

# KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 05/19  
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



#### **Berufsfragen**

Auswirkungen des TSVG  
auf die pädiatrische Praxis

#### **Fortbildung**

Cave Mangelernährung

#### **Forum**

Prof. Dr. Schmid  
geht in den Ruhestand

#### **Magazin**

Als Weiterbildungs-  
assistentin in  
Entwicklungsländern

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

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

## INHALT 05 | 2019

### Editorial

Thomas Fischbach 223

### Berufsfragen

Das TSVG und das Honorar // Reinhard Bartzky 224

Molaren-Inzisoren-Hypomineralisation // Karl Ernst von Mühlendahl 228

Impressum 229

Ärztstatistik Kinder- und Jugendmedizin // Wolfram Hartmann 230

Strafrechtliche Basics für den Kinder- und Jugendarzt, 2. Teil // Andreas Meschke 234

Sprung in die Praxis // Steffen Lüder 236

Merkblätter „Seelisch – gesund – aufwachsen“ // Sigrid Peter 239

### Fortbildung

Vegetarische oder vegane Ernährung in der Kindheit // Ute Alexy, Markus Keller, Simon Straub 240

Die Tuberöse Sklerose // Timo Roser, Michaela V. Bonfert, Ingo Borggräfe 246

Highlights aus Bad Orb: Wie geht es unseren chronisch kranken Kindern? // Raimund Schmid 250

Welche Diagnose wird gestellt? // Dörte Petersen 253

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 257

consilium: Ibuprofen-Allergie // Lars Lange 260

### Forum

Acht Fragen an...Andreas Plate // Regine Hauch 262

Prof. Ronald Schmid als Kongressleiter verabschiedet // Thomas Fischbach 263

Wohin mit dem Geld? // Tilo Croonenberg 264

Kindesmissbrauch in Deutschland // Wolfram Hartmann 266

Jedes vierte Kind in Bayern ist chronisch krank // Regine Hauch 268

Kongressbericht der 24. Jahrestagung der GAIMH // Petra Kapaun 270

Arztbefragung 2019 // Regine Hauch 271

Päd-Ass 2019 // Sebastian Bartels 271

49. Herbstseminarkongress Bad Orb // Klaus-Michael Keller 272

Preis für exzellente Weiterbildung // Sebastian Bartels 275

Mediziner über Erziehungsfehler // Regine Hauch 277



**Menstruationsbinden – Schlüssel für Bildung von Mädchen und Frauen in Äthiopien**

S. 279

### Magazin

Menstruationsbinden – Schlüssel für Bildung in Äthiopien // Alisa Thierij 279

Buchtipp 281

Pädindex 285

### Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 282

Wahlaufruf 283

Fortbildungstermine des BVKJ 284

**Nachrichten aus der Industrie** 286

Wichtige Adressen des BVKJ 291

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

**Titelbild:** © MNStudio – stock.adobe.com

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe ist in Teilen das Programmheft für die Pädiatrie zum Anfassen in Ulm beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

# Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen



**Dr. med. Thomas Fischbach**

Die Teilnahme an der Telematikinfrastruktur (TI) ist gesetzlich vorgeschrieben. Wer seine Praxis nicht bis Ende März an die TI anschließt bzw. bis dahin nicht wenigstens TI-Komponenten bestellt hat, dem wird das Honorar ab dem 1. Juli 2019 – rückwirkend ab 1. Januar 2019 – solange um ein Prozent gekürzt, bis die Praxis an die TI angeschlossen ist und der VSD-Abgleich durchgeführt wird.

In den letzten Wochen schlug die Empörung über diese Regelung hohe Wellen unter den BVKJ-Mitgliedern. Der BVKJ solle doch auf dem Klageweg diejenigen vor der Honorarkürzung schützen, die immer noch keine TI haben. Wir haben diese Möglichkeit von unseren Justitiaren prüfen lassen. Eine Musterfeststellungsklage des BVKJ kommt demnach nicht in Betracht. Denn eine solche ist nur vor den Zivilgerichten zulässig,

nicht aber vor den Sozialgerichten, die bei Streitigkeiten über Honorarkürzungen zuständig sind. Der BVKJ selbst wäre ohnehin nicht klagebefugt, da er durch die Honorarkürzung nicht in eigenen Rechten verletzt wird.

Und als Vertragsarzt gegen die gesetzliche Verpflichtung zur TI-Einführung klagen? Geht auch nicht. Natürliche Personen sind generell nicht befugt, sogenannte abstrakte oder konkrete Normenkontrollen (beim Bundesverfassungsgericht) zu beantragen.

Sie können aber, sobald Sie den Honorarkürzungsbescheid haben, Widerspruch gegen diesen einlegen, sich – wenn nötig – durch die Instanzen der Sozialgerichte klagen und zuletzt eventuell sogar Verfassungsbeschwerden einlegen.

Den Widerspruch gegen den Verwaltungsakt der Honorarkürzung müssten Sie innerhalb eines Monats seit Bekanntgabe einlegen, er hat aber keine aufschiebende Wirkung. Ihr Honorar wird trotzdem einbehalten (möglicher Ausnahmefall: Existenzbedrohung).

Das Ganze ist auch sehr aufwändig: Jeder Bescheid in jedem gesonderten Quartal, der die Kürzung enthält, muss gesondert mit einem eigenständigen Widerspruch angefochten werden.

Nur wenn eine KV allgemein für ihren Mitgliederkreis ankündigt, dass Honorarbescheide aufgrund laufender Musterverfahren nicht einzeln angegriffen werden müssten, kann von weiteren Widersprüchen abgesehen werden. Der Medi-Verband propagiert den Versuch eines Musterwiderspruchs- und -klageverfah-

rens unter Einbezug materiell-rechtlicher Erwägungen.

Hierauf kann man sich in jedem Widerspruch beziehen. Es besteht allerdings das Risiko, zeitnah mit ablehnenden Widerspruchsbescheiden konfrontiert zu werden, die dann – für jedes angegriffene Quartal – zur Erhebung einer Klage zwingen, wenn man die Ablehnungen nicht akzeptieren will. Hiermit ist jedes Mal dann auch ein individuelles Kostenrisiko verbunden.

Wie sinnvoll ist der Widerspruch gegen die Honorarkürzung?

Im Einzelfall könnten Sie lediglich Erfolg mit dem Nachweis haben, dass Ihnen aufgrund von Krankheit, Problemen mit dem Software-Haus, Beeinträchtigungen der konkreten Funktionsfähigkeit durch Abstürze o.ä. die fristgemäße Einführung der TI nicht möglich war. In einem solchen Einzelfall könnte die Honorarkürzung unverhältnismäßig und damit unzulässig sein.

Alles in Allem bleibt mir nur, Ihnen zu raten: erfüllen Sie bitte im eigenen Interesse – soweit noch nicht erfolgt – schnellstmöglich die Voraussetzungen für die Teilnahme an der TI. Wir wissen aus unserer eigenen Praxis und von vielen Kolleginnen und Kollegen: die TI-Einführung geht überraschend schnell und ist einfacher zu bewerkstelligen als viele von Ihnen befürchten.

*Ihr*

*Dr. Thomas Fischbach*  
*BVKJ-Präsident*

## 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**



## Der Honorarausschuss informiert

# Das TSVG und das Honorar

Am 14.03.2019 hat der Deutsche Bundestag mit den Stimmen der Koalition das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet; mit diesem Gesetz werden weit über hundert Sachverhalte neu geregelt. Für Minister Spahn ging es um: „schneller, besser, digitaler“. KBV-Vorstand Dr. Gassen meint: „Licht und Schatten liegen eng beisammen“. Aber was bedeutet das TSVG für uns niedergelassene Kinder- und Jugendärzte? In dieser ersten Sichtung (Stand bei Drucklegung: Anfang April '19) sollen die Auswirkungen auf unser Honorar diskutiert werden.



Dr. med. Reinhard Bartzeky

### TSVG – was haben wir erreicht?

Keine andere politische Maßnahme im letzten Jahrzehnt hat zu derart vielen Kontakten von Vertretern des BVKJ mit der Politik geführt. Nach der Briefaktion an Bundestagsabgeordnete von Verbandsfunktionären wie Mitgliedern kam es zu etlichen Gesprächen in Berlin und den Wahlkreisen.

Die von uns als „unsere Arbeit nicht Wert-schätzend“ empfundene Heraufsetzung der Mindestsprechstundenzahl blieb **unverändert bei 25 Sprechstunden pro Woche**, wobei sich SPD und CDU gegenseitig den schwarzen Peter in die Schuhe schoben, wer für diese Regelung verantwortlich sei. Treffen tut es am meisten die Psychotherapeuten. Die fünf offenen Sprechstunden pro Woche bleiben uns Vertretern im hausärztlichen Versorgungsbereich nun zum Glück erspart.

Als Erfolg unserer gemeinsamen Anstrengungen sollten wir folgende zwei

Punkte werten: In allen Einzelgesetzen des TSVG wurde der **Terminus „Kinderarzt“** durch **„Kinder- und Jugendarzt“** ersetzt. Und dann: **Aufhebung der vorübergehenden Aussetzung der Bedarfsplanung**. Was das bedeutet? Das von Minister Spahn beabsichtigte ungesteuerte vorübergehende Öffnen der Schleusentore, was mit Sicherheit nur Neuzulassungen in bereits gut versorgten Gebieten um die großen Kliniken herum bedeutet hätte, konnte verhindert werden. Der Preis dafür lautet: Nun doch schnell eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zum 1.7.2019.

### Bedarfsplanung zum 1.7.19 – was ist da zu erwarten?

Über Jahre war ein millionenschweres Gutachten zur Bedarfsplanung mehrfach ausgeschrieben, verfasst und zuletzt interpretiert worden. Steuerung der Patientenversorgung über Autominuten – das war die lang ersehnte Antwort. Auf die entscheidenden Fragen aus pädiatrischer Sicht sind keine Antworten gefunden worden:

- wie viele Patienten benötigen einen Kinder- und Jugendarzt?
- wie groß ist darin der Anteil an Schwerpunktpädiatrie (fachärztliche Leistungen)?
- wie werden wir dem Umstand „Pädiatrie ist inzwischen überwiegend weiblich“ gerecht?

So wundert es nicht zu erfahren, dass benanntes Gutachten zur Neustrukturierung der Bedarfsplanung in der Kinder- und Jugendmedizin wohl nicht herange-

zogen wird (Stand Anfang April 2019). Die vor allem von Regionalpolitikern verfolgte Beplanung der Mittelbereichsebene wird es nicht geben, sie hätte nicht zu einem gesteuerten Zuwachs von Zulassungen geführt, außerdem würde die Zahl von Ärzten oberhalb der 140%-Grenze und der Pädiater in gesperrten Gebieten steigen. Dem Vernehmen nach wird die neue Bedarfsplanung in der Pädiatrie wieder eine Fortentwicklung der alten Beplanungsräume sein. Politisch wird ein Kompromiss gefunden werden müssen zwischen der „Null neue Sitze – Position“ der Krankenkassenseite und den rechnerisch im Gutachten nach dem Gravitationsmodell ermittelten etwa 1.000 Stellen für die Pädiatrie.

Noch einmal deutlich: Die Tatsache, dass die Bedarfsplanung zum 1.7. kommt hat uns das „Spahn'sche Schleusen-der-Niederlassung-Öffnen“ erspart.

**Aber:** Mit eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie (das ist unser Preis) geht keine Gegenfinanzierung einher! Freuen können sich Pädiater in den KVen, in denen ohnehin die Leistungen voll ausgezahlt werden (Beispiele: Bayern und Baden-Württemberg). Besonders deutlich mitfinanzieren werden unsere Kollegen die neu zu schaffenden Sitze in den KVen, in denen die Pädiater einen eigenen Honorartopf haben und dieser ein sich nicht aktualisierendes Aufsatzjahr besitzt.

Mit einem Beschluss im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ist Mitte/Ende Mai '19 zu rechnen – bei Nichtbeanstandung durch das BMG würde selbiger Beschluss dann sechs Wochen später Wirklichkeit werden.

**Tab. 1:** Zuschläge zur Versichertenpauschale

TSS-Fälle	extrabudgetär	Ab Ende April 2019
Zuschläge für Akutermine und Kinder-Us	20% auf VP, wenn Termin innerhalb 15 bis 35 Tagen 30% auf VP, wenn Termin innerhalb 9 bis 14 Tagen 50% auf VP, wenn Termin innerhalb von 8 Tagen 50% auf VP, wenn Termin 24 Std. nach medizinischem Ersteinschätzungsverfahren	Ab 1. August 2019

## TSVG – wofür gibt's Geld?

Bereits Ende April, also mit Inkrafttreten des TSVG, sollen folgende patientenfreundliche Regelungen auch für die Pädiatrie gelten:

1. **Vermittlung von Terminen bei Kinder- und Jugendärzten,**
2. **Vermittlung von Terminen für Gesundheitsuntersuchungen (also auch die Kinder-U's),**
3. **Unterstützung bei der Suche nach einem Kinder- und Jugendarzt.**

Wie das in den einzelnen KVen umgesetzt werden soll, ist gegenwärtig noch offen. In Zukunft werden nach dem Wunsch des Gesetzes dabei die Termin-Service-Stellen (TSS) eine besondere Rolle spielen. Wir werden dann Patienten in unsere Sprechstunden vermittelt bekommen, für die extra Termine freigehalten werden, die letztendlich gar nicht erscheinen. Wenn an diesen TSS etwas Positives dran ist, dann der Umstand, dass die Steuerung der Terminstellen in die Hände der KVen gelegt ist – es hätte durchaus schlimmer kommen können, wenn die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Herrin über die 116117 geworden wäre.

## Neues Geld mit Tücken

Alle **TSS-Vermittlungsfälle** (alle Leistungen im Behandlungsfall) werden für die ausführenden Vertragsärzte **extrabudgetär vergütet** werden (gilt ab Ende April '19). Darüber hinaus wird es **Zuschläge zur Versichertenpauschale** in Abhängig-

keit von der Zeitnähe des Termins geben (gilt erst ab 1. August '19) [s. Tab. 1].

Für eine **Terminvermittlung durch einen Hausarzt** soll es ab dem 1. August **10 Euro** für den vermittelnden Arzt geben und der annehmende Kollege erhält seine Leistungen extrabudgetär. Ob dies auch für den Sonderfall Schwerpunktpädiatrie gelten wird, ist abzuwarten, der BVKJ hat dies bereits bei den Vertragsparteien eingefordert.

Bereits vor zwei Quartalen ist in Ihrer Praxissoftware die Möglichkeit einen Schein als TSS-Schein zu markieren programmiert worden. Dies ist der Weg, über den die extrabudgetäre Vergütung erfasst werden soll. Und genau darin liegt ein nicht unerhebliches Problem! **Werden alle Leistungen eines Behandlungsfalls extrabudgetär vergütet, schwindet das Merkmal eines RLV-Falles.** Das wird im ungünstigsten Fall bedeuten, dass es im Folgequartal einen RLV-Fall weniger gibt, falls die KVen sich hier nicht eine kulantere Regelung einfallen lassen. Der kleine TSS-Bonus wäre dann im Nu weg. Und TSS-Fälle anzunehmen, würde sich (wenn überhaupt) nur für die Kollegen mit großem Reststreifen (nicht vergüteten Leistungen) rechnen. Eine Regelung wäre über eine Änderung des Bundesmantelvertrages möglich; hier sollten Sie wachsam sein.

Auch für sogenannte „**Neue Patienten**“ soll es Geld geben. Als Neuer Patient wird gelten, wer seit zwei Jahren erstmals in der Praxis erscheint. Die extrabudgetäre Vergütung des Behandlungsfalls wird aber nur für vom Bewertungsausschuss (BA) noch zu benennende Fachgruppen

gelten – ob wir dabei seien werden? – vollkommen unklar.

## ... die Weiterbildungsförderung:

Die **Anzahl der geförderten Weiterbildungsstellen für grundversorgende Fachärzte** wird bundesweit **von 1.000 auf 2.000 angehoben**. Kinder- und Jugendärzte sind als einzige Fachgruppe diesmal explizit im Gesetz genannt.

## Cui bono?

Offen bleibt die Frage, wem nützt das alles. In erster Linie der Politik, die sich als handlungsstark profilieren kann. Verlieren werden Ärzte, die Patienten intensiv betreuen, und bereits jetzt im Prinzip so ausgelastet sind, dass sie keine TSS-Fälle annehmen wollen oder können. Ob Ärzte, die den Turbo anschmeißen und Menge machen, wirklich zu den Gewinnern zählen, bleibt abzuwarten. Ist es das, was wir wollen? Ein erster Einstieg in die extrabudgetäre Vergütung ist anerkennenswert, wir hätten uns selbigen aber ohne Haken und Ösen gewünscht. Dass die Patientenversorgung besser wird, wage ich bei vielen Einzelmaßnahmen, wie der Schaufensterpolitik der Erhöhung der Praxisstunden, zu bezweifeln.

## Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH

# Molaren-Inzisoren-Hypomineralisation (MIH)

Die MIH ist eine Störung der Zahnschmelz-Entwicklung mit Krankheitswert und einer hohen Prävalenz. In der Regel sind Schneidezähne und die bleibenden ersten Molaren betroffen, deren Schmelzentwicklung in die ersten fünf Lebensmonate fällt. Das lässt an ein zeitlich begrenztes „Fenster“ besonderer Empfindlichkeit denken und an Einflüsse, die gerade zu dieser Zeit wirksam werden.

Oft wird eine MIH im Alter von sechs bis acht Jahren erstmals diagnostiziert, wenn die ersten Molaren und die Schneidezähne sichtbar sind. Die betroffenen Zähne weisen bereits bei dem Durchbruch fleckige gelblich-bräunliche oder weißlich-cremefarbige Verfärbungen auf. Der Zahnschmelz ist weich und bröckelig und kann abplatzen. Das führt Temperaturempfindlichkeit und zu Schmerzen bei Berührung, beim Zähneputzen und beim Essen. Die befallenen Zähne sind vermehrt kariesanfällig.



**Prof. Dr. med.  
Karl Ernst von Mühlendahl**

an fast 100 eineiigen und zweieiigen Zwillingen aufzeigen (26). Daneben sind prae- und perinatale und in der frühen Kindheit einwirkende Umwelteinflüsse zu berücksichtigen. Aussagen zu deren kausaler Bedeutung sind zum Teil spekulativ und mitunter widersprüchlich. Studien berichteten über Assoziationen mit niedrigem Sozialstatus der Familien, Antibiotikagabe, problematischer Geburt und Vitamin-D-Status (18, 25, 27, 32, 33, 34).

## Bisphenol A (BPA) und MIH

In einer Serie von Publikationen einer französischen Forschergruppe (Jedeon et al.) wurde gezeigt, dass nach perinataler

Exposition bei Ratten ähnliche Schmelzdefekte wie die bei menschlicher MIH auftreten. Hinsichtlich der Pathogenese wurde aufgezeigt, dass durch BPA die Expression von Genen moduliert wird, die für die Mineralisation vom Zahnschmelz verantwortlich sind. In vivo und in vitro wurden weitere durch BPA modulierte Mechanismen auf zellulärer Ebene, an Rezeptoren und bei der Bildung von bestimmten messenger RNAs, dargestellt. Solche Befunde müssten noch von anderer Seite bestätigt werden, zumal die untersuchten Gruppen klein waren und nicht alle belasteten Gruppen Veränderungen aufwiesen. Es ist auch nur mit einer Dosis gearbeitet worden: oral 5 µg/kg/Tag – einer Dosis, die al-

## Prävalenz

Unklar ist, ob es sich um eine „neue Krankheit“ handelt, ob und in welchem Ausmaße sie auch früher schon existiert hat und ggf. in welchem Ausmaße die Prävalenz zugenommen hat. Bei 66 mittelalterlichen Skeletten sind MIH-ähnliche Schäden gefunden worden (19).

Die Störung kommt weltweit bei **13 bis 14 % aller Kinder vor** (24, 34) mit regionalen Unterschieden: Österreich 7 % (6), Türkei 8 % (25), Afrika 11 % (8), Deutschland 10%; 14 % in Hamburg und Düsseldorf, 6 % in Heidelberg (22) 14 % in München (18), Finnland 18 % (32, 33), Südamerika 18 %, Spanien 20 % (10), Japan 20 % (23).

## Ursachen (Tabelle 1)

Für die Entstehung sind genetische Faktoren von Bedeutung, wie Untersuchungen

**Tab. 1:** Erhöhung des Risikos für MIH durch Umwelteinflüsse. Publikationen, die positive Assoziationen beschreiben, wobei das relative Risiko oder die Odds Ratio zwischen 1,39 und 3,25, im Median bei 1,92, lagen.

Umwelt-Faktor	Erhöhung des Risikos für MIH (RR oder OR) zwischen 1,39 und 3,25, Median 1,92)	Literatur
Fieber der Mutter während der Schwangerschaft	2,54	7
Alkoholkonsum während der Schwangerschaft	1,39	9
Frühgeburtlichkeit	1,57	30
niedriges Geburtsgewicht (LBW)	1,91 bzw. 3,25 (2 Publikationen)	9, 30
Fieber im ersten Lebensjahr	1,48	9
frühkindliches Asthma	1,93	27
kindliche Adipositas	1,95	2

lerdings um weniger als den Faktor 10 über der derzeit vorliegenden Umweltbelastung der Menschen liegt.

**Diese Untersuchungen sind bislang nicht von anderen Forschern reproduziert worden.** Weitere Kritikpunkte sind die nicht sehr große Zahl der untersuchten Tiere, dass nicht mit verschiedenen Dosierungen und nur mit männlichen Ratten gearbeitet worden ist und dass die Zahnveränderungen nur in der Gruppe beobachtet worden sind, die nach 30 Tagen geopfert wurden, nicht in der zweiten Gruppe nach 100 Tagen.

Das **Bundesinstitut für Risikobewertung** beurteilt diese Publikationen, es erscheine „ein direkter Zusammenhang zwischen BPA und MIH für den Menschen unwahrscheinlich“ (4, 5), erkenne allerdings die Gründlichkeit der Untersuchungen mit den verschiedenen experimentellen Ansätzen an („Die Studie von Jedeon bezieht eine Vielzahl von Methoden für die Untersuchung der Zähne (von Ratten und Menschen) ein, die weit über das hinausgehen, was routinemäßig in den OECD-Prüfmethode ... vorgeschrieben wird“).

## Konsequenzen, Beurteilung

Bei der MIH handelt es sich sehr wahrscheinlich um eine **neue Zahnkrankheit**,

die in dieser Form oder Häufigkeit erst in den letzten Dekaden beobachtet wird. Die Hinweise darauf, dass die Belastung mit BPA in der Perinatalzeit und in den ersten Lebensmonaten eine der Ursachen sein kann, bedürfen noch gründlicherer Belege. Sie sind jedoch unter weiteren Gesichtspunkten zu betrachten. BPA wird in großen Mengen (weltweit jährlich über 6 Millionen Tonnen) produziert. In polymerisierter Form, als Bestandteil von Kunststoffen (Polykarbonat, Epoxidharz) ist es inert.

Freies BPA ist ubiquitär präsent und im Menschen nachweisbar. Die Affinität zu Oestrogen-Rezeptoren (ER und ER) liegt zwar um mehrere Größenordnungen unter der von Oestradiol, was als Indiz für die Unschädlichkeit von BPA angeführt wird. Aber BPA wirkt auch auf weitere Rezeptoren; und die Beobachtungen über die mögliche Beeinträchtigung der Zahnschmelz-Synthese in der Perinatalzeit und in den ersten Lebensmonaten zeigen: bei der Einschätzung der Gefährlichkeit von BPA könnte eine vorsichtiger Betrachtung angezeigt sein, wenn es um Wirkungen zu Zeiten, in „Fenstern“ besonderer Empfindlichkeit geht. Das gilt ähnlich für eine ganze Reihe anderer synthetischer Chemikalien, die als endokrine Disruptoren angesehen werden (20).

Klassische Arbeitsmittel der Toxikologie wie die Bestimmung von LD50 oder Wirkschwellen bei Versuchstieren (NOAEL, no adverse effect level) und die Übertragung auf den Menschen unter Berücksichtigung von Unsicherheitsfaktoren sind zwar hilfreich, mögen aber nicht immer ausreichend sein.

Dass insbesondere in der Frühschwangerschaft prägende und schädigende Einflüsse pathogen sein und lebenslang wirksame Störungen und Krankheiten bedingen können, ist für einige Substanzen und Einflüsse belegt, für andere wird es vermutet. Insoweit können die Vermutungen über den Zusammenhang zwischen BPA und MIH als ein weiterer warnender Hinweis verstanden werden darauf, dass pauschale Unbedenklichkeitserklärungen in der Umweltmedizin kritisch durchleuchtet werden müssen.

*Literatur beim Verfasser*

### Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Karl Ernst von Mühlendahl  
Kinderumwelt gGmbH der DAKJ e. V.  
49124 Georgsmarienhütte  
E-Mail: info@uminfo.de

*Red.: WH*

## IMPRESSUM

# KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

**Herausgeber:** Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.  
**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. P.H. Andreas Plate, Tel.: (0221) 68909-34, andreas.plate@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

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

Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Dr. Horst Schmidt Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

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

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

Druckauflage 12.200  
lt. IVW I 2019

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

**Anzeigenpreisliste:** Nr. 52 vom 1. Oktober 2018

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

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

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe [www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise](http://www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise)

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



# Ärztestatistik Kinder- und Jugendmedizin seit 2005

Alle reden über die Work-Life-Balance junger Ärztinnen und Ärzte und erklären damit natürlich die allenthalben beklagten Engpässe in der Versorgung auch in unserem Fachgebiet. Viele Praxen finden keine Nachfolger mehr, weil junge Kolleginnen und Kollegen einerseits von der zunehmenden Bürokratie in den Praxen abgeschreckt werden, andererseits aber auch unternehmerische Verantwortung scheuen. Dies ist nicht nur in der Medizin zu beobachten, auch Handwerker und Industrieunternehmen finden nur sehr schwer Nachwuchs.

## Zunehmende Tätigkeit im Angestelltenverhältnis auch im ambulanten Versorgungsbereich

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

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

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

Im Jahr **2007** waren von insgesamt **137.538** im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Ärztinnen und Ärzten (alle Fachgruppen) **10.406** (= **7,6 %**) im Angestelltenverhältnis, 12 Jahre später am **31.12.2018** waren von **157.288** Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Versorgungsbereich bereits **39.816** (= **25,3 %**) im Angestelltenverhältnis. Die Zahlen haben sich also fast **vervierfacht**.

In der **Kinder- und Jugendmedizin** hat sich die Zahl von 2007 (369) bis 2018 (1.751) fast **verfünffacht**.

Diese Entwicklung wird wahrscheinlich nicht mehr zu stoppen sein. Politik, Selbstverwaltung und Verbände müssen sich auf diese gravierenden Veränderungen einstellen. Allerdings, auch das zeigt die Statistik der BÄK, insgesamt nimmt die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in der Versorgung tätig sind, zu.

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

Jahr	Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich insgesamt	davon im Angestelltenverhältnis	Prozent
2007	6.495	369	5,7
2008	6.511	473	7,3
2009	6.541	549	8,4
2010	6.612	646	9,8
2011	6.647	721	10,8
2012	6.758	833	12,3
2013	6.848	917	13,4
2014	6.925	1.075	15,5
2015	7.104	1.266	17,8
2016	7.244	1.423	19,6
2017	7.357	1.579	21,5
2018	7.527	1.751	23,3

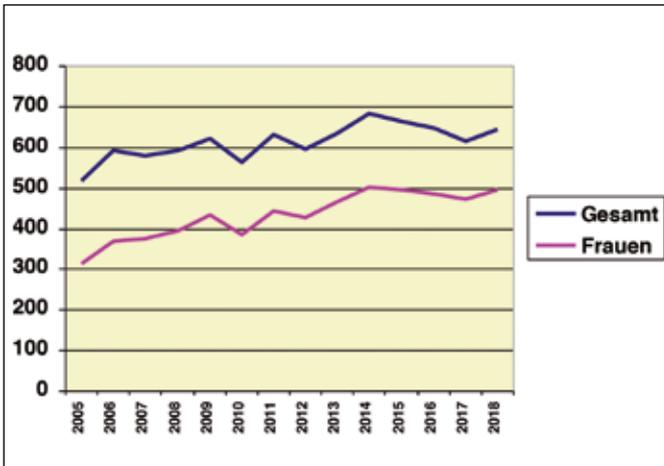
In Heft 3/2019, S. 86, habe ich die Situation auch in Bezug auf die Bevölkerungsstatistik dargestellt, die Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung in 2018 lagen leider bis Redaktionsschluss nicht vor.

## Gebietsanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin

Die Anzahl der Gebietsanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin befindet sich seit 13 Jahren auf einem etwa gleichen Niveau und schwankt um die Zahl von 600 Anerkennungen pro Jahr. Der Anteil der **Kolleginnen** ist seit 2005 von **60,42 %** auf **77,29 %** im Jahr 2018 gestiegen. Die Zahlen sagen nichts darüber aus, in welchem Umfang und wo die Kolleginnen und Kollegen, die ihre Gebietsanerkennung erlangt haben, tätig sind. Wir müssen aber davon ausgehen, dass sowohl im klinischen wie auch im

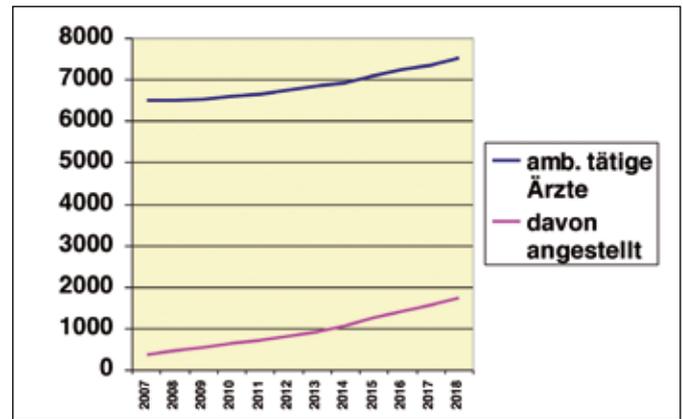
**Tab. 2:** Facharztanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin (Gesamt/ Frauenanteil) (Quelle: BÄK)

Jahr	Insgesamt	Frauen
2005	518	313 (60,42 %)
2006	594	369 (62,12 %)
2007	581	377 (64,89 %)
2008	594	395 (66,50 %)
2009	622	435 (69,94 %)
2010	564	385 (68,26 %)
2011	633	445 (70,30 %)
2012	596	427 (71,64 %)
2013	634	465 (73,34 %)
2014	683	502 (73,50 %)
2015	664	497 (74,85 %)
2016	647	486 (75,12 %)
2017	616	474 (76,95 %)
2018	643	497 (77,29 %)

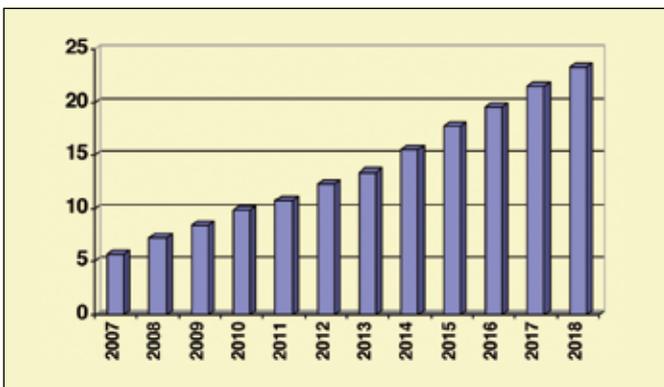


**Abb. 1:** Facharztanerkennungen Kinder- und Jugendmedizin (Gesamt/Frauenanteil)

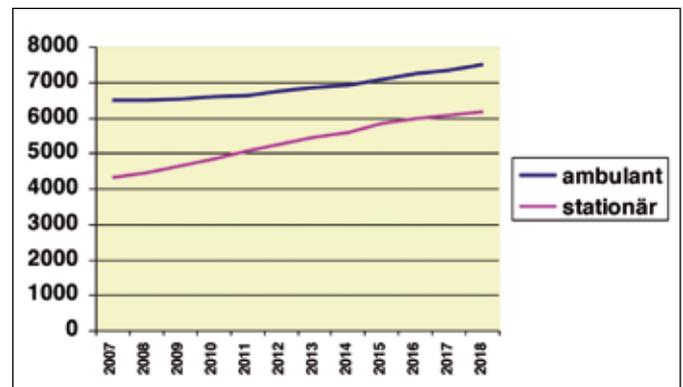
## Stetige Zunahme der Arztzahlen



**Abb. 2:** Entwicklung der ambulant-tätigen Kinder- und Jugendärzte seit 2007



**Abb. 3:** Entwicklung der Zahl der im ambulanten Versorgungsbereich angestellten Kinder- und Jugendärzte im Vergleich zu den insgesamt ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzten in Prozent seit 2007



**Abb. 4:** Entwicklung der Zahl der im ambulanten und stationären Versorgungsbereich tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind in dieser Statistik nicht enthalten) seit 2007

ambulanten Versorgungsbereich immer mehr Kolleginnen und Kollegen nur eine begrenzte Teilzeittätigkeit ausüben. Das dürfte der Hauptgrund für die selbst

in Großstädten zu beobachteten Versorgungsengpässe sein. Die bisher bekannt gewordenen Gesetzesinitiativen schaffen hier keine Abhilfe.

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal  
E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)

## Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

## 2. Teil: Verhalten im Ermittlungsverfahren bei Durchsuchungen



Dr. iur. Andreas Meschke

### Ermittlungsverfahren

Das Ermittlungsverfahren ist der erste Teil des Strafverfahrens. Es wird von der Staatsanwaltschaft eingeleitet, wenn der sog. Anfangsverdacht einer Straftat besteht. Liegen zureichende tatsächliche Anhaltspunkte für eine Straftat vor, kann richterlich im Rahmen des Ermittlungsverfahrens eine **Durchsuchung der Praxisräume** angeordnet werden, um weitere Beweismittel zu erlangen. Hierbei kommen für Ärzte vor allem **zwei strafrechtlich relevante Situationen** in Betracht: Zum einen die Durchsuchung aufgrund einer **Vermögensstraftat**, in der es also um zu Unrecht vereinnahmtes Geld geht. Zum anderen, wenn ein **Patient aufgrund der Behandlung verstorben oder an der Gesundheit geschädigt ist**.

Die Durchsuchung und Beschlagnahme begrenzt sich bei dem **Verdacht der Schädigung des Patienten auf die einzelne Patientenakte**. Es werden daher wenige, typischerweise allenfalls zwei Beamte in die Arztpraxis kommen, und ein ruhiger Verlauf der Durchsuchung ist die Regel. Geht es um eine **Vermögensstraftat**, stellt sich die Situation nicht selten anders dar: Es kommen mehrere Beamte, da eine Vielzahl von Dokumenten zur

Beschlagnahme in Betracht kommt und Daten aus der Praxis-EDV-Anlage mindestens kopiert werden müssen. Es kann durchaus vorkommen, dass es um den gesamten Festplatten- und/oder den gesamte Cloud-Inhalt sowie diverse schriftliche Dokumente der Praxis geht.

Eine Durchsuchung der eigenen Praxis – in Einzelfällen, vor allem bei Vermögensdelikten, werden zusätzlich die Privaträume durchsucht – ist für keinen Arzt eine angenehme Vorstellung. Umso wichtiger ist es, die eigenen Rechte und Pflichten zu kennen, um die Situation nicht zu verschärfen. Daher werden nachfolgend die wesentlichen Verhaltensregeln bei einer Durchsuchung der Arztpraxis erörtert. Es gibt drei elementare Grundregeln, die der Betroffene beachten sollte:

### Durchsuchung

**Lassen Sie sich den Durchsuchungsbeschluss vorlegen!**

Der Durchsuchungsbeschluss muss dem Beschuldigten vorgelegt werden. Es sollte eine Kopie davon angefertigt werden. Der Durchsuchungsbeschluss enthält relevante Informationen darüber, in welcher Sache die Staatsanwaltschaft ermittelt und welche Beweise gesucht werden. Der Vorteil ist, dass so die Durchsuchung auf die Akten und Unterlagen beschränkt und fokussiert werden kann, die von der Ermittlung betroffen sind und andere private Unterlagen geschützt werden.

Zu Beginn der Durchsuchung muss außerdem eine **Rechtsbelehrung** erfolgen. Sollte diese vergessen werden, kann ein Formfehler vorliegen. Wichtig ist daher, den Ablauf und das Vorgehen der Beamten genau zu dokumentieren.

Zudem muss jeder Beamte seinen **Ausweis vorlegen und seine Funktion im Verfahren bzw. im Verlauf der Durchsuchung erklären**. Der Leiter der Maßnahme sollte ermittelt werden, der Dienstausweis kontrolliert und die Vi-

sitenkarte entgegengenommen werden. Etwaige Unbeteiligte kann und sollte der Arzt von der Durchsuchungsmaßnahme ausschließen.

**Leisten Sie keinen Widerstand!**

Widerstand in jeder Form kann zu zusätzlichen Problemen, wie dem Vorwurf von Verdunklungshandlungen führen oder im schlimmsten Fall zu einem weiteren Strafverfahren wegen **Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte**. Die Durchsuchung muss also (zunächst) geduldet werden. Es besteht aber **keine Pflicht zur aktiven Unterstützung der Durchsuchung**. Insbesondere wäre die freiwillige Herausgabe von Patientendaten ohne Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschluss unzulässig und eine Straftat nach § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen). **Geben Sie also keine Unterlagen heraus, die vom Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschluss nicht erfasst sind!**

**Aber:** Es kann durchaus Sinn machen, beim Auffinden von genau bezeichneten Unterlagen zu kooperieren. Denn wenn die Ermittlungsbeamten dasjenige erhalten, was sie suchen, besteht für sie kein Anlass, andere Unterlagen wahrzunehmen. Und außerdem ist die ganze Maßnahme dann relativ schnell beendet.

**Machen Sie keine Aussage!**

Der Beschuldigte muss keine Aussage machen! **Und er sollte von diesem Recht unbedingt Gebrauch machen**. Reden Sie daher mit den Ermittlungsbeamten, auch wenn diese eine freundliche Unterhaltung beginnen, in keinem Fall über den Strafbarkeitsvorwurf. **Nie und niemals!** Das ist derart zu betonen, weil dieser Punkt leider sehr oft unterschätzt wird und der Beschuldigte sich in der Stresssituation der Durchsuchung oftmals dazu hingerrissen fühlt, durch eine Aussage die Sache erklären zu wollen oder zumindest seine Sicht der Dinge darzustellen. Selbst wenn

die Ermittlungsbeamten den Eindruck erwecken, eine Aussage des Beschuldigten wäre zweckdienlich und würde ihm im Verfahren „zugutekommen“, muss das in jedem Fall unterlassen werden. **Es sollten lediglich Daten zur Person angegeben werden**, ohne darüberhinausgehende Informationen offen zu legen, die später gegen den Beschuldigten verwendet werden könnten und die Situation verschlimmern.

**Diese drei Grundregeln sollten ausnahmslos beachtet werden. Zusätzlich gilt Folgendes:**

#### **Anwalt anrufen!**

Dem Beschuldigten steht nach § 137 StPO in jeder Lage der rechtliche Beistand eines Strafverteidigers zu. Spätestens dann, wenn die Beamten mit der Durchsuchung begonnen haben, nach Möglichkeit aber durchaus schon vorher, sollte ein Anwalt angerufen werden, der im Bedarfsfall kommt und bei der Durchsuchung anwesend ist. Er kann sowohl weitere Tipps geben als auch mit den Beamten den weiteren Verlauf der Durchsuchung besprechen. **Es besteht allerdings keine Pflicht der Beamten, mit der Durchsuchungsmaßnahme zu warten, bis der Anwalt eingetroffen ist.** Eine etwaige Wartezeit kann dazu genutzt werden, den Durchsuchungsbeschluss genau zu lesen bzw. Namen und Funktion der Beamten zu notieren.

Bei realistischer Betrachtung kann man sagen, **dass bei einer Beschlagnahme von Patientenunterlagen regelmäßig kein Anwalt in die Praxis gerufen werden muss.** Bei einer zeitintensiven Beschlagnahme von wirtschaftlich relevanten Unterlagen empfiehlt sich zumindest

der Anruf währenddessen, um das weitere Vorgehen abzuklären.

#### **Kooperation ist besser als (sinnloses) Versteckspiel!**

Auch wenn es schwerfällt: **Während der Durchsuchung muss Ruhe bewahrt werden und der Versuchung, in einem (scheinbar) unbeobachteten Moment belastende Dokumente oder Daten zu vernichten, widerstanden werden.** Die Vernichtung von Beweismitteln begründet in der Regel den Verdacht der Verdunklungshandlung und kann sogar zur Untersuchungshaft wegen Verdunklungsgefahr führen.

Wie schon erläutert, kann eine gewisse Kooperation hilfreich sein. Gesuchte Unterlagen sollten daher, sofern zu erwarten ist, dass die Unterlagen ohnehin gefunden werden, vorgezeigt werden. Dabei müssen die Grenzen des – zu Beginn sorgfältig gelesenen Durchsuchungsbeschlusses – eingehalten werden, was die Suche nach Zufallsfunden ausschließt.

#### **Kein Einverständnis erklären und widersprechen!**

**Der Mitnahme von Gegenständen und Unterlagen sollte formal widersprochen werden.** Die Mitnahme kann zwar nicht verhindert werden, es wird aber erreicht, dass der Ermittlungsrichter über die dann erforderliche Beschlagnahme entscheidet, die im späteren Prozess angefochten werden kann.

Zudem sollte ein **Protokoll angelegt** werden, in dem sämtliche Sachen der Beschlagnahme bei der Durchsuchung festgehalten werden.

Am Ende der Durchsuchung wird dem Beschuldigten ein Formular vorgelegt,

welches in Ruhe durchgelesen werden muss. **Am besten wird dieses Durchsuchungsprotokoll nicht unterschrieben. Auf dem Protokoll sollte stattdessen vermerkt werden, dass der Sicherstellung widersprochen wird. Dies kann durch den deutlichen Vermerk „Widerspruch“ auf dem Protokoll geschehen.**

#### **Eigene Kopien erstellen**

Erfolgt die Durchsuchung und Beschlagnahme wegen einer einzelnen Akte, ist es sinnvoll, den Beamten anzubieten, Kopien der betroffenen Unterlagen anzufertigen, die diese mitnehmen können. So wird der weitere Betrieb der Arztpraxis nicht beeinträchtigt. **Wenn die Beamten die Original-Akte mitnehmen wollen, sollte der Arzt für sich vorher eine Kopie anfertigen.**

#### **Ausblick**

Um in der Situation des Ermittlungsverfahrens wenigstens finanziell abgesichert zu sein und die erforderliche anwaltliche Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, werden in Teil 3 der Aufsatzreihe die vorherigen Absicherungsmöglichkeiten für Ermittlungs-/Strafverfahren anhand der Strafrechtsschutzversicherung dargestellt.

#### **Korrespondenzanschrift:**

*Dr. Andreas Meschke  
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht  
Möller & Partner - Kanzel für Medizinrecht,  
Partnerschaft mbB, AG Essen PR 1642  
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de*

*Red.: WH*

## DGAAP

### Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

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

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

Machen Sie mit! Werden Sie Mitglied! Informationen und Mitgliedsanträge auch unter [www.dgaap.de](http://www.dgaap.de)

# Einstieg als Leitender Arzt einer Klinik in eine Gemeinschaftspraxis

Die Fragen stellte Dr. Steffen Lüder, Initiator des Workshops „Sprung in die Praxis“.

**Herr Dr. Bartelt, Sie sind jetzt seit zehn Monaten in der pädiatrischen Gemeinschaftspraxis Wauer & Bartelt tätig? Wie verlief Ihr ärztliches Leben davor?**

Meine Facharztausbildung habe ich im DRK Westend bei Prof. Spohr und PD Dr. Arpad von Moers absolviert. Weitere Erfahrungen sammelte ich in Auslandseinsätzen mit Ärzten ohne Grenzen in einem Langzeitprojekt im Niger und mit dem Deutschen Roten Kreuz in Haiti. Nach einer Honorararztstätigkeit und der Weiterbildung in der Kinderklinik Neukölln wurde ich Oberarzt in der Kinderklinik Bernau. Schließlich leitete ich die Kinderklinik Bernau für fast drei Jahre kommissarisch.

**Was waren die Gründe, vom Chefarztposten zum „Kinder- und Jugendarzt um die Ecke“ zu wechseln?**

Ich wollte zunehmend meine eigenen Ideen kinder- und jugendärztlicher Arbeit verwirklichen ohne permanent die komplexe Organisations- und Verwaltungsstruktur einer Klinik im Blick zu behalten. Durchschnittlich 14 Hintergrunddienste pro Monat und die Verantwortung als Klinikleiter waren wichtige berufliche Erfahrungen, aber auf Dauer auch belastend und schwieriger mit der Familie zu vereinbaren.

**Wie haben Sie die Praxis gefunden, in der Sie jetzt tätig sind?**

Ich habe vor vielen Jahren in meiner Nachbarschaft eine Runde gedreht und mich bei vielen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/innen spontan vorgestellt. Frau Dr. Liepe fragte später für Urlaubsvertretungen an. Hieraus ist dann eine dauerhafte und schöne Zusammenarbeit entstanden. Das hat mich sehr gefreut.

**Waren die Verhandlungen zur Praxisübernahme schwierig?**

Nein, wir wurden uns schnell einig.

**Wie haben Sie sich auf die Praxistätigkeit vorbereitet?**

Über lange Zeit habe ich in verschiedenen Kinder- und Jugendarztpraxen im Prenzlauer Berg bei Krankheit oder Urlaub Kolleginnen vertreten. So habe ich verschiedene Konzepte einer individuellen Praxisstruktur kennenlernen dürfen. Das war eine sehr wertvolle Erfahrung und macht eine zukünftige Vernetzung mit den Kollegen im Kiez einfacher. Auch die hervorragenden Praxisseminare von Dr. Steffen Lüder waren eine grundlegende Entscheidungshilfe für mich, in die Niederlassung zu gehen.



**Was waren Ihre ersten Erfolge in der Praxis?**

Das Wort ‚Erfolg‘ ist sehr relativ. Abgesehen von seltenen Ausnahmen würden alle Ärzte, egal auf welchem Gebiet und in welcher Art von Praxis sie arbeiten, sagen, dass sie erfolgreich sind. Prävention und ideale Therapie – wenn mir diese beiden Ziele in der täglichen Arbeit mit den Kindern und Eltern gelingen, hätte ich erfolgreich gehandelt.

**Was ist in der Praxis schwerer als im Vergleich zur Position als Chefarzt in der Kinderklinik?**

Der erschwerte klinische Diskurs mit Kollegen, wie es ihn täglich zur Klinik-

visite gibt. Dieser zeitnahe Austausch ist trotz u.a. PädInform nicht so leicht zu finden. Auch das Gefühl, dass die Wirtschaftlichkeit einer Praxis unmittelbare Auswirkungen auf die Mitarbeiter haben kann, ist neu für mich und beschäftigt mich nun zunehmend.

**Wie gehen Sie mit der Helikopter-Mutter im Prenzlauer Berg um?**

‚Helikoptern‘ als Ausdruck für einen Erziehungsstil von Müttern und Vätern, der von Überbehütung und exzessiver Einmischung in die Angelegenheiten des Kindes geprägt ist, gibt es überall – nicht nur im Prenzlauer Berg. Mir ist es stets wichtig, die Sorgen der Eltern ernst zu nehmen, versuche im Gespräch immer wieder zu vermitteln und deutlich zu machen, wie wichtig es für Kinder ab einem gewissen Alter ist, eigene Erfahrungen zu machen.

**Hand auf Herz, wie halten Sie es mit den Impfungen und den Impfskeptikern?**

Ich berate individuell im Rahmen aktueller, wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Einbeziehung der STIKO-Empfehlungen. Aktuell habe ich z.B. vier Familien, die nicht impfen möchten. Hier war es für mich ein wichtiger Prozess, ein klares, nachvollziehbares Vorgehen zu definieren. Ich treffe mit den Eltern eine Vereinbarung, dass sie im Falle einer Vorstellung bei Fieber und/oder unklarem Hautausschlag vor der Praxis warten müssen und ich dann zum Schutz der anderen Patienten eine erste Einschätzung „vor der Tür“ mache.

**Wie steht Ihre Praxis wirtschaftlich? Zufrieden?**

Eine valide, wirtschaftliche Analyse ist mir zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Ganz ehrlich, ich könnte Ihnen gerade nicht einmal meinen Nettolohn nennen. Fragen Sie mich in vier Jahren, dann kann ich vielleicht genauer antworten.

**Was kann der Berufsverband für Sie tun? Wie können Sie sich in den Berufsverband einbringen?**

Ich bin sehr zufrieden der Arbeit des BVKJ – mir hat z.B. die neue Form der Fortbildung im Speziellen das Webinar/Vorsorgen sehr gut gefallen und ja klar, ich könnte mich aktiver beteiligen. Aber diese Frage stellt sich für mich eher in der Zukunft, da die Praxisübernahme zur Zeit meine volle Aufmerksamkeit benötigt.

**Wie gut lässt sich jetzt die berufliche Tätigkeit und das Privatleben vereinbaren?**

Im Alltag gelingt das Projekt „Zwei berufstätige Ärzte und Familie“ – meine Frau arbeitet als Psychiaterin an der Charité – jetzt noch besser, da die unvorhersehbaren Hintergrunddienste und Wochenendarbeit wenigstens auf meiner Seite wegfallen. Ich freue mich sehr, meine Vorstellungen von kinder- und

jugendärztlicher Praxisarbeit in Zukunft im Prenzlauer Berg verwirklichen zu können.

---

**Korrespondenzanschrift:**

Dr. Steffen Lüder

13051 Berlin

E-Mail: [info@kinderarzt-dr-lueder.de](mailto:info@kinderarzt-dr-lueder.de)

Red.: WH

---

## Merkblätter „Seelisch – gesund – aufwachsen“

*Die Zunahme von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern – sogenannte neue Morbiditäten – löst bei Kinder- und Jugendärzten sowohl Sorge als auch die Notwendigkeit zu handeln aus.*



Dr. med. Sigrid Peter

### KIGGS-Studie

Aus den Daten der ersten Welle der KiGGS-Studie waren rund 20 % der Kinder und Jugendliche zwischen 3 – 17 Jahren betroffen (1). Die Zahl hat sich bei der zweiten Erhebung (2014-2017) auf 16,4 % etwas reduziert. Auffallend ist, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen überwiegend aus sozial benachteiligten Gruppen kommen (2).

### Erfahrungen in der Praxis

Emotionale Vernachlässigung in früher Kindheit gilt als bedeutendster Risikofaktor für eine abweichende Entwicklung im Kindes- und Jugendalter mit einer hohen Persistenz in das Erwachse-

nenleben. Die Gesundheit und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen spielt eine immer größere Rolle in der ambulanten Versorgung und im gesamtgesellschaftlichen Kontext. 71% der Kinderärzte/innen schätzen subjektiv eine Zunahme der psychosozialen Belastungen junger Familien, 92% sehen darin eine Herausforderung (3).

### Merkblätter als Hilfe in der Praxis

Auf Idee und Initiative der Deutschen Liga für das Kind, der Finanzierung durch den Verband der Ersatzkassen und der Beteiligung der KBV hat der BVKJ aktiv an der Gestaltung der Merkblätter „seelisch – gesund – aufwachsen“ mitgearbeitet. Er sieht darin eine zentrale primärpräventive Arbeit der Information und Beratung von jungen Eltern. Die überwiegende Zahl von Kindern in Deutschland – ca. 4 Millionen Kindern unter 6 Jahren – wird in kinder- und jugendärztlichen Praxen betreut. Im Rahmen der in Deutschland gesetzlich geregelten Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 erhalten Eltern umfassende Informationen insbesondere zur körperlichen Entwicklung ihrer Kinder und sollen durch die Merkblätter Kenntnisse zu altersbezogenen Bedürfnissen von Kindern und deren Rechte (UN-Kinderrechtskonvention) vermittelt bekommen.

Die Merkblätter enthalten Hinweise auf Filme, die in fünf weiteren Sprachen verfügbar sind (arabisch, englisch, französisch, russisch und türkisch) und weiterführende Adressen mit Hilfsangeboten. Die Verteilung erfolgt über die regionalen KV, ähnlich den Merkblättern zu Unfallverhütung bei Kindern.

### Links:

KiGGS-Welle 1 (2009-2012)

<http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/>

[Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS\\_W1/kiggs1](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1)

KiGGS-Welle 2 (2014-2017)

<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/>

[Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM\\_03\\_2018\\_Psychische\\_Auffaelligkeiten\\_KiGGS-Welle2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2018_Psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile)

<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2805-0>

Renner, 2018 im Bundesgesundheitsblatt

<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2805-0>

2805-0

[http://www.acestudy.org/files/Gold\\_into\\_Lead\\_Germany1-02\\_c\\_Graphs.pdf](http://www.acestudy.org/files/Gold_into_Lead_Germany1-02_c_Graphs.pdf)

---

**Korrespondenzanschrift:**

Dr. Sigrid Peter

Vizepräsidentin BVKJ, 10115 Berlin

E-Mail: [sigrid.peter@uminfo.de](mailto:sigrid.peter@uminfo.de)

Red.: WH

---

# Vegetarische oder vegane Ernährung in der Kindheit – Was ist zu beachten?



Dr. oec.troph. Ute Alexy<sup>1</sup>

Prof. Dr. oec.troph. Markus Keller<sup>2</sup>

Dr. med. Simon Straub<sup>3</sup>

Immer mehr Menschen ernähren sich in Deutschland vegetarisch (ohne Fleisch, Fisch und daraus hergestellte Produkte) oder vegan (rein pflanzlich), darunter auch Familien mit Kindern. Die Entscheidung für diese Ernährungsformen beruht vorrangig auf ethischen Motiven [22, 25] und wird daher oft auch gegen den Rat von Fachleuten beibehalten. Dies sollte durch eine unvoreingenommene Aufklärung und Beratung respektiert werden. [5] Kinder- und Jugendärzte sind in dieser Situation wichtige Ansprechpartner. Vor diesem Hintergrund soll der vorliegende Artikel aufzeigen, wie der Bedarf potenziell kritischer Nährstoffe (Tabelle 1) durch geeignete Lebensmittel, Anreicherung und ggf. Supplemente gedeckt werden kann. Der Begriff „kritisch“ bedeutet, dass die Referenzwerte für die einzelnen Nährstoffe von den entsprechenden Altersgruppen öfter nicht erreicht werden. Günstig zu bewerten ist bei vegetarischer und veganer Ernährung hingegen die reichliche Zufuhr von  $\beta$ -Carotin, Vitamin C, Vitamin E, Thiamin, Folat, Biotin, Pantothen säure, Magnesium, Ballaststoffen und sekundären Pflanzenstoffen [24].

## Eisen

**Risikogruppen für einen Eisenmangel sind am ehesten ältere Säuglinge,**

**Kleinkinder und weibliche Jugendliche** [38,45,46]. Studien zur Prävalenz bei vegetarisch ernährten Kindern kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen [34].

**Eisenreiche pflanzliche Lebensmittel sind Vollkorngetreide, Pseudocerealien (z. B. Amaranth, Quinoa), Nüsse (inkl. Nussmuse) und Hülsenfrüchte.** Die im Vergleich zu Häm Eisen aus Fleisch schlechtere **Verfügbarkeit von pflanzlichem Nicht-Häm Eisen wird insbesondere durch Vitamin C, z. B. aus Obst und Gemüse, in der Mahlzeit verbessert.** Geeignete vegetarische/vegane Mahlzeiten zur Verbesserung der Eisenversorgung sind z. B.:

- Müsli aus Vollkornflocken und Vitamin-C-reichem Saft
- Bratling aus Getreide oder Hülsenfrüchten und Paprikarohkost
- Vollkornbrot mit Vitamin-C-reichem Saft oder Rohkost
- Brokkoli-Nudelpfanne

**Absorptionshemmend wirken dagegen vor allem Phytate in pflanzlichen Samen wie Vollkorngetreide, Hülsenfrüchte und Nüsse** [16]. Der Phytatgehalt pflanzlicher Lebensmittel kann jedoch durch küchentechnische Maßnahmen verringert werden (Tabelle 2).

Insgesamt wird die Bioverfügbarkeit von Eisen in einer gemischten Kost mit 14-18 % und in einer vegetarischen Kost

**Tab. 1:** Kritische Nährstoffe in der Kinderernährung

Omnivore <sup>1</sup> Ernährung: Vitamin D <sup>2</sup> , Jod
Vegetarische Ernährung: zusätzlich Eisen, Zink und langkettige n-3-Fettsäuren
Vegane Ernährung: zusätzlich Vitamin B <sub>12</sub> , Vitamin B <sub>2</sub> , Calcium und Protein

1 Mischkost unter Einschluss von pflanzlichen und tierischen Lebensmitteln

2 Eine vegane oder vegetarische Ernährung wird in der aktuellen Stellungnahme der Ernährungskommission der DGKJ [36] nicht als Risikopopulation für eine Vitamin-D-Mangel-Rachitis aufgeführt. Regelmäßiger Aufenthalt im Freien wird unabhängig von der Ernährungsform unter der Prämisse der Vermeidung von Sonnenbrand als effektivste Form der Verbesserung des Vitamin-D-Status empfohlen [36]

**Tab. 2.:** Küchentechnische Maßnahmen zur Verringerung von Phytat [16]

Verwendung von Sauerteig für die Brotzubereitung
Fermentierung von Soja zu Tempeh
Einweichen und anschließendes Verwerfen des Einweichwassers von getrockneten Hülsenfrüchten und Nüssen
Keimen von Hülsenfrüchten oder Getreide.

1 Universität Bonn  
Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften (IEL)  
DONALD Studie  
Heinstück 11  
44225 Dortmund  
Tel.: 0231 79 22 10 16  
Email: alexy@uni-bonn.de

2 Fachhochschule des Mittelstands (FHM)  
Professur Vegane Ernährung  
Hohenstaufenring 62  
50674 Köln

3 Universitätsklinikum Innsbruck  
Department für Kinder- und Jugendheilkunde  
Abt. Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung  
Anichstr. 35  
6020 Innsbruck

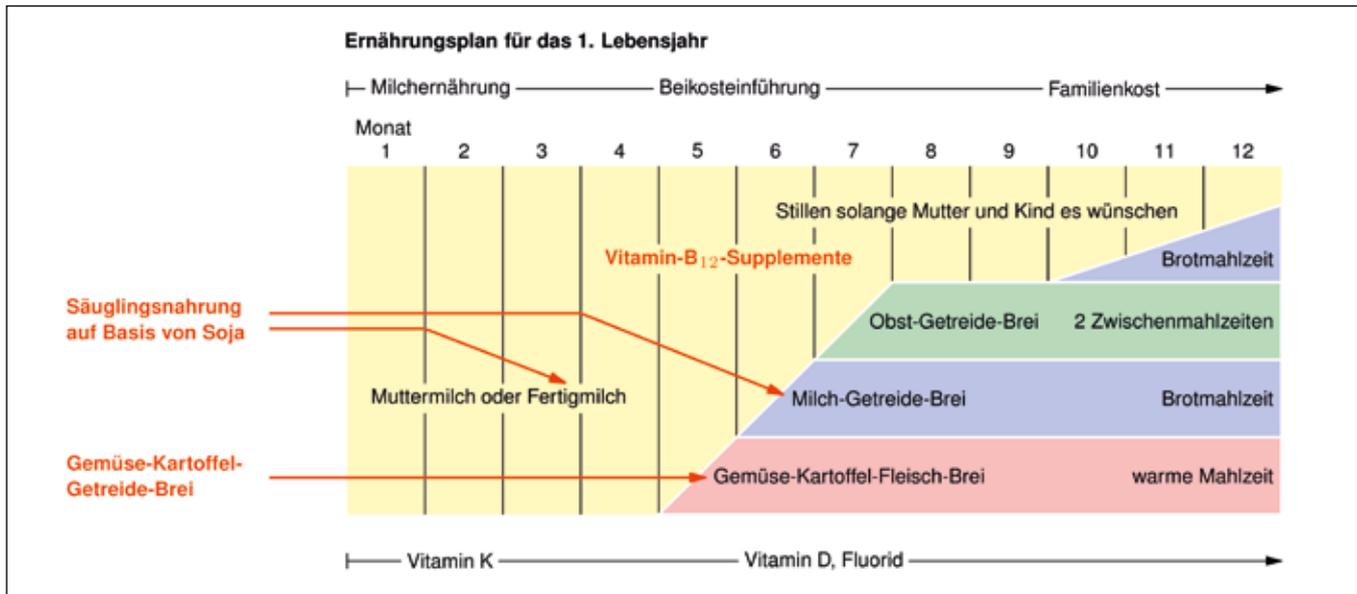


Abb. 1: Der „Ernährungsplan für das 1. Lebensjahr“ des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund (FKE) [3], modifiziert für eine vegetarische bzw. vegane Säuglingsernährung

Tab. 3: Rezept Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei für Säuglinge [2]

100 g Gemüse zusammen mit
50 g Kartoffeln in wenig Wasser dünsten und anschließend pürieren.
10 g Haferflocken und
20 g Obst(-saft/-püree) <sup>1</sup> zusammen mit
20 g Wasser und
8 g Rapsöl unterrühren.

<sup>1</sup> kommerzielle Obstgläschen sollten mit Vitamin C angereichert sein

mit 5-12 % angegeben [21]. Daher wird in den US-amerikanischen Dietary Guidelines bei vegetarischer/veganer Ernährung eine gegenüber einer omnivoren Ernährung um das 1,8-fache höhere Eisenzufuhr empfohlen [34].

Bei Säuglingen steigt unabhängig von der Ernährungsform bei ausschließlicher Muttermilchernährung das Risiko eines Eisenmangels ab dem vierten Lebensmonat [32]. Daher ist besonders bei vegetarisch/veganer Ernährung eine rechtzeitige Einführung von Beikost (frühestens mit Beginn des fünften und spätestens mit Beginn des siebten Lebensmonats [26]) sinnvoll.

Der für die Säuglingsernährung als erster Brei empfohlene Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei [6, 26] (Abb. 1) kann durch einen eisenreichen veganen Gemüse-Kartoffel-Getreide-Brei [2] ersetzt werden (Tabelle 3).

Bei Verwendung kommerzieller Gemüse-Getreide-Breie (vegetarische Menüs aus dem Gläschen) sollte dem Brei bei fehlendem Vitamin-C-Zusatz (Zu-

tatenliste) Vitamin-C-reicher Saft oder Vitamin-C-reiches Püree (ca. 2 Esslöffel pro Mahlzeit) zugesetzt werden.

Die unkontrollierte und dauerhafte Verwendung von mit Eisen angereicherten Lebensmitteln (z. B. Frühstückscerealien, Säfte) wird aufgrund des Risikos einer Überversorgung kritisch gesehen [7]. Auch Eisensupplemente sollten nur nach Diagnose eines Eisenmangels gegeben werden. Eine Supplementation mit Eisen während der Schwangerschaft verbessert den Eisenstatus des Säuglings nicht [14].

Der Eisenstatus von vegetarisch oder vegan ernährten Kindern sollte regelmäßig bzw. nach Bedarf kontrolliert werden, besonders bei den o.g. Risikogruppen oder Symptomen eines Eisenmangels. **Als Kontrollparameter bieten sich Ferritin und Hämoglobin an.** Allerdings ist darauf zu achten, dass Ferritin als Akute-Phase-Parameter unter anderem bei Entzündungen und Infektionen erhöht sein und somit ein Eisenmangel verschleiert werden kann. Die Diagnostik sollte bei Bedarf erweitert werden: u. a. Hämoglobin, Erythrozytenindices MCH und MCV, Transferrin, Transferrinsättigung und löslicher Transferrinrezeptor.

globin, Erythrozytenindices MCH und MCV, Transferrin, Transferrinsättigung und löslicher Transferrinrezeptor.

## Zink

**Gute pflanzliche Zinkquellen sind Vollkorngetreide, Pseudocerealien, Nüsse (auch Nussmuse) und Hülsenfrüchte.**

Ebenso wie bei Eisen verringert das in pflanzlichen Samen enthaltene Phytat die Absorption von Zink. Organische Säuren wie Zitronen- und Milchsäure (nicht aber Vitamin C) verbessern die Zinkresorption [39]. Verschiedene küchentechnische Verfahren verringern den Phytatgehalt (Tabelle 2).

## Langkettige n-3-Fettsäuren

Unabhängig von der Ernährungsform **sollten Pflanzenöle mit einem hohen Anteil n-3-Fettsäuren wie Rapsöl, Leinöl oder Walnussöl gegenüber Sonnenblumenöl oder Maiskeimöl mit ihrem hohen Anteil n-6-Fettsäuren bevorzugt werden.** Noch mehr als bei omnivoren Kostformen besteht bei vegetarischer und veganer Ernährung meist ein deutliches Übergewicht an n-6-Fettsäuren [11]. Weil die Umwandlung von  $\alpha$ -Linolensäure (ALA, n-3) in Docosahexaensäure (DHA, n-3) limitiert ist [19] und bei vegetarischer/veganer Ernährung fettreicher Fisch als Quelle für präformierte DHA entfällt, können mit DHA aus Mikroalgen angereicherte Pflanzenöle (z. B.

DHA-Leinöl) oder entsprechende Supplemente aus Mikroalgen verwendet werden [28], auch während Schwangerschaft und Stillzeit (Tabelle 4).

Bei ausschließlicher Milchernährung mit einer mit LC-PUFA angereicherten Milch ist eine weitere Supplementierung nicht notwendig [27]. Im Juli 2016 trat eine neue EG-Richtlinie in Kraft, die für Säuglingsmilchnahrung die bisher freiwillige Anreicherung mit DHA und Arachidonsäure (AA) vorschreibt, allerdings mit einer vierjährigen Übergangsfrist [12]. Bis dahin sind auch Produkte ohne Anreicherung mit LC-PUFA auf dem Markt.

**Protein**

**Proteinreiche pflanzliche Lebensmittel sind z. B. Hülsenfrüchte (Soja, Linsen, Bohnen, Erbsen, Kichererbsen), Vollkorngetreide und Nüsse.** Die Proteinqualität von pflanzlichen Proteinen ist geringer als bei tierischen Proteinen. Die Ausnahme ist Sojaprotein, das eine dem Milchprotein vergleichbare Proteinqualität aufweist [43].

Durch die Kombination verschiedener pflanzlicher Proteinquellen, z. B. Hülsenfrüchte (reich an Lysin) und Getreide (reich an Methionin), werden die jeweils limitierenden Aminosäuren komplementiert, sodass die Proteinqualität insgesamt verbessert werden kann. Dabei müssen diese Lebensmittel nicht unbedingt innerhalb einer Mahlzeit gegessen werden, eine über den Tag verteilte Kombination ist offenbar ausreichend [29]. Es gibt auch zahlreiche Gerichte, in denen beispielsweise Getreide und Hülsenfrüchte kombiniert werden (z. B. Vollkornspaghetti mit Linsensalade, Hafermüsli mit Sojamilch, Vollkornreis mit Linsensoße, Falafel mit Fladenbrot).

Da die Referenzwerte für Protein von der durchschnittlichen Proteinqualität bei omnivorer Ernährung ausgehen [13], scheint es sinnvoll, die Proteinzufuhr in der veganen Kinderernährung gegenüber den Empfehlungen zu erhöhen (plus 30-35 % bis zum Alter von zwei Jahren, plus 20-30 % im Alter von zwei bis sechs Jahren) [1, 33].

**Calcium**

**Pflanzliche Calciumquellen sind vor allem Nüsse oder Nussmuse und Hülsenfrüchte.** Einige pflanzliche Milch-

alternativen auf Soja-, Getreide- oder Nussbasis werden auf Höhe des Calciumgehalts von Milch (120 mg/100 g) angereichert. Calciumreiche Gemüsearten, die wenig absorptionshemmende Oxalsäure enthalten, sind z. B. Grünkohl, Pak Choi und Brokkoli. **Die Absorption von Calcium aus calciumreichem Mineralwasser (mind. 400 mg/l) oder mit Calcium angereicherten Fruchtsäften ist vergleichbar mit der Absorption aus Milch [1].**

**Vitamin B<sub>12</sub> (Cobalamin)**

**Mit pflanzlichen Lebensmitteln kann der Bedarf an Vitamin B<sub>12</sub> nicht gedeckt werden.** Daher müssen Veganer eine ausreichende Vitamin-B<sub>12</sub>-Versorgung über Supplemente, evtl. ergänzt durch angereicherte Lebensmittel, sicherstellen.

Da Vitamin B<sub>12</sub> erst nach Bindung an ein von den Zellen der Magenschleimhaut gebildetes Glycoprotein, den Intrinsic Factor (IF), absorbiert wird, gibt es ein Absorptionsmaximum von etwa 1,5 µg pro Mahlzeit [37]. Bei hohen Dosen wird Vitamin B<sub>12</sub> zwar auch per Diffusion (passive Resorption) entlang der Schleimhäute des Verdauungstrakts aufgenommen, dabei liegt die maximale Resorptionsrate aber nur bei etwa 1 % [29]. Mit der wiederholten Zufuhr von Vita-

min B<sub>12</sub> über den Tag verteilt, z. B. über ein Supplement zweimal täglich, wird daher eine insgesamt höhere Absorptionsquote erreicht als mit einer einzelnen höheren Dosis.

**Mit Vitamin B<sub>12</sub> angereicherte pflanzliche Lebensmittel sind beispielsweise einige Frühstückscerealien, pflanzliche Milch- oder Joghurtalternativen auf Basis von Soja, Nüssen oder Getreide sowie verschiedene Multivitamin-säfte [31].** Allerdings sind auch zahlreiche nicht mit Vitamin B<sub>12</sub> angereicherte Milchalternativen auf dem Markt (Zutatenliste!).

Besonders gefährdet für einen Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel sind voll gestillte Säuglinge von sich vegan ernährenden Müttern, die ihrerseits einen (teils subklinischen) Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel aufweisen. So zeigten sich bei Kindern schwerste Entwicklungsstörungen, Apathie, Blutbildungsstörungen, Gedeihstörungen sowie neurologische Symptome als Folge eines Vitamin-B<sub>12</sub>- Mangels. Insbesondere die neurologischen Befunde können teilweise irreversibel sein [30].

Um die Versorgung mit Vitamin B<sub>12</sub> schon pränatal sicherzustellen, sollten sich vegan ernährende Schwangere und Stillende Vitamin B<sub>12</sub> konsequent supplementieren (Tabelle 5), um die Versorgung des ungeborenen Kindes und einen aus-

**Tab. 4:** Zufuhrempfehlungen für DHA<sup>1</sup>

Schwangere, Stillende	200 mg DHA/Tag	[13, 27, 28, 41]
Säuglinge/Kleinkinder bis 24 Monate	100 mg DHA/Tag	[41]
Kleinkinder > 24 Monate bis 3 Jahren	250 mg DHA+EPA <sup>2</sup> /Tag	[41]

<sup>1</sup> Docosahexaensäure <sup>2</sup> Eicosapentaensäure

**Tab. 5:** Vorschlag der *Italian Society of Human Nutrition* zur Dosierung von Vitamin-B<sub>12</sub>-Supplementen<sup>1,2,3</sup> (modifiziert nach [1])

Alter	Mehrfachdosis pro Tag	Einzeldosis µg/Tag
6-12 Monate	2 x 1 µg	5
1-3 Jahre	2 x 1 µg	5
4-6 Jahre	2 x 2 µg	25
7-10 Jahre	2 x 2 µg	25
11-14 Jahre	3 x 2 µg	50
15-18 Jahre	3 x 2 µg	50
Schwangerschaft	3 x 2 µg	50
Stillzeit	3 x 2 µg	50

<sup>1</sup> bei vegetarischer incl. veganer Ernährung  
<sup>2</sup> nach Ansicht der Autoren sind möglicherweise höhere Dosen sinnvoll  
<sup>3</sup> die DGKJ empfiehlt „je nach Ausgangslage und Alter 5-25 µg/Tag“ [38]

reichenden Vitamin-B<sub>12</sub>-Gehalt in Muttermilch sicherzustellen.

Zur Sicherheit sollte der Vitamin-B<sub>12</sub>-Status zu Beginn sowie während Schwangerschaft und Stillzeit anhand von Holo-Transcobalamin (Holo-TC) und Methylmalonsäure (MMA) im Serum oder Plasma [20] überprüft werden.

Nach der Geburt sollten alle Säuglinge veganer Mütter ebenfalls Vitamin-B<sub>12</sub>-Supplemente bekommen (Tabelle 5) [1]. Hierfür haben sich insbesondere Vitamin-B<sub>12</sub>-Tropfen bewährt. Eine Obergrenze für die Zufuhr von Vitamin B<sub>12</sub> wurde nicht festgesetzt, da keine negativen Auswirkungen einer überhöhten Zufuhr bekannt sind [13,40,44].

**Für Erwachsene wurden eine mit Vitamin B<sub>12</sub> angereicherte Zahncreme sowie ein Zahngel (je 100 µg Vitamin B<sub>12</sub>/g) entwickelt (Santé bzw. Logocos) [42], die erfahrungsgemäß auch von Kindern und Jugendlichen gerne verwendet wird.** In einer doppelblinden, kontrollierten Studie verbesserte die zweimal tägliche Anwendung des Zahngels über einen Zeitraum von zwölf Wochen den

Vitamin-B<sub>12</sub>-Status von erwachsenen Veganern (42).

Auch bei Vegetariern war die Prävalenz einer Unterversorgung mit Vitamin B<sub>12</sub> deutlich höher als bei einer omnivoren Ernährung [17], sodass auch für vegetarisch ernährte Kinder die Einnahme entsprechender Supplemente sowie der gelegentliche Verzehr mit Vitamin B<sub>12</sub> angereicherter Lebensmittel ausdrücklich empfohlen werden kann.

Zur Sicherheit sollte der Vitamin-B<sub>12</sub>-Status von Kindern, insbesondere von Säuglingen, aus sich vegan ernährenden Familien regelmäßig überprüft werden. Allerdings ist Gesamt-Vitamin-B<sub>12</sub> im Serum ein später, relativ unsensitiver und unspezifischer und daher ungeeigneter Biomarker des Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangels. Holo-TC ist der früheste Laborparameter des Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangels und zeigt bereits die Entleerung der Vitamin-B<sub>12</sub>-Speicher, das heißt eine negative Vitamin-B<sub>12</sub>-Bilanz [20]. **MMA, die im Blut oder auch als nicht-invasiver Marker im Urin bestimmt werden kann [23], steigt bei intrazellulärem Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel an.**

**Ein erniedrigtes Holo-TC in Kombination mit erhöhtem MMA (und meist auch erhöhtem Homocystein) ist ein Indikator für einen metabolisch manifesten Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel [20].**

### Vitamin B<sub>2</sub> (Riboflavin)

Bei Mischkost bzw. vegetarischer Kost sind Milchprodukte ein mengenmäßig wichtiger Vitamin-B<sub>2</sub>-Lieferant. **Pflanzliche Quellen für Vitamin B<sub>2</sub> sind Hefeflocken, Nüsse, Ölsamen, Hülsenfrüchte, Grünkohl, Brokkoli und Vollkorngetreide.** Der Keimvorgang, beispielsweise bei Getreide, erhöht den Vitamin-B<sub>2</sub>-Gehalt [35]. Pflanzliche Milchalternativen auf Basis von Soja, Nüssen oder Getreiden wie Hafer oder Reis sind teilweise mit Vitamin B<sub>2</sub> in der Höhe des Gehalts von Kuhmilch (180 µg Vitamin B<sub>2</sub>/100 g) angereichert.

### Jod

**Meeresalgen sind eine gute pflanzliche Jodquelle.** Um eine überhöhte Jodzu-

fuhr zu vermeiden, sollten möglichst nur Produkte mit einem deklarierten Jodgehalt von < 20 mg/kg getrockneter Alge verwendet werden [9], z. B. die meisten Nori-Algen.

Nori wird auch in Flockenform angeboten, die eine gute Dosierung ermöglichen und beispielsweise über Salate, Suppen oder aufs Brot gestreut werden können. Hier sind auf dem Markt Produkte mit einem Jodgehalt von beispielsweise 15 mg/100 g Trockengewicht (z. B. Arche Nori-Flocken) erhältlich. Ein gehäufte Teelöffel entspricht dann etwa einem Gramm Alge bzw. 150 µg Jod. Alternativ gibt es auch Algen-Presslinge, z. B. aus Nori-Algen, mit einem definierten Jodgehalt. Zwar ist die Bioverfügbarkeit von Jod aus Algen variabel [8], allerdings zeigt eine Studie aus Großbritannien eine Verbesserung der Jodausscheidung nach Einnahme von Algenpräparaten bei einer geschätzten Bioverfügbarkeit von 33 % [10].

Meeresalgen weisen teilweise hohe Rückstände an Schwermetallen wie Blei, Cadmium und Arsen auf [4]. Bei einem Verzehr von 1 g Algen pro Tag werden die maximalen wöchentlichen Aufnahmemengen (*provisional tolerable weekly intake*, PTWI) der WHO/FAO für Schwermetalle jedoch auch von Kindern nicht erreicht.

Werden keine Algen verwendet, sollte die Jodversorgung über die Verwendung von Jodsupplementen erfolgen.

Zusätzlich sollten Veganer besonders darauf achten, mit Jodsalz hergestellte Produkte, z. B. Brot, zu verzehren und im Haushalt ein **jodiertes Speisesalz** zu verwenden. Meersalz hat nur dann einen relevanten Jodgehalt, wenn es angereichert wurde [15].

Schwangere und Stillende sollten Jod unabhängig von ihrer Ernährungsweise supplementieren (100-150 µg/Tag) [15].

Für kommerzielle Säuglingsnahrung ist eine Anreicherung mit Jod vorgeschrieben, für kommerzielle Beikostprodukte nicht. Bei Säuglingen sollte Jod supplementiert werden (50 µg/Tag), wenn die Beikost selbst hergestellt wird oder wenn nicht angereicherte kommerzielle Beikostprodukte (Zutatenliste!) verwendet werden [26].

### Säuglingsnahrungen auf Sojabasis

Säuglingsnahrungen auf Sojabasis unterliegen denselben gesetzlichen Re-

**Tab. 6:** Suchportale für qualifizierte Ernährungsberatungsfachkräfte [18]

Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) ( <a href="http://www.vdd.de">www.vdd.de</a> )
Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE) ( <a href="http://www.vdoe.de">www.vdoe.de</a> )
Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED) ( <a href="http://www.vfed.de">www.vfed.de</a> )
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater – QUETHEB e.V. ( <a href="http://www.quetheb.de">www.quetheb.de</a> )
Eine Liste der in veganer Vollwert-Ernährung fortgebildeten Ernährungsfachkräfte aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ist beim <i>Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB)</i> erhältlich.

gelungen wie Säuglingsnahrungen auf der Basis von Kuhmilch [12]. Die derzeit (Stand Anfang 2018) verfügbaren Produkte (Laktopriv von Töpfer und Humana SL von Humana) sind allerdings nicht mit LC-PUFA angereichert.

Eine Übersichtsarbeit mit Metaanalyse aus dem Jahr 2014 findet bei modernen Sojanahrungen keine negativen Effekte auf Wachstum, Hämoglobin, Serum-Protein, Zink und Calcium sowie Knochenmineralstoffgehalt. Auch wenn Serumwerte und Urinausscheidung von Isoflavonen bei mit Sojanahrung gefütterten Kindern höher waren als bei gestillten bzw. mit Säuglingsmilchnahrung gefütterten Säuglingen, gab es keine klare Evidenz für negative Auswirkungen auf reproduktive bzw. endokrine Funktionen [47]. Die DGKJ nennt sojabasierte Säuglingsnahrungen als zusätzliche Nährstoffquelle auch über das Säuglingsalter hinaus [38].

Pflanzliche Milchalternativen oder selbsthergestellte pflanzliche Milchgetränke sind nicht als Flaschnahrung für Säuglinge geeignet. Unabhängig von der Ernährungsform sollte auf die Bedeutung des Stillens, insbesondere für die Nährstoffzufuhr, hingewiesen und ausdrücklich dazu geraten werden.

### Laborkontrollen

Es gibt keine generellen Empfehlungen für die Überprüfung der nutritiven Versorgung vegetarisch oder vegan ernährter Kinder anhand von Laborparametern. Grundlage sind regelmäßige pädiatrische Vorstellungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen mit Kontrolle von Wachstum und Entwicklung. Je nach Informationsgrad der Eltern und gegebenenfalls durchgeführter Supplementierung ist das individuelle Risiko zu ermitteln, um anschließend die notwendigen Untersuchungen abzuschätzen.

Eine eingehende Beratung zur korrekten Supplementierung (z. B. von Vitamin B<sub>12</sub>) und zur Ernährung ist bereits vor oder so früh in der Schwangerschaft wie möglich zu empfehlen.

Kontrollen hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung sind in erster Linie bei Vitamin B<sub>12</sub> sinnvoll. Weitere mögliche Ziele einer regelmäßigen Kontrolle ist der Status von Eisen, Zink und Jod.

Für die ausreichende Versorgung des ungeborenen Kindes und des gestillten Säuglings ist die Versorgung der Mutter von entscheidender Bedeutung. Im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge erfolgen routinemäßig Blutentnahmen. Diese sollten zumindest zu Beginn und am Ende der Schwangerschaft bei sich vegan ernährenden Frauen um folgende Werte ergänzt werden: Ferritin, Transferrin, Transferrinsättigung, Zink (Vollblut), Holo-TC und MMA. Der TSH-Wert (Thyreoidea stimulierendes Hormon) wird routinemäßig kontrolliert, stellt jedoch einen unsensiblen Parameter der Jodversorgung dar (siehe oben).

Bei ausschließlich gestillten Säuglingen gut informierter Eltern und ausreichender Vitamin-B<sub>12</sub>- und ggf. Jod-Supplementierung von Mutter und Kind halten **wir Kontrollen von Holo-TC und Ferritin beim Kind am Ende des sechsten und zwölften Lebensmonats für ausreichend**. Werden nur diese beiden Parameter angefordert, ist eine kapilläre Abnahme möglich. Eine Probenmenge von 500 µl kann hierfür ausreichend sein. Dieselbe Empfehlung gilt auch für Säuglinge, die mit kommerzieller Säuglingsnahrung auf Sojabasis ernährt werden. Voraussetzung für dieses restriktive Kontrollverhalten ist ein normales Gedeihen und eine unauffällige neurologische Entwicklung des Kindes. Anschließend sollten diese Werte unter Fortführung einer adäquaten Supplementierung alle ein bis zwei Jahre erfolgen.

Wird der Eisenstatus ausschließlich mittels Ferritin überprüft, ist auf die Einschränkungen dieses Parameters zu achten (siehe oben).

Befolgt die stillende Mutter die Empfehlungen zur Jodzufuhr bzw. -supplementierung in der Schwangerschaft und Stillzeit und wird das Kind später ausreichend mit Jod (Supplementierung bei selbst hergestellter Beikost, später jodiertes Speisesalz, Algen) versorgt, kann auch aufgrund der problembehafteten Diagnostik auf weitere Kontrollen der Jodversorgung verzichtet werden.

### Fazit für die Praxis

Eine vollwertige vegetarische oder vegane Ernährung für Säuglinge, Kinder und Jugendliche sollte ausreichend Vollkorngetreide, Hülsenfrüchte, Nüsse und Ölsaaten für die Zufuhr von Protein, Eisen, Zink und Vitamin B<sub>2</sub> beinhalten. Besonders bei veganer Ernährung kann die Calciumzufuhr u. a. durch calciumreiches Mineralwasser und mit Calcium angereicherten pflanzlichen Milchalternativen verbessert

werden. Mit DHA angereicherte Pflanzenöle können einen erheblichen Beitrag zur DHA-Versorgung leisten. Bei veganer Ernährung muss auf eine sichere Vitamin-B<sub>12</sub>-Quelle in Form von Supplementen, evtl. ergänzt durch angereicherte Lebensmittel und Vitamin-B<sub>12</sub>-Zahncreme, geachtet werden. Aufgrund des hohen Risikos für Folgeschäden sollte vor allem der Vitamin-B<sub>12</sub>-Status von vegan ernährten Kindern regelmäßig überprüft werden.

Bei Zweifel an einer ausreichenden Supplementierung oder adäquaten Umsetzung einer gut geplanten veganen Ernährung des Kindes sollten weitere Beratungen der Eltern und ergänzende Kontrollen erfolgen. Die Einbeziehung einer zertifizierten Ernährungsfachkraft [18] (ÖkotrophologIn/DiätassistentIn/DiätologIn) mit entsprechender Fortbildung zu vegetarischen bzw. veganen Ernährungsformen ist empfehlenswert (Tabelle 6).

*Literatur bei den Verfassern*

#### **Korrespondenzanschrift:**

*Dr. oec. troph. Ute Alexy*

*Universität Bonn*

*Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften (IEL)*

*DONALD Studie*

*Heinstück 11, 44225 Dortmund*

*Tel.: 0231 79 22 10 16*

*E-Mail: alexy@uni-bonn.de*

#### **Interessenskonflikte:**

*Dr. Ute Alexy und Prof. Markus Keller leiten die VeChi-Diet-Studie, die von der Erna-Graff-Stiftung finanziert wird, sowie die VeChi-Youth-Studie, die vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) über die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) finanziert wird. Prof. Markus Keller ist ehrenamtliches Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Vegetarierbund Deutschland e.V. sowie der Albert Schweitzer Stiftung für unsere Mitwelt, außerdem freiberuflich als Seminarleiter für den Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung (UGB e. V.) tätig. Dr. Simon Straub gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Red.: Keller*

# Die Tuberöse Sklerose – Entwicklung zu einer im Kindesalter behandelbaren Erkrankung

*Auf einem Treffen der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe am 25. März 1862 stellte Friedrich Daniel von Recklinghausen den Fall eines Neugeborenen vor, das nach wenigen Atemzügen verstarb. Mehrere Tumore wölbten sich von der Herzoberfläche hervor, einer der „Myomata“ genannten Tumore war taubeneigroß. Kurz fügte von Recklinghausen hinzu, dass das Gehirn des Säuglings zahlreiche „Sklerosen“ enthielt. Er beschrieb so erstmals mehrere der bei der Tuberösen Sklerose (TSC) auftretenden pathologischen Läsionen.*



**Dr. med.  
Timo Roser<sup>1,2,3</sup>**

**Dr. med.  
Michaela V. Bonfert<sup>1,2</sup>**

**Prof. Dr. med.  
Ingo Borggräfe<sup>1,2,4</sup>**

1 LMU, Klinikum der Universität München, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Hauner'schen Kinderspital, Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie, Soziale Pädiatrie

2 LMU, Zentrum für komplexe und chronisch kranke Kinder – iSPZ Hauner

3 Tuberöse Sklerose Zentrum München, Bereich Kinder, Lindwurmstraße 4, 80337 München

4 Interdisziplinäres Epilepsiezentrum, LMU, Klinikum der Universität München

Die TSC gehört zur Gruppe der neurokutanen Syndrome (Phakomatosen). Es handelt sich um eine autosomal-dominant vererbte Erkrankung mit einer Häufigkeit von 1:5.000 bis 1:10.000 mit einem sehr variablen klinischen Erscheinungsbild. Ursächlich sind pathogene Veränderungen in den Genen *TSC1* oder *TSC2*. Viele Betroffene und ihre Familien sind am meisten belastet durch die – nicht zu den Diagnosekriterien zählenden, aber im Zusammenhang mit der TSC zu sehenden – epileptischen Anfällen und neuropsychiatrischen Störungen.

## Diagnosestellung

Die Diagnose einer TSC kann klinisch gestellt werden, wenn bestimmte Merkmale vorliegen (s. Abb. 1).

Die charakteristischen hypopigmentierten Stellen („white spots“) der Haut oder in Form weißer Büschel der Kopfhare oder Augenbrauen, sind häufig bereits beim Neugeborenen zu sehen. Sie können neben den teilweise beim Pränatalschall auftauchenden kardialen Rhabdomyomen zu einer frühen, d.h. präsymptomatischen TSC-Diagnose führen (s. Abb. 2).

Da alle Menschen mit einer pathogenen Veränderung in den Genen *TSC1* oder *TSC2* auch klinische Zeichen einer TSC entwickeln (100%ige Penetranz), kann die Diagnose auch rein molekular-genetisch gestellt werden.

## Fokus Hamartome

Es kommt durch Mutation der Tumorsuppressor-Gene *TSC1* oder *TSC2* zur Bil-

dung von Hamartomen. Dabei ist das Auftreten der Tumore in den hauptsächlich betroffenen Organen Herz, Haut, ZNS, Nieren und Lungen stark altersabhängig.

- Die kardialen Rhabdomyome schrumpfen bei den allermeisten TSC-Patienten im Säuglingsalter. Ist dies einmal nachgewiesen, sind weitere echokardiographische Kontrollen entbehrlich; EKGs sollten aber weiter alle drei bis fünf Jahre durchgeführt werden, da Arrhythmien auch später noch auftreten können.<sup>1</sup>
- Angiomyolipome der Nieren treten hingegen jenseits des Säuglingsalters auf. Erstmals werden sie in einem medianen Alter von elf Jahren gesehen, allerdings können sie in seltenen Fällen auch schon im frühen Kindesalter symptomatisch werden. Ihre Häufigkeit und Größe nimmt mit dem Alter zu. Bei allen Patienten mit TSC sollte daher einmal jährlich eine Nierenultraschalluntersuchung erfolgen. Fettarme Angiomyolipome können der sonographischen Darstellung entgehen, sodass bei >11-jährigen sowie Patienten mit Angiomyolipomen >2 cm ein MRT der Nieren empfohlen wird.<sup>2</sup>

## Fokus Epilepsie

Mehr als vier von fünf Patienten mit TSC entwickeln eine Epilepsie, 2/3 bereits im ersten Lebensjahr. Die epileptischen Anfälle haben ihren Ursprung in den kortikalen Dysplasien (früher kortikale Tubera genannt), sie werden *nicht* durch die subependymalen Knötchen ausgelöst. Dabei gilt das frühe Auftreten einer Epi-

leptie als der wesentliche Vorbote einer insgesamt ungünstigen kognitiven Entwicklung. Insgesamt entwickeln mehr als die Hälfte der TSC-Patienten im Verlauf eine therapierefraktäre Epilepsie.

Die geistige Entwicklung wird zusätzlich beeinträchtigt, wenn infantile Spasmen auftreten. Die infantilen Spasmen sistieren bei den allermeisten TSC-Patienten rasch auf eine antiepileptische Therapie mit Vigabatrin. Die Eltern der Betroffenen sollten daher unbedingt über das Aussehen der infantilen Spasmen (= BNS-Anfälle) aufgeklärt werden, um eine möglichst frühe Behandlung sicher zu stellen. Vigabatrin gilt bei TSC-Patienten außerdem auch bei fokalen Anfällen im ersten Lebensjahr als Antiepileptikum der ersten Wahl.

Das Risiko für das Auftreten irreversibler Gesichtsfeldausfälle als signifikante

Nebenwirkung der Vigabatrin-Therapie steigt mit zunehmender Therapiedauer an und wird ab einer Behandlungszeit von über einem Jahr relevant.

**Studienlage:**

In einer Aufsehen erregenden offenen Studie wurde bei Säuglingen mit bekannter TSC alle sechs Wochen ein EEG abgeleitet; beim Auftreten epileptiformer Aktivität wurde eine präventive Therapie mit Vigabatrin begonnen. Im Vergleich zu einer „Standardgruppe“, bei der eine Therapie mit Vigabatrin erst nach dem Auftreten epileptischer Anfälle eingeleitet wurde, zeigten die präventiv behandelten Kinder ein signifikant besseres Outcome: im Alter von 24 Monaten waren 93% von ihnen anfallsfrei, während dies in der Standardgruppe nur 35% waren. Darüber hinaus zeigten von den präventiv behandelten TSC-Patienten 14% im Alter von zwei Jahren eine Intelligenzminderung (alle leichter Ausprägung) im Vergleich zu 48% in der Standardgruppe (davon 2/3 min-

destens mittelgradig).<sup>7</sup> Dabei besteht keine Gefahr, Kinder „umsonst“ zu behandeln, da nachgewiesen werden konnte, dass alle Kinder mit epileptiformer Aktivität im EEG auch Anfälle im weiteren Verlauf entwickeln. Diese traten mit einer durchschnittlichen Latenz von zwei Monaten auf.<sup>8</sup>

Es bleibt festzuhalten, dass alle Kinder mit Tuberöser Sklerose neuropädiatrisch betreut und die Möglichkeit einer vorbeugenden antiepileptischen Therapie bei epilepsietypischer Aktivität im EEG auf Grund der aktuellen Studienlage (siehe Kasten) mit der Familie diskutiert werden sollte.

**Fokus SEGA**

Neben den kortikalen Dysplasien treten bei 80% der TSC-Patienten subependymale Knötchen auf, die sich häufig zwischen Seiten- und drittem Ventrikel bilden; wenn sie wachsen, können sie als subependymales Riesenzellastrozytom (SEGA) zu einem akut lebensbedrohli-

**Hauptmerkmale**

- Angiofibrome (≥3) oder fibröser Stirnplaque
- Kardiale Rhabdomyome
- Kortikale Dysplasien
- Hypopigmentierte Flecken der Haut (≥3; ≥5 mm Durchmesser)
- Lymphangiomeiomyomatose (LAM)
- multiple Netzhauthamartome
- Angiomyolipome der Nieren
- Pflasterstein-Naevus (Shagreen Patch)
- Subependymales Riesenzellastrozytom (SEGA)
- Subependymale Knötchen (SENs)
- Nagelfalzfibrome (≥2)

**Nebenmerkmale**

- „Konfetti“-läsionen der Haut (zahlreiche 1 bis 3 mm große hypopigmentierte Flecken)
- Zahnschmelzdefekte (>3)
- Intraorale Fibrome (≥2)
- multiple Nierenzysten
- Hamartome außerhalb der Nieren
- achromatische Netzhautflecken

**Genetik**

Molekulargenetischer Nachweis einer heterozygoten pathogenen Veränderung in den Genen *TSC1* oder *TSC2*

**Abb. 1.:** Diagnosekriterien der Tuberösen Sklerose<sup>6</sup>: Eine TSC ist nachgewiesen bei Vorliegen von (1) mind. 2 Hauptmerkmalen oder (2) 1 Haupt- und mind. 2 Nebenmerkmalen oder (3) Nachweis einer pathogenen Mutation in *TSC1* oder *TSC2*.



**Abb. 2:** Hautzeichen der Tuberösen Sklerose. Fibröser Stirnplaque und faciales Angiofibrom (oben links); Pflastersteinnävus (Chagrinhaut) (oben rechts); hypomelanotische Flecken („ashleaf spots“, ein Escheblatt im Einschub) (unten rechts); hypomelanotische Flecken können auch die Haare betreffen (unten links).

chen Hydrocephalus führen. Daher sollte bei allen Kindern und Jugendlichen nicht nur bei Diagnosestellung, sondern auch danach alle zwei bis drei Jahre ein MRT des Gehirns angefertigt werden.

## Fokus TAND

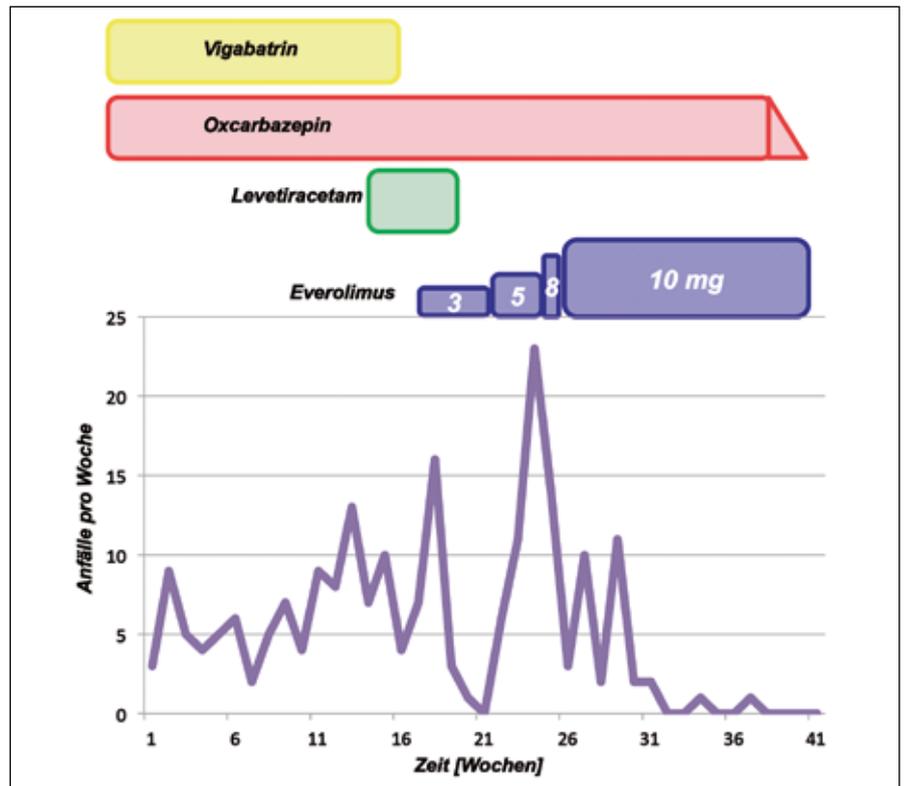
TSC-Patienten leiden gehäuft an vielfältigen neuropsychiatrischen Erkrankungen, die unter dem Begriff TAND zusammengefasst werden (TSC-associated neuro-psychiatric disorders). Hierzu zählen neben Lernstörungen und Intelligenzminderung auch ADHS, Angststörungen und Autismus. 40-50 % der TSC-Patienten leiden an einer Autismus-Spektrum-Störung, das Risiko ist bei Intelligenzgeminderten Kindern mit TSC noch erhöht. Aber auch von den TSC-Kindern mit durchschnittlicher Intelligenz sind 1/3 überaktiv, ruhelos und impulsiv und 50 % haben eine Schlafstörung. Bei Patienten mit TSC sollte daher mind. einmal jährlich das Vorliegen von TAND abgefragt werden. Eine psychologische/kognitive Diagnostik sollte frühkindlich sowie jeweils im Vorschul-, Grundschul- und Jugendlichenalter erfolgen.

## Behandlung mit Everolimus

Die Aktivierung des mTOR-Signalwegs führt im Körper zu Zellüberleben, Wachstum und Proliferation. Hamartin und Tuberin, die von *TSC1* und *TSC2* kodierten Proteine, regulieren beim Gesunden die Aktivität dieses Signalwegs und wirken so als Tumorsuppressorgene. Bei der TSC fehlt diese Hemmung, sodass es zur Bildung von Hamartomen kommt. Die Medikamente Everolimus und Sirolimus wirken als mTOR-Inhibitoren und setzen so spezifisch am Entstehungsort der Tuberösen Sklerose an.

### Studienlage:

In großen Studien (EXIST-1 und EXIST-2) wurde nachgewiesen, dass Everolimus zu einer Größenminderung von SEGAs des ZNS und renalen Angiomyolipomen führt.<sup>3</sup> EXIST-3, eine randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte Studie untersuchte die Wirksamkeit von Everolimus auf therapierefraktäre Epilepsien bei TSC.<sup>4</sup> Nach einer Therapiedauer von 18 Wochen sprachen 28 % (niedriger Everolimus-Zielspiegel) bzw. 40 %



**Abb. 3:** Fallvignette. Im Alter von 2 Monaten traten bei dem Jungen erstmals fokale epileptische Anfälle auf. Vereinzelt wurden white Spots gesehen, im cMRT kortikale Dysplasien und subependymale Knötchen. Die Diagnose Tuberöse Sklerose wurde gestellt. Unter Vigabatrin, Oxcarbazepin und Levetiracetam im Verlauf zunehmend häufigere epileptische Anfälle. Im Alter von 12 Monaten wurde zusätzlich zu Oxcarbazepin mit Everolimus begonnen, was zu einer anhaltenden und nachhaltigen Anfallsreduktion führte, jedoch nicht zu Anfallsfreiheit führte. Mit freundl. Genehmigung © I. Borggräfe & T. Roser, alle Rechte vorbehalten.)

(höherer Zielspiegel) auf die Behandlung an verglichen mit 15 % in der Placebogruppe (definiert als Reduktion der Anfälle um mindestens die Hälfte). Anfallsfreiheit war jedoch lediglich bei 5 % (niedriger) bzw. 4 % (hoher Everolimus-Zielspiegel) zu erzielen. Der Rückgang der Anfallsfrequenz verstärkte sich bei längerer Einnahme des Everolimus über zwei Jahre. Häufigste Nebenwirkungen unter der Medikation waren eine Stomatitis, Diarrhoe, Fieber und Infekte der oberen Atemwege, an schwereren Nebenwirkungen wurden Neutropenien und Pneumonien berichtet. Die Stomatitis war auch der häufigste Grund für eine Beendigung der Everolimus-Behandlung. Bei TSC-Patienten im Alter von 6-21 Jahren hatte eine Everolimus-Behandlung über sechs Monate keinen signifikanten Effekt auf die assoziierten neuropsychiatrischen Störungen wie Intelligenzminderung und Verhaltensstörung.<sup>5</sup>

Everolimus ist zur Behandlung renaler Angiomyolipome im Erwachsenenalter, subependymaler Riesenzellastrozytome von Geburt an sowie seit 2017 zur Behandlung therapierefraktärer Epilepsien bei Tuberöser Sklerose ab einem Alter von zwei Jahren zugelassen (s. Abb. 3). Unter Everolimus müssen regelmäßig der Talspiegel, Differenzialblutbild, Kreatinin, Harnstoff und Glucose kontrolliert werden. Lebendimpfungen sollen unter der Behandlung vermieden werden. Die Behandlung eines Kleinkindes mit Everolimus kostet jährlich zwischen 40 000 und 60 000 Euro.

## Fazit für die Praxis

- Die Tuberöse Sklerose ist eine chronische Erkrankung mit sehr variablem Erscheinungsbild, die auch bei klinisch günstigem Verlauf regelmäßige pädiatrische & neuropädiatrische Verlaufskontrollen erfordert.
- Auch asymptotische Kinder mit TSC benötigen von Geburt an eine

neuropädiatrische Betreuung, sinnvollerweise in einem Tuberöse Sklerose Zentrum.

- Beim Auftreten epileptiformer Aktivität im EEG kann eine prophylaktische Behandlung mit Vigabatrin sinnvoll sein.
- Eine früh auftretende Epilepsie ist ein entscheidender Risikofaktor für die kognitive Entwicklung.
- Eine geringe oder hohe Krankheitslast in einem Organsystem lässt keine Rückschlüsse darauf zu, wie schwer andere TSC-assozierte Veränderungen ausgeprägt sind (z.B. Auftreten eines lebensbedrohlichen SEGAs möglich trotz fehlender Epilepsie!).
- Durch die Therapie mit Everolimus steht eine ursachenspezifische Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung mit nachgewiesener Wirksamkeit gegen Angiomyolipome der Nieren, SEGAs des Gehirns und Epilepsien.



Zertifiziertes Tuberöse Sklerose Zentrum für Kinder und Jugendliche

### TSC Zentrum München

Im Tuberöse Sklerose Zentrum München werden seit vielen Jahren Patienten interdisziplinär betreut. Ansprechpartner für Kinder ist Dr. Timo Roser, der im iSPZ des Dr. von Haunerschen Kinderspitals eine Ambulanz für Kinder mit TSC führt.

- Ein Effekt von Everolimus auf neuropsychiatrische Störungen wie z.B. Intelligenzminderung oder Autismus konnte bei 6-21-jährigen **nicht** nachgewiesen werden; offen ist, ob ein früherer Behandlungsbeginn einen günstigen Einfluss auf Kognition und Verhalten haben könnte.
- Das optimale Zeitfenster für eine Everolimus-Therapie muss noch gefunden werden.

Literatur beim Verfasser

#### **Korrespondenzanschrift:**

Dr. med. Timo Roser

iSPZ Hauner

Lindwurmstraße 4, 80337 München

E-Mail: [timo.rosler@med.uni-muenchen.de](mailto:timo.rosler@med.uni-muenchen.de)

Telefon: 089 / 5527 340

#### **Interessenkonflikt:**

Die Autoren erklären, dass kein

Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Heinen

## Highlights aus Bad Orb

# Wie geht es unseren chronisch kranken Kindern?

*Eine Bestandsaufnahme von Kindernetzwerk e.V. // Aufschlüsse hierüber lieferte zuletzt vor allem die große Kindernetzwerk-Studie 2014/2015 über die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen in Deutschland. Für den Herbstkongress in Bad Orb 2017 und – nochmals aufbereitet für den „Kinder- und Jugendarzt“ – sind diese Daten nun erstmals speziell im Hinblick auf chronisch kranke Kinder ausgewertet worden.*



**Raimund Schmid**

Insgesamt haben 1.567 Personen die Umfrage vollständig abgeschlossen. 60 Prozent gehörten Eltern-Selbsthilfereinigungen zu chronischen Krankheitsbildern an.

Teilnehmer an der Studie		
Mutter	1361	86,8%
Vater	165	10,4%
Pflegeeltern	25	1,6%
Sonstige	19	1,2 %

Im Folgenden werden vier der gerade für Eltern chronisch kranker Kinder wichtigsten Ergebnisse dargestellt (siehe Abb. 1).

### 1. Information und Beratung zur Erkrankung/Behinderung des Kindes unzureichend

Zusammengefasst ergeben sich daraus doch sehr ernüchternde Ergebnisse:

- 46 Prozent fühlten sich demnach schlecht oder eher schlecht informiert, 54 Prozent gut oder eher gut.
- Für 63 Prozent war die erhaltene Information eher nicht ausreichend. Für 37 Prozent ausreichend oder eher ausreichend.
- 68 Prozent wurden nicht auf mögliche Hilfen oder Hilfsangebote zur Versorgung ihres Kindes hingewiesen.
- 73 Prozent blieben zudem psychologische Unterstützungsmöglichkeiten versagt.

#### Bewertung der Ergebnisse

Auch wenn man einschränkend in Betracht ziehen muss, dass Eltern nicht immer tatsächlich alle Informationen

von fachlicher Seite auch tatsächlich aufnehmen, ist das Ergebnis niederschmetternd.

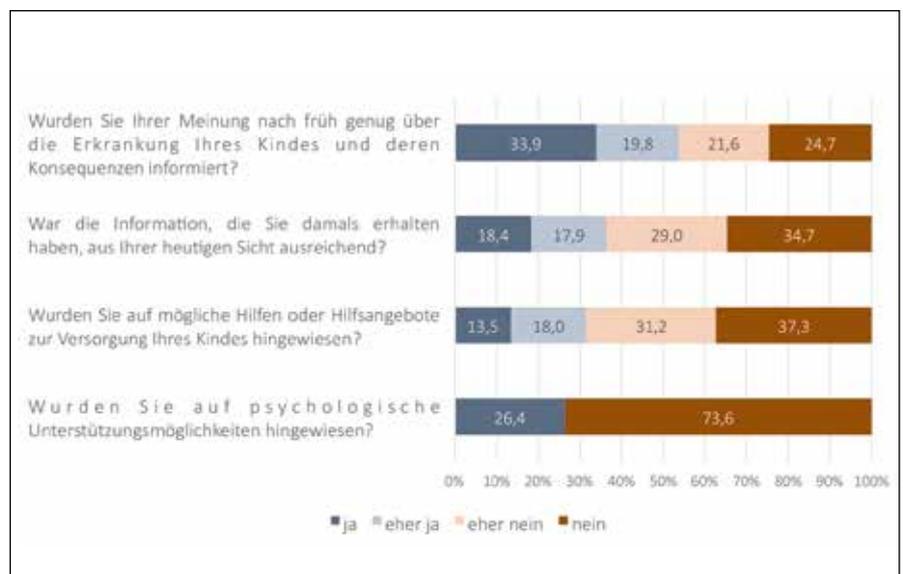
### 2. Soziale Belastungen: Familien mit organisch kranken Kindern schneiden noch am besten ab (Tab. 1)

Erläuterungen zur Eingruppierung der Krankheiten in diese vier Komplexe:

Unter den primär organisch chronischen Erkrankungen wurden unter anderem erfasst: Diabetes, weitere seltene Stoffwechselerkrankheiten, chronisch herzkranken Kinder, Morbus Crohn

Primär körperliche Behinderungen: Spina bifida, seltene Syndrome, die pri-

**Abb. 1**



Tab. 1: Aufteilung in vier Erkrankungs- und Behinderungskomplexe (Antwort „Trifft zu“, in Prozent)

	primär organisch chronische Erkrankungen	primär körperliche Behinderungen	primär geistige Behinderungen	Mehrfachbehinderungen (geistig und körperlich)
Die Leute in der Nachbarschaft meiden uns wegen der Krankheit unseres Kindes.	8,9	10,7	43,2	37,3
Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das kranke Kind aufpasst.	14,2	13,5	36,6	35,7
Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.	11,1	14,7	33,1	41,0
Die Pflege meines kranken Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für mich und die anderen Familienmitglieder habe.	11,5	16,9	34,1	37,5
Unsere Familie muss aufgrund der Krankheit meines Kindes auf einige Dinge (z.B. Besuche, kulturelle Veranstaltungen, Hobbys) verzichten	10,6	17,8	33,6	38,1

mär mit Körperbehinderungen assoziiert sind.

Primär geistige Behinderungen: u.a. Down-Syndrom, Epilepsie.

Mehrfachbehinderungen: Rett Syndrom und viele weitere seltene Krankheiten mit körperlicher und geistiger Symptomatik.

**Bewertung der Ergebnisse**

Die gesellschaftliche Akzeptanz von organisch kranken Kindern ist noch am besten. So gaben drei- bis viermal so viele Familien mit geistig behinderten Kindern im Vergleich zu Familien mit organisch chronisch kranken Kindern an, die Nachbarschaft würde sie wegen der Krankheit

des Kindes meiden. Auch Familie und Freunde reduzieren die Kontakte, wenn das Kind eine Behinderung hat.

**3. Kenntnisse über die Sozialgesetze sind höchst unzureichend**

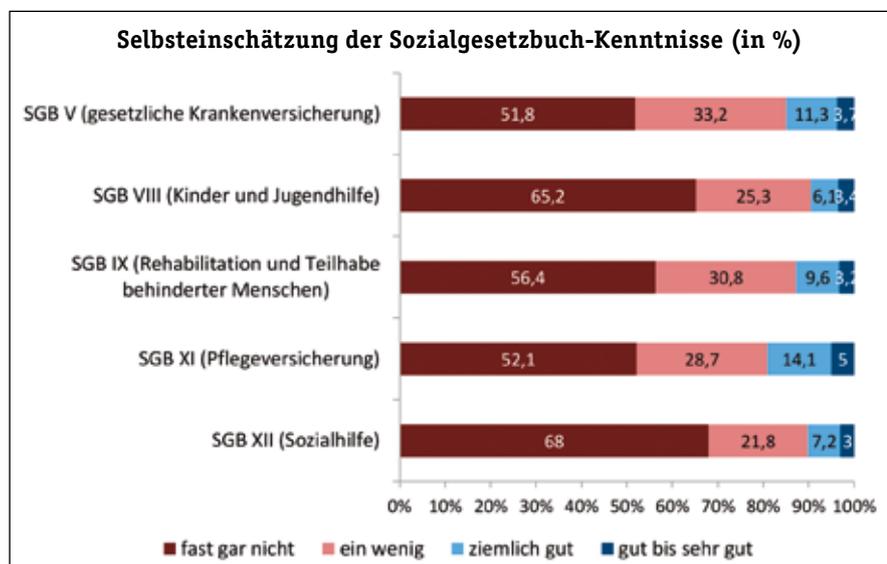
**Bewertung der Ergebnisse**

- Im Schnitt kennen sich 59 Prozent „fast gar nicht“ und 28 Prozent nur „ein wenig“ mit den für sie relevanten fünf Gesetzen aus.
- Sage und Schreibe 37 Prozent (!) aller befragten Familien beantragen aufgrund dieser Intransparenz und der sehr hohen bürokratischen Hürden in

der Verwaltung nicht die Leistungen, die ihnen gesetzlich eigentlich zustehen. Keine guten Voraussetzungen für die politisch und gesellschaftlich angestrebte Teilhabe.

- 60 Prozent sagen, sich fast gar nicht oder nur ein wenig mit medizinischen Therapien auszukennen
- besonders gravierend ist es aber, dass 47 Prozent „fast gar nichts“ und 30,5 Prozent „nur ein wenig“ über die Möglichkeiten der Familienentlastung wissen. Das zieht sich über grundsätzlich alle Bildungsschichten hinweg. Richtig gut kennen sich eigentlich nur diejenigen Eltern aus, die auch beruflich mit der Materie befasst sind.

Abb. 2



**4. Familiäre Belastungen sind zum Teil immens**

Die Belastungen im Alltag fallen in betroffenen Familien sehr unterschiedlich aus. Die Hälfte aller befragten Familien ist ständig übermüdet oder abgespannt. Nur bei 17 Prozent aller Eltern trifft dies überhaupt nicht zu. Das sind schon alarmierende Daten! Kein Wunder, dass sich dann auch 60 Prozent aller befragten Familien darüber beklagen, dass jemand gar nicht oder kaum versteht, unter welcher ungeheurer Belastung betroffene Eltern im Alltag stehen. Fast jedes zweite Elternteil (zumeist die Mütter) mussten ihre Arbeitszeit verkürzen, um genug Zeit für die Betreuung des chronisch kranken Kindes zu haben. Bei jeder fünften Familie

**Tab. 2:** Und hier alle Ergebnisse im Detail – tabellarisch aufgeschlüsselt

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam (n=1.336)	47,5	40,3	7,3	4,9
Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz ‚normales‘ Kind (n=1.439)	46,6	44,3	6,3	2,9
Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das kranke Kind aufpasst (n=1.285)	35,6	27,3	15,4	21,6
Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um mein krankes Kind kümmern muss (n=1.169)	35,1	27,0	16,3	21,6
Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher (n=1.367)	30,1	41,1	16,5	12,3
Wegen der Krankheit wollte ich bzw. will ich keine weiteren Kinder bekommen (n=1.216)	29,8	16,2	12,0	42,0
Die Fahrten zu Ärzten, Therapeuten oder ins Krankenhaus sind eine Belastung für mich (n=1.412)	27,3	39,0	24,4	9,2
Ich habe wegen der Krankheit meines Kindes aufgehört zu arbeiten (n=1.196)	24,4	11,6	10,6	53,3
Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss (n=1.400)	23,6	35,7	27,0	13,7
Unsere Familie muss aufgrund der Krankheit meines Kindes auf einige Dinge (z.B. Besuche, kulturelle Veranstaltungen, Hobbys) verzichten (n=1.394)	23,5	30,1	24,4	22,1
Wegen der Krankheit unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener (n=1.363)	19,9	24,0	20,7	35,4
Aufgrund der Krankheit meines Kindes bin ich ständig übermüdet und abgespannt (n=1.396)	17,8	32,6	32,8	16,8
Die Krankheit verursacht der Familie finanzielle Probleme (n=1.370)	13,3	23,3	31,2	32,3
Die Pflege meines kranken Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für mich und die anderen Familienmitglieder habe (n=1.367)	11,3	32,3	37,2	19,2
Um die medizinischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig (n=1.236)	9,0	12,5	24,9	53,6
Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein krankes Kind gut ist (n=1.354)	7,0	14,4	31,3	47,3
Die Leute in der Nachbarschaft meiden uns wegen der Krankheit unseres Kindes (n=1.319)	3,4	9,8	22,8	64,0

ist schließlich zusätzliches Einkommen nötig, um auf Dauer die medizinischen Kosten voll decken zu können.

Andererseits beklagen aber „nur“ 13 Prozent der Eltern, dass Nachbarn sie wegen der Erkrankung ihres Kindes meiden. Und über 90 Prozent aller Eltern behandeln ihr Kind im Alltag so, als wäre es ein ganz „normales Kind“. Nicht alle Daten sind also so ernüchternd, wie man das vielleicht im Vorfeld vermutet hätte (siehe Tab. 2).

### Fazit und politische Schlussfolgerungen

Welche Erkenntnisse müssen nun aus all diesen und vielen weiteren hier nicht explizit genannten Erkenntnissen gezogen werden? Vor dem Hintergrund der oftmals komplexen Problemlagen und Unsicherheiten insbesondere auch im Bereich der seltenen chronischen Erkrankungen müssen aus Sicht des Kindernetzwerks neben einer gezielteren Diagnostik von pädiatrischer Seite (über qualifizierte Fortbildungsangebote in der Breite) und

der flächendeckenden Nutzung bzw. Ausweitung im Bereich der Früherkennung (Frühe Hilfen, Öffentlicher Gesundheitsdienst) folgende Maßnahmen politisch umgesetzt werden:

- **An erster Stelle steht der Wunsch fast aller Eltern (91 Prozent) nach möglichst einer Vermittlungsstelle, die Beratung und Leistungsbewilligung sozialgesetzbuch-übergreifend, gebündelt und aus einem Guss vorhalten. Hier ist die Politik gefordert!**

- Die Krankenkassen sollen Leistungen nicht – wie so oft – primär verhindern oder diese erschweren, sondern fördern. Hier sind also die Leistungsträger in der Verantwortung!
- Genau die Hälfte aller Frauen musste ihren Arbeitsumfang zum Teil deutlich reduzieren, 26 Prozent mussten ihren Job sogar komplett aufgeben. Dies wiederum führt bei 37 Prozent aller betroffenen Familien zu finanziellen Problemen und damit dann hier zu einer verminderten Lebensqualität. Bei diesem Punkt sind Wirtschaft und Politik in gleichem Maße gefordert.
- Eltern mit chronisch kranken Kindern wollen von ihrem Kinder- und Jugendarzt ernst genommen werden. Klinik-Pädiater benötigen für chronisch

krankte Kinder daher höhere Fallpauschalen und Praxis-Pädiater mehr Beratungszeit, die aber dann auch vollständig vergütet werden muss. Eltern chronisch kranker Kinder wären hierfür besonders dankbar. 27 Prozent räumen ein, dass es ihnen selbst gesundheitlich schlecht geht. Zum Vergleich: Bei der Normalbevölkerung sind es lediglich 1,4 Prozent!

**Schluss-Zitat aus der Kindernetzwerk-Umfrage II**

„Hoffentlich führt diese Befragung zu einer Veränderung. Es kann nicht sein, dass man überall erst Widerspruch einlegen muss, bevor man zu seinem Recht kommt. Wir werden dermaßen im Regen stehen gelassen.“

Mutter (34) eines 8-jährigen Mädchens mit starker Entwicklungsverzögerung und Sprachbehinderung.

**Korrespondenzanschrift:**

Raimund Schmid  
 Dipl. Volkswirt  
 Kindernetzwerk-Geschäftsführer  
 Hanauerstr. 8  
 63739 Aschaffenburg  
 Tel.: 06021/45440-19  
 E-Mail: schmid@kindernetzwerk.de

**Interessenkonflikt:**

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Keller

## Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen

### Anamnese

Ein sechs Monate altes Mädchen wird von ihren in Bulgarien lebenden Eltern wegen „trockener Haut“ vorgestellt. Es wird berichtet, dass bereits nach der Geburt eine „Haut wie Nylon“ aufgefallen sei. Vorerkrankungen bestehen nicht. Die Eltern sind konsanguin (Cousins III°).

### Untersuchungsbefund und Verlauf

Der altersgerecht entwickelte, sechs Monate alte weibliche Säugling ist in gutem Allgemeinzustand. Auffällig ist eine generalisierte Ichthyose mit einer feinstlamellären, weißlichen Schuppung (Abb. 1). Die übrige körperliche Untersuchung ist unauffällig. Es wurden pflegende Externa verordnet und die Eltern

wurden gebeten, ihre Tochter zur Verlaufskontrolle in drei Monaten wieder vorzustellen. Die Wiedervorstellung erfolgt aufgrund eines ungeklärten Versicherungsstatus’ jedoch erst acht Monate später. Bei der zweiten Untersuchung im Alter von 14 Monate fällt nun neben der immer noch trockenen Haut ein erhöhter Abdominalumfang auf. Die Leber ist 8 cm unter dem Rippenbogen palpierbar. Neuropädiatrisch zeigt sich zudem eine motorische Retardierung mit muskulärer Hypotonie.

**Labor:** Erhöhung der Transaminasen (GOT 101, GPT 59, gGT 98 U/l) und der Triglyceride (418 mg/dl). Normalbefunde für LDL/HDL, Kreatin, Gerinnungsstatus, Blutzucker und BGA

### Welche Diagnose wird gestellt?



**Abb. 1:** Feinstlamelläre, weißliche Schuppung auf erythematösem Grund

# Diagnose

## Chanarin-Dorfman-Syndrom

Bei dem Chanarin-Dorfman-Syndrom (CDS) handelt es sich um eine Neutrallipidspeicherkrankheit, die sich unter dem Leitsymptom einer Ichthyose präsentiert.

Ichthyosen sind generalisierte Verhornungsstörungen der Haut, die sich klinisch in Form einer „schuppigen Haut“ manifestieren. Abgesehen von seltenen erworbenen Fällen liegen den Ichthyosen Gendefekte zugrunde, deren Genprodukte an der Differenzierung der Epidermis und ihrer Barrierefunktion beteiligt sind. Die häufigste Form ist die Ichthyosis vulgaris, die mit einer Prävalenz von 1:100 auftritt und autosomal dominant vererbt wird. Insgesamt sind momentan Mutationen in etwa 40 verschiedenen Genen bekannt, die zu unterschiedlichen Formen der Ichthyosen führen können. In etwa 80–90% der Fälle kann die Diagnose „Ichthyose“ deshalb molekulargenetisch gesichert werden. Die phänotypische Expression des Gendefektes beschränkt sich in den meisten Fällen auf die Haut („nicht-syndromale Ichthyosen“). Es gibt jedoch auch Ichthyoseformen, bei denen die schuppige Haut nur Teil eines übergeordneten Syndroms darstellt. Wenn sich der zugrunde liegende Gendefekt auch an extrakutanen Organen manifestiert, spricht man von „syndromalen Ichthyosen“ (1).

Bei dem Chanarin-Dorfman-Syndrom handelt es sich um solch eine syndromale Ichthyose. Die Namensgebung geht auf Dorfman und Chanarin zurück, die vor 45 Jahren erstmals die Assoziation aus Ichthyose und Fettspeicherdefekt beschrieben. Inzwischen weiß man, dass die erbliche Erkrankung durch eine Mutation des *ABHD5*-Gens auf Chromosom 3p21.33 verursacht wird, das in vielen Körperzellen exprimiert wird. Durch einen Defekt im Fettsäurekatabolismus können Triglyceride nicht abgebaut werden. Sie werden daher in verschiedenen Körperzellen (z. B. Leber- und Muskelzellen, Fibroblasten und Leukozyten) gespeichert. Die hieraus resultierenden Symptome treten erst im Verlauf des Kleinkindalters und in unterschiedlicher Ausprägung hinzu. Neben der häufig präsenten Hepatopathie (z.B. in Form einer Hepatomegalie) kommt es oft zur Kataraktbildung, aber auch zu Myopathie, Kleinwuchs,

geistiger Retardierung und neurologischen Symptomen. Das Leitsymptom der Erkrankung ist jedoch die immer schon im Neugeborenenalter manifeste Ichthyose, die weder schwer ausgeprägt noch krankheitstypisch ist. Auch für die ichthyotischen Hautveränderungen ist der *ABHD5*-Gendefekt verantwortlich, der die Bildung von wichtigen Hautfetten, den Ceramiden, stört und sich so negativ auf die Hautbarriere auswirkt (2). Die sehr selten auftretende Multisystemerkrankung (Prävalenz 1:1.000.000) wird autosomal rezessiv vererbt und ist hauptsächlich in den Mittelmeerländern präsent.

### Diagnostik

Der molekulargenetische Nachweis einer homozygoten Mutation des *ABHD5*-Genes sichert die Diagnose des Chanarin-Dorfman-Syndroms. Die Diagnose kann aber auch über die Mikroskopie des peripheren Blutaustrichs gestellt bzw. bestätigt werden. Im gefärbten Zytoplasma von vielen Granulozyten sind wie ausgestanzt wirkende Fettvakuolen sichtbar (Abb. 2). Dies wird als „Jordan’s Anomalie“ bezeichnet.

### Differenzialdiagnose

Da sich das Syndrom initial mit der immer präsenten Ichthyose präsentiert, gehört das Chanarin-Dorfman-Syndrom zu den Differenzialdiagnosen der kongenitalen Ichthyosen. Im Hinblick auf die Neutrallipidspeichererkrankung müssen differentialdiagnostisch andere mitochondriale Krankheiten mit Anhäufung zytoplasmatischer Triglyceride (z. B. Carnitin-Mangel oder Carnitin-Palmitoyltransferase-Mangel) berücksichtigt werden.

### Therapie und Prognose

Bei der genetisch bedingten Erkrankung kann die Therapie nur symptoma-

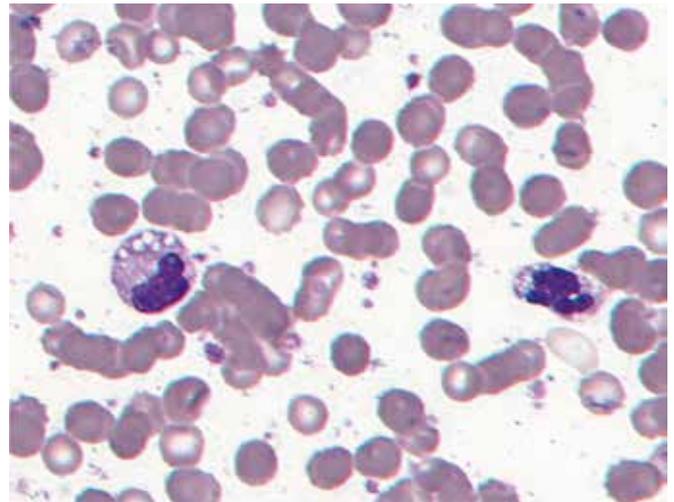


Abb. 2: Ausstrich von peripherem Blut. Intrazytoplasmatische Vakuolen in Granulozyten. May-Grünwald-Färbung

tisch erfolgen. Fallberichte zeigen, dass ein Fortschreiten der Erkrankung durch eine fettarme und proteinreiche Ernährung verlangsamt werden kann. Die Fette sollten dabei hauptsächlich aus mittelkettige Fettsäuren bestehen (3). Im Weiteren richtet sich die Therapie nach den individuellen Symptomen. Beispielsweise können intensive Fördermaßnahmen die allgemeine Entwicklungsverzögerung minimieren. Die Ichthyose bessert sich durch häufiges Baden und Cremen der Haut, z.B. mit harnstoffhaltigen Cremes. Der Einsatz systemischer Retinoide ist in Anbetracht häufiger Nebenwirkungen umstritten.

### Literatur

1. Oji, V. Ichthyosen. Braun Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. Hrsg. Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC et al. Heidelberg: Springer. 7. Aufl. 2018. S. 1065-1090
2. Kien B, Grond S, Haemmerle G et al. *ABHD5* stimulates PNPLA1-mediated  $\omega$ -O-acrylamide biosynthesis essential for a functional skin permeability barrier. *J Lipid Res.* 2018; 59: 2360-67
3. Kakourou T, Drogari E, Christomanou H et al. Neutral lipid storage disease-response to dietary intervention. *Arch Dis Child.* 1997; 15: 184

### Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Dörte Petersen  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Abt. Pädiatrische Dermatologie/  
Allergologie  
Liliencronstr. 130  
22143 Hamburg

Red.: Höger



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Keine sichtbare Zahnfärbung bei Kindern unter acht Jahren nach einer Doxycyclin-Therapie wegen einer Rickettsiose

**No Visible Dental Staining in Children Treated with Doxycycline for Suspected Rocky Mountain Spotted Fever**  
Todd, SR et al., *J Pediatr* 166(5): 1246-1251, Mai 2015

**T**etracyclin-Antibiotika sind Breitbandantibiotika, die seit den 1940er-Jahren verordnet werden. Antibiotika der Tetracyclin-Klasse werden mit einer kosmetischen Färbung der bleibenden Zähne bei Kindern unter acht Jahren in Verbindung gebracht. Deshalb wurde 1970 ein Warnhinweis für diese Antibiotika herausgegeben, der von einer Anwendung bei Kindern unter acht Jahren abrät. 1967 wurde Doxycyclin als neueres Antibiotikum der Tetracyclin-Klasse eingeführt. Doxycyclin bindet weniger leicht an Calcium und scheint das Risiko der Zahnverfärbung zu verringern. Bisher liegen keine Studien zu Kindern unter acht Jahren vor, bei denen die einfache oder mehrfache Gabe von Doxycyclin mit einer Zahnverfärbung verbunden war. Die bisher kleinen Fallzahlen lassen die Überprüfung der vorhandenen, an kleinen Fallzahlen gewonnenen Ergebnisse ratsam erscheinen. Todd et al. haben das Thema wegen seiner Bedeutung in der Rickettsiose-Behandlung aufgegriffen und untersucht, ob kosmetisch relevante Zahnveränderungen bei Kindern <8 Jahre auftreten, wenn sie mit Doxycyclin wegen einer vermuteten Rocky Mountain Spotted Fever-Infektion (RMSF; Erreger *Rickettsia rickettsii* durch Zecken übertragen) behandelt werden.

Kinder, die in einem Indianerreservat mit einer hohen Inzidenz an RMSF leben, wurden auf der Grundlage vorhandener medizinischer und pharmazeutischer Daten als Doxycyclin exponiert oder nicht exponiert eingestuft. Für diese Kinder ist die

Gabe von Doxycyclin eine lebensrettende Maßnahme, wenn sie rechtzeitig begonnen wird. Zahnärzte untersuchten die Zähne jedes Kindes und bewerteten sichtbare Verfärbungsmuster und eine eventuelle Schmelzhyoplasie. Die objektive Zahnfarbe wurde mit einem Spektralphotometer ausgewertet.

Zielpopulation der Studie waren alle Kinder zwischen acht und 16 Jahren, die in einem Indianerreservat in Arizona zur Schule gingen. Achtundfünfzig Kinder, die vor dem achten Lebensjahr durchschnittlich 1,8 Behandlungen mit Doxycyclin erhalten hatten und deren bleibende Zähne bereits vorhanden waren, wurden mit 213 Kindern verglichen, die nie Doxycyclin erhalten hatten. Das mittlere Alter bei der Doxycyclin-Behandlung betrug 4,5 Jahre (range 0,2-7,9; SD 2,4), die mittlere Dauer der zu 98 % oralen Doxycyclin-Behandlung betrug 7,3 Tage (Range 1-10; SD 2,8) bei einer mittleren Dosis von 2,3 mg/kg Körpergewicht (range 0,3-2,9; SD 0,40). Die Doxycyclin-Therapie wurde in dem Reservat nach einem definierten therapeutischen Algorithmus eingeleitet, wenn Kinder zwei oder mehr Tage gefiebert hatten. Deshalb hatten einige Kinder auch mehrfach Doxycyclin erhalten. Das mittlere Alter bei der zahnärztlichen Untersuchung betrug 9,8 Jahre (range 8,1-15,6). Zwischen beiden Gruppen bestanden keine Unterschiede in der Zahnpflege und in der Art des Getränkekonsums (Getränke, die Einfluss auf die Zahnfarbe hatten).

Bei keinem der exponierten bleibenden Zähne (0/58, 95 % KI 0 %-5 %) wurde eine Tetracyclin-ähnliche Verfärbung der bleibenden Zähne beobachtet. Es konnte zwischen beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied weder in der Zahnfarbe, noch in Zahnfarbunterschieden oder in der Hypoplasie-Inzidenz nachgewiesen werden.

Im Ergebnis konnten die Autoren keine Zahnfärbung, Zahnfarbunterschiede und Schmelzhyoplasien bei Kindern nachweisen, die im Alter von <8 Jahren kurzzeitig oder länger Doxycyclin wegen des Verdachtes oder der Therapie einer RMSF-Erkrankung erhalten hatten. Die Ergebnisse dürften den behandelnden Ärzten die Therapie-Entscheidung bei Verdacht einer RMSF-Infektion und anderer Rickettsien-Infektionen zukünftig bei Kindern unter 8 Jahren erleichtern.

### Kommentar

Im Rahmen der Klimaveränderungen und Erwärmung stellen zunehmende Zecken-Populationen eine wachsende Gefahr für die Übertragung einer Vielzahl von Krankheiten dar. Die Übertragung der Frühsommer-Meningo-Enzephalitis und der Borreliose über Zecken ist allgemein bekannt. Weniger bekannt ist, dass Zecken ein wichtiger Vektor bei der Übertragung von Rickettsien sind. Durch Zecken übertragene Rickettsiosen (obligate intrazelluläre Erreger) treten weltweit auf. Die Erkrankungen beginnen mit unspezifischen Symptomen wie Fieber, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Symptomen. Etwa zwei bis fünf Tage nach Symptombeginn kann sich ein Exanthem entwickeln, das häufig auffällige Verkrustungen aufweist. Rickettsien-Infektionen können Schäden an den Blutgefäßen verursachen, die zu Organversagen, Amputation der Extremitäten und zu neurologischen Defiziten (z. B. Hörverlust, Lähmung und Enzephalopathie) führen.

In den USA gehören das „Rocky Mountain Spotted Fever“ (RMSF), in Europa das „Mediterranean Spotted Fever“ (MSF),

die Ehrlichiose (*E. chaffeensis*) und die Anaplaslose (*Anaplasma phagocytophilum*) als den Rickettsien verwandte Erreger, mit einem ähnlichen klinischen Bild, zu den häufigsten Infektionen. Das in den USA endemisch auftretende RMSF hat sich zu einem nationalen Gesundheitsproblem entlang der mexikanischen Grenze entwickelt. Bei Kindern <8 Jahre, die von besonders schweren Verläufen betroffen sind, ist die rechtzeitige Behandlung von lebensrettender Bedeutung. In einer nationalen US-amerikanischen Arzt-Umfrage wählten 2012 80 % der Kliniker Doxycyclin als die Behandlung der Wahl für eine vermutete RMSF-Infektion bei Personen >8 Jahren, aber nur 35 % wählten Doxycyclin als die Behandlung der Wahl bei Kindern <8 Jahren. Kinder unter zehn Jahren machen nur <6 % der RMSF-Erkrankungen, aber 22 % der Todesfälle beim RMSF aus. Diese unverhältnismäßig hohe Sterblichkeitsrate wurde auch bei Kindern für die Ehrlichiose und schwer verlaufende Rickettsien-Infektionen beobachtet.

Die Gabe von Doxycyclin stellt die wirksamste Behandlung aller Rickettsien- und Rickettsien-ähnlichen Erkrankungen dar und ist das von der American Academy of Pediatrics (AAP) und den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) empfohlene Antibiotikum zur Behandlung eines Rickettsiose-Verdacht bei Patienten jeden Alters. Da es keinen Schnelltest zur Diagnose der Rickettsiose gibt, muss bereits bei einem Rickettsiose-Verdacht eine Therapie eingeleitet werden. Es ist deshalb wichtig zu wissen, dass die Sorge um die Zahnfärbung unter einer Doxycyclin-Therapie unbegründet zu sein scheint und nicht dazu führen darf, den Beginn einer wirksamen und lebensrettenden Behandlung bei Kindern <8 Jahre zu verzögern. Spanische Untersuchungen lassen vermuten, dass Clarithromycin bei dem MSF eine therapeutische Alternative in der Schwangerschaft, bei Kindern <8 Jahre und bei Tetracyclin-Allergien sein kann. Diese Ergebnisse bedürfen aber unbedingt einer weiteren Bestätigung.

**Korrespondenzadresse:**

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

**Intravenöse Immunglobuline versus Beobachtung bei kindlicher Immunthrombozytopenie: randomisierte kontrollierte Studie**

**Intravenous Immunoglobulin vs Observation in Childhood Immune Thrombocytopenia: A Randomized Controlled Trial**

Heitink-Pollé KMJ et al., *Blood*; 132 (9): 883-891, August 2018

**I**n dieser Arbeit wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft, ob bei Kindern mit neu diagnostizierter Immun-Thrombozytopenie, klassisch idiopathischen thrombozytopenische Purpura (ITP) das Risiko, eine chronische ITP zu entwickeln, durch die Gabe von intravenösem Immunglobulin (IVIG) bei Diagnosestellung beeinflusst werden kann.

200 Kinder an 60 niederländischen Kinderkliniken im Alter von 3 Monaten bis 16 Jahren mit neu diagnostizierter ITP, Thrombozyten < 20 G/l und keinen oder leichten bis mäßigen Schleimhautblutungen wurden in die Studie aufgenommen. 100 Kinder erhielten 0,8 g /kg IVIG innerhalb 72 Std. nach Diagnosestellung, 100 Kinder wurden sorgfältig beobachtet.

Die Kinder wurden sieben Tage, einen Monat, drei Monate, sechs Monate und zwölf Monate nach Diagnosestellung wieder vorgestellt. Der primäre Endpunkt der Studie war die Untersuchung einer Entwicklung einer chronischen ITP. Die sekundären Outcome-Parameter beinhalteten die Effektivität in beiden Behandlungsgruppen, Heilungsraten, der Einfluss der Behandlung auf einen Blutungs-score, Thrombozytenzahlen, und die biologischen Einflüsse wie zum Beispiel Gene.

Ergebnis: Nach sechs Monaten wurde eine chronische ITP (Thrombozyten < 150 G/l entspricht der Definition einer chronischen ITP, die bis 2009 galt) bei 18,6 % der Patienten der IVIG-Gruppe und in 28,9 % der Kontrollgruppe festgestellt.

Nach zwölf Monaten war die Inzidenz der chronischen ITP (Thrombozyten < 100 G/l, entspricht der aktuellen Definition) 10 % in der IVIG-Gruppe, 12 % in der observierten Gruppe ohne IVIG.

Der Unterschied ist bei beiden Beobachtungszeiträumen nicht statistisch signifikant.

Nach einer Woche sowie einem Monat jedoch waren die partielle (Plättchenzahl >30G/L) sowie die vollständige Besserung in der Behandlungsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Nach drei Monaten war nur mehr die vollständige Besserung (Plättchenzahl >100 G/L) in der IVIG Gruppe höher, und ab sechs Monate nach Diagnosestellung waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mehr auszumachen.

In der nicht behandelten Gruppe kam es bei acht Patienten, bei allen innerhalb des ersten Monats nach Diagnosestellung, zu behandlungsbedürftigen Blutungen Grad 4/5.

Die meisten davon waren Nasenbluten und Menorrhagien, die Patienten waren nach kurzer Zeit medizinischer Behandlung wieder beschwerdefrei.

Ein Kind der Kontrollgruppe jedoch erlitt eine spontane intrakranielle Blutung 16 Tage nach Diagnosestellung. Nach Intervention mit IVIG, Methylprednisolon, und Thrombozytenkonzentraten, war aber auch diese Patientin nach kurzer Zeit wieder vollständig und ohne Residuen geheilt.

In der IVIG-Gruppe kam es bei nur einem Patienten zu schweren Blutungen.

Bei fünf Patienten der IVIG-Gruppe bemerkte man jedoch Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktionen) die eine stationäre Aufnahme notwendig machten. Bei 14 weiteren Patienten traten Nebenwirkungen auf, die ambulant behandelt werden konnten.

Todesfälle traten im gesamten Studienzeitraum in beiden Gruppen nicht auf.

**Schlussfolgerung**

IVIG-Gabe bei Diagnosestellung verhindert nicht die chronische ITP.

Um acht Blutungsepisoden zu verhindern hätten 100 Kinder mit IVIG behandelt werden müssen (NNT=13).

Bei Berücksichtigung von Kosten, Risiken und Benefit einer IVIG-Behandlung ist es ausreichend sicher die Patienten mit neu diagnostizierter ITP und leichten Blutungen bei Diagnosestellung sorgfältig zu beobachten.

Für (Klein-)Kinder mit hohem Blutungsrisiko, z. B. nach Sturz oder für pubertierende Mädchen mit Menorrhagie (die kein Glukokortikoid nehmen wollen) sowie bei Schleimhautblu-

tungen, kann im Einzelfall eine Behandlung mit IVIG sinnvoll sein um die Blutung rasch zu stoppen.

---

**Korrespondenzadresse:** Dr. Roswitha Dickerhoff,  
Marina Hackl, Prof. Dr. med. Stefan Eber; Schwerpunktpraxis  
pädiatrische Hämatologie/Hämostaseologie, München

---

## Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen  
EUR 20,50



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

# Ibuprofen-Allergie

## Frage

Ich betreue ein fast elf Jahre altes Mädchen mit einer milden Pollen- sowie Hausstaubmilben-Allergie. Es bestehen sonst keine Vorerkrankungen.

Jenes Mädchen erlitt nun im September 2017 im Rahmen der Einnahme von Ibuprofen (Schmerztablette 200 mg) eine allergische Reaktion mit Schwellung der Hände und der Zunge (sie hat häufig Kopfschmerzen, nimmt wiederholt Paracetamol und hatte zu diesem Zeitpunkt noch nie Ibuprofen genommen), vor Aufregung hyperventilierte das Mädchen und beschrieb ein Kribbeln in den Fingern.

Sämtliche Symptome waren unter Gabe von Prednisolon und Dimetindenmaleat i. v. rückläufig. Der weitere stationäre Aufenthalt gestaltete sich komplikationslos, das Kind wurde mit Anaphylaxie-Set und Notfallmedikamenten ausgestattet, eine zeitnahe Allergiediagnostik wurde empfohlen.

Die weitere Durchführung gestaltete sich nun schwierig. Bei kolossal schlechten Venenverhältnissen kollabierte das Kind in der Praxis und unser Labor bat uns dann, Blut des Mädchens zusammen mit einer Schmerztablette (Ibuprofen 200 mg) einzusenden. Das kam uns damals schon etwas seltsam vor, wir haben es aber gemacht.

Die Ergebnisse, die ich Ihnen anbei auch zur Verfügung stelle, bringen uns jetzt aber auch nicht weiter.

- Gibt es überhaupt eine „Ibuprofen-Allergie“ mit derartigen Auswirkungen?
- Wie kann ich die Familie nun sinnvoll beraten?

## Antwort

Eine Unverträglichkeitsreaktion auf Nicht-Steroidale Antirheumatika (NSAR) kann vielfältige Ursachen haben. Die 3 wesentlichen Formen sind die echte Anaphylaxie durch eine IgE-vermittelte Reaktion auf einzelne Wirkstoffe (sehr selten!), die akute Verstärkung einer bestehenden dermatologischen Grunderkrankung wie der chronisch spontanen Urtikaria oder Angioödemem durch alle NSAR sowie die spontane Auslösung von Angioödemem oder einer Urtikaria durch alle NSAR. Die letzten beiden Formen sind keine allergischen Reaktionen im eigentlichen Sinne, sondern Unverträglichkeitsreaktionen, die durch die Imbalance pro- und antiinflammatorischer Mediatoren durch die Hemmung der Cyclooxygenase ausgelöst werden. Bei der 2. Form leiden die Patienten z. B. an einer chronischen Urtikaria und erfahren eine deutliche und akute Verschlechterung ihrer Beschwerden durch die NSAR-Einnahme. Daher wäre es wichtig zu prüfen, ob eine derartige Grunderkrankung bei dem Mädchen vorliegt.

Die von Ihnen beschriebene Reaktion lässt vor allem an die 3. Form denken. Hierbei reagieren die Patienten auf alle klassischen NSAR wie Ibuprofen, Acetylsalicylsäure, Metamizol oder Naproxen mit akuter Urtikaria und/oder Angioödemem. Systemische Reaktionen anderer Organsysteme sind nur selten zu erwarten. Typischerweise wird Paracetamol vertragen. Bei vielen Patienten beginnen die Beschwerden erst nach dem 10. Lebensjahr auch wenn die Substanzen zuvor vertragen wurden.

Diagnostisch gibt es keine sichere laborchemische Methode, diese Unverträglichkeit zu beweisen.

Selbst bei der sehr seltenen echten IgE-vermittelten Allergie gegen Ibuprofen ist es kaum möglich, die spezifischen Antikörper nachzuweisen. Empfohlen wird die Durchführung eines Pricktestes mit Ibuprofen. Das, was von Ihrem Labor angeboten wurde, scheint ein „hausgemachter“ IgE-Test auf Ibuprofen zu sein. Ein derartiger Test ist nicht validiert und sicher nicht zuverlässig. Die einzige diagnostische Methode, die geeignet ist, eine Unverträglichkeit zu bestätigen, ist die titrierte Provokation. Um zu unterscheiden, ob es eine Reaktion auf alle NSAR ist, sollte auf jedem Fall eine Provokation mit einer anderen Substanz aus der Gruppe der NSAR wie Acetylsalicylsäure erfolgen. Ist dieser positiv, müssen alle NSAR bis auf das bereits vertragene Paracetamol vermieden werden.

Das Vorhalten eines Notfallsets ist bei Medikamentenallergien und damit auch bei einer Unverträglichkeit gegen Ibuprofen nicht notwendig. Das auslösende Allergen kann ohne weiteres gemieden werden und eine unbeabsichtigte Exposition wie im Fall einer Insektengiftallergie oder einer Nahrungsmittelallergie ist nicht zu erwarten. Viel wichtiger ist das Ausstellen eines Allergiepasses in dem genau dokumentiert werden sollte, welche Reaktion aufgetreten ist, wie die Unverträglichkeit bestätigt worden ist und welche Alternativsubstanzen eingesetzt werden dürfen.

*Literatur bei InfectoPharm*

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Lars Lange  
St. Marien-Hospital  
Robert-Koch-Str. 1, 53115 Bonn

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

## Acht Fragen an ...

### Andreas Plate,

#### Geschäftsführer und Syndikusanwalt des BVKJ

*Seit März sind Sie der neue Geschäftsführer des BVKJ. Welche Vorerfahrungen und Kompetenzen bringen Sie für Ihre Position mit?*

Im Rahmen meines Jurastudiums und der anschließenden Promotion in Gesundheitswissenschaften/Public Health (P.H.) habe ich mich immer mit Themen des Gesundheitswesens beschäftigt. Meine Dissertation untersuchte den Unterschied zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen in der geriatrischen Versorgung. Ebenso habe ich in dieser Zeit die Geschäftsstelle der Bundearbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. (heute BAG Geriatrie [www.bag-geriatrie.de](http://www.bag-geriatrie.de)) in Berlin aufgebaut, wo ich meine erste gesundheitspolitische Erfahrung bei der DRG-Einführung sammelte.

Anschließend war ich in der Stabsabteilung Unternehmensentwicklung der Techniker Krankenkasse-TK, Hamburg tätig. Hier standen die Themen private Zusatzversicherung, integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Zentrum meiner Tätigkeit. Weitere berufliche Stationen waren die Konzernrechtsabteilung der B. Braun AG Melsungen ([www.bb Braun.de](http://www.bb Braun.de)) und die Diaverum Gruppe ([www.diaverum.de](http://www.diaverum.de)), die nephrologische MVZ betreibt. Bei jeder dieser beruflichen Tätigkeiten konnte ich meine Expertise im Bereich Medizinrecht einbringen und habe außerdem gesundheitspolitisch – z.B. im Rahmen der Gründereigenschaft von Leistungserbringern durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - gearbeitet.

*Können Mitglieder Sie einfach bei Problemen anrufen?*

Auf die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern freue ich mich sehr. Gerne können mich Mitglieder anrufen, wenn sie Hinweise zur Verbesserung des Serviceangebots des BVKJ geben wollen. Ich möchte auch besser verstehen, was die junge Generation von Kinder- und

Jugendärztinnen und -ärzten vom BVKJ erwartet. Ebenso wäre ich sehr erfreut, wenn mich Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen anrufen würden, die sich in die Verbandsarbeit einbringen möchten.

Ferner interessieren mich natürlich gesundheitspolitische und medizinrechtliche Fragen, die grundsätzliche Bedeutung haben. Gerade hier sehe ich einen großen Mehrwert für die Mitglieder, weil wir Rechtsfragen bündeln und für viele Mitglieder beantworten können.

*Was werden Sie in den ersten 100 Tagen schwerpunktmäßig bearbeiten?*

In den ersten 100 Tagen stehen die Überarbeitung der Internetseite des BVKJ sowie die der zahlreichen weiteren Internetseiten an, z.B. für die Aus- und Weiterbildung. Ferner soll die IT-Architektur der Geschäftsstelle modernisiert werden. Aktuell prüfe ich außerdem die Beteiligung bei einem Projekt des Innovationsfonds. Ebenso möchte ich überlegen, wie wir als BVKJ gerade jungen Kinder- und Jugendärztinnen mehr bieten können. Denn es ist bereits jetzt erkennbar, dass die Mehrheit dieser Generation überwiegend weiblich ist. Dies zeigte mir gerade der Besuch beim Assistentenkongress 2019 in Berlin.

Zwei Schwerpunkte meiner Tätigkeit für die Zukunft werde ich auf die folgenden beiden Themen legen: einmal die Modernisierung der Verbandsarbeit. Hierbei geht es um die interne Organisation des Mitgliederservice, z.B. Einführung einer neuen Datenbank für die Mitgliederarbeit (CRM-System), Fort- und Weiterbildungsangebote, also Kongresse und Online-Fortbildungsangebote, dann die zielgerichtete Werbung von neuen Mitgliedern und die Verbesserung des Informationsangebots für Mitglieder. Ein zweiter Punkt ist die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gremien und Vorstand. Hier möchte ich neue Konzepte entwickeln, die eine Lösung für die Herausforderungen zwischen der starken Be-



anspruchung der Mitglieder in der Gremienarbeit und ihrer alltäglichen Arbeit in den Praxen anbietet.

Ein Megatrend im Gesundheitswesen ist die Digitalisierung, z.B. elektronische Gesundheitsakte, Vernetzung von Leistungserbringern und Einsatz von Künstlicher Intelligenz. Der BVKJ sollte diesen Trend konstruktiv aufnehmen und überlegen, inwieweit die pädiatrische Versorgung in Deutschland davon profitieren kann.

*Und ein paar Fragen zur Privatperson Andreas Plate:*

*Was ist Ihr größtes Talent?*

Ich begegne meinen Mitmenschen mit einer großen Offenheit. Kommunizieren gehört zu meinen Stärken. Dies ist sicher hilfreich bei der Zusammenarbeit mit den Gremien im BVKJ und im Vorstand sowie im Gespräch mit den Mitgliedern.

Hinzu kommt mein großes Interesse am Medizinrecht und an der Gesundheitspolitik – das für den Verband eine Möglichkeit schafft, Reformvorhaben im Gesundheitssystem zielgerichtet und konstruktiv zu begleiten.

*Was hebt Ihre Stimmung an einem grauen Kölner Tag?*

Meine Stimmung ist zwar nicht besonders abhängig vom Wetter. Aber ich genieße es, wenn ich nach einem Tag im

Büro in Bonn Laufen oder mit meinen Kindern auf dem Spielplatz gehen kann.

#### Welche Websites, Zeitungen und Magazine lesen Sie?

Ich lese beruflich die Online-Version der „Ärztezeitung“ und privat lese ich die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ) sowie das Magazin „Der Spiegel“. Ich interessiere mich sehr für politische Themen. Ebenso inspiriert mich eine ausführliche Berichterstattung in einer Zeitung, über Themen nochmals nachzudenken.

#### Welches Buch liegt zurzeit auf Ihrem Nachttisch?

Aktuell lese ich gerade „Das Kind in dir muss Heimat finden“ von Stefanie Stahl. Leider komme ich aufgrund meiner knapp bemessenen Zeit meist bloß zum Lesen von Zeitungen. Aber auf Reisen lese ich sehr gerne Bücher.

#### Womit kann man Ihnen eine Freude machen?

An schönen Tagen freue ich mich auf eine entspannte Motorradtour im Sauerland. Das Motorradfahren schafft eine befreiende Atmosphäre, weil ich mich voll und ganz auf das Fahren konzentriere.

Ebenso freue ich mich, mit meinen Kindern ins Schwimmbad zu gehen. Ich

finde es immer wieder fantastisch, wie sich die Kinder am Rutschen erfreuen können. Und ich möchte den Bewegungsdrang meiner Kinder immer unterstützen.

#### Dr. P.H. Andreas Plate

LL.M. Medizinrecht Universität Münster  
Geschäftsführer & Syndikusanwalt des BVKJ

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6890934, Fax: 0221/6890979

E-Mail: andreas.plate@uminfo.de

Die Fragen stellte Regine Hauch

## Prof. Ronald Schmid als Kongressleiter verabschiedet

Es war ein ergreifender Augenblick, als sich am letzten Tag unseres Assistentenkongresses in Berlin über 400 junge Kolleginnen und Kollegen im Restaurant Nolle erhoben und dem Mann applaudierten, der zehn Jahre lang diesen Kongress für angehende Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte geleitet hat: Prof. Ronald Schmid. Der Geehrte hat den Kongress nicht nur geleitet, sondern sozusagen neu erfunden und zu einer verbändeübergreifenden und renommierten Fortbildungsveranstaltung für den pädiatrischen Nachwuchs entwickelt, wo Theorie und Praxis gleichermaßen ihren Platz haben, wo Basiswissen und Spezialwissen gleichermaßen vermittelt werden und dazwischen noch viel Raum für den informellen Austausch der Kolleginnen und Kollegen bleibt. Mit einem Wort: wo die nächste Pädiatergeneration alles lernt, was sie für ihren anspruchsvollen Beruf braucht.

Dank des großen Engagements, mit dem Ronald Schmid Jahr für Jahr die besten Referenten mit den spannendsten Vorträgen und Seminaren für den Kongress gewinnen konnte, ist die Veranstaltung inzwischen DAS Fortbildungs-Highlight im an guten Fortbildungen reichen Kongresskalender des BVKJ.

Wirklich wundern kann das niemanden, der Ronald Schmid kennt. In Altötting hat er als Vorsitzender und ärztlicher Leiter das Sozialpädiatrische Zentrum Inn-Salzach zu einem weit über die regionalen Grenzen hinaus bekannten Weiter- und Fortbildungszentrum ausgebaut,



Bye Bye now: Sebastian Bartels, bisheriger Assistentensprecher, BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach, Prof. Ronald Schmid und Nachfolger Prof. Wolfgang Kölfen (v. li n. re)

nebenbei war er außerplanmäßiger Professor für Kinder- und Jugendmedizin an der LMU in München und natürlich jahrelang Fortbilder in unserem Verband – ein Lehrender aus Leidenschaft.

Dies allein reicht natürlich nicht, um einen Kongress wie den Assistentenkongress zu managen. Dafür braucht man ein Gespür für die Wünsche der Teilnehmer, eine gut organisierte Geschäftsstelle, mit der man sich blind versteht, und vor allem Nerven wie Drahtseile, schon allein weil der Kongress inklusive seiner inzwischen schon legendären Stadtrallys und bunten Abende, mit seinen vielen Seminaren und Vorträgen immer verteilt über die jeweilige Kongressstadt stattfindet. Ronald Schmid verfügt über all dies und hat damit den Erfolg der Kongresse möglich gemacht. Nun also der Abschied. Neuer Kongresspräsi-

dent wird ab 11/19 sein Nachfolger im Amt des Vizepräsidenten, Professor Dr. Wolfgang Kölfen aus Mönchengladbach. Darauf freue ich mich trotz der leisen Wehmut beim Abschied in Berlin schon sehr, denn Wolfgang Kölfen – da bin ich mir sicher – wird als Kongressleiter weiterführen, was Ronald Schmid geschaffen hat, und natürlich seine eigenen Akzente setzen.

„Niemals geht man so ganz“ hat die legendäre Trude Herr gesungen. Ich würde mich nicht wundern, wenn wir Ronald Schmid auch in den nächsten Jahren beim Assistentenkongress treffen würden, als Lehrenden oder einfach nur als Gast und Freund.

#### Dr. Thomas Fischbach

BVKJ-Präsident

Red.: ReH

## Die Finanzfrage

# Wohin mit dem Geld?

### Anleihen Teil II: Mit zweierlei Maß gemessen



Tilo Croonenberg

**B**ei Anleihekäufen gibt es immer wieder mal Sorgenkinder, das ist seit Jahrhunderten so. Da lässt zum Beispiel die Anleihe der Bolivianischen Republik Venezuela von 2008 erahnen, dass die Anleger dort in extremer Sorge sind. Für das Papier mit einem Jahreszins von neun Prozent zahlt der Markt gerade noch gut 28 Prozent des Nennwerts, der in etwas mehr als vier Jahren zu 100 Prozent zurückgezahlt werden soll. Offenbar rechnet kaum noch jemand damit, dass das klappt.

Um die Unsicherheit auch bei weniger spektakulären Papieren laufend im Auge zu behalten, gibt es die in meinem letzten Beitrag genannten Ratingagenturen, allesamt in den USA beheimatet. Zwar haben sie sich in der Finanzkrise alles andere als mit Ruhm bekleckert und standen zeitweise auch schwer in der Kritik, aber kaum ein Fondsmanager glaubt, auf ihre Einschätzungen verzichten zu können. Zumal das auch eine schöne „Lebensversicherung“ ist, wenn doch mal etwas richtig schief läuft. Dann kann man sich bei eigenen Fehlurteilen auf das Urteil der Rating-Analysten berufen.

Aktuell gibt es eine Diskussion um die Verschuldung Südafrikas. Während von den großen drei US-Ratingagenturen S&P und Fitch die südafrikanischen

Staatstitel schon 2018 auf Ramschniveau reduziert haben, hält Moody's der Südspitze des schwarzen Kontinents vorerst noch begrenzt die Treue. Angesichts von Stromausfällen des größten Versorgers im Lande, ESKOM, aber wackelt inzwischen auch bei Moody's das Vertrauen. Zwar hatte der neue Finanzminister Tito Mboweni staatliche Stützung des taumelnden Riesen zugesagt, aber seither blieb Vieles im Unklaren.

Wenn Moody's auch noch den Stecker zieht, wären alle Ratinganalysten für die Zukunft des Landes skeptisch, und dann würden seine Anleihen aus den großen Indices fliegen – etwa dem Citi World Government Bond Index. Was dort nicht drin ist, wollen auch viele Profi-Verwalter aus Sicherheitsgründen nicht mehr haben. Dann würden die Kurse dieser Papiere unter Druck geraten. Was bisher nur sehr gemäßigt der Fall ist. Allenfalls an den überdurchschnittlichen Renditen kann man ein gewisses Misstrauen ablesen. So bringt eine noch lange – bis 2048 – laufende Anleihe der Republik Südafrika auf Dollarbasis gut 6,3 Prozent, während bei US-Staatsanleihen gleicher Laufzeit nicht einmal die Hälfte üblich ist. Solche Aufschläge spiegeln immer Risikofurcht wider.

Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang allerdings etwas anderes: wo setzt eigentlich bei Südafrikas Finanzen die Sorge der Rating-Agenturen ein? Am Kap hat man nach Schätzung des Internationalen Währungsfonds 2019 eine Staatsverschuldung von 57 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Und das jährliche Loch im Staatshaushalts entspricht 4,5 Prozent dieses BIPs. Natürlich alles andere als seriös und in Zukunft für alle Zeiten durchzuhalten.

### USA: fast doppelt so viel Staatsschulden wie Südafrika

Doch gut 17 Flugstunden nordwestlich scheinen solche Zahlen die Ratingagen-

turen kaum zu stören: in Washington. In den 73 Jahren seit dem Zweiten Weltkrieg konnte die US-Regierung mit einigen Besonderheiten im Rücken gerade mal in zwölf Jahren die Schulden auch wieder verringern bzw. einen Überschuss im Staatshaushalt vermelden. Und der letzte Fall dieser Art liegt mit 2001 gut 17 Jahre zurück. Das klappte ohnehin nur, weil damals die US-Bürger noch viel in die Rentenkasse einzahlten und aus der vorangegangenen Aktienhause reichlich Steuern in die Staatskasse flossen.

Ansonsten ging es in den USA immer mehr ins Schuldentief. 2019 sollen dort bei Donald Trumps Bundesregierung um die 1.000 zusätzliche Schuldenmilliarden hinzukommen. Mit 105 Prozent macht die Schuldenlast – gemessen am BIP – fast doppelt so viel aus wie in Pretoria. Die Neuverschuldung bezogen auf das BIP ist in Südafrika fast bis auf das Promille nach der Ziffer vier identisch mit der in Nordamerika. Wirklich stört das indes in Amerika keinen Menschen mehr, von Ramschniveau der Anleihen ist nicht einmal im finstersten Albtraum von Finanzminister Steven Mnuchin die Rede. Schauen Sie mal, wie die Verschuldung (gemessen am BIP) schon vor Donald Trumps Steuersenkungen gestiegen ist. (Abb. 1)

In der aktuellen Projektion der Defizite nach den Senkungen kommen von 2019 bis 2028 trotz sehr optimistischer Annahmen zur Konjunktur und damit den Steuereinnahmen Defizite von schlapen 7.100 Milliarden Dollar zusammen. Das wären dann 21 Prozent des am Ende erhofften BIP. Und das soll von 2018 bis 2028 um fast zwei Drittel zunehmen?! Würde das klappen, wäre die Verschuldung dann zum BIP nur bei 87 Prozent und damit sogar niedriger als heute mit 105 Prozent. Aber nun pflegen gelegentlich Wachstumsdellen oder gar Rezessionen einzutreten. Unterstellt man mal statt der staatlichen Hoffnungsrechnung im Schnitt gar keinen jährlichen BIP-An-

stieg, weil was Übles dazwischen kommt, läge die US-Verschuldung 2028 schon bei 128 Prozent und damit fast auf dem oft monierten heutigen Italien-Niveau (131 Prozent).

Ist halt ein großes Experiment, was Washington da veranstaltet: kann klappen, muss aber nicht. Großes Vorbild sind Ronald Reagans Reformen und Steuerensenkungen, die in den 1980-er Jahren

mit einem jährlichen Haushaltsdefizit von 4,1 Prozent vom BIP die Konjunktur langfristig so in Fahrt brachten, dass um die Jahrtausendwende gar Überschüsse im Haushalt eingefahren werden konnten. Wenngleich – wie oben schon angedeutet – mit Hilfe einiger Sonderfaktoren. Die präsidentiale Lichtgestalt Barack Obama fuhr dann sogar noch deutlich höhere Defizite als Reagan, um die Finanzkrise zu

bekämpfen. Und die USA gingen trotzdem nicht unter. Die gepunktete Linie ganz rechts in der Grafik deutet an, wie sich Trumps Administration nach hohen Defiziten den Wiederaufstieg erträumt. Allerdings wäre damit 2028 auch noch längst nicht die Nulllinie erreicht und Trump selbst bei einer Wiederwahl längst nicht mehr im Amt. (Abb. 2)

In alledem steckt ohnehin schon ein ganzes Stückchen Finanzalchemie: So hat zum Beispiel die US-Notenbank trotz einer Rückführung der Bestände immer noch jede achte Staatsanleihe in ihrem Besitz. Und der Versuch, diese Massen wieder auf Normalmaß zurückzuführen, dürfte eher wieder in den Aktenschrank zurückwandern.

Zumal die internationalen Investoren – allen voran China und Japan – an amerikanischen Staatspapieren zuletzt etwas die Lust verloren zu haben scheinen. Jedenfalls stagnierten ihre Bestände seit 2015. Die alte Schuldenmasche „US-Regierung gibt Anleihen aus, die Asiaten kaufen am Devisenmarkt US-Dollar, um ihre Heimatwährung nicht zu stark werden zu lassen, und erwerben mit diesem Dollarhorten US-Staatspapiere“ scheint nicht mehr so geölt zu laufen wie früher. Da kann die Federal Reserve nicht unbegrenzt Anleihen verkaufen, ohne dass der Zins kräftig steigt und die Konjunktur abwürgt.

Das alles ist für Konjunkturoxperten spannend. Aber auch der Laie ahnt: hier wird mächtig improvisiert. Lustig nur, das Improvisationskunststück scheint die Ratingagenturen daheim nicht groß zu stören. Im Ausland sind sie dann um so pingeliger. Auch eine Form von Wirtschaftsimperialismus.

**Korrespondenzadresse:**

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

Red.: ReH

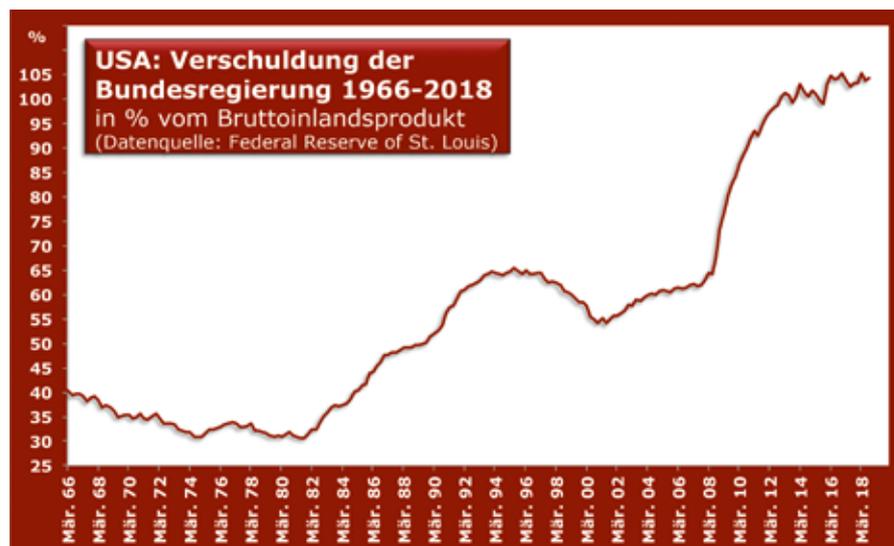


Abb. 1

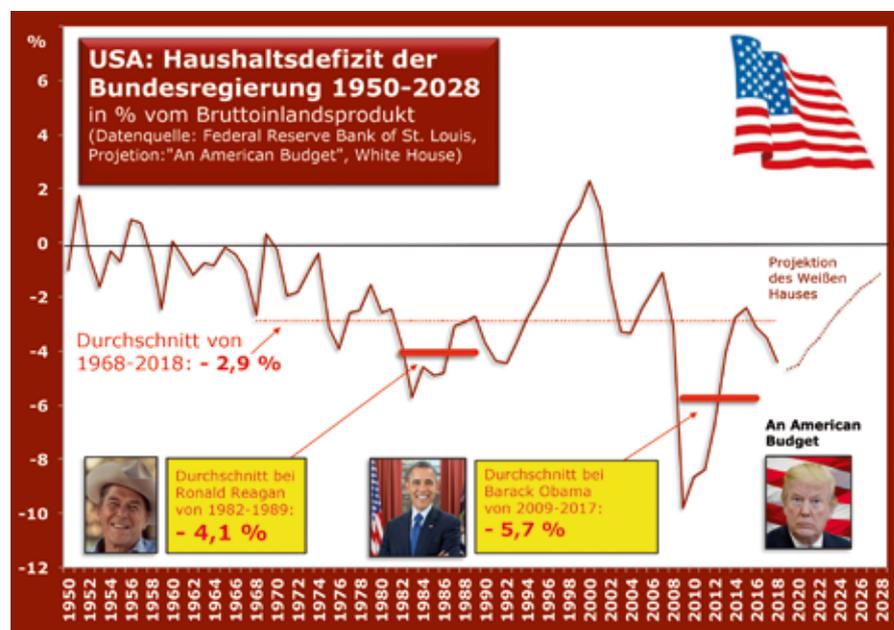


Abb. 2

# Kindesmissbrauch in Deutschland: Wir alle sind gefragt

*Die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs hat Anfang April 2019 ihren Bericht vorgelegt. Jeder, der diesen Bericht liest, ist erschüttert über das Leid der Betroffenen und die vielfach zu Tage tretende Hilflosigkeit und auch teilweise Gleichgültigkeit unserer Gesellschaft. Der Staat muss dringend handeln und sicherstellen, dass das Grundrecht eines jeden Kindes auf körperliche und psychische Unversehrtheit gewährleistet ist.*



Foto: © Photographee.eu – stock.adobe.com

## Völliges Versagen der zuständigen Behörden

Die meisten bekannt gewordenen, gravierenden Fälle von schwerster Kindeswohlgefährdung und Kindesmisshandlung zeigten im Vorfeld zahlreiche „Warnhinweise“, auf die nicht in geeigneter Weise mit Frühen Hilfen und präventiven Maßnahmen durch die Behörden und die Umgebung reagiert wurde.

So auch im Fall Lügde und Bad Oeynhausens. Es ist unbegreiflich, dass ein allein lebender Mann, dessen zuhause ein Wohnwagen auf einem Campingplatz ist, als Pflegevater für ein kleines Mädchen von den Behörden akzeptiert wird, obwohl er mit dem Kind in keinem Verwandtschaftsverhältnis steht. Man ist fassungslos, zu lesen, dass Hinweisen auf Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch auch in diesen Fällen nicht mit altem Nachdruck nachgegangen wurde.

Es hat wohl in Lügde ein Netzwerk gegeben, das dieses Ausmaß an sexuellem Missbrauch von Kindern erst ermöglicht hat – und hier haben, was uns alle besonders trifft, offenbar Eltern bewusst mitgemacht.

Man kann nur mit dem Kopf schütteln, wenn man erfährt, dass wegen Besitz von Kinderpornografie rechtskräftig verurteilte Polizeibeamte und Behördenmitarbeiter nur degradiert, aber weiterhin im öffentlichen Dienst beschäftigt werden und möglicherweise an der Aufarbeitung solcher schwerwiegenden Verletzungen kindlicher Rechte beteiligt sein können. Auch der Besitz von Kinderpornografie ist ein schwerwiegendes Verbrechen, gehört entsprechend bestraft und der Staat muss sicherstellen, dass entsprechend rechtskräftig verurteilte Personen in ihrem Beruf keinerlei Kontakt mehr zu Kindern haben. Das gilt nach meiner

## Viele Initiativen auf Bundesebene gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen

Trotz der umfangreichen Empfehlungen des **13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung** von 2008, des **Runden Tisches zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs** aus den Jahren 2010 und 2011 und der Verabschiedung des **Bundeskinderschutzgesetzes** vom 01.01.2012 gelingt es unserer Gesellschaft nicht, Kinder vor den schweren Verletzungen ihrer Menschenwürde und ihres Rechts auf körperliche und seelische Unversehrtheit wirksam zu schützen.

Der Bundesrat hat am 22. September 2017 abermals kurzfristig das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen von seiner Tagesordnung abgesetzt. Es kam daher nicht zu einer Abstimmung über das zustimmungsbedürftige Gesetz, das der Bundestag am 29. Juni 2017 verabschiedet hatte. Schon in der Sitzung am 7. Juli 2017 hatten die Länder die Abstimmung verschoben. In dem Gesetzentwurf war vorgesehen, dass Jugendämter und Kinder- und Jugendärzte künftig intensiver zusammenarbeiten sollen. Mediziner sollten mehr Klarheit erhalten, wann sie

ihre Schweigepflicht brechen und einen Verdachtsfall an das Jugendamt melden dürfen. Sie sollten verstärkt in die Einschätzung der Gefährdungssituation einbezogen und anschließend informiert werden, wie es mit dem Kind und der Familie weitergeht.

Es gibt kaum ein Problem in diesem Land, das so lange und so hartnäckig verschwiegen wurde. Und es gibt kaum ein Problem, das in jüngster Zeit so mutig und so massenhaft dokumentiert wurde: **Der sexuelle Missbrauch von Kindern, vor allem aber sein machtvolles Verschweigen sind ein Drama, das die gesamte Gesellschaft betrifft.** Denn es gab in allen Bereichen hilfloses Verschweigen und Versagen, im Privaten ebenso wie in Schulen und Kindergärten, in Heimen und Internaten, in Sportvereinen, in den Kirchen, aber auch im Gesundheitswesen.

Die jüngsten Fälle in Ostwestfalen (Lügde und Bad Oeynhausens) haben dies noch einmal ganz deutlich gezeigt. Seit Ende Januar ist ein unglaublicher Skandal offenkundig geworden, der alle, die sich um Kinderschutz und das Recht von Kindern auf seelische und körperliche Unversehrtheit bemühen, aufgrund der fast täglich neuen Einzelheiten des Versagens von Behörden fassungslos macht.

Auffassung auch explizit für Ärzte und, wie im Fall Bad Oeynhausen, auch für Heilmittelerbringer. Und natürlich auch für Geistliche, dem haben hohe Kirchenvertreter am Runden Tisch zugestimmt, sich aber nicht daran gehalten.

Niemand auf dem Campingplatz will etwas bemerkt haben, obwohl man gerade auf Campingplätzen doch eng zusammenlebt.

### Betroffene melden sich nach Jahrzehnten nun endlich zu Wort

Dass das gewaltige Ausmaß des Missbrauchs offenbar wurde und dass heute niemand mehr davon ausgehen kann, es handle sich bei den vielen Fällen um bedauerliche Einzelfälle, ist das Verdienst der Betroffenen. Zunehmend finden Menschen, die als Kinder missbraucht wurden, als Erwachsene nun den Mut, über etwas zu sprechen, das lange als etwas Beschämendes, ja als Stigma galt – und zwar für die Opfer. Die Opferzahlen gehen in die Zehntausende.

### Betroffene müssen gestärkt werden

Der Rechtsstaat hat versagt, Verjährung verhindert oft die notwendige Aufarbeitung und auch die Bestrafung der Täter. Die Einsetzung der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs als Folge des Runden Tisches und die Einsetzung des unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, waren wichtige und richtige Entscheidungen.

Vor allem aber gibt die Kommission nun **Empfehlungen an Politik und Gesellschaft. Die wichtigste ist:**

**Stärkt die Position Betroffener!** Das klingt abstrakt, ist aber eine höchst praktische Forderung. Denn bis heute ist es in Institutionen wie etwa der Kirche nicht selbstverständlich, dass Betroffene mehr als Bittsteller sind, dass sie bei der Aufklärung eine zentrale Rolle spielen und ihre Belange selbst öffentlich vortragen können.

Die Kommission rät auch zu einem „sensibleren Umgang mit Betroffenen in Behörden und Institutionen“. Das mag nach einer Selbstverständlichkeit klingen, in Wirklichkeit machen Betroffene bis

heute die Erfahrung, dass sie sich gegenüber Institutionen, die Täter geschützt haben, rechtfertigen und Rechte erkämpfen müssen, selbst wenn ihre Fälle klar belegt sind. Es mangelt unverändert an Therapiemöglichkeiten. Und bei Anträgen auf Opferentschädigung wie auch in Gerichtsverfahren kommt es zu stigmatisierenden, retraumatisierenden Situationen.

Sechs Seiten füllt die Kommission mit **konkreten Empfehlungen**. Was Politik und Gesellschaft am dringendsten umsetzen sollten:

- bessere Netzwerke für Hilfe,
- leichter Zugang zu Entschädigung, Schutzkonzepte für Kinder.
- Der überraschendste Rat aber ist wohl der: „Die Kommission empfiehlt Institutionen, in denen Missbrauch stattfand, mit der Aufarbeitung zu beginnen.“

### Was ist aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin zu tun?

Wiederum zeigt sich, dass unser föderales System mit eine Ursache für völlig unzulänglichen Kinderschutz ist. Die Umsetzung der Empfehlungen des **13. Kinder- und Jugendberichts, des Runden Tisches und des Bundeskinderschutzgesetzes** müssen natürlich auf Landesebene erfolgen, aber dies ist vielfach nicht geschehen. In der Kinder- und Jugendhilfe fehlt es allerorten an genügend qualifiziertem Personal, der **ÖGD**, der in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe beim Kinderschutz eine ganz entscheidende Rolle spielen müsste, wird nach und nach ausgeblutet und die Zusammenarbeit zwischen beiden Behörden lässt oft zu wünschen übrig.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen unter Einbeziehung der auszubauenden Strukturen des **ÖGD** mit der Kinder- und Jugendhilfe muss regional so organisiert werden, dass die Ansprechpartner bekannt und eine 24h-Bereitschaft zur sofortigen Hilfe gewährleistet ist. Die **stationäre Einweisung** von gefährdeten Kindern mangels anderer Hilfsstrukturen vor Ort ist keine Lösung, sie ist nur gerechtfertigt, wenn ein Kind behandlungsbedürftige Misshandlungs-, Missbrauchs- oder Vernachlässigungsfolgen aufweist. **Gemeinsame Fallkonferenzen** müssen auch außerhalb der Sprechstunden der Vertragsärzte möglich sein.

Nicht nur Behörden, wir alle müssen sensibler für diese ungeheuerlichen Taten werden und lernen, auch noch so kleine Signale frühzeitig wahrzunehmen und im Sinne des Kindeswohls zu handeln.

Seit 1. Juli 2017 ist die rund um die Uhr erreichbare **medizinische Kinderschutz-hotline (0800 19 210 00)** geschaltet. Die bundesweite kostenfreie Beratung bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch soll der Verständigung dienen. Die Mitarbeiter der Hotline sind Mediziner mit besonderer Kenntnis im Kinderschutz und haben spezielle Schulungen und Trainings als **ISEF (insoweit erfahrene Fachkraft)** absolviert. Jedes Gespräch bleibt vertraulich und die Falldarstellungen erfolgen anonymisiert. Zur Qualitätssicherung werden Anrufer um einige Angaben wie Alter und Geschlecht sowie Hintergrund des Anrufes gebeten.

Wenn Anzeichen zu erkennen sind, dass das Kindeswohl gefährdet ist, muss das **Recht des Kindes auf Schutz ein höheres Gut als die Schweigepflicht** sein. Dies ist derzeit nicht gewährleistet und leider durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG neu) noch erschwert worden. Ärzte können z.B. ohne Genehmigung der Eltern keine weiteren Auskünfte über ein Kind bei Erzieherinnen oder Lehrern einholen, auch keinen Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe aufnehmen. Auch umgekehrt gibt es einen entsprechenden Datenschutz, der die besonderen Rechte des Kindes nicht ausreichend berücksichtigt. Erst wenn massive Misshandlungshinweise zu erkennen sind, darf der Arzt sich im Interesse des Kindes über die Schweigepflicht hinwegsetzen und die zuständigen Behörden einschalten.

Ich appelliere an Sie alle, wachsam zu sein und dabei zu helfen, Kinder in ihren Rechten zu stärken und ihnen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Gewisse Hilfen können Ihnen die im Februar verabschiedeten neuen Kinderschutzleitlinien bieten:

Link: <https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/leitlinie/leitlinie-materialien-zum-downloaden>

#### Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfram Hartmann  
57223 Kreuztal  
E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)

# Jedes vierte Kind in Bayern ist chronisch krank

**Neuer Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit untersucht Behandlungsdaten von mehr als 83.000 Jungen und Mädchen** // Neurodermitis, Asthma, Heuschnupfen – in Bayern ist jedes vierte Kind körperlich chronisch krank. Knapp jedes zehnte Kind leidet an einer psychischen Erkrankung mit potentiell chronischem Verlauf. Das zeigt der neue Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit. Für die Studie hat die Krankenkasse Versichertendaten von mehr als 83.000 Kindern im Freistaat ausgewertet. Demnach sind 90 Prozent aller Jungen und Mädchen mindestens einmal im Jahr beim Arzt oder im Krankenhaus. Dabei zeigt sich auch: Bereits Schulkinder leiden unter krankhaftem Übergewicht und Rückenschmerzen. Für die Versorgung aller Minderjährigen in Bayern gibt die Kasse im Jahr mehr als 74 Millionen Euro aus.

Im Auftrag der DAK-Gesundheit hat die Universität Bielefeld die Gesundheits- und Versorgungssituation von Jungen und Mädchen in Bayern umfassend untersucht. Die repräsentative Studie mit Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016 liefert erstmals systematische Analysen zum Erkrankungs geschehen bei Kindern.

## Chronische Leiden belasten die Kinder

Nach der Studie ist in Bayern jedes vierte Kind körperlich chronisch krank – Jungen etwas häufiger als Mädchen. Am stärksten verbreitet sind Neurodermitis und Heuschnupfen gefolgt von Asthma und Entzündungen des Magen-Darm-Traktes. Asthma-Sprays gehören zur siebthäufigsten Arzneimittelgruppe bei Kindern.

## Schon Kinder haben Rückenschmerzen

Atemwegserkrankungen stehen insgesamt auf Platz 1 der wichtigsten Erkrankungsarten im Kindesalter. Mehr als die Hälfte (54 Prozent) aller Jungen und Mädchen in Bayern leidet mindestens einmal pro Jahr unter einem grippalen Infekt oder einer akuten Bronchitis. In der Häufigkeit dahinter folgen Infektionskrankheiten, Augenerkrankungen, psychische Leiden und Hauterkrankungen. Muskel-Skelett-Probleme wie Rückenschmerzen oder Knieprobleme sind ebenfalls verbreitet. Fast jedes sechste



Kind hat wenigstens einmal im Jahr eine entsprechende Diagnose. Ab dem zwölften Lebensjahr ist ein Viertel aller Jungen und Mädchen betroffen. Ein weiteres Leiden, das auch mit Bewegungsarmut zusammenhängt, ist krankhaftes Übergewicht. Über alle Altersgruppen hinweg sind 2,7 Prozent betroffen, im Alter von zehn bis 14 Jahren 3,8 Prozent.

## Gesünder als im Bundesdurchschnitt

Im bundesweiten Vergleich sind Kinder in Bayern jedoch gesünder als Gleichaltrige anderswo. Zwar dominieren dieselben Erkrankungen wie auf der Bun-

desebene, aber der Anteil der betroffenen Jungen und Mädchen ist vielfach geringer. So haben Kinder seltener Infektionen und Atemwegserkrankungen als im Bundesdurchschnitt (minus fünf Prozent). Auch Adipositas wurde in Bayern seltener dokumentiert (minus 17 Prozent).

## Unterschied zwischen Stadt und Land ist größer als gedacht

In Bayern lebt ein Drittel der DAK-versicherten Kinder in städtischen Gemeinden. Die Studie zeigt, dass sie anders krank sind als Gleichaltrige vom Land. Sie leiden öfter unter Zahnkaries, Viruserkrankungen und krankhaftem Über-

gewicht. Landkinder hingegen haben häufiger eine akute Bronchitis und Allergien. „Unser Report belegt, dass der Unterschied zwischen Stadt- und Landkindern in Sachen Gesundheit größer ist als gedacht“, betont Sophie Schwab, Leiterin der DAK-Landesvertretung Bayern. „Die Gründe für die beobachteten Zusammenhänge können an den unterschiedlichen Lebensgewohnheiten und Lebensbedingungen liegen.“

### Prävention an Schulen und Kitas ausweiten

Auf Grundlage des Reports will die DAK-Gesundheit die bestehende Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiter optimieren. Außerdem wird die Krankenkasse ihre Präventionsangebote an Kitas und Schulen intensivieren. So soll die Kampagne „fit4future“ mit der Cleven-Stiftung für mehr Bewegung, ge-

sunde Ernährung und Stressbewältigung ausgeweitet werden. Das Programm läuft aktuell an 347 Grund- und Förderschulen in Bayern mit 70.000 Schülern und soll in diesem Jahr an weiterführenden Schulen und 2020 auch in Kitas starten.

Quelle: DAK

Red.: ReH

## Rechtsanspruch auf ganztägige Bildung und Betreuung für Grundschul Kinder: Studie der Bertelsmann Stiftung belegt Gewinn für Volkswirtschaft und Bildung

**M**it ihrer Studie „Zwischen Bildung und Betreuung“ macht die Bertelsmann Stiftung eine Kosten-Nutzen-Rechnung für die Umsetzung des Rechtsanspruchs auf Ganztagsbetreuung für jedes Grundschulkind auf und prognostiziert deren Rendite bis 2030 und darüber hinaus: Es wäre ein Erfolgsmodell für Kinder, Eltern und den Staatshaushalt, wenn in der laufenden und in der nächsten Legislaturperiode je vier Milliarden Euro vom Bund in das Vorhaben investiert werden und eine verträgliche Finanzierungslösung zwischen Bund, Ländern und Kommunen ausgehandelt werden könnte.

Maresi Lassek, die Vorsitzende des Grundschulverbandes, fordert daher, die extrem unterschiedlichen Finanzlagen der Kommunen mit einem Finanzierungskonzept aufzufangen, um Kindern in allen Regionen Deutschlands vergleichbare Bildungsbedingungen zu ermöglichen: „Diese Chance zu ergreifen wäre endlich auch eine Anerkennung der Bildungsleistungen der östlichen Bundesländer, die nach der Wiedervereinigung die ganztägige Bildung und Erziehung von Schülerinnen und Schülern beibehalten haben, als selbstverständlich betrachten und eine Infrastruktur aufweisen, die deutlich bessere Grundlagen für die Ganztagsbetreuung bietet, als manches westliche Bundesland.“

Nun müsse es darum gehen, im Zusammenhang mit der Einführung des Rechtsanspruchs Qualitätsanforderungen für die ganztägige Bildung und Erziehung zu formulieren, wenn der Erfolg, sowohl von volkswirtschaftlichem Nutzen sein als auch auf den Bildungserfolg insbesondere von Kindern aus benachteiligten Familien positiv wirken soll.

Der Grundschulverband benennt mit den Erfahrungen aus der langjährigen Begleitung von Unterrichts- und Schulentwicklung Qualitätskriterien für die Umsetzung in Schulen. Zusammengefasst wurden sie in einem Standpunkt zur Ganztagschule mit dem Titel: **Mehr Zeit für Kinder – Das Recht auf eine qualitätsvolle ganztägige Bildung.**

Darin wird gefordert, dass eine gute Ganztagschule viel mehr bieten muss als die Verlängerung der Schultage. Es braucht rhythmisiert gestaltete Tagesabläufe, die nicht nach Unterrichtsstunden, sondern nach Phasen der Anspannung und Entspannung getaktet sind. Die Kinder sollen gerne mehr Zeit in der Schule verbringen, weil sie dort Neues lernen und mit anderen zusammen freie Zeiten mit Spiel und Bewegung verbringen. Die veränderten Freizeitbedingungen für Kinder in Ballungsräumen müssen in der Ganztagsbetreuung Ausgleich schaffen,

das verändere Schule und verbinde sie mit dem Wohnquartier.

Qualität in der Ganztagschule erfordere zudem den Rechtsanspruch auf einen kostenfreien Platz an einer Ganztagschule mit pro Woche mindestens 34 Stunden schulischer Bildungszeit innerhalb eines Zeitrahmens von täglich acht Stunden und in der Verantwortung pädagogisch qualifizierten Personals.

Neben den fachlichen Inhalten sei die Bedeutung sozial-emotionalen Lernens und der individuellen Persönlichkeitsentwicklung hervorzuheben.

Mehr Zeit und mehr Aktivitäten in der Schule brauchen auch mehr und vor allem anders gestaltete Räume. Gebäude, Räume, Ausstattung und Schulgelände müssen entsprechend der Altersstruktur der Kinder „ganztagsfähig“ sein und den Anforderungen von Lernen und Freizeit gerecht werden, fordert der Verband.

In vielfältigen Angeboten aus Sport, Musik, Kunst und Theater solle jedes Kind seine besonderen Talente und Fähigkeiten entwickeln können.

Mehr Infos:

[www.grundschulverband.de](http://www.grundschulverband.de)

Red.: ReH

# Kongressbericht der 24. Jahrestagung der GAIMH (German Speaking Association of Infant Mental Health)

*„Handeln und Wandeln“ // Unter diesem Motto fand vom 28.2.-2.3.2019 an der Universität Hamburg die 24. Jahrestagung der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit statt. In einem vielfältigen Programm wurden ausgewählte Aspekte von früher Kindheit in modernen Gesellschaften in den Mittelpunkt gestellt und der Blick auf die Familie durch die sozialökonomischen und gesellschaftspolitischen Perspektiven ergänzt. Die Teilnehmenden kamen aus therapeutischen, medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Arbeitsfeldern rund um die Bereiche Schwangerschaft und frühe Kindheit.*

Die seelische Gesundheit von Kindern, ihren Eltern und ihrer ganzen Beziehungswelt ist in den modernen und sich rasch wandelnden Verhältnissen großen Belastungen ausgesetzt. Die daraus resultierenden Fehlentwicklungen und Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu handeln, ist eine bleibende Herausforderung für die in diesen Berufsfeldern arbeitenden Menschen. Keine Zeit in unserem Leben ist mehr darauf angewiesen als die vulnerable aber auch so chancenreiche Zeit in der frühen Kindheit.

Ziel des Kongresses war es, die Blicke darauf zu richten und auch darüber hinaus schweifen zu lassen, Visionen für ein gutes Leben zu entwickeln und praktische Anweisungen von Experten mitzunehmen, wie wir diese Welt gemeinsam so gestalten können, dass die Familien mit kleinen Kindern die Umgebung vorfinden, in der ein Aufwachsen in seelischer und körperlicher Gesundheit am besten gewährleistet ist.

Dr. Thomas Fischbach betonte in seinem Grußwort, dass die Frage, welche Rolle wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zusammen mit anderen Professionen hier spielen, aus seiner Sicht das zentrale Thema unserer Zeit sei. Die Frühen Hilfen bieten uns die einmalige Chance, die Versäulung der unterschiedlichen Systeme des Medizin-, des Sozial- und des Erziehungs- und Bildungssystems zu überwinden und die konkrete Lebenswelt des Kindes, seinen Sozialraum als Fördermöglichkeit zu nutzen.

In den Hauptvorträgen wurden intensiv die Herausforderungen der Arbeit mit jungen Familien thematisiert. So beschrieb der Landesgeschäftsführer des Kinderschutzbundes, Ralf Slüter, wie es gelingen kann, tragfähige Beziehungen zu Eltern mit hohem Hilfebedarf aufzubauen und zu halten, die diese Beziehung eigentlich nicht wollen oder selber halten können. Prof. Sabine Walper nahm in ihrem Vortrag Partnerschaftsprobleme, instabile Paarbeziehungen und konflikthafte Trennung und deren Auswirkungen auf die Kinder in den Blick. Prof. Albert Lenz machte in seinem Vortrag deutlich, wie Kinder psychisch kranker Eltern durch diese Erkrankung betroffen sind, wie groß die Gefahr ist, dass sie selber später eine seelische Erkrankung entwickeln. Prof. Klaus Fröhlich-Gildhoff stellte die Grundlagen der Resilienzforschung, ihren Bezug zur Bindungsforschung und Möglichkeiten zur Resilienzförderung in der Frühpädagogik dar. Prof. Inge Seiffge-Krenke beschäftigte sich mit der lange vernachlässigten Rolle von Vätern sowie dem Beitrag der Väter zur Bindungsentwicklung und seine Rolle als Schutzfaktor und sicherer Ort. Dr. Carola Bindt referierte über das Thema „Mütterlichkeit“ und die kontrovers diskutierte Frage, wieviel Mutter für ein Kind nötig ist und ob alternative Betreuungssysteme und -personen an diese Stelle treten können.

Diese Blicke auf den Mikrokosmos Familie wurden erweitert durch den Blick



Tagungsleitung: von links nach rechts: Dr. Petra Kapaun, Dr. Anca Mannhardt, Dr. Barbara von Kalckreuth (Vorstand GAIMH Deutschland) Dr. Dagmar Brandt

auf den Makrokosmos der Gesellschaft in den Vorträgen von Prof. Ingrid Breckner über sozialräumliche Lebenswelten von Familien, von Prof. Kai von Klitzing über die Gefährdung der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit weltweit, sowie von Prof. Dirk Messner auf „Gutes Leben im 21. Jahrhundert: Urbanisierung, Globalisierung, Digitalisierung“.

Weitere Informationen zur GAIMH finden Sie unter [www.gaimh.org](http://www.gaimh.org).

Dagmar Brandt, Petra Kapaun, Anca Mannhardt (Kinder- und Jugendärztinnen, Tagungsleitung)

#### Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Petra Kapaun  
2. Landesverbandsvorsitzende Hamburg  
20253 Hamburg  
E-Mail: [p.kapaun@hamburg.de](mailto:p.kapaun@hamburg.de) Red.: WH

## Arztbefragung 2019: sehr gute Noten für „Happy Mom & Baby“ und „Fit für deine Schule“

Im März 2019 startete die DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GmbH eine Arzturnfrage bei den Kinder- und Jugendärzten. Das Unternehmen beliefert seit vielen Jahren Kinder- und Jugendärzte mit Kulturtaschen für junge Eltern und Turnbeutel für Kinder, in denen vom BVKJ autorisierte Infos und „Pröbchen“ sowie ein vom BVKJ erstelltes Magazin stecken. Jetzt wollte das Unternehmen wissen: wie zufrieden sind die Praxen mit den „Happy Mom & Baby“ Taschen und den „Fit für deine Schule“-Turnbeutel.

**D**ie Happy Mom & Baby Tasche wird zur U2/U3 als Willkommens-Geschenk von den Kinder- und Jugendärzten an die jungen Eltern mit Säugling überreicht. Der „Fit für deine Schule“-Turnbeutel wird den Eltern und ihren Kindern zum Schulstart bei der U9 Untersuchung ausgehändigt.

Die Umfrage wurde per Telefax an 289 Kinder- und Jugendarztpraxen versendet, die regelmäßig bei der DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GmbH bestellen. Mit 107 Rückantworten darf die Befragung als Marktforschung bezeichnet werden.

Aus fünf Fragen erreichte die Happy Mom & Baby-Tasche einen Notendurchschnitt von 1,4 (analog zum deutschen Schulnotensystem)! 100 Prozent der Kinder- und Jugendärzte gaben an, dass die Happy Mom & Baby-Tasche eine Bereicherung bei der U2 und U3 ist. Diese Werte stellen eine erhebliche Verbesserung gegenüber der letzten Umfrage aus



2012 dar, bei der die Gesamtnote 1,8 erreicht wurde.

Der Turnbeutel „Fit für deine Schule“ wurde von den Kinder- und Jugendärzten erstmals bewertet und erreichte die Note 1,9. Die Arztpraxen gaben an, dass sich 98 Prozent der Familien sehr über dieses Geschenk freuen.

Die „Happy Mom & Baby“-Taschen sowie die „Fit für deine Schule“-Turnbeutel



können gegen eine Unkostenpauschale von 0,50 Cent pro Stück im BVKJ-Shop unter „DIRECT-TO-PATIENT“ oder direkt per Telefax an 07243-5232864 bestellt werden. Die Taschen werden zu 18 Stück innerhalb von 7 bis 10 Werktagen frei Haus geliefert.

Red.: ReH

## „Päd-Ass 2019“ – Ende einer Ära und Übergabe in neue Hände

**A**us ganz Deutschland hatten sich rund 400 Kolleginnen und Kollegen erneut in Berlin eingefunden, um am diesjährigen BVKJ-Assistentenkongress teilzunehmen.

Wie bereits bei dem ersten Hauptstadtkongress fungierte Dr. Dirk Schnabel (SPZ/Otto-Hübner Centrum, Charité) wieder als wissenschaftlicher Leiter und zentraler Organisator vor Ort und knüpfte reibungslos an den Erfolg der Vorgängerveranstaltung von vor zwei Jahren an. Auf Grund der enormen Ressourcen der Stadt, der guten Vernetzung zwischen den

zahlreichen Kliniken und der großartigen Beteiligungsbereitschaft aller konnten die Veranstalter abermals ein besonders umfangreiches und komplexes Themen- und Fortbildungsangebot auf die Beine stellen. Dieses war randvoll gespickt mit den typisch donnerstags stattfindenden, ganztägigen Seminarblöcken zu den verschiedenen Schwerpunktthemen aus der Pädiatrie. Von Freitag bis Sonntag folgte dann auf dem Campus des Virchow-Klinikums der Charité das alt bewährte Kongresskonzept mit Vorlesungen im Audimax zu den verschiedenen Themen aus

allen Bereichen der Pädiatrie sowie einer Vielzahl von Kleingruppenseminaren auf dem gesamten Campusgelände, bei denen die Referenten gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern spezielle Kenntnisse erarbeiteten.

### Die Zeichen stehen auf Wandel

Der diesjährige Kongress stand unter dem Zeichen des Wandels. Mit Prof. Ronald Schmid verabschiedete sich die zentrale Person dieses Kongresses der letzten zehn Jahre. Unter seiner Leitung wurde

das Fortbildungskonzept entwickelt, stetig ausgebaut und zu dem Erfolg gemacht, den es heute darstellt. Mit Prof. Fuat Aksu (Datteln) gab zudem ein langer Weggefährte von Prof. Schmid und aufgrund seiner hervorragenden Vorträge ein sehr beliebter und stets exzellent bewerteter Dozent seinen Abschied bekannt. Darüber hinaus fand im Rahmen des diesjährigen Kongresses nach dem Ablauf meiner nun dreijährigen Amtszeit auch die Wahl eines neuen BVKJ-Assistentensprechers statt.

So übernimmt in Zukunft BVKJ-Vizepräsident Prof. Wolfgang Kölfen

die neue organisatorische Leitung und Weiterentwicklung des Kongresses und darf sich der Unterstützung des frisch gebackenen Assistentensprechers, Jonas Obitz (Klinikum Dortmund), gewiss sein. Neue Gesichter und frisches Blut für den BVKJ-Assistentenkongress also, dem trotz aller Erfolge sicherlich die ein oder andere Neu- und Weiterentwicklung gut tun wird.

Dieser Wechsel wurde natürlich im Rahmen des bunten Abends im Restaurant Nolle mit Tanz und Live-Musik der „Los chicos“ gebührend gewürdigt und gefeiert.

Die Planungen für das kommende Jahr laufen bereits auf Hochtouren, und ich freue mich mitteilen zu können, dass der Weg uns 2020 ins schöne Köln führen wird. Somit geht es auch nächstes Jahr wieder in eine tolle Stadt und wir sind gespannt auf die ersten frischen Impulse der neuen Organisatoren.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Sebastian Bartels – scheidender BVKJ Assistentensprecher, 56073 Koblenz  
E-Mail: s.bartels@daad-alumni.de

Red.: ReH

## 49. Herbstseminarkongress Bad Orb, 10.10.–13.10.2019 „Hotspots“ in der Pädiatrie

**L**iebe Kolleginnen und Kollegen, wie im letzten Jahr haben wir verschiedene wichtige und hoch interessante Themen ausgewählt und namhafte Referenten für Sie gewinnen können:

Wir wollen starten mit „**Alternativ- und Komplementärmedizin inkl. Homöopathie**“, was wir von Prof. Dorsch, München, und Dr. Weymayr, Herne, kritisch beleuchten lassen wollen. Es folgt ein ähnlich kontroverses Thema: „**Die auditive Wahrnehmungsstörung**“, das uns Frau Dr. Hornberger, Pädaudiologin aus Heidelberg, und Dr. Büsching, Bielefeld, darstellen. Wir freuen uns jetzt schon auf lebhaft und kontroverse Diskussionen.

Am Freitag werden uns Dr. Böhmann, Delmenhorst, und Frau Dr. Degenhardt, Potsdam, aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht sensibilisieren für „**Die Gefahren des Springens auf Trampolinen**“, die ja in fast jedem Garten stehen.

Der weitere Freitag und der Samstag sind voller spannender Themen: „**Atopische Dermatitis oder Psoriasis**“ (Frau

Dr. Arens, Hannover), „**Mein Kind ist zu groß – bzw. zu klein – Was tun?**“ (Prof. Dörr, Erlangen), „**Diagnostik und Differentialdiagnostik der Anämien**“ (Prof. Eber, München), und „**Die Bedeutung von Reserveantibiotika in der Pädiatrie**“ (Prof. Liese, Würzburg). Frau Dr. Lenzen-Schulte, Mainz, wird uns alle hoffentlich sehr nachdenklich machen mit ihrem Vortrag: „**Wir bräuchten mal ein Kind – Vorsicht bei Medienanfragen nach Patienten!**“

Den Sonntagvormittag haben wir wichtigen Ernährungsthemen in der pädiatrischen Praxis gewidmet: „**Vegetarische und vegane Kost bei Kindern**“ (Frau Dr. Alexy, Bonn); „**Fruktose, Laktose, Gluten und Histamin – und was noch alles?**“ (Frau Dr. Reese, München) und „**Eiweißdrinks und Kreatin für Jugendliche im Fitnessstudio – Was ist davon zu halten?**“ (Dr. Rosenhagen, Frankfurt). Den Abschluss machen zwei Vorträge zu „**Kombinierten Störungen schulischer Fertigkeiten**“. Frau Dr. Trost-Brinkhues, Aachen, und Herr

Achenbach, Plettenberg, beleuchten die Rolle von Inklusion – Integrationshelfer – Ergotherapie und Logopädie.

Sie sehen, der Bogen wichtiger pädiatrischer Themen für die Praxis ist sehr weit gespannt. Es ist sicher für jeden etwas dabei, kommen Sie nach Bad Orb, lassen Sie sich inspirieren und informieren, diskutieren Sie mit uns lebhaft und kritisch, bringen Sie Ihre pädiatrischen Kollegen/Innen mit, ich bin überzeugt, es lohnt sich! Zusätzlich gibt es reichlich Seminare, Vorträge zur Berufspolitik und rechtlichen Fragen und Weiterbildungsmöglichkeiten in Entwicklungsdiagnostik und psychosomatischer Grundversorgung. Wenn der Schädel brummt, finden Sie sicher Entspannung in der Therme oder bei einer Wanderung im Spessartbogen.

**Herzliche kollegiale Grüße, ich freue mich auf Sie!**

Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller, Wiesbaden

# Preis für exzellente Weiterbildung

## Vergabe & Laudatio sowie Neuausschreibung für 2020

**I**m vergangenen Jahr haben wir, nach vorausgegangener Initiative auf der Delegiertenversammlung 2017, erstmalig eine BVKJ-Auszeichnung für exzellente Weiterbildung ausgerufen (siehe KJA 01/18 u. 06/18). Mit der Auszeichnung wollen wir innovative Weiterbildungskonzepte und -strukturen fördern und bekannt machen. Gleichzeitig soll die Auszeichnung auch Anerkennung und Dank für die engagierten Weiterbilder sein, die sich trotz wachsender Ökonomisierungszwänge mit viel Zeit und Energie für eine bestmögliche pädiatrische Weiterbildung einsetzen. Last but not least soll die Auszeichnung dem interessierten Nachwuchs als Informationen dienen: hier findet ihr besonders qualifizierte Weiterbilder! Langfristig möchten wir mit der Auszeichnung Qualitätsstandards in der Weiterbildung der Kinder- und Jugendheilkunde kontinuierlich verbessern und die Weiterbildung attraktiver gestalten.

2018 bewarben sich sehr unterschiedliche Initiativen – beginnend mit einem strukturierten EEG-Weiterbildungskurs bis hin zu einem landesweiten Weiterbildungskonzept in Schleswig-Holstein. Somit hatten wir die Qual der Wahl.

### Die Preisträger

Nach der Auswertung aller Bewerber und Berücksichtigung unserer Prioritäten und wichtigsten Auswahlkriterien haben wir uns dazu entschieden den Preis für exzellente Weiterbildung im Jahr 2019 an zwei Projekte zu vergeben: an den „Weiterbildungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein“, ein Großprojekt mit einer Vielzahl an beteiligten Personen und Einrichtungen und an die „Kinder- und Jugendpraxis ARCHE“ in March-Hugstetten von Clemens Bürger und Christian Steuber, also an eine Kinder- und Jugendarztpraxis.

### Vorreiter für die Weiterbildung im Verbund



Das Großprojekt des Weiterbildungsverbunds gilt für die gesamte Fläche

Schleswig-Holstein und integriert alle dortigen Kinderkliniken der Akutversorgung sowie insgesamt zwanzig qualifizierte Lehrpraxen. Mehrere Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung konnten das Verbundmodell bereits durchlaufen und profitierten von dem kompetenzorientierten PaedCompenda-Curriculum, welches die Basis der Weiterbildung innerhalb des Verbundes bildet. Durch klare Vertragsstrukturen schafft das Modellprojekt einen verlässlichen Rahmen für alle Seiten. Gleichzeitig können Hürden und Vorbehalte zwischen Klinik und Praxis erfolgreich abgebaut werden. Zudem ermöglicht die verbesserte Nutzung der ambulanten Weiterbildungsressourcen zusätzliche Weiterbildungsstellen an den Kliniken. Somit leistet das Verbundprojekt auch einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sozialraum. Durch die erleichterte ambulant-stationäre Kommunikation entsteht ein wachsendes Verständnis untereinander und die Attraktivität der Weiterbildung wird nachhaltig gesteigert.

Das schleswig-holsteinische Projekt ist der bislang umfangreichste Weiterbildungsverbund und damit ein Vorzeigemodell für die pädiatrische Weiterbildung in Deutschland! Kontaktperson für weiterführende Informationen: Dr. Christoph Weiß-Becker.

### Strukturierte Weiterbildung und innovative Arbeitszeitmodelle in der ambulanten Grundversorgung

Die Kinder- und Jugendpraxis ARCHE in March-Hugstetten ist eine große Gemeinschaftspraxis der beiden Inhaber Clemens Bürger und Christian Steuber sowie insgesamt sechs weiteren Fachärztinnen. Die Praxis ARCHE hat mit der Einführung und Verwendung von ePaedCompenda, dem strukturierten Weiterbildungscurriculum der DGAAP mit elektronischem Logbuch, und einem Verbundkonzept mit dem Universitätsklinikum Freiburg eine Vorreiterrolle in Sachen strukturierter Weiterbildung in der ambulanten Grundversorgung. Die



Kollegen Bürger und Steuber gehören zu den ersten Weiterbildern, die das PaedCompenda-Curriculum praktisch mit Ihren ÄiW's umsetzen und bereits die elektronische Version nutzen. Bemerkenswert ist zudem der Schritt der Erstanstellung einer Weiterbildungsassistentin ohne vorherige Berufserfahrung.

Die Anstellung mehrerer Kolleginnen und Kollegen in Teilzeit erscheint vielen Arbeitgebern zu kompliziert. Nicht aber die beiden Arche-Praxisinhaber mit ihrem Organisationstalent und dem Willen, auch ungewöhnliche Arbeitszeitmodelle auszuprobieren. Neben den flexiblen Arbeitszeiten können die angestellten Ärztinnen sogar gewisse Dokumentationsaufgaben und Befundabfragen EDV-gestützt von Zuhause aus durchführen. Der interkollegiale Austausch wird durch regelmäßige ärztliche Teambesprechungen, Qualitätszirkel und kontinuierliche interne Praxisfortbildungen gefördert. Ein PädInform-Zugang steht den ÄiW's zudem selbstredend zur Verfügung.

Neben dem großen, persönlichen Erfahrungsschatz der Weiterbilder innerhalb der pädiatrischen Grundversorgung bringen die Inhaber mit Naturheilverfahren, Homöopathie, Chirotherapie und Manueller Medizin zudem für die ÄiW's weitere spannende Aspekte in die alltägliche Praxistätigkeit mit ein und sorgen für eine umfangliche Weiterbildung.

Die Preisverleihung wird im Rahmen des Kinder- und Jugendärztetages in Berlin (14.-16.06.2019) stattfinden und wir würden uns über die Anwesenheit vieler interessierter Kolleginnen und Kollegen im Auditorium freuen. Schließlich ist dies

erst der Anfang einer hoffentlich erfolgreichen Geschichte mit vielen weiteren spannenden Bewerbungen und ausgezeichneten Preisträgern in den kommenden Jahren!

**Das waren die Bewerber 2018**

**EEG-Kurs Weiterbildung des Kinderneurologischen Zentrums am Evangelischen Krankenhaus Oberhausen, Dr. Joachim Opp**

Seit 13 Jahren ist der zweimal jährlich stattfindende Kurs „Das EEG im Kindesalter an 2 Wochenenden“ eine Erfolgsgeschichte. Durch regelmäßige Evaluation und kontinuierliche Weiterentwicklung konnte ein auf Kleingruppen ausgerichtetes Kurskonzept entwickelt werden, das für sich selbst spricht: seit zehn Jahren regelmäßig auch ohne große Werbung ausgebucht! Die Kursteilnehmer profitieren von der langjährigen Erfahrung der Dozenten aus Klinik und Praxis. Für eine gute Transition wird auch die Erwachsenen-neurologie berücksichtigt. Zu den Kursunterlagen gehört zudem ein Kurs-Skript von Dr. Joachim Opp, welches Lehrbuchcharakter hat. Die anonymisierten Evaluationsbögen bescheinigen seit über zehn Jahren ein Gesamturteil von „sehr gut“ bis „gut“...

**Gemeinschaftspraxis Dres. Wolfgang Landendörfer und Birgit Fritscher**

Die Gemeinschaftspraxis in Nürnberg hat einen primär allgemeinpädiatrischen

Schwerpunkt mit besonderen Qualifikationen in Ernährungsmedizin. ÄiW Sarah Merkel schreibt, sie sei schnell und herzlich in das Praxisteam aufgenommen und strukturiert eingearbeitet worden. Hierbei profitierte sie sehr von dem „Tür an Tür“-Konzept in der Praxis, das ihr schnell eigenständige Arbeit ermöglichte und gleichzeitig jederzeit Hilfestellung wie Supervision durch die Weiterbilder. Ein Fokus der Weiterbildung habe u.a. auf dem gezielten Umgang mit den umfangreichen Möglichkeiten der apparativen Diagnostik der Praxis gelegen. Dazu auch die Einführung in das Abrechnungswesen, um den ÄiW's zusätzliches Handwerkszeug mit auf den Weg zu geben...

**Gemeinschaftspraxis Dres. Joachim Richter, Hagen Reichert, Carmen Wahlen und Eva Stierkorb**

Die große Homburger Praxis bietet nicht nur eine umfassende pädiatrische Grundversorgung an, sondern ist auch überregional als Zentrum der pädiatrischen Schwerpunktmedizin bekannt. Als „akademische Lehrpraxis der Universität des Saarlandes“ besteht eine fest etablierte Verbundweiterbildung. Dieser nutzte Lilly Stock als erste ÄiW. Sie habe sehr von der umfangreichen Einarbeitung in sämtliche ärztliche Aufgaben der ambulanten Grundversorgung profitiert und habe darüber hinaus Einblicke in die angebotenen Schwerpunktbereiche gewinnen können, schreibt sie in ihrem Bewerbungsvorschlag. Neben der struk-

turierten klinischen Weiterbildung in einem eingespielten Team biete eine akademisch-wissenschaftliche Kooperation der Praxis vielfache weitere Möglichkeiten, die Pädiatrie in all ihren Facetten kennenzulernen....

**Kinder- und Jugendärzte Hürth-Park, Dr. Ludwig Stapenhorst**

Die Praxis von Dr. Ludwig Stapenhorst ist eine große Kinder- und Jugendarztpraxis im Raum Köln mit den besonderen Schwerpunkten Nephrologie und Rheumatologie. Neben einer bestehenden Kooperation mit der Kinderklinik Gummersbach ist ein weiterer Verbund bereits in Planung. Weiterhin besteht eine enge Zusammenarbeit mit regelmäßigen Fallkonferenzen zum örtlichen Frühförderzentrum und Jugendamt. Alle ÄiW's erhalten ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm mit zeitlichen und inhaltlichen Zielvorgaben nach individuellem Kenntnisstand und Fertigkeiten. Eine der ÄiW's, Charlotte Reich, berichtet von einer ganz besonders bereichernden Weiterbildungszeit dort mit Einblicken in das komplette Spektrum der Allgemeinpädiatrie und vielem mehr...

**Kinderärzte im Karree, Mersad Klemm und Kollegen**

Jana Jeuck, ÄiW in der großen Gemeinschaftspraxis von Mersad Klemm mit drei weiteren Kollegen in Leverkusen, lobt das eingespielte multikulturelle Praxisteam mit hervorragendem Arbeitsklima. Aus- und Weiterbildung von ÄiW's und MFA's sei eine Herzensangelegenheit ihrer Chefin. So existieren beispielsweise eine wöchentliche ärztliche Teambesprechung mit den wichtigsten und spannendsten Fällen sowie eine ganztägige interne Fortbildung für das gesamte Praxisteam einmal im Quartal. Weiterhin bestehe auch ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm (*wurde uns leider nicht vorgelegt*). Insgesamt zeigte sich Jana Jeuck rundum zufrieden und begeistert von ihrer Zeit in der Kinder- und Jugendarztpraxis im Karree...

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Sebastian Bartels  
BVKJ-Assistentensprecher  
56072 Koblenz  
E-Mail: s.bartels@daad-alumni.de

Red.: ReH

**Aufruf zur Bewerbung für den „Preis für exzellente Weiterbildung 2020“**

Vom Maximalversorger über die Einzelpraxis bis hin zu allen in der pädiatrischen Weiterbildung aktiven Einrichtungen und Personen können sich bewerben. Besonders berücksichtigt werden dabei Weiterbildungsverbände verschiedener Weiterbildungs-äste (z.B. Klinik-Praxis-Verknüpfung). Neue Ideen, Umsetzungen und Konstrukte zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Weiterbildung, aber auch Weiterbildungskonzepte zur Integration von Wiedereinsteigern und Teilzeitkräften sind besonders preiswürdig, ebenso das besondere Engagement von einzelnen, in der Weiterbildung besonders aktiven Personen.

Ohne pädiatrische Weiterbildung hat unser Fach keine Zukunft. Helfen Sie daher mit und bewerben Sie sich oder schlagen mögliche Preisträger vor. Hierzu reicht eine Mail an: [weiterbildungspreis@uminfo.de](mailto:weiterbildungspreis@uminfo.de) Idealerweise sollten die Bewerbungsunterlagen eine möglichst ausführliche Beschreibung der Weiterbildungseinrichtung mit dem entsprechenden Weiterbildungskonzept durch den Weiterbildungsermächtigten enthalten sowie eine persönliche Stellungnahme einer/s ÄiW's. Gerne zu ergänzen mit einem Teamfoto.

Einsendeschluss ist der 31.10.2019.

# Mediziner über Erziehungsfehler

**Was in der Kindheit von Rechtspopulisten falsch lief // Frühe Erfahrungen von Unsicherheit und Ablehnung erklären den Autoritätsglauben und die Härte von Populisten, ein autoritärer Erziehungsstil geht in allen Kulturen einher mit Anfälligkeit für populistische Botschaften, meint der Kinder- und Jugendarzt Herbert Renz-Polster und hat darüber ein lesenswertes Buch geschrieben: *Erziehung prägt Gesinnung*. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht er über den Zusammenhang zwischen frühen Erfahrungen von fehlender Sicherheit und späterer Rechtsdrift und was autoritäre Eltern entspannt.**



**In wenigen Tagen wählt Europa. Umfragen sagen populistischen EU-kritischen Parteien große Zugewinne voraus. Sie behaupten in Ihrem neuen Buch, der Erfolg der Rechtspopulisten in Europa, aber auch in den USA sei auf deren unglückliche Kindheiten zurückzuführen. Ziemlich populistische These, oder?**

Guter Aufhänger. Die These ist aber tatsächlich eine wissenschaftliche Fragestellung, an der sich schon manche Forscher und Disziplinen versucht haben – der Philosoph und Soziologe Theodor W. Adorno etwa. Oder der Psychoanalytiker und Sozialpsychologe Erich Fromm. Die Kindheit kommt in Bezug auf den Autoritarismus deshalb in den Fokus, weil dort die Begriffe Macht, Herrschaft und Hierarchie hautnah verhandelt werden. Eigentlich ein logischer Ansatz.

**Was muss denn in den frühen Jahren schieflaufen, um aus einem Kind einen Rechtspopulisten zu machen?**

Nichts macht aus einem Kind irgendwas. Aber frühe Einflüsse legen eine Verletzlichkeit an. Sie schaffen einen Haftgrund. Und der entsteht, wenn Kinder auf ihre grundlegenden Entwicklungsfragen keine guten Antworten bekommen: Bin ich sicher? Bin ich anerkannt? Gehöre ich dazu? Bekommen Kinder auf diese inneren Fragen keine befriedigende Antwort, suchen sie ihre Sicherheit in einem äußeren Ersatz. Lebenslang.

**Warum sprechen Sie nur von Rechtspopulisten, was unterscheidet die von Linkspopulisten, von denen wir ja auch reichlich haben?**

Weil mich eben das autoritäre Denken interessiert, also der Drang sich in eine Hierarchie einzuordnen und äußere Normen und Konventionen absolut zu setzen. Dieses Denken, mit der dazugehörigen Abwertung der Andersdenkenden, hat unsere Gesellschaft ja auch historisch deutlich geprägt. Jetzt ist dieser Autoritarismus wieder ein lockendes Versprechen, ein besonders verstörter Rechtspopulist führt den freien Westen an...

**Es gibt die AfD erst seit ein paar Jahren, autoritäre Eltern aber schon viel länger...**

Missverständnis. Rechtsautoritäre Haltungen sind kein Alleinstellungsmerkmal der AfD, die meisten Rechtspopulisten sammeln sich in anderen Parteien. Insgesamt haben autoritäre Haltungen in der Bundesrepublik eher abgenommen. Wäre es heute noch möglich, Gastarbeiter so zu behandeln wie in den 1960er Jahren? Nein, glücklicherweise.

**Hat der Anstieg der Rechts-Wähler nicht viel mehr etwas mit der Angst vor der Globalisierung, der gefühlten Fremdheit in der digitalen Welt und der Angst vor dem sozialen Abstieg zu tun?**

Diese Einflüsse spielen eine Rolle, weil sie vorbestehende Ängste aktivieren. Nur, der Haftgrund muss schon da sein. Wenn einem der Wind ins Gesicht bläst, heißt das ja noch lange nicht, dass man deshalb Schwarze, Juden oder Homosexuelle schlecht finden muss. Viele kommen mit dem Wandel ja gut klar, ohne mit dem dicken Finger auf andere zu zeigen. Ich bleibe dabei: da muss zu den äußeren

Einflüssen noch eine innere Bereitschaft dazu kommen.

**Erziehen autoritäre Eltern immer autoritäre Kinder?**

Natürlich nicht, auch sind Eltern ja oft selbst kein politisch homogenes Gespann. Auch spielen gesellschaftliche Randbedingungen eine Rolle, ob da ein „wind of change“ herrscht etwa oder nicht. Insgesamt ist die Transmission autoritärer Haltungen von Eltern zu Kind recht effektiv, wenn auch nicht so stark wie bei den „alternativen“ Haltungen – grüne Eltern haben praktisch immer grüne Kinder.

**Was könnte eine Lösung sein? Wie ändert man autoritär erziehende Eltern?**

Schon mal versucht, politisch anders Denkende von der eigenen Haltung zu überzeugen? Viel Spaß damit. Das sind Generationenprozesse, bei denen auch Veränderungen in der Gesellschaft eine Rolle spielen – ist weniger Druck im Kessel, werden autoritäre Haltungen weniger aktiviert. Da werden auch autoritär veranlagte Eltern entspannter.

**Angenommen, ein AfD-Funktionär oder Pegida-Aktivist kommt mit seinem Kind zur U7. Was und wie beraten Sie?**

... als sei es unsere Aufgabe je nach politischer Gesinnung unterschiedlich zu beraten.

---

Regine Hauch

---

**Eine Leserin unserer Zeitschrift hat bemängelt, dass die Erkenntnisse der Allergieprävention nicht in die Aktualisierung der App „Baby & Essen“ (siehe KJA 3/2019, S. 125) des Netzwerks Gesund ins Leben eingeflossen sind.**

**Wir haben das Netzwerk um eine Stellungnahme gebeten.**

**D**ie Empfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben zum Stillen, zur Auswahl der Säuglingsanfangsnahrung sowie zur Einführung, Abfolge und Auswahl der Beikost berücksichtigen Aspekte der Allergieprävention und schließen die Empfehlungen der aktuellen Leitlinie Allergieprävention mit ein.

Nach den Empfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben, die auch von der DGKJ und dem BVKJ unterstützt werden, sollte die Beikost frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats eingeführt werden. Auch nach der Einführung der Beikost soll weitergestillt werden.

Der empfohlene Zeitraum für die Beikosteinführung trägt neben dem steigenden Nährstoffbedarf des Säuglings im zweiten Lebenshalbjahr, Aspekten der

Allergieprävention, Aspekten der sensorischen Akzeptanz auch den individuellen Unterschieden in der motorischen Entwicklung und der Entwicklung der Essfertigkeit Rechnung. Das heißt: Ist das Kind mit Beginn des 5. Monats reif für die Beikost, soll die Einführung aus Gründen der Allergieprävention nicht verzögert werden. Zeigt der Säugling allerdings noch keine Bereitschaft für den Beikoststart mit Beginn des 5. Monats, sollte er auch nicht gedrängt werden. Auch die Leitlinie Allergieprävention sagt nicht, dass Beikost nach 4 Monaten gegeben werden muss, sie besagt nur, dass es keine Evidenz dafür gibt, länger mit der Einführung zu warten. Insgesamt sind die Vorteile einer früheren Beikosteinführung (Beginn 5. Monat) im Vergleich zu einer späten Beikosteinführung (Be-

ginn 7. Monat) für die Allergieprävention nicht nachgewiesen.

Auch die Empfehlung zur Auswahl der Beikost steht im Einklang mit den Empfehlungen zur Allergieprävention. Abwechslung im Hinblick auf die Beikostzutaten ist empfehlenswert. Potente Nahrungsmittelallergene sollen nicht vermieden oder später eingeführt werden.

**Korrespondenzadresse:**

Monika Cremer  
im Auftrag von Gesund ins Leben –  
Netzwerk Junge Familie  
Bundeszentrum für Ernährung  
Heilsbachstraße 16  
53123 Bonn  
[www.gesund-ins-leben.de](http://www.gesund-ins-leben.de)

Red.: ReH

## Pädiatrie in Entwicklungsländern



Abb. 1: v.l.: Doktorandinnen Brunner, Thierij, Prof. Dr. Haas, einheimische Ärzte

# Menstruationsbinden – Schlüssel für Bildung von Mädchen und Frauen in Äthiopien



Alisa Thierij

**Hintergrundinformation** // Im Rahmen unserer Doktorarbeit flogen wir, Barbara Sophie Brunner und Alisa Thierij, mit unserem Doktorvater Prof. Dr. Nikolaus Haas, Leiter der Abteilung für Kinderkardiologie und pädiatrische Intensivmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, am 29. Oktober 2018 für fünf Tage nach Mekelle, in der Region Tigray, Äthiopien. Unser Ziel war die Ausbildung der Äthiopischen Kardiologen hinsichtlich der Behandlung angeborener Herzfehler, mithilfe speziell von uns entwickelter 3D-Modelle. Organisiert und unterstützt wurden wir dabei von einer deutschen NGO – dem Verein Ethiopia-Witten. Gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden des Vereins, Dr. Christian Leuner, hatten wir zusätzlich Gelegenheit die anderen Projekte, die der Verein tatkräftig unterstützt, kennenzulernen.

## Bildung in Äthiopien

Ein großer Baum, ein bisschen Schatten, ein Stein zum Sitzen – das ist eine typische Baumschule in Äthiopien. Trotzdem hat Schule hier einen sehr hohen Stellenwert. Nicht nur Rechnen und Schreiben, sondern viel mehr auch alltägliche Dinge wie Ernährung, Hygiene, seine eigenen Rechte kennen und kluge Entscheidungen treffen, sollen hier gelehrt werden.

## Besondere Probleme für Mädchen

Ein besonderes Problem, welches sich für die Mädchen während der Menstruation ergibt, ist die eigene Körperhygiene. Während der Periode bleiben sie daher tagelang zuhause oder brechen die Schule ganz ab. Die meisten von ihnen besitzen nicht einmal Unterwäsche. Darüber hinaus gibt es in Äthiopien kaum Information und Aufklärung zum Thema Menstruation, Pubertät, Sexualität, Schwangerschaft und Verhütung.

## Bedeutung der Schulbildung für Mädchen

Bildung ist in Äthiopien besonders für Mädchen der Schlüssel zu einer besseren Zukunft. Bildung bedeutet Wissen darüber, was mit ihnen während der Pubertät passiert, wie sie schwanger werden – oder eben nicht und die Möglichkeit einen Beruf zu erlernen. Während eine Frau auf dem Land durchschnittlich ca. vier Kinder bekommt, liegt diese Zahl in der Hauptstadt Addis Abeba bei Frauen mit einem Bildungsabschluss bei nur ca. 1,3 Kindern. Somit ist Bildung auch der Schlüssel zu geringerem Bevölkerungswachstum, der Vermeidung von Hunger und Armut und letztendlich steigendem Wohlstand der Gesellschaft.

## Waschbare Binden – eine Äthiopische Lösung

Freweini Mebrahtu, Mitgründerin von Dignity Period, wuchs selber in Tigray

auf, hatte aber das Glück, zum Studieren in die USA auswandern zu können. Überwältigt von der riesigen Auswahl an Hygieneprodukten kam ihr die Idee der auswaschbaren Binden für äthiopische Mädchen. Gefertigt werden diese aus äthiopischer Baumwolle in ihrer Fabrik in Mekelle. Lokale Frauen, die bei ihr einen Arbeitsplatz suchen, bekommen eine Ausbildung, ein festes Gehalt, Krankheits- und Mutterschutz und dürfen ihre Kinder mit zur Arbeit nehmen.

Das Konzept von Dignity Period funktioniert. Die gesamte Schule bekommt Unterricht über das Thema Pubertät, mit dem Auftrag an die Lehrer, das Thema zu vertiefen. Vier Wochen später wird der Wissensstand der Schüler durch zufällige Abfragen überprüft. Qualifiziert sich die Schule, erhalten alle Mädchen ein Paket mit zwei Unterhosen und vier Stoffbinden. Dazu Bilderbücher, in denen die Thematik einfach erklärt wird. Diese sollen möglichst die lokale Situation der werdenden Frauen widerspiegeln und sehr verständnisvoll informieren. Die Strategie bewirkt nicht nur, dass die Mädchen zur Schule gehen können, sondern auch die Enttabuisierung eines hier sichtlich unangenehmen Themas.

## Fazit

Der Zugang zu Bildung scheitert für die Mädchen an für uns selbstverständlichen Dingen. Von Dignity Period unterstützte Mädchen haben signifikant weniger Unterricht verpasst. Weniger Fehltag bedeuten mehr Bildung, die Möglichkeit einen Beruf zu erlernen und eine bessere Zukunft aufzubauen. Unser Doktorvater selbst unterstützt zusammen mit seiner Frau eine Schule finanziell so, dass für drei Jahre die Versorgung aller 250 Mädchen durch Dignity Period sichergestellt ist. Nur 26 € reichen aus, um fünf Mädchen für 18 Monate mit



Abb. 2: Unterhosen und Stoffbinden

Hygieneartikeln und einer gezielten Bildung zu versorgen.

Wenn Sie mehr erfahren wollen oder das Projekt unterstützen möchten, so wenden sich zur Kontaktaufnahme an die Abteilung für Kinderkardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin der LMU München (kika@med.uni-muenchen.de). Mehr Informationen zu Dignity Period und auch die Möglichkeit einen finanziellen Beitrag zu leisten sind zu finden auf der Internetseite: <https://www.dignity-period.org/>

## Korrespondenzanschrift:

Alisa Thierij, Barbara Sophie Brunner,  
Prof. Dr. Nikolaus Haas  
Univ. Prof. Dr. Nikolaus Haas,  
Direktor Kinderkardiologie und  
Pädiatrische Intensivmedizin  
LMU Ludwig Maximilians Universität  
Klinikum der Universität München,  
Campus Großhadern  
Marchioninstr. 15, 81377 München  
Campus Innenstadt  
Lindwurmstr. 4, 80336 München  
E-Mail: [alisathierij@gmail.com](mailto:alisathierij@gmail.com)  
E-Mail: [Nikolaus.Haas@med.uni-muenchen.de](mailto:Nikolaus.Haas@med.uni-muenchen.de)

Red.: WH

## Buchtipps

Eva Umlauf mit Stefanie Oswald  
**Die Nummer auf deinem Unterarm ist blau wie deine Augen**  
*Erinnerungen*

Verlag Hoffmann und Campe,  
 2016, 285 Seiten, € 22,-  
 ISBN 978-3-455-50370-8



### Was mich bewegt hat

*Kürzlich in Nürnberg passiert: Neonazis zogen vor einer Woche vor einem Flüchtlingsheim nahe des Reichsparteitagsgeländes auf. Die Neonazis zogen mit Fackeln auf die Steintribüne des Reichsparteitagsgeländes. Diese Ereignisse zeigen mir, dass Frau Umlaufs Buch aktueller ist, als uns lieb sein kann! Beim Lesen dieser Nachricht in der Tageszeitung wurde ich sofort an eine kürzlich erlebte Buchvorstel-*

*lung im hiesigen Schulzentrum erinnert. Hier las Eva Umlauf, Kinderärztin und Psychotherapeutin aus München, eine der jüngsten Überlebenden des KZ Auschwitz, den Schülern und Gästen aus ihren Erinnerungen vor und beantwortete Fragen.*

### Über die Autorin und ihre Geschichte

Geboren in einem slowakischen Arbeitslager, wird sie nach 2 Jahren zusammen mit ihrer im 4. Monat schwangeren Mutter nach Auschwitz deportiert. Angesichts der vorrückenden Roten Armee waren die Vergasungen eingestellt worden. Sie war zwei Jahre alt, als ihr – auf dem Schoß der Mutter sitzend – die KZ-Nummer eintätowiert wurde. Mutter und Tochter waren unterernährt, Eva selbst war in einem desolaten Gesundheitszustand. Ihr Vater wird zur Arbeit in eine unterirdische Rüstungsfabrik nach Melk, Mauthausen deportiert, wo er bald an einer Sepsis nach Phlegmone stirbt. Evas Mutter erfährt von einem im Lager tätigen jüdischen Kinderarzt aus Prag: „Vergessen Sie das Kind, es wird kaum überleben.“

Eva hat diese Zeit überlebt. Sie hatte in der Slowakei ihr Abitur gemacht und in Bratislava Kinderheilkunde studiert. Ihr erster Ehemann verstarb nach einem tragischen Unfall, weshalb sie sich um eine Assistenzarztstelle in einer Kinderklinik in München bemühte. Eine zweite Ehe wurde 1998 geschieden. Eva ist Mutter dreier Söhne. 1996 verkauft sie ihre Kinderarztpraxis und richtet sich eine psychotherapeutische Praxis ein.

### Gegen das Vergessen

Sie macht sich nach einem Herzinfarkt 2014 auf den Weg, besucht Leiden-

genossen, um sich erinnern zu können, sucht die Stätten ihrer Kindheit auf, wird von ihren drei Söhnen gebeten, ihre Lebenserinnerungen aufzuschreiben. Aussage eines Sohnes: „Die Nachkommen können nur wachsen, wenn das, was war, zur Ruhe gelegt ist und vorbei sein darf – endlich.“ Im Oktober 2010 wurde Eva Umlauf als eine der letzten Auschwitz-Überlebenden gebeten, zum 66. Jahrestag der Befreiung in Auschwitz eine Rede zu halten. „Bis dahin hatte ich meine Überlebensgeschichte als private Angelegenheit betrachtet – damals begann ich zu begreifen, dass sie eine politische Aufgabe beinhaltet.“ und „Nachdem die Erwachsenen von damals fast alle verstorben seien, sei es nun an den Kindern, Zeugnis abzulegen, hatte mein Freund Uri Chanoch mich immer wieder ermahnt, den jungen Menschen die Erinnerung weiter zu geben.“ Die Spurensuche in diversen Archiven brachte interessante Dokumente zu Tage, die die Erinnerungen der Autorin zusammen mit einigen Familienfotos bereichern.

Ich würde mich sehr freuen, wenn viele Kollegen und Kolleginnen das Buch erwerben und lesen würden! Dieser Lebensbericht ist nicht nur spannend sondern phasenweise auch ergreifend. Ein Bericht mit dieser Fülle an Höhen und Tiefen im Leben einer Kinderärztin wird nicht nur für pädiatrische Berufskolleginnen und -kollegen interessant sein. Er mahnt, wachsam zu bleiben!

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Sigrid Krieb  
 91564 Neuendettelsau  
 E-Mail: sigkrebs@gmail.com

Red.: WH

## Mitteilungen aus dem Verband

### Geburtstage im Juni 2019

#### 65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Christiane Kühn**, Lübbecke, am 01.06.1954  
 Herr Dr. med. **Andreas Fecht**, Kassel, am 01.06.1954  
 Herr Dr. med. **Matthias Kontny**, Stolberg, am 04.06.1954  
 Herr Prof. Dr. med. **Gernot Sinnecker**, Wolfsburg, am 04.06.1954  
 Frau Dr. med. **Beate Bretschneider**, Bad Liebenzell, am 05.06.1954  
 Frau Dr. medic. IMF Klausenburg **Gertrud Frank**, Bergkirchen, am 05.06.1954  
 Frau Dipl.-Med. **Birgit Freese**, Rostock, am 06.06.1954  
 Herr **Harald Kral**, Duisburg, am 08.06.1954  
 Herr Dr. med. **Ulrich Siebenbürger**, Amberg, am 13.06.1954  
 Frau Dr. med. **Margret Mischo**, Neunkirchen, am 19.06.1954  
 Herr Dr. med. **Jürgen Pannenbecker**, Würzburg, am 20.06.1954  
 Herr Dr. med. **Hermann Ossenbach**, Wiesbaden, am 22.06.1954  
 Frau Dr. med. **Maria Stührenberg-Laurich**, Essen, am 23.06.1954  
 Herr **Dirk Agena**, Hildesheim, am 23.06.1954  
 Frau Dr. med. **Cornelia Wiggert-Türkis**, Hamburg, am 23.06.1954  
 Frau Dr. med. **Elisabeth Gimpl**, Schweinfurt, am 25.06.1954  
 Frau Dipl. Med. **Ingrid Hartmann**, Bamberg, am 26.06.1954  
 Herr Dr. med. **Eckart Roser**, Karlsruhe, am 27.06.1954  
 Herr Dr. med. **Thomas Rutt**, Hamburg, am 28.06.1954  
 Herr Dr. med. **Thomas Albrecht**, Heusweiler, am 28.06.1954

#### 70. Geburtstag

Herr Dr. med. **Karl Fromme**, Coburg, am 03.06.1949  
 Herr Dr. med. **Elmar Dietmair**, Bobingen, am 08.06.1949  
 Frau Dipl.-Med. **Gertraud Albrecht**, Schkopau, am 12.06.1949  
 Frau Dr. med. **Wafa Koch-Khoury**, Worms, am 19.06.1949  
 Frau Dr. med. **Ulrike Gasteiger**, München, am 20.06.1949  
 Herr Dr. med. **Werner Rohlfig**, Gießen, am 22.06.1949  
 Herr Dr. (TR) **M. Zati Altay**, Werdohl, am 22.06.1949  
 Frau **Antonie Rutsch**, Wolfsburg, am 23.06.1949  
 Frau Dr. med. **Gerda Iro**, Bad Urach, am 25.06.1949  
 Frau **Renate Wolfram**, Nordhausen, am 26.06.1949  
 Frau Dr. med. **Vera Scharfe**, Berbisdorf, am 26.06.1949  
 Frau Dr. med. **Ute Cammann**, Frankfurt, am 26.06.1949  
 Frau Dr. med. **Margret Dillenz-Bergmann**, Heidelberg, am 27.06.1949  
 Frau Dr. med. **Dorothea Kroll**, Berlin, am 28.06.1949  
 Herr **Reinhold Gilson**, Krefeld, am 28.06.1949

#### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Irene Reinholz**, Gotha, am 04.06.1944  
 Herr Prof. Dr. med. **Wolf-Rainer Cario**, Bad Pyrmont, am 06.06.1944  
 Frau Dr. med. **Margarete Hartmann**, Heidenheim, am 13.06.1944  
 Herr Dr. med. **Stephan Schlenker**, Bremen, am 22.06.1944  
 Herr **Manfred Bär**, Berlin, am 22.06.1944

Herr Dr. med. **Jörg Pfeiffer**, Rendswühren, am 24.06.1944  
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Schulte**, Köln, am 28.06.1944

#### 80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Gisela Viersbach**, Köln, am 01.06.1924  
 Frau Dr. med. **Gerta Weidner**, München, am 03.06.1926  
 Frau Dr. med. **Klara Fietzek**, Dahme, am 04.06.1935  
 Frau Dr. med. **Gisela Wagner**, Weiden, am 05.06.1936  
 Frau Med.-Dir. Dr. med. **Gertrud Mey**, Fernwald, am 05.06.1932  
 Herr Prof. Dr. med. **Günter Mau**, Braunschweig, am 06.06.1939  
 Herr Dr. med. **Klaus Roggenkamp**, Dortmund, am 06.06.1935  
 Herr Dr. med. **Werner Behmann**, Idar-Oberstein, am 06.06.1936  
 Frau Dr. med. **Ingrid Schröder**, Eberswalde, am 07.06.1936  
 Herr Dr. med. **Frank B. Ayim**, Duisburg, am 07.06.1939  
 Herr Dr. med. **Christoph Lengsfeld**, Freiburg, am 08.06.1937  
 Herr Dr. med. **Martin Achilles**, Aachen, am 08.06.1938  
 Herr Dr. med. **Gerhard Stephan**, Darmstadt, am 09.06.1933  
 Herr Dr. med. **Hinrich Schade**, Dillenburg, am 09.06.1939  
 Herr Dr. med. **Ernst Fukala**, Halle, am 10.06.1939  
 Herr Dr. med. **Ulrich Iseke**, Wittlich, am 11.06.1934  
 Herr Dr. med. **Wolfhart-Dietrich Schmidt**, Reutlingen, am 12.06.1934  
 Frau Dr. med. **Renate Jester**, München, am 15.06.1937  
 Herr Dr. med. **Dieter Berger**, Dachau, am 16.06.1939  
 Herr **Gerhard Link**, Bad Münster-Ebernburg, am 18.06.1939  
 Frau Dr. med. **Maria Hofbauer**, Solingen, am 20.06.1937  
 Frau Dr. med. **Renate Koeberich**, Glashütten, am 20.06.1935  
 Herr Dr. med. **Alois Klemens Putze**, Limburg, am 21.06.1936  
 Herr MR Dr. med. **Jürgen von Löbbecke**, Dresden, am 21.06.1938  
 Herr Dr. med. **Hans-Georg Kriebel**, Wetzlar, am 22.06.1938  
 Herr Dr. med. **Hermann-J. Schumacher**, Stegen, am 23.06.1935  
 Herr Dr. med. **Georg Jäkle**, Landshut, am 23.06.1929  
 Frau **Jutta Kantis**, Moers, am 24.06.1938  
 Frau Dr. med. **Gisela Krohn**, Dortmund, am 25.06.1934  
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Hiller**, Köln, am 25.06.1936  
 Herr Dr. med. **Hans-Ulrich Sauerbrei**, Essen, am 25.06.1920  
 Frau Dr. med. **Eva Krämer**, Ulm, am 25.06.1939  
 Frau MR **Christine Leuschner**, Rostock, am 26.06.1934  
 Herr SR Dr. med. **Walfried Walter**, Altenberg, am 26.06.1937  
 Herr Dr. med. **Anton Schäffner**, Grafing, am 27.06.1928  
 Frau Dr. med. **Helga de Millas**, Guntersblum, am 30.06.1938

#### Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Georg Dütemeyer**, Papenburg  
 Herr Dr. med. **Klaus Kevenhörster**, Mülheim  
 Frau Dr. med. **Ingeborg Otto**, Hagen  
 Herrn Dr. med. **Peter Schäffler**, Riemeling  
 Frau Dr. med. **Christa Umlauf**, Detern

**Im Monat März durften wir 38 neue Mitglieder begrüßen.**

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



**Baden-Württemberg**

Herrn **Tobias Hall**  
Herrn Dr. med.  
**Jens Christian Krause**  
Frau Dr. med. **Verena Nopper**



**Hamburg**

Frau Dr. med. **Anika Scherer**



**Schleswig-Holstein**

Frau **Synne Adrees**



**Bayern**

Frau **Stephanie Eitel**  
Herrn Dr. med. **Florian Gapp**  
Frau **Annika Leipold**  
Frau Dr. med. **Susanne Müller**  
Frau Dr. med. **Anja Schmidt**  
Frau Dr. med. **Veronika Scola**



**Niedersachsen**

Frau Dr. med.  
**Corinna Bernard**



**Thüringen**

Frau Dr. med. **Carolin Koeck**  
Frau **Stefanie Sachse**



**Berlin**

Herrn Dr. med. univ.  
**Moritz Boeckelmann**  
Frau **Katarina Hartenstein**



**Nordrhein**

Frau Dr. med. **Carmen Schulte**  
Frau **Friederike Speis**



**Westfalen-Lippe**

Frau Dr. med. **Meral Balci**  
Frau **Christina Burrichter**



**Rheinland-Pfalz**

Frau Dr. med.  
**Vera Puschatzki**

## WAHLAUFRUF

### FÜR DEN LANDESVERBAND HESSEN

Außerordentlich nach Rücktritt des Landesverbandsvorsitzenden findet vom **20.05.** bis **11.06.2019** die Nach-Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **11.06.2019** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Ralf Moebus  
Komm. Landesverbandsvorsitzender

# Fortbildungstermine

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter: [www.bvkj.de/kongresse](http://www.bvkj.de/kongresse)

**24.-26. Mai 2019**

**25. Kongress für Jugendmedizin in Weimar**

Leitung: Dr. Burkhard Ruppert, Berlin

Auskunft: ⑤

**14.-16. Juni 2019**

**49. Kinder- und Jugendärztetag**

Jahrestagung des BVKJ e. V. in Berlin

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

Auskunft: ⑤

**14.-16. Juni 2019**

**14. Praxisfieber-live Kongress für MFA in Berlin**

Leitung: Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen

Auskunft: ⑤

**26. Juni 2019**

**Immer etwas Neues in Lübeck**

Auskunft: ⑤

**10. Juli 2019**

**Immer etwas Neues in Nürnberg**

Auskunft: ⑤

**20. Juli 2019**

**Pädiatrie zum Anfassen in Ulm des LV Baden-Württemberg**

Leitung: Dr. Jochen Steinmacher, Dr. Matthias Schlaud, Dr. Klaus Rodens,

Auskunft: ③

**24.-25. August 2019**

**23. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck der Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein u. Niedersachsen**

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

Auskunft: ②

**28. August 2019**

**Immer etwas Neues in Leipzig**

Auskunft: ⑤

**4. September 2019**

**Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in Rostock**

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

**14. September 2019**

**Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden**

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

**21. September 2019**

**Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt in Magdeburg**

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben

Auskunft: ①

**10.-13. Oktober 2019**

**47. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ e.V. in Bad Orb**

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

Auskunft: ⑤

**23. Oktober 2019**

**Immer etwas Neues in München**

Auskunft: ⑤

**2. November 2019**

**bvkj Landesverbandstagung Niedersachsen in Verden/Aller**

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

**6. November 2019**

**Immer etwas Neues in Nürtingen**

Auskunft: ⑤

**9.-10. November 2019**

**17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern**

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/München /

Dr. Martin Lang, Augsburg

Auskunft: ③

**27. November 2019**

**Immer etwas Neues im LV Nordrhein**

Auskunft: ⑤

**4. Dezember 2019**

**Immer etwas Neues in Magdeburg**

Auskunft: ⑤

① **CCJ GmbH**

Tel.: 0381-8003980, Fax: 0381-8003988, [ccj.hamburg@t-online.de](mailto:ccj.hamburg@t-online.de) oder Tel.: 040-7213053, [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214

[kongresse@schmidt-roemhild.com](mailto:kongresse@schmidt-roemhild.com)

③ **DI-TEXT**

Tel.: 04736-102534, Fax: 04736-102536, [Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de)

④ **Interface GmbH & Co. KG**

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399

[info@interface-congress.de](mailto: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](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

# Akute Rhinosinusitis: Evidenzbasierte Phytotherapie statt Antibiotika

*Kalte Füße an kühlen Sommertagen: mehr ist nicht nötig, und der Körper kühlt aus und vermindert so die Durchblutung der Schleimhäute in den Atemwegen. Jetzt können sich Krankheitserreger beim Einatmen leicht durch die Nase einschleichen und das Epithel infizieren. Die Folge: Die Nase läuft und verstopft. Aus einem anfänglich harmlosen Schnupfen kann dann schnell eine Rhinosinusitis entstehen. Die entsprechende S2k-Leitlinie empfiehlt bei einer unkomplizierten akuten Rhinosinusitis (ARS) eine symptomorientierte Behandlung, etwa mit dem Phytotherapeutikum Sinupret® extract. Auf nicht-indizierte Antibiotika sollte dagegen auch zur Sommerzeit verzichtet werden.*

## Einsatz von Phytotherapeutika ist leitliniengerecht

Die aktuelle S2k-Leitlinie „Rhinosinusitis“ spricht für das Phytotherapeutikum BNO 1016 eine konkrete Empfehlung aus, die mit starkem Konsens von 6/6 Zustimmungen verabschiedet wurde: „*Empfehlung: Eine Behandlung der ARS mit einem patentierten (Misch-) Extrakt (BNO 1016) ... kann empfohlen werden.*“ (1). Zusätzlich zur evidenzbasierten Phytotherapie empfiehlt die Leitlinie zur symptomatischen Behandlung bei ARS lokale Anwendungen mit physiologischer Kochsalz-Lösung, die Inhalation heißer Dämpfe (38–42 °C), Dekongestiva (kurzfristig) sowie Analgetika. Nicht empfohlen werden dagegen chemisch-synthetische Komplexmittel. Antibiotika sollten nur in Ausnahmefällen bei Patienten mit besonderen Risikofaktoren zum Einsatz kommen.

## Resistenzbildung durch erhöhten Einsatz von Antibiotika

Resistenzen gegen Antibiotika haben sich insgesamt zu einem ernstem globalen Gesundheitsproblem entwickelt. Sollte sich die Resistenzsituation in der Zukunft weiterentwickeln wie bisher, so könnten bis zum Jahr 2050 jährlich etwa 10 Millionen Menschen an den Folgen von Infektionen mit resistenten Mikroorganismen versterben (2). Hauptgrund für die zunehmenden Antibiotikaresistenzen ist ein übermäßiger Gebrauch von Antibiotika – sowohl in der Tierzucht, aber auch in



der Humanmedizin. Allein in Deutschland werden pro Jahr 700–800 Tonnen an Antibiotika in der Humanmedizin verbraucht (3). Etwa 85 Prozent werden im ambulanten Bereich verschrieben, und entfallen zu etwa zwei Dritteln auf Hausärzte, hausärztliche Internisten und Kinderärzte (4). Die Autoren des DAK-Antibiotikareports schätzten bereits 2014, dass knapp 30 Prozent aller Verordnungen unnötig und nicht leitliniengetreu erfolgten (4).

Infektionen der oberen Atemwege sind in über 90% der Fälle viraler Genese. Ob-

wohl Antibiotika in der Primärtherapie der ARS nicht indiziert sind, werden sie dennoch viel zu häufig verordnet. Mit Kampagnen wie „Klug entscheiden“ und entsprechenden Empfehlungen wird gerade bei der ARS der Verzicht auf unnötigen Antibiotikaeinsatz gefordert (5).

## 5-Pflanzen-Kombination auf Extraktbasis

BNO 1016 (Sinupret® extract) enthält die bewährte 5-Pflanzen-Kombination von Sinupret® forte in 4-fach konzent-

rierter\* Form. Es wirkt dank der enthaltenen Bioflavonoide sekretolytisch und antientzündlich (6,7) und richtet sich somit sowohl gegen die Symptome als auch gegen die Ursache der Beschwerden: der festsitzende Schleim wird gelöst und die entzündeten Schleimhäute schwellen ab.

### Gute Evidenzbasis für BNO 1016

Die Leitlinienempfehlung von Sinupret® extract basiert auf klinischen Studien mit hohen wissenschaftlichen Standards. Im Vergleich zu Placebo reduzierten sich unter Therapie mit Sinupret® extract die ARS-Symptome signifikant und klinisch relevant (8,9). Insbesondere das Symptom sinuogener Kopfschmerz wies an Tag 7 gegenüber Placebo einen Genesungsvorsprung von 2 Tagen auf (9). Sowohl Ärzte als auch Patienten beurteilten dabei die Verträglichkeit von BNO 1016 mit gut bzw. sehr gut (8).

### Fazit

Mit Sinupret® extract steht eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Therapie bei akuter Rhinosinusitis zur Verfügung. Dank seiner sekretolytischen und antiinflammatorischen Wirkeigenschaften erfüllt die 5-Pflanzen-Kombination auf Extraktbasis die wichtigsten Ziele der Rhinosinusitis-Therapie und leistet damit einen maßgeblichen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen.

\* Eine 4-fache Konzentration ist nicht gleichzusetzen mit der 4-fachen Wirksamkeit. Die 4-fache Konzentration bezieht sich auf 720 mg eingesetzte Pflanzenmischung in Sinupret® extract (entspricht 160 mg Trockenextrakt) im Vergleich zu 156 mg Pflanzenmischung in Sinupret® forte, bzw. auf die die sekretolytische bzw. antientzündliche Eigenschaft mitbestimmenden Bioflavonoide.

### Literatur:

1. S2k-Leitlinie „Leitlinie Rhinosinusitis – Langfassung“ (2017): <http://www.awmf.org/>

leitlinien/detail/ll/017-049.html (Zugriff: 02.04.2019).

2. The Review on Antimicrobial Resistance. (2016), [https://amr-review.org/sites/default/files/160525\\_Final%20paperwith%20cover.pdf](https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paperwith%20cover.pdf) (Zugriff: 02.04.2019)
3. GERMAP 2015 – Antibiotikaresistenz und -verbrauch. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit & Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (Hrsg.).
4. DAK Antibiotikareport 2014, <https://www.dak.de/dak/download/antibiotika-report-2014-1486100.pdf> (Zugriff: 02.04.2019).
5. Jung N. (2016), Dtsch Arztebl; 113(13): A-608 / B-514 / C-510.
6. Kreindler J. L. et al. (2012), American Journal of Rhinology & Allergy 26(6): 439-443.
7. Rossi A. et al. (2012), Fitoterapia 83(4): 715-720.
8. Jund R. et al. (2012), Rhinology:50(4): 417-426.
9. Bachert C. et al. (2013), Poster beim Kongress der Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chir., Bonn 8.-12. Mai 2013.

### Nach Informationen von Bionorica SE, Neumarkt

## Vorbeugung gegen lagebedingte Kopfverformungen: Startup entwickelt innovative Prophylaxe für Säuglinge

Den sanften, aber effektiven Kampf gegen lagebedingte Kopfverformungen bei Babys und Kleinkindern (Plagiozephalie, Brachyzephalie) hat Dr. Dr. Susanne Kluba zu einem beruflichen und wissenschaftlichen Schwerpunkt gemacht. Um Eltern, Fachärzten und Klinikpersonal eine sinnvolle Prophylaxe für gesunde Babyköpfe an die Hand geben zu können, hat sie zusammen mit der Unternehmerin Nicole Klungen die Kluba Medical GmbH gegründet. Das junge Medizin-Startup entwickelt Produkte für die Babygesundheit und Babysicherheit für den Bereich Homecare sowie die Anwendung in der Klinik. Im September wurde der patentierte und als Medizinprodukt zugelassene „Medibino“ Babykopfschutz für die ersten Lebensmonate auf den Markt gebracht.

Die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgin Kluba etablierte die Helmsprechstunde am Uniklinikum Tübingen, wo sie seit vielen Jahren betroffene Kinder und El-



tern betreut und behandelt. Dort hat sie in Zusammenarbeit mit diesen Schritt für Schritt den Medibino entwickelt. Der Hintergrund ist zwar in Fachkreisen bekannt –

bei vielen Eltern und Großeltern dagegen noch nicht: Lagebedingte Kopfverformungen bei Säuglingen sind insbesondere seit der Empfehlung der Rückenlage zur Verhinderung des plötzlichen Kindstodes stark angestiegen. Der Medibino® Babykopfschutz unterstützt die sichere Rückenlage und hilft von Geburt an, therapeutisch relevante Kopfverformungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Er sorgt mit seiner ergonomischen Form für Druckentlastung und wächst dank Größenverstellung mit. „Vorbeugen ist besser als Therapieren“, so lautet die Prämisse des Kluba-Teams. Für den Homecare-Einsatz ist der Medibino® bereits in Deutschland, Österreich und der Schweiz erhältlich. Eine spezielle Version für die Klinik für die Perinatalzentren und die Neonatologie befindet sich derzeit in der Entwicklung.

### Nach Informationen von Kluba Medical GmbH, Düsseldorf

# Forscherin entdeckt neue Schutzfunktionen der Muttermilch und gewinnt den Nutricia Wissenschaftspreis

*Muttermilch enthält eine Vielzahl an Immunstoffen, die Neugeborene vor Infektionen schützen. Zusammen mit einem Forscherteam der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Kinderärztin Dr. med. Sabine Pirr jetzt herausgefunden, dass der Immunstoff Alarmin S100A8/A9 in sehr hohen Mengen in Muttermilch vorkommt und nicht nur vor Infektionen schützt, sondern potenziell auch eine gesunde Darmflora fördert. Für diese Ergebnisse gewann sie nun den von Milupa gestifteten Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch.*

**M**uttermilch enthält nicht nur alle Nährstoffe, die ein Neugeborenes für sein Wachstum und eine gesunde Entwicklung benötigt, sondern auch eine Vielzahl an Abwehrstoffen, die es vor Infektionen schützen. Einer dieser Schutzstoffe ist Alarmin S100A8/A9. Bisher war nur bekannt, dass der Stoff die lebenswichtige Immuntoleranz von Neugeborenen erhöht. In neuen Untersuchungen an der Medizinischen Hochschule Hannover wurde jetzt entdeckt, dass er auch vor Infektionen schützt und möglicherweise eine gesunde Darmflora fördert.

In ihrer Forschungsarbeit hat die auf Frühgeborene spezialisierte Kinderärztin Dr. Sabine Pirr fast 100 Muttermilchproben untersucht. Sie konnte S100-Alarmin in einer derart hohen Konzentration nachweisen, wie sie zuvor natürlicherweise noch in keiner Körperflüssigkeit gefunden wurden. Die höchsten Mengen fanden sich nach der Spontangeburt eines reifen Kindes. Nach der Geburt eines Frühgeborenen und nach einer Kaiserschnittentbindung waren die Spiegel deutlich niedriger. „Interessanterweise hängen Frühgeburt und Kaiserschnitt mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer ungesunden Darmbesiedlung zusammen“, erklärt Dr. Pirr. „Das wiederum erhöht das Risiko für die Entwicklung von Allergien, Asthma, Adipositas, Diabetes mellitus oder chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.“

**Alarmin S100A8/A9 trägt zum Immunschutz bei und fördert möglicherweise den Aufbau der Darmflora**

Im Laborversuch zeigte sich, dass S100A8/A9 in hohen Konzentrationen

Keime bekämpft, die zu den häufigsten Erregern der gefürchteten Neugeborenenrose zählen. Die Neugeborenenrose ist durch eine starke Entzündungsreaktion gekennzeichnet und ist noch immer eine der häufigsten Todesursachen im Kindesalter weltweit, insbesondere bei Frühgeborenen.

Zudem trägt S100A8/A9 möglicherweise nicht nur zum Immunschutz der Muttermilch bei. Dr. Pirr ist zuversichtlich, dass aktuell laufende Laboruntersuchungen zeigen werden, dass dieser besondere Immunstoff darüber hinaus die Ausbildung einer gesunden Darmflora des Neugeborenen fördert.

Beide Mechanismen – der Immunschutz sowie die Förderung der Darmflora – wären gleichermaßen wichtig, um langfristig die Gesundheit Neugeborener zu fördern.

## Ergebnisse mit dem Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch prämiert

Das Nutricia Forum für Muttermilchforschung hat diese wissenschaftliche Arbeit nun mit dem Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch ausgezeichnet. „Eine hervorragende Forschung“, findet Professor Dr. Walter Mihatsch, Mitglied des Nutricia Preiskomitees und Chefarzt der Neonatologie am Helios Klinikum Pforzheim. „Sie kann als besonders wichtig und innovativ bezeichnet werden.“

Das Preiskomitee vergibt bereits im siebten Jahr den mit 10.000 Euro dotierten Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung der Muttermilch. Auch 2019 kön-



(v.l.n.r.) Prof. Dr. Michael Abou-Dakn, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, St. Joseph Krankenhaus, Berlin (Moderator des Symposiums); Preisträgerin: Dr. med. Sabine Pirr, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Hochschule Hannover; Dr. med. Christopher Mayr, Leiter des Nutricia Forums für Muttermilchforschung und Geschäftsführer Milupa Österreich.

nen sich wieder – bis zum 15. Oktober – Forscher aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz bewerben. Parallel zum Nutricia Wissenschaftspreis zur Erforschung des Stillens verlieh das Nutricia Forum für Muttermilchforschung den ebenfalls mit 10.000 Euro dotierten Nutricia Praxispreis zur Förderung des Stillens. Er ging dieses Jahr an die beiden Hebammenstudentinnen Dagmar Zeinzinger und Stephanie Brunner aus Österreich, die ein Stillförderungsprogramm in Kolkata in Indien ins Leben riefen. Der Nutricia Praxispreis richtet sich speziell an Menschen, die mit praxisnahen Projekten direkt das Stillen fördern. Hier werden insbesondere Hebammen und Mitarbeiter von Geburts- und Kinderkliniken angesprochen.

**Nach Informationen von Milupa Nutricia GmbH, Frankfurt/M.**

# Macrogol die 1. Wahl bei Obstipation:<sup>1</sup> es gibt jedoch Unterschiede

*Wenn Verstopfung bei Kindern mit einem Medikament behandelt werden soll, ist Macrogol die erste Wahl bei Kinderärzten. Anders als Lactulose, die Bauchschmerzen und Blähungen verursachen kann, wird Macrogol nicht verstoffwechselt und ist daher gut verträglich. Es gibt eine Vielzahl an Macrogol-Produkten am Markt. Doch worin unterscheiden diese sich?*

## Obstipation im Kindesalter

Die meisten Verordnungen finden bei Babys und Kindern im Alter zwischen 0-4 Jahren statt.<sup>2</sup> Am häufigsten wird, aufgrund seiner Eigenschaften, der Wirkstoff Macrogol verschrieben.<sup>2</sup> Macrogol bindet Wasser, verbessert die Stuhlkonsistenz, erhöht das Stuhlvolumen und wirkt dadurch abführend. Es wird dabei weder resorbiert noch metabolisiert. Man unterscheidet zwischen Macrogol 3350 und Macrogol 4000. Die Zahl gibt das Molekulargewicht an. Das höhere Molekulargewicht hat eine geringere Wirkstoffmenge. Damit ist zur Herstellung des fertigen Arzneimittels weniger Flüssigkeit notwendig, was eine geringere Trinkmenge ergibt. Dies kann speziell bei Babys relevant sein.

## Obstipation kindgerecht behandeln: natriumarm bedeutet elektrolytfrei und elektrolytfrei bedeutet salzfreier Geschmack.

Babys und Kleinkinder sollen natriumarm, sprich salzarm, ernährt werden.

Macrogole zur Behandlung von Obstipation sind in Formulierungen mit oder ohne Elektrolyte erhältlich. Der Zusatz von Elektrolyten geht auf die ursprüngliche Entwicklung von Macrogolzubereitungen als „Waschlösung“ für die Vorbereitung gastrointestinaler Eingriffe (z.B. Koloskopie oder Darmchirurgie) zurück. Studien belegen, dass es bei der Gabe von Macrogol-Laxans zu keinem Verlust an Elektrolyten im Stuhl kommt.<sup>3</sup> Damit besteht kein Bedarf an zusätzlichen Elektrolyten,<sup>3</sup> die zudem noch salzig im Geschmack sind und damit eine geringere Akzeptanz bei den Patienten haben.<sup>4</sup>

## Produktstatus

Macrogol-Produkte gibt es als Medizinprodukte und als Arzneimittel. Die vom G-BA als verordnungsfähig eingestufteten Medizinprodukte sind in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA aufgeführt. Die medizinisch notwendigen Fälle sind dabei exakt definiert, wie z.B. das Alter und die Indikation.<sup>5</sup> Die Arzneimittel haben einen OTC-Status und sind nach § 12 Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verordnungs- und erstattungsfähig. Im Gegensatz zu einer möglichen Zuzahlung bei der Abgabe von Medizinprodukten sind OTC-Arzneimittel danach für Kinder bis 12 Jahre und Jugendliche mit einer Entwicklungsstörung bis 18 Jahre garantiert zuzahlungsfrei.

## Laxbene junior 4 g Pulver ist: Molto bene!

Recordati Pharma GmbH bietet in seinem OTC-Sortiment Laxbene junior



© 2019, Recordati Pharma GmbH, Ulm

4 g Pulver an. Es ist das einzige elektrolytfreie Macrogol-Arzneimittel mit der Zulassung von 6 Monaten bis 8 Jahre. Das Arzneimittel Laxbene junior 4 g Pulver enthält den Wirkstoff Macrogol 4000 und bedingt daher eine geringe Trinkmenge von ca. 50 ml. Es ist elektrolytfrei und damit natriumarm. Es überzeugt zudem durch seinen fruchtigen Erdbeergeschmack. Laxbene junior 4 g Pulver ist gemäß § 12 AMG-RL verordnungs- und erstattungsfähig und garantiert zuzahlungsfrei. Weitere Informationen finden Sie auf [www.laxbene.de](http://www.laxbene.de).

## Literatur

- 1 Leitlinie „Obstipation im Kindesalter“ der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE), Stand: April 2007. In Überarbeitung.
- 2 IMS, Diagnosis Monitoring; Stand 02.2019
- 3 Hudziak H, Bronowicki JP, Franck P, Dubos-Berogin C, Bigard MA. Low-dose polyethylene glycol 4000: digestive effects. Randomized double-blind study in healthy subjects. *Gastroenterol Clin Biol.* 1996; 20(5): 418-23
- 4 Seinela L, Sairanen U, Laine T, Kurl S, Pettersson T, Happonen P. Comparison of polyethylene glycol with and without electrolytes in the treatment of constipation in elderly institutionalized patients: a randomized, double-blind, parallel-group study. *Drugs Aging.* 2009; 26: 703-13.
- 5 Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie; Stand 26.02.2019

**Nach Informationen von  
Recordati Pharma GmbH, Ulm**



© 2019, Recordati Pharma GmbH, Ulm

# FSME: Experten fordern neues Risikobewusstsein

Anlässlich des Fachpressegesprächs „Einblicke in die Welt der Zecke: neue FSME-Risikogebiete und aktuelle Forschung“ trafen sich vier Experten in Frankfurt, um die veränderte Situation bei der Ausbreitung von Zecken und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) zu analysieren. 2018 haben die FSME-Fallzahlen in Deutschland einen neuen Höchststand seit Einführung der Meldepflicht erreicht. Vor dem Hintergrund niedriger Impfquoten in Deutschland waren sich die Experten deshalb einig, ein größeres Risikobewusstsein sei notwendig.

Bayern und Baden-Württemberg galten innerhalb Deutschlands bislang als die traditionellen FSME-Risikogebiete. Davon kann längst nicht mehr die Rede sein, denn die vorhandenen Risikogebiete weiten sich seit Jahren aus.<sup>1,2</sup> In diesem Jahr hat das RKI vier neue Risikogebiete im Süden ausgewiesen. Zudem wurde mit dem Emsland in Niedersachsen erstmals ein isoliertes Risikogebiet in Norddeutschland identifiziert. Damit gibt es in Deutschland aktuell 161 FSME-Risikogebiete. In diesen Landkreisen gilt die Impfpflicht der Ständigen Impfkommission (STIKO). Diese rät Kindern und Erwachsenen, die sich in FSME-Risikogebieten aufhalten und dort in Beruf oder Freizeit zeckenexponiert sind, sich gegen FSME impfen zu lassen.<sup>1</sup>

Von den im vergangenen Jahr gemeldeten 583 FSME-Fällen wurden 31 sogenannte autochthone Fälle aus Bundesländern ohne Risikogebiet gemeldet.<sup>1</sup> „Die autochthonen Infektionen wurden tatsächlich auch vor Ort erworben. Die Patienten hatten sich die infizierte Zecke nicht auf einer Reise in ein Risikogebiet eingefangen“, berichtete Dr. Masyar Monazahian vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt. Eine FSME-Infektion könne demnach in ganz Deutschland nicht ausgeschlossen werden.

## Niedrige Impfquote

„Das RKI weist ausdrücklich darauf hin, dass im vergangenen Jahr 98 Prozent

der FSME-Erkrankten gar nicht oder nur unzureichend geimpft waren“, erklärte Dr. Claudius Malerczyk, Senior Medical Advisor, Pfizer Pharma. Da es für die Virusinfektion keine kausale Therapie gibt, ist laut RKI die FSME-Impfung die wichtigste Präventionsmaßnahme.<sup>1</sup> In den Risikogebieten ist mit schätzungsweise 30 Prozent die FSME-Impfquote niedrig.

Durch eine Schnellimmunisierung mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior<sup>3</sup> kann jetzt noch für die kommende Zeckenhochsaison ein zeitlich begrenzter Impfschutz erzielt werden. Dazu wird die zweite Dosis des Impfstoffs 14 Tage nach der ersten Impfung verabreicht.<sup>3</sup> Eine vollständige Grundimmunisierung kann mit einer dritten Dosis fünf bis zwölf Monate nach der zweiten Impfung erzielt werden.

## Prognose

Der Höchststand bei den FSME-Infektionen korreliert mit der hohen Zahl an Zecken, die im vergangenen Jahr wohl optimale klimatische Bedingungen für ihre Vermehrung vorfanden. Bereits in der Zeckenprognose der Veterinärmedizinischen Universität Wien vom Februar 2018 war dies für Süddeutschland vorhergesagt worden.<sup>4</sup> Für das Jahr 2020 erwarten die Experten das nächste Zecken-Rekordjahr. „Durch die forstwirtschaftliche Umgestaltung unserer Wälder sowie die Klimaveränderungen ist langfristig mit einer höheren Zecken-

belastung zu rechnen“, erklärte Prof. Dr. Franz Rubel, Veterinärmedizinische Universität Wien.

## Neues Risikobewusstsein erforderlich

„FSME, das heißt Frühsommer-Meningoenzephalitis, ist heute eigentlich ein falscher Begriff – die Krankheit kann entsprechend der Aktivität der Zecken auch zu anderen Jahreszeiten übertragen werden“, erläuterte Dr. med. Olaf Leschnik, Chefarzt der Neurologie am Sächsischen Krankenhaus Rodewisch. „Im Vogtland haben wir uns mit dem Thema FSME intensiv auseinandergesetzt, als unser Landkreis zum Risikogebiet erklärt wurde. Inzwischen haben wir so viel Know-how gesammelt, dass wir überregional Anfragen zum Krankheitsbild erhalten. Vielerorts muss jedoch erst noch ein stärkeres Bewusstsein für das Krankheitsbild geschaffen werden“, resümierte Leschnik.

## Literatur

- 1 RKI. Epid. Bulletin (07/2019)
- 2 RKI. Epid. Bulletin (17/2017)
- 3 Pfizer. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior, Stand: September 2018.
- 4 Brugger K. et al. Exp Appl Acarol 2018; 75: 281–288

---

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

---

### Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: [thomas.fischbach@uminfo.de](mailto:thomas.fischbach@uminfo.de)

### Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: [sigrid.peter@uminfo.de](mailto:sigrid.peter@uminfo.de)

**Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid**

E-Mail: [praxis@schmid-altoetting.de](mailto:praxis@schmid-altoetting.de)

**Dr. med. Roland Ulmer**

E-Mail: [dr.roland.ulmer@kinderaezrte-lauf.de](mailto:dr.roland.ulmer@kinderaezrte-lauf.de)

### Pressesprecher des BVKJ e.V.

**Dr. med. Hermann Josef Kahl**

Tel.: 0211/672222

E-Mail: [praxis@freenet.de](mailto:praxis@freenet.de)

### Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

**Dr. med. Reinhard Bartezky**

E-Mail: [dr@bartezky.de](mailto:dr@bartezky.de)

*Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)*

## Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

### Fortbildung:

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

E-Mail: [hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de)

**Prof. Dr. med. Florian Heinen**

E-Mail: [florian.heinen@med.uni-muenchen.de](mailto:florian.heinen@med.uni-muenchen.de)

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

E-Mail: [p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de](mailto:p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de)

**Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller**

E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de)

### Berufsfragen, Forum, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann (WH)**

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)

**Regine Hauch (ReH)**

E-Mail: [regine.hauch@arcor.de](mailto:regine.hauch@arcor.de)

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**Geschäftsführer und  
Syndikusanwalt:**

**Dr. P.H. Andreas Plate**

Tel.: 0221/68909-34

[andreas.plate@uminfo.de](mailto:andreas.plate@uminfo.de)

**Geschäftsstellenleiter:**

**Armin Wölbeling**

Tel.: 0221/68909-0

[armin.woelbeling@uminfo.de](mailto:armin.woelbeling@uminfo.de)

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

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

[doris.schomburg@uminfo.de](mailto:doris.schomburg@uminfo.de)

**Ansprechpartnerin Bereich  
Fortbildung/Veranstaltungen:**

**Yvonne Rottländer**

Tel.: 0221/68909-26

[yvonne.rottlaender@uminfo.de](mailto:yvonne.rottlaender@uminfo.de)

**Leiterin der Stabsstelle  
Politik und Kommunikation,  
Büro Berlin**

**Kathrin Jackel-Neusser**

Tel.: 030/28047510

## BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

[www.bvkj-service-gmbh.de](http://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](mailto:anke.emgenbroich@uminfo.de)

**Service-Team:**

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: [bvkjservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)

## Sonstige Links

**Kinderärzte im Netz**

[www.kinderaezrte-im-netz.de](http://www.kinderaezrte-im-netz.de)

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin**

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

**Kinderumwelt gGmbH und PädInform®**

[www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php](http://www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php)

**Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**

[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)