiko ausgesetzt sind, präventiv geimpft werden. Beim Einsatz von zum Beispiel FSME-IMMUN^{2,3} werden zur Grundimmunisierung drei Dosen empfohlen. Nach der ersten Dosis, die zu einem beliebigen Zeitpunkt erfolgen kann, wird die zweite Dosis ein bis drei Monate nach der ersten Impfung und die dritte Dosis fünf bis zwölf Monate nach der zweiten Impfung empfohlen. Die erste Auffrischimpfung sollte drei Jahre nach der dritten Impfung erfolgen, weitere Auffrischimpfungen alle fünf Jahre^{2,3}. Sollte ein kurzfristiger Aufbau des Impfschutzes nötig sein, kann auch eine Schnellimmunisierung durchgeführt werden, bei der die zweite Impfung bereits nach 14 Tagen erfolgt. Die Zeitpunkte für alle darauffolgenden Dosen entsprechen dem normalen Impfschema^{2,3}.

Quellen

- 1 Robert Koch-Institut: FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: Mai 2016). *Epid Bull.* 2016; 18: 151-162.
- 2 Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene®, Stand: Juli 2016.
- 3 Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior®, Stand: Juli 2016.
- 4 SurvStat@RKI 2.0. Datum der Abfrage: 22. September, 2016.
- 5 Gray JS et al. *Interdiscip Perspect Infect Dis.* 2009; 2009:593232.
- 6 Kaiser R et al. S1-Leitlinie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). AWMF-Registernummer: 030/035. Abrufbar unter: http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/030035_LL_FSME_2016.pdf. Letzter Zugriff: 21.10.2016.
- 7 Kaiser R: *Infect Dis Clin North Am* 2008; 22: 561-575.

**Nach Informationen von
Pfizer Deutschland GmbH, Berlin**

SpiroSense® – kombinierte Spirometrie aus Praxis- und Patientengerät

SpiroSense® ist innovative System-Spirometrie bestehend aus Praxisgerät und mobilem Patientengerät: // Das SpiroSensePro für den Arzt ist ein professionelles PC-Spirometer – konsequent auf eine intuitive Bedienung ausgerichtet und dank automatischer Kalibrierung sofort einsatzbereit.

In Kombination mit einem Spirometrie-Spiel, das sowohl das Inspirations- als auch das Expirationsmanöver visualisiert, unterstützt es Betreuer und Anwender darin, ein vollständiges Atemmanöver einfach und korrekt durchzuführen. Dieses pfiffige Lernspiel sorgt insbesondere bei den kleinen Patienten dafür, dass die Funktionsmessung nicht nur mehr Spaß macht, sondern erstmals die Durchführung eines korrekten Ein- und Ausatemmanövers im Spielverlauf abgebildet und dadurch trainiert wird.¹

Weiterhin kommt in der pädiatrischen Pneumologie zusätzlich zum Tragen, dass die neu eingesetzte Hitzedraht-Messtechnik auch niedrige Atemflüsse besonders akkurat erfasst.²

Das **mySpiroSense** unterstützt als **mobiles Patientenspirometer** für die schnelle und einfache Messung zu Hause die Momentaufnahme der Praxismessung durch kontinuierliches Home-Monitoring. Dabei setzt es auf die gleiche zuverlässige und exakte Messtechnik wie das profes-

sionelle PC-Spirometer SpiroSensePro. Dank Batteriebetrieb und automatischer Kalibrierung kann das Gerät auch unterwegs überall sofort und ohne weitere Hilfsmittel eingesetzt werden.

Die integrierte Ampelfunktion gibt dem Nutzer eine unmittelbare Rückmeldung zum Messergebnis.

Das **mySpiroSense** ermöglicht eine vollständige Lungenfunktionsmessung durch den Patienten. Alle Messergebnisse werden inkl. der Fluss-Volumen-Kurve im elektronischen Tagebuch gespeichert und können beim Arzt automatisiert ausgelesen und mit den Messwerten aus der Praxis verglichen werden. Dies ermöglicht eine engmaschige und individuell optimierte Überwachung der Lungenfunktion, so dass nicht nur die Diagnosestellung, sondern auch die Therapieeinstellung, -optimierung und -adhärenz profitiert.

Weitere Information finden Sie unter www.pari.com/spirometer, oder besuchen Sie PARI auf dem GPP.



Literaturnachweise

- * GLI = Global Lung Function Initiative
1. Dormeyer, C. et al 2014, Allergologie, 37(4), 161.
 2. Friedrich P., Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, Fakultät Elektrotechnik, interner Bericht 2014.

Nach Informationen von
Pari GmbH, Starnberg

Wirklich groß ist, gemeinsam für die Kleinsten zu kämpfen

Die Initiative „Kämpferherzchen“ wurde im Oktober 2016 mit dem Ziel ins Leben gerufen, Eltern von Frühgeborenen zu unterstützen. So wird im Rahmen der Initiative die Hotline des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e. V. gefördert. Durch die Förderung ist die Hotline nun kostenlos an fünf Tagen in der Woche erreichbar.

In Deutschland kommt eines von zehn Babys unerwartet zu früh auf die Welt. Dank der ausgereiften Intensivmedizin in den neonatologischen Geburtsklini-

ken erhalten die Frühgeborenen die bestmögliche Versorgung. Doch nicht nur



die Frühchen, sondern auch ihre Eltern benötigen umfassende Unterstützung. Der Bundesverband „Das frühgeborene

Kind“ e. V. ist die zentrale Anlaufstelle für Frühcheneltern und steht diesen mit einer kostenlosen Hotline zur Seite. Über die Hotline geben erfahrene Frühcheneltern frischebackenen Frühcheneltern den Rat und die Hilfestellung, die sie dringend benötigen. Die Initiative „Kämpferherzchen“ unterstützt den Bundesverband, damit dieser sein telefonisches Beratungsangebot von zwei auf fünf Tage erweitern und kostenlos anbieten kann. Das Engagement startete am 1. Oktober 2016 und ist langfristig auf drei Jahre angelegt.

Nach Informationen von
Milupa Nutricia GmbH, Bad Homburg

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-13

armin.woelbeling@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit- gliederservice/Organisation:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Gremien/Funktionsträger

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Fortbildung/Veranstaltungen:

Monika Kraushaar

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

Politische Referentin des BVKJ in Berlin:

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.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