

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 09/19
50. (68.) Jahr · A 4834 E

bvkg.

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



Berufsfragen

Kinder- und
Jugendärztetag 2019

Fortbildung

Atopische Dermatitis:
nicht nur einfetten!!

Forum

Robodocs untersuchen
Kinder in China im
Kindergarten

Magazin

Medienerziehung
im Kindergarten

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

INHALT 09 | 2019

Editorial

Editorial // Wolfram Hartmann 507

Berufsfragen

Bericht vom Kinder- und Jugendärztetag 2019 // Stefan Lüder 508

PRAXISfieber live // Michael Mühlischlegel 511

Kinder sollen in Kliniken besser vor Missbrauch geschützt werden // Wolfram Hartmann 512

Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister // Wolfram Hartmann 514

Bundesweit einheitliche Heilmittelpreise // Reinhard Bartezyk 516

Wichtiges zur Kooperation von Kinder und Jugendärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten // Marion Schwarz, Marc Wedjelek 517

Verlust von Zulassung und Approbation // Juliane Netzer-Nawrocki, Daniel Gröschl 518

Dialog statt Überzeugungskraft statt Geldbuße // Christoph Bornhöft 520

Der Assistent in der Notaufnahme der Klinik // Jonas Obitz 524

10 Jahre BVKJ-Service GmbH // Anke Emgenbroich 525

Neuerung Kinder-Richtlinie // Reinhard Bartezyk 526

Projekt ‚Spektrum Praxis‘ // Max Geraedts 527

Update Umsetzung TSVG // Reinhard Bartezyk 530

Deutscher Reha-Tag 2019 feiert die Kinder- und Jugendreha // Alwin Baumann 534

Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro // Kathrin Jackel-Neusser 536

Fortbildung

Neue Optionen in der Behandlung des Atopischen Ekzems bei Kindern // Anne Teichler 539

Welche Diagnose wird gestellt? // Johannes Knierer 544

consilium: MMRV-Impfung // Ulrich Heining 546

Nicht-Zöliakie Glutensensitivität, glutenfreie Ernährung und FODMAP Diät // Jan de Laffolie, Annette Simon, Klaus-Peter Zimmer 548

Review aus englischsprachigen Zeitschriften 555

Forum

China: Roboter überprüfen Gesundheit bei Kindern // Veronika Szentpetery-Kessler 558

Wohin mit dem Geld? // Tilo Croonenberg 559

EsKiMo II: Befragung zum Ernährungsverhalten // Wolfram Hartmann 562

Children's Worlds+ // Wolfram Hartmann 564



Mediennutzung in KiTas und Kindergärten

S. 575

Starke-Familien-Checkheft // Wolfram Hartmann 566
 Neues aus der Kinderumwelt // Ulrich Voss 570

Magazin

Mediennutzung in KiTas und Kindergärten // Hendrik Crasemann 575
 Fridays for Future // Andreas Stumpf 576
 In eigener Sache // Wolfram Hartmann 576

Mitteilungen aus dem Verband

Personalien 577
 Fortbildungstermine des BVKJ 578
 Wahlaufuf 579

Nachrichten der Industrie

Wichtige Adressen des BVKJ 585
 Impressum 545

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: © Vesnaandjic - iStock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind Beilagen der Klaus Jerosch GmbH und der Aspen Germany GmbH sowie einem Teil der Auflage Programmhäfte zum 17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg beigefügt. Wir bitten um Beachtung.

BVKJ am 4. Juli 2019 bei Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



Das Gespräch fand in freundlicher und offener Atmosphäre im Büro von Minister Spahn statt.

Teilnehmer

- **BMG:** BM Jens Spahn, Frau Dr. Ziegelmann Referat 322 (Infektionskrankheiten, Antimikrobielle Resistenzen, Hygiene, Impfen), Frau Schlicht Referat 225 (Risikostrukturausgleich) Referat 225 (Ökonomische Grundsatzfragen und finanzielle Angelegenheiten der GKV)
- **BVKJ:** Dr. Thomas Fischbach, Dr. Sigrid Peter, Dr. Andreas Plate

Folgende Themen wurden in einem engen Zeitfenster von 30 Minuten angesprochen

- Kommentierungen des BVKJ zum TSVG (s. auch Heft 8/2019 dieser Zeitschrift)
- Erhöhung der Zahl der Weiterbildungsstellen in der ambulanten Pä-

diatrie und gleichzeitig Anpassung der Bedingungen in der ambulanten analog zur stationären Weiterbildung (hier z.B. die Präsenzpflcht des Ausbilders)

- Konzept der Präventionsassistenten
- Ebenso wurde kurz das Thema unterschiedlicher Einsatz von Weiterbildungsassistenten in der ambulanten und stationären Versorgung diskutiert. Herr Minister Spahn fragte nach Gestaltungsmöglichkeiten, die sein Ministerium hätte und nutzen könnte.
- Zunehmende Zahl von pädiatrischen MVZ mit Schwerpunkt (z.B. Endokrinologie). Spezialisierte Ärzte stehen für die Grundversorgung überwiegend nicht mehr zur Verfügung Dies führt zu Engpässen bei der Arztsuche und

Terminanfrage. Lösungen mit dem GBA könnten hier gefunden werden.

- Begrüßung des Referentenentwurfs zur Masernschutzimpfung und gleichzeitig Betonung der Notwendigkeit eines umfassenden Impfschutzes. Mit dem Referentenentwurf wurde die Gruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Impflücken nicht erfasst, hier besteht nach Auffassung des BVKJ Nachbesserungsbedarf. Um die Impfquoten, insbesondere auch für Pertussis, HiB und Meningitis, zu verbessern bedarf es weiterer flankierender Maßnahmen. Die Möglichkeiten der Digitalisierung (digitaler Impfausweis – Erfassungs- und Erinnerungssysteme) bieten hierzu weitere Chancen.
- Auch die Vorsorgehefte sollten digitalisiert und in die Telematik-Infrastruktur eingegliedert werden. Beide Seiten schätzten diese Möglichkeit positiv ein. Eine Gesprächsbereitschaft besteht mit Hinweis auf die GEMATIK, die gerade eine neue Leitung, Dr. Markus Leyck Dieken, bekommen hat.

Minister Spahn äußerte sich positiv zur BVKJ-Pressemitteilung zum Votum des Ethikrates. Im Rahmen der Diskussion wies Herr Minister Spahn darauf hin, dass eine generelle Impfpflicht in Deutschland politisch nicht umsetzbar ist.

Bedingt durch das zur Verfügung stehende enge Zeitfenster konnte das Thema Morbi-RSA nur kurz angesprochen werden. Das Thema wird auf der Arbeitsebene weiter besprochen.

Zusammenstellung auf der Basis eines Protokolls von Frau Dr. Peter:
Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Bericht vom Kinder- und Jugendärztetag 2019

Es war bereits die 49. Jahrestagung, die im Juli 2019 in Berlin stattfand. Parallel zum Kinder- und Jugendärztetag fand zeitgleich der 14. Kongress für MFA in der Kinder- und Jugendarztpraxis statt. Vor dem eigentlichen Kongress wurden wieder die Grundkurse Entwicklungsdiagnostik Teil 1 und Teil 2 für MFAs und Kinder- und Jugendärzte angeboten, die beide erfreulicherweise ausgebucht waren. Weiterhin gab es für die Teilnehmer die Möglichkeit, vertiefende Seminare zu verschiedenen Themen zu buchen.

Vortragsthemen erster Kongresstag

Der Vorsitzende des Fortbildungsausschusses des BVKJ Prof. Keller (Wiesbaden) eröffnete den Kongress. Passend zum **Schwerpunktthema des BVKJ für das Jahr 2019** befasste sich der diesjährige Kinder- und Jugendärztetag in allen Vorträgen mit verschiedenen Aspekten von Entwicklung.

- Frau **Dr. Kapaun**, Pädiaterin aus Hamburg, sprach zu Beginn der Tagung mitreißend und engagiert über **„Die Bedeutung der frühen Eltern – Kind – Beziehung für die kindliche Entwicklung“**. Sie hob unter anderem die große Bedeutung der intakten Gesundheit der werdenden Eltern – ganzheitlich betrachtet, schon vor der Konzeption - für die gesunde Entwicklung des Kindes hervor. So können sich z.B. hochstrittige Eltern, psychisch kranke Eltern, Gewalt, Süchte und Ängste zu toxischem Streß für das Kind auswachsen. Sehr eindrücklich war ein Video, in dem ein von der Mutter angenommener Anruf vom Handy eine intime Interaktion der Mutter mit ihrem jungen Säugling zerstörte.
- **Dr. Oberle**, Leiter des SPZ im Olgahospital in Stuttgart, erläuterte dann den Zuhörern im Auditorium die **„Pfeiler der kindlichen Entwicklung“**. Beide Referenten führten exakt aus, welche Rahmenbedingungen für das gesunde Aufwachsen eines Kindes ideal sind bzw. welche Abweichungen zu Störungen führen können.
- Es folgte ein **zweiteiliges Impfsymposium**. Hier besprach **Dr. Saefel** (München) **neue Empfehlungen zu Reiseimpfungen und zur Malariaphylaxe bei Kindern**.

- **Dr. Köllges** (Mönchengladbach) lief in seinem Vortrag zur **Meningokokken-B-Impfung** zur emotionalen Hochform auf. Er zeigte am Beispiel seiner Praxis, wie sich die Men-B-Impfung auch ohne StIKo-Empfehlung gut in seinen Praxisalltag implementieren ließ und wies auf die Nutzung von Krankenkassen-Selektiv-Verträgen hin, die die Kostenerstattung der Men-B-Impfung möglich macht.
- Den ersten Kongresstag beschloss ein **State-of-the-Art-Symposium zur Behandlung der Duchenne-Muskeldystrophie (DMD)**. Frau **Dr. Köhler** (Bochum) stellte dem Publikum einen **„Konsensus zur Frühdiagnostik der DMD“** vor. Dies wird für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt wichtig sein, da die rechtzeitige Diagnosestellung nunmehr auch die Chance für die immer frühzeitigere Einleitung einer Therapie sein kann. Es folgten erste Erfahrungen mit der Behandlung von DMD, zwar noch mit kleinen Fallzahlen versehen, es lassen sich jedoch schon deutliche Verbesserungen im Krankheitsverlauf der bisher unheilbaren Erkrankung erkennen. Frau **Dr. Gangfuß** (Essen) fasste diese „Ergebnisse der großen Registerstudie“ zusammen. In der Diskussion thematisiert wurden auch die immensen Behandlungskosten.

Vortragsthemen zweiter Kongresstag

- Das **Frühstückssymposium zum Thema Spinale Muskelatrophie (SMA)**. Die beiden neuropädiatrischen Referenten, **Prof. Hahn**, Universitätskinderklinik Gießen, und **Dr. Ziegler**, Universitätskinderklinik Heidelberg,

erörterten ausführlich sowohl **„Die Bedeutung der frühen Diagnose“ der SMA**, als auch das **„Multidisziplinäre Behandlungskonzept der SMA-Patienten“**.

- **Prof. Haun**, von Haus aus Psychologe, Direktor des Forschungszentrums für frühkindliche Entwicklung (Uni Leipzig) als auch Direktor für vergleichende Kulturpsychologie am Max Planck Institut in Leipzig, hat mit seinem exzellenten Vortrag ohne Zweifel das Highlight der Berliner Tagung geboten. Er ermöglichte den höchst aufmerksamen Zuhörern einen ausgesprochen interessanten Blick über den pädiatrischen Tellerrand in seinem Vortrag **„Vergleich des Entwicklungsschubes beim Menschen und beim Affen“**. In verschiedenen Video-Beispielen führte er vor, wie Affen bestimmte Aufgaben mit frappierender Schnelligkeit lösten. Ein zweiter Teil beschäftigte sich mit der vergleichenden Kulturpsychologie. So sind die elterlichen Erziehungsziele je nach kulturellem Hintergrund höchst variabel: westliche Eltern wollen vor allem, dass ihr Kind selbstständig, autonom und intelligent wird, afrikanische Eltern dagegen bevorzugen besonders Gesundheit und körperliche Stärke. So halten westliche und afrikanische Eltern z.B. ihren jungen Säugling von Anfang komplett unterschiedlich, letztere stützen den kindlichen Kopf nicht, sondern halten den Rumpf so, dass eine starke Halsmuskulatur gefördert wird.
- Frau Prof. Herwartz-Emden, emeritierte Pädagogikprofessorin der Uni Augsburg, referierte zum Thema **„Interkulturelle Unterschiede durch Sozialisation und Entwicklung in der Migrati-**

on“. Für den niedergelassenen Arzt mit hohem Anteil an Patienten mit Flucht- oder Migrationshintergrund sicher ein spannender Blick auf gleiche aber doch so unterschiedliche Problemlagen. Wir müssen uns um Bildungserfolge trotz sozialer Vielfalt mit ausreichend Zeit und Geduld bemühen, es gibt vielfältige interkulturelle Leistungen, aber Lernprozesse brauchen Zeit. Gerade die Kindertagesstätte ist bei gut ausgebildeten Erziehern ein guter transitorischer Raum auch für die Eltern

- Ein gleichfalls sozialpädiatrisches Thema brachte **Prof. Mößle** von der Polizeihochschule Baden-Württemberg (Villingen-Schwenningen) auf das Podium mit seinem Thema „**Entwicklung zur Delinquenz**“. Er machte uns die physiologischen Entwicklungs-Besonderheiten männlicher Jugendlicher klar, die sich im Wettstreit mit anderen ausprobieren wollen, was bei fehlender Impulskontrolle zu einem Anstieg von in der Regel vorübergehender Delinquenz führt. Langeweile und fehlende Wertschätzung sind wichtige Motive. Aus einer großen neuseeländischen Studie an 1000 Jugendlichen lässt sich jedoch ableiten, dass nur 5% dieser Stichprobe lebenslang delinquent waren.
- Im **Lunch-Symposium** wurden wichtige Impft Themen aufgearbeitet. Zum einen referierte **Prof. Wirsing von König** (Krefeld) zu „**Pertussis und keine Ende**“. Trotz der Möglichkeit zur umfassenden Pertussis-Impfung sind die Erkrankungszahlen noch deutlich zu hoch. Es zeigte sich aber auch, dass die Notwendigkeit zu besseren Impfstoffen mit längerer Schutzdauer besteht. Im zweiten Vortrag sprach **Dr. Köllges** (Mönchengladbach) zu „**Auswirkungen von Impfunfschlüssigkeit auf den Impfschutz der Kinder**“. Von der WHO wird ja die Impfzögerlichkeit von Eltern als größte Gefahr für den Impfschutz der Bevölkerung angesehen. Hier sah der Pädiater auch ein weites Feld an Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendarztpraxis, die noch nicht konsequent genug genutzt werden, um optimale Impfraten zu den empfohlenen Impfzeitpunkten zu erreichen.
- Am Samstagnachmittag begann **PD Dr. Niemann**, Pädiater und Neurologe aus Schömburg, mit seinem Referat

zur „**Variabilität der Entwicklung**“. Er sieht die Pädiater als Anwälte der Variabilität. Hier steht jeder Kollege oder jede Kollegin ja häufiger vor der Frage, was noch normal ist und was schon behandlungsbedürftig auffällig ist. **Prof. Heinen** (München) erläuterte **Möglichkeiten zur Messung der „Motorischen Variabilität“**. Interessant war die Vorstellung von Videobewegungsanalysen, nach denen bestimmte motorische Bewegungsmuster mit bestimmten Krankheitsphasen korrespondierten. Dies war ein mögliches Beispiel, wie Telemedizin zur besseren Diagnostik beitragen kann.

- Der bekannte Spruch „Wer viel misst, misst viel Mist“ kam in Erinnerung, als in Vertretung von Prof. Petermann der Psychologe **Dr. Thorsten Macha** von der Uni Bremen „**Entwicklungsbeurteilungen im Messverfahren**“ einer kritischen Analyse unterzog. So dürfen z.B. die Ergebnisse von Entwicklungstests nicht isoliert als Zahl bzw. Prozentrang beurteilt werden, sondern müssen immer im Zusammenhang mit den förderlichen oder eben nicht-förderlichen Umgebungsbedingungen gesehen werden (z.B. familiäres Umfeld, psychische Erkrankungen von Eltern, Bildungsnähe, wirtschaftliche Lage etc.).
- Frau **Dr. Freia Hahn**, ärztliche Leiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Viersen, hatte die **Entwicklungspsychologie des Jugendlichen** als schwieriges Thema, das sie kompetent und interessant gestaltete mit zahlreichen wichtigen Hinweisen für uns Pädiater. Die Hauptdiagnosen kinderpsychiatrischer Notfälle sind Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Störung des Sozialverhaltens, Essstörungen mit immer häufiger sehr jungen Kindern und Depressionen. Laut KiGGS-Studie Welle 2 zeichnet sich eine eher abnehmende Tendenz dieser Erkrankungen von 21% auf 19% ab. Ursachen sind nach Einschätzung von Frau Dr. Hahn die bessere psychotherapeutische Versorgung, die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 sowie die allgemein gute wirtschaftliche Lage in Deutschland. Andererseits sind Mütter, die ständig Diäten durchführen, ein Risiko für eine Anorexi-entwicklung ihrer Kinder. Uns Pädi-

ter forderte sie auf, nicht automatisch Krankschreibungen bezüglich eines Schulbesuches vorzunehmen.

- Angesichts der zunehmenden Diskussionen um den Klimaschutz und des öffentlichen Drucks durch die Schülerdemonstrationen „fridays für future“ durfte ein Vortrag zu **Schadstoffen und Entwicklung unserer Kinder** nicht fehlen. **PD Dr. Böse-O'Reilly**, Pädiater lange in eigener Praxis, jetzt am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität München tätig, erläuterte eindrucklich die fatalen Auswirkungen von Quecksilber, Blei und Phthalat auf die Hirnentwicklung von Kindern an Beispielen aus Deutschland und Drittweltländern.
- **Prof. Martin**, Kinderendokrinologe von der Universität Witten-Herdecke, beschäftigte sich kritisch mit der **Skeletalterbestimmung im Rahmen der Abklärung von Wachstumsstörungen**. Er stellte das BoneXpert-Programm als die exakteste Meßmethode vor. Eine für uns Pädiater wichtige Botschaft war, dass nicht nur die linke, sondern auch die rechte Hand radiologisch für das Knochenalter herangezogen werden kann. Nach der Menarche kann noch mit 6 cm Wachstum gerechnet werden.
- **Frau Belewsky**, Lehrerin aus Berlin, stellte in Vertretung von Saskia Wedel, Alanus-Hochschule Alfter bei Bonn, das **Projekt „Echt-dabei“** von Prof. Mößle und Frau Prof. Bleckmann vor. Es involviert Eltern, Kindertagesstätten und Grundschulen zusammen mit den Betriebskrankenkassen in einem Präventionsprojekt zur digitalen Kompetenz. Medienmündigkeit ist eine Frage der Reife, der Geduld ohne Druck, um die Zeitsouveränität zu behalten und nicht Dienstbote der Medien zu werden, sondern deren Chef. Familien sollen gestärkt werden, damit ihre Kinder im digitalen Zeitalter gesund aufwachsen.
- Die **Bedeutung des Sozialkapitals für die Gesundheitsentwicklung von Kindern** war das wichtige Thema von **Prof. Klocke** aus Frankfurt. Obwohl 18-20% der Kinder in Deutschland in Armut aufwachsen und 37% alleinerziehender Haushalte arm sind, erklären die sozioökonomischen Bedingungen nicht Alles, sondern entscheidend

ist das Vorhandensein von genügend Sozialkapital, z.B. soziale Netzwerke, die auf Vertrauen basieren, die Qualitäten der Eltern-Kind-Beziehung, der Schule und der Nachbarschaft.

Abschließend folgten die Berichte zu **Aktuellem aus der Berufspolitik** von unserem Präsidenten **Dr. Fischbach**, und

zum **Honorar** von **Dr. Bartzky**, Berlin. Die Teilnehmer ließen zahlenmäßig zwar etwas zu wünschen übrig, waren aber aktiv und diskussionsfreudig und bestärkten den Eindruck der Moderatoren, dass die Referenten ihre Aufgaben sehr gut erfüllt haben und die Kinder- und Jugendärzte viel für ihren beruflichen Alltag mitnehmen konnten.

*MZ/WI und Berlin 30.07.2019
Prof. Dr. K-M Keller, Dr. St. Lüder*

Korrespondenzanschrift:

*Dr. Steffen Lüder
Fortbildungsausschuss
13051 Berlin
E-Mail: info@kinderarzt-dr-lueder.de*

PRAXISfieber live

Parallel fand zum vierzehnten Mal der Kongress „PRAXISfieber live“ für die MFAs aus Kinder- und Jugendarztpraxen statt.

Angelehnt an das Kongressmotto „Entwicklung“ hielt **Frau Dr. Kapaun** aus Hamburg den Einführungsvortrag „**Wie Kinder die Welt sehen**“, der die Zuhörerinnen sensibilisierte für die völlig andere Sichtweise der Kinder, gefolgt von der Abschiedsvorstellung des Abrechnungsexperten **Dr. Jörg Hornivius**, kongenial assistiert von seiner leitenden MFA und Praxismitorganisatorin Susi Boeger.

Die Qual der Wahl hatten die MFAs dann, denn sie konnten für die 4 Seminarblöcke am Samstag und Sonntag zwischen **29 Seminaren** wählen – von „Fütter- und Essstörungen vom Säuglingsalter bis zum Jugendalter“ über verschiedene Testverfahren in der Kinder- und Jugendarztpraxis, einem „Azubi Spezial“-Seminar, „Medienpädagogischer Elternberatung in der Praxis“ oder „Jungs – das etwas andere Geschlecht“.

Die Seminare waren sehr gut gebucht und die Referenten waren – wie schon immer – begeistert vom Interesse und der

aktiven Mitarbeit der Teilnehmerinnen in den Seminaren.

Knapp **400 Teilnehmerinnen** – etwas weniger wie sonst, was aber sicher den gleichzeitig stattfindenden Pfingstferien in Bayern und Baden-Württemberg geschuldet war.

Korrespondenzanschrift:

*Dr.M.Mühlschlegel
74348 Lauffen
E-Mail: michaelandreas@t-online.de*

Red.: WH

Kinder sollen in Kliniken besser vor Missbrauch geschützt werden



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Fachtagung „Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus“ am 07. Juni 2019 in Berlin // Die Arbeit und der Umgang mit kranken und damit besonders abhängigen

Kindern und Jugendlichen im klinischen Bereich gehört zu den sensibelsten Aufgaben für die Fachkräfte in Krankenhäusern. Um den Anforderungen in der alltäglichen Arbeit, aber auch in Krisensituationen gerecht zu werden, braucht es spezifisches Wissen sowie entsprechende Strukturen und Rahmenbedingungen. Wie können Schutzkonzepte in Krankenhäusern gelingen? Wie lässt sich sexualisierte Gewalt verhindern? Was brauchen Fachkräfte, um Präventionsprojekte umzusetzen?

Diese Fragen standen im Mittelpunkt der Fachtagung „Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus“ am 07. Juni 2019 in Berlin, die von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm (KJP) gemeinsam mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) veranstaltet wurde.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat in ihrem Statusbericht zur Prävention von Kindesmisshandlung in Europa diesen Ansatz als nachahmenswertes Beispiel für andere europäische Länder hervorgehoben.

Tatort Krankenhaus? Auch in deutschen Kliniken gibt es Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch. Umfassende Schutzkonzepte für Kinder sind bisher oft noch eine Ausnahme. Das soll sich ändern.

Was muss sich im Krankenhaus tun?

Mehr Schutz vor sexuellem Kindesmissbrauch in Kliniken soll nach Plänen der DKG in Zukunft Pflicht werden. Kliniken müssten dann berichten, ob sie Schutzkonzepte eingeführt hätten, sagte **Hauptgeschäftsführer Georg Baum** bei dieser Tagung in Berlin. Wie viele sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche es in deutschen Kliniken gibt, wird bisher nicht statistisch erfasst.

Er hoffe, dass es Einzelfälle seien, sagte Baum. „Ich schließe nicht aus, dass wir intern Meldeverfahren entwickeln. Der Schutz von Kindern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der die Kliniken eine wichtige Rolle einnehmen und deren Verantwortung wir uns stellen. Mit der Unterzeichnung der Vereinbarung der DKG mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmiss-

brauchs in 2016 haben wir ein wichtiges Signal gesetzt, indem wir uns klar für die flächendeckende Umsetzung von Schutzkonzepten in Kliniken aussprechen. Viele Kliniken haben bereits heute strukturiert Schutzkonzepte in ihren Einrichtungen etabliert. Vielerorts sind Kinderschutzambulanzen eingerichtet. Durch die Kooperation mit dem Universitätsklinikum Ulm setzen wir diesen Weg konsequent fort. Auf Basis dieser Zusammenarbeit ist es möglich, Mitarbeitenden in Kliniken **kostenfreie E-Learning-Kurse** u. a. zu institutionellen Schutzkonzepten und Gefährdungsanalysen anzubieten.“

Um Kliniken endgültig auf Kinderschutz-Konzepte zu verpflichten, sind Qualitätsmanagement-Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nötig. Er rechne da mit einer Vorlaufzeit von rund drei Jahren, sagte Baum für die DKG.

80 Prozent der Ärzte wissen nicht, wie sie ans Hilfesystem herankommen

Insgesamt gibt es nach Angaben der DKG in Deutschland rund **600 Kliniken, in denen Abteilungen speziell auf Kinder- und Jugendliche ausgerichtet sind**, darunter auch Psychiatrien. Insgesamt hat Deutschland rund 2000 Kliniken mit

Akutversorgung. Die Unsicherheit im Umgang mit einem Verdacht auf sexuellen Missbrauch trifft Kliniken wie viele andere Institutionen auch. Für Mediziner gibt es seit 2017 deshalb eine eigene **Kinderschutz-Hotline**. Sie soll Ärzten dabei helfen, Kontakt zur Jugendhilfe zu bekommen.

„Rund 80 Prozent der Ärzte wissen oft nicht, wie sie ans Hilfesystem herankommen“, berichtete **Prof. Dr. Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm**, der Schutzkonzepte mitentwickelt. Inzwischen helfe dabei auch ein laminiertes kleiner Flyer, der in Kittelschürzen passe. Kliniken hätten davon schon 30 000 Stück bestellt, berichtete Fegert. Ihm geht es generell um eine Haltung in Krankenhäusern, um interne und externe Beschwerdesysteme. „Der Umgang mit sexuellem Missbrauch ist dabei sicher einer der schwierigsten Bausteine.“

Das „Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg“ (www.comcan.de), angesiedelt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (KJP), hat die Aufgabe, Praktikerinnen und Praktiker aus den unterschiedlichen Versorgungsgebieten zu informieren, weiterzubilden,

zu vernetzen und in die Forschung einzubinden. Prof. Dr. Fegert hält Kompetenzzentren für einen wichtigen Baustein beim Thema Kinderschutz: „Fachkräfte im Gesundheitsbereich brauchen in Einzelfällen Beratung, z.B. durch die medizinische Kinderschutzhotline. Gleichzeitig braucht es systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung zu Schutzkonzepten und mit modernen Mitteln wie e-Learning.“

Jede Klinik braucht umfassende Schutzkonzepte

Krankenhäuser spielten bei der Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche eine sehr wichtige Rolle, betonte **Johannes-Wilhelm Rörig, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs**. Rörig begrüßte das Engagement der DKG und der KJP Ulm ausdrücklich: „Das Engagement der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm im Kinderschutz ist von größter Bedeutung für einen besseren Schutz von Mädchen und Jungen

vor sexueller Gewalt. Krankenhäuser spielen bei der Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche eine sehr wichtige Rolle. Hier besteht die große Chance, sexuelle Gewalt zu erkennen und Mädchen und Jungen wirkungsvoll zu helfen. Die enge Beziehung zwischen medizinischen Personal und den minderjährigen Patienten kann aber auch eine Gefahr darstellen. Ich wünsche jeder Klinik, dass in ihrer Verantwortung keine sexuellen Übergriffe stattfinden und sich hier wichtige Tore zur Hilfe eröffnen. Ich erwarte von jeder Klinik und jedem Träger, dass die erforderlichen Ressourcen für einen umfassenden Kinderschutz bereitgestellt werden und Schutzkonzepte in Krankenhäusern im Alltag zur Anwendung kommen.“

Bei rund 165 deutschen Kliniken hat das **Deutsche Jugendinstitut (DJI)** für ein Monitoring nachgefragt. „Nur ein Fünftel der Krankenhäuser sagte von sich selbst, dass sie umfassende Schutzkonzepte hätten“, berichtete **Heinz Kindler für das DJI**, das seine Studie auf der Berliner Tagung vorstellte.

Nach der Studie des DJI gibt es bisher wenig Verankerung von Schutzkonzepten in Leitlinien. „Es hängt vom Einzelengagement der Kliniken ab“, sagte Kindler. Es fehle auch an Orientierung, was ein gutes Schutzkonzept sei. Eine Hilfe sollen nun kostenlose Online-Kurse bieten, die von Ärzten speziell für Kliniken entwickelt wurden. Die ‚Bauanleitung‘ soll zu passgenauen Lösungen anregen. Bisher ist die Nutzung solcher Programme aber freiwillig.

Quellen: dpa, Pressemitteilung der Pressestellen des UBSKM, der DKG und der KJP Ulm.

Link: <https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/pressemitteilungen/detail/fachtagung-schutzkonzepte-und-kinderschutz-im-krankenhaus>

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister (BAR)

Bundesgebiet insgesamt Stand: 31.12.2018

Die BAR-Statistik umfasst alle persönlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen alle Ärzte und Psychotherapeuten teil, die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant behandeln dürfen. Diese Gruppe umfasst also auch die sogenannten „Kassenärzte“. Dieser Begriff wird allerdings in fachlichen Kontexten nicht verwendet, da er zu ungenau ist.

Auch die Bundesärztekammer (BÄK) veröffentlicht eine Ärztestatistik (s. auch Heft 5/2019, S. 230-232, dieser Zeitschrift). Diese umfasst die Gesamtheit der in Deutschland berufstätigen Ärzte, sowie der Ärzte ohne Tätigkeit, die noch Mitglied in den Ärztekammern sind. Neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die in der BÄK-Statistik zum überwiegenden Teil in der Rubrik „ambulant“ gezählt werden, werden dort unter anderem auch Krankenhausärzte, reine Privatärzte und Weiterbildungsassistenten gezählt. Nicht enthalten in der Ärztestatistik der BÄK sind hingegen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1. Begriffserklärungen

1.1 Teilnehmende Ärzte bzw. Psychotherapeuten

Summe aller Ärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Summe der Teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten ergibt sich aus der Summe der

- Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten
- Partner-Ärzte bzw. -Psychotherapeuten
- Angestellten Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Einrichtungen
- Angestellten Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis
- Ermächtigten Ärzte bzw. Psychotherapeuten

1.2 Vertragsärzte bzw. -Psychotherapeuten

Dies sind niedergelassene Ärzte bzw. Psychotherapeuten mit einem Vertragsarztsitz. Sie verfügen über eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Sie sind entweder in freier Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig. Diese Ärzte entsprechen am ehesten dem Begriff des „Kassenarztes“.

1.3 Partner-Ärzte und -Psychotherapeuten (= Jobsharing-Juniorpartner)

Auch in einem eigentlich für Neuzulassungen gesperrten Planungsbereich können Ärzte bzw. Psychotherapeuten ei-

ne beschränkte Zulassung erhalten, wenn sie als Jobsharing-Juniorpartner eine Kooperation mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt bzw. Psychotherapeuten derselben Fachrichtung eingehen. Das Leistungsvolumen der bisherigen Praxis darf dabei nicht wesentlich ausgeweitet werden. Die Kooperation zwischen Vertragsarzt und Jobsharing-Juniorpartner wurde ursprünglich zur gleitenden Praxisübergabe an einen Nachfolger entwickelt.

1.4 Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten in freien Praxen

Diese teilen sich auf in:

- angestellte Ärzte und Psychotherapeuten in freier Praxis ohne Leistungsbeschränkung
- angestellte Ärzte und Psychotherapeuten in freier Praxis mit Leistungsbeschränkung: Wenn ein Vertragsarzt in seiner Praxis in einem gesperrten Planungsbereich einen Arzt anstellt, dann darf das Leistungsvolumen der bisherigen Praxis nicht wesentlich ausgeweitet werden.

Nicht enthalten in der Statistik der angestellten Ärzte sind Weiterbildungs-, Sicherstellungs- und Entlastungsassistenten. Während die Weiterbildungsassistenten nicht den in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Facharztstatus besitzen, dienen die Sicherstellungs- und Entlastungsassistenten eher der Unter-

stützung bestehender vertragsärztlicher Strukturen, die in der Statistik bereits berücksichtigt werden.

1.5 Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen

Diese setzen sich zusammen aus angestellten Ärzten und Psychotherapeuten in

- Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), der zahlenmäßig bedeutendsten Einrichtungsform,
- Einrichtungen nach Paragraph 311 SGB V (die ehemaligen Polikliniken in den neuen Bundesländern),
- Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen,
- kommunalen Eigeneinrichtungen.

Auf die separate Ausweisung der Angestellten in Einrichtungen mit Leistungsbeschränkung wird an dieser Stelle verzichtet, da hiervon weniger als 1 Prozent der Angestellten in Einrichtungen betroffen sind.

1.6 Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten

Über den Kreis der zugelassenen und angestellten Ärzte bzw. Psychotherapeuten hinaus können Ärzte bzw. Psychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden sofern

- der Arzt bzw. Psychotherapeut über besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen) und prozentualer Anteil von Kinder- und Jugendärztinnen

	Kinder- und Jugendärzte insgesamt	davon Kinder- und Jugendärztinnen in %	alle Arztgruppen (Anteil Ärztinnen in %)
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte	7.739	54,46	148.601 (42,03)
Vertragsärzte	5.254	49,6	104.321 (39,51)
Partnerärzte	57	78,9	642 (45,79)
In Einrichtungen angestellte Ärzte	556	71,58	17.278 (44,43)
In Praxen angestellte Ärzte	1.019	83,61	17.152 (64,16)
Ermächtigte Ärzte	853	48,09	9.208 (30,10)

Im Vergleich zum Jahr 2017 haben in 2018 1,5 % mehr Kinder- und Jugendärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen.

In der Bedarfsplanung zählende Kinder- und Jugendärzte nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)

	Insgesamt	davon Ärztinnen
Vertragsärzte	5.022	2.452
In Einrichtungen angestellt	362	262
In Praxen angestellt	215	131
Ermächtigte	0	

Kinder- und Jugendärzte, die mit einer Schwerpunktbezeichnung bzw. einer bestimmten Zusatzbezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zählung nach Personen)

SP	insgesamt	Vertragsärzte	Angest. in Einrichtungen	Angest. in Praxen	Ermächtigte
Infektiologie	1	0	0	0	1
Endokrinologie u. Diabetes	27	7	6	1	13
Gastroenterologie	13	1	3	0	9
Hämatologie u. Onkologie	116	33	12	10	60
Kardiologie	397	233	34	35	94
Nephrologie	23	12	2	1	8
Neuropsychiatrie	1	1	0	0	0
Pneumologie/Lu.	93	49	11	6	27
Rheumatologie	5	0	1	0	4
Neonatologie	852	466	57	55	268
Neuropädiatrie	392	195	23	16	156

verfügt, ohne die eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wird oder

- um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder
- um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf abzuwenden oder
- um einen begrenzten Personenkreis (z. B. Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebs) zu versorgen.

Dabei ist genau festgelegt, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf. Nur persönlich ermächtigte Ärzte und

Psychotherapeuten werden in der Zählung berücksichtigt. Ärzte und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen (Institutsermächtigungen, also z. B. Psychiatrische Institutsambulanzen) werden nicht berücksichtigt, da diese Informationen i.d.R. auch nicht an die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt werden.

Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten können nicht direkt dem hausärztlichen oder fachärztlichen Sektor zugerechnet werden. Aus diesem Grund müssen folgende Besonderheiten beachtet werden:

- Die Anzahl der ermächtigten Hausärzte (ohne Kinderärzte) ist gleich 0.

- Ermächtigte Internisten können nicht in hausärztlich tätige Internisten und fachärztlich tätige Internisten unterteilt werden. Deshalb wird in diesen beiden Kategorien als Anzahl der Wert 0 angegeben. Als Folge davon ist bei den Teilnehmenden Ärzten die Summe der hausärztlich tätigen Internisten und der fachärztlich tätigen Internisten kleiner als die Anzahl der Internisten.

Links: https://www.kbv.de/media/sp/2018_12_31_BAR_Statistik.pdf
https://www.kbv.de/media/sp/Erlaeuterungen_BAR_Statistik.pdf

BERUFSFRAGEN

Altersstruktur der Vertragsärzte (Kinder- und Jugendärzte) (Zählung nach Personen), Altersstruktur der Angestellten Kinder- und Jugendärzte in freier Praxis (Zählung nach Personen), Altersstruktur der Ermächtigten Kinder- und Jugendärzte (Zählung nach Personen)

	bis 34 Jahre	35-39	40-49	50-59	60-65	über 65
Vertragsärzte	16	181	1.266	2.302	1.153	336
In freier Praxis angest. Ärzte	23	227	487	147	69	66
Ermächtigte	4	41	258	366	162	22

Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte (Zählung nach Personen)

teilnehmende Ärzte	Vertragsärzte	Ärzte in Einrichtungen angestellt	Ärzte in Praxen angestellt	Ermächtigte
52,7 Jahre	54,3	49,8	46,6	52,6

Altersstruktur der in der Bedarfsplanung zählenden Kinder- und Jugendärzte (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)

bis 34 Jahre	35-39	40-49	50-59	60-65	über 65
31	308	1.456	2.399	1.197	369

Zusammenstellung nach Daten der KBV:

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

Der Honorarausschuss informiert

Bundesweit einheitliche Heilmittelpreise (seit 1. Juli 2019)

Der Gesetzgeber hat mit dem TSVG nicht nur die Ärzte beschäftigt – der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelerbringer wurden aufgefordert, sich auf bundesweit einheitliche Kosten zu einigen. Ziel ist eine Gleichbehandlung der Heilmittelerbringer. **Die jetzt festgesetzten Preise gelten bis zum 30.06.2020.**

Der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände haben sich nach § 125b SGB V auf die höchsten geltenden Heilmittelpreise je Position verständigt. Die Preise nach § 125b SGB V sind als neue Preisliste der Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V (a.F.) anzusehen.

Für uns niedergelassene Pädiater haben die Heilmittelpreise nicht nur Informationscharakter. Die Heilmittelpreise sind natürlich bedeutend, wenn Sie das Aufgreifkriterium für Regressprüfungen überschreiten. Für Viel-Verordner macht es Sinn, die korrekten Preise in der Pra-

xissoftware zu hinterlegen. Heilmittelpreise sind allerdings eher selten.

Die vollständige Preisliste ist abrufbar unter folgendem Link:

https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/heilmittelpreise/heilmittelpreise.jsp

Heilmittelpreise ab 01. Juli 2019 (Behandlungsdatum oder Verordnungsdatum)

1. Physiotherapie

KG-Muko/KG Atemtherapie	63,34 €
KG-ZNS-Kinder	41,90 €

2. Logopädie

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 30 Min.	37,99 €
--	---------

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 45 Min	55,64 €
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 60 Min	74,16 €

3. Ergotherapie

Motorisch-funktionelle Behandlung	39,00 €
Sensomotorisch-perceptive Behandlung	52,50 €
Psychisch-funktionelle Behandlung	65,72 €

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartezky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartezky.de

Red.: WH

Wichtiges zur Kooperation von Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

In vielfältiger Weise sind unsere beiden Berufsgruppen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen verbunden und praktizieren vor Ort vertrauensvoll und im Sinne der Patienten miteinander. Da die Zugangswege zur psychotherapeutischen Behandlung unterschiedlich sein können, ist auch die Kommunikation miteinander nicht immer gleich.

Zugang zur Vorstellung beim Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Bei den Familien/Jugendlichen, die sich direkt beim Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) anmelden, ergibt sich oftmals erst durch das Ausstellen des erforderlichen Konsiliarberichtes ein Kontakt. Dieser dient (laut Psychotherapeutengesetz) vor allem der somatischen Abklärung und muss dem Antrag auf Psychotherapie beigelegt werden.

Zur Anforderung kann der KJP einen Überweisungsvordruck verwenden, auf dem er die Symptomatik und Diagnose des gemeinsamen Patienten angibt, was leider nicht immer regelhaft geschieht. Hier ist der Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (bkj) bemüht, seine Mitglieder dahingehend zu sensibilisieren, die Anforderungen an den Konsiliarbericht zu explizieren.

In den Fällen, in denen die Kinder- und Jugendärzte ihren Patienten direkt an den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verweisen, möchten wir auf die Notwendigkeit der Zustimmung beider sorgeberechtigten Eltern hinweisen, was nach geltendem Patienten- und Berufsrecht unbedingt erforderlich ist. Dies gilt bereits für den Erstkontakt (Sprechstunde) und vor allem für die Durchführung der Probatorik.

Probleme bei der Inanspruchnahme einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis

Diesbezüglich kam es in der Vergangenheit bereits öfter zu Beschwerden von nicht informierten sorgeberechtigten Elternteilen, so dass wir als KJP gehalten sind, sehr frühzeitig auf diesen Umstand hinzuweisen, der vor allem natürlich bei getrennt lebenden Eltern von besonderer Bedeutung sein kann. Hier könnte unterstützend wirken, wenn der Kinder- und Jugendarzt bereits bei der Verweisung an den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf diesen Umstand hinweist, so dass die Zustimmung beider Eltern rechtzeitig eingeholt werden kann.

Sollte ein Elternteil, trotz gemeinsamer elterlicher Sorge, einer indizierten psychotherapeutischen Behandlung nicht zustimmen, kann es notwendig sein, dass das andere Elternteil sich an das Familiengericht wenden muss, um sich durch eine familiengerichtliche Entscheidung die alleinige Ausübung der Gesundheitsfürsorge übertragen zu lassen. Solange solche Verfahren nicht eindeutig geklärt sind, darf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit der Behandlung nicht beginnen, es sei denn, es wäre Gefahr im Verzuge (z.B. bei vorliegender Kindeswohlgefährdung), wodurch ggf. auch eine stationäre Behandlung als notwendig erscheinen würde.

Bei Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr ist die Sachlage etwas anders, da diese selbst den Antrag auf psychotherapeutische Behandlung unterschreiben können. Hier kann es wichtig sein, auf die Einhaltung der Schweigepflicht zu achten, wenn der/die Jugendliche keine Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen wünscht. Hier kann der KJP nur dann davon abweichen, wenn Fremd- oder Eigengefährdung vorliegen sollte.

Hintergrund

Im Rahmen eines Treffens am 26.10.2018, an dem seitens des bkj Frau Marion Schwarz und Herr Wedjelek sowie seitens des BVKJ Herr Dr. Fischbach und Herr Dr. Tegtmeyer-Metzdorf teilgenommen haben, wurde vereinbart, diesen Beitrag in dieser Zeitschrift zu veröffentlichen.

Korrespondenzanschrift:

Dipl. Psych. Marion Schwarz

(ehem. Vorsitzende)

Dipl.-Päd. Marc Wedjelek

(Vorstandsmitglied)

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e. V., Unter den Eichen 5, Haus G, 65195 Wiesbaden

Telefon 0611 - 88087950

Fax 0611 - 88087951, info@bkj-ev.de

Red.: WH

Verlust von Zulassung und Approbation – Grundsätze und praktische Überlegungen

Die ärztliche Approbation sowie ggf. die vertragsärztliche Zulassung sind Voraussetzung für die Tätigkeit als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Der Verlust bedroht die berufliche Existenz. Unter welchen Voraussetzungen ein Arzt seine Zulassung bzw. die Approbation überhaupt verlieren kann und welchem Zweck eine Entziehung dient, soll der vorliegende Beitrag darstellen. Die gesetzlichen Grundlagen werden durch die Rechtsprechung präzisiert, wobei insbesondere zur vertragsärztlichen Zulassung jüngst einige relevante Entscheidungen ergangen sind.



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



Dr. iur. Daniel Gröschl

men, widerrufen und/oder zum Ruhen gebracht werden.

Eine Rücknahme kommt immer dann in Betracht, wenn im Zeitpunkt der Approbationserteilung die erforderlichen Voraussetzungen gar nicht vorlagen (§ 5 Abs. 1 Bundesärzteordnung, BÄO), wenn also die Approbation zu Unrecht erteilt wurde.

Widerrufen werden kann die Approbation, wenn der betreffende Arzt in gesundheitlicher Hinsicht nicht zur Ausübung des Berufs geeignet ist (§ 5 Abs. 2 Satz 2 BÄO). Des Weiteren ist die Approbation zu widerrufen (§ 5 Abs. 2 Satz 1 BÄO), wenn sich der Arzt berufsbezogen oder auch, je nach Schwere, außerhalb seiner beruflichen Tätigkeit eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unzuverlässigkeit oder Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes ergibt (st. Rspr. BVerwG v. 16.2.2016 - 3 B 68/14, Rn. 6).

Das ist beispielsweise der Fall

- beim Besitz kinder- und/oder jugendpornographischer Schriften;
 - bei sexuellem Missbrauch von Patientinnen;
 - bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, die ihrerseits Zweifel an der gesundheitlichen Eignung begründen können;
 - bei erheblicher Verletzung des fachärztlichen Standards;
 - bei Tätigwerden ohne ärztliche Berufshaftpflichtversicherung.
- Möglich ist der Widerruf der Approbation auch bei einer Verurteilung wegen Bestechlichkeit (§ 299a StGB) oder Bestechung (§ 299b StGB) im Gesund-

heitswesen. Gerichtliche Entscheidungen hierzu liegen – soweit ersichtlich – seit Inkrafttreten des sogenannten Anti-Korruptionsgesetzes (noch) nicht vor.

Anstelle des Widerrufs kann gemäß § 6 Abs. 1 BOÄ das Ruhen der Approbation als vorläufiges Berufsverbot angeordnet werden, wenn

- gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann (s.o.), ein Strafverfahren eingeleitet ist,
- nach einmal erteilter Approbation die gesundheitliche Geeignetheit des Arztes zur Ausübung des ärztlichen Berufes weggefallen ist oder hierüber Zweifel bestehen und der Arzt sich weigert, sich einer angeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen,
- sich ergibt, dass der Arzt nicht über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für die Ausübung der Berufstätigkeit in Deutschland erforderlich sind oder
- sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder kraft Landesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht.

2. Wiedererlangung der Approbation und Berufserlaubnis

Bei (rechtskräftigem) Widerruf der Approbation, darf der Betroffene seinen ärztlichen Beruf nicht mehr ausüben (§ 2 BÄO).

Der Verlust der Approbation

1. Rücknahme, Widerruf und Ruhen der Approbation

Die ärztliche Approbation ist – von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen – Voraussetzung zur Ausübung des sowohl privat- als auch vertragsärztlichen Berufs. Die Approbation kann zurückgenom-

Dies muss aber kein endgültiger Zustand sein. In der Folgezeit besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Wiedererteilung der Approbation zu stellen (§ 8 Abs. 1 BÄO). Die Approbation darf nämlich nicht länger verwehrt werden, als es die den Widerruf tragenden Gründe erfordern. Hat der Betroffene die Würdigkeit oder Zuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs zweifelsfrei wiedererlangt und liegt auch sonst kein Versagungsgrund vor, hat er einen Anspruch auf erneute Erteilung der Approbation (vgl. BVerwG v. 15.11.2012 – 3 B 36/12, Rn. 6).

Je nach Fallkonstellation kann die zuständige Approbationsbehörde für den Zeitraum zwischen (rechtskräftigem) Widerruf und Wiedererteilung der Approbation auf Antrag eine **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Arztberufs** erteilen (§§ 8 Abs. 1 und 2, 10 Abs. 1 BÄO). Sie kann diese Berufserlaubnis auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränken (§ 8 Abs. 2 BÄO), so beispielsweise darauf, nur noch gutachterlich tätig werden zu dürfen.

Entziehung, Ruhen und Wiedererlangung der vertragsärztlichen Zulassung

Die Zulassungsentziehung dient dazu, das System der vertragsärztlichen Versorgung vor Störungen zu bewahren und funktionsfähig zu halten. Deshalb dürfen Ärzte, die zur vertragsärztlichen Tätigkeit objektiv ungeeignet sind oder sich nachträglich als ungeeignet erweisen, keine gesetzlich versicherten Patienten versorgen. Um dies sicherzustellen, regelt § 95 Abs. 6 SGB V, dass eine Zulassung zu entziehen ist, wenn

- die Voraussetzungen für ihre Erteilung nicht oder nicht mehr vorliegen,
- ein Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt und/ oder
- ein Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Nichtvorliegen der Zulassungsvoraussetzungen

- Die Entziehung einer Zulassung ist zwingend, wenn die Approbation (Voraussetzung zur Eintragung ins Arztregister) rechtskräftig widerrufen wurde (vgl. oben Ziff. I), also nicht mehr vorliegt oder wenn sich nachträglich herausstellt, dass keine ärztliche Ap-

probation vorlag oder es an der Weiterbildung zum Facharzt fehlt.

Gleiches gilt, wenn der Arzt wegen der konkreten Folgen gesundheitlicher oder sonstiger in seiner Person liegender schwerwiegender Gründe nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben (vgl. BSG v. 13.02.2019 - B 6 KA 14/18 B, Rn. 12 – dort eine bestehende Demenzerkrankung des Arztes). Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er drogen- oder alkoholabhängig ist.

Auch die Ausübung einer weiteren – und sei es ehrenamtlichen – Tätigkeit kann zur Zulassungsentziehung führen, wenn der Vertragsarzt zur Versorgung der Versicherten nicht ausreichend zur Verfügung steht. Er muss mindestens die aus seinem Versorgungsauftrag folgenden Mindestsprechstundenzeiten zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbieten (vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 104).

Die Zulassung kann auch entzogen werden, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht in „freier Praxis“ ausübt. Das ist der Fall, wenn er Inhalt und Umfang seiner ärztlichen Tätigkeit und den Einsatz sachlicher sowie persönlicher Mittel der Praxis nicht selbst bestimmt und insoweit der Einflussnahme durch andere unterliegt oder wenn er vertraglich seine Unabhängigkeit z.B. durch Honorarbeteiligungen oder Honorarabführungen an Dritte aufgibt.

Keine Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Die Zulassung ist auch zu entziehen, wenn der Vertragsarzt nach Erteilung der Zulassung durch die zuständigen Zulassungsgremien die vertragsärztliche Tätigkeit gar nicht erst aufnimmt oder nach deren Aufnahme nicht mehr ausübt. So verhält es sich, wenn der Vertragsarzt die ihm obliegenden Hauptpflichten wie die Behandlung der Versicherten, das Abhalten und Anbieten von Sprechstunden sowie Bestellung eines Vertreters bei Abwesenheit über einer Woche nicht erfüllt.

Die Nichteinhaltung der **vertragsärztlichen Mindestsprechstundenzeiten** hat durch das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) weiter an Bedeutung gewonnen. Bei wiederholter Nichteinhaltung der vertragsärztlichen Mindestsprechstundenzeiten hat der zuständige Zulassungsausschuss gemäß § 19a Abs. 4

Ärzte-ZV die Zulassung des Vertragsarztes je nach Umfang der nicht eingehaltenen Sprechstundenzeiten zu einem Viertel, hälftig oder voll zu entziehen.

Für die Annahme der Nichtausübung kann es ferner ausreichen, dass **ein Arzt mit vollem Versorgungsauftrag die durchschnittliche Fallzahl seiner Facharztgruppe um mehr als die Hälfte unterschreitet**, es sei denn, es liegen besondere rechtfertigende Umstände vor (so BSG v. 24.10.2018 – B 6 KA 28/17 R, Rn. 23). In solchen Fällen lässt sich eine Zulassungsentziehung einfach verhindern. Einerseits kann der Vertragsarzt seine Fallzahl steigern. Andererseits kann er seinen vollen Versorgungsauftrag durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf die Hälfte beschränken (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV), um den Umfang seines Versorgungsauftrages an die tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen. Des Weiteren besteht gegebenenfalls die Möglichkeit zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten.

In einer **Berufsausübungsgemeinschaft** kann eine Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit anzunehmen sein, wenn der Tätigkeitsumfang einzelner Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft so gering ist, dass er die Grenze der Implausibilität überschreitet, der „Vertragsarztsitz in der BAG [also] als nicht mehr erforderlich angesehen“ werden kann (BSG v. 27.6.2018 – B 6 KA 46/17 R, Rn. 39).

Gröbliche Pflichtverletzung

Im Übrigen ist die Zulassung bei allen gröblichen Pflichtverletzungen zu entziehen. Solche liegen vor, wenn infolge des Handelns des betroffenen Arztes das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch den Vertragsarzt in unzumutbarer Weise gestört ist (BSG v. 11.2.2015 – B 6 KA 37/14 B, Rn. 11). Das kann insbesondere der Fall sein bei:

- Verurteilung wegen eines Verbrechens
- Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung
- Abrechnung von „Phantompatienten“
- nachhaltige Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot
- Weigerung an der Mitwirkung der Qualitätssicherung
- Verletzung der ärztlichen Fortbildungspflicht

Bei gröblichen Pflichtverletzungen wird die Zulassung stets im vollen Umfang entzogen. Eine hälftige Zulassungsentziehung würde zu dem widersinnigen Ergebnis führen, dass die vertragsärztliche Tätigkeit trotz schwerwiegender Pflichtverletzungen jedenfalls „zur Hälfte fortgesetzt werden könnte“ (BSG v. 17.10.2012 – B 6 KA 19/12 B, Rn. 9). Die Entziehung der Zulassung ist ein Eingriff in die Berufsfreiheit. Er ist nur als ultima ratio gerechtfertigt. Als gegebenenfalls milderes Mittel kommen das Ruhen der Zulassung oder Disziplinarmaßnahmen in Betracht.

Ruhen der Zulassung

Die Anordnung des Ruhens der Zulassung durch den Zulassungsausschuss

setzt voraus, dass die (Wieder-)Aufnahme der ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Tätigkeit in „angemessener Frist“ zu erwarten ist. Dafür muss der Vertragsarzt Gründe angeben. Als private Gründe kommen z.B. Erkrankung, familiäre Ereignisse wie Kindererziehung, auch Schulprobleme der Kinder, Pflege Angehöriger und Eheprobleme oder Fortbildungsinteressen oder auch eine Forschungstätigkeit in Betracht. Selbstverständlich sind objektive Gründe wie die Zerstörung von Praxisräumen, Unglücksfälle oder verspätete Fertigstellung von Praxisräumen gleichermaßen zu berücksichtigen.

Wiedererlangung einer Zulassung

Die Zulassungsverordnung für Ärzte differenziert nicht zwischen erstmaliger

Zulassung und Wiederzulassung. Bei der Wiederzulassung gelten daher grundsätzlich die gleichen Anforderungen wie bei der erstmaligen Zulassung.

Korrespondenzanschrift:

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki
Rechtsanwältin und Fachanwältin für
Medizinrecht*

*Dr. iur. Daniel Gröschl, Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Medizinrecht*

*Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.moellerpartner.de)*

*Die Anwälte der Kanzlei sind als
Justiziarer des BVKJ e.V. tätig.*

Red.: WH

Dialog und Überzeugungskraft statt Geldbuße

Die Chance eines Impf-Information-Systems, die Durchimpfungsraten in Deutschland nachhaltig zu verbessern // Das neue Gesetz, das das Impfen gegen Masern in der Bundesrepublik Deutschland erstmals (DDR ab 1970 bereits Pflicht) zur Pflicht macht, kann für das Impfwesen im Lande eine Chance bedeuten. Dafür lohnt es sich, es im europäischen Kontext zu betrachten und in seiner aktuellen Fassung zu analysieren.



Christoph Bornhöft

Das WHO-Ziel wurde nie erreicht.

Die WHO hat seit langem das Ziel, in Europa die Masern auszurotten. Zuletzt hätte dieses Ziel 2015 erreicht sein sollen.

Dazu wäre eine stabile Impfquote von 95% bei der zweiten Dosis notwendig gewesen. Tatsächlich wird dieses Ziel in Deutschland nur für wenige Altersgruppen erzielt, die meisten Alterskohorten sind weit davon entfernt. (1.) Auch in anderen europäischen Mitgliedsstaaten wird das WHO-Ziel verfehlt. Daraus resultierend hat sich die Zahl der Masernfälle EU-weit von 2016 auf 2017 verdreifacht.

Impfpflicht in 12 Staaten

Darauf wurde in der EU unterschiedlich reagiert. Für Impfen und die Impfpflicht sind die Mitgliedsstaaten verantwortlich. Die Einführung einer Impfpflicht erfolgte in verschiedenen Staaten bereits vor der aktuellen Gesetzesänderung in Deutschland. Aktuell gibt es bereits in 12 Staaten Impfverpflichtungen, die impfpräventable Erkrankungen in

unterschiedlicher Zahl betreffen. Die Einhaltung wird meist bei Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen geprüft und das Versäumnis ist z.T. auch mit Geldbußen bewährt.

Das Vorgehen in Deutschland wird – soweit bekannt und feststehend – so sein, auch den Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung als Kriterium zu wählen, dort tätiges Personal, aber auch Ärzte und Pflegekräfte, zum Impfschutz zu verpflichten und als Strafe den Ausschluss und/oder – bei Schulpflicht – ein Bußgeld von 2.500,- € zu verhängen.

Impfungen sind ein Kinderrecht

Der BVKJ hat die Diskussion um die Einführung einer Impfpflicht für Masern immer positiv begleitet und sie befürwortet. Immerhin verdeutlicht eine staatlich

verordnete Impfpflicht die gesellschaftliche Bedeutung von Impfungen und die Betonung der UN-Kinderrechte auf Gesundheitsschutz durch Impfungen. Verlaufsbeobachtungen in den Ländern, in denen eine Pflicht eingeführt wurde, zeigten in den ersten Jahren danach auch immer einen Anstieg der Quoten, in Italien oder z.B. in Kalifornien sogar auf die gewünschten >95%. Unbekannt sind die Langzeiterfolge und es sind längst nicht alle sinnvollen Impfungen in den Programmen aufgenommen.

Der Erfolg muss (nicht nur!) evaluiert werden

Das neue Gesetz zielt hauptsächlich auf die Durchsetzung der Masernimpfung. Ein kleiner Teil der Neuregelung beschäftigt sich mit dem Erfassen des Erfolges, also der Datenerhebung und -verarbeitung im Bereich des Impfwesens. Hier liegt aber der Schlüssel zu Erfolg oder Misserfolg eines verpflichtenden Impfprogramms. Die bisherige Praxis, KV-Impfdaten an das RKI zu übermitteln, wird erweitert. Personendaten, die eine geographische Analyse der Daten zulassen, werden mit einbezogen. Das Prinzip ist also ein Führen eines Impfregisters, im Sinne einer Surveillance. Daraus lassen sich dann in Zukunft allenfalls allgemein gefasste, vielleicht regional spezifizierte Impfkampagnen für die dortige Gesamtbevölkerung durchführen.

Es fehlt die direkte Ansprache des Individuums

Schon jetzt gibt es auch schematische, sich nach dem Impfkalendar orientierende Erinnerungssysteme für interessierte Patienten. Wenn aber, wie im neuen Gesetz vorgesehen, der Impfpass auch elektronisch geführt werden kann, ergäbe sich die einmalige Chance der indivi-

duellen Impfberatung. Mittels persönlichen Angaben wie Grunderkrankungen, gesundheitlichen Risiken bei der Arbeit, Reiseplänen oder geplanten Schwangerschaften etc. könnten Impfeempfehlungen individualisiert werden.

Derartige Empfehlungen könnten automatisiert mit Hintergrundinformationen und aktuellen statistischen Entwicklungen verstärkt und regelmäßig ausgesandt werden. Die/der Betroffene würde sich regelmäßig mit dem Thema, ggf. seinen bisherigen Verweigerungen inhaltlich auseinandersetzen und über die Zeit zum Schließen seiner persönlichen Impflücken überzeugt werden können.

Zu kompliziert? Nicht konform mit der EU-DSG-V0?

Dieses System gibt es in Frankreich schon (mesvaccins.net (2)) im täglichen Einsatz und wurde von der ECDC technical expert group im Abschlussbericht 2018 (3) als mustergültiges Beispiel für ein mobile Immunisation-Information-System (IIS) eingeschätzt. Es ist mobil anwendbar, datenschutzkonform und bietet allen am Impfen beteiligten Parteien große Vorteile:

- **Patient:**
 - a. mobil verfügbarer, vom impfenden Arzt aktualisierter und zertifizierter Impfpass, ggf. ausdrückbar mit Tagesdatum und Zertifikat (z.B. bei KiTa-Beginn, ohne separatem Arztkontakt).
 - b. regelmäßige Informationen über Epidemien, aber auch individuelle Rückmeldungen, den eigenen Impfschutz zu erhalten oder zu verbessern, Empfang von leicht verständlichen Impfaufklärungen etc.
- **Ärztinnen/Ärzte:**
 - a. auf Erlaubnis des Patienten hin online abruf- und modifizierbar. Impfungen von verschiedenen Stellen sind immer beieinander.

b. Recallsystem passgenau, nicht nach starrem Schema.

- **ÖGD/RKI/PEI etc.:**
 - a. tagesaktuelle Daten, die anonymisiert aber mit tiefer Detailschärfe ausgewertet werden können.
 - b. Kalkulationsmöglichkeit der Impfstoffbedarfe in die Zukunft, Lieferengpässe vermeiden versuchen.

Zusammenfassung:

- Mangelnde Durchimpfungsraten erfordern europaweit gemeinsames Handeln.
- Die Einführung einer Impfpflicht als Sofortmaßnahme ist zu begrüßen. Die Bedeutung des Impfens für den Gemeinschaftsschutz wird dadurch betont. Es steht zu erwarten, dass sich Impfquoten zunächst verbessern.
- Noch besser wäre es, die Versuche der schlichten Registrierung, aber auch die Impfpässe elektronisch verfügbar zu machen und bessere Impfquoten zu erzielen, mit einem individualisierbaren Impf-Information-System (IIS) zu verbinden und so nachhaltig eine informierte Freiwilligkeit zum Impfen zu erreichen.

Links:

1. <http://www.vacmap.de/>
2. <https://www.mesvaccins.net/>
3. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/designing-implementing-immunisation-information-system_0.pdf

Korrespondenzanschrift:

Christoph Bornhöft
Mitglied im Bundesvorstand des BVKJ
Member of ECDC technical expert group (VPD/IIS)
64625 Bensheim-Auerbach
E-Mail: christoph.bornhoeft@uminfo.de
Red.: WH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Der Assistent in der Notaufnahme der Klinik

Achtung
Klinikärzte

In den letzten Jahren hat die Tätigkeit in den Notaufnahmen und -ambulanzen der Krankenhäuser vermehrt mediale Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Die Sicht der dort arbeitenden Ärzte und die Sicht der dort behandelten Patienten sind natürlich unterschiedlich. Je nach dem, mit wem man spricht, finden sich verschiedene Beschreibungen der Notaufnahme. Sie dient als Aushängeschild der Klinik, triagiert Patienten, führt sie ihrer weiteren Behandlung zu und ist somit Wegbereiter für den Gesundheitsprozess des Patienten. Sie ist rund um die Uhr erreichbar und bietet zudem „schnelle Hilfe“ für kleinere Wehwechen, was eigentlich nicht ihrem Versorgungsauftrag entspricht. Aus Patientensicht wirkt sie teils unorganisiert, bisweilen sogar chaotisch, und kann, wegen langen Wartezeiten vor allem zu den Stoßzeiten, zu Frustration führen.



Jonas Obitz

Durch diese vielfältigen Bedürfnisse (der Kinder, der Eltern, der zuweisenden Kolleginnen und der Vorgesetzten) sieht sich der zumeist neue Weiterbildungsassistent mit verschiedenen Aufgaben konfrontiert, die mit den vorhanden Ressourcen bestmöglich gelöst werden sollen.

Patientenkontakt

Der Patientenkontakt in der Notaufnahme ist wie in der Praxis durch eine Vielzahl an Vorstellungsgründen gekennzeichnet, die den Weiterbildungsassistenten ohne Kenntnisse der Vorstellungsanlässe in den Praxen meistens nicht geläufig sind.

- Es kommen Kinder mit mehr oder weniger detaillierten Einweisungen und Voruntersuchungen, mit oder ohne Ankündigung des niedergelassenen Kollegen.

- Man sieht Kinder, die geplant zur stationären Abklärung aufgenommen werden oder
- Kinder, die als Notfall vom Rettungsdienst (mit oder ohne Notarzt), gebracht werden.
- Kinder, die aufgrund ihrer chronischen Erkrankung mehr im Krankenhaus als beim niedergelassenen Kollegen angebunden sind.
- Dazu kommen vermehrt Kinder, die ohne ärztliche Einweisung oder Überweisung von den Erziehungsberechtigten selbst mit verschiedensten Beschwerden vorgestellt werden. Oft kommen diese wegen der Schwere der Erkrankung oder der Tageszeit, teilweise aber auch wegen der vermeintlich kürzeren Wartezeit oder in Unkenntnis darüber, dass es für den sich im Urlaub befindlichen niedergelassenen Kollegen eine Vertretung gibt.
- Manchmal sind aber bereits die allgemeinen Körperfunktionen des Nachwuchses und die Besorgnis der Eltern über diese der Vorstellungsgrund. Die Erklärung dieser Körperfunktionen und das beruhigende Wort können ausreichend sein, die Situation zu entspannen und neben glücklichen Eltern auch ein entspanntes Kind nach Hause zu entlassen.

Triage

Hier muss der in der Notaufnahme tätige Assistent schnell die Schwere der Erkrankung einschätzen, eine stationäre Aufnahme erwägen und gegebenenfalls

eine Notfalltherapie mit erweiterter Diagnostik einleiten. Zumeist hilft hier bereits das geschulte Auge der Pflegekraft, die den Patienten bei Ankunft in der Notaufnahme in Augenschein nimmt. Notfälle können so zeitnah erkannt werden und kritisch Kranke ihrer speziellen Therapie zugeführt werden.

In manchen Notaufnahmen wird diese Arbeit durch ein Triage-System unterstützt, dieses hilft zum Beispiel mittels eines Ampelsystems, den Patienten zu priorisieren und die Wartezeit der verbleibenden Patienten nicht aus dem Auge zu verlieren.

Krankheitsbilder

In jeder Ambulanz kann sich in einem Dienst die komplette Bandbreite der Pädiatrie vorstellen. Aufgrund des Patientenalters, der dadurch teilweise eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit und der teils fehlenden „Mitarbeitslust“ der jungen Patienten kann die Diagnostik erschwert sein.

Vor allem aus diesem Grund ist der Ausspruch: „Keine Diagnose durch die Hose/Windel!“ hier besonders zutreffend. Für jeden Patienten muss neben der ausführlichen Anamnese eine komplette körperliche Untersuchung sowie eine zeitnahe Dokumentation erfolgen.

Anamnese, Untersuchung und Dokumentation sollen dabei so ausführlich wie möglich aber möglichst kurz sein. Meist fallen diese, da man den Patienten zum ersten Mal sieht und die Vorbefunde nicht kennt, deutlich länger aus, als beim niedergelassenen Kinder- und Jugend-

arzt. Die Herausforderung hierbei ist, aus der Fülle der sich vorstellenden Patienten die akut Kranken herauszufiltern, die Erkrankung zu erkennen und die notwendige Akuttherapie zu veranlassen.

Notfälle in der Notaufnahme

Eine gute Einarbeitung ist für die Handlungsfähigkeit in Notfallsituationen unerlässlich. Durch genaue Kenntnis der internen Abläufe, des Hilferufsystems und der hauseigenen Standards kann auch in Notfallsituationen ein zügiger und möglichst reibungsloser Ablauf garantiert werden. Wichtig ist es, frühzeitig zu erkennen, ob die aktuelle Situation, mit vorhanden

Ressourcen gelöst werden kann oder ob weitere Hilfe benötigt wird. Im Krankenhaus erwarten die Patienten grundsätzlich Facharztstandard, der natürlich bei Überweisungen und stationären Einweisungen auf jeden Fall gewährleistet sein muss.

Fazit

Die Notaufnahme/-ambulanz kann den Weiterbildungsassistenten vor große Herausforderung stellen und fordert neben der aufmerksamen, strukturierten Arbeit vor allem Teamwork und eine empathische, klare Kommunikation mit Patienten und Kollegen. Die Fachaufsicht muss grundsätzlich gewährleistet sein.

Eine gute Vorbereitung auf diese Arbeit bietet neben der Lektüre von Fachliteratur und der Durchführung von Notfalltrainings auch die Teilnahme an dem Assistentenkongress des BVKJ. Einer der Themenschwerpunkte wird hier auf dem „praktischen Vorgehen, wenn akut schwerkranke Kinder vor uns in der Klinik stehen“ liegen.

Korrespondenzanschrift:

Jonas Obitz

Assistentensprecher ab 01.11.2019

44137 Dortmund

E-Mail: jonasobitz@gmail.com

Red.: WH

10 Jahre BVKJ-Service GmbH – eine Erfolgsgeschichte

Im Jahr 2008 wurden im Sozialgesetzbuch V Regelungen für sogenannte Selektivverträge (außerhalb der Regelungen der Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen) aufgenommen. Der BVKJ nutzte diese neuen gesetzlichen Bestimmungen für den Abschluss solcher Verträge, die seither die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich verbessert haben und den Kinder- und Jugendärzten extrabudgetär vergütet werden. Damals gelang es, insbesondere mit der Gmünder Ersatzkasse (heute BARMER) umfangreiche Vertragsinhalte zu verhandeln.

Krankenkassen waren früh am Abschluss von Selektivverträgen mit dem BVKJ interessiert

Schnell wurden die ersten Verträge zu einem pädiatrischen Erfolgsmodell mit stetig steigender Teilnehmerquote unter den Kinder- und Jugendärzten, so dass weitere Krankenkassen dem Vorbild der anderen Kassen folgten und ebenso Selektivverträge mit dem Berufsverband verhandelten.

Aufgrund der stetig steigenden Honorarumsätze kam die Sorge auf, dass durch einen so umfangreichen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb die steuerlichen Vorteile des BVKJ e. V. (Befreiung von Körperschafts- und Gewerbesteuer) gefährdet werden könnten. Nach intensiven verbandsinternen Diskussionen und Hinzuziehung der beratenden Juristen (Dr. Meschke) und Steuerberater (Hr. Weinand/BDO) wurde **im Mai 2009 bei einer „denkwürdigen“ Besprechung in**

Hildesheim beschlossen, eine GmbH zu gründen, deren alleiniger Gesellschafter der BVKJ e. V. sein sollte. Am 10.8.2009 wurde bei einem Notar in Köln vom damaligen Präsidenten Dr. Wolfram Hartmann die BVKJ-Service GmbH gegründet. Anwesend war auch **Klaus Lüft, der als Geschäftsführer der BVKJ-Service GmbH** vor dem Notar bestellt wurde (als Geschäftsführer war er – mit kurzer Unterbrechung durch Dr. Hartmann – bis 31.12.2015 tätig). Seit 1.1.2016 ist Herr Lüft Pensionär, jedoch weiterhin beratend für die BVKJ-Service GmbH im Einsatz. Die **neue Geschäftsführerin Frau Anke Emgenbroich** leitet seit dem 1.1.2016 die Geschäfte der BVKJ-Service GmbH.

Werdegang der BVKJ-Service GmbH und wachsende Aufgaben

In einem Artikel im „Kinder- und Jugendarzt“ Nr. 8 aus dem Jahr 2009 wurde die „Geburt“ wie folgt zitiert: „Der BVKJ

hat eine Tochter bekommen - die BVKJ-Service GmbH“.

Die **Aufgaben der Service GmbH** sind inzwischen sehr vielfältig. Sie

- verhandelt Selektivverträge auf Bundesebene und unterstützt die BVKJ-Landesverbände bei Vertragsverhandlungen auf Landesebene
- unterstützt die BVKJ-Landesverbände und die Kinder- und Jugendärzte bei der Umsetzung der Selektivverträge
- erstellt die Paed.Plus®-Vorsorgehefte (beinhalten den Umfang der Vorsorgeuntersuchungen sowie die Elternfragebögen) und stellt diese im Rahmen der Selektivverträge und für privatärztliche Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung
- stellt die Elternfragebögen zur primären Prävention im Rahmen der U10, U11 und J2 zur Verfügung
- beantwortet Fragen der eingeschriebenen Kinder- und Jugendärzte und der MFA

- arbeitet in den Vertrags-Koordinierungsgruppen und Lenkungsgruppen mit
- organisiert und unterstützt Informationsveranstaltungen über die Selektivverträge für Kinder- und Jugendärzte und MFA
- bietet Dienstleistungen für Kinder- und Jugendärzte durch Kooperationen mit div. Firmen etc. an
- ein modernes Informations- und Abrechnungssystem (**Paed.Selekt**) sowie ein arztindividuelles Abrechnungsportal wurde den Praxen zur Verfügung gestellt und wird stetig weiterentwickelt und verbessert
- die **Telemedizin (PädExpert®, PädAssist®, PädHome®)** ist ebenfalls in vielen Verträgen geregelt. Hier hat die BVKJ-Service GmbH bereits umgesetzt was der Bundesgesundheitsminister aktuell gesetzlich regeln will!
- die BVKJ-Service GmbH ist an (Innovationsfonds-) **Projekten zur Versorgungsforschung** sowie zur Entwicklung neuer Versorgungsformen beteiligt (z.B. TransFIT)
- der **Online-Shop** bietet den Praxen die Möglichkeit, Info-Material, med./techn. Geräte und vieles mehr kostengünstig, häufig mit erheblichen Rabatten, zu erwerben
- auch im Bereich der pädiatrischen Weiterbildung betätigt sich die BVKJ-Service GmbH und bietet die **Online-Weiterbildungsplattform PaedCompenda®** an

Die Angebote können sich sehen lassen

Nach nunmehr 10 Jahren kann die BVKJ-Service GmbH zurückblicken auf viele kleine und große Erfolge:

- mit allen großen Ersatzkassen konnten bundesweite Selektivverträge vereinbart werden, insbesondere über die vom BVKJ erarbeiteten neuen Vorsorgen **U 10, U 11 und J2 (und anfangs auch über die U7a, die inzwischen Regelleistung wurde)**
- auch auf Landesebene wurden Selektivverträge abgeschlossen; meist als Add-On Verträge, in Baden-Württemberg sogar als „Vollvertrag“
- ein modernes **Sehscreening (Amblyopiscreening)** konnte etabliert werden
- viele weitere Selektiv-Leistungen, die im EBM nicht abgebildet sind, konnten vertraglich vereinbart werden

Finanzieller Erfolg für die teilnehmenden Praxen

Die Selektivverträge brachten für die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte

in den vergangenen 10 Jahren ein **extrabudgetäres Mehrhonorar von insgesamt rund einer halben Milliarde EURO!** Im Bereich Selektivverträge sind die Kinder- und Jugendärzte – neben den Allgemeinmedizinerinnen – die erfolgreichste Berufsgruppe! Wir werden von anderen ärztlichen Berufsgruppen hierfür benedict. Wichtig ist dabei auch, dass durch die Selektivverträge eine bessere Versorgung/Vorsorge der Kinder und Jugendlichen erreicht werden konnte!

Dank

Wir bedanken uns bei den Kinder- und Jugendärzten, bei den Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern, beim Vorstand des BVKJ, bei allen Funktionsträgern und natürlich auch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BVKJ-Service GmbH und des BVKJ e. V. für die Unterstützung und stets gute Zusammenarbeit. Helfen Sie uns dabei, dass die Erfolgsgeschichte der BVKJ-Service GmbH auch nach 10 Jahren weiter geht! Wir freuen uns darauf, auch weiterhin für Sie und mit Ihnen zu arbeiten!

Korrespondenzadresse:

Anke Emgenbroich, Geschäftsführerin

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Neuerung Kinder-Richtlinie: Screening von Neugeborenen zur Früherkennung von SCID (schweren kombinierten Immundefekten)

Zum 1.7.2019 ist das **erweiterte Neugeborenen-Screening** um die Detektion von schweren kombinierten Immundefekten erweitert worden. Der GBA (Gemeinsamen Bundesausschuss) hatte diesen Beschluss bereits im November letzten Jahres gefasst. Unter SCID werden verschiedene Krankheiten zusammengefasst, denen eine angeborene schwere Störung des Immunsystems zugrunde liegt.

Vor allem **Immundefekte, die unbehandelt zum Tode führen, sollen früher**

erkannt und behandelt werden können. Bei der neu eingeführten Technik wird das Immunsystem relativ genial per PCR – man könnte also sagen aus Restblut – nachgewiesen (Bestimmung von T-Zell-Rezeptor-Exzisionskreisen (TREC)). Es ist entsprechend aufzuklären.

Ab Juli dieses Jahres gibt es eine EBM-Vergütung für die Labore (ein Plus von 24 €), somit ist diese Untersuchung jetzt eine Leistung, auf die alle Versicherte einen Rechtsanspruch haben.

Über die Aufnahme einer weiteren Untersuchung zur Früherkennung der spinalen Muskelatrophie (SMA) wird derzeit im GBA beraten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartzky

10967 Berlin

E-Mail: dr@bartzky.de

Red.: WH

Projekt ‚Spektrum Praxis‘: Potenzielle Inhalte eines Praxisberichts aus der Perspektive niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Vorbemerkung // Im Rahmen des Pilotprojektes werden Möglichkeiten der Rückspiegelung und potenziellen Veröffentlichung praxisspezifischer Informationen analysiert. Hierzu wurde eine Literaturrecherche zum Informationsbedarf von Bürgern/Patienten durchgeführt und zwei Workshops veranstaltet. Vor allem aber sollte die Perspektive niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bei der Entwicklung möglicher Inhalte eines Praxisberichts einbezogen werden. Dazu wurde mit Unterstützung durch das ZI eine Befragung von Mitgliedern der am Projekt beteiligten Berufsverbände (Ophthalmologen - BVA; Pädiater - BVKJ; Hämato-Onkologen - BVHO; Urologen - BvDU; Pneumologen - BVP) durchgeführt, über deren Methodik und Ergebnisse im Folgenden berichtet wird.

Methodik

Auf der Basis einer Literatur- und Arztportalanalyse sowie ersten Rückmeldungen aus den beteiligten KVen und Berufsverbänden wurde eine Liste potentieller Inhalte eines Praxisberichts zusammengestellt, die für die oben genannten vier Adressatengruppen von Interesse sein könnten. Die zur Auswahl gestellten Informationen, die 6 Kategorien subsumiert wurden, sind im Folgenden aufgeführt:

Angaben zu den Ärzten der Praxis (3 Items):

- Weiterbildungsstationen, Weiterbildungsberechtigung; Sprachkenntnisse

Angaben zur Praxisstruktur (6 Items):

- Anzahl und Fachrichtungen der tätigen Ärzte; Art und Anzahl Praxismitarbeiter anderer Berufsgruppen mit Tätigkeitsschwerpunkt; Sprachkenntnisse Praxismitarbeiter; Organigramm; Lehrpraxis; Studien-/Forschungspraxis

Angaben zum Tätigkeitsspektrum der Praxis (19 Items):

- Spezialisierung/Facharzttrichtung, Zusatzbezeichnungen, Fortbildungen; vorhandene diagnostische und therapeutische Leistungen; Spezialisierung auf bestimmte Patientengruppen (z. B. geriatrische Patienten, Jugendliche, Diabetiker); Bonusprogramme der Krankenkassen; Vor- und Nachsorgeleistungen (bspw. Untersuchungen, Impfungen, Kurse); Hausbesuche; Patientenschulungen; Behandlung von Notfallpatienten; abgerechnete diag-

nostische und therapeutische Maßnahmen (auf Basis von Abrechnungsdaten)/hierzu Darstellung von Vergleichsgruppen (KV-Region; bundesweit); Ergebnisse der Verordnungsevaluationen (auf Basis von Abrechnungsdaten)/hierzu Darstellung von Vergleichsgruppen (KV-Region; bundesweit); Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP); Ergebnisse der DMP-Dokumentation; Qualitätsgesicherte Leistungen (OS-Vereinbarungen, Methoden vertragsärztlicher Versorgung, Qualitätsprüfungsrichtlinie); technische/apparative Ausstattung; abrechenbare Leistungen (EBM-Vorgaben); Teilnahme ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV); Beteiligung an besonderen Versorgungsformen (z. B. Onkologie-Vereinbarung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Angaben zu Kooperationen der Praxis (10 Items):

- Belegarztztätigkeit; Wohnheimbetreuung; Teilnahme an integrierten Versorgungsstrukturen/Selektivverträgen; Arztnetzzulassung; Case-Management; Nutzung von Delegationsmodellen; Kooperation mit Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten, Palliativversorgung, mit Selbsthilfegruppen, mit der Gemeinde/Kommune; z. B. Kursangebote, Gruppenbetreuung/mit Universitäten/Studieneinrichtungen

Angaben zum Praxiszugang (7 Items):

- Barrierefreiheit der Praxis (Zugang bis zur Praxis und innerhalb der Pra-

xis); Parkmöglichkeit für Patienten; ÖPNV-Art und Haltestellenerreichbarkeit; Sprechzeiten (bspw. offene Sprechzeiten, Terminmöglichkeiten); Terminvereinbarungsmöglichkeiten (z. B. Telefon, Online); Kontaktmöglichkeiten, Telefon, E-Mail, Internet/Videosprechstunde; Zugang für Patienten zu ihren Krankenakten („open notes“)

Qualitätsmaßnahmen/Patientensicherheitskonzepte der Praxis (8 Items):

- internes QM, unabhängig zertifiziert; Durchführung Patientenbefragung (z. B. Angaben zu Häufigkeit); Ergebnisse der Patientenbefragung; Fehlermanagement; Beschwerdemanagement; Teilnahme/Moderation Qualitätszirkel; Teilnahme an Peer-Review-Verfahren; Teilnahme an freiwilligen Qualitätsinitiativen

Zusätzlich war noch ein Freitextfeld vorgesehen, in dem auf weitere potentielle Informationen hingewiesen werden konnte oder aber Kommentare abgegeben werden konnten.

Das ZI setzte die Befragung in Form einer Onlinebefragung um, die aus 10 Seiten bestand. Den beteiligten Berufsverbänden wurde ein Anschreiben zur Verfügung gestellt, mit dem sie ihre Berufsverbandsmitglieder per E-Mail kontaktieren konnten. Das Anschreiben enthielt einen Link zu der Onlinebefragung. Zusätzlich erhielten die Berufsverbände ein Informationsschreiben über die Studie, das der E-Mail Anfrage beigelegt werden konnte.

Die Aussendung der Einladungs-E-Mail an die Berufsverbandsmitglieder fand zwischen dem 21. Februar und 1. März 2019 statt. Von den angeschriebenen Berufsverbandsmitgliedern (zwischen 579 und 5280) nahmen zwischen 4,5 % und 9,2 % teil (Rücklaufquote). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Beteiligten und den Rücklauf pro Berufsverband (Tab.).

Ergebnisse der Berufsverbandsmitglieder-Befragung

Insgesamt 1.055 Personen haben die Startseite geöffnet, von denen 975 Personen zumindest über die Startseite hinausgegangen sind (Start der Befragung). 350 Personen haben nur die Frage nach der Fachgruppe beantwortet. 481 Personen haben Teile der Fragen beantwortet und 144 Personen beantworteten alle Fragen.

Alle Befragungsergebnisse der pädiatrischen Praxen finden Sie in PädInform im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“. Um einen schnellen Überblick zu ermöglichen, werden jeweils die Bewertungen mit den Schulnoten eins und zwei (‚Zustimmung‘) in grüner Farbe dargestellt, die Schulnoten drei und vier (‚indifferent‘) sind in grau dargestellt, die Schulnoten fünf und sechs (‚Ablehnung‘) in rot. Für jedes Item jeder Kategorie sind jeweils die Einschätzungen für jeden der vier Anwendungszwecke der Teilnehmer aus den fünf Berufsverbänden als Prozentwerte sowie zusätzlich die absolute Anzahl der Einschätzungen aufgeführt.

Fazit der Befragung der Berufsverbandsmitglieder

Zusammenfassend stellt sich die Einschätzung der teilnehmenden Berufsverbandsmitglieder wie folgt dar:

- Die Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsverbänden sind marginal und sind daher für die Ableitung von Konsequenzen nicht weiter zu berücksichtigen.
- Die Bereitschaft, Informationen in einen Praxisbericht einzubringen, ist

Tab.: Teilnahmequoten an der Berufsverbandsmitglieder-Befragung

Berufsverband	Aussendung	Nenner	Rücklauf	%
Augen - BVA	21.02.2019	4569	258	5,65%
Kinder - BVKJ	22.02.2019	5280	403	7,63%
Hämato-Onkologen BVHO	27.02.2019	579	51	8,81%
Urologen - BvDU	28.02.2019	1309	59	4,51%
Pneumologen - BVP	01.03.2019	1245	114	9,16%
ohne Angabe			90	9,23%
		12982	975	

am höchsten beim Anwendungszweck ‚praxisintern‘,

- danach folgt die professionsinterne Freigabe vor der Freigabe für die Öffentlichkeit;
- am geringsten wird eine Freigabe für die Terminservicestellen gegeben.

Zum Zeitpunkt der Befragungsdurchführung standen die Terminservicestellen stark in der öffentlichen Diskussion. Dies könnte erklären, dass diese nur bei einem von 52 Items eine Zustimmung mit der Schulnote ‚eins‘ von mehr als 50 % der Antwortenden fanden. Dagegen würde die Mehrheit der Teilnehmenden (>50 %) 49 von 52 der aufgeführten Items praxisintern freigeben. Die professionsinterne Freigabe erzielte bei 30 von 52 Items eine Zustimmung von mehr als 50 % und die Freigabe für die Öffentlichkeit bei 21 von 52 Items eine solche Mehrheit.

Diejenigen Angaben, die außer zur praxisinternen Verwendung auch für die drei übrigen Verwendungszwecke am ehesten eine Zustimmung erhielten, waren die Angaben zu den Ärzten der Praxis, der Praxisstruktur und zum Praxiszugang; professionsintern wurden auch Angaben zu Kooperationen mit Mehrheit freigegeben. Keine Zustimmung zu einer externen Bereitstellung wurde im Bereich des Tätigkeitsspektrums für Angaben auf der Basis von Analysen der Praxisdaten gegeben.

Diese zusammenfassende Darstellung lässt sich mit Zitaten aus den Freitexten ergänzen, die die große Bandbreite der Haltung bzgl. der Erhebung/Veröffentlichung von praxisspezifischen Informationen verdeutlichen. Insgesamt 62 von 625 aktiv Teilnehmende hatten diese Option genutzt.

- „Eine transparente Bewertung der Praxen nach organisatorischen und v.a. fachlichen Qualitätskriterien ist längst überfällig und würde Jameda überflüssig machen.“
- „Ich halte jede Form der „qualitätsbezogenen“ Information für grobe Augenwischerei und werde mich, wo immer möglich, dieser verweigern. Schlimm, dass meine Beiträge schon wieder für den vorauseilenden Gehorsam der KBV genutzt werden. Ich wünsche mir Funktionäre mit Elan und Charisma!“
- „Keine Daten oder Infos für überflüssige, teure Terminservicestellen!“

Im Fazit befürworten die an der Befragung teilnehmenden Berufsverbandsmitglieder also am ehesten einen Praxisbericht, der als informativer Internetauftritt bezeichnet werden kann und nicht einen Praxis-Qualitätsbericht, der auf der Basis empirischer Daten aus der ambulanten Gesundheitsversorgung unter der Voraussetzung einer ausreichenden Risikoadjustierung einen qualitätsbezogenen Vergleich von Arztpraxen ermöglichen würde.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Max Geraedts, M.San.,
 Institut für Versorgungsforschung und
 Klinische Epidemiologie,
 Fachbereich Medizin,
 Philipps-Universität Marburg
 Karl-von-Frisch-Straße 4
 35043 Marburg
 E-Mail: geraedts@uni-marburg.de

Red.: WH

Der Honorarausschuss informiert

Update Umsetzung TSVG

In den letzten Ausgaben des „Kinder- und Jugendarzt“ hatten wir über die Vereinbarung und über die Risiken bei der Umsetzung des TSVG berichtet. Anfang Juli sind weitere Details zwischen den Vertragspartnern (KBV und GKV-Spitzenverband) verhandelt worden.



Dr. Reinhard Bartzky

Bereinigung in der Honorarverteilung

Unklar waren in den letzten Monaten die Fragen nach der Bereinigung und den anzusetzenden GOPs (Gebührenordnungspositionen). Hierzu gibt es jetzt etwas mehr Klarheit. Eindeutig festgelegt sind nun die Zeiträume, in denen (basiswirksam!) bereinigt werden wird. Die Mechanismen der Bereinigung werden von KV zu KV differieren, deshalb bittet der Honorarausschuss um Wachsamkeit. Momentan scheint es sogar noch denkbar, dass es in KVen mit hoher Auszahlungsquote zu einer „Überbereinigung“ (also über 100%) kommen kann. Geklärt wurde nunmehr auch, was in dem Spahn'schen Gesetz unter dem „Arztfall“ verstanden werden soll: Geeignet haben sich die Vertragspartner auf den Arztgruppenfall. Das bedeutet, die Zuordnung zum Extrabudget und die Zuschläge beziehen sich nur auf die Leistungen der gleichen Arztgruppe im Quartal.

Terminservicestellen-Terminfall (TSS-Terminfälle)

- **Was?** Über KV vermittelter Fall/Patient [auch Kindervorsorgen]

- **Wer?** Gilt für Kinder- und Jugendärzte (alle FG außer Laborärzte und Pathologen)
- **Wie?** TSS-Terminfall in PS (Praxissoftware) anlegen. Tag der Kontaktaufnahme gilt als erster Zähltag für die gestaffelte Berechnung des Zuschlags. Für den Zuschlag (je nach Anzahl der Tage der Terminvermittlung bis zur Behandlung) gibt es die neue GOP 04010B, 04010C und 04010D. [siehe Tabelle]
- **Wie viel?** Alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär. Dazu gibt es einen Zuschlag auf die VP (Versichertenpauschale): 1. Bis 8. Tag: 50%; 9. Bis 14. Tag: 30%; 15. Bis 35. Tag 20% zur VP. 1x im Arztgruppenfall.
- **Ab wann?** Extrabudgetär Vergütung ab 11.5.2019. Zuschläge ab 1. September 2019; spätestens ab dem 1.4.20 soll Ihre KV den Zuschlag zusetzen [einige KVen wollen das sehr zeitnah umsetzen]
- **Bereinigung:** Q4/2019 bis Q3/2020. Keine Bereinigung der Zuschläge.

Terminservicestellen-Akutfall (TSS-Akutfall)

- **Was?** Das sind die sogenannten 116117-Fälle. Triage der Notfallpatienten demnächst über die KVen nach Implementierung des Standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (esmed). Termin spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme.

- **Wer?** Gilt für Kinder- und Jugendärzte (alle FG außer Laborärzte und Pathologen)
- **Wie?** TSS-Akutfall in PS (Praxissoftware) anlegen. Termin innerhalb von 24 Stunden! Für den Zuschlag (Terminvermittlung bis zur Behandlung 24 Std.) gibt es die neue GOP 04010A [siehe Tabelle].
- **Wie viel?** Alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär. Zuschlag von 50% auf die VP – 1x im Arztgruppenfall.
- **Ab wann?** Ab Start Ersteinschätzungsverfahren, spätestens jedoch ab 01.01.2020.
- **Bereinigung:** Q1/2020 bis Q4/2020. Keine Bereinigung der Zuschläge.

Hausarzt-Terminvermittlung (HA-Vermittlungsfall)

Was? Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Termins beim Facharzt durch einen Hausarzt für einen Patienten. Dies gilt nun auch für hausärztliche Kinder- und Jugendärzte, die einen Termin beim Schwerpunktpädiater organisieren (Erfolg BVKJ!)

A: Hausarzt-Terminvermittlung (HA-Vermittlungsfall) – vermittelnder Allgemeinpädiater

- **Wer?** Vermittlung durch Hausärzte (Allgemeinmediziner und hausärztliche Kinder- und Jugendärzte)

Tab.: die neuen TSVG-Gebührenordnungspositionen (GOPs)

Leistung	GOP	Zuschlag zur VP
Facharztvermittlung für Hausarzt	04080	10,07 Euro
TSS-Akutfall 24 Stunden	04010A	50 Prozent
TSS-Terminfall 1. bis 8. Tag	04010B	50 Prozent
TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	04010C	30 Prozent
TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	04010D	20 Prozent

Die Altersumsetzung erfolgt automatisch durch die PVS (z.B. Zusatzpauschale bis 4. LJ: 04011B).

- **Wie?** Neue GOP 04008. Angabe der BSNR der Facharztpraxis (zu Prüfzwecken!). Mehrfach berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird.
- **Wie viel?** 93 Punkte; 10,07ct für die Vermittlung eines Termins innerhalb von 4 Kalendertagen.
- **Ab wann?** 01.09.2019
- **Bereinigung:** Keine!

B: Hausarzt-Terminvermittlung (HA-Vermittlungsfall) – annehmender SP-Pädiater

- **Wer?** alle Fachärzte, außer Laborärzte und Pathologen. Aber auch SP-Pädiater(!). Nicht: Hausärzte, Pädiater ohne Schwerpunkt.
- **Wie?** HA-Vermittlungsfall in PS (Praxissoftware) anlegen. Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der Patient bei dem annehmenden Arzt bereits im laufenden Quartal behandelt wurde.
- **Wie viel?** Alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, wenn Behandlung innerhalb 4 Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit.
- **Ab wann?** 11.05.2019
- **Bereinigung:** Q3/2019 bis Q2/2020

Offene Sprechstunde

- **Was?** Die Verpflichtung zum Vorhalten von offenen Sprechstunden gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte (Erfolg BVKJ!).

Neue Patienten

- **Was?** Eine extrabudgetäre Vergütung gibt es künftig auch, wenn ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren einen Arzt in einer Praxis aufsucht.
- **Wer?** Diese Regelung gilt für alle Kinder- und Jugendärzte.
- **Wie?** Neupatient in PS (Praxissoftware) anlegen.
- **Wie viel?** Alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, begrenzt auf zwei Arztgruppen in einer Praxis. Achtung: Ausnahmen: Neupraxis und Gesellschafterwechsel.
- **Ab wann?** 01.09.2019
- **Bereinigung:** Q4/2019 bis Q3/2020

Diskussion

Zunächst: es hätte schlimmer kommen können. Die vorliegenden Regelungen bieten den von uns geforderten Einstieg in die extrabudgetäre Vergütung. Dies aber zu fragwürdigen unsinnigen Bedingungen (das Gesetz regelt einen nicht vorhandenen Notstand) und mit dem Schwert der basiswirksamen (also für alle Zukunft geltenden) Bereinigung. Vorsicht!

Fachärzte bekommen Patienten, die sie über die KVen vermittelt bekommen, besser vergütet als Patienten, die sie von uns Hausärzten vermittelt bekommen (was ein reglungspolitischer Unsinn!). Die Fachärzte scheinen mal wieder bei der Euroumsetzung besser abzuschneiden als wir Hausärzte – das ist jetzt sicher kaum noch zu ändern, wir werden es aber be-nennen und anprangern.

Die Bereinigung kann abhängig von den Auszahlungsquoten sogar über dem EBM-Wert der erbrachten Leistungen liegen (ist das sinnvoll?).

Die Verfahrensregelungen der Bereinigung werden von KV zu KV differieren – dies liegt auch an den regional unterschiedlichen HVM und leider auch an den Machtverhältnissen in den KVen. Klar ist aber: Sie werden basiswirksam bereinigt: **Darum auch jetzt nochmals die Aufforderung des Honorarausschusses: Fahren Sie im ersten TSVG-Jahr mit angezogener Handbremse!** (die relevanten Bereinigungsintervalle finden Sie oben).

Diese Haltung wird von einigen Akteuren des Systems kritisch gesehen: Natürlich sind unsere KV-Vorstände in der Pflicht, den „ganzen Kram“ umzusetzen. Überlegen muss man sich letztlich auch, was der Bundesgesundheitsminister als nächsten Schritt plant, wenn er mitbekommt, dass die Ärzteschaft sein Gesetz in Gänze boykottiert – Untätigkeit kann man Herrn Spahn ja nicht nachsagen.

Ist der Bereinigungszeitraum erst einmal angelaufen, wird man mit den TSVG-Fällen extrabudgetäres Geld verdienen können, vorausgesetzt es ist einem der Mehraufwand wert und vorausgesetzt, es gibt bis dahin nicht ein neues Gesetz...

Korrespondenzanschrift:

Dr. Reinhard Bartezky
10967 Berlin
E-Mail: dr@bartezky.de

Red.: WH

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



Kinder- und Jugendrehabilitation

Deutscher Reha-Tag 2019 feiert die Kinder- und Jugendreha

Am vierten Samstag im September findet jedes Jahr der Deutsche Reha-Tag statt. Deutschlandweit finden Veranstaltungen statt, um auf die Bedeutung, Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Rehabilitation aufmerksam zu machen. In diesem Jahr steht die Kinder- und Jugendreha im Mittelpunkt. Das Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V. und die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche zeigen, wie sich die Kinder- und Jugendreha mit den gesetzlichen Verbesserungen und neuen Leistungen durch das Flexirentengesetz vom Dezember 2016 weiterentwickelt hat.



Alwin Baumann

Auftaktveranstaltung des Reha-Tages gibt Überblick über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die öffentliche Auftaktveranstaltung zum diesjährigen Reha-Tag findet am **23.09.19** in der Rehabilitationsklinik Charlottenhall in Bad Salzungen im Erzgebirge statt. Die von der Kinder- und Jugendpsychiaterin Antje Schiebel geleitete Klinik hat sich vor allem auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen und orthopädischen Erkrankungen spezialisiert. Die Schirmherrin des Reha-Tages, **Susann Rührich, MdB und Vorsitzende der Kinderkommission im Deutschen Bundestag**, wird die Tagung eröffnen. Dr. Benjamin Kuntz vom Robert Koch-Institut wird aus den Ergebnissen der KiGGS-Welle 2, die von 2014 bis 2017 durchgeführt wurde, die ak-

tuelle gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen referieren. Konsequenzen für die Rehabilitation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher werden Dr. Ralph Jäger (DRV Bund), Dr. Ines Wolfram-Patjens (Osnabrück), Dr. Stefan Wilke (Berlin) und Antje Schiebel daraus ziehen.

Flexirentengesetz beflügelt die stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation

Die **Statistik für 2018**, die die Deutsche Rentenversicherung zur Kinder- und Jugendreha im Juli vorgelegt hat, **zeigt einen deutlichen Aufwärtstrend**. Während die Zahlen bis 2016 zurückgingen, steigen sie seit der gesetzlichen Weiterentwicklung durch das Flexirentengesetz wieder: **32.757 Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche wurden 2018 stationär durchgeführt**, das sind 10 % mehr als zwei Jahre zuvor. Da die Zahl der Bewilligungen seit 2016 stärker stieg als die Zahl der Anträge (13 % zu 5 %), wird deutlich, dass das Ziel des Gesetzes – die Kinder- und Jugendreha besser von anderen Leistungen abzugrenzen – erreicht wurde. Die Anträge und Befundberichte sind zielgerichteter geworden, weniger Anträge mussten abgelehnt werden. Durch die Neuregelung, dass Kinder bis zum 12. Geburtstag begleitet werden können, nahm die Zahl der begleiteten Kinder um 27 % von 14.016 (2016) auf 17.863 zu. Damit nahmen mehr Kinder mit Begleitperson an einer Reha teil als ohne Begleitperson (54 % zu 46 %).

Psychosomatische und Atemwegserkrankungen liegen in der Kinder- und Jugendreha vorn

Hauptindikationen für eine Kinder- und Jugendreha sind weiterhin:

- psychische und Verhaltensstörungen mit 26,6 %,
- Atemwegserkrankungen mit 24,1 % aller Maßnahmen,
- Adipositas (16,7 %),
- Hauterkrankungen (9 %),
- Orthopädische Erkrankungen (8,3 %) haben 2018 jedoch überproportional zugenommen.
- Ebenso auffallend ist die starke Zunahme von Sprachentwicklungsstörungen als Grund für eine stationäre Kinder- und Jugendreha.

Im Jahr **2018 wurden 1.939 Maßnahmen wegen einer Sprachentwicklungsstörung durchgeführt**, das sind 37 % mehr als 2016 mit 1.412 Maßnahmen.

Die Ausgaben der Rentenversicherung für die Kinder- und Jugendreha wurden deutlich erhöht. 2016 waren es noch 174 Mio. €, 2017 bereits 189 Mio. €, **2018 nun 205 Mio. €**. Seit der Gesetzesänderung 2016 nahm die Rentenversicherung 31 Mio. € mehr in die Hand. Sie steigerte ihre Ausgaben für die zukünftigen Beitragszahler in zwei Jahren um 17,6 %.

Jahrestagung 2019 kümmert sich um die Rehabilitation besonderer Kinder und Jugendlicher

Am **4. und 5. November** findet die diesjährige Jahrestagung der Kinder-

und Jugendreha in den Räumen der DRV Bund statt. Nach der Eröffnung durch die Direktorin Brigitte Gross (DRV Bund), berichtet Prof. Dr. Rainer Thomasius von der Universität Hamburg-Eppendorf über die Situation der Jugendlichen mit Abhängigkeitserkrankungen. Für die Rehabilitation dieser Jugendlichen ist seit der Gesetzesänderung auch die DRV zuständig und hat dazu ein Eckpunktepapier verfasst.

Prof. Dr. Martin Wabitsch, Universität Ulm, referiert zur Rehabilitation adipöser Kinder und Jugendlicher, die durch die neuen Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge nachhaltiger werden soll. Ein besonderes Anliegen ist ihm die Versorgung extrem adipöser Ju-

gendlicher und junger Erwachsener. Das Projekt Part-Child, Versorgungsqualität durch Partizipation und ICF-CY, stellt Prof. Dr. Freia De Bock (Universität Heidelberg/BZgA Köln) vor.

Prof. Dr. Mechthild Schäfer, LM-Universität München, stellt ihre Untersuchungen zum Thema Mobbing in der Schule vor und Soner Tuna, der eine rechtspsychologische Praxis in Göttingen betreibt, stellt die Besonderheiten in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in den Mittelpunkt seines Vortrags.

Den ersten Tag beschließt Dr. Markus Jaster von der DRV Bund mit seinen Vorstellungen zu einer engeren **Zusammenarbeit zwischen den zuweisenden Kin-**

der- und Jugendärzten und den Ärzten des sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung. Am zweiten Tag erarbeiten die Tagungsteilnehmer in Arbeitsgruppen eine Konzeption zur erweiterten Begleitung und Familienorientierung der Kinder und Jugendlichen in der Rehabilitation.

Korrespondenzadresse:

*Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
Alwin Baumann
Friedrichstr. 171, 10177 Berlin
E-Mail: a.baumann@bkjr.de
www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de*
Red.: WH

Bericht aus dem BVKJ-Hauptstadtbüro

Der BVKJ erhält zahlreiche Einladungen für Anhörungen zu Gesetzesvorhaben auf Bundes- wie auf Landesebene. Zwei Anhörungen auf Bundesebene der letzten Zeit wollen wir an dieser Stelle kurz Revue passieren lassen und Ihnen einen Überblick über die weiteren anstehenden gesetzlichen Aktivitäten geben.



Kathrin Jackel-Neusser

Digitale Versorgung Gesetz (DVG)

Wie berichtet, hat Dr. Martin Lang (Augsburg), Vorstandsmitglied, Länderratsvorsitzender und „Päd-Experte“ an der Anhörung zum DVG teilgenommen. Den „Referentenentwurf zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (DVG, Entwurf vom 15.5.2019) hatten wir zuvor mit einer Stellungnahme begleitet, die Sie auf der BVKJ-Homepage nachlesen können. (s. auch Editorial Heft 8)

Wichtig war es, von unserer Seite zu betonen:

- Telemedizin ist Teil des Lösungsansatzes für die Herausforderungen unserer (alternden) Gesellschaft bei gleichzeitigem Fachkräftemangel.
- Aber: Telemedizin hat bei der Patientengruppe Kinder und Jugendliche Grenzen (Abtasten, Beruhigen...).
- Die Regulierung und Förderung digitaler Gesundheitsanwendungen wird begrüßt.
- Die KBV muss aktiver und gleichberechtigter Akteur beim Digitalisierungsprozess im ambulanten Bereich sein.
- Krankenkassen sollen nicht alleine und direkt die Versorgung steuern: nicht

der Kostenfaktor, sondern der Mensch muss weiter im Mittelpunkt stehen!

Masernschutz-Gesetz

Am 12. Juni 2019 fand die Anhörung des Bundesgesundheitsministeriums zum „Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention“ (Masernschutzgesetz) statt. Zuvor hatten die pädiatrischen Verbände unter dem Dach der DAKJ eine Gemeinsame Stellungnahme zum Masernschutzgesetz abgegeben. Dem BVKJ war es ein besonderes Anliegen, dass die Pädiatrie hier mit einer Stimme spricht. Als Vertreterin des BVKJ (für die Umsetzung der Impfpflicht in den Praxen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) nahm Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter an dieser Anhörung teil.

Ihr Fazit zur Anhörung lautete: „Überwiegend wurde dem Impfgedanken per Gesetz zugestimmt, Gegenstimmen oder Unentschlossenheit wurden nicht geäußert, sind jedoch in den jeweiligen Stellungnahmen der Verbände zum Gesetz zu finden.“ Dr. Peter berichtete, dass Paritätischer Wohlfahrtsverband und Verdi jegliche Verantwortung zur Kontrolle des Impfnachweises ablehnten, zum einen aus Personalmangel, aber auch, um andere pädagogische Aufgaben weiterhin leisten zu können und um Vertrauensverluste zu vermeiden.

Nicht ganz überraschend äußerte der Verband der Heilpraktiker, dieser wolle am liebsten ganz aus der staatlichen Kontrolle, da Kinder ohnehin in ihrem Patientenklientel nur eine untergeordnete Rolle spielten.

Dr. Peter weiter: „Die von Kliniken und Pflegerat geäußerten Bedenken, den Impfstatus der Angestellten zu kontrollieren und zu komplementieren, konnte ich kaum nachvollziehen, da dies in die Zuständigkeit des Arbeitsmediziners gehört und für mich eine Selbstverständlichkeit ist.“ Begrüßt wurden aber das fachüber-

greifende Impfen und auch die Delegierbarkeit von Impfungen an nichtärztliches Personal sowie die Stärkung des ÖGD.

Eine allgemeine Impfpflicht wurde auf der Anhörung vehement abgelehnt, da dies ein zu großer Eingriff in die Grundrechtsentscheidung sei, sowohl juristisch als auch gesellschaftlich sei dies nicht vertretbar (so das BMG), obwohl die Bereichsleiter um die niedrigen Impfquoten bei Pertussis, HiB und Men C als auch die Gefährlichkeit der Krankheiten wussten, wie sie mitteilten.

DEGAM und PKV kritisierten in der Anhörung die zu niedrigen Berechnungszahlen für die Umsetzung des Gesetzes, laut ihren Berechnungen werde das 2-3 fache der Geldmenge benötigt.

Bezüglich der zeitlichen Umsetzung des Masernschutzgesetzes gab es Gegenwind. Als Gründe hierfür wurden laut Dr. Peter vor allem die komplizierte Umsetzbarkeit der Maßnahmen, die oft nicht ausreichende Verfügbarkeit von Impfstoffen und auch die noch zu klärenden Frage der Ausgestaltung von Sanktionen genannt. Sowohl die Vertreterin des ÖGD als auch die Vertreterinnen und Vertreter der Landkreise lehnten es entschieden ab, zu sanktionieren.

Die KBV forderte Vergütungssysteme für zeitgerecht durchgeführte Impfungen. Frau Dr. Peter selbst regte Anreize für Eltern an, STIKO-konform impfen zu lassen, sowie die Etablierung von Impfinformationssystemen (IIS) und Erinnerungssysteme für Impfungen sowie die bessere Erfassung von Impfquoten in einem bilateral wirksamen System.

Unsere Haltung: Der Vorstand des BVKJ vertritt die Auffassung, dass die Impf-Pflicht ein wichtiger Teil eines Gesamtkonzeptes ist. Wichtige weitere Aspekte sind eine bestmögliche Aufklärung, ein Impf-Informationssystem, eine ausreichende Honorierung des Impfens, die bessere Unterstützung bei der Praxis-Organisation sowie nicht zuletzt Sanktionen gegen Impf-Verweigerer in der Ärzteschaft.

Was steht sonst noch aktuell an?

- **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Versuchsstrafbarkeit des Cybergroomings**

Der BVKJ war hier vom dem Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten worden, wir hatten dies an die DAKJ als Dachverband weitergegeben, weil unseres Erachtens die gesamte Pädiatrie das Thema Kinderschutz gemeinsam bearbeiten sollte. Im Ergebnis wurde von der DAKJ eine Stellungnahme an das BMJV abgegeben, die Sie bei Interesse dort im Internet sowie natürlich wie immer in unserem **PädInform-Ordner „Politische Informationen“** nachlesen können.

- **MDK-Reform – Medizinischer Dienst soll unabhängiger, transparenter und effektiver arbeiten**

Bundesgesundheitsminister Spahn plant, den Medizinischen Dienst organisatorisch von den Krankenkassen zu trennen. Außerdem will er die Prüfung der Krankenhausabrechnung einheitlicher und transparenter gestalten. So sollen strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch vermindert werden. Das sind die Ziele eines neuen Gesetzesentwurfs „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz“, der am 17. Juli 2019 im Bundeskabinett beschlossen wurde.

Die geplanten Neuregelungen in Kürze:

- Regional organisierte MDK treten unter dem Dach des Medizinischen Dienst (MD) einheitlich auf
- keine Zuordnung mehr zu Krankenkassen
- stattdessen unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unsere Haltung: Der BVKJ wird diesen Gesetzesentwurf positiv begleiten, wenn er in die parlamentarische Beratung geht, die Richtung stimmt hier aus der Sicht des BVKJ. Dr. Thomas Fischbach: „In dieser Reform sehe ich eine große Chance für die Patientinnen und Patienten, künftig Leistungen fairer und unabhängiger von der reinen Sparlogik der Krankenkassen zu erhalten!“.

- **Reform der Notfallversorgung**

Das BMG plant eine Reform der Notfallversorgung. Ein Arbeitsentwurf zu einem möglichen Gesetz wurde Ende Juli an die Bundesländer versandt, Mitte August will das BMG dann mit den Bundesländern über die Vorschläge diskutieren.

Hintergrund der Reform ist insbesondere, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu oft überlaufen sind, wie Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kritisierte. Dieser gab gegenüber der Presse an, mit der Reform wolle er die Probleme im Notdienst „an der Wurzel“ packen.

Kurz zusammengefasst sind folgende Maßnahmen geplant (Link: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>):

- gemeinsame Notfalleitstellen von Ländern und KVen, erreichbar unter 112 oder 116117
- Bestimmte Krankenhäuser richten integrierte Notfallzentren ein; dort findet eine qualifizierte Ersteinschätzung statt
- Der Rettungsdienst wird künftig eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im SGB V
- mehr Einfluss des Bundes in der Notdienstversorgung; bundesweit geltende Rahmenbedingungen

Wie geht es weiter? Dem BVKJ-Vorstand liegt dieses Papier vor, wir werden uns hierzu äußern und im Schulterschluss mit den anderen pädiatrischen Verbänden unsere Position hierzu aktualisieren. Idealerweise könnte innerhalb der Arbeitsgruppe sektorübergreifende Versorgung der DAKJ hierzu ein gemeinsames Konzept erstellt werden, so die Einschätzung von Dr. Thomas Fischbach.

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser

Leiterin der Stabsstelle Politik und

Kommunikation des BVKJ

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

Red.: WH

Neue Optionen in der Behandlung des Atopischen Ekzems bei Kindern

Das atopische Ekzem ist eine genetisch bedingte, entzündliche Hautkrankheit mit chronischem oder schubweisem Verlauf, die mit den Leitsymptomen Juckreiz und Hauttrockenheit einhergeht. Mit einer Prävalenz von 10-15 % gehört das Atopische Ekzem zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Kindesalters. Nachdem sich über viele Jahre bei den therapeutischen Optionen nicht viel getan hat, gibt es inzwischen viele neue Entwicklungen und Therapieansätze, sowohl in der topischen als auch in der systemischen Therapie. Unser zunehmendes Verständnis der Pathogenese eröffnet neue Behandlungsoptionen, die das aktuelle Therapiespektrum erweitern und möglicherweise auch das Potential für eine effektivere Behandlung von Patienten mit schwerem, therapierefraktärem und chronischem Ekzemverlauf mit sich bringen.



Dr. med. Anne Teichler

Einleitung

Das Atopische Ekzem (AE) ist eine genetisch bedingte, entzündliche Hautkrankheit mit chronischem oder schubweisem Verlauf, die mit den Leitsymptomen Juckreiz und Hauttrockenheit einhergeht.

Mit einer Prävalenz von 10-15 % gehört das Atopische Ekzem zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Kindesalters. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Betroffenen, nämlich über 90 %, liegt dabei eine leichte bis moderate Form vor. Bei den etwa 7 % der Patienten, die unter einem schweren AE leiden, führt dieses zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien und zwar in einem Ausmaß, das vergleichbar ist mit der Lebensqualitätsverschlechterung bei zystischer Fibrose oder chronischen Nierenerkrankungen (3).

Aber schon bei geringer Ausprägung des AE führt dieses nicht selten zu ei-

ner erheblichen Verunsicherung der Eltern. Eine Befragung der DAK aus dem Jahr 2015 zeigte, wie angstbesetzt die Diagnose „Neurodermitis“ ist: Hier landete das atopische Ekzem auf Platz eins der von Eltern bei ihren Kindern am meisten gefürchteten Erkrankungen, noch vor Diabetes mellitus und ADHS.

Hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten müssen Kinder- und Hautärzte allerdings häufig sehr viel Überzeugungsarbeit leisten, um Ängste und Vorurteile zu überwinden. Die Kortikophobie ist ein weitverbreitetes Phänomen unter Eltern, teilweise aber auch unter den behandelnden Ärzten (5), und ein häufiger Grund für mangelnde Adhärenz und unzureichend behandelte Kinder. Auf der anderen Seite kursieren auf kaum einem anderen Gebiet der Dermatologie so viele Mythen um die Pathogenese und mögliche Provokationsfaktoren der Erkrankung, wodurch diversen fragwürdigen Therapiemethoden Vorschub geleistet wird (11).

Nachdem sich über Jahre bei den therapeutischen Optionen nicht viel getan hat, zeichnen sich nun, basierend auf neuen Erkenntnissen zur Pathogenese, viele neue Entwicklungen und Therapieansätze ab, und zwar sowohl in der topischen als auch in der systemischen Therapie des AE. Schlüsselemente der Pathogenese sind die Störung der epidermalen Hautbarriere und eine Fehlregulation der Immunantwort.

Prävention und Basistherapie

Die Basistherapie dient der Wiederherstellung der epidermalen Barriere-

funktion. Sie verlängert das rezidivfreie Intervall, spart topische Steroide ein und reduziert die Staphylokokkendichte auf der Haut. Die elementare Rolle der Basistherapie in der täglichen Behandlung des manifesten Atopischen Ekzems ist seit langem unumstritten. Neu hingegen ist der Gedanke einer präventiven Basistherapie bei Risikokindern mit positiver atopischer Familienanamnese.

Zwei kontrollierte Studien zeigten 2014 einen protektiven Effekt einer früh begonnenen Basistherapie bei Kindern mit erhöhtem AE-Risiko (mit Verwandten ersten Grades mit einer Erkrankung aus dem atopischen Formenkreis). *Horimukai et al* (12) untersuchten die AE-Inzidenz bei 118 Neugeborenen, von denen die Hälfte über sechs Monate täglich mit einem Basistherapeutikum behandelt wurde. Nach 32 Wochen war diese unter den Kindern, die täglich eingecremt wurden, um 32 % niedriger als in der nicht behandelten Kontrollgruppe. In einer ähnlichen Studie aus England mit 124 gesunden Neugeborenen war der Effekt sogar noch stärker: Hier war die AE-Inzidenz nach 24 Wochen um 50 % reduziert (22).

Aufgrund der geringen Anzahl der Studienteilnehmer und der kurzen Nachbeobachtungszeit ist es noch zu früh, um aus den vorliegenden Studienergebnissen allgemein gültige Schlüsse zu ziehen oder allgemein gültige Empfehlungen bezüglich einer präventiven Basistherapie abzugeben. Und auch wenn größere Studien, deren Resultate in Kürze erwartet werden, die Ergebnisse bestätigen sollten, dürften weiterhin viele Fragen offen bleiben, z.B. hinsichtlich der Qualitätskriterien für

Säuglinge geeigneter Basistherapeutika und der möglichen Risiken einer präventiven Basistherapie. Die Langzeit-Nebenwirkungen problematischer Inhaltsstoffe gängiger Pflegecremes wie Emulgatoren, Mineralöle und potentielle Kontaktallergene sind unzureichend untersucht. Pflegecremes täglich, großflächig und dauerhaft bei allen Neugeborenen anzuwenden, birgt zweifellos Risiken, die vor einer universellen Handlungsempfehlung abgeklärt werden sollten.

Topische Therapie

Die letzte Neuzulassung von anti-entzündlich wirksamen Topika zur Behandlung der Neurodermitis gab es 2002 mit den Calcineurininhibitoren Pimecrolimus und Tacrolimus (siehe Tab. 1). Bislang stehen für die anti-entzündliche

Lokaltherapie in Deutschland für Kinder nur zwei Wirkstoffklassen zur Verfügung: topische Corticosteroide (TCS) und topische Calcineurin-Inhibitoren (TCI).

Die meisten betroffenen Kinder können wir mit diesen Substanzen wirksam und sicher behandeln, aber ihre Anwendung ist teilweise auch mit Einschränkungen verbunden. TCS können insbesondere bei Anwendung in sogenannten Problemarealen, wie Gesicht und Windel- bzw. Genitalbereich, mit einer erhöhten transkutanen Resorptionsrate und einem erhöhten Risiko für verschiedene Nebenwirkungen verbunden sein, darunter Hautatrophie, Teleangiektasien und Rosazea bzw. periorale Dermatitis im Gesicht sowie Granuloma gluteale im Windelbereich. Ein weiterer einschränkender Faktor in der Anwendung von TCS ist die

bereits oben erwähnte, weit verbreitete Kortikophobie unter Eltern.

TCI (Pimecrolimus und Tacrolimus) kommen als Alternative zu topischen Steroiden insbesondere in den oben genannten Problemarealen zur Anwendung, sind jedoch erst ab einem Alter von zwei Jahren zugelassen. Diese Anwendungsbeschränkung ist äußerst relevant, weil sich das AE gerade im Säuglings- und Kleinkindalter oftmals als Gesichtsektzem manifestiert, also in einem Problemareal, in dem TCS möglichst strikt gemieden werden sollten und TCI oftmals die einzige sinnvolle Alternative darstellen. Auch in der aktuellen Leitlinie zur Neurodermitis wird aus diesen Gründen die Anwendung von TCI als First Line Therapie bei schweren, chronischen Gesichtsektzemen und auch bei Säuglingen empfohlen (26).

Der Einsatz von TCI wird nicht nur durch die Altersbeschränkungen erschwert, sondern auch durch die Sicherheitsbedenken bezüglich eines möglichen onkogenen Potentials, die insbesondere nach der sogenannten „blackbox warning“ 2006 durch die amerikanische FDA aufkamen. Seither gab es umfangreiche Untersuchungen an zehntausenden von Kindern zur Langzeitsicherheit topischer Calcineurininhibitoren. In Zusammenschau der bisher vorliegenden Studien kann man sagen, dass das Risiko für Lymphome bzw. Hautkrebs durch die Anwendung der TCI nicht oder zumindest nicht wesentlich erhöht wird. Ein erhöhtes Malignomrisiko konnte insgesamt betrachtet bisher nicht belegt, jedoch auch nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden (1,7,14,15,20). Dennoch lehnen nicht wenige Eltern und zum Teil auch Ärzte die Anwendung von TCI aufgrund von Sicherheitsbedenken ab.

Jetzt werden mit Crisaborol, einem Phosphodiesterase 4-Inhibitor, und mit den topischen Januskinaseinhibitoren neue anti-entzündliche Wirkstoffe erwartet, die eine interessante Ergänzung der bisherigen Optionen in der topischen Therapie darstellen.

Crisaborol

In den USA wurde Crisaborol bereits 2016 als 2 %ige Creme für milde bis moderat schwere Formen des AE ab einem Alter von zwei Jahren zugelassen. PDE4-Inhibitoren wie Crisaborol unterdrücken die Produktion proinflammatorischer Zytokine und wirken damit anti-entzünd-

Tab. 1: Wirkstoffklassen in der topisch-antiinflammatorischen Therapie des atopischen Ekzems

Substanz	Wirkung	Zulassungsstatus
Pimecrolimus/ Tacrolimus	Calcineurininhibitoren	D 2002 (Erw. u. Kinder ab 2 Jahren)
Crisaborol	PDE4-Inhibitor	USA 2016 (Erw. u. Kinder ab 2 Jahren)
Tofacitinib/ JTE-052	JAK-Inhibitoren	Phase II/III-Studien

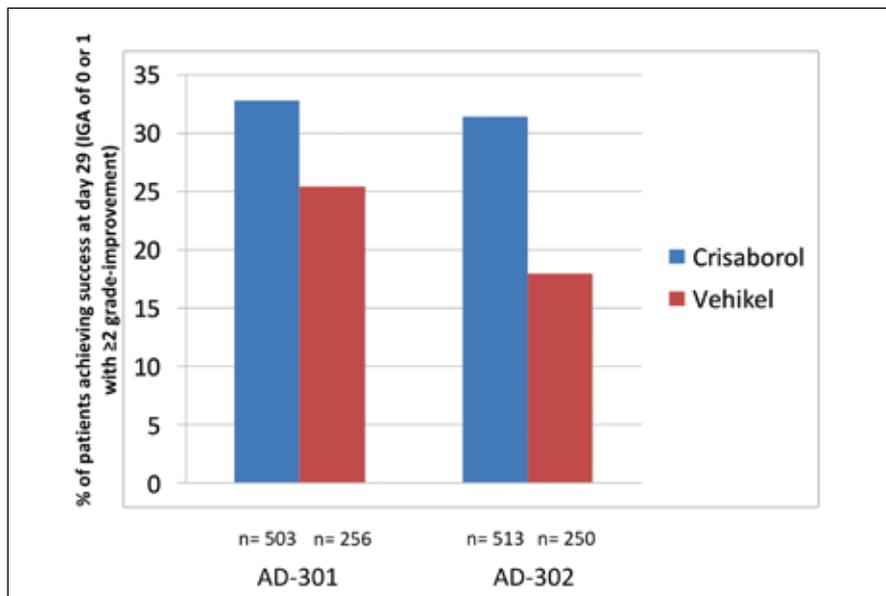


Abb. 1: Topische Therapie mit Crisaborol Ergebnisse der Studien AD-301 und AD-302 nach Paller et al. (17). Dargestellt ist der Anteil der Patienten, der bis zum Tag 29 einen IGA von 0 oder 1 erreicht hat und eine Reduktion des IGA um mindestens 2 Punkte. Der IGA (Investigator Global assessment) kann Werte zwischen 0 und 4 erreichen. Ein IGA von 0 steht für eine vollständige („clear“), ein IGA von 1 für eine fast vollständige („almost clear“) Abheilung.

lich (Abb. 1). Der orale PDE4-Inhibitor Apremilast wurde kürzlich zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis und Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen zugelassen. Bezüglich der topischen Anwendung von Crisaborol zeigte sich in Studien ein signifikanter, allerdings nur moderat ausgeprägter therapeutischer Effekt auf das Atopische Ekzem. Bei etwa 10 % der behandelten Patienten wurden Schmerzen oder Infektionen an der Auftragsstelle berichtet (17); schwere Nebenwirkungen traten nicht auf. Crisaborol wird schnell zu inaktiven Metaboliten abgebaut, so dass die systemische Resorption gering ist, und man von einem guten Sicherheitsprofil sprechen kann. Eine frühere Phase-I-Studie zeigte auch eine gute Verträglichkeit von Crisaborol in sensiblen Hautarealen, wie Genitalbereich, Intertrigines und Gesicht (29). Durch eine über 48 Wochen durchgeführte Studie konnte gezeigt werden, dass auch die langfristige Anwendung sicher ist (10). Crisaborol hat somit gute Chancen, sich in Zukunft auch hierzulande als Alternative für TCS bei eher leichten Formen des atopischen Ekzems zu etablieren.

Januskinase (JAK)-Inhibitoren

Bei zahlreichen entzündlichen Dermatosen spielen Entzündungsmediatoren eine Rolle, bei denen der JAK-STAT-Signalweg involviert ist (Abb. 2). Über diesen Signalübertragungsweg werden Informationen von extrazellulären chemischen Signalen an den Zellkern weitergeleitet und beeinflussen hier die DNA-Transkription.

Es gibt viele Hinweise, dass durch eine Blockade dieses Signalwegs mit Hilfe der Januskinaseinhibitoren günstige therapeutische Effekte in der Behandlung verschiedener entzündlicher Hauterkrankungen wie Psoriasis, Alopecia areata, Vitiligo und Neurodermitis erzielt werden können. Die JAK-Inhibitoren können sowohl topisch als auch per os verabreicht werden. Der Januskinaseinhibitor Tofacitinib ist als Systemtherapeutikum zugelassen für die Behandlung der rheumatoiden Arthritis und der Psoriasisarthritis. Häufigste Nebenwirkungen bei systemischer Anwendung sind zum Teil schwere Infektionen, Zytopenien, gastrointestinale Nebenwirkungen und Kopfschmerzen. Außerdem bestehen Sicherheitsbedenken hinsichtlich eines

erhöhten Malignomrisikos. Die topische Anwendung von JAK-Inhibitoren wurde bisher beim AE, bei der Psoriasis und bei der Alopecia areata untersucht. In einer Phase II Studie mit 69 erwachsenen Patienten mit AE zeigte eine vierwöchige Anwendung von topischem Tofacitinib bei guter Verträglichkeit einen schnellen und signifikanten antientzündlichen Effekt mit einer Reduktion des EASI Scores um 82 % gegenüber 30 % in der Vehikelkontrolle (2). Der Januskinaseinhibitor JTE 52 wurde an 327 Erwachsenen in unterschiedlichen Konzentrationen und im Vergleich mit Placebo bzw. Tacrolimus-salbe 0,1 % untersucht und zeigte in Abhängigkeit von der verwendeten Wirkstoffkonzentration eine durchschnittliche Reduktion des EASI-Score nach vier Wochen um 42 bis 73 % (gegenüber 12 %

in der Vehikelkontrolle und 62 % in der Tacrolimusgruppe) (16).

Aktuell wird die Wirksamkeit und Sicherheit von oral verabreichtem Tofacitinib in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase III-Studie bei Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis untersucht und es gibt Einzelfallberichte über die erfolgreiche systemische Anwendung bei Alopecia areata (6). Kontrollierte Studien zur topischen Anwendung von Januskinaseinhibitoren bei Kindern mit atopischen Ekzem sind bereits in Planung.

**Antipruriginöse Therapie/
Antihistaminika**

Leitsymptom des atopischen Ekzems ist der oft quälende Juckreiz. Dieser

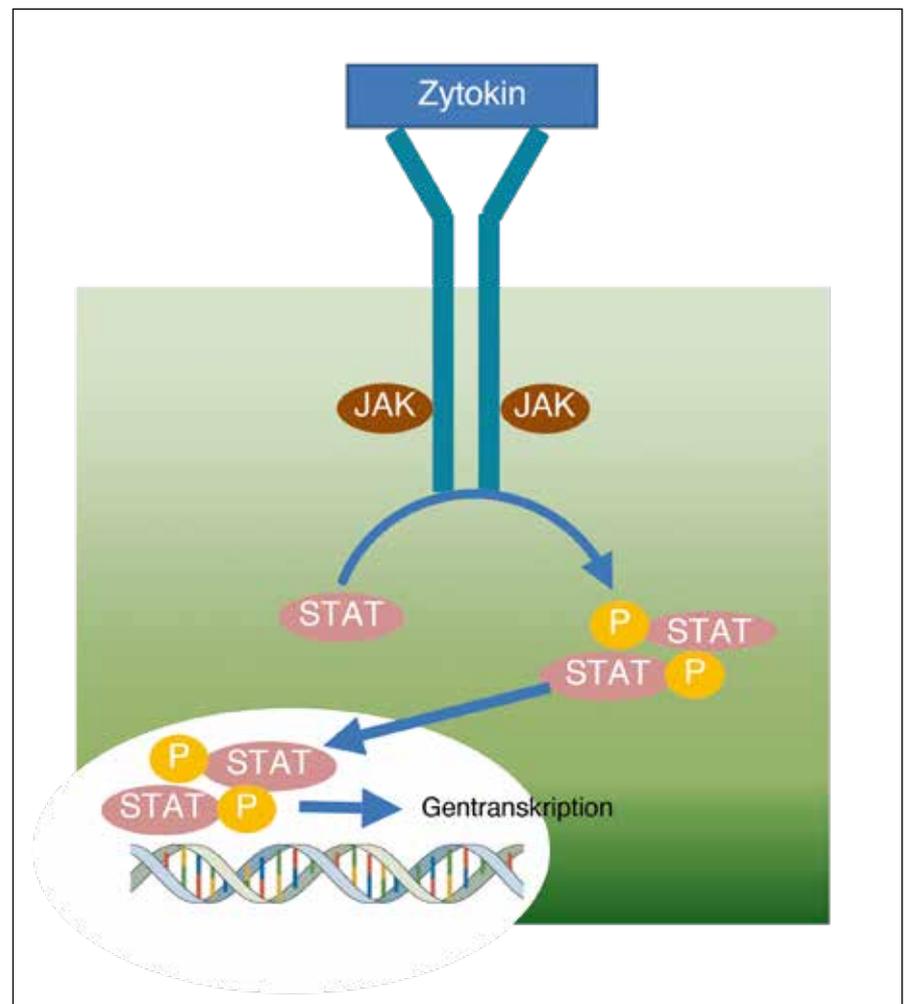


Abb. 2: Januskinase (JAK)-Signaltransduktionsweg
Durch Bindung eines Zytokins an seinen Zelloberflächenrezeptor kommt es zur Autophosphorylierung des mit dem Rezeptor assoziierten Januskinase-Tandems. Aktivierte JAKs phosphorylieren STATs (STAT= signaltransducer and activator of transcription), die dimerisieren, in den Zellkern wandern und dort die Transkription aktivieren.

kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führen und zu einer starken Belastung für die ganze Familie werden. Oftmals besteht auch nachts starker Juckreiz mit konsekutiver Beeinträchtigung der Nachtruhe. Daher erscheint es nicht verwunderlich, dass viele Eltern und auch Ärzte auf die Anwendung von H1-Antihistaminika, auch sedierender wie Dimetinden, zur antipruriginösen Behandlung zurückgreifen. Die derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur antipruriginösen Wirksamkeit von H1-Antihistaminika zeigen jedoch allenfalls einen mäßigen Effekt und rechtfertigen den flächendeckenden, unkritischen und langfristigen Gebrauch von Antihistaminika nicht. Entsprechend wird in der aktuellen Leitlinie zur Neurodermitis lediglich eine „Kann“-Empfehlung zur Anwendung von Antihistaminika bei schweren akuten Schüben in *Einzelfällen* ausgesprochen. Darüber hinaus können insbesondere die ZNS-gängigen und daher zentral dämpfenden Antihistaminika der ersten Generation zu paradoxen Reaktionen mit Unruhezuständen führen und die Schlafqualität beeinträchtigen,

sodass in der europäischen Leitlinie vor dem langfristigen Einsatz bei Kindern gewarnt wird (25). Deutlich effektiver wird der Juckreiz durch eine adäquate topisch-antiinflammatorische Therapie und durch eine stadienadaptierte Basistherapie, eventuell in Kombination mit fett-feuchten Schlauchverbänden, die zusätzlich einen mechanischen Kratzschutz bieten, bekämpft.

Ein neuer Ansatz in der antipruriginösen Therapie besteht in der Blockade von Interleukin 31, einem juckreizvermittelnden Zytokin, durch Nemolizumab, einem Inhibitor des IL31-Rezeptors (19). Dieser wird im Abstand von mehreren Wochen subkutan verabreicht und zeigte in ersten Studien an Erwachsenen eine statistisch signifikante Reduktion des Juckreizes um bis zu 63 %, beurteilt anhand einer visuellen Analogskala. Die Ekzemschwere, die anhand des EASI-Scores bzw. SCORAD beurteilt wurde, wurde hingegen statistisch nicht signifikant reduziert (19). Studien an Kindern wurden bisher nicht durchgeführt

Aufgrund der oralen Verfügbarkeit ist insbesondere in der pädiatrischen Dermatologie die Entwicklung von H4-

Rezeptor-Antagonisten interessant. H4-Rezeptoren sind insbesondere auf Zellen des Immunsystems zu finden und spielen eine Rolle bei entzündlichen Prozessen und der Entstehung von Juckreiz. In Studien an Erwachsenen mit Atopischem Ekzem zeigte sich ein signifikanter antiinflammatorischer Effekt, während die antipruriginöse Wirkung weniger ausgeprägt war. Die Bedeutung der H4-Rezeptor-Antagonisten als Zielstruktur in der Behandlung des AE muss daher zunächst in weiteren Studien untersucht werden (27).

Systemische Therapie

Der Großteil der Patienten mit Atopischem Ekzem kann mittels adäquater Hautpflege in Kombination mit einer antientzündlichen Externatherapie erfolgreich behandelt werden. Bei etwa 5-7 % der pädiatrischen Patienten reicht jedoch eine alleinige Lokalthherapie nicht aus, um das Ekzem zu kontrollieren. Für diese Patienten mit schwerem und therapieresistentem Ekzem gibt es nach wie vor kein zugelassenes Systemtherapeutikum. Der Einsatz von systemischen Immunsuppressiva ist wenig evidenzbasiert und stützt sich vornehmlich auf Kasustiken, kleine Fallserien oder retrospektive Studien. Das in Europa am häufigsten eingesetzte Cyclosporin A (18) ist bei Erwachsenen mit AE zugelassen, stellt bei Kindern aber einen „off-label use“ dar. Dennoch wird es auch bei Kindern mit Atopischem Ekzem schon lange und erfolgreich eingesetzt. Während der Therapie ist aufgrund möglicher Nebenwirkungen ein regelmäßiges Monitoring erforderlich. Außerdem sollte die Therapie nicht länger als ein Jahr fortgeführt werden, um eine inakzeptable Erhöhung des Hautkrebsrisikos zu vermeiden. Kinder, die auf eine Systemtherapie mit Cyclosporin A nur unzureichend ansprechen oder bei denen Cyclosporin A kontraindiziert ist, können oftmals erfolgreich mit Azathioprin behandelt werden, welches allerdings nicht für die Behandlung des AE zugelassen ist. Weniger häufig werden hierzulande Mycophenolatmofetil und Methotrexat (MTX) bei AE verwendet. In den USA hingegen wird MTX auch als first-line Systemtherapie eingesetzt (24). In einer retrospektiven Analyse aus Irland mit 47 Kindern, die MTX in einer Dosierung von 0,3-0,5mg/kg KG

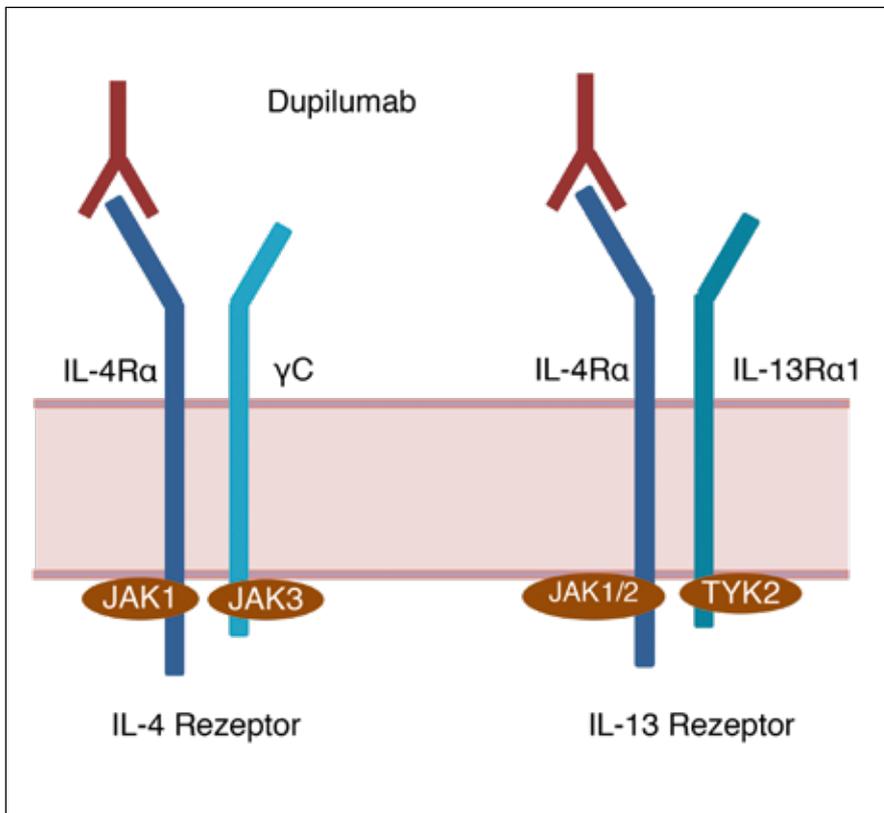


Abb. 3: Dupilumab
Dupilumab bindet an die alpha-Untereinheit des IL-4 und des IL-13 Rezeptors und blockiert die Signalwege von Il-4 und IL-13.

zur Therapie ihrer Neurodermitis erhielten, sank der IGA (Investigator Global Assessment score) nach drei bis fünf Monaten Behandlung von 4,25 auf 2,8 und weiter auf 1,9 nach mehr als zehn Monaten Therapie. Die Behandlung wurde dabei gut vertragen (9). Eine weitere retrospektive Studie mit 28 Patienten im Alter von durchschnittlich sieben Jahren mit nummulärem Ekzem zeigte bei 35 % eine komplette oder fast komplette Abheilung unter MTX, bei 46 % eine deutliche Verbesserung und nur bei einem Patienten keine Wirkung (13). MTX stellt daher neben Cyclosporin A und Azathioprin eine weitere Behandlungsoption des AE dar. Die Erfahrungswerte für Cyclosporin A sind bei AE aber hierzulande am größten, so dass Cyclosporin A nach wie vor das Systemtherapeutikum der ersten Wahl darstellt.

Dupilumab

Im Gegensatz zur Psoriasis gab es bei der Neurodermitis über viele Jahre praktisch keine Neuentwicklungen in der Systemtherapie. Seit September 2017 ist mit Dupilumab das erste Biologikum für Erwachsene mit mittelschwerem bis schwerem AE zugelassen. Dupilumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, der sich gegen die alpha-Kette der Interleukin 4- und Interleukin 13-Rezeptoren richtet und damit die Signalwege von IL4 und IL13 blockiert, zweier Schlüsselzytokine der Th2-Entzündungsreaktion (Abb. 3). Dupilumab wird alle zwei Wochen subkutan verabreicht und zeigte in den beiden Zulassungsstudien SOLO 1 und SOLO 2, in die insgesamt 1379 Erwachsene eingeschlossen wurden, eine deutliche Reduktion der Krankheitsaktivität, gemessen anhand des IGA-score nach vier Monaten (21). Der Anteil der Patienten, die nach 16 Behandlungswochen das Studienendziel, nämlich einen IGA-Score von null oder eins, also eine komplette oder fast komplette Abheilung, erreichten, lag bei den Behandelten bei etwa 38 % bzw. 36 % gegenüber 8-10 % in den Placebogruppen (Abb. 4). Auch der Juckreiz konnte durch Dupilumab signifikant gelindert werden. Langfristig angelegte Studien zeigen einen anhaltenden Therapieeffekt auch nach einem Jahr (4). Häufigste Nebenwirkungen von Dupilumab sind lokale Injektionsreaktionen und eine Konjunktivitis, deren Pathogenese bisher nicht eindeutig geklärt

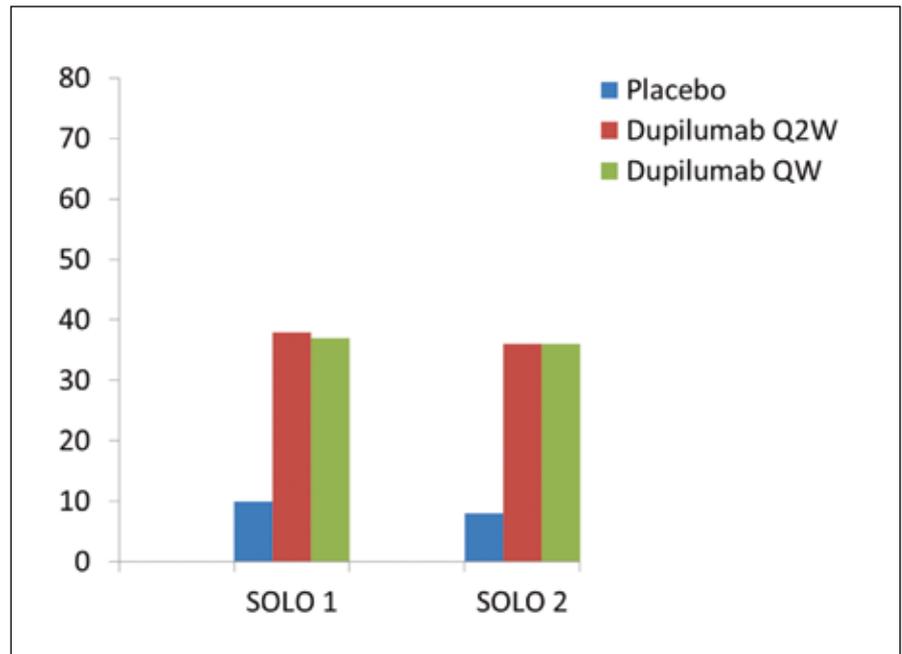


Abb. 4: Ergebnisse der SOLO 1 und SOLO 2 Studie nach *Simpson et al (21)*. Patienten erhielten entweder wöchentlich Dupilumab (QW), alle zwei Wochen Dupilumab (Q2W) oder Placebo. Die Graphik zeigt die Anteile der Patienten (in %) die den primären Endpunkt (IGA von 0 oder 1 oder eine Reduktion des IGA um 2 Punkte oder mehr bis zum Abschluss der Behandlung in Woche 16) erreichten.

werden konnte, die aber bei Kindern, die mit Dupilumab behandelt werden, seltener aufzutreten scheint als bei Erwachsenen. Die Therapiekosten von etwa 25.000 € pro Jahr sind deutlich höher als die der gängigen Systemtherapeutika wie Cyclosporin A und Azathioprin. Dennoch stellt Dupilumab aufgrund seiner sehr guten Verträglichkeit eine äußerst interessante Ergänzung des Spektrums an Systemtherapeutika dar, insbesondere bei therapierefraktären Verläufen oder vorliegenden Kontraindikationen gegenüber anderen Systemtherapeutika. Die Zulassung für Kinder und Jugendliche mit AE wird in absehbarer Zeit erwartet.

Verschiedene andere Biologika zeigten in Phase II-Studien teilweise vielversprechende Ergebnisse, darunter der IL12/23-Inhibitor Ustekinumab, die monoklonalen Antikörper Lebrikizumab und Tralokinumab, die sich gegen IL13 richten, und Fezakinumab, einem IL-22-Inhibitor (28). Mit zunehmendem Verständnis der Pathogenese des AE wird deutlich, dass es neben unterschiedlichen Phänotypen, also klinischen Erscheinungsformen, auch unterschiedliche AE Endotypen gibt mit teilweise unterschiedlichen zugrundeliegenden immunologischen Mustern und molekularen Markern (23). Zukünftige

Studien werden zeigen, ob Patienten mit bestimmten Endotypen des AE im Sinne der „personalisierten Medizin“ besonders von bestimmten Biologika bzw. der Blockade bestimmter Zytokinen profitieren könnten. So findet man bei Kindern mit atopischen Ekzem, ähnlich wie bei Psoriasis-Patienten eine stärkere Aktivierung der Th 17-Achse, während bei Erwachsenen mit Neurodermitis die Aktivität von Th 17-Zellen eher vermindert ist, sodass pädiatrische Patienten möglicherweise besonders von einer Therapie mit IL17-Antikörpern wie Secukinumab profitieren würden (8).

Die „personalisierte“ oder „individualisierte“ Medizin, die in der Dermatologie bzw Melanomtherapie längst Alltag ist, gewinnt auch auf dem Gebiet der entzündlichen Dermatosen an Bedeutung und wird in Zukunft eine individuell abgestimmte und damit zielgerichtete Therapie ermöglichen.

Fazit für die Praxis

Das Atopische Ekzem stellt eine der häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern dar, die mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität einhergehen kann. Das AE ist nicht heilbar, aber gut behandelbar. Neben

einer konsequenten Basistherapie stehen zur antiinflammatorischen Therapie topische Steroide und – insbesondere für Problemareale wie das Gesicht – topische Calcineurininhibitoren zur Verfügung. Bei schweren Verläufen kommt in erster Linie Cyclosporin A, als second-line Option auch Azathioprin oder MTX zum Einsatz. In Zukunft wird das Spektrum der topischen Therapien erweitert werden durch Phosphodiesteraseinhibitoren wie Crisaborol, das der systemischen Therapien durch das Biologikum Dupilumab, welches heute schon in Einzelfäl-

len im off-label-use verabreicht werden kann. Andere Therapieoptionen, wie topische JAK-Inhibitoren oder weitere Biologika müssen ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit in kommenden Studien erst noch unter Beweis stellen. In jedem Fall lohnt es sich, die aktuelle Forschung zu verfolgen, die nach über 15 Jahren Stillstand bei der Entwicklung neuer Therapieoptionen für das atopische Ekzem erheblich an Fahrt aufgenommen hat.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Anne Teichler
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrische Dermatologie/
Allergologie
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg
E-Mail: a.teichler@kkh-wilhelmstift.de

Interessenkonflikt:

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Höger

Welche Diagnose wird gestellt? *Johannes Knierer, Joachim Stegmann*

Anamnese

Eine 15-jährige Patientin wird von ihrem Kinderarzt aufgrund chronischer Bauchschmerzen und V.a. Hepatomegalie eingewiesen. Seit 6 Monaten klagt die Patientin intermittierend über kolikartige Bauchschmerzen unterschiedlicher Intensität. Die Schmerzen seien meist im Oberbauch lokalisiert. Ein Therapieversuch mit Pantoprazol über 2 Wochen habe keine Besserung gebracht. B-Symptomatik wird von der Patientin verneint, vielmehr habe sie ca. 5 kg innerhalb des letzten halben Jahres zugenommen. In der vom Kinderarzt ambulant durchgeführten Abdomensonographie sei eine Hepatomegalie aufgefallen.

Untersuchungsbefund

15,6 Jahre alte Patientin in stabilem Allgemeinzustand und gutem Ernährungszustand.

Abdomen weich, keine Abwehrspannung, physiologische Darmgeräusche, diffuser Druckschmerz im Oberbauch, Leber unter dem Rippenbogen tastbar, keine Splenomegalie.

Übrige pädiatrische Untersuchung unauffällig.

Diagnostik

Unauffällige Labordiagnostik inklusive: BGA, CRP, BSG, Differentialblutbild, Nierenwerten, Elektrolyten, Bilirubin, Transaminasen, Alkalische Phosphatase, Lipase, LDH, Urinstatus.

Unauffällige serologische Diagnostik für EBV und CMV. Fruktose- und Laktoseatmetest ebenfalls unauffällig.

In der Abdomensonographie zeigt sich eine unauffällige Leberstruktur, Leberlänge 12cm. Retrohepatisch rechts unter dem Zwerchfell gelegene Zyste (ca. 3cm), eingebettet in leberähnlicher Textur, aber

von der Leber abgrenzbar, fraglich der Nebenniere zuzuordnen.

Beurteilung: V.a. Raumforderung im rechten Oberbauch, z.B. Nebennierentumor mit zentraler Zyste.

Die zur Darstellung eines möglichen Nebennierentumors durchgeführte Abdomen-MRT zeigt folgendes:



Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?

Diagnose:

Heterotaxie-Syndrom mit partiellem Situs inversus abdominalis, Hepatomegalie und Polysplenie rechts mit solitärer Zystenbildung sowie im rechten Oberbauch gelegenen Magen.

Der Begriff Heterotaxie leitet sich aus dem Griechischen ab (*heteros* = verschieden/anders und *taxis* = Ordnung/Ausrichtung) und bezeichnet die veränderte Anordnung intrathorakaler und/oder intraabdomineller Organe durch eine gestörte Lateralisation während der embryonalen Entwicklung.

Als Situs solitus bezeichnet man die normale asymmetrische Anordnung von Thorax- und Abdominalorganen. Ein kompletter Situs inversus ist die vollständige Spiegelung eines Situs solitus. Bei Patienten mit einem inkompletten Situs inversus ist nur ein Teil der Organe auf die Gegenseite verlagert.

Patienten mit komplettem Situs inversus sind meist beschwerdefrei. Hetero-

taxie im Sinne eines inkompletten Situs inversus kann allerdings mit komplexen kardialen Strukturanomalien einhergehen. Häufig handelt es sich dann um Isomeris Syndrome mit symmetrisch angelegter Herzanatomie - also zwei rechten oder zwei linken Vorhöfen und begleitenden Gefäßanomalien.

Diagnose. Die Diagnose der Heterotaxie wird meist bereits pränatal per Ultraschall gestellt, da kardiale Fehlbildungen hier frühzeitig diagnostiziert werden können. Fällt zunächst nur eine abnorme Anordnung der Abdominalorgane auf, muss dies unbedingt die erweiterte Diagnostik durch fetale Echokardiographie zur Folge haben um mögliche Herzfehlbildungen auszuschließen.

Therapie und Prognose. Besteht eine Heterotaxie intrathorakaler Organe, bedürfen die Herzfehlbildungen meist unmittelbar postnatal einer operativen Intervention. Die Mortalität bei Heterotaxie-Patienten mit kardialen Fehlbildungen ist hoch. Bei Patienten mit Malrotation abdomineller Organe besteht ein höheres Risiko für einen Volvulus als bei der Normalbevölkerung.

Patienten ohne Komplikationen sind meist asymptomatisch. Häufig fallen die Lateralisationsdefekte wie bei unserer Patientin nur als Nebenbefund zufällig auf.

Literaturangaben

Kaulitz R et al. Atriale Isomerie und viszerale Heterotaxie - Diagnostik, Therapieoptionen und Prognose. *Herz* 2004; 29: 686-694

Yew-Wei T et al. Screening and Treatment of Intestinal Rotation Abnormalities in Heterotaxy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr* 2016; 171: 153-162

Selevany M. et al. Acute appendicitis in a patient with heterotaxy syndrome. *J Ped Surg Case Rep* 2018; 36: 62-66

Orphanet - Heterotaxie. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=DE&Expert=450. Zugriff: Juli 2019

Korrespondenzanschrift:

Dr. Johannes Knierer¹ und

Dr. Joachim Stegmann²

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

¹Abt. Pädiatrie

²Abt. Kinderradiologie

Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

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

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

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

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Christa Becker, Brabanter Str. 7, 50674 Köln, Tel.: (0221) 514534, E-Mail: becker@kon-texte.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@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 12.267 lt. IVW II 2019

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 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 und Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

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

MMRV-Impfung

Frage

Die Frage bezieht sich auf die aktuelle STIKO-Empfehlung zur MMRV-Impfung. Hier findet sich folgende Empfehlung: „Sofern vor dem Alter von 11 Monaten geimpft wird (z. B. bei frühem KITA-Besuch), muss die 2. Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahrs erfolgen, da persistierende maternale Antikörper im 1. Lebensjahr die Impfviren neutralisieren können.“

Nun bin ich immer davon ausgegangen, dass die 2. MMRV-Impfung notwendig ist, um die Impfersager der 1. Impfung zu erreichen. Diese Versager bei der 1. Impfung habe ich immer in erster Linie auf die maternalen Antikörper zurückgeführt, welche auch noch mit 12 Lebensmonaten vorhanden sein können.

Unter dieser Vorstellung verstehe ich nicht, warum bei vor dem 11. Lebensmonat geimpften Kindern, eine 2. Impfung schon zu Beginn des 2. Lebensjahres erfolgen soll, denn maternale Antikörper könnten ja dann immer noch vorhanden sein.

- Warum ist bei diesen Kindern dann keine 3. Impfung nach dem 15. Lebensmonat gefordert?

Antwort

Anmerkung: aus welcher Quelle zitieren Sie? In den STIKO-Empfehlungen findet sich Ihr Zitat wie Sie es wiedergeben nicht, siehe aber Ausführungen unten.

Wie Sie richtig anmerken, sind dies (in jeglicher Kombination oder einzeln) alle Lebendimpfstoffe, welche bei prävakzinal bereits oder noch vorhandenen spezifischen IgG-Antikörpern in ihrer Replikation bis zu einem gewissen Grad beeinträchtigt werden können und somit die Effizienz der Impfungen dadurch beeinträchtigt werden kann.

Bis 1991 wurde die MMR-Impfung in Deutschland einmalig ab dem Alter von 15 Monaten empfohlen. Dann wurde eine 2. MMR-Dosis im Alter von 5–6 Jahren eingeführt (ab 2001: 15–23 Monate) und 1996 der empfohlene Zeitpunkt für die erste Dosis vorverlegt (auf 12–15 Monate, heute 11–14 Monate). Grund für die Vorverlegung war die Erkenntnis, dass die Mütter nun selbst ihre Masern-Immunität in aller Regel durch Impfung in der Kindheit und nicht mehr nach Masern als Krankheit erworben hatten. Dadurch waren ihre Serum-Antikörper gegen das Masernvirus im Mittel niedriger als bei „natürlich“ erworbener Immunität und deshalb der transplazentare Nestschutz ihrer Kinder von kürzerer Dauer. Die Vorverlegung des Zeitpunkts der 1. MMR-Impfung trug dieser Entwicklung Rechnung und hat zum Ziel, das vulnerable Zeitfenster (verlorener Nestschutz, aber noch kein eigener Impfschutz) möglichst kurz zu halten. Die 2. MMR-Dosis schon kurze Zeit später soll Dauer und Rate von primären Impfersagern möglichst kurz bzw. gering halten. Man weiss aus Ausbruchuntersuchungen, dass ca. 95 % der 1x Masern Geimpften und ca. 99 % der 2x Masern geimpften Personen geschützt sind. 100 % Impfschutz gibt es leider nicht.

Sie haben also Recht wenn Sie sagen, dass die 2. Dosis MMR (ganz im Unterschied zur Varizellenimpfung, siehe unten) in erster Linie den so genannten „Impfersagern“ nach der 1. Dosis eine 2. Chance zur Serokonversion zu geben. Und, es ist richtig, dass die Rate der Impfersager vom Alter bei der 1. Dosis abhängt, aber dennoch nie bei 0 % angesiedelt ist (2). Studien haben gezeigt, dass sogar bereits ab dem Alter von 6 Monaten erfolgreich gegen Masern geimpft werden kann (3), so dass die STIKO MMR/V für

„Säuglinge ab dem Alter von 9 Monaten“ als Indikationsimpfung (!) „bei bevorstehender Aufnahme bzw. bei Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita)“ empfiehlt. „Sofern die Erstimpfung im Alter von 9–10 Monaten erfolgt, soll die 2. MMR/V-Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres gegeben werden.“ (4)

Zur Frage einer 3. Dosis MMR/V sagt die STIKO: „Bei Erstimpfung im Alter von 6–8 Monaten sollen eine 2. und 3. MMR/V-Impfung im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten erfolgen.“ Also nur wenn vor dem Alter von 9 (!) Monaten die 1. Dosis MMR verabreicht wird sind insgesamt 3 Dosen empfohlen.

Nun noch zum Unterschied der Immunogenität von MMR und VZV. Die Interferenz mit prävakzinalen Antikörpern ist für Masern, Mumps und Röteln viel ausgeprägter als für VZV: während die 2. Dosis MMR bei initial bereits serokonvertierten Personen nur einen sehr geringen (ca. 2-fachen) Antikörperanstieg induziert, ist der Effekt der 2. VZV-Impfung der einer Boosterimpfung mit ca. 40-fachem Antikörperanstieg (5).

Weil die Rate von Varizellendurchbruchinfektionen nach 1 Dosis höher ist als nach 2 Dosen, hat die STIKO 2009 eine Empfehlung zum 2-Dosen-Impfschema eingeführt und gut begründet (6). Seitdem sind die Impfempfehlungen für Dosis 1 und 2 für MMR und VZV kongruent.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Leitender Arzt für Infektiologie und Vakzinologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33, Postfach, CH-4031 Basel

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

Nicht-Zöliakie Glutensensitivität, glutenfreie Ernährung und FODMAP Diät



Priv.-Doz. Dr. med.
Jan de Laffolie¹

Dipl.-Oec. Annette Simon¹

Prof. Dr. Klaus-Peter Zimmer¹

¹ Abteilung Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Justus-Liebig Universität, Giessen

Einführung

Chronische Bauchschmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen im Kindes- und Jugendalter. Im Bereich chronischer Schmerzen dominieren bei Kindern zunächst Bauchschmerzen, später treten sie hinter Kopfschmerzen zurück. Im Rahmen der KiGGS-Studie wurde eine Dreimonatsprävalenz von 20 % ermittelt.¹

Das differenzialdiagnostische Spektrum ist breit, wobei funktionelle Beschwerden bzgl. der Häufigkeit deutlich im Vordergrund stehen. Neben der Zöliakie und Nahrungsmittelallergien sind nicht zuletzt die Nicht-Zöliakie Gluten- (bzw. Weizen-) Sensitivität (engl. Non Celiac Gluten Sensitivity NCGS), die klassische Weizenallergie und funktio-

nelle Bauchschmerzen (Reizdarm) z.T. klinisch nur schwierig zu unterscheiden und können weitgehende Überlappungen gerade bei Vorstellungsgründen wie Leistungsknick, Abgeschlagenheit, Bauchschmerzen, Verstopfung und Blähungen sowie unspezifischen Hautausschlägen zeigen. Es besteht meist ein hoher bis sehr hoher Leidensdruck mit z.T. erheblich eingeschränkter Lebensqualität und relevanten Kindergarten- und Schulfehlzeiten. Ungerichtete und nicht zielführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit erheblichen direkten und indirekten Kosten und Aufwendungen nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch für betroffene Familien und das Umfeld der Patienten sind ein häufiges Problem und führen zu weiterer Verunsicherung.^{2,3} Beispiele sind die inzwischen berüchtigten Mikrobiomuntersuchungen, die häufig als Privatleistung abgerechnet, nicht alters- bzw. patienten- und beschwerdespezifisch ausgewertet und mit komplementärmedizinischen Behandlungsempfehlungen kombiniert werden. Zu den empfohlenen Maßnahmen mit unklarer Evidenz zählen zahlreiche Diäten bzw. besondere Kostformen wie der glutenfreien Ernährung (GFD) ohne Zöliakie-Diagnose oder einer sogenannten FODMAP-armen Ernährung.

Glutenfreie Ernährung

Die GFD erfreut sich weltweit immer größerer Beliebtheit und hat die Prävalenzdaten der Zöliakie weit hinter sich gelassen. Sicher ist eine strikte GFD in der Therapie der Zöliakie notwendig, um langfristige Komplikationen und Spätfolgen zu vermeiden. Diese sind insbesondere Malabsorption mit Mangel an Nährstoffen mit damit verbundenen Folgen wie Osteoporose, eine Verzögerung der somatischen und psychosozialen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, eine Einschränkung der Lebensqualität, Schwierigkeiten im Bereich der Repro-

duktion (Unfruchtbarkeit, vermehrte Frühgeburtlichkeit). Besonders gefürchtet sind T-Zellymphome in Folge einer refraktären Zöliakie und damit eine erhöhte Mortalität.⁴⁻⁷

Allerdings ist die GFD nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen und sollte daher den Patienten mit klarer klinischer Indikation vorbehalten sein. Solche Risiken umfassen eine Mangelversorgung insbesondere mit Zink, Magnesium, Eisen, Calcium, Folsäure und anderen B-Vitaminen sowie Vitamin D und Ballaststoffen (mit konsekutiver Obstipation) sowie die übermäßige Zufuhr an Energie, gesättigten Fettsäuren, Salz sowie niedermolekularen Kohlenhydraten. Es besteht die Möglichkeit der Auslösung einer Essstörung, der Maskierung einer Zöliakie und einer Reduktion der Lebensqualität. Der langfristige Einfluss auf das kardiovaskuläre Risiko sowie die Bedeutung der Veränderung des intestinalen Mikrobioms ist unklar. Die Kosten werden auf monatlich 100 € zusätzlich geschätzt.⁸⁻¹³

FODMAP

Unter dem Akronym FODMAP versteht man „fermentable oligo-, di- and monosaccharides and polyols“, also Substanzen aus dem Bereich der Kohlenhydrate und deren Alkohole, die kaum resorbiert werden und im Dickdarm vergärt werden können. Gärung bedeutet mikrobieller Abbau ohne Gegenwart von Sauerstoff. Hierzu zählen Fruktose (z.B. in Früchten oder Haushaltszucker), Laktose (aus Milchprodukten), Fruktane (in Weizen und Roggen aber auch z.B. Zwiebeln, Knoblauch, Spargel, Artischocken), Galaktooligosaccharide und Galaktane (wie in Hülsenfrüchten), Sorbit und Mannit. Ursprünglich diente die FODMAP Hypothese der Diskussion des Einflusses einer westlichen Ernährung auf die steigenden Inzidenzen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, insbesondere Mor-

bus Crohn.¹⁴ Zuletzt kam die FODMAP Diät, bei der diese Substanzen vermindert aufgenommen werden, aber zur Behandlung verschiedener gastrointestinaler Störungen in die Diskussion, insbesondere Reizdarm und NCGS.

Die prinzipielle Wirksamkeit ist plausibel im Rahmen der veränderten Mikrobiomdaten von Patienten mit Reizdarm oder NCGS, die Bakterien betreffen, deren metabolisches Profil vor allem Dehalogenierung, Harnstoffoxidation, Xylan- und Celluloseabbau sowie Sulfat-Reduktion und Stickstoffbindung umfasst. So zeigte sich bei erwachsenen NCGS-Patienten unter GFD eine Verbesserung der Symptomatik, wenn sie sich auch FODMAP-arm ernährten. Es wurde beobachtet, dass unter FODMAP-reduzierter Ernährung eine Glutenprovokation bei diesen Patienten häufig fehlschlug, eine Fruktanbelastung jedoch meist zu Symptomen führte.^{13, 15, 16}

FODMAPs tragen im gesunden Darm zur Gesunderhaltung bei, indem sie als Präbiotika Bifidobakterien und Lactobazillen in der Darmflora begünstigen.¹⁷ Die Fermentierung im Dickdarm kann weiterhin zu einem trophischem Effekt über die Produktion kurzkettiger Fettsäuren und einem protektiven Effekt bzgl. Colonkarzinom führen.^{18,19} FODMAPs verbessern Stuhlkonsistenz, beeinflussen positiv Calciumresorption, Immunbarriere, sowie Cholesterole, Triglyceride und Phospholipide. Eine FODMAP-arme Ernährung hingegen ist mit einer geringen Aufnahme an natürlichen Antioxidantien aus dem Bereich der sekundären Pflanzenstoffe wie Flavonoiden, Carotinoiden, Anthocyanin,

Phenolsäure und von Vitamin C verbunden.²⁰

Daher sollte eine FODMAP-arme Ernährung stets unter Anleitung einer Ernährungsfachkraft durchgeführt werden und ist im Gegensatz zur GFD nicht als strikt lebenslange Ernährungsform konzipiert. (s. Tabelle 1). Vielmehr stellt sich die Reduktion von FODMAPs in der Ernährung als iterativer Prozess der initialen Vermeidung und dann symptomüberwachten Hinzunahme einzelner Nahrungsgruppen dar, sodass das Ziel eine individuell auf die Symptome, Bedürfnisse und Vorlieben zugeschnittene Ernährungsform darstellt. Üblicherweise wird die „strikte“ Phase nur zwei bis sechs Wochen durchgeführt, gefolgt von einem oder mehreren Provokationen und dosierten Einführungen von Nahrungsmittelgruppen.

Gerade in Bezug auf zahlreiche aktuelle Tabellen fällt in der „historischen“ Idee (Tab. 1) die ausgeprägte Einschränkung der Ernährung auf. In den aktuellen Ratgebern werden diese mit anderen ernährungsphysiologischen oder weltanschaulichen Kategorisierungen vermischt. Schon in einigen Studien wurden die zu meidenden Nahrungsmittelbestandteile unterschiedlich gehandhabt (Tab. 2). In der Anwendung solcher abgeschwächter FODMAP Reduktionsdiäten sollte jedoch klar sein, dass der Effekt der Studien, in denen andere (ggfs. strengere) Regime angewendet wurden, nicht erwartet werden kann (Tab. 2).

Die o.g. Kostformen werden zunehmend auch bei einer **Nicht-Zöliakie Glutensensitivität** (engl. Non Celiac Gluten Sensitivity, NCGS) als Therapie-

option betrachtet. Bemerkt werden muss hier zunächst, dass die NCGS aktuell in aller Munde ist, allerdings sind Häufigkeit und Pathomechanismus weitgehend unklar und die Existenz der Erkrankung bzw. ihr Bezug zum Gluten als auslösendes Agens wird vielerorts bezweifelt. Der prinzipielle Nachweis von durch Gluten induzierbaren Symptomen wurde insbesondere bei Erwachsenen erbracht, bei denen eine Zöliakie, eine Weizenallergie und ein Reizdarm ausgeschlossen wurde.²¹ Inzwischen wird bei NCGS von einer heterogenen Patientengruppe ausgegangen. Dies wird auch durch die geringe Re-Challenge Rate von 16-30 % der Patienten deutlich.²² Die geschätzte Prävalenz bei Erwachsenen beträgt zwischen 0,63 % und 13 %. Weniger als ein Viertel der selbstdiagnostizierten Patienten reagieren in der doppelblinden placebokontrollierten Gluten-Belastung positiv.²³ Für Kinder wird eine Prävalenz von 0,4 bis 1,0 % vermutet.²⁴

Klinisch besteht eine Überlappung der NCGS mit dem Reizdarmsyndrom (engl. Irritable Bowel Syndrome, IBS). Die Symptome bei NCGS sind häufig gastrointestinal-abdomineller (Blähungen, Bauchschmerzen, Diarrhö, Übelkeit u.a.) aber auch neurologisch-psychologischer Natur (Kopfschmerzen, „Brain Fog“, Müdigkeit u.a.). So konnte in einer doppelblinden Cross-over Studie 2014 gezeigt werden, dass erwachsene NCGS-Patienten stärkere Anzeichen einer Depression unter glutenhaltiger als unter glutenfreier Ernährung zeigten.²⁵ Während unter erwachsenen Reizdarm-Patienten eine „Dunkelziffer“ an Zöliakie von etwa 4 % nachweisbar ist, geben etwa 50 % der Reizdarm-Patien-

Tab. 1: FODMAP Prinzip nach Gibson et al 2005
Ursprüngliche Tabelle der zu vermeidenden Nahrungsbestandteile einer low FODMAP Ernährung.¹⁴

Nahrungsbestandteil	Beispiele	Übliche Nahrungsmittel	Besonderheiten in der Verdauung
Fruktose		Obst, Honig, Süßigkeiten	Absorption ist bei Überschuss gegenüber Glukose begrenzt
Laktose		Milchprodukte	Laktosemalabsorption häufig
Fruktane	Fruktoooligosaccharide	Weizen, Zwiebeln	Dünndarmabsorption gering
Polyole	Sorbitol, Xylitol, Mannitol, Maltitol	Äpfel, Birnen, Pflaumen, Süsstoffe	Nur passive Absorption, bei hoher Zufuhr problematisch
Galaktoooligosaccharide	Raffinose, Stachyose	Kohl, Bohnen, Zwiebeln, Hülsenfrüchte	Minimale Dünndarmabsorption
sonstige	Polydextrose, Isomaltose	Süsstoffe	Nur passive Absorption

Tab. 2: Studien in der Übersicht

Autor/Jahr	Patienten/n	Intervention	Prim. Endpunkte
Francavilla et al 2018	1114 Kinder und Jugendliche mit chronischen gastrointestinalen Beschwerden unter Gluten (CD-/WA-)	DBPC crossover Gluten (10g/d) vs Reisstärke 2 Wochen	96,7 % kein Zusammenhang mit Gluten. 28 Patienten erhielten Glutenchallenge, davon 11 pos (39.2 %)
Dieterich et al 2018	19 erwachsene NCGS Patienten, 10 gesunde Kontrollen	Aus glutenhaltiger Nahrung heraus 2 Wochen low FODMAP, 5 Tage Übergang, dann 2 Wochen GFD	Klinische Symptome/Mikrobiom/Biopsie Veränderung im Mikrobiom sowie Verbesserung klinischer Symptome in beiden Interventionen. Mikrobiomveränderungen unterscheiden NCGS und Kontrollen
Skodje et al 2018	59 Erwachsene, selbstindizierte GFD, Zöliakie und Weizenallergie ausgeschlossen	Crossover 1 Woche im Wechsel mit 1 Woche Washout Müsliriegel mit Fruktan vs. Gluten vs. Placebo	GSRs-IBS Symptomscore Gluten 33.1+-13.3 Fruktan 38.6+-12.3 Placebo 34.3+-13.0
Dale et al 2017	20 Erwachsene mit NCGS, CD-, WA- unter glutenfreier Ernährung	Plazebokontrollierte Provokation mit Glutenmuffins 4x für je 4 Tage + 3 Tage Washout	Signifikant mehr Symptome unter Placebo 4 Patienten konnten Glutenmuffins identifizieren, hier Symptomscores nicht signifikant erhöht
Dionne et al 2017	Review Erwachsene mit Reizdarmsyndrom 2 RCTs GFD vs Kontrolle 111 Teilnehmer 7 RCTs low FODMAP vs Kontrollen 397 Teilnehmer	Heterogen, Verblindung und FODMAP Elimination meist unklar	Low FODMAP zeigte weniger globale Symptome (RR 0.69 CI 0.54-0.88), GFD Effekt wurde nicht statistisch signifikant (RR 0.42, 0.11-1.55) Qualität der Daten nach GRADE Kriterien „sehr niedrig“ Oft heterogene Kontrollgruppen und Designs
Elli et al 2016	140 Erwachsene mit vermuteter NCGS, 98 Patienten erhielten Glutenchallenge (CD-, WA-)	3 Wochen glutenfrei, dann randomisiert in Gluten vs Placebo für 1 Woche mit Crossover	10 cm VAS bzgl Symptomen sowie SF36 HrQoL, CrP, Eisenstoffwechsel, Transaminasen 14 % der Patienten empfanden nach Gutenwiedereinführung Verschlechterung der Symptome
Zanini et al 2015	35 Erwachsene mit selbstdiagnostizierter NCGS, CD-WA-	Randomisiert kontrolliert doppelblind Fructan high (0,8g/100g) vs low. 0,16g/100g) 10 Tage, 2 Wochen washout, dann crossover	Identifikation von Provokation mit Gluten 34 % pos, 49 % intermediär, 17 % negativ
Zanini et al 2014	25 Erwachsene mit selbstdiagnostizierter NCGS, CD-WA-	Randomisiert kontrolliert doppelblind 10g Gluten 10 Tage, 2 Wochen washout, dann low FODMAP für 8 Wochen	Identifikation von Provokation mit Gluten n=8 pos, 12 intermediär, 5 negativ
Biesiekierski et al 2013	37 Erwachsene mit Reizdarm und NCGS Kriterien (CD-, WA-)	GFD und 2 Wochen low FODMAP, dann randomisiert 16g Gluten vs. 2g Gluten vs. 14g Weizenprotein vs. Kontrolle 3 Tage, Washout 2 Wochen, crossover 3 Tage	VAS gastrointestinale Symptome, Bauchschmerzen, Blähung, Stuhlkonsistenz und Müdigkeit, Übelkeit während FODMAP besser. Verschlechterung der Symptome bei 16 % in Hochdosisgluten, 3 Patienten in Placebo
Biesiekierski et al 2011	34 Erwachsene mit Reizdarmsyndrom unter GFD (CD-, WA-)	6 Wochen plazebokontrolliert glutenhaltige vs glutenfreie Brotscheiben und Muffins	Unter Gluteneinführung signifikant mehr Symptome, Bauchschmerzen, Blähungen und Unzufriedenheit mit Stuhlbeschaffenheit sowie Müdigkeit
Peters et al 2014	22 Erwachsene mit Reizdarm und symptomatischer Verbesserung unter GFD (CD-, WA-)	GF und low FODMAP, dann Rechallenge mit Gluten, Weizen oder Placebo für 3 d, dann crossover	Depressionsscore in Glutenphase signifikant schlechter als Placebo aber identisch zu Weizen

ten eine Symptomverbesserung unter glutenfreier Diät an.^{26, 27} Aber auch Patienten mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung geben häufiger (ca. 28 %) eine Gluten-Sensitivität an.²⁸

Während der immunologische Prozess von Entstehung und Aufrechterhaltung der Zöliakie zu großen Teilen aufgeklärt ist, liegt dieser für NCGS noch weitgehend im Dunkeln. Es werden Dysregulationen des angeborenen Immunsystems vermutet.^{29, 30} Bei NCGS-Patienten wurden Veränderungen in der Permeabilität der Mukosa, des Reizdarmsyndroms (engl. Irritable bowel syndrome IBS) angenommen.

Unterschiede zwischen gesunden (erwachsenen) Menschen und NCGS-Patienten zeigten sich im Stuhlmikrobiom, wo bei Gesunden mehr Bacteroides und weniger Firmicutes vorhanden waren. Diese Veränderungen finden sich aber in ganz ähnlicher Weise auch beim Reizdarmsyndrom.^{31, 32} Wenn man NCGS-Patienten einer FODMAP-armen vs. einer GFD glutenfreien Diät (GFD) unterzog, zeigte sich eine Zunahme der Bacteroides und eine Abnahme der Firmicutes, die sich bei Gesunden unter GFD nicht einstellten.

Zum Leidwesen des Kliniklers existieren für NCGS keine Biomarker noch konnten bisher genetische Prädispositionen identifiziert werden. Kandidaten wie eosinophiles kationisches Protein, fäkaler pH, fäkales Betadefensin2, Calprotectin oder Harnstoffkonzentrationen brachten keinen diagnostischen Wert.³³ Für Erwachsene existiert mit den diagnostischen Kriterien der sog. Salerno Gruppe zumindest ein expertenbasierter Leitfaden für die Diagnosestellung, bei der eine gastrointestinale Symptomskalierung und eine doppelblinde placebokontrollierte Glutenbelastung mit 8 g Gluten/Tag gefordert wird.³⁴ Nur 20 % der selbstdiagnostizierten NCGS-Patienten in einer doppelblind placebokontrollierten Studie konnten glutenhaltige Muffins von solchen ohne Gluten unterscheiden. Die stärksten Symptome wurden mit Placebo beschrieben.³⁵⁻³⁷

Bei der Frage, welche Bestandteile des Weizens als Verursacher gastrointestinaler Symptome in Frage kommen, finden sich neben ATIs (Amylase-Trypsin-Inhibitoren) und Weizenkeim-Agglutininen (engl. Wheat Germ Agglutinines, WGAs) auch FODMAPs, welche aber auch in ei-

ner Vielzahl anderer Lebensmittel vorkommen.^{38, 39} ATIs, deren ursprüngliche Funktion im Weizen der Schutz vor Parasiten ist, aktivieren im Menschen TLR4 (Toll-like-Receptor 4) und führen hierüber zu einer Hochregulation proinflammatorischer Zytokine. In neueren Weizenzüchtungen sind nach dem Backvorgang höhere Bioaktivitäten nachweisbar, auch z.B. in Hafer mit geringerer Aktivität. (Hafer <10 %, Reis/Mais <2 %).^{40, 41} WGAs werden unzureichend durch intraluminale Enzyme abgebaut, sie binden an N-Acetyl-D-Glucosamine und Neuraminsäuren des Darmepithels, üben zytotoxische Effekte aus und führen im Zellmodell zur Reduktion des transepithelialen Widerstands sowie des Transports von Dextranen, was auf eine vermehrte Permeabilität der Membran hinweist.⁴²

Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass NCGS-Patienten im Vergleich zu Gesunden zwar ein niedrigeres Risiko für die Entwicklung arterieller Hypertension und einen geringeren BMI aufweisen, aber häufiger Anämien und niedrige Folsäurespiegel zeigen.⁴³ Bezüglich der Knochendichte liegen NCGS-Patienten zwischen Zöliakie- und Reizdarm-Patienten.⁴⁴ Im Gegensatz zur Zöliakie, deren breites Komplikationsspektrum (s.o.) durch eine strikte und lebenslange glutenfreie Diät vermeidbar ist, gibt es bisher für die NCGS keine gesicherten Erkenntnisse über langfristige Komplikationen.

In der Beurteilung solcher Kostformen sollte immer auf den hohen Anteil von Patienten mit funktionellen Bauchschmerzen hingewiesen werden, die auch auf Placebo ansprechen. So berichten ca. 50 % der Reizdarmpatienten von gebesserten Symptomen bei einer GFD.²⁷ In einer Studie der Universität Oslo wurden 59 Personen mit glutenfreier Ernährung, aber ohne Zöliakie doppelblind mit Müsliriegeln mit Gluten oder Fruktanen oder Placebo im Rahmen eines Crossover Designs provoziert. Hier zeigte sich ein erheblich stärkeres Ansprechen relevanter Symptome wie Blähungen, Durchfall, Verstopfung und Bauchschmerzen bei den Fruktanen.¹⁵ Die Bedeutung von Gluten wird weiter in Frage gestellt, da eine Kost mit wenigen FODMAPs auch bei NCGS Symptome deutlich reduziert.⁴⁵ Eine der wenigen veröffentlichten pädiatrischen Daten konnte minimal geringere Bauchschmerzepisoden unter niedriger

FODMAP-Belastung (0,15g/kg/KG/d) bei Kindern (n=8) zeigen.⁴⁶

Wichtige ernährungstherapeutische Faktoren sind: Berücksichtigung der individuellen Ernährungssituation und des Essverhaltens, keine Pauschalverbote aussprechen, gemeinsam mit den Patienten und Eltern eine klare Struktur und Anleitung finden, damit diese zum Teil sehr einschneidende Diät zielführend ist und Mangelerscheinungen vorgebeugt werden. Die Ernährungsintervention muss jederzeit kalorien- und nährstoffbilanziert sein. Kombiniert wird die Diät mit engmaschigem Kontakt zur Ernährungsfachkraft (Telefon, Mail, Visiten), Beschwerdeprotokoll und ggf. Stuhlprotokollen. Testungen sollten in Alltagssituationen erfolgen, mit altersentsprechenden Mengen des jeweiligen Lebensmittels. Vertragen und wieder in die Ernährung aufgenommen werden Lebensmittel, bei denen es nach dreimaligem „Testen“ zu keiner Symptomverschlechterung gekommen ist. Häufig werden nach einer FODMAP-Diät im Anschluss wieder mehr Lebensmittel vertragen, was auch in einem bewussteren Umgang und einer Auswahl der Lebensmittel liegen kann.

Diagnostisches Vorgehen und therapeutische Ansätze bei vermuteter NCGS bzw. Reizdarm im Kindes- und Jugendalter

Bei vermuteter NCGS sollten zunächst Differenzialdiagnosen, wie z.B. Fruktose-/Laktosemalabsorption, Zöliakie, Nahrungsmittel- bzw. Weizenallergie, Reizdarm, aber auch chronisch entzündliche Darmerkrankungen, ausgeschlossen werden. Die Übertragbarkeit der vorwiegend bei Erwachsenen gewonnenen Daten zur NCGS auf Kinder und Jugendliche ist begrenzt, pädiatrische Daten liegen (noch) nicht vor.

Diagnostisch empfiehlt sich bei weiter bestehendem Verdacht eine doppelblinde placebokontrollierte Belastung mit Gluten (Placebo:Verum-Verhältnis von mindestens 2:1).^{23, 47} Im Anschluss sollte nach aktueller Studienlage ein Therapievorschlag mit Eliminationsdiäten inkl. FODMAP erwogen werden. Ein multidisziplinärer Ansatz (ärztlich und ernährungstherapeutisch) sollte mit ausführlicher Beratung über Chancen und Risiken, einer engen Begleitung und Kontrolle der

Symptomatik einhergehen sowie eine psychologische bzw. psychosomatische Anbindung miteinschließen.

Fazit für die Praxis

In der Evaluation chronischer Bauchschmerzen empfiehlt sich ein einheitliches diagnostisches Vorgehen, wobei relevante Differenzialdiagnosen wie Zöliakie, Weizenallergie und Reizdarm ausgeschlossen werden sollten, bevor die Diagnose Nicht-Zöliakie Glutensensitivität ausgesprochen wird. Diese erfordert zur klaren Diagnostik eine doppelblin-

de placebokontrollierte Glutenbelastung (DBPCFC) wobei ein Placebo zu Verum Verhältnis von 2:1 nicht unterschritten werden sollte. Erst wenn diese negativ verläuft, kann eine Eliminationsdiät inkl. FODMAP nach sorgfältiger Planung mit Patienten und Familie individuell durchgeführt werden, sollte aber stets unter enger Führung einer Ernährungsfachkraft sowie des betreuenden Kinderarztes erfolgen, damit Risiken wie Gewichtsverluste, Mangelerscheinungen und Nährstoffdefizite minimiert werden.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:

Priv.-Doz. Dr. med. Jan de Laffolie
Abteilung Allgemeine Pädiatrie
und Neonatologie, Zentrum für
Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Justus-Liebig Universität
Feulgenstr 12, 35392 Giessen
E-Mail: jan.delaffolie@
paediat.med.uni-giessen.de

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein
Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Kann die pränatale mütterliche Vitamin D-Supplementierung Schmelzdefekte beim Nachwuchs verhindern?

**Prenatal vitamin D and enamel hypoplasia in human
primary maxillary central incisors: a pilot study.**

Reed SG et al., *Pediatr Dent J* 2017 Apr; 27(1): 21-28

**Association of High-Dose Vitamin D Supplementation During
Pregnancy With the Risk of Enamel Defects in Off-
spring: A 6-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial.**

Nørrisgaard PE et al., *JAMA Pediatr* 2019 Aug 5 [epub ahead
of print]

Entwicklungsbedingte Schmelzdefekte betreffen bis zu 38% aller Schulkinder. Sie führen zu Überempfindlichkeit der Zähne, Schmerzen, Karies und bei einigen Betroffenen zu Zahnextraktionen. In einer von Reed et al. durchgeführten randomisierten Pilotstudie mit 37 Kindern, deren Mütter im Rahmen einer randomisierten Studie in der Schwangerschaft Vitamin D erhalten hatten, wurden mehr Schmelzdefekte bei Kindern von Müttern mit niedrigen Serum-Vitamin D-Spiegeln nachgewiesen. Ein kausaler Zusammenhang konnte mit dieser Studie vermutet, aber noch nicht gesichert werden. Die Autoren der aktuellen randomisierten klinischen Studie, Nørrisgaard et al., haben jetzt an einer größeren Probandengruppe den Einfluss einer hochdosierten Vitamin-D-Supplementierung bei schwangeren Frauen auf Schmelzdefekte und Karies bei ihren Nachkommen untersucht werden.

Diese Post-Hoc-Analyse wurde im Rahmen einer doppelblinden, einzentrischen, randomisierten klinischen Studie, der Copenhagen Prospective Studies on Asthma in Childhood 2010 cohort (COPSAC2010), durchgeführt. In die 2009 begonnene Studie wurden 623 Frauen in der 24. Schwangerschaftswoche (SSW) aufgenommen. Eine zahnärztliche Untersuchung konnte bei 496 ihrer Kinder im Alter von 6 Jahren durchgeführt werden.

Zur Intervention erhielten die Schwangeren ab der 24. SSW bis 1 Woche nach der Geburt hochdosiertes Vitamin D3 (2400 IU/d; N = 315) oder entsprechende Placebo-Tabletten (N = 308). Alle Frauen erhielten 400 IE/d Vitamin D3 als Teil der Standardversorgung. Schmelzdefekte wurden so definiert, dass mindestens 1 Molar eine abgegrenzte Opazität, einen Schmelzabbau und/oder atypische Heilung aufwies. Karies wurde nach dem Standard der Weltgesundheitsorganisation als kariöse, fehlende oder gefüllte Oberflächen (DMFT decayed missing filled teeth) sowohl im Milch- als auch im Dauergebiss definiert.

Das Risiko von Schmelzdefekten im bleibenden Gebiss war bei den Nachkommen von Müttern, die während der Schwangerschaft eine hochdosierte Vitamin-D-Supplementierung von 2400 IE/d erhielten, geringer als bei der Standarddosis von 400 IE/d (15,1% [n = 26 von 172] gegenüber 27,5% [n = 44 von 160]; Quotenverhältnis [Odds Ratio-OR] 0,47; 95% KI 0,27-0,81). Ein vergleichbarer Zusammenhang wurde für das

Milchgebiss beobachtet (8,6% [n = 21 von 244] vs. 15,9% [n = 40 von 252]; OR 0,50; 95% KI 0,28-0,87). Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Vitamin D-Supplementierung und Karies.

Eine hochdosierte Vitamin-D-Supplementierung während der Schwangerschaft war mit einer um etwa 50% reduzierten Wahrscheinlichkeit für Schmelzdefekte bei den Nachkommen verbunden. Die Ergebnisse lassen auf den präventiven Nutzen der pränatalen Vitamin D-Supplementierung zur Vermeidung von Schmelzdefekten schließen.

Kommentar

Die Zahngesundheit von Kindern hat sich in den industrialisierten Ländern nach der Identifikation von Risikofaktoren und einer sich daraus ableitenden besseren Prävention signifikant verbessert. Während die Kariesprävalenz zurückgegangen ist, haben pränatal entstandene Schmelzdefekte zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Pränatale Schmelzdefekte werden unterstellt, wenn die betroffenen neuen Zähne einen bräunlich verfärbten, hypomineralisierten und porösen Schmelz aufweisen. Die betroffenen Zähne können leicht brechen und müssen häufig früh extrahiert werden. Dies gilt besonders für die ersten permanenten Backenzähne. Erhöhte Serum-Vitamin D-Spiegel sind auch negativ mit dem Auftreten sogenannter Kreidezähne (molar-incisor hypomineralization) verbunden. Der Mangel an Vitamin D wird heute in vielen Gesellschaften als ein allgemeines gesundheitliches Problem gesehen. Vitamin D spielt eine Schlüsselrolle bei der Knochenmineralisation und bei der Schmelzbildung. Tierexperimentelle Studie zeigen, dass die Amelogenin-Gen-Expression von 1,25-dihydroxyvitamin D3 in vivo beeinflusst wird. Höhere Serum-Vitamin D-Spiegel scheinen auch klinisch mit einer besseren Zahngesundheit verbunden zu sein. In einer aktuellen Studie mit Ureinwohnern Alaskas konnten Singleton et al. zeigen, dass Neugeborene mit einem Vitamin D-Mangel (<30 nmol/L) im Nabelschnurblut im Alter zwischen 12 und 35 Monaten einen zweifach höheren DMFT-Score als Neugeborene ohne Vitamin D-Mangel aufweisen. Obwohl eine Vitamin D-Supplementierung in der Schwangerschaft von den Gesundheitsbehörden in vielen europäischen Ländern empfohlen wird, belegen zahlreiche Studien, dass die empfohlene Dosis nicht ausreicht, um optimale Serum-Vitamin

D3-Werte während der Schwangerschaft und auch während der Stillzeit zu erreichen. Nørrisgaard et al. konnten jetzt an einer großen randomisierten Probandengruppe zeigen, dass eine höhere Vitamin D-Supplementierung ab der 24.SSW (2400 IE versus 400 IE) das kindliche Risiko für Schmelzdefekte im Alter von 6 Jahren etwa halbiert. Damit scheinen höhere Serum-Vitamin D-Spiegel einen hohen Einfluss auf die allgemeine Zahngesundheit zu besitzen. Aufgrund des randomisierten kontrollierten Studiendesigns darf ein hohes Maß an kausaler Verknüpfung zur Sicherung des Zusammenhanges angenommen werden. Eine unzureichende Vitamin D-Versorgung in der Schwangerschaft wird mit einer Vielzahl weiterer Schwangerschaftsrisiken verknüpft (Präeklampsie, Gestationsdiabetes, Frühgeburtlichkeit und Mangelgeburtlichkeit („small for gestational age infants“)). Eine Kausalität ist hierbei noch nicht hinreichend bewiesen. Es mag aber in jedem Fall sinnvoll sein, in der Schwangerschaft und Stillzeit auf einen ausreichenden mütterlichen Serum-Vitamin D-Status zu achten, nicht nur wegen der Zahngesundheit.

Literatur

Reed SG et al. Prenatal vitamin D and enamel hypoplasia in human primary maxillary central incisors: a pilot study. *Pediatr Dent J* 2017 Apr; 27(1): 21-28

Nørrisgaard PE et al. Association of High-Dose Vitamin D Supplementation During Pregnancy With the Risk of Enamel Defects in Offspring: A 6-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 2019 Aug 5 [epub ahead of print]

Pitts NB et al. Dental caries. *Nat Rev Primers* 2017 May 25; 3: 17030

Kühnisch J et al. Elevated serum 25(OH)-vitamin D levels are negatively correlated with molar-incisor hypomineralization. *J Dent Res* 2015 Feb; 94(2): 381-387

Schwendicke F et al. Global burden of molar incisor hypomineralization. *J Dent* 2018; 68: 10-18

Papagerakis P et al. Evidence for regulation of amelogenin gene expression by 1,25-dihydroxyvitamin D(3) in vivo. *J Cell Biochem* 1999 Dec; 76(2): 194-205

Hollis BW, Wagnr Cl. Assessment of dietary vitamin D requirements during pregnancy and lactation. *Am J Clin Nutr* 2004 May; 79(5): 717-726

Singleton R et al. Association of Maternal Vitamin D Deficiency with Early Childhood Caries. *J Dent Res* 2019 May; 98(5): 549-555

Schroth RJ et al. Vitamin D status of children with severe early childhood caries: a case-control study. *BMC Pediatr* 2013 Oct 25; 13: 174

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr



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

China: Roboter überprüfen Gesundheit bei Kindern

Gesundheitschecks bei Kindern per Roboter sind in China im Kommen. Das Modell von Walklake ist bereits in mehr als 2.000 Kindergärten und Vorschulen im Einsatz. // Die chinesische Regierung fordert seit 2016 einen täglichen Gesundheitscheck bei Kindern in Kindergärten, um die Ausbreitung von Krankheiten frühzeitig zu erkennen. In den meisten Einrichtungen nehmen ihn immer noch Krankenschwestern vor. Doch in mehr als 2.000 chinesischen Kindergärten und Vorschulen kommt inzwischen ein Roboter namens Walklake zum Einsatz, das berichtet das Magazin .

Tägliches Untersuchungsritual

Bei dem Morgenritual beugen sich die Kinder kurz herunter, um auf Augenhöhe mit dem Roboterkopf zu sein. Sie legen ihre Hände in sein Bauchfach und öffnen den Mund. Innerhalb von drei Sekunden prüft der Roboter mit einer Infrarotkamera sowie mehreren normalen Digicams Augen, Rachen und Hände auf Symptome wie Fieber, Rötungen und Pusteln auf der Haut.

Der chinesische Roboter-Hersteller versichert, so Hinweise auf mehr als 20 Erkrankungen wie Bindehautentzündung, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Grippe und Rachenentzündungen zu finden. Entdeckt er auffällige Symptome, hebt er sie in den Kamerabildern auf seinem Seiten-Display hervor und nennt die Diagnose. Eine Krankenschwester oder ein Lehrer entscheidet dann, ob das Kind zu einem Arzt oder nach Hause gehen sollte.

Zur Visite beim Gesundheitsroboter

„Für ein strukturiertes Screening kann das System einen Beitrag leisten“, sagt Thomas Neumuth, stellvertretender Direktor des Leipziger Innovationszentrums für Computer-assistierte Chirurgie und Spezialist für modellbasierte Medizin. Die Messtechnologien sind laut Neumuth weitgehend etabliert. Wie verlässlich das System ist, sei ohne Veröffentlichungen allerdings schwer zu sagen. „Positiv ist aber auf alle Fälle, dass es die



Kinder nicht gleich nach Hause schickt, sondern zu Fachpersonal für weitere Untersuchungen.“

Vielfältige Einsatzmöglichkeiten – Datenschutz spielt keine Rolle

Auch wenn Walklake keinen medizinischen Grund zur Sorge findet, sendet er die gesammelten Daten an die Kindergartenleitung. Dem Hersteller zufolge lässt sich der Gesundheitsroboter auch für andere Aufgaben nutzen. So scannt er etwa beim Abholen die Gesichter der Eltern oder Großeltern und gleicht die Aufnahmen mit hinterlegten Fotos ab. Darüber hinaus kann er Betreuer vertreten, Kinder zu Klassenräumen geleiten oder als Hilfslehrer Lieder und Geschichten abspielen.

Roboter-Assistenten im Kommen

KI-Experten wie Joanna Bryson von der britischen University of Bath mahnen

allerdings zu besonderer Sorgfalt bei der Datensicherung. Sie empfiehlt, solche sensiblen Daten möglichst nicht dauerhaft zu speichern. Sie sieht aber auch die Vorteile: Die Roboter könnten die Kinder dazu animieren, lästige Untersuchungen bereitwilliger mitzumachen. „Wir sind endlos fasziniert von Geräten, die menschenähnlich aussehen und sich kontrollieren lassen“, sagt Bryson.

Medizinische Robo-Assistenten sind in China offenbar im Kommen. Auch andere Unternehmen bieten Maschinen für Gesundheitschecks an Kindern an. Darüber hinaus bestand 2017 sogar ein Roboter des chinesischen Herstellers iFlytek die Abschlussprüfung für Ärzte und erzielte mit 456 Punkten 96 Punkte mehr als erforderlich. Seitdem assistiert er Ärzten im Regionalkrankenhaus von Anhui – bislang noch als Pilotprojekt.

Quelle:

Veronika Szentpetery-Kessler
heise online – News – 07/2019

China: Roboter überprüfen Gesundheit bei Kindern

Link: <https://www.digitaltrends.com/cool-tech/china-preschool-health-check-robot/>

<https://www.sciencemediacenter.de/angebote/research-in-context/details/news/algorithmus-diagnostiziert-kinderkrankheiten-im-krankenhaus/>

Red.: WH

Gold glänzt nicht immer, oder ist Gold doch die Anlageform für die Zukunft?

Alle Medien berichten über Inflation. Für den Anleger hat die Frage nach der Geldentwertung natürlich auch noch andere Aspekte. Zum Beispiel: Auf welche Anlageformen soll ich denn nun setzen? Natürlich kann ich Ihnen nicht sagen, was da für die kommenden Zeiten die beste sein müsste.



Tilo Croonenberg

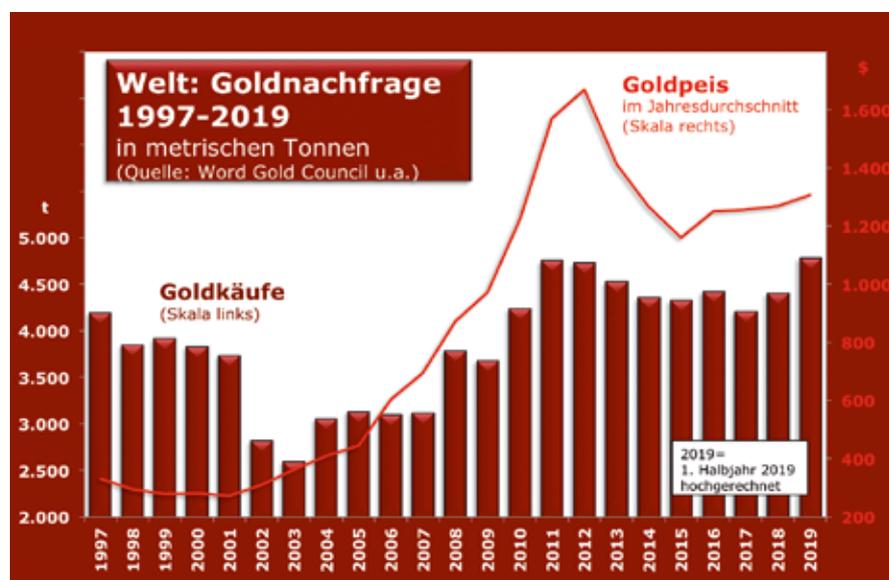
Solange Trump mit zusätzlichen Strafzöllen im Handelsstreit gegen China droht, haben wir in solchen wirtschaftlichen unruhigen Zeiten eher einen positiven Trend im Gold zu erwarten. Zudem haben die Zentralbanken in den letzten Wochen eher verkündet, dass die Zinsen nicht steigen werden, sondern fallen. Und wenn es bei Anleihen keine oder kaum noch Zinsen gibt, dann liegt Gold wieder im Fokus der Anleger, denn hier gibt es ja auch keine Verzinsung, was bei hoher Verzinsung der Anleihen ja immer wieder als Nachteil im Vergleich zu Gold gesehen wird. Bitte beachten Sie aber auch die Wechselkurspekulation, denn Gold wird ja bekanntlich in Dollar gemessen und damit hängt viel von der Entwicklung des Euro/Dollar Kurs ab.

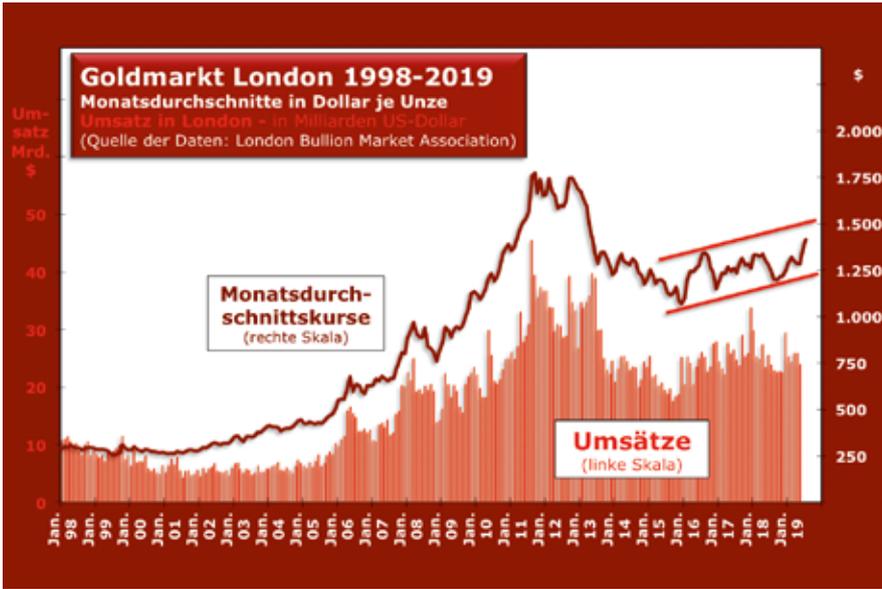
Gerne zeige ich Ihnen einmal die Entwicklung in der Vergangenheit auf.

Ich habe Ihnen mal für die letzten gut drei Jahrzehnte typische Anlagen gegeneinander laufen lassen. Aus Gründen meiner Datenbeschaffung sind das Anlagen in US-Dollar. Aber die Werte liegen so signifikant auseinander, dass auch eine Umrechnung in Euro keine völlig anderen Aussagen bringen würde. Schaut man

rein auf die Preise, lässt also Dividenden und Mieten weg, dann kann man klar feststellen: **der klassische Inflationsschutz Gold und Immobilien konnte gegenüber der Aktie nicht bestehen.** Während die Blue Chips im Dow Jones eine Verdreizehnfachung der Kurse schafften, mussten sich die Goldjünger mit einer guten Verdreifachung zufrieden geben.

Bleiben wir mal ein bisschen beim Gold, da die Branchenorganisation „World Gold Council“ gerade Zahlen für Angebot und Nachfrage im 1. Halbjahr 2019 vorgelegt hat. In diesem Zeitraum lag die Nachfrage wieder auf dem Topniveau von 2011 und 2012. Kein Wunder demnach, dass die Preise des gelben Metalls zuletzt deutlich anzogen. Man sieht das in der roten Kur-



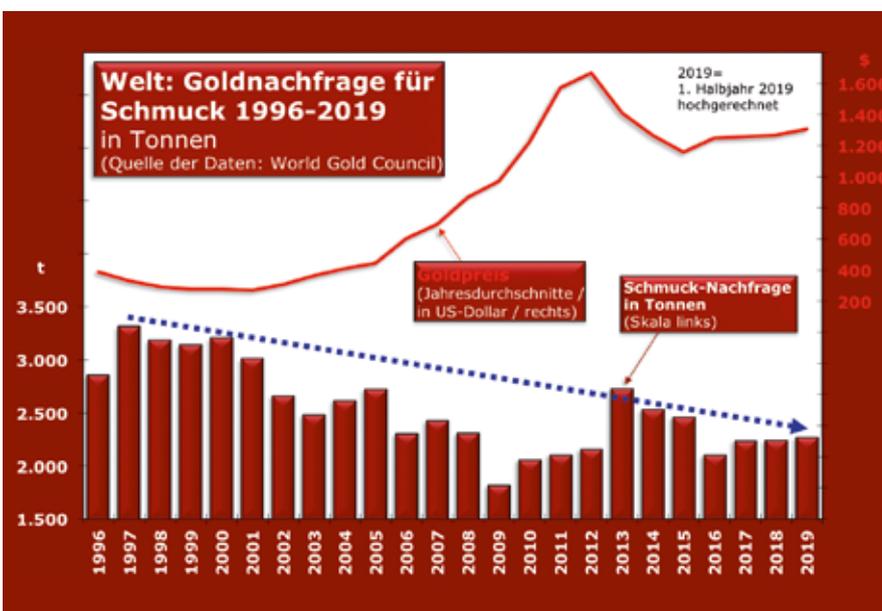
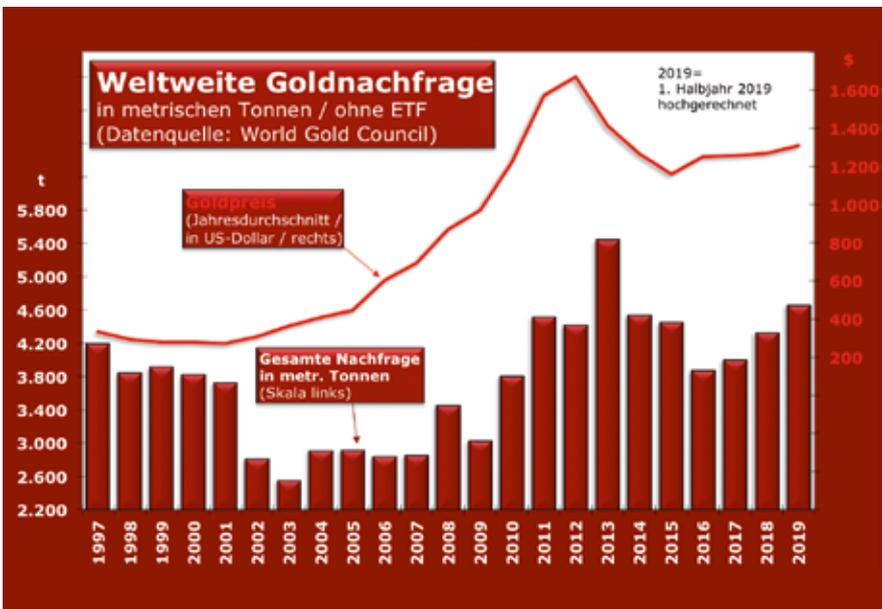


ve des Schaubilds nicht so recht, weil das alles Durchschnittspreise sind.

Aktuelle Entwicklung

Wenn Sie einen Blick auf die aktuelle Entwicklung werfen möchten, gibt der folgende Chart bis einschließlich Juli 2019 einen besseren Eindruck. Allerdings zeigt auch er, dass die goldenen Glanzzeiten mit Monatsdurchschnitten von über 1.700 Dollar/Unze noch ein ganzes Stückchen entfernt sind.

Der große Swingfaktor in der Nachfrage sind heutzutage die ETFs. (Exchange-Traded Funds sind Investmentfonds, die die Wertentwicklung eines Börsenindex – wie beispielsweise den DAX – passiv nachbilden. Sie werden deshalb auch als Indexfonds bezeichnet. Ein ETF gibt Ihnen Zugang zu einem breiten Portfolio aus Aktien, Anleihen oder anderen Anlagekategorien wie Rohstoffen). Der Grund ist einfach: kurz- oder allenfalls mittelfristig orientierte Anleger bevorzugen diese Fonds, weil sie über Investitionen in ETFs schnell ins Gold ein- und bei Bedarf auch wieder aussteigen können. Im 1. Halbjahr kauften diese Vehikel netto 516 Tonnen Gold am Markt zu, um damit ihre Zertifikate zu unterlegen. Hält der Trend so an, wären das ganzjährig über 1.000 Tonnen und damit ein absoluter Rekord. Der bisherige Rekordhalter ist das Jahr 2016 als 547 Tonnen bei den ETFs landeten. Doch das Glück für die Goldfreunde kann flüchtig sein: 2013 verkauften die Fonds stolze 912 Tonnen und rissen damit den Kurs nach unten. Ohne die ETFs ist die klassische Goldnachfrage für Barren, Schmuck und Industrie denn auch noch ein ganzes Stück von den alten Hochs entfernt.



Schauen wir mal auf so einen Klassiker: die Schmuckbranche als Abnehmer. Obwohl der indische Absatz (Hochzeiten!) im ersten Halbjahr gut gewesen sein soll, bleibt die Goldnachfrage aus diesem Bereich absolut normal. Zwar nimmt der Schmuckbereich mit Abstand das meiste des geförderten Goldes auf, aber im sehr langfristigen Trend geht die Nachfrage eher zurück (siehe blaue Markierung). Das dürfte ganz schlicht mit den im Trend gestiegenen Preisen zusammenhängen.

Noch deutlicher wird dieser Zusammenhang zwischen Preis und Schmucknachfrage, wenn man den Anteil des Schmucks an der Gesamtnachfrage für Gold zeigt. Da begann der Niedergang

der Bedeutung just in den ersten Jahren des Preisaufschwungs.

Ein anderes, in der Branche gerne kolportiertes Märchen ist die Erschöpfung der Goldminen. Beim heutigen Preisniveau, so die Darstellung, würde sich die Erschließung nicht mehr recht lohnen. Und mit der Zeit sei dann mit einem Produktionsrückgang zu rechnen. Mit entsprechendem Preisanstieg selbstredend verbunden. Ich bin da zu wenig Fachmann um die Investitionen der Goldindustrie bis ins Letzte zu durchleuchten. Tatsache aber ist: bisher kann von einem Rückgang nicht gesprochen werden, auch 2019 dürfte es im elften Jahr in Folge zu einem Förderrekord kommen.

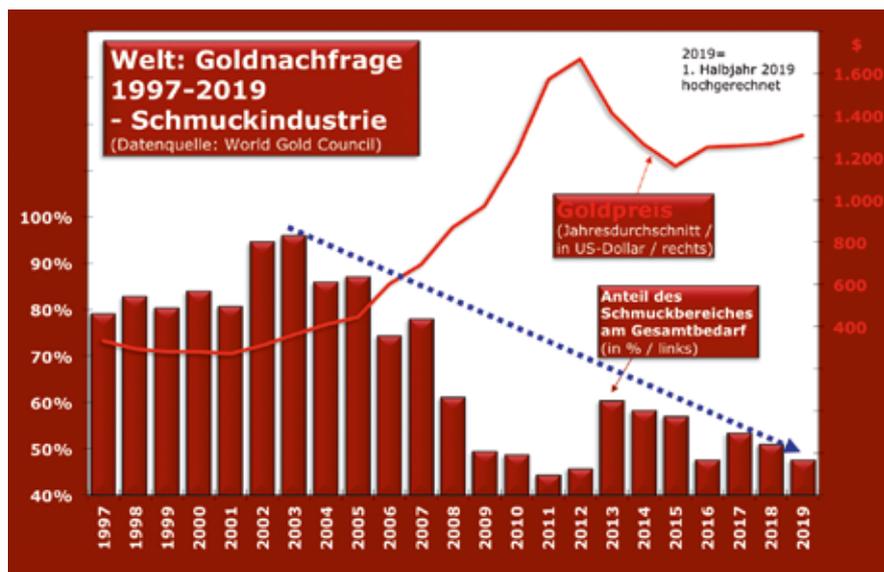
Nun wissen Sie etwas mehr vom edlen Metall und können sich nun überlegen ob Sie wirklich auch in Gold investieren wollen oder eher nicht.

Weiterhin gilt: Die Streuung des Vermögens in einzelne und verschiedene Anlageklasse ist ganz wichtig für den langfristigen Erfolg. Daher gibt es auch wie immer viele Investoren, die auf Gold setzen, aber auch viele, die lieber anderen Anlageklassen den Vorzug geben.

Korrespondenzanschrift:

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

Red.: WH



Aus einer Pressemitteilung des BMG vom 01. Juli 2019 zum Ausscheiden der bisherigen Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat am 01. Juli die Drogenbeauftragte der Bundesregierung **Marlene Mortler** aus ihrem Amt verabschiedet. Zum 2. Juli übernimmt Frau Mortler ein Abgeordnetenmandat im Europaparlament in Brüssel.



Bildquelle: Elaine Schmidt

(...) Marlene Mortler war mehr als fünf Jahre Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Am 15. Januar 2014 hatte sie das Amt übernommen. Frau Mortler kümmerte sich besonders darum, die Ausbreitung neuer Designerdrogen und insbesondere von Crystal Meth in Deutschland zu verhindern und engagierte sich für

eine bessere Versorgung für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Die ehemalige Drogenbeauftragte startete wiederholt Aufklärungskampagnen und übernahm die Schirmherrschaft vieler Präventionsaktivitäten (z.B. „bunt statt blau“).

Zusammenstellung:

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

EsKiMo II: Befragung zum Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen



Die Ernährung spielt eine bedeutende Rolle für die Gesundheit, insbesondere für Kinder und Jugendliche. In der Ernährungsstudie EsKiMo (Ernährungsstudie als KiGGS-Modul) wurde im Jahr 2006, in Ergänzung zu der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, 2003 – 2006), das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren detailliert erhoben. Das gleiche Ziel verfolgt EsKiMo II innerhalb von KiGGS Welle 2 (2014 – 2017).

Wichtige Ergebnisse zusammengefasst

- Mit dem Ausbau des Ganztagschulsystems hat die Bedeutung eines bedarfsgerechten **Verpflegungsangebots an Schulen** zugenommen. Etwa zehn Jahre nach der ersten „Ernährungsstudie als KiGGS-Modul“ (EsKiMo I; 2006) wurde die Ernährungsstudie (EsKiMo II; 2015–2017) erneut durchgeführt, welche auch aktuelle Angaben zu Angebot und Nutzung der Schulverpflegung von 6- bis 17-jährigen SchülerInnen erfasst. **86,8 % der Kinder und Jugendlichen haben die Möglichkeit, in der Schule ein warmes Mittagessen zu erhalten.** In den letzten zehn Jahren haben sich sowohl die Möglichkeit als auch die Nutzung des Angebots verdoppelt. Gründe, weshalb das schulische Mittagsangebot nur von 37,4 % genutzt wird, sind nach wie vor, dass es zu Hause ein warmes Mittag- oder Abendessen gibt, nur vormittags Unterricht stattfindet oder das Essen den SchülerInnen nicht schmeckt. Auch die Organisation der Schulverpflegung wird häufig von den SchülerInnen kritisiert. Qualität und Rahmenbedingungen des Speisenangebots sollten daher verbessert werden, um die Akzeptanz bei Kindern und Jugendlichen zu erhöhen.
- Eine **vegetarische Ernährungsweise** ist v. a. in den vergangenen Jahren stärker in den Fokus der Öffentlich-

keit gerückt. Zehn Jahre nach der ersten „Ernährungsstudie als KiGGS-Modul“ (EsKiMo; 2006) wurde die zweite Ernährungsstudie – EsKiMo II (2015–2017) durchgeführt. Insgesamt wurden **3,4 % Vegetarier** ermittelt (1,5 % bei den 6- bis 11-Jährigen; 5,1 % bei den 12- bis 17-Jährigen). Im Vergleich zu EsKiMo I hat sich die Anzahl an Vegetariern unter den Jugendlichen erhöht. Die Vegetarier sind häufiger Mädchen, Heranwachsende zwischen 12 und 17 Jahre, besuchen häufiger das Gymnasium und stammen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status. Sie nehmen seltener das Schulmittagsangebot in Anspruch, verwenden häufiger Nahrungsergänzungsmittel und treiben häufiger Sport als Nicht-Vegetarier. Vertiefende Auswertungen zur Nährstoffaufnahme und zu Ernährungsmustern von Heranwachsenden mit einer vegetarischen Ernährungsweise können Defizite, die möglicherweise mit einer vegetarischen Ernährungsweise bei Kindern und Jugendlichen einhergehen, aufzeichnen und ggf. Handlungsbedarf identifizieren.

- **Familienmahlzeiten** können einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen leisten. Etwa zehn Jahre nach der ersten „Ernährungsstudie als KiGGS-Modul“ (EsKiMo I; 2006) wurde EsKiMo II (2015–2017) durchgeführt. Diese liefert aktuelle und repräsentative Ergebnisse zu Familienmahlzeiten in Deutschland. Insgesamt hat die Häufigkeit von Familienmahlzeiten innerhalb der letzten zehn Jahre zugenommen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus nehmen signifikant seltener gemeinsame Familienmahlzeiten ein. Bei Jugendlichen, die häufig mit Familienmitgliedern frühstücken, ist der tägliche Verzehr gesüßter Getränke signifikant niedriger und bei Kindern der tägliche Obstverzehr signifikant höher als bei denjenigen, die selten ge-

meinsam frühstücken. Die Ergebnisse von EsKiMo II können dazu beitragen, die Bedeutung von Familienmahlzeiten stärker in den Fokus zu rücken, um deren positive Aspekte zu fördern.

- Das gesellschaftlich vorherrschende Schönheitsideal löst häufig einen starken Schlankheitsdruck aus. Dies kann vor allem bei Jugendlichen zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper führen und den **Wunsch nach Gewichtsreduzierung** hervorrufen. Aktuelle und repräsentative Daten zu den Diäterfahrungen, der in Deutschland lebenden 12- bis 17-Jährigen, liefert die „Ernährungsstudie als KiGGS-Modul – EsKiMo II“ (2015–2017). Die Auswertungen zeigen, dass rund **17% der Jugendlichen in den letzten 3 Jahren mindestens eine Diät zur Gewichtsreduzierung** durchgeführt haben, wobei dies für Mädchen signifikant häufiger gilt als für Jungen. Von den Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas haben 40% bereits Diäterfahrung. Der Median der Dauer einer durchschnittlichen Diät beträgt 30 Tage. Die Ergebnisse aus EsKiMo II zeigen eine beträchtliche Prävalenz an Diäterfahrung unter Jugendlichen. Damit besteht ein erheblicher Bedarf an geeigneten Angeboten zur Gewichtsreduzierung bei Übergewicht und Adipositas.

Links: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/ConceptsMethods/JoHM_02S3_2017_EsKiMo.pdf?__blob=publicationFile

<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/E/Eskimo/Eskimo.html>

Zusammenstellung nach Angaben des RKI:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Children's Worlds+ (Gesamtauswertung)

Eine Studie zu Bedarfen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

1. Auflage 2019, 176 Seiten (PDF)

Kinder und Jugendliche können sehr gut Auskunft geben, was aus ihrer Sicht für ein gutes Leben und Aufwachsen unabdingbar ist bzw. wo sie Mangel und Verzicht erleben. Das zeigt die Gesamtauswertung der aktuellen Welle der internationalen Befragung „Children's Worlds“. In Deutschland wurde diese repräsentative Befragung von 3.450 Acht- bis Vierzehnjährigen um Fragen zu ihren Bedarfen sowie 24 qualitative Gruppendiskussionen erweitert und erscheint daher unter dem Titel Children's Worlds+.

Zielsetzungen der Studie

Das Ziel der Gesamtauswertung von Children's Worlds+ ist es, vertiefte Einblicke in die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu geben, über deren Versorgungsgrad zu informieren sowie Mangel- und Defiziterfahrungen herauszuarbeiten.

Dies wird im Abschlusskapitel gebündelt aufbereitet. Darüber hinaus geht es im Schlusskapitel auch um Überlegungen zur Realisierung von Bedarfserhebungen für und mit Kindern und Jugendlichen. Insgesamt hoffen wir mit der Gesamtauswertung eine weitere Präzisierung der Forderung „Politik vom Kind aus denken“ leisten zu können.

Die Studie arbeitet mit den vier Bedarfsdimensionen aus dem „Konzept für eine Teilhabe gewährleistende Existenzsicherung für Kinder und Jugendliche“.

Diese vier **Bedarfsdimensionen** sind:

1. Rechte, Beteiligung und gute Interaktionen;
2. Zugänge zu guter und bedarfsgerechter Infrastruktur;
3. Zeit, Zuwendung und Fürsorge;
4. Absicherung finanzieller Bedarfe.

Die international vergleichende Studie verfolgt das Ziel, Erfahrungen, Einschätzungen und das WellBeing von jungen Menschen sichtbar zu machen und damit die Chance zu eröffnen, dass deren Stimmen in nationalen politischen Entscheidungsprozessen gehört und junge Menschen strukturell einbezogen werden.

Auf folgende Fragen möchten wir mit der Vorstellung der Gesamtauswertung von Children's Worlds+ eingehen:

- Welche Erkenntnisse lassen sich den vier einzelnen Bedarfsdimensionen zuordnen und wie lassen sich diese interpretieren?
- Welche Unterschiede bei der Befriedigung von Bedürfnissen lassen sich identifizieren?
- Welche strukturellen Defizite liegen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor?
- Welches sind altersübergreifende Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und welche Erfahrungen machen sie?
- Welchen Beitrag leistet Children's Worlds+ für die Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes einer „Teilhabe gewährleistenden Existenzsicherung für Kinder und Jugendliche“?
- Welches Wissen lässt sich aus Children's Worlds+ für die Entwicklung von Bedarfserhebungen bei Kindern und Jugendlichen generieren?

Ergebnisse

Sicherheit und Vertrauen sind entscheidende Themen für Kinder und Jugendliche

Besonders besorgt sind Kinder wegen Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen an Schulen. So beklagen viele Kinder an ihrer Schule im vergangenen Monat gehänselt, absichtlich gehauen oder ausgegrenzt worden zu sein. Je nach Schultyp unterscheiden sich die Erfahrungen: In Gesamt- und Sekundarschulen geben 39 Prozent der Befragten an, mindestens zwei der genannten Übergriffsformen (Hänseln, Hauen, Ausgrenzen) erlebt zu haben, rund 35 Prozent an Haupt- und Realschulen sowie 29 Prozent an Gym-

nasien. Für Jörg Dräger, Vorstand unserer Stiftung, sind die Zahlen erschreckend:

60 Prozent und damit mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen erfährt in der Schule Ausgrenzung, Hänseleien oder sogar körperliche Gewalt, insgesamt ein Viertel fühlt sich an ihrer Schule nicht sicher.

Jörg Dräger, Vorstand der Bertelsmann Stiftung

Viele Jugendliche beklagen zudem, dass in den weiterführenden Schulen zu wenige Vertrauenspersonen für sie zur Verfügung stehen. Je älter die Kinder werden, desto weniger haben sie das Gefühl, dass ihre Lehrer ihnen zuhören und sie ernst nehmen: Bei den Achtjährigen stimmen dieser Aussage noch 79 Prozent sehr bzw. voll zu, bei den Vierzehnjährigen nur noch 57 Prozent. Ihren Eltern und Freunden stellen die Jugendlichen ein gutes Zeugnis aus – sie hören ihnen in den allermeisten Fällen zu, nehmen sie ernst und sind bei Problemen für sie da. Sie erkennen aber sehr wohl, dass die Eltern dabei häufig einen Spagat zwischen Erwerbs- und Familienzeit machen.

Die Studie zeigt aber auch, dass viele Kinder ihre Rechte nicht oder nicht richtig kennen. An Gymnasien haben 47 Prozent der Jugendlichen kein oder nur unsicheres Wissen über ihre Rechte, an Grundschulen sind es sogar 63 Prozent der Kinder. Prof. Sabine Andresen von der Uni Frankfurt sieht hier dringenden Handlungsbedarf seitens der Politik: „Im 30. Jahr der UN-Kinderrechtskonvention ist es ernüchternd, dass Kinder und Ju-

gendliche oft ihre Rechte nicht kennen – das müsste dringend verbessert werden.“ Andresen weiter: Kinder müssen ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit sowie auf Beteiligung in Dingen, die sie betreffen, kennen.

Kinder mit materiellen Sorgen machen häufiger Gewalterfahrungen

Insgesamt beschreiben die Kinder und Jugendlichen, materiell gut versorgt zu sein. Sie geben zudem differenziert darüber Auskunft, was sie zum Leben brauchen und unterscheiden zwischen Grundbedürfnissen und Luxusgütern. So ist der Besitz eines Handys heute für ältere Kinder selbstverständlich. Bei den Achtjährigen besitzen knapp 60 Prozent kein Handy. Die Hälfte davon gibt aber auch an, kein Handy zu wollen oder zu brauchen. Trotz der grundsätzlich guten Ausstattung machen sich rund 52 Prozent der Heranwachsenden Sorgen um die finanzielle Situation ihrer Familie – 16,3 Prozent davon immer bzw. oft und 35,5 Prozent manchmal. Diese Kinder werden häufiger gehänselt, ausgegrenzt und absichtlich gehauen als Gleichaltrige ohne finanzielle Sorgen. Sie fühlen sich zu Hause, in der Schule und Nachbarschaft häufiger nicht sicher. Sie besitzen außerdem weniger Güter, die in Deutschland zu einer normalen Kindheit dazu gehören und haben weniger Möglichkeiten, Dinge mit ihren Freunden zu unternehmen, die Geld kosten.

Dazu Jörg Dräger, Vorstand der Bertelsmann-Stiftung: „Wir müssen Kinderarmut konsequenter vermeiden. Das verbessert

die materielle Situation der Betroffenen, lässt sie weniger Sorgen erleben und seltener Opfer von physischer und psychischer Gewalt werden.“

Mit Bedarfserhebung und Teilhabegeld Kinderarmut verhindern

Mit Blick auf die Studienergebnisse ist für Dräger klar: „Wir müssen Kinder und Jugendliche ernst nehmen. Das bedeutet, sie systematisch und regelmäßig zu befragen und ihr Wissen in der Politik zu berücksichtigen. Nur mit einer solchen neuen Form der Sozialberichterstattung können wir sinnvolle Maßnahmen umsetzen, die Armut vermeiden und Teilhabe ermöglichen.“ Dräger fordert darauf aufbauend eine gezieltere finanzielle Unterstützung: „Das Teilhabegeld soll sich an den Bedarfen von Kindern und Jugendlichen orientieren, wird mit dem Einkommen der Eltern abgeschmolzen und wirkt so gezielt gegen Kinderarmut.“ Doch auch Bildungsinstitutionen und Infrastruktur vor Ort müssten so gestaltet sein, dass sie zum Leben von Kindern und Jugendlichen heute passen, so Dräger.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse geben einen Einblick, wie es jungen Menschen in Deutschland geht, welche Bedarfe sie haben, aber auch welche Sorgen sie umtreiben. Sie zeigen, dass die Jugendlichen dabei zum Teil andere Themen und Schwerpunkte im Blick haben als Erwachsene. So wollen sie u. a. besser über ihre eigenen Rechte informiert, ernst genommen und an für sie relevanten Entscheidungen beteiligt

werden. Sie wünschen sich – auch mit zunehmendem Alter – erwachsene Vertrauenspersonen, die sich um sie kümmern, ihnen bei Problemen beistehen. Auch beschreiben sie ihr Bedürfnis danach, über ihr eigenes Leben, ihre Zeit und auch über finanzielle Ressourcen wie Taschengeld selbst zu bestimmen.

Children's Worlds+ macht deutlich, wie wichtig und lohnend es ist, Kinder und Jugendliche selbst nach ihren Bedarfen zu fragen. Gute Familien-, Sozial-, Bildungs- und Kommunalpolitik muss Erfahrungen und Perspektiven junger Menschen berücksichtigen, damit sie zu ihrem Leben und ihren Bedarfen passt. Daher sollten Politik, Wissenschaft und Gesellschaft gemeinsam an der Konzeption und Umsetzung einer repräsentativen und regelmäßigen Bedarfserhebung mit und für junge Menschen arbeiten.

*https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/Studie_WB_Children_s_Worlds_Gesamtauswertung_2019.pdf
Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)
Sabine Andresen und Renate Möller unter Mitarbeit von Johanna Wilmes, Dilan Cinar und Pia Nolting*

Link zur Gesamtstudie:

<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/childrens-worlds-2/>

Zusammenstellung:

*Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal*

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

Starke-Familien-Checkheft

Verbesserungen bei den Familienleistungen entlasten ab 1. Juli Millionen von Familien in Deutschland. Dr. Franziska Giffey, Hubertus Heil und Olaf Scholz haben in Berlin das Starke-Familien-Checkheft vorgestellt, das bei der Orientierung zu den Leistungen hilft.

Für viele Familien verbessern und vereinfachen sich schrittweise ab dem 1. Juli finanzielle Leistungen des Staates. Aus diesem Anlass haben am 27. Juni Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey, Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesfinanzminister Olaf Scholz in Berlin das Starke-Familien-Checkheft vorgestellt. Die Broschüre präsentiert kurz und bündig aktuelle Informationen zu Kindergeld, Kinderzuschlag, Elterngeld, Unterhaltsvorschuss und weiteren Familienleistungen.



Checkheft soll niedrigschwelligen Zugang für die Zielgruppe ermöglichen

Dr. Franziska Giffey:

„Das Starke-Familien-Checkheft ist für die Familien gemacht. Es gibt ihnen einen schnellen Überblick darüber, auf welche staatlichen Unterstützungen sie bauen können - übersichtlich und einfach erklärt, damit sie weniger Zeit mit Anträ-

gen und mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen können. Wir entlasten alle Familien, vor allem diejenigen, die etwas mehr Unterstützung brauchen. Damit wollen wir Familien in Deutschland spürbar stärker machen.“

Welche Leistungen sind für Alleinerziehende da? Was steckt hinter dem Kinderzuschlag und dem Anspruch auf Bildung und Teilhabe? Das Checkheft gibt darauf Antworten. Einfach und verständlich aufbereitet gliedert es sich in folgende Kapitel:

- Paarfamilien
- Allein- oder Getrennterziehende
- Kindergeld
- KiZ - der Kinderzuschlag zum Kindergeld
- Leistungen für Bildung und Teilhabe
- Elterngeld, ElterngeldPlus und Partnerschaftsbonus
- Unterhaltsvorschuss und steuerlicher Entlastungsbetrag für Alleinerziehende
- Kinderbetreuung

Folgende Verbesserungen bei den Familienleistungen gibt es ab dem 1. Juli:

- Verbesserungen durch das Starke-Familien-Gesetz

Verbesserungen entstehen ab dem 1. Juli schrittweise durch das Starke-Familien-Gesetz. Das Gesetz schützt Familien mit kleinen und mittleren Einkommen wirksamer vor Armut, sichert den Bedarf von Kindern und sorgt dafür, dass sich auch bei kleinen Einkommen eine Erwerbstätigkeit lohnt.

Es steigt zum 1. Juli der Kinderzuschlag auf **185 Euro pro Monat und Kind**. Er wird für Alleinerziehende geöffnet und deutlich entbürokratisiert. Außerdem steigt das Kindergeld ab dem 1. Juli 2019 um zehn Euro. Grund dafür ist das Ende 2018 verkündete Familienentlastungsgesetz. Dadurch erhöht sich auch der Kinderfreibetrag.

Folgendes ändert sich zum 01. August 2019

Es greifen die Anpassungen beim Bildungs- und Teilhabepaket. Beispielsweise erhöht sich der Betrag für das Schulstartpaket von 100 Euro auf 150.

Weitere Neuregelungen durch das Starke-Familien-Gesetz greifen ab dem 1. Januar 2020

Zum Beispiel der Wegfall der oberen Einkommensgrenzen für den Bezug des Kinderzuschlags.

Investitionen in Kita-Qualität und Kindertagespflege

Parallel dazu schreitet die Umsetzung des Gute-KiTa-Gesetzes weiter voran. Fünf von 16 Bundesländern haben bereits ihre Vereinbarungen mit dem Bund getroffen. 5,5 Milliarden Euro stellt er bis 2022 bereit für die Weiterentwicklung der Qualität in Kitas und in der Kindertagespflege.

Anmerkung Dr. Hartmann:

Ministerin Dr. Giffey hat bei der Eröffnung des Kinder- und Jugendärztetages in Berlin gebeten, dass dieses Starke-Familien-Checkheft auch in den pädiatrischen Praxen und Kliniken an die Eltern ausgegeben wird. Die Hefte kann man kostenlos beim BMFSFJ im Internet bestellen. (Link: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/starke-familien-checkheft/136896>)

Link:

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/familienleistungen-auf-einen-blick/136848>

Zusammenstellung:

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

Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 12. Juli 2019

DKG zu den Ergebnissen der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“

Regionale Krankenhäuser sind ein zentraler Standortfaktor für die Attraktivität ländlicher Räume

Der Präsident der DKG, Dr. Gerald Gaß, begrüßt die Ergebnisse der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“. In ihrem Bericht betont die Kommission deutlich den Wert regionaler Gesundheitseinrichtungen: „Angebote der sozialen Daseinsvorsorge und Teilhabemöglichkeiten der Menschen vor Ort entscheiden über die Lebensqualität und sind für die Kommunen wichtige Standortfaktoren. Eine hohe Bedeutung haben beispielsweise Arztpraxen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ...“

Angesichts der Tatsache, dass die ambulante ärztliche Versorgung in den ländlichen Regionen immer größere Lücken aufweist und die KVen diesen negativen Trend nicht stoppen können, schlägt der Präsident der DKG vor, die regionalen

Krankenhausstandorte regelhaft zu Gesundheitszentren auszubauen, die neben der klassischen Krankenhausbehandlung auch die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung übernehmen können.

„Diese sektorübergreifenden regionalen Gesundheitszentren sollen mit den verbliebenen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten eng und partnerschaftlich zusammenarbeiten“, so der Präsident der DKG. Wir müssen Schluss machen mit einer Gesundheitspolitik, die in Sektoren denkt und die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen vor Ort ignoriert. Die in den Krankenhäusern tätigen Mediziner könnten wesentliche Lücken in der ambulanten Versorgung füllen. Die Nutzung der in den Kliniken vorhandenen Infrastruktur sei wirtschaftlicher als der Aufbau von Parallelstrukturen mit teurer Medizintechnik und IT in einzelnen Arztpraxen.

„Für die Patienten ist es attraktiv, solche Gesundheitszentren aufzusuchen. Dort bekommen sie eine Versorgung aus

einer Hand und können auch weitere diagnostische Maßnahmen, wie zum Beispiel radiologische Untersuchungen, ohne weite Wege in Anspruch nehmen“, erläuterte der DKG-Präsident, Dr. Gerald Gaß.

Die Politik fordert er auf, aus dem Bericht der Kommission jetzt konsequent Umsetzungsschritte folgen zu lassen. „Die Frage, ob ein Krankenhaus auch ambulante Patienten behandeln kann, darf nicht länger von den Entscheidungen der KVen abhängig sein. Und wir brauchen endlich wieder eine Investitionsförderung der Länder, die diesen Namen auch verdient. Eine Politik, die die Gesundheitseinrichtungen vernachlässigt, beschädigt das Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse nachhaltig“, so Gaß.

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Allergie bei Musikern: Allergisch aufs Musikinstrument?

Wenn Musiker Hautprobleme haben, könnte das auch am Musikinstrument liegen. „Allergische Kontaktekzeme auf Instrumente sind zwar keine häufigen Allergien“, betonte Prof. Dr. Margitta Worm, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), „aber man sollte daran denken, wenn ein Patient intensiv musiziert!“

Grund für allergische Reaktionen können Bestandteile der Instrumente sein, zum Beispiel Metalle. Bei Holzinstrumenten können aber auch Inhaltsstoffe aus der Lackierung die Übeltäter sein. Ein mög-

liches Allergen ist zum Beispiel **Kolophonium**, das in der Lackierung von Holzinstrumenten Verwendung findet. „Nicht vergessen sollte man die Pflegemittel, die bei vielen Instrumenten regelmäßig zum Einsatz kommen“, so Prof. Worm. Sie können Duftstoffe und Konservierungsstoffe enthalten, die zu allergischen Kontaktekzemen führen können. „Außerdem gibt es bei Musikinstrumenten auch oft potentiell allergenhaltiges Zubehör, wie zum Beispiel der Kinnhalter für Geiger“, fügt Prof. Worm hinzu.

Verzichten müssen allergische Musiker auf ihr Instrument aber nicht. Meist reicht es aus, den direkten Kontakt mit einem Tuch zu unterbinden oder das Pflegemittel zu wechseln. Man sollte dann

aber auch konsequent jeden Allergenkontakt meiden, auch aus anderen Quellen. „Duftstoffe und Konservierungsmittel kommen auch in Kosmetika und Putzmitteln vor“, so Prof. Worm.

Quelle:

Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e.V. (DGAKI)

Pressemitteilung vom 11.07.2019

Kontakt:

DGAKI-Geschäftsstelle

E-Mail: info@dgaki.de

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann, 57223 Kreuztal

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

Neues aus der Kinderumwelt

PädSearch: Die neue Suchfunktion für PädInform® ist online // Im Juni 2019 ging PädSearch, die neue Suchmaschine für PädInform®, an den Start. Sie löst die alte Memex-Suche ab.



Entwickelt wurde **PädSearch** im Auftrag der Kinderumwelt gGmbH von NetWork Team in Georgsmarienhütte. Die Kooperation mit NetWork Team in Verbindung mit den technischen Erweiterungsoptionen von FirstClass erlaubt es der Kinderumwelt, künftig auch weitere Module und Funktionen in die Fachnetze zu integrieren. **PädSearch** kann über alle Zugangswege genutzt werden (FirstClass-Software, Social Media-Zugang und FirstClass GO-App). Kleinere technische Einschränkungen gibt es derzeit noch beim Aufruf über die App.

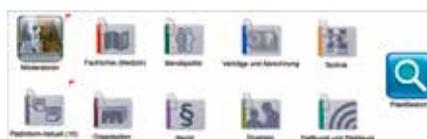
Welche Foren werden durchsucht?

Derzeit werden hauptsächlich Fachforen durchsucht (Päd-Bitte um Hilfe, Impfforum, Päd-Dermatologie, Kongressmanuskripte, Powerpoint-Bibliothek), sowie Tips & Tricks, Juridiskurs, Datenschutz, p@diatrie-express, anonyme Fragen und BVKJ-Pressemitteilungen. Pädiskurs wird von der Suche nicht erfasst.

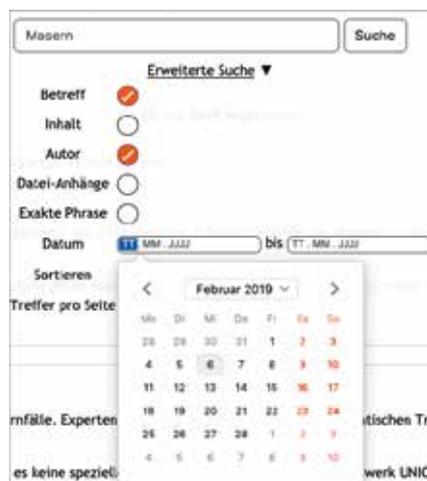
Wie startet man die Suche und welche Suchoptionen gibt es?

Per Klick auf das Icon „PädSearch“ (PädInform-Startseite) und anschließend auf „SearchEngine.html“ öffnet sich ein Browserfenster mit der Eingabemaske.

Bei der Standardsuche werden alle Bereiche der Forenbeiträge – Betreff,



Autor und Inhalt – durchsucht. Wichtig für die Recherche: Auch die Inhalte von angehängten Dateien, wie PDF oder DOCX, werden erfasst. Mit der erweiterten Suche lassen sich Ergebnisse auf einzelne Bereiche oder die exakte Wortfolge einschränken. Auch kann man hier die Treffer nach Erstellungszeitraum, Relevanz oder Datum aufsteigend/absteigend sortieren.



Den Praxisalltag mit Hilfe von Workspaces effizient organisieren

Vermutlich haben die meisten PädInform®-Teilnehmer das „Workspaces“-Icon auf ihrem Desktop schon einmal registriert.

Doch was genau steckt dahinter? Vielfach dürften die umfangreichen Möglichkeiten noch nicht bekannt sein, die Workspaces für die Organisation des Arbeitsalltags bieten. Im Sinne eines „Intranets im Intranet“ erlauben Workspaces den Mitgliedern einer geschlossenen Gruppe, untereinander zu kommunizieren, sich zu vernetzen und Arbeitsabläufe abzustimmen.

Anwendungen im Workspace



Besonders praktisch für den Arbeitsalltag sind die gemeinsame Erstellung, Nutzung und Bearbeitung von Text-Beiträgen (z. B. Anleitungen zu EDV, Datenschutz oder zum Umgang mit Patienten) durch die Mitglieder. Im „File Storage“ können Dokumente, z. B. PDF-Dateien, abgelegt werden. Sehr nützlich ist auch das Anlegen eines eigenen, internen Kalenders. Weitere Funktionen sind interne Diskussions-Konferenzen, Kontakt-Datenbanken sowie eine Bookmark-Verwaltung für Weblinks.

Nutzer-Berechtigungen im Workspace exakt festlegen

Alle Teilnehmer von **PädInform®** – Ärzte, Vorstände und Funktionsträger – können mit geringem Zeitaufwand ihren eigenen Workspace einrichten. Wie bei der neuen Suche (s. o.) funktioniert dieser über alle Zugänge, mit kleineren

Einschränkungen bei der App. In seiner Rolle als Administrator kann der Ersteller eines Workspace Praxiskollegen und -mitarbeiter, aber auch andere Teilnehmer der Fachnetze als Mitglieder hinzufügen. Anschließend lassen sich die Zugriffsrechte für jedes Mitglied exakt festlegen, z. B. Nur-Lesen, Erstellen oder Löschen von Beiträgen. Eine detaillierte Anleitung zu Workspaces finden Sie unter www.um-info.de/download/anleitung-workspaces.pdf.

**Neu im
Team der
Kinder-
umwelt:
Dr. Thomas
Lob-
Corzilius**



Das Team der Kinderumwelt hat Verstärkung erhalten: Seit Juni 2019 ist der Kinder- und Jugendarzt, Allergologe, Kinderpneumologe und Umweltmediziner Dr. Thomas Lob-Corzilius als freier Mitarbeiter für das Unternehmen tätig. Er wirkt an der Erstellung und Aktualisierung der Fachtexte des Informationsportals Allum (Allergie, Umwelt und Gesundheit, www.allum.de) mit und beantwortet Anfragen zu allergologischen, pneumologischen und umweltmedizinischen Themen.

Dr. Thomas Lob-Corzilius ist Sprecher der wissenschaftlichen AG Umweltmedizin in der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V., Gründungs- und langjähriges Vorstandsmitglied der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter sowie Gründungsmitglied der Akademie Luftikurs. Des Weiteren ist er Vorsitzender der Deutschen Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter e.V.

Korrespondenzanschrift:

Ulrich Voss, Kinderumwelt gGmbH
Heinrich-Stürmann-Weg 7
49124 Georgsmarienhütte
Tel: 05401 - 33 906 513
Fax: -505
Mail: info@uminfo.de

Red.: WH

Pressemitteilung des Deutschen Neurodermitis Bundes e.V. (DNB) vom 10.07.2019

Neurodermitis: DNB e.V. fordert Kostenerstattung für Basispflege

Deutscher Neurodermitis-Bund e.V. (DNB) startet Online-Petition

Der DNB fordert die Kostenübernahme der Basispflege für Menschen mit Neurodermitis durch die GKV. „Im Jahr kostet die Basispflege rund 1.500 Euro, die jugendliche und erwachsene Patienten ungerechterweise aus der eigenen Tasche bezahlen müssen“, erklärt **der 1. Vorsitzende des Deutschen Neurodermitis Bundes e.V. Thomas Schwennesen aus Hamburg.** (...)

Professor Werfel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI) sowie Vorstandsmitglied der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), ergänzt: „Die Neurodermitis hat in den letzten 30 Jahren deutlich zugenommen und ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Sie belastet die kleinen Patienten und deren Familien, aber auch viele erwachsene Menschen massiv und ist für die Betroffenen mit einem hohen Leidensdruck verbunden – sowohl physisch als auch psychisch.“ Aus medizinischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, dass die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen. „In der Leitlinie zur Neurodermitis-Therapie, die wir im Auftrag von wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Dermatologie, Pädiatrie und Allergologie gemeinsam erarbeitet haben, wird die kostenintensive Basispflege als kausale Therapie definiert und gehört damit aus unserer Sicht in den

Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen“, so Professor Werfel. (...)

Eine tägliche Basistherapie mit rückfettenden Cremes oder Salben ist eine unverzichtbare Säule der Therapie und sollte zur Routine im Alltag von Menschen mit Neurodermitis gehören.

Die tägliche Anwendung wirkstoff- und konservierungsstofffreier Cremes oder Salben kann die Symptome deutlich lindern und trägt wesentlich zur Stabilisierung des Hautzustandes bei. Allerdings übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nur für Kinder bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres.

Werfel fordert auch eine bessere Information der Betroffenen und weist auf die strukturierte Neurodermitis-Schulung nach dem AGNES e.V. Konzept hin, deren Kosten in der Regel von den GKV übernommen werden und deren Zentren unter www.neurodermitisschulung.de zu finden sind. So sei vielen Betroffenen nicht ausreichend bekannt, welche Auslösefaktoren zur Hautverschlimmerung beitragen können, etwa Irritanzen, bestimmte Allergene oder auch Hormone. Auch das Spektrum der ärztlich zu verordnenden Behandlungen, die stets in Kombination mit einer Basistherapie erfolgen sollten, sei trotz langen Krankheitsverlaufs nicht allen Betroffenen bekannt.

Hierzu gehören juckreizstillende Medikamente, äußerlich aufzutragende anti-entzündliche Therapeutika und bei sehr schwerer Ausprägung auch innerliche Medikamente wie der jüngst zugelassene, gezielt in die allergische Entzündung

eingreifende Antikörper Dupilumab. Darüber hinaus hätten mehrere Studien gezeigt, dass die Allergen-spezifische Immuntherapie – auch als Hyposensibilisierung oder Allergieimpfung bekannt – neben allergischem Heuschnupfen oder mildem Asthma bronchiale die Neurodermitis verbessern kann. (...)

Kommentar Dr. Hartmann:

Auch der BVKJ fordert seit 2004 regelmäßig bei seinen politischen Kontakten, dass die tägliche Basistherapie grundsätzlich auch für Jugendliche nach Vollendung des 12. Lebensjahres von der GKV erstattet wird, ebenso wie alle anderen rezeptfreien Medikamente, die zum Therapiestandard bei chronischen Erkrankungen gehören. Leider hat die Politik bislang die Verordnungsbeschränkungen aus dem Jahr 2004 nicht zurückgenommen. Sie hat aber leider geduldet, dass die GKV die Kosten für „Therapien“ übernimmt, deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien bisher nicht belegt ist, wie z.B. Osteopathie bei Neugeborenen und Säuglingen, Homöopathie usw.

Kontakt:

Deutsche AllergieLiga e.V.,
Kerstin Striewe, c/o WortSupport.
Agentur für Kommunikation
Bergring 8, 33165 Lichtenau
E-Mail: Kerstin.Striewe@Wortsupport.de

Zusammenstellung:

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

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

ÄKNO fordert Datenbank zu Kindeswohlgefährdung

Gewalt gegen Kinder stoppen: Ärzteschaft unterstützt Forderung der Bosbach-Kommission

Eine für alle Ärzte zugängliche Dokumentation von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, zum Beispiel Verletzungen, könnte zur Gewaltprävention beitragen, betont die Ärztekammer Nordrhein.

Fünf nordrhein-westfälische Landtagsausschüsse haben sich am 24. Juni 2019 mit der Frage beschäftigt, wie Kinder besser vor Gewalt geschützt werden können. Anlässlich dieser gemeinsamen öffentlichen Sitzung der Landtagsausschüsse erklärt der **Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke (MdB CDU)**:

*„Die rheinische Ärzteschaft fordert die **Einrichtung einer Datenbank** für ganz Nordrhein-Westfalen, in der Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, zum Beispiel Verletzungen, dokumentiert werden und für den interkollegialen Austausch bereitstehen. So werden – auch nach einem mehrfachen Arztwechsel – Häufungen erkennbar, die bisher nicht aufgefallen sind.*

*Das eröffnet vielfache Möglichkeiten, im engen Austausch mit anderen Berufsgruppen und den Jugendämtern Gewalt gegen Kinder zu stoppen. Wir unterstützen damit einen Vorschlag der Regierungskommission „Mehr Sicherheit für Nordrhein-Westfalen“, der sogenannten **Bosbach-Kommission**, und ermuntern die Landesregierung, für eine entsprechende Änderung des Bundeskinderschutzgesetzes einzutreten.*

Denn sonst gibt es Rechtsunsicherheiten, zum Beispiel bei dem vorbildlichen Projekt „Riskid“ in Duisburg, wo die örtlichen Kinderärztinnen und Kinderärzte ein elektronisch gestütztes ärztliches Frühwarnsystem zur Vermeidung von Kindesmisshandlungen aufgebaut haben.“

Die vollständige Stellungnahme der ÄKNO finden Sie unter folgendem Link: https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2019/kinderschutz-stellungnahme-2019-06.pdf

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Aus der Kinderkommission des Deutschen Bundestages

Chancen wahrnehmen – Risiken bannen – Pressemitteilung vom 15. Juli 2019

Kinderkommission fordert durchdachte Vorbereitung der Kinder auf die digitale Welt und besseren Schutz vor Übergriffen // Die Kinderkommission des Deutschen Bundestags fordert mehr Anstrengungen beim Jugendmedienschutz und bei der Bekämpfung der Internet-Kriminalität sowie eine durchdachte Heranführung und Bildung der Kinder zur Medienmündigkeit.

Kinder müssen besser vor Internet-Kriminalität geschützt werden. Es kann nicht sein, dass Täter nicht verfolgt werden können, weil sie einen Provider im Ausland nutzen oder weil die Strafverfolgungsbehörden schlecht ausgestattet sind. Wir wollen, dass Bundesländer und Bundesregierung hier besser zusammenarbeiten, denn Kinder brauchen einen verlässlichen Schutz vor und nach Straftaten, deren Opfer sie wurden.

Wir empfehlen auch dringend, dass die Bundesländer abgestimmte flächendeckende Konzepte für die Medienbildung entwickeln, damit Kinder nicht nur kompetent, sondern auch sensibel und verantwortungsbewusst im Umgang mit digitalen Medien werden. Nur dann können sie die Herausforderungen der digitalen Gesellschaft meistern und selbst einen Teil

zu ihrer Weiterentwicklung beitragen“, sagte die CDU-Bundestagsabgeordnete Bettina M. Wiesmann, unter deren Vorsitz die Stellungnahme von der Kinderkommission erarbeitet wurde.

Bund und Länder sollen unter anderem dafür sorgen, dass Medienanbieter einheitliche Kinderschutzstandards verpflichtend einhalten, dass Missbrauchsdarstellungen den Strafverfolgungsbehörden gemeldet werden und dass die Erforschung des technischen Jugendschutzes ausgebaut wird. Außerdem soll die Strafverfolgung verbessert werden.

Die Kinderkommission empfiehlt auch dringend eine bessere Beratung von Eltern und pädagogischen Fachkräften über den Umgang mit digitalen Medien; den Ländern wird empfohlen, abgestufte Bildungskonzepte mit dem Ziel der Me-

dienmündigkeit zu entwickeln, ohne auf die klassischen Schulfächer zu verzichten.

Die Kinderkommission führte zahlreiche Expertengespräche und verabschiedete einstimmig die Stellungnahme, die Sie unter dem folgenden Link komplett abrufen können:

<https://www.bundestag.de/re-source/blob/651028/0de1b58a7b242fe62c293a19f00cb055/2019-07-10-Stellungnahme-Kinderschutz-und-digitalisierte-Gesellschaft-data.pdf>

Herausgeber:

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
E-Mail: kinderkommission@bundestag.de

Red.: WH

Mediennutzung in KiTas und Kindergärten

Der BVKJ beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den Auswirkungen der Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen. Dazu darf ich auch auf die viel beachteten Ergebnisse der BLIKK-Studie hinweisen, die wir 2017 veröffentlicht haben (s. auch Heft 8/2017, S. 498 ff.).

Übermäßiger Medienkonsum gefährdet Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die Möglichkeiten und Chancen der Digitalisierung sind in unserer Gesellschaft nicht mehr wegzudenken. Doch die Digitalisierung ist nicht ohne Risiko, zumindest dann, wenn der Medienkonsum außer Kontrolle gerät: Die Zahlen internetabhängiger Jugendlicher und junger Erwachsener steigen rasant – mittlerweile gehen Experten von etwa 600.000 Internetabhängigen und 2,5 Millionen problematischen Nutzern in Deutschland aus. Die BLIKK-Medienstudie hat die gesundheitlichen Risiken übermäßigen Medienkonsums für Kinder deutlich aufgezeigt. Sie reichen von Fütter- und Einschlafstörungen bei Babys über Sprachentwicklungsstörungen bei Kleinkindern bis zu Konzentrationsstörungen im Grundschulalter. Wenn der Medienkonsum bei Kind oder Eltern auffallend hoch ist, stellen Kinder- und Jugendärzte weit überdurchschnittlich entsprechende Auffälligkeiten fest.

Die wesentlichen Ergebnisse der BLIKK-Medienstudie im Überblick:

- 70% der Kinder im Kita-Alter benutzen das Smartphone ihrer Eltern mehr als eine halbe Stunde täglich.
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen einer intensiven Mediennut-

zung und Entwicklungsstörungen der Kinder.

- Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr finden sich vermehrt Sprachentwick-

Link: <https://www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/bildungsbereiche-erziehungsfelder/medienerziehung-informati-ontechnische-bildung/1291>



lungsstörungen sowie motorisch Hyperaktivität bei denjenigen, die intensiv Medien nutzen.

- Wird eine digitale Medienkompetenz nicht frühzeitig erlernt, besteht ein erhöhtes Risiko, den Umgang mit den digitalen Medien nicht kontrollieren zu können.

Nun wird intensiv und kontrovers darüber diskutiert, ob Kinder bereits in KiTa und Kindergarten an die Mediennutzung herangeführt werden sollen.

Der Kollege Dr. Hendrik Crasemann aus Bremen, dessen Cartoons wir alle seit vielen Jahren schätzen, hat diese Diskussion zum Anlass genommen, die Mediennutzung in Kita und Kindergarten in einem Cartoon zu verarbeiten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Hendrik Crasemann
28209 Bremen
E-Mail: hcrasemann@t-online.de

Red.: WH

Fridays for Future

Im Ordner Pädiskurs in unserem Intranet „PädInform“ wird seit Wochen heftig und kontrovers über den Klimawandel diskutiert und darüber, was jeder einzelne von uns dazu beitragen kann, den Klimawandel abzumildern und der nachfolgenden Generation eine lebenswerte Zukunft zu sichern. Gerade wir Kinder- und Jugendärzte sind ja aufgerufen, uns für eine gesunde Umwelt einzusetzen und die Anliegen der nachfolgenden Generationen ernst zu nehmen.

Leider ist aber auch das Diskussionsklima immer wieder vergiftet. Dies hat den Kollegen Dr. Andreas Stumpf zum nachfolgenden Cartoon angeregt. Die Re-

daktion unterstützt dies sehr gerne und dankt Herrn Kollegen Stumpf für die Genehmigung, diesen Cartoon hier veröffentlichten zu dürfen.

Nach einem Besuch bei Präsident Macron in Paris machte Greta Thunberg einen Abstecher zur bvkj Geschäftsstelle, um mit dem Präsidenten auch dort gegen die allgemein um sich greifende Klimaveränderung zu demonstrieren.

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Andreas Stumpf

65830 Kriftel

E-mail: info@kinderarzt-kriftel.de

Red.: WH



In eigener Sache

Regine Hauch ist aus der Redaktion des „Kinder- und Jugendarzt“ ausgeschieden

Regine Hauch, Journalistin und durch die Ehe mit einem Kinder- und Jugendarzt der Kinder- und Jugendmedizin eng verbunden, ist nach über 12 Jahren erfolgreicher Tätigkeit aus der Redaktion ausgeschieden.

Regine Hauch hat dieser Zeitschrift viele neue Impulse gegeben (z.B. Interviews, Hausbesuche bei Politikern, neue Rubriken wie



„Mein Tag“, „Eine Frage an..“, die inzwischen eingestellten Lieblingsnamen) und das Verbandsorgan journalistischer gemacht, was bei unseren Leserinnen und Lesern gut angekommen ist, wie die Leserumfragen gezeigt haben. Für das Magazin hat sie viele interessante Beiträge gesammelt, die auch über

unsere Zeitschrift hinaus auf Interesse gestoßen sind.

Regine Hauch bleibt dem BVKJ in verschiedenen anderen Bereichen mit ihrer großen Kompetenz auch weiterhin erhalten.

Im Namen der gesamten Redaktion und des Verlages danke ich ihr ganz herzlich für ihre jahrelange hervorragende fachliche Arbeit in der Redaktion.

Für die Redaktion:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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



Neu in der Redaktion

Ab der Oktober-Ausgabe werden Sie unter einigen Artikeln ein neues Kürzel finden: cb. Es steht für Christa Becker, die bei Forum und Magazin die Nachfolge von Regine Hauch antritt. Die Kölner Journalistin, die an der dortigen Universität Germanistik und Philosophie studierte, freut sich bereits „auf ein sehr spannendes Aufgaben- und Themenfeld sowie die enge Zusammenarbeit mit dem Verband und den Autoren“.

Geburtstage im Oktober 2019

65. Geburtstag

Frau Dr. med. **Elisabeth Authmann**, Langenfeld, am 02.10.1954
 Herr Dr. med. **Johannes Wolf**, Paderborn, am 03.10.1954
 Frau Dr. med. **Ulrike Elben**, Donaueschingen, am 04.10.1954
 Frau Dr. med. **Gunhild Kilian-Kornell**, Starnberg, am 05.10.1954
 Herr Dr. med. **Johann A. Sartoris**, Mannheim, am 06.10.1954
 Frau Dr. med. **Rosemarie Stern**, Berlin, am 07.10.1954
 Frau Dr. med. **Susanne Dörtelmann**, Bad Reichenhall, am 09.10.1954
 Herr Prof. Dr. med. **Stefan Wirth**, Wuppertal, am 11.10.1954
 Frau Dr. med. **Gerlinde Nunninger**, Weinheim, am 13.10.1954
 Herr Dr. med. **Johannes Kandzora**, Neumünster, am 15.10.1954
 Frau Dr. med. **Gabriele Trautmann**, Mörlenbach, am 20.10.1954
 Frau **Bettina Moser**, Hamburg, am 26.10.1954
 Frau **Larissa Brunner**, Gummersbach, am 28.10.1954
 Frau Dr. med. **Sabine Ziemer**, Nürnberg, am 31.10.1954

70. Geburtstag

Herr **Michael Barner**, Tübingen, am 01.10.1949
 Herr Dr. med. **Wolfgang Steinhoff**, Nettetal, am 05.10.1949
 Herr Dr. med. **Erik Peters**, Ratzeburg, am 05.10.1949
 Frau **Ulrike Werner-Jung**, Kemnath, am 06.10.1949
 Herr Dr. med. **Friedemann Bertholdt**, Gerolstein, am 07.10.1949
 Frau Dr. med. **Gerlinde Sälzer**, Stuttgart, am 11.10.1949
 Frau Dr. med. **Monika Borst**, Pleidelsheim, am 11.10.1949
 Herr Dr. med. **Wolfgang K. Ernst**, München, am 11.10.1949
 Frau Dr. med. **Susan Richter**, Berlin, am 15.10.1949
 Frau Dr. med. **Christel Franz**, Naumburg, am 17.10.1949
 Herr Dr. med. **Bruno Sauter**, Murrhardt, am 21.10.1949
 Herr **Jürgen Hochfeld**, Berlin, am 22.10.1949
 Frau Dr. med. **Kristine Schmidt-Holz**, Berlin, am 27.10.1949

75. Geburtstag

Herr MR Dr. med. **Dirk Ermisch**, Crimmitschau, am 05.10.1944
 Herr Dr. med. **Johannes Burgemeister**, Neustadt, am 22.10.1944
 Frau Dr. med. **Vera Dietz**, Küsnacht, am 25.10.1944
 Frau Dr. med. **Helgard Goßmann**, Neuburg, am 31.10.1944

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Sigrun Menze**, Bornheim, am 01.10.1938
 Frau Dr. med. **Eleonore Geßner**, Lörrach, am 02.10.1919

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

Frau Dr. med. **Guðrun Kelber**, Lüneburg, am 03.10.1939
 Herr Dr. med. **Horst Hauptmann**, Neusäß, am 03.10.1936
 Frau Dr. med. **Karin Bohn**, Saarbrücken, am 04.10.1934
 Herr Dr. med. **Werner August**, Hechingen, am 06.10.1938
 Frau Dr. med. **Ilse Ahlert**, Oberursel, am 06.10.1933
 Frau Dr. med. **Eleonore Moebes-Oberlies**, Krefeld, am 06.10.1938
 Frau Dr. med. **Irmgard Wittek-Schäfers**, Recklinghausen, am 07.10.1921
 Frau Dr. med. **Ingrid Peuker**, Erkrath, am 08.10.1937
 Frau Dr. med. **Maria Frankenberger**, Bad Kreuznach, am 12.10.1938
 Frau Dr. med. **Martina Mechel**, Halle, am 12.10.1935
 Frau **Helga Maczat**, Nürnberg, am 13.10.1937
 Herr Dr. med. **Helmut von Kaehne**, Mühlthal, am 14.10.1935
 Herr Dr. med. **Wolfgang Gey**, Kassel, am 16.10.1936
 Frau Dr. med. **Eva Elsner**, Zepernick, am 16.10.1931
 Herr Dr. med. **Fritz Engelhardt**, Nürnberg, am 16.10.1937
 Frau **Erika Fröbel**, Kloster Tempzin, am 17.10.1939
 Herr Prof. Dr. med. **Jürgen Natzschka**, Hannover, am 18.10.1931
 Herr MR **Dieter Schmidt**, Oschersleben, am 18.10.1939
 Herr Dr. med. **Heinrich Brückner**, Frankfurt/Oder, am 20.10.1928
 Herr Dr. med. **Peter Hirschbrunn**, Massbach-Weichtungen, am 20.10.1936
 Herr Dr. med. **Rolf Parentin**, Treuen, am 22.10.1939
 Herr Dr. med. **Josef Pelster**, Siegen, am 22.10.1937
 Frau Dr. med. **Irene Banach**, Recklinghausen, am 23.10.1932
 Frau Dr. med. **Ute-Brigitte Rumpf**, Uhdlingen-Mühlhofen, am 23.10.1939
 Frau Dr. med. **Ingrid von Pawel**, Berlin, am 23.10.1938
 Frau Dr. med. **Elisabeth Ilgmann**, Bad Segeberg, am 24.10.1938
 Herr Dr. med. **Heinrich Mattern**, Göppingen, am 24.10.1931
 Herr Prof. Dr. med. **Dietrich Niethammer**, Tübingen, am 24.10.1939
 Frau MR Dr. med. **Ingrid Polster**, Leipzig, am 25.10.1935
 Herr Dr. med. **Peter Bansbach**, Stuttgart, am 25.10.1939
 Frau Dr. med. **Ingeborg Fuchs**, Würzburg, am 27.10.1929
 Frau MR Dr. med. **Ingrid Bauer**, Klingenthal, am 29.10.1937

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. **Hans-Ulrich Kraus**, Rottweil
 Herrn Dr. med. **Albrecht Schröder-Schröder**, Much

Im Monat Juli konnten wir 53 neue Mitglieder begrüßen.

Fortbildungstermine

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

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, Rhaderfehn,

Auskunft: ③

6. November 2019

Immer etwas Neues in Nürtingen, Auskunft: ⑤

9.-10. November 2019

17. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg des LV Bayern

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

Dr. Martin Lang, Augsburg, Auskunft: ③

09.-10. November 2019

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V. in Fulda, Auskunft: ⑤

27. November 2019

Immer etwas Neues in Leverkusen, Auskunft: ⑤

4. Dezember 2019

Immer etwas Neues in Magdeburg, Auskunft: ⑤

① **CCJ GmbH**

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

② **Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck**

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

kongresse@schmidt-roemhild.com

③ **DI-TEXT**

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

④ **Interface GmbH & Co. KG**

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

info@interface-congress.de

⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel.: 0221-68909-26,

Fax: 0221-68909-78, bvkj.kongress@uminfo.de



KONGRESS MANAGEMENT



*Gemeinsam planen und
im Dialog zum Erfolg.*

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck
Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com
www.schmidt-roemhild.de

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND NORDRHEIN

Termingerecht findet vom **30.09. bis 21.10.2019** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **21.10.2019** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Christiane Thiele, Viersen
Landesverbandsvorsitzende

Meningokokken B: Schutzimpfung mit Bexsero

Seit 2013 ist der Meningokokken-B-Impfstoff (Bexsero) zugelassen. Eine STIKO-Empfehlung (Ständige Impfkommission) liegt für die Indikationsimpfung bei Risikogruppen vor – eine allgemeine Empfehlung steht noch aus. Dennoch haben rund 93 % der Kinder- und Jugendärzte bereits gegen Meningokokken B geimpft.¹ Diese hohe Impfbereitschaft lässt sich auf persönliche Erfahrungen mit schwerwiegenden Meningokokken-Fällen und leider erfolglose Behandlungen zurückführen. Außerdem wird die Impfung gegen Typ B von vielen Kinder- und Jugendärzten als sinnvolle Ergänzung zur Meningokokken-C-Impfung gesehen.¹

Serogruppe B ruft in Deutschland die meisten Erkrankungen hervor

Eine rechtzeitige Diagnose von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) ist schwierig. Auslöser kann eine Infektion mit Meningokokken B sein, die in Deutschland für annähernd 60 % aller Erkrankungen mit *Neisseria Meningitidis* verantwortlich ist.² Für die Impfung gegen den häufigsten Auslöser einer IME steht in Deutschland eine allgemeine STIKO-Empfehlung jedoch noch aus. Begründet wird dies unter anderem vor dem Hintergrund der allgemein rückläufigen Inzidenz von IME in Deutschland.³ Für Kinder- und Jugendarzt Dr. med. Michael Horn sind die geringen Fallzahlen relativ: „Es wird oft gesagt, dass Meningokokken-Erkrankungen selten sind. Aber für die Menschen, die daran sterben oder Langzeitschäden davontragen, ist das irrelevant. Sie trifft es zu 100 %.“ In seiner Praxis impft er daher auch regelmäßig gegen Meningokokken B.

In anderen Ländern wird die Meningokokken-B-Impfung bereits durchgeführt

Andere europäische Länder sind Deutschland in Bezug auf die Empfehlung der Meningokokken-B-Impfung bereits voraus. Trotz einer, bezogen auf die Einwohnerzahl, ähnlichen Inzidenz (30-100 Meningokokken B-Fälle im Jahr) wie in Deutschland sind im nationalen österreichischen Impfplan die Impfungen gegen alle Meningokokken-Typen (A, B, C, W135, Y) vorgesehen.⁴ Die Kosten der Impfungen werden bislang nicht von den Krankenkassen übernommen. In



England und Irland ist die Prävention vor Meningokokken-Erkrankungen durch die Meningokokken-B-Impfung bereits seit September 2015 für alle Säuglinge ab zwei Monaten Teil des staatlichen Impfprogramms.⁵

Impfungen ab dem zweiten Lebensmonat sind sinnvoll

IME können in jedem Lebensalter auftreten, jedoch lassen sich zwei Inzidenzspitzen identifizieren: im Säuglings- wie auch im Jugendalter. Die höchsten Inzidenzen werden im ersten und zweiten Lebensjahr mit ca. sieben bzw. fünf Erkrankungen pro 100.000 Einwohner beobachtet.⁶ Säuglinge und Kleinkinder können gegen bekapselte Bakterien oft nur eine unzureichende Immunantwort entwickeln.⁷ Auf Basis der erhobenen Immunogenitäts- und Verträglichkeitsdaten ist Bexsero als aktuell einziger Impfstoff gegen Meningokokken B bereits ab einem Alter von zwei Monaten zugelassen⁸ und kann Säuglinge in dieser Phase bestmöglich schützen. Weltweit wurden bisher bereits über 35 Millionen Dosen Bexsero verimpft.⁹

Referenzen

1. Köllges R et al., Kinder und Jugendarzt, 49. Jg. (2018) Nr. 9/18 | 555-560
2. Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Stand 23.01.2019, übermittelte Fallzahlen invasiver Meningokokken-Erkrankungen gemäß Referenzdefinition; Meldepflicht gemäß IfSG 2018
3. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/03_18.pdf?__blob=publicationFile, Stand Januar 2018
4. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/4/7/CH4062/CMS1546865142466/impfplano_sterreich2019_tabelle.pdf (Mai 2019)
5. <https://vaccineschedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=48&SelectedCountryIdByDisease=-1> (März 2019)
6. RKI-Ratgeber für Ärzte – Meningokokken-Erkrankungen, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html (März 2019)
7. Rijkers GT, Sanders EAM et al., Infant B cell responses to polysaccharide determinants. *Vaccine* 1998; 14/15: 1396-1400
8. Fachinformation Bexsero, GSK, Stand Januar 2019
9. GSK Data on File 2017N320400_02_11November 2018

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Novartis erhält positive Zulassungsempfehlung für Ranibizumab (Lucentis®) zur Behandlung der Frühgeborenen-Retinopathie in Europa

- *Lucentis® (Ranibizumab) wird die erste und einzige pharmakologische Therapie für ROP (Retinopathy of Prematurity) bei Frühgeborenen sein - vorbehaltlich der EU-Zulassung für diese Indikation.*
- *Die positive Empfehlung¹ basiert auf der wegweisenden Phase-III-Studie RAINBOW, in der gezeigt wurde, dass Ranibizumab eine wirksame, sichere und gut verträgliche Behandlung für Frühgeborene mit ROP darstellen kann.²*
- *Ranibizumab erzielte mit einer Dosierung von 0,2 mg die höchste Ansprechrates (80%) bei der Behandlung von ROP.²*

Novartis gab bekannt, dass der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA*) die Zulassung von Ranibizumab (Lucentis®) zur Behandlung von Frühgeborenen mit Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) empfiehlt. ROP ist eine seltene Augenkrankheit, aber eine der häufigsten Erblindungsursachen im Kindesalter.^{3,4}

Ranibizumab wird, mit Erhalt der Zulassung, die erste und einzige pharmakologische Therapie, die für ROP bei dieser sensiblen Patientenpopulation indiziert sein. Die Einreichung basiert auf der randomisierten, offenen, kontrollierten klinischen Phase-III-Studie RAINBOW.² Sie bewertete die Wirksamkeit und Sicherheit von zwei verschiedenen Ranibizumab-Dosierungen (0,2 mg und 0,1 mg) gegenüber der Laserchirurgie, dem derzeitigen Standard für die Behandlung von ROP bei Frühgeborenen.² Der Behandlungserfolg war mit einer Ansprechrates von 80 % bei der 0,2 mg-Dosis Ranibizumab am höchsten, wohingegen der Behandlungserfolg mit dem Laser 66,2% betrug (2,19-Odds-Ratio).² Die Behandlung galt dann als erfolgreich, wenn keine aktive ROP und keine ungünstigen strukturellen Veränderungen an beiden Augen 24 Wochen nach Beginn der Intervention auftraten.⁵

Sicherheitsergebnisse aus der RAINBOW-Studie zeigten ein günstiges Nutzen-Risiko-Profil von Ranibizumab für die ROP-Indikation. Im Falle der Zulassung in Europa wird Ranibizumab

(0,2 mg) bei Frühgeborenen zur Behandlung der Frühgeborenen-Retinopathie in Zone I (Stadium I+, II+, III oder III+), Zone II (Stadium III+) oder AP-ROP (aggressive hintere ROP) eingesetzt.

Die Europäische Kommission wird die CHMP-Empfehlung überprüfen und voraussichtlich innerhalb von drei Monaten ihre endgültige Entscheidung treffen.

Über Lucentis® (Ranibizumab)

Lucentis ist ein humanisiertes monoklonales Antikörperfragment, das alle biologisch aktiven Formen des vaskulären endothelialen Wachstumsfaktors A (VEGF**^{-A}) hemmt. Erhöhte Konzentrationen von VEGF-A treten bei neovaskulärer (feuchter) altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD) und weiteren Augenerkrankungen, wie diabetischem Makulaödem (DMÖ) und retinalem Venenverschluss (RVV), auf. Lucentis wurde speziell für das Auge entwickelt, um die systemische Exposition zu minimieren.⁶ Lucentis ist als Injektionslösung und Fertigspritze erhältlich und ist bislang zugelassen bei Erwachsenen zur Behandlung:

- der neovaskulären (feuchten) altersabhängigen Makuladegeneration (nAMD)
- einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)
- einer Visusbeeinträchtigung infolge eines Makulaödems aufgrund eines retinalen Venenastverschlusses oder Zentralvenenverschlusses (RVV, VAV oder ZVV)

- einer Visusbeeinträchtigung infolge einer myopen chorioidalen Neovaskularisation (mCNV)
- einer Visusbeeinträchtigung infolge einer chorioidalen Neovaskularisation aufgrund seltener Ursachen (sCNV)

Lucentis wird aktuell auch für die Behandlung von Frühgeborenen bei Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) geprüft.

Lucentis ist in über 110 Ländern zugelassen und verfügt über ein gut untersuchtes Sicherheitsprofil, das durch ein Portfolio von weltweit 251 klinischen Studien sowie durch umfangreiche Erfahrungen in der Praxis belegt wird. In einem weltweiten klinischen Entwicklungsprogramm mit 5,5 Millionen Patientenjahren seit der US-Markteinführung von Lucentis im Jahre 2006, an dem über 130.000 Patienten mit unterschiedlichen Indikationen teilnahmen, wurde das Sicherheitsprofil von Lucentis umfassend untersucht. Lucentis wurde von Genentech und Novartis entwickelt. Genentech hält die kommerziellen Rechte an Lucentis in den Vereinigten Staaten von Amerika. Novartis ist im Besitz der Rechte für die übrige Welt. Lucentis ist eine eingetragene Marke von Genentech Inc.

* European Medicines Agency

** Vascular Endothelial Growth Factor

Quellen bei Novartis Pharma GmbH

Nach Informationen von
Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

Experten-Talk: FSME – ist eine Impfung die beste Prävention?

Parasitologe Prof. em. Dr. Heinz Mehlhorn und Mikrobiologe Dr. Michael Bröker trafen sich im GSK-Impfstoffwerk in Marburg und sprachen über Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Zecken-Risikogebiete und Präventionsmöglichkeiten.

Wo tritt die FSME in Deutschland besonders häufig auf?

Bröker: „Aktuell sind 161 Kreise durch das Robert Koch-Institut als FSME-Risikogebiete definiert, die meisten in Bayern, Baden-Württemberg und Südhessen. 2019 kam das erste Risikogebiet in Niedersachsen hinzu.“

Mehlhorn: „Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt bei einer Untersuchung fragt, wo sich der Patient in den letzten zwei Monaten aufgehalten hat. Wenn jemand in einem Gebiet erkrankt, bedeutet dies nicht, dass er sich dort infiziert hat.“

Wie kann man sich vor FSME schützen?

Mehlhorn: „Zum einen gibt es die Expositionsprophylaxe – wer nicht von Zecken gestochen wird, kann nicht an von ihnen übertragenen Erregern erkranken. Hierzu zählen Repellents und lange Kleidung. Hosen sollten in die Socken gesteckt werden.“

Bröker: „Zum anderen kann gegen FSME geimpft werden, beispielsweise mit Encepur. Da nicht nur Zecken FSME übertragen können, sondern es auch nachweisliche Fälle durch den Verzehr von Rohmilch gab, ist eine Impfung der zuverlässigste Schutz.“

Wie lautet die allgemeine Impfempfehlung bei FSME?

Mehlhorn: „Jeder, der in einem Risikogebiet lebt oder dorthin reist, sollte sich impfen lassen. So lautet die Empfehlung der STIKO.“

Bröker: „Die Impfquoten sind leider in Deutschland relativ niedrig. In Österreich haben über 85 % mindestens eine Impfdosis erhalten. Bei uns liegt der Schnitt bei ca. 30 %, in Endemiegebieten wie Bayern erreichen wir 40 %.“

Mehlhorn: „Deshalb ist es wichtig, dass Ärzte und Apotheker aufklären.“



Prof. Dr. Heinz Mehlhorn und Dr. Michael Bröker (v.l.n.r.)

Das Wissen bei Laien ist sehr gering. Vielen ist nicht bewusst, dass die FSME in sehr seltenen Fällen tödlich enden kann.“

Wann ist der beste Zeitpunkt für eine FSME-Impfung?

Bröker: „Beim konventionellen Impfschema von Encepur wird bei der Grundimmunisierung die zweite Teilimpfung zwei Wochen bis drei Monate nach der ersten Dosis gegeben, die dritte nach etwa neun bis zwölf Monaten. Die erste Auffrischung sollte nach ca. drei Jahren erfolgen, dann im Abstand von fünf Jahren.“

Wie können Ärzte innerhalb kurzer Zeit vor FSME schützen?

Mehlhorn: „Wenn Patienten z.B. spontan in den Urlaub fahren möchten, kann mit dem Schnellschema an den Tagen 0, 7, 21 grundimmunisiert werden. So kann innerhalb von ca. vier Wochen ein zuverlässiger Schutz vor FSME aufgebaut werden.“

Bröker: „Die erste Auffrischung findet nach zwölf bis 18 Monaten statt, dann wieder im Abstand von fünf Jahren bzw. bei Menschen ab 50 alle drei Jahre.“

Nach Informationen von GlaxoSmithKline, München

NEU: IpraBronch 20 Mikrogramm/Sprühstoß Druckgasinhalation

Neuzugang im Asthma-Portfolio der Pädia GmbH, Tochterfirma von InfectoPharm: Mit IpraBronch 20 Mikrogramm/Sprühstoß Druckgasinhalation steht ab dem 15. August 2019 der Wirkstoff Ipratropiumbromid neben der bewährten Inhalationslösung für Kinder und Erwachsene zur Verfügung. Das Anticholinergikum kann leitliniengerecht in allen Therapiestufen der medikamentösen Asthma-Behandlung als Bronchodilatator eingesetzt werden und ist bereits ab 6 Jahren zugelassen. Darüber hinaus kann IpraBronch 20 Mikrogramm/Sprühstoß



Druckgasinhalation zur symptomatischen Behandlung reversibler Bronchospasmen bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung eingesetzt werden. Mit dem IpraBronch Dosieraerosol steht den Patienten somit ein anwenderfreundli-

ches und zugleich preisgünstiges Präparat für die Asthma- und COPD-Therapie zur Verfügung.

„Wir freuen uns, mit IpraBronch 20 Mikrogramm/Sprühstoß Druckgasinhalation dem Wunsch der Ärzte nachkommen zu können, den bewährten Wirkstoff in einem anwenderfreundlichen Inhalationssystem anzubieten“, so Philipp Zöller, Geschäftsführer der Pädia GmbH.

IpraBronch 20 Mikrogramm/Sprühstoß ist für Kinder und Erwachsene erstattungsfähig.

Nach Informationen von Pädia GmbH, Heppenheim

Erstes Mupirocin-Generikum zur präoperativen MSSA/MRSA-Sanierung: Mupirocin InfectoPharm 20 mg/g Nasensalbe



Seit kurzem bietet InfectoPharm als Eigenentwicklung das erste Generikum einer Mupirocin-Nasensalbe in Deutschland an.

Mupirocin-Nasensalbe ist gemäß WHO und KRINKO^{1,2} der Goldstandard zur präoperativen Sanierung einer nasalen MSSA/MRSA-Besiedelung und wird insbesondere vor elektiven Eingriffen eingesetzt. Postoperative Wundinfektionen durch *S. aureus* sind mit einer erhöhten

Mortalität und erhöhten Therapiekosten verbunden.^{3,4} Eine nasale *S. aureus*-Besiedelung mit MSSA/MRSA ist in der Bevölkerung mit 10–30 % verbreitet und stellt daher präoperativ einen unabhängigen Risikofaktor für postoperative Wundinfektionen dar.^{5,6}

InfectoPharm bietet die Mupirocin Nasensalbe in der praktischen 5-g-Tube an. Diese bietet eine Therapiereserve gegenüber der üblichen 3-g-Tube und reicht

somit sicher für einen Sanierungszyklus. Mupirocin InfectoPharm 20 mg/g Nasensalbe (PZN: 15393301) reduziert somit die Sanierungskosten, da Nachverordnungen in der Regel unnötig sind und die Packung in der Apotheke ab dem 15.08. trotz des Mehrinhalts preislich attraktiv für 41,90 € AVP angeboten wird.

Literatur

1. World Health Organization (WHO) (2016) Global guidelines on the prevention of surgical site infection. Geneva (URL: <http://www.who.int/gpsc/ssiprevention-guidelines/en/>)
2. RKI-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen (2018) Bundesgesundheitsbl 2018 61:448-473
3. Courville XF et al.; Inf Control Hosp. Epidemiology; 2012
4. Van Rijen MML, PLoSone 2012; 7(8); e43065
5. Sakr A. et al.; Expert Review of Anti-Infective Therapy; 2019
6. Troemann D. et al.; JAC 2019; 74: 281-294

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

G-BA: Zusatznutzen von ORKAMBI® (Lumacaftor/Ivacaftor) bei CF-Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren

- *Medizinischer Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (ZVT) bei Kindern im Alter von 2-5 Jahren belegt*
- *Lumacaftor/Ivacaftor ist das derzeit einzige zugelassene Medikament in Deutschland, das zur Behandlung des zugrunde liegenden Proteindefekts der CF bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren mit zwei Kopien der F508del-Mutation indiziert ist*

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bekannt gegeben, dass er für ORKAMBI® (Lumacaftor/Ivacaftor) einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen bei der Behandlung von Kindern mit Cystischer Fibrose (CF oder Mukoviszidose) im Alter von 2 bis 5 Jahren sieht. Der G-BA beruft sich bei seiner Entscheidung auf einen Evidenztransfer und folgt seiner Nutzenbewertung für den Einsatz der Kombinationstherapie bei Patienten ab 6 Jahren.

„Wir freuen uns sehr über diesen Entscheid. Er zeigt einmal mehr, dass der G-BA neben der breiten klinischen Evidenz, die zum Einsatz von ORKAMBI® vorliegt, auch der Meinung von medizinischen Experten und Patienten eine hohe Relevanz einräumt“, sagt Yves Zinggeler, Vice President und Regional General Manager bei Vertex.

Lumacaftor/Ivacaftor ist für CF-Patienten mit einer homozygoten F508del-Mutation im CFTR-Gen im Alter von 2 bis 5 Jahren wie bisher verordnungsfähig. In Deutschland sind ca. 243 Kinder in dieser Altersgruppe von dieser Mutation betroffen. Ursprünglich zugelassen für einen Einsatz ab 12 Jahren, ist die Zulassung in 2018 für Patienten im Alter von 6 bis 11 Jahren erweitert worden und Anfang dieses Jahres für 2 bis 5-jährige Kinder.

Der G-BA hat seinen Beschluss auf der Basis des Dossiers des pharmazeutischen Unternehmers, der vom G-BA durchgeführten Dossierbewertung, der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellten Empfehlung und der im schriftlichen und mündlichen Anhörungsverfahren vorgebrachten Stellungnahmen von behandelnden Ärzten und Patienten getroffen. Die Geltungsdauer des Beschlusses ist bis zum 1. Oktober 2021 befristet, dann muss der Hersteller ein erneutes Dossier einreichen. Die vollständigen Beschlusstexte sowie die tragenden Gründe zu den

Beschlüssen sind auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) veröffentlicht.

Therapie mit CFTR-Modulatoren

CFTR-Modulatoren wie Lumacaftor/Ivacaftor setzen an dem zugrunde liegenden Proteindefekt der Erkrankung an. Sie können das Fortschreiten der Cystischen Fibrose und die damit einhergehende Schädigung der Lunge und anderer beteiligter Organe verlangsamen und so auch den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten verbessern. Eine frühe therapeutische Intervention ist gerade bei jungen CF-Patienten sinnvoll, um irreversible Organschäden zu verhindern bzw. hinauszuzögern.

Im Rahmen des seit 2016 in Deutschland eingeführten erweiterten Neugeborenen Screenings unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung die frühzeitige Diagnose und Therapie angeborener Stoffwechselerkrankungen. Der aktuelle G-BA-Entscheid trägt dieser Zielsetzung Rechnung.

Über Cystische Fibrose (CF/Mukoviszidose)

Cystische Fibrose ist eine genetisch bedingte, seltene, lebensverkürzende Krankheit, von der rund 75.000 Menschen in Nordamerika, Europa und Australien betroffen sind.¹ Rund 42.000 von ihnen leben in Europa² und davon wiederum ca. 6.000 in Deutschland.³

Ursache der Cystischen Fibrose ist ein defektes oder fehlendes CFTR-Protein als Folge von Mutationen im CFTR-Gen.⁴ Um an Cystischer Fibrose zu erkranken, muss ein Kind zwei defekte CFTR-Gene – von beiden Eltern eines – geerbt haben.⁵ Es sind etwa 2.000 Mutationen im CFTR-Gen bekannt. Die Mutationen werden mittels Gentest bzw. Genotypisierung nachgewiesen. Manche dieser Mutationen ha-

ben zur Folge, dass an der Zelloberfläche zu wenig oder ein dysfunktionales CFTR-Protein vorhanden ist; dies ist die Ursache der Cystischen Fibrose.⁶ Aufgrund des defekten oder fehlenden CFTR-Proteins kommt es zu einem mangelhaften Salz- und Wasseraustausch von Zellen verschiedener Organe, einschließlich der Lunge. Dies führt zur Ansammlung von abnorm dickem, klebrigem Schleim, der chronische Lungeninfektionen und eine fortschreitende Schädigung der Lunge verursachen kann, die schließlich zum Tod führt.^{4,5,7} In Deutschland versterben etwa die Hälfte aller an Mukoviszidose erkrankten Personen vor dem Erreichen des 32. Lebensjahres.³

Referenzen

1. Jabar A, Raissy H. H., Blake K. New and evolving therapies for cystic fibrosis patients. *Pediatric allergy, immunology, and pulmonology* 2014;27(2):92-94.
2. European Cystic Fibrosis Society Patient Registry, Annual Data Report 2015. Online verfügbar unter: https://www.ecfs.eu/sites/default/files/general-content-images/working-groups/ecfs-patientregistry/ECFSPR_Report2015_Nov2017.pdf, Letzter Zugriff: August 2019.
3. Mukoviszidose e. V.: Deutsches Mukoviszidose-Register. Online verfügbar unter: https://www.muko.info/fileadmin/user_upload/angebote/qualitaetsmanagement/register/berichtsband_2017.pdf, Letzter Zugriff: August 2019.
4. Kliegman R. M. et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011.
5. Orenstein D. M., Spahr J. E., Weiner D. J. *Cystic Fibrosis: A Guide for Patient and Family*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
6. Sosnay P. R. et al. Defining the disease liability of variants in the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene. *Nat Genet*. 2013;45(10):1160-1167.
7. National Organization for Rare Disorders. *Cystic Fibrosis*. Online verfügbar unter: <https://rarediseases.org/rare-diseases/cystic-fibrosis/>, Letzter Zugriff: August 2019.

Nach Informationen von Vertex Pharmaceuticals GmbH, München

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@bvkj.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure

„KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann (WH)

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

Christa Becker (cb)

E-Mail: becker@kon-texte.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer und
Syndikusanwalt:

Dr. P.H. Andreas Plate

Tel.: 0221/68909-34

andreas.plate@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit-
gliederservice/Gremien:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Ansprechpartnerin Bereich
Fortbildung/Veranstaltungen:

Yvonne Rottländer

Tel.: 0221/68909-26

yvonne.rottlaender@uminfo.de

Leiterin der Stabsstelle
Politik und Kommunikation,
Büro Berlin

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de