

# bvkJ.

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

Heft 9/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT

**Berufsfragen:**  
Kinderunfälle  
vermeiden

**Fortbildung:**  
Wie vermeide ich  
unsinnige Antibiotika-  
therapien bei Atem-  
wegsinfektionen?

**Forum:**  
Medienmündigkeit:  
Ein Leitbegriff  
für die Prävention

**Magazin:**  
Der Contergan-  
Skandal und die  
Gesundheitsbehörden



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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Foto: © Kontrec - istockphoto.com



## Der Contergan-Skandal

S. 630

### Inhalt 9 | 16

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

#### **Berufsfragen**

- 571 **Aufruf zur Leserumfrage**
- 571 **Warum Bad Orb sich lohnt**
- 572 **Kinderunfälle vermeiden**  
*Gabriele Ellsäßer*
- 578 **Umsetzung des Präventionsgesetzes durch Delegation nicht-ärztlicher Leistungen**  
*Julia Schoierer*
- 580 **Der Honorarausschuss informiert**  
*Jörg Hornivius*
- 582 **„Jameda“-Urteil des BGH**  
*Julia Netzer-Nawrocki*
- 584 **Brief aus der Praxis**  
*Tanja Brunnert*
- 587 **BVKJ-Assistentenkongress in München**  
*Sebastian Bartels*
- 588 **Zu Besuch bei Hermann Gröhe**  
*Christel Schierbaum*

#### **Fortbildung**

- 590 **Rationaler Umgang mit Antibiotika bei Atemwegsinfektionen in der Pädiatrie**  
*Annabelle Wagner, Hagen Reichert, Arne Simon*
- 598 **Highlights aus Bad Orb: Atemwegs- und Lungenfehlbildungen**  
*Thomas Nicolai*
- 601 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Stefan Razeghi, Christiane Razeghi*
- 602 **Impressum**
- 605 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 606 **consilium: Isolation eines Hand-Fuß-Mund-Krankheit-infizierten Mädchens**  
*Peter Höger*

#### **Forum**

- 608 **Medienmündigkeit**  
*Till Reckert*
- 614 **„More Trials“**
- 615 **„Jugendmedizin“: ein Thema für jeden Pädiater!**  
*Uwe Büsching*
- 616 **Eine Frage an: Martina Wiesmann**  
*Regine Hauch*
- 617 **Kinder halten gesund**
- 618 **„Rauchfrei unterwegs“**  
*Kathrin Jackel-Neusser*
- 623 **2. Dortmunder (Ärzte-)Tag des FKE**
- 624 **Mindeststandards für Kinder und Frauen in Flüchtlingsunterkünften**
- 625 **Neues bei www.allum.de**
- 626 **Nachgefragt**
- 628 **Vermischtes**

#### **Magazin**

- 630 **Der Contergan-Skandal und die Gesundheitsbehörden**  
*Niklas Lenhard-Schramm*
- 634 **„Regretting Parenthood“**  
*Wolfram Hartmann*
- 634 **Dr. Karl-Heinz Leppik zum 65. Geburtstag**  
*Roland Ulmer*
- 636 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 636 **Pädindex**
- 637 **Personalia**
- 638 **Pädindex**
- 640 **Nachrichten der Industrie**
- 643 **Wichtige Adressen des BVKJ**



s. S. 587

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe liegen als Teilbeilagen jeweils die Programmhefte zur 14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg und 7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin sowie als Vollbeilage ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG. Wir bitten um freundliche Beachtung.

# Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der „Kinder- und Jugendarzt“ ist das meist gelesene pädiatrische Fachjournal in Deutschland. Dies ist kein Zufall, daran arbeiten viele mit, ob als Autoren, Redakteure oder Verlagsmitarbeiter des Hansischen Verlagskontors in Lübeck. Ihnen allen vorab gilt mein besonders herzlicher Dank. Stellvertretend für alle möchte ich ganz besonders unserem Verleger Norbert Beleke danken, der nicht nur unsere Zeitschrift kreativ gestaltet und in Druck bringt, sondern viele gemeinnützige Aktivitäten des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e. V. großzügig unterstützt, so den alljährlichen Medienpreis, der auch in diesem Jahr wieder ein voller Erfolg war.

Dennoch kann Gutes noch besser werden und deshalb wollen wir durch unsere diesjährige Online-Leserumfrage von Ihnen erfahren, was wir noch verbessern sollen, welche Themen Sie interessieren und wo wir Schwerpunkte setzen sollen. In der letzten Zeit haben wir uns stärker dem Themenkomplex „Berufsfragen“ gewid-

met und sind sehr interessiert zu erfahren, ob wir damit ins Schwarze getroffen haben. Bitte nehmen Sie sich wenige Minuten Zeit, um die wenigen Fragen zu beantworten, die wir Ihnen stellen möchten. Sie helfen uns dadurch, noch passgenauer Ihre Erwartungen an ein modernes pädiatrisches Fachjournal zu erfüllen.

Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung.

Dr. Thomas Fischbach  
Präsident BVKJ

*Und so geht es zur Umfrage: Auf unserer Homepage [www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de) oder in PädInform finden Sie einen entsprechenden Button, den Sie bitte anklicken. Die Erhebung ist in der Zeit vom 15.09. - 30.09.2016 freigeschaltet.*

## Ganz persönlich: Warum sich Bad Orb lohnt

Vor kurzem hatte jedes BVKJ-Mitglied die Einladung vom Kongress in Bad Orb in den Händen und stellte sich vielleicht die Frage: Warum soll ich denn da hin?

Man hat im PädInform gelesen, wie langweilig die Stadt ist, wie schlecht das Programm, wie wenig praxisnah die Seminare sind.

Vielleicht hat man allerdings auch die positiven Posts gelesen und schwankt.

Nach elf Jahren Bad Orb bin ich überzeugt, dass ich die Jahre zuvor, als ich noch kein Orbianer war, etwas verpasst habe.

Bei keiner anderen Veranstaltung gibt es soviel und intensiven kollegialen Austausch und die Möglichkeit der Diskussion mit den Referenten. Ob im Seminar oder im Plenum, vor den Vorträgen oder danach, wirklich keiner der Referenten – ob Uni-Prof, Niedergelassener oder Klinikarzt – ist sich zu schade, Rede und Antwort zu stehen.

Die Möglichkeit, frei zu entscheiden, was ich mir anhören möchte und was eben nicht, macht den Seminarkongress aus. Auch wenn der Ort Bad Orb etwas in die Jahre gekommen ist, finde ich die Ruhe und die Möglichkeit, jenseits der Großstadt

auch auszuspannen, reizvoll. Andererseits das Abendprogramm: Wirklich jeden Abend gibt es ein berufspolitisches Angebot und die Möglichkeit, den Vorstand direkt zu „löchern“, außerdem PädInform-Stammtisch und den feierlichen Eröffnungsabend.

Also, langweilen muss man sich wirklich nicht.

Und dann gibt es natürlich auch noch die Toskana-Therme: ein Genuss.

Übrigens trifft man auch nicht nur in die Jahre gekommene Kollegen, es gibt auch eine Menge frisch Niedergelassene, die gemerkt haben, dass hier von der Praxis für die Praxis Fortbildung gemacht wird.

Wenn ich mir also etwas wünschen darf, dann wünsche ich mir, dass sich ganz viele Kolleginnen und Kollegen trauen und nach Bad Orb kommen, dass sie sich selbst ein Bild machen und sehen, dass sich Bad Orb lohnt.

**Dr. Herbert Schade**  
53894 Mechernich  
E-Mail: [dr.schade@gmx.de](mailto:dr.schade@gmx.de)

Red.: ReH

## 20. Kursus für Pädiatrische Rheumatologie

25. bis 26. November 2016 – Bremen // Info: [hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de)

# Kinderunfälle vermeiden – eine wichtige Beratungsleistung von Kinder- und Jugendärzten



Dr. Gabriele Ellsäßer

Dr. Matthias Albrecht

Dr. Johannes Böhmann

Verletzungen stellen weltweit für Kinder eine massive Bedrohung für Leib und Leben dar. Sie sind für Kinder ab einem Jahr die häufigste Todesursache und die Hauptursache für eine Behinderung in Europa. Nach dem Bericht zu Verletzungen in der Europäischen Union von 2013 muss jedes Jahr eines von 10 Kindern unter 15 Jahren in Europa notfallmäßig ärztlich behandelt werden.

## Typische Verletzungshergänge im Säuglings- und Kleinkindalter (Quelle: IDB, Ellsäßer, LAVG)

- Säugling 8 Monate: Sturz vom Wickeltisch, als die Mutter sich kurz umdrehte
- Säugling 11 Monate: vom Sofa gefallen und mit dem Kopf auf den Teppichboden aufgeschlagen, später mehrfach erbrochen
- Kind 1 Jahr: damit die Mutter in Ruhe ihre Wäsche aufhängen konnte, setzte sie das Kind in den Gehfrei. Das Kind lief los und stürzte eine Stufe hinab und schlug mit dem Kopf auf die Steine; Gehirnerschütterung
- Kind 2,3 Jahre: hat eine große Tasse mit heißem Tee zu sich heruntergezogen und der Tee ist auf Kinn, Hals und Brust gelandet. Zum Zeitpunkt des Unfalls waren Mutter und Vater im Raum, Patient war im Blickbereich des Vaters
- Kind 3,2 Jahre: stürzt aus dem Hochbett aus ca. 1,5 m Höhe, stationäre Behandlung wegen Schädelbasisbruch

## Beratung im Rahmen der präventiven Untersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen (U2-U9) und die damit verbundenen persönlichen Kontakte mit den Eltern eignen sich besonders für eine präventive und altersadäquate Unfallberatung von kleinen Kindern. Kinder- und Jugendärzte erreichen bis zur U7 über 90 % der Kinder mit ihren Eltern. Eltern sollten nicht mit Informationen „überfrachtet“ werden, die sie für das aktuelle Alter ihrer Kinder nicht benötigen. Statt seitenlanger Broschüren sind gezielte alters- und entwicklungspezifische ausgerichtete Informationen wirksamer. Die Informationen sind anschaulich und kurz zu gestalten, damit auch Eltern mit niedrigem Bildungsstatus erreicht werden

## Altersabhängige Unfallarten

Epidemiologische Studien zeigen, dass Säuglinge und kleine Kinder am stärksten gefährdet und schutzbedürftig sind.

**Ab einem Alter von einem Lebensjahr sind Verletzungen die häufigste Todesursache im Kindes- und Jugendalter.**

Säuglinge und kleine Kinder haben seit Jahren das höchste Risiko von allen unter 15-Jährigen, durch einen Unfall zu sterben. Die **vier häufigsten Todesursachen** sind Unfälle im häuslichen Umfeld:

- **Ersticken (Aspiration bzw. Strangulation im Kinderbett),**
- **Ertrinken (insbesondere in der Badewanne),**
- **Stürze aus Gebäuden und**
- **Verbrennungen mit Rauchgasvergiftungen durch Wohnungsbrände.**

Ab dem Grundschulalter treten die Straßenverkehrsunfälle in den Vordergrund (Kinder als Fußgänger und PKW-Insassen) und wiederum ab 10 Jahren markant zunehmend die Fahrradunfälle mit tödlichen bzw. schweren Verletzungen.

Die Fachserie „Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendliche“ des Statistischen Bundesamtes stellt des Weiteren fest, dass seit Jahren bei kleinen Kindern (1-4 Jahre) Verletzungen der zweithäufigste Einweisungsgrund (nach den Krankheiten des Atmungssystems) in ein Krankenhaus sind. Kleine Kinder stellen eine besondere Risikogruppe dar, da sie am häufigsten von allen Kindern unter 15 Jahren wegen einer Verletzung im Krankenhaus behandelt werden müssen. Da bei Säuglingen und kleinen Kindern der häusliche Bereich als Unfallschwerpunkt im Vordergrund steht, sollte dies der Schwerpunkt der unfallpräventiven Beratung sein. In dieser Altersgruppe sind am häufigsten Verletzungen durch Stürze aus der Höhe und nicht nur auf der Ebene, thermische Verletzungen und Vergiftungen. Auf Grund des veränderten Aktionsradius der Kinder mit Schulbeginn verlagert sich dann der Schwerpunkt des Unfallgeschehens auf den Freizeit- und Sportbereich.

## Präventive Beratung ist wirksam

Internationale Studienergebnisse aus Präventionsprogrammen von häuslichen Unfällen bei Kindern in Kanada, in den USA, England und Schweden bestäti-

gen, dass die persönliche Information von Eltern über wichtige Gefahrenstellen und Schutzvorkehrungen wie

- **Ausstattung der Wohnung mit Rauchmeldern,**
- **Wegschließen von Medikamenten und Reinigungsmitteln,**
- **Herdschutz- und Treppenschutzgitter,**
- **keine Benutzung von Lauflernhilfen,**

einen nachweisbaren Einfluss auf die Verhinderung von Unfällen bei Kindern hat. Dabei ist eine gezielte ärztliche Aufklärung von Eltern gerade kleiner Kinder besonders effektiv. Hinzu kommt, dass neue EU Normen den Verbraucherschutz verbessert haben, aber Eltern darüber häufig noch nichts wissen. So ist ab Anfang 2015 für Hersteller verpflichtend, dass sie an Hochbetten einen Warnhinweis anbringen, dass diese nicht für Kinder unter 6 Jahren geeignet sind. Daher ist auch bedeutsam, neue produktbezogene Regelungen in die präventive Elternberatung aufzunehmen (analog zur altersspezifischen Anschnallpflicht von Kindern in Rückhaltesystemen in PKWs).

Nationale und internationale Studien weisen darauf hin, dass die Lebensumwelt, die familiäre Situation (soziale Lage, Migrationsstatus, elterliche Fürsorge, Aufsicht) und kindbezogene Merkmale (Geschlecht, Alter, Hyperaktivität, Aggressivität) bedeutsame Risikofaktoren bei Unfällen im Kindesalter sind. Dieser Kontext sollte in der unfallpräventiven Beratung mit berücksichtigt werden.

### Evidenzbasierte Maßnahmen

Die Arbeitsgruppe um Kendrick veröffentlichte die umfassendste Analysen zu elternbezogenen Interventionen in der Prävention von häuslichen Kinderunfällen als Cochrane Reviews (s. Tab. 1). Die Autoren bezogen insgesamt 98 internationale Studien und Metaanalysen ein. Im Folgenden wird der wissenschaftliche Erkenntnisstand dieser Metaanalyse zusammengefasst, da diese Ergebnisse maßgeblich die europäischen Fachempfehlungen der European Child Safety Alliance in der Unfallprävention bei Kindern beeinflusst haben. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Interventionsmaßnah-

Verletzungsmechanismus	Interventionen (Kendrick et al. 2012)	Anzahl Studien	Evidenz <sup>1</sup>
<b>Verbrühungen</b>	Reguliertes heißes Wasser am Wasserhahn	16	ja
	Herdschutzgitter	4	ja
	Heiße Getränke/Essen außerhalb Reichweite	6	*
<b>Verbrennungen</b>	Sichere Aufbewahrung von Streichhölzern	6	nein
	Vorhandensein eines Feuerlöschers	4	*
	Besitz funktionierender Rauchmelder	17	ja
<b>Vergiftungen</b>	Sichere Aufbewahrung von Medikamenten	13	ja
	Sichere Aufbewahrung von Reinigungsprodukten	15	ja
	Vorhandensein von Ipecac Sirup	10	ja
	Telefonnummer Vergiftungszentrale vorhanden	9	ja
<b>Stürze</b>	Vorhandensein von Treppenschutzgitter	12	ja
	Kein Besitz und Gebrauch einer Lauflernhilfe	9	ja
	Fenstersicherung bzw. abschließbare Fenster	6	(ja) <sup>2</sup>
	Vorhandensein von rutschfesten Badematten	4	*
	Kind auf Hochebene nicht unbeaufsichtigt lassen	3	*
<b>Elektrischer Strom</b>	Sicherung von Steckdosen	9	ja
<b>Schneiden</b>	Sichere Aufbewahrung scharfer Gegenständen	7	nein
<b>Ersticken</b>	Kleine Objekte außerhalb der Reichweite	6	*
<b>Ertrinken</b>	Niemals ein Kind allein im Bad lassen	5	*

\* Hier ist die Zahl der Studien und Teilnehmer klein: ≤ 6 Studien und ≤ 1000 Teilnehmer bezogen auf Interventions- / Kontrollarm

<sup>1</sup> Definiert als Odds Ratio M-H, Random, 95 % > bzw. < 1

<sup>2</sup> Intervention effektiv innerhalb eines kurzen Zeitraumes (< 4 Monate)

Tab. 1: Evidenz von elternbezogenen Interventionen in der Prävention von häuslichen Kinderunfällen

Bezeichnung	Schutzfunktion	Beispielbild
<b>Fenstersicherungen</b> Aus Plastik zum Schrauben oder Kleben	Sicherung von Fenstern oder Glas-türen gegen Öffnen, z.B. für Kinderzimmerfenster, Balkontüren	
<b>Herdschutzgitter</b> Plastikgitter mit Klappfunktion zum Schrauben oder Kleben	Schutz vor Verbrühungen und Verbrennungen am Kochfeld, bzw. dem Herunterreißen von Töpfen und Pfannen	
<b>Mischbatterien mit Verbrühschutz</b> Eine Heißwassersperre ermöglicht, dass das Wasser sich nur bis zu einer bestimmten Temperatur aufheizen kann (z.B. 38 Grad)	Schutz vor Verbrühungen durch zu heißes Leitungswasser	
<b>Rauchmelder</b> Zum Festschrauben an der Zimmerdecke, batteriebetrieben	Alarm bei Rauchentwicklung: Schutz vor Brandfolgen wie Verbrennungen und Rauchgasvergiftung	
<b>Treppenschutzgitter</b> Aus Kunststoff oder Holz zum Anschrauben oder Einklemmen	Schutz vor Treppenstürzen durch verschlossenes, nicht übersteigbares Gitter	
<b>Steckdosenschutz</b> Aus Kunststoff, in unterschiedlichen Varianten verfügbar, zweipolig	Sicherung von Steckdosen gegen Hineinstecken von Gegenständen	
<b>Schranksicherung</b> Aus Plastik	Sicherung von Schränken gegen unbefugtes Öffnen	
<b>Bettgitter</b> Plastikgitter mit oder ohne Textilanteil zur Sicherung des Bettes; in Länge und Höhe variabel	Schutz gegen Sturz aus dem Jugend- oder Erwachsenenbett im Schlaf	
<b>Ecken- und Kantenschutz</b> Weiches Material, z.B. Schaumstoff zum Aufstecken oder Kleben	Abrunden von Ecken und Kanten zum Schutz vor Verletzungen nach einem Sturz	
<b>Türklemme / Türstopper</b> Aus Schaumstoff bzw. Plastik zum Aufstecken an die Tür	Schutz gegen Einklemmen von Fingern	

Fotoquelle: reer GmbH

Tab. 2: Sicherungssysteme zur Vermeidung häuslicher Unfälle

men für einige bedeutsame Verletzungsmechanismen – wie Ersticken durch kleine Spielzeugteile oder Erdnüsse – nicht bewertet werden konnten, da hierzu randomisierte, kontrollierte Studien nicht durchführbar sind.

Die Autoren empfahlen in ihren Schlussfolgerungen für die Praxis, besonders wirksam seien persönliche Informationen zum Beispiel auch durch den Arzt in Praxis und Klinik. Wenn diese Aufklärung mit Angeboten einer Sicherheitsausrüstung (wie Rauchmelder) verbunden werden, würde dieser Effekt verstärkt werden. Darüber hinaus sollten diese Maßnahmen durch andere Ansätze wie Produktdesign, bauliche Ausstattungen und durch rechtliche Regelungen oder Standards ergänzt werden (s. Tab. 2).

### Wie können Eltern am besten aufgeklärt werden?

Sehr gut für das Aufklärungsgespräch eignen sich themenspezifisch die kurzen Flyer der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. <http://www.kindersicherheit.de/nc/service/bestellservice.html>

Zum Thema Verhütung von Vergiftungsunfällen sind die Materialien auch in mehreren Sprachen verfügbar (Abb. 1). Sinnvoll ist auch, über saison spezifische Risiken zu informieren, beispielsweise im Som-



Abb. 1 und Abb. 2: Aufklärung zur Unfallprävention: hier Vermeidung von Vergiftungen und Ertrinken (Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.)

Einen altersspezifischen Ansatz verfolgen die kinderärztlichen Merkblätter (A, U2+U3, U4+U5, U6, U7, U7a, U8), die auf die Entwicklung des Kindes und die entsprechenden U-Untersuchungen ausgerichtet sind, die mit vielen Bildern gefährliche Situationen illustrieren und textlich kurz beschreiben, mit welchen Maßnahmen vorgebeugt werden kann. Die Merkblätter sind kostenlos über die Kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes zu beziehen. Kinder- und Jugendarztpraxen sind Orte, in denen Präventionsbotschaften gut vermittelt werden können. Die Vermittlung muss allerdings überlegt und geplant erfolgen, das heißt, in welchem Zusammenhang und durch wen die Merkblätter erläutert und überreicht werden.

mer rund um das Schwimmengehen (Abb. 2) oder im Frühsommer über Vorsichtsmaßnahmen beim Grillen.

Literatur bei der Verfasserin

**Dr. Gabriele Ellsäßer**  
 Abteilungsleitung der Abteilung Gesundheit  
 Landesamt für Arbeitsschutz,  
 Verbraucherschutz und Gesundheit  
 Stellvertretende Unfallbeauftragte BVKJ

**Dr. Matthias Albrecht**  
 ehemaliger Leitender Abteilungsarzt der  
 Kinderchirurgischen Klinik, Klinikum Dortmund

**Dr. Johannes Böhm**  
 Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
 Delmenhorst, Unfallbeauftragter bvkj

**Korrespondenzanschrift:**  
**Dr. Gabriele Ellsäßer**  
 Abteilungsleitung der Abteilung Gesundheit  
 Landesamt für Arbeitsschutz,  
 Verbraucherschutz und Gesundheit  
 Wünsdorfer Platz 3  
 15806 Zossen  
 Tel.: 0331-8683800  
 E-Mail: [Gabriele.ellsaesser@lavg.brandenburg.de](mailto:Gabriele.ellsaesser@lavg.brandenburg.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](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

# Umsetzung des Präventionsgesetzes durch Delegation nicht-ärztlicher Leistungen



Dr. phil.  
Julia Schoierer<sup>1,2</sup>

PD Dr. med. Stephan  
Böse-O'Reilly<sup>1,2,3</sup>

Dr. med. Thomas  
Lob-Corzilius<sup>2,4</sup>

Durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz wird die Kinder- und Jugendarztpraxis vor neue Herausforderungen gestellt. Vor diesem Hintergrund gewinnt auch die Rolle der Medizinischen Fachangestellten (MFA) weiter an Bedeutung. Durch die Teilnahme am Curriculum Prävention im Kindes- und Jugendalter erlernen die teilnehmenden MFA neue Handlungskompetenzen in zahlreichen relevanten Präventionsbereichen der pädiatrischen Versorgung und bilden sich zur Präventionsassistentin aus. Durch die Übernahme von Präventionsarbeit durch eine Präventionsassistentin werden die Ärztinnen und Ärzte zeitlich entlastet, sowie das Präventionsangebot in der Praxis dauerhaft umgestaltet bzw. erweitert.

## Setting Kinder- und Jugendarztpraxis

Die in den ersten Lebensjahren engmaschig angebotenen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden von über 96 % der Kinder in Anspruch genommen. Mit steigendem Alter nimmt diese hohe Inanspruchnahme leicht ab, liegt aber im Mittel aller Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bei über 90 % (1,2). Das 2015 vom Kabinett verabschiedete Präventionsgesetz sieht nun eine Ausweitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auf Krankheiten vor, die die psychosoziale Entwicklung beeinträchtigen, sowie eine Anhebung der bisherigen Altersgrenze für Früherkennungsuntersuchungen auf das vollendete 18. Lebensjahr. Ein weiterer Fokus wird auf die Familie als großen Einflussfaktor auf die Kinder- und Jugendgesundheit gelegt, sowie auf primärpräventive Beratungselemente als verbindliche Inhalte der Untersuchungen (3).

Vor diesem Hintergrund wird die Übernahme von Präventionsleistungen durch nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder- und Jugend-

arztpraxis an Bedeutung gewinnen. Ein Modell der Delegation nicht-ärztlicher Leistungen an MFA ist das von der Bundesärztekammer anerkannte Curriculum Prävention im Kindes- und Jugendalter (4), welches 2003 vom Netzwerk Kindergesundheit und Umwelt entwickelt wurde und mittlerweile bundesweit mittels der Deutschen Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter etwa 1.000 Präventionsassistentinnen ausgebildet hat (5).

## Fortbildungscurriculum Prävention im Kindes- und Jugendalter

Die Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter bietet das 84 Stunden umfassende Fortbildungscurriculum derzeit an den Standorten Bad Orb, Berlin, Bochum, München und Reutlingen an. Je nach Standort findet die Ausbildung an 4 bis 5 Wochenenden oder in 2 Kurswochen innerhalb eines Jahres statt (6).

Die Präventionsassistentin verfügt danach über **folgende Handlungskompetenzen (4)**:

- die Motivation des Patienten und seiner Familie zur primären Prävention durch aktivierende und strukturierte Kommunikation und Interaktion zu fördern,
- den Arzt bei Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung insbesondere von Früherkennungsuntersuchungen, Impfberatung und weiteren Präventionsmaßnahmen zu unterstützen,
- gesundheitsbezogenes Wissen mit den Patienten und deren Familien zu erarbeiten,
- zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren und gesundheitsgerechtes Handeln einzuüben,
- individuelle Ressourcen von Patienten und Angehörigen zu fördern unter Berücksichtigung von deren Zielen und Bedürfnissen,
- Patienten- und Elternschulungen zu organisieren und moderieren
- den internen und externen Informationsfluss zu organisieren,

- begleitende Koordinations-, Organisations- und Qualitätsmanagementmaßnahmen durchzuführen.

### Primärpräventive Inhalte sind (4):

- Gesunde Ernährung (Stillen, Säuglingsernährung, Kleinkindernahrung, Familiernahrung, allergenarme Ernährung, Übergewicht)
- Schlafverhalten (von Säuglingen und Kleinkindern), plötzlicher Kindstod (SIDS)
- Zahnpflege
- Bewegungsförderung
- Schutzimpfungen
- Allergien
- Schutz vor Tabakrauchbelastung
- Unfälle in Haus, Freizeit und Verkehr
- Sucht (Alkohol, Tabak, illegale Drogen)
- Medienkonsum
- Sexualverhalten, Kontrazeption und Schutz vor Infektionskrankheiten
- Körperliche Gewalt, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe Pädiatrische Umweltepidemiologie, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München

<sup>2</sup> Deutsche Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Bochum

<sup>3</sup> Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment, Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment, UMIT- Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall i.T., Österreich

<sup>4</sup> Christliches Kinderhospital Osnabrück

Studien aus den Jahren 2009 (7), 2011 (8) sowie fortlaufender Kursevaluation konnten unter anderem eine Wirksamkeit des Fortbildungscurriculums auf die Aspekte des Kompetenzzuwachses der Teilnehmerinnen, der Verstärkung des Präventionsangebotes in der pädiatrischen Praxis sowie der Entlastung der Ärztin / des Arztes aufzeigen (6).

80 % der befragten Ärzte (n = 57) gaben zudem an, dass die Präventionsassistentin nun präventive Beratungsgespräche in der Arztpraxis übernimmt (6).

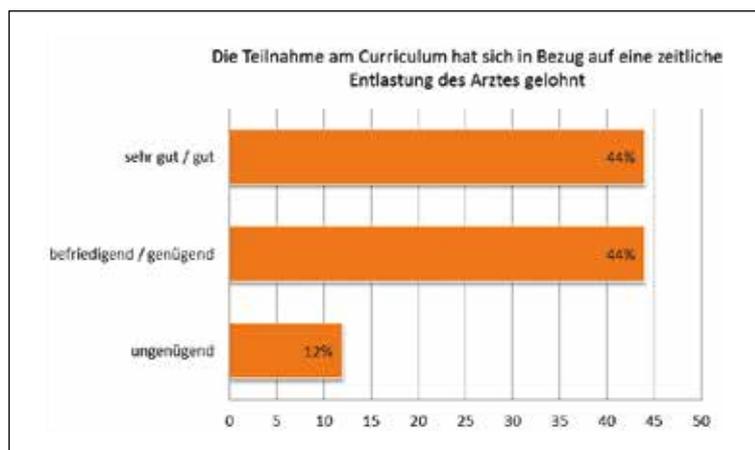
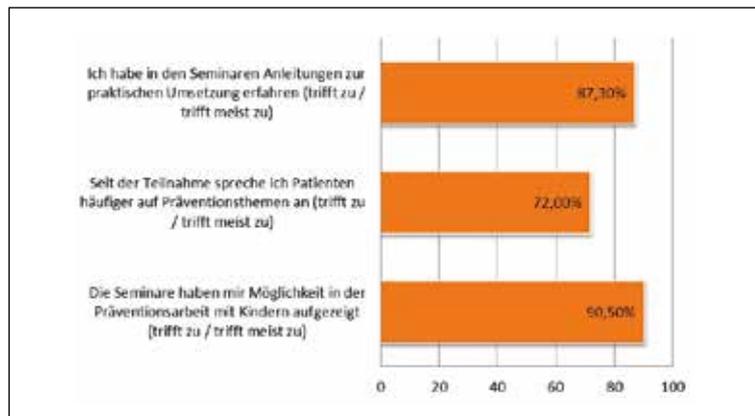
## Fazit

Die auszugsweise vorgestellten Studienergebnisse zeigen eine erfolgreiche Umsetzungsmöglichkeit von delegierbaren nicht-ärztlichen Leistungen in der pädiatrischen Praxis. Durch die Stärkung der Rolle der MFA kommt es einerseits zu einer Verbesserung des Präventionsangebotes andererseits zu einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, die dadurch mehr Zeit für wichtige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in ihrer kinder- und Jugendarztpraxis zur Verfügung haben. Nicht zuletzt fördert der Kompetenzzuwachs des gesamten Praxisteam das Arbeitsklima wie die Außenwirkung positiv.

Das Präventionsgesetz wird die pädiatrische Praxis vor neue Herausforderungen stellen, umso bedeutender ist die Verteilung der Arbeit auf ärztliches und nicht-ärztliches Personal. „Vergleicht man die von der Bundesärztekammer formulierten Handlungskompetenzen einer Präventionsassistentin mit den innerhalb des Präventionsgesetzes dargestellten Präventionsangeboten einer Kinder- und Jugendarztpraxis, so wird deutlich, welcher großen Bereich diese Fortbildungsangebote im Rahmen des Präventionsgesetzes abdecken könnten (6).“

Ein entscheidender Schritt wäre nun eine klar definierte Honorierung der Präventionsangebote als delegierbare Leistung im EBM, wie sie auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte fordert und hoffentlich in den nächsten Jahren auch umgesetzt wird (6).

Termine für die Teilnahme am Curriculum Präventionsassistentin finden sich auf der Homepage der Deutschen Akademie für Prävention und Gesundheitsför-



derung im Kindes- und Jugendalter – [www.dapg.info](http://www.dapg.info) – sowie im MFA-Magazin „Praxisfieber“.

### Kontaktadresse:

**Dr. Julia Schoierer**

**Arbeitsgruppe Pädiatrische Umweltepidemiologie  
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial-  
und Umweltmedizin**

**Klinikum der Universität München  
Ziemssenstrasse 1, 80336 München**

**[Julia.schoierer@med.uni-muenchen.de](mailto:Julia.schoierer@med.uni-muenchen.de)**

Literatur bei den Verfassern.

Red.: WH

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

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

**(02 21) 6 89 09 21.**



## Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

Thema des Monats

# EBM-GNrn. 01430 und 01435



Dr. Jörg Hornivius

An dieser Stelle möchte der Honorarausschuss ein altbekanntes Format wiederbeleben und monatlich auf aktuelle Abrechnungsfragen oder wichtige Themen aus EBM, GOÄ und der Welt der Selektivverträge eingehen.

**D**er Verwaltungskomplex 01430 und die Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale 01435 sind wichtige GOP im Praxisbetrieb.

Die MFA berät den Patienten oder die Angehörigen des Patienten in einem Krankheitsfall. Diese Beratung kann zum einen persönlich durch die MFA in der Praxis oder telefonisch erfolgen.

**Die Betonung liegt auf Krankheitsfall, denn nur eine kurative Diagnose löst einen Krankheitsfall aus.**

Der Krankheitsfall löst je nach KV im aktuellen oder dem darauf folgenden Jahr einen RLV-Fall aus, dies ist

in den einzelnen Landes-KVen unterschiedlich geregelt. In jedem Fall löst der Krankheitsfall für das laufende Quartal ein Medikamentenbudget, ein Heilmittelbudget und ein Laborbudget aus.

Die haus-/fachärztliche Bereitschaftspauschale **01435** hat überwiegend Bedeutung für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), bzw. für die Fälle, in denen kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt.

In einer BAG kann mit dieser GOP Umsatz generiert werden. **Arzt A** rechnet die Versichertenpauschale ab, **Arzt B** die GOP 01435 bei telefonischer Beratung oder bei mittelbarem Arzt-Patientenkontakt ab.

Ziffer	Legende	Punkte	EBM 1/16	Prüfzeit [min]
<b>01430</b>	<p><b>Verwaltungskomplex</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausstellung von Wiederholungsrezepten/Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder</li> <li>• Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal</li> </ul> <p>Die Gebührenordnungsposition 01430 ist im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig</p>	12	1,23 €	0 (T, Q)
<b>01435</b>	<p><b>Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder</li> <li>• Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen</li> </ul> <p>Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01435 nicht berechnungsfähig Die Gebührenordnungsposition 01435 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig</p>	88	9,04 €	0 (T, Q)

T:= Tagesprofil; Q:= Quartalsprofil

In einer Einzelpraxis sollte versucht werden den Patienten persönlich zu sehen, um die Versichertenpauschale abrechnen zu können. Sollte die Mutter aber bei der Impfung eines Kindes die Impfausweise der Geschwisterkinder zur Impfberatung vorlegen, ist auch hier die Abrechnung der GOP 01435 sinnvoll.

Die Abrechnung der Ziffer 01435 ist in einer Einzelpraxis nicht neben der Pauschalziffer 04001 oder 04002 möglich.

Bei korrekter Abrechnung löst die 01435 aber ebenso wie die 01430 einen neuen RLV-Fall und einen neuen Fall für das Medikamentenbudget, das Heilmittelbudget und das Laborbudget aus.

*Dr. Jörg Hornivius*  
41061 Mönchengladbach  
E-Mail: aesculix@aol.com

Red.: WH

## Neues aus der Rechtsprechung ● ● ●

# „Jameda“-Urteil des BGH



Dr. Julia  
Netzer-Nawrocki

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 1. März 2016 (Az: VI ZR 34/15) entschieden, dass Bewertungsportale im Internet Beanstandungen der Bewerteten ernsthaft überprüfen müssen. Gegebenenfalls müssen sie die Bewerter auffordern, ihren Kommentar näher zu begründen und Belege einzureichen.

### Der Sachverhalt

Im konkreten Fall wehrte sich ein Zahnarzt gegen eine Bewertung mit der Schulnote 4,8 auf dem Arzt-Bewertungsportal „Jameda“. Der Zahnarzt vertrat die Auffassung, der Bewerter sei gar nicht bei ihm in Behandlung gewesen. Jameda hatte die Bewertung zunächst gelöscht, nach einer Prüfung aber wieder eingestellt. Bei der Prüfung hatte Jameda es ausreichen lassen, dass der Bewerter ohne genaue Angabe des Behandlungstages und näherer Beschreibung der Behandlung einen Besuch beim klagenden Zahnarzt behauptet hatte. Jameda hatte die Stellungnahme des Bewerter aus datenschutzrechtlichen Gründen in geschwärtzter Form an den Zahnarzt weitergeleitet, damit dieser keine Rückschlüsse auf die Person des Bewerter ziehen konnte. Das Landgericht hatte der Klage des Zahnarztes zunächst stattgegeben. Das OLG hatte dieses Urteil aufgrund der Berufung der Beklagten abgeändert und die Klage abgewiesen. Der BGH hat nun das Urteil des OLG Köln aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung an das OLG zurückverwiesen. Im Einzelnen:

### Die Begründung

Der BGH ist der Begründung des Klägers im Ergebnis gefolgt.

### Haftung von Jameda als mittelbare Störerin

Zunächst verneint der BGH eine Haftung von Jameda als unmittelbare Störerin, da es sich bei dem streitgegenständlichen Beitrag nicht um einen eigenen Beitrag von Jameda gehandelt habe und Jameda sich diesen auch nicht derart zu Eigen gemacht habe, dass dieser Jameda wie ein eigener Beitrag zugerechnet werden müsste.

Indessen komme eine Haftung als **mittelbare Störerin** in Betracht. Als mittelbarer Störer sei in der Regel verpflichtet, wer, ohne unmittelbarer Störer zu sein, in irgendeiner Weise willentlich und adäquat kausal zur Beeinträchtigung des Rechtsgutes beitrage. Die Haftung als mittelbarer Störer dürfe dabei aber nicht über Gebühr auf Dritte erstreckt werden, die die rechtswidrige Beeinträchtigung nicht selbst vorgenommen haben. Diese Voraussetzungen hat der BGH als erfüllt angesehen.

### Umfang der Prüfpflicht von Einzelfall abhängig

Welchen Umfang diese Überprüfung haben müsse, hänge immer von den Umständen des Einzelfalles ab und erfordere eine Interessenabwägung zwischen dem **Persönlichkeitsrecht** des Betroffenen und dem eben-

Ein Hostprovider sei zur Vermeidung einer Haftung als mittelbarer Störer zwar grundsätzlich nicht verpflichtet, die von den Nutzern in das Netz gestellten Beiträge vor der Veröffentlichung auf eventuelle Rechtsverletzungen zu überprüfen. **Dies ändere sich aber dann, sobald er Kenntnis von der Rechtsverletzung erlange, ihm also eine konkrete Beschwerde vorliege.** Sobald ein Betroffener den Hostprovider auf eine Verletzung seines Persönlichkeitsrechts durch den Nutzer seines Angebotes hinweise, könne der Hostprovider verpflichtet sein, künftig derartige Störungen zu verhindern.

schweren dürfe. Zu berücksichtigen sei aber, dass der Betrieb von Arztbewertungsportalen von vornherein ein gesteigertes Risiko berge, für nicht unerhebliche persönlichkeitsrechtsverletzende Äußerungen missbraucht zu werden. Der Portalbetreiber müsse daher von Anfang an mit entsprechenden Beanstandungen rechnen. Die Missbrauchsgefahr werde noch durch die Möglichkeit verstärkt, Bewertungen anonym abgeben zu können. Gleichzeitig erschwere dies auch dem Arzt, unmittelbar gegen den Portalnutzer vorgehen zu können.

### Anforderungen an die Prüfung

falls geschützten Recht des Providers auf **Meinungs- und Medienfreiheit**. Sobald ein Provider vom Arzt mit der Beanstandung einer Bewertung konfrontiert werde, die so konkret gefasst sei, dass der Rechtsverstoß auf der Grundlage der Behauptung des Arztes unschwer bejaht werden könne, sei eine Ermittlung und Bewertung des gesamten Sachverhalts unter Berücksichtigung einer etwaigen Stellungnahme des für den beanstandeten Beitrag Verantwortlichen erforderlich. Dies gelte sogar dann, wenn die beanstandete Äußerung nicht als Tatsachenbehauptung, sondern als Werturteil zu qualifizieren sei, dieses aber vom Betroffenen mit der schlüssigen Behauptung als rechtswidrig beanstandet werde, dass dem Werturteil jegliche Tatsachengrundlage fehle.

Die vom Portalbetreiber durchzuführende Überprüfung müsse erkennbar zum Ziel haben, die Berechtigung der Beanstandung des Arztes zu klären. Der Portalbetreiber müsse also ernsthaft versuchen, sich hierzu die notwendige Tatsachengrundlage zu verschaffen und er dürfe sich insbesondere nicht auf eine rein formale Prüfung zurückziehen.

Diese Voraussetzungen sah der BGH als erfüllt an, da der klagende Arzt behauptet hatte, mit dem Bewerter habe gar kein Behandlungsvertrag vorgelegen. Es handele sich also um eine „erfundene“ Bewertung. Das Gegenteil ließ sich nicht ohne Weiteres verifizieren, da die Bewertung keinerlei tatsächliche, die konkrete Behandlung betreffende Angaben enthielt.

Im vorliegenden Streitfall hätte Jameda dem Bewertenden die den Arzt betreffende Beanstandung übersenden und diesen zur Stellungnahme anhalten müssen. Jameda hätte den Bewerter auffordern müssen, den angeblichen Behandlungskontakt genau zu beschreiben und den Behandlungsvertrag belegende Unterlagen, wie etwa Rechnungen, Terminkarte, Eintragungen in Bonushefte, Rezepte oder sonstige Indizien vorzulegen. Die bloße Bitte an den Bewertenden, die Behandlung in mindestens zwei Sätzen zu umschreiben und den Behandlungszeitraum zu benennen, reiche hierfür keinesfalls aus. Die Unterlagen für den behaupteten Behandlungsvertrag hätte Jameda dem Kläger weiterleiten müssen, wozu sie ohne Verstoß gegen § 12 Abs. 1 TMG in der Lage gewesen wäre. Diese Anforderungen hat Jameda nicht erfüllt.

### Jameda ist Prüfpflicht nicht ausreichend nachgekommen

Der BGH hat sodann ausgeführt, dass Jameda ihrer Prüfverpflichtung im konkreten Fall nicht ausreichend nachgekommen sei. Zwar hält der BGH fest, dass der von der Providerin zu erbringende Prüfaufwand den Betrieb des Arztbewertungsportals nicht wirtschaftlich gefährden oder unverhältnismäßig er-

### Fazit

Es ist zu begrüßen, dass der BGH mit der Schaffung einer Pflicht zur Einholung von Nachweisen durch die Bewertenden sowie zu deren Weiterleitung an die Ärzte dem Lösungsanspruch des Arztes wieder eine wirkliche Bedeutung beigemessen hat. Die Interessen der Bewertenden werden dadurch nicht unangemessen beeinträchtigt, da es jedem „echten“ Patienten unschwer möglich sein dürfte, entsprechende Behandlungsnachweise zu erbringen.

Daher sei eine **gewissenhafte Prüfung** der Beanstandungen von Ärzten durch den Portalbetreiber die entscheidende Voraussetzung dafür, dass die Persönlichkeitsrechte der anonym oder pseudonym bewerteten Ärzte beim Portalbetrieb hinreichend geschützt seien.

Zudem sei die Bewertung auch geeignet gewesen, die Wettbewerbsmöglichkeiten des Betroffenen mit anderen Ärzten nachhaltig zu beeinträchtigen.

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki  
Rechtsanwältin  
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht  
(www.m-u-p.info)  
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer  
des BVKJ e. V. tätig.*

Red.: WH

## Brief aus der Praxis ● ● ●



Dr. Tanja Brunnert

Liebe Kollegen, ausgeruht bin ich aus dem Sommerurlaub zurück. Drei Wochen Sonne getankt, viel gewandert, die Schweizer Berge genossen, nichts kann mich aus der Bahn werfen.

Ich merke deutlich, dass ich nach meinem Urlaub jeweils wieder entspannter auf viele Dinge reagieren kann. Es ärgert mich wenig, wenn der 8-Uhr-Termin für die U9 erst um 8:40 Uhr auftaucht. Auch die Reaktion der Mutter auf die Nachfrage meiner Mitarbeiterin, warum es denn zu der Verspätung kam, kann mich nicht irritieren. War ja schließlich nicht ihre Schuld. Sie hat nämlich kein Auto, da kann man dann nicht pünktlich kommen. Auch ihr Unverständnis für die neue Terminvergabe führt bei mir zu keinerlei verärgelter Reaktion: ich bin einfach relaxed – herrlich!

Leider stelle ich aber auch fest, dass ein dreiwöchiger Urlaub so einige Nachteile hat. Ruckzuck hat man den Anschluss an neue Entwicklungen verpasst und Eltern bemerken dies sofort.

Eine Mutter antwortet mir auf die Frage bei der U5, wie denn ihr Baby ernährt werde, mit einem knappen: „Ich habe mich für BLW entschieden.“

Aha. BWL kenne ich als Studiengang, aber damit wird es ja wohl nichts zu tun haben. Ich gucke wohl entsprechend ahnungslos, so dass mir die Mutter weiterhilft: „Baby led weaning, kennen Sie doch, oder?“

Ich oute mich: Kenne ich nicht. Die engagierte Mutter erklärt mir, dass sie ihrem Baby gekochte Kartoffel oder Möhre als Stück in die Hand gibt. Das Baby esse diese dann. Jetzt bin ich interessiert: „Wieviel davon isst das Kind denn?“

Die Antwort war mit natürlich vorher klar: „Ein bisschen.“

Okay, ich weise die Mutter auf die Gefahr von Aspirationen hin, gebe zu bedenken, dass nennenswerte Portionsgrößen eher unwahrscheinlich sind und halte mich raus. Ich bin ja so entspannt...

Prompt kommt die nächste Mutter zur U5 und berichtet bei der Beikostfrage Ähnliches. Von ihr erfahre ich auch die ideologischen Grundlagen dieser Ernährungsweise. Hintergrund dieser Ernährungsform sei die Verhinderung der traumatischen Entwöhnungsschritte. Ich verstehe: Flasche weg, Püree weg, so etwas kann ohne weiteres schon mal eine Posttraumatische Belastungsstörung verursachen. Außerdem, schiebt die Mutter angesichts meines ungläubigen Staunens

hinterher, lerne das Baby, dass Kartoffel und Möhre unterschiedlich schmecken. Das BLW sei absolut sinnvoll, denn das Baby dürfe aus den angebotenen Nahrungsmitteln selbst auswählen und entscheide sich dann ganz von selbst für das, was es gerade im jeweiligen Entwicklungsschritt benötigt. Kleine Einschränkung: Muttermilch. Die gibts ohne Wenn und Aber bis zum ersten Geburtstag. Ich denke an meine eigenen Kinder. Was hätten sie gewählt beim BLW? Wie hätte ihnen die Wahl zwischen Kartoffel und Möhre gefallen? Wahrscheinlich hätten sie mir beides unter lautem Protest vor die Füße geworfen und nach Fleisch gebrüllt. Jedenfalls meine Jüngste. Trotzdem konnte dieser Mini-Gourmet im Supermarkt der Kassiererin schon im kleinsten Kleinkindalter den Unterschied zwischen Kohlrabi und Blumenkohl erklären. Aber was will ich Unwissende mich einmischen.

Ich erfahre auch sogleich, woher die Mutter ihr Wissen hat. Die Hebammenpraxis bietet einen Kurs an. Ich verkneife mir meine Kommentare und guten Ratschläge...

Was soll ich sagen: als die dritte Mutter innerhalb von zwei Wochen (eher überbesorgte Mutter, noch dazu Kollegin) berichtet, dass es beim Rindfleisch (fünf Monate altes Kind bekam ein zwei Zentimeter großes Rindfleischstück zum Lutschen) doch Probleme gegeben habe, bin ich mir sicher, BLW muss eine Erfindung der Bronchoskopieabteilung der Klinik sein, die damit zu ungeahnten Mehreinnahmen kommt.

Nach dem ausführlichen Bericht über den BLW-Unfall fragt mich die Mutter, was ich von BLW hielte. Jetzt kann ich mir ein „Es zeigt mir, wie viel Zeit Sie haben“ nicht verkneifen. Wird mir sicherlich wieder eine negative Jamedabewertung einbringen, aber so erholsam können selbst drei Wochen Berge nicht sein, dass ich es kommentarlos ertrage, dass meine Patienten Kinder durch BLW zu Selbstversorgern werden, denen mit etwas Pech die Bissen im Hals stecken bleiben und mit etwas Glück „nur“ Fehlernährung droht.

Guten Appetit wünscht

**Dr. Tanja Brunnert**

37077 Göttingen

E-Mail: [tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de](mailto:tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de)

Red.: ReH

# Fachwissen und informeller Austausch beim BVKJ-Assistentenkongress in München



dieser nicht einfache Ansatz ausgesprochen gut. Die hohe Qualität der Referenten und die angesprochene Vortragskonzeption sorgten für ein anhaltend spannendes und abwechslungsreiches Programm. Zudem wurden zusätzlich zu den Plenarsitzungen Sonderseminare angeboten, in denen neben dem Basiswissen gezielt spezielle Kenntnisse zu insgesamt zwölf verschiedenen Schwerpunkten vermittelt wurden. Dadurch war es jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin möglich, eigene Interessen zusätzlich nochmal gesondert zu vertiefen. Den fast schon traditionellen Schlusspunkt setzte das interaktive Televoting-Quiz zu spannenden Fällen aus der Radiologie.

Aber was wäre der Kongress ohne sein Rahmenprogramm?! Wieder einmal hat das Organisationsteam keine Kosten und Mühen gescheut, um den Teilnehmern neben einer tollen Rallye durch die Münchner Altstadt auch einen großartigen bunten Abend im traditionellen „Augustiner“ zu bieten. Im Anschluss an das ausgiebige Abendessen sorgte die altbewährte Band „Los Chiccos“ für den musikalischen Höhepunkt.

Ohne die tatsächlichen Ergebnisse aus der Teilnehmerbefragung zu kennen, hatte ich persönlich nach Gesprächen mit vielen Kollegen vor Ort den Eindruck, dass der Kongress bei den Weiterbildungsassistenten auf breiter Linie gut angekommen ist. Viele von ihnen haben bereits den Termin für den 14. Assistentenkongress 2017 in Berlin (06.-09.04.2017) in ihrem Kalender geblockt. Ich würde mich freuen, wenn sich wieder viele Assistenten und Assistentinnen im kommenden Jahr zu diesem Anlass zusammenfinden! Gerade auch der informelle Austausch unter so vielen „Gleichgesinnten“ rund um die Veranstaltung macht diesen Kongress einfach einzigartig.

*Der Autor ist Assistentensprecher im BVKJ*

*Dr. Sebastian Bartels*

*E-Mail: Sebastian.Bartels@gk.de*

*Red.: ReH*

Im April diesen Jahres fand zum 13. Mal der BVKJ-Assistentenkongress statt – zum ersten Mal in München, zum wiederholten Male ein Erfolg auf ganzer Linie.

Das bewährte Grundkonzept der Tagung wurde weitgehend unverändert übernommen und den Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen wieder mal ein sehr umfangreiches Themen- und Fortbildungsangebot zusammengestellt. Für die ganztägigen Seminarblöcke am ersten Kongresstag engagierte sich die Gesamtheit der Münchner Kliniken, um den Teilnehmern neben theoretischen Kenntnissen vor allem praktische Fähigkeiten zu vermitteln. Ganz nebenbei konnte man so auch einen Blick in eine andere Kinderklinik werfen und von alternativen Abläufen profitieren. Die Hauptvorlesungen, welche in den tollen Räumlichkeiten der Ludwig-Maximilians-Universität stattfanden, waren nach Spezialgebieten gegliedert und so konzipiert, den Hören in einer knappen Dreiviertelstunde die wesentlichsten Schwerpunkte, die essentiellen Weiterbildungsinhalte und – ganz wichtig – auch die prüfungsrelevanten Fakten darzustellen. Dem Großteil der excellent ausgewählten Vortragenden gelang

## Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



## Zu Besuch bei ●●●

# Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit



Foto: © Prof. Dr. Ronald Schmid

v. l. n. r.: Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin BVKJ, Prof. Ronald G. Schmid, Vizepräsident BVKJ, Minister Hermann Gröhe, Christel Schierbaum, Geschäftsführerin BVKJ, Dr. Thomas Fischbach, Präsident BVKJ, Dr. Roland Ulmer, Vizepräsident BVKJ

**E**in gut gelaunter Minister empfängt am 5. Juli 2016 die BVKJ-Delegation: den Präsidenten Thomas Fischbach, die Vizepräsidenten Sigrid Peter, Ronald Schmid und Roland Ulmer sowie BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum.

Die Themen, die der BVKJ mit dem Minister und seinem später hinzu kommenden Mitarbeiter Dr. Thomas Stracke aus dem BMG, Referat Pädiatrie, besprechen möchte, hat der Präsident vorab formuliert und übermittelt. Der Minister kennt die Themen und auch die Positionen des BVKJ. Man kennt sich zudem, so dass der Gastgeber ohne langes Erklären und Vorstellen schwingvoll in medias res gehen kann. Wie bereits bei früheren Gesprächen verweist er als Erstes darauf, dass die Politik immer den Grat zwischen Staatsmedizin und Freiheit finden müsse und vieles nicht einfach durch Gesetze regeln könne.

## Weiterbildung bei den Grundversorgern

Zunächst geht es um die Weiterbildung junger Mediziner. Hier seien Voraussetzungen für 1.000 Stellen geschaffen worden. Ein einfaches Verfahren für die Vergabe müs-

se noch gefunden werden. Dr. Fischbach begrüßt diesen ersten Schritt zu einer Förderung der Weiterbildung in der hausärztlichen Praxis, macht aber deutlich, dass nicht jede Facharztgruppe zu den Grundversorgern zählt, und daher eine klare Begriffsdefinition erforderlich sei.

Gröhe sieht die Kinder- und Jugendärzte klar als Grundversorger und teilt die Auffassung des Präsidenten, dass eine klare Definition des Begriffes „Grundversorger“ nottut. Er verstehe das Projekt Pflichtpraxis in der derzeitigen Form allerdings auch als „Übungskorridor“, eine Ausweitung bei Bedarf kann er sich vorstellen, nicht aber eine Ausweitung der Umsatzschwelle. Dr. Fischbach betont, dass die aufgestellten Kriterien wenig hilfreich seien und die Weiterbildung nicht nur in der Peripherie gesichert sein müsse. Auch stelle sich die Frage, ob ausreichend Weiterbilder vorhanden sind; er legt nochmals dar, wie hier die Finanzierung bei gleichzeitig gedeckelten Einnahmen stehe. Auch eine spätere Übernahme könne kaum jemand finanzieren, gibt der Präsident zu bedenken.

## Pflichtquartal für Medizinstudierende

Als Nächstes nimmt Minister Gröhe Stellung zum Masterplan des Medizin-Studiums. Der Bundesverband der Medizinstudierenden lehnt ein Pflichtquartal in der Praxis ab, hier könnten aber wichtige versorgungsrelevante Aspekte kennengelernt werden können. Das Pflichtquartal könne dann in der Breite der vertragsärztlich tätigen Fächer gewählt werden. Vizepräsidentin Peter betont, dass das Pflichtpraktikum angehenden Medizinerinnen auch wichtige erste Anreize für eine spätere Praxistätigkeit geben könnte.

## Neue Vorsorgen

Der Minister greift das Thema „Kinderrichtlinien“ auf und die anstehenden letzten Beschlüsse. Weitere Konflikte seien innerhalb der Selbstverwaltungsorgane absehbar in Bezug auf „neue“ Vorsorgen nach der U9. Der BVKJ plädiert für eine Einführung von drei neuen Vorsorgeuntersuchungen in Ergänzung zur jetzt schon bestehenden J1. Dieses Modell wird bereits in zahlreichen Selektivverträgen umgesetzt. Minister Gröhe verweist auf die Entscheidung der Selbstverwaltungsorgane und sagt, er könne sich aber nicht vorstellen, dass durch eine politische Entscheidung eine Verschlechterung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bewirkt werde.

## Impfen: wann kommt die Verpflichtung?

Dr. Fischbach stellt als Nächstes die Vorstellungen des BVKJ in puncto Impfungen dar. Das Präventionsgesetz habe einiges geregelt, es bleibe aber die Kritik, dass die Beratung immer freiwillig sei und eine Verweigerung ohne Konsequenzen bleibe. Der Minister berichtet über die intensive Debatte, es gebe durchaus Befürworter einer Impfpflicht. Man wolle die freiwillige Regelung nun eine Zeit lang beobachten und auswerten, erst danach könne und dürfe man weitere Schritte vornehmen. Er glaube fest an Beratung und Erinnerungskultur, viele Eltern ließen nur einen größeren Abstand zwischen den einzelnen Impfungen. Er berichtet von der Lichtaktion im Rahmen der Europäischen Impfwoche, die sehr gut angekommen ist (<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/europaeische-impfwoche.html>). Es sei eine Schande, dass in Deutschland noch Masern vorkommen.

## Kranke Kinder brauchen Kinderkrankenschwestern

Dem BVKJ liegt das Thema Pflegeausbildung weiter am Herzen und so kritisiert der Präsident die generalisierte Ausbildung, den Abschied vom Berufsbild der Kinderkrankenschwester; die Versorgung von Kindern erfordert besondere Kenntnisse, die in einer generalisierten Ausbildung zu kurz kommen. Der Minister versucht zu erklären: bisher habe es 700 Ausbildungsstunden gegeben, demnächst doppelt so viele. Von den 400 Kinderkliniken/-abteilungen haben bisher nur 190 überhaupt ausgebildet, so dass sich die Frage stelle, ob die Forderungen der Befürworter der spezi-

alisierten Kinderkrankenpflegeausbildung überhaupt realistisch sind. Prof. Schmid erklärt, dass das Problem der geringen Ausbildungsplätze in den schwierigen und langwierigen Genehmigungsverfahren und an der geringen Bettenzahl vieler pädiatrischer Abteilungen liege und Minister Gröhe räumt ein, dass viele Hausaufgaben nach den Anhörungen zu erledigen seien. Er sieht sogar eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die generalisierte Pflegeausbildung auch im Sinne der Kinderkrankenpflege einer weiteren Überarbeitung bedarf. Prof. Schmid führt aus, dass die Verbände nicht grundsätzlich gegen die Generalistik seien, aber es müsse einen vorgeschriebenen Schwerpunkt „Kind“ geben. Der Minister merkt hier kritisch an, dass der Bereich der Kinderkrankenpflege einen gewissen elitären Anspruch hätte. Vorwiegend gut ausgebildete Schüler und Schülerinnen wählen diese Ausbildung, eine Abgrenzung von der Altenpflege in diesem Zusammenhang sieht er als sehr kritisch an.

Am Ende hat sich der Minister trotz engen Terminplans 70 Minuten Zeit für die Anliegen des BVKJ genommen, zum Abschied gibt es noch ein gemeinsames Foto. Der BVKJ überreicht mit Dank für das Grußwort des Ministers die Broschüre zum Jahresschwerpunkt „Kinder- und Jugendschutz“.

In bestem Einvernehmen und mit der Verabredung, im Gespräch zu bleiben, verabschieden sich die Gesprächspartner.

*Christel Schierbaum*

*Geschäftsführerin BVKJ*

*E-Mail: [christel.schierbaum@uminfo.de](mailto:christel.schierbaum@uminfo.de)*

*Red.: ReH*

Systematische Literaturübersicht zu bislang publizierten Interventionsstudien

# Rationaler Umgang mit Antibiotika bei Atemwegsinfektionen in der Pädiatrie

Annabelle Wagner<sup>1</sup>Dr. Hagen Reichert<sup>2</sup>Prof. Dr. Arne Simon<sup>1</sup>

## Hintergrund

Atemwegsinfektionen sind bei Kindern zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr der häufigste Grund für eine nicht geplante Vorstellung beim Kinderarzt [45, 70]. Die meisten Atemwegsinfektionen werden in diesem Alter durch respiratorische Viren verursacht und verlaufen i.d.R. bei ansonsten gesunden Kleinkindern selbstlimitierend.

Verschiedene Studien weisen regional [43], national [40, 46] und in anderen europäischen Ländern [17, 47, 55, 63, 72] nachdrücklich und übereinstimmend darauf hin, dass Kleinkindern mit Atemwegsinfektionen zu häufig Antibiotika verschrieben werden. Davon werden ca. 80 % im ambulanten Versorgungsbereich verordnet. Sofern eine Antibiotikatherapie indiziert ist, sollte auf die Auswahl des richtigen Antibiotikums mit einem schmalen Wirkspektrum, die richtige Applikationsart, die richtige Dosis und eine möglichst kurze Dauer der Antibiotikatherapie geachtet werden [73].

Sowohl beim individuellen Patienten als auch darüber hinaus (Familie, Kindergruppe, Region, Land) gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem vermehrten Einsatz von Antibiotika und der Prävalenz von antibiotikaresistenten Infektionserregern (MRE) [15, 19, 21, 36, 41, 42, 54]. Dazu gehören z.B. Makrolid-resistente Pneumokokken und GAS<sup>1</sup> [10, 37, 50, 52, 65], Penicillin- und Amoxicillin-resistente Pneumokokken [4, 20, 37, 41, 80], Amoxicillin- und Makrolid-resistente *Haemophilus influenzae* [65] und Makrolid-resistente *Mycoplasma pneumoniae* [62].

Durch den unsachgemäßen Einsatz von Antibiotika werden die Patienten zudem unerwünschten Wirkungen der Antibiotika ausgesetzt, zu denen z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, antibiotika-assoziierte Diarrhoe [86] und Unverträglichkeitsreaktionen der Haut [53, 61] zählen. In schweren, seltenen Fällen kommt es zu einer durch *C. difficile* verursachten Enterokolitis [92], akutem Leberversagen [83] oder schweren Hautreaktionen bis zum Erythema exsudativum multiforme [16].

Ein wichtiger Grund für die unsachgemäße Verordnung von Antibiotika kann die Erwartungshaltung der Eltern sein [74]. Jede vorherige nicht indizierte Verordnung trägt dazu bei, dass Eltern unrealistische Erwartungen in Bezug auf den Nutzen einer Antibiotikatherapie entwickeln. Kommt es später zu vergleichbaren Infektionen, wird die Verordnung von Antibiotika eingefordert, „weil es damit immer so schnell besser wird“ [24].

Durch die Anamnese und eine sorgfältige körperliche Untersuchung ist die sichere Unterscheidung zwi-

schen viralen und bakteriellen Atemwegsinfektionen oft nicht eindeutig möglich [6, 22, 29, 87, 88]. Point-of-Care (POC)-Parameter, wie z. B. die Bestimmung des Blutbildes oder des C-reaktiven Proteins (CRP) oder sogar der direkte Nachweis von bestimmten Erregern können hier die Entscheidungsfindung unterstützen. Allerdings gibt es bis heute keinen Konsens in Bezug auf einen geeigneten Grenzwert für das CRP bei Kindern mit Atemwegsinfektionen [13, 30, 89, 90]. Auch wenn schwerwiegende, potenziell lebensbedrohliche Komplikationen extrem selten sind, besteht die Befürchtung genau das eine Kind zu „verpassen“, bei dem sich eine solche Komplikation im Verlauf einstellt. Die großzügige Verordnung von Antibiotika löst dieses Problem allerdings nicht [51, 64].

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Verordnungspraxis von Kinder- und Jugendärzten<sup>2</sup> (auch von Allgemeinärzten, die Kinder in diesem Alter behandeln) gezielt in Richtung einer geringeren Verordnungsrate für Antibiotika beeinflusst werden kann.

## Methoden

Durch eine Medline Recherche (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) wurden in Medline gelistete Interventionsstudien identifiziert, die zwischen Januar 2000 und Dezember 2014 in einem Peer Review Journal publiziert worden sind und im ambulanten Behandlungssetting eine Senkung des Antibiotikaverbrauchs bei Atemwegsinfektionen im Kindesalter zum Ziel hatten. Anhand von zwei in Englisch veröffentlichten Übersichtsarbeiten [2, 91] und den Quellentexten der primär identifizierten Artikel wurde eine größtmögliche Anzahl an Originalarbeiten identifiziert. Es wurden alle Studien mit einer Kontrollgruppe eingeschlossen, um eine kritische Diskussion methodischer Limitationen verschiedener Studienkonzepte zu ermöglichen.

## Ergebnisse

Auf der Grundlage der oben beschriebenen Kriterien wurden 24 Studien [1, 7, 8, 11, 23, 26, 28, 31-35, 38, 39, 48, 49, 60, 66, 67, 71, 75, 79, 81, 82] eingeschlossen, von denen eine nicht in Medline gelistet ist [1]. Bei den meisten Studien (n=17) handelt es sich um randomisierte, kontrollierte Studien (RCT), bei den restlichen handelt es sich um prospektive Kohortenstudien. Einige der Studien adressierten nicht nur Interventionen auf Seiten der Ärzte sondern auch Interventionen auf Seiten der Eltern zur Verbesserung des Wissenstandes zum Thema Atemwegsinfektionen, Antibiotika und Antibiotikaresistenz

<sup>1</sup> Universitätskliniken des Saarlandes, Kinderklinik, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

<sup>2</sup> Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendmedizin, Richter, Reichert, Wahlen und Stierkorb, Talstraße 49, 66424 Homburg

<sup>1</sup>  $\beta$ -hämolyisierende Streptokokken der Serogruppe A, *S. pyogenes*

<sup>2</sup> Gemeint sind immer Ärztinnen und Ärzte

und zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Eltern und den behandelnden Ärzten (*parental empowerment*) [23, 27, 28, 33, 49, 57, 60, 75, 85, 93].

Einige Interventionen fokussierten ganz auf die Perspektive der behandelnden Ärzte [8, 11, 14, 18, 26, 31, 39, 66, 67], andere ganz auf die der Eltern [1, 7, 48, 71, 81, 82]. In einer Studie wurde für die Durchführung eines Surveys und zur Weitergabe von Informationsmaterialien das Personal von Kindertagesstätten einbezogen [23].

Die angesprochenen Ärzte waren Kinder- und Jugendärzte, aber – in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitssystem – auch Allgemeinärzte (*general practitioner*), die in die primäre ambulante Behandlung von Kindern mit Atemwegsinfektionen involviert sind. Die Interventionen bezogen sich auf einen oder auf mehrere unterschiedliche Ansatzpunkte zur Reduktion von Antibiotikaverordnungen: Kleingruppenseminare (Schulungen) für Ärzte, Rückmeldungen über das Ordnungsverhalten („Audit und Feedback“), das Verteilen von Informationsmaterial (passive Verteilung an die Eltern im Wartebereich und/oder interaktiver Einsatz im Sinne einer Diskussion der Inhalte mit dem Arzt während der Konsultation), die Erstellung und Verbreitung von Therapieleitfäden, der Einsatz von CDS-Systemen (Computer Decision Support), der Einsatz von Videobotschaften (an die Eltern). Des Weiteren wurde in einigen Studien die Strategie einer verzögerten Verordnung von Antibiotika propagiert. Dabei wird entweder ohne Antibiotikaverordnung ein zeitnaher Kontrolltermin vereinbart oder es wird ein Rezept ausgestellt, das die Eltern nur bei einer fehlenden spontanen Genesung des Kindes einlösen.

### Beispiele für besonders erfolgreiche Interventionen

Besonders hervorgehoben werden muss die Studie von Francis et al. [33] aus Wales. In dieser Cluster-randomisierten Studie wurde den Eltern im Verlauf der Konsultation eine interaktive Broschüre („Wann muss ich mir Sorgen machen?“) ausgehändigt [32] und mit dem Arzt besprochen. Diese Broschüre enthielt Informationen über den natürlichen Verlauf der häufigsten Atemwegsinfektionen, Informationen zum sachgerechten Einsatz von Antibiotika und Warnzeichen, die auf einen komplizierten Verlauf der Infektion hinweisend sein können.

Die Ärzte wurden in der Handhabung der Broschüre geschult. Nach der Intervention wurde bei 19,5 % der Konsultationen in der Interventionsgruppe ein Antibiotikum verordnet, verglichen mit 40,8 % in der Kontrollgruppe (absolute Reduktion 21,3 %, CI95 12,7 – 28,5 %,  $P < 0.001$ ). Die Rate der Rekonsultationen innerhalb von 14 Tagen war bei den nicht primär mit Antibiotika behandelten Kindern nicht erhöht.

In einer Studie von MacFarlane et al. [56] kam es zu einer Reduktion der Antibiotikaverordnungen in ähnlicher Größenordnung (25 %). Diese Studiengruppe konnte im Unterschied zu Francis et al. aber auch eine signifikante Reduktion der Rate an Rekonsultationen um 21 % erzielen.

In einer Folgeuntersuchung derselben Studiengruppe (Francis et al.) zeigte sich, dass die Broschüre von den Ärzten grundsätzlich akzeptiert und als hilfreich angesehen wurde. Interessant ist außerdem, dass keiner der Ärzte Seminare vor Ort dem Internet-basierten Training vorgezogen hätte. Dies deutet darauf hin, dass die Ärzte ein Internet-basiertes Fortbildungsangebot, an dem sie zeitlich flexibel teilnehmen können, als besonders praktikabel ansehen.

In einer Studie aus Israel wurde die Kombination aus Kleingruppenseminaren, Kommunikationstraining und Rückmeldungen über das Ordnungsverhalten untersucht [67]. In dieser cluster-randomisierten Studie konnte die Antibiotikaverordnungsrate in der Interventionsgruppe um 40 % gesenkt werden, verglichen mit der Kontrollgruppe, in der sich die Rate um 22 % reduzierte (RR = 0,76, CI95 0,75 – 0,78).

Am deutlichsten war die Reduktion bei den Makroliden (RR = 0,58, CI95 0,55 – 0,62). Der Effekt dieser Interventionen war auch nach sechs Monaten noch in gleichem Umfang nachweisbar. Der Effekt der Intervention konnte über die gesamten sechs Studienjahre aufrecht erhalten werden, mit einem persistierenden RR von etwa 0,8 für alle Antibiotika und Cephalosporine und einem RR von 0,55 für die Ordnungsrate von Makroliden in der Interventionsgruppe. Diese Studie von Reggev-Yochay ist eine der wenigen wirklich erfolgreichen, methodisch aber sehr aufwändigen und überzeugenden Studien. Es ist wichtig zu beachten, dass die Reduktion von Verordnungen einer bestimmten Antibiotikaklasse zu einem parallelen Anstieg der Verordnungen einer anderen Antibiotikaklasse führen kann.

Auch in der randomisierten, kontrollierten Studie von Gerber et al. [39] mit einem einführenden Seminar für Ärzte und anschließenden vierteljährlichen Audits und Feedback zum individuellen Ordnungsverhalten kam es zu einer beeindruckenden Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate um 50 %. Die Studie von Gerber illustriert zum einen, dass ein allgemeiner Trend zu niedrigeren Antibiotika-Verordnungsrate (z. B. infolge neuer Leitlinien oder öffentlicher Kampagnen) vom eigentlichen Effekt der Intervention abgegrenzt werden muss. Die ergänzende Untersuchung derselben Studiengruppe 18 Monate später [38] zeigte, dass sich der positive Effekt der Intervention auf das Ordnungsverhalten der teilnehmenden Kinderärzte ohne ein kontinuierliches Verfahren mit Audits und Feedback nach Beendigung der Intervention nicht nachhaltig fortsetzte.

Auch Arnold et al. konnten dieses Phänomen der fehlenden Nachhaltigkeit in ihrer Metaanalyse einer Reihe von Interventionsstudien zur Vermeidung unnötiger Antibiotikagaben im ambulanten Versorgungssektor nachweisen [5]. Bei Gerber et al. kam es im langfristigen Verlauf sogar zu einem Anstieg der Antibiotikaverordnungen auf Raten über dem Ausgangszeitraum vor der Intervention. Verschiedene Arbeitsgruppen konnten niedrigere Antibiotika-Verordnungsrate darstellen, wenn das erkrankte Kind nicht von einem Allgemeinmediziner, sondern von einem Pädiater untersucht und behandelt wurde [31, 49].

## Beispiele für erfolglose Interventionen

Weniger erfolgreich waren Mainous et al. [57]. In dieser Studie wurden den teilnehmenden Ärzten Rückmeldungen zu ihrem Verordnungsverhalten gegeben. In einer weiteren Gruppe erhielten die Eltern zusätzlich das Faltblatt der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) „Your Child and Antibiotics“. Es ergab sich in keiner der Interventionsgruppen ein signifikanter Effekt auf die Verordnungsrate, die Antibiotikaverordnungsrate waren sogar ansteigend. Das Faltblatt der CDC wurde später auch von Taylor et al. genutzt [82]. Tatsächlich waren die darin enthaltenen Hinweise sehr allgemein und deshalb aus Sicht der Eltern für eine Übertragung auf die konkrete Behandlungssituation des eigenen Kindes wenig hilfreich.

Nicht signifikante Änderungen in der Antibiotikaverordnungsrate wurden von Doyne et al. [26] (Kleingruppenseminare & Informationsmaterial für Ärzte und Rückmeldung über Verordnungsverhalten), Ashe et al. [7] (ausschließlich Poster für Eltern im Wartebereich der Praxis) und Bauchner et al. [8] (Kleingruppenseminare und Newsletter für Ärzte, sowie Alerts in den Krankenblättern) erreicht.

Bei Bauchner et al. [8] ging es um die Behandlung von Kindern mit akuter Otitis media. Die initial nicht leitliniengerecht behandelten Kinder erhielten während der gleichen Erkrankungsepisode (innerhalb von 12 Tagen) häufiger ein zweites Antibiotikum.

Leitlinien zum rationalen und restriktiven Einsatz von Antibiotika werden zwar im Allgemeinen von den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten begrüßt und positiv kommentiert, ihre tatsächliche Umsetzung setzt sich aber in der Praxis oft nur zögerlich durch [84]. Medizinische Weiterbildung (auch durch „peers“ aus dem eigenen Fachgebiet), die Verteilung von Informationsmaterial und Leitlinien zeigen nach der Studie von Doyne et al. keinen signifikanten Einfluss auf die Verordnungspraxis von Antibiotika. In der Studie von Ashe et al. [7] zu „educational posters“ bestehen zahlreiche methodische Limitationen. Zum einen gibt es keine Bestätigung dafür, dass die Eltern die Inhalte des Posters im Wartebereich bewusst wahrgenommen und verstanden haben. Hierzu wäre z. B. ein qualitativer Studienanteil im Sinne einer gezielten Befragung sinnvoll gewesen. Zum anderen ist unklar, ob das Poster (bzw. seine Botschaft) in die fallbezogene Kommunikation der Kinderärzte mit den Eltern aufgenommen wurde. Smabrekke et al. [75] konnten durch ihre Intervention (Kleingruppenseminare, das Prinzip der verzögerten Verordnung und Informationsbroschüren für Eltern) zwar eine Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate um 16 % erzielen (vgl. mit 4 % in der Kontrollgruppe). Dieses Ergebnis ist aber vor dem Hintergrund der allgemein hohen Verordnungsrate von 74 % nach der Intervention kritisch zu bewerten. Razon et al. [66] gelang zwar eine statistisch signifikante, letztendlich aber nur marginale Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate.

Vor der Intervention fand in 75 % der Konsultationen eine sachgerechte Verordnung statt, nach der Inter-

vention in 84 % (OR = 1,8, CI95 1,52 – 2,11, P < 0,01). Sowohl Finkelstein et al. [27] als auch Christakis et al. [14] konnten ausgeprägtere Reduktionen der Antibiotikaverordnungsrate erreichen. Bei Finkelstein et al. nahm die Antibiotikaverordnungsrate bei den 3–36 Monate alten Kindern um 16 % und bei den 36–72 Monate alten Kindern um 12 % ab. Nach der Intervention von Christakis et al. wurde vor allem eine Therapiedauer von zehn oder mehr Tagen häufiger unterschritten.

Auch der Einsatz von CDS-Systemen, die den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt durch Computer-assistierte Algorithmen bei der Entscheidungsfindung unterstützen sollen, hat sich in den bisher vorliegenden Studien nicht bewährt. Bei Christakis et al. [14] konnte zwar eine signifikante Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate in der Interventionsgruppe erzielt werden, in der Kontrollgruppe wurde dies jedoch auch ohne CDS Unterstützung erreicht. Eine Aussage zur Wirksamkeit der CDS-Intervention bei Bourgeois et al. ist nicht möglich, da das System nur von einem sehr kleinen Teil (3 %) der Ärzte im Praxisalltag genutzt wurde [11]. Allerdings bewerteten die Nutzer das CDS als gutes Instrument für einheitlich strukturierte Falldokumentationen und für den Ausdruck von Rezepten und Handouts für die Patienten / Familien. Die Abfrageliste der Symptome und der Ergebnisse der klinischen Untersuchung im CDS wurden als zu umfangreich und aufwendig für den Praxisalltag wahrgenommen. Dies zeigt wie wichtig es ist, den tatsächlichen Ablauf der Konsultationen (v. a. auch die konkret pro Patient verfügbare Zeit) bei der Intervention zu berücksichtigen.

### Elterliches Wissen über einen angemessenen Antibiotikaeinsatz

Trepka et al. [85] untersuchten das elterliche Wissen um Antibiotikaresistenzen (gemessen als Antibiotic Resistance Awareness; ARA). Die Intervention bestand aus dem Verteilen von Informationsmaterial in Wartezimmern, Apotheken und Kindertagesstätten. Außerdem wurden Ärzte im interaktiven Einsatz der Broschüre während der Konsultation geschult.

Nach der Intervention nahm der Anteil der Eltern mit hohem ARA-Wert um 14 % zu, vgl. mit 4 % in der Kontrollgruppe. Trepka et al. konnten feststellen, dass solche Eltern bessere Werte erzielten, die an mehreren Orten wiederholt mit dem Informationsmaterial konfrontiert wurden.

Huang et al. [48] bestätigten die naheliegende Vermutung, dass Veränderungen der Kenntnisse auf Seiten der Eltern von deren Ausbildungsniveau abhängig sind. Hier kam es zu einem stärkeren Wissenszuwachs bei Eltern Medicaid-versicherter Kinder, bei denen im Mittel ein niedriger sozioökonomischer Status und Ausbildungsstand vorlag und die Vorkenntnisse zum Thema limitiert waren. Allerdings wurden auch parallel zu der Studienintervention von anderen Organisationen Medienkampagnen zum rationalen Antibiotikaeinsatz durchgeführt.

Croft et al. [23] fanden im Gegensatz zu Huang et al. [48] bei Eltern mit akademischem Abschluss einen aus-

geprägteren Wissenszuwachs durch gezielte Information. Beide Studien unterstreichen, dass entsprechende Informationskampagnen an den Ausbildungsstand der Eltern adaptiert sein sollten. Ein ‚one size fits all‘ Konzept, wie das des CDC Faltsblatts „Your Child With Antibiotics“ (siehe oben) wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Nach Croft et al. [23] haben Aufklärungskampagnen für Leiter von Kindertagesstätten mit der nachfolgenden Verteilung von Informationsmaterial an Eltern einen Einfluss auf das elterliche Wissen zum Thema Antibiotika. Hier zeigt sich, dass neben dem medizinischen Personal auch weitere Bezugsgruppen für Eltern wichtig sind und einen Einfluss auf elterliche Denkweisen haben. Ob der Einfluss dieser Gruppen aber zu einer tatsächlichen Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate führt, war nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

### Videobotschaften

Der Nutzen von Videobotschaften in den Wartezimmern wurde von mehreren Arbeitsgruppen untersucht [71, 81, 82, 93]. Taylor et al. konnten gute Ergebnisse mit einer signifikanten Reduktion der Antibiotikaverordnung nachweisen, die allerdings lediglich einmal nach einer Latenz von sechs Wochen gemessen wurden. Daher lässt sich keine Aussage über die Nachhaltigkeit der Intervention treffen. Die Interventionen von Schnellinger et al. und Wheeler et al. zeigten weniger aussagekräftige Ergebnisse. Problem dieser Studien war, dass die Videobotschaften von den Eltern kaum wahrgenommen wurden.

Mögliche Erklärungen sind ein größeres Kollektiv an Studienteilnehmern mit insgesamt höherem Bildungsniveau und ein kürzeres Intervall zwischen den beiden Evaluationen bei Taylor et al.. Ebenfalls kann es an der Qualität, den Inhalten und der Dauer der Videobotschaft liegen. Bei Taylor et al. wurden nur die wichtigsten Kernpunkte in ca. 5 Minuten genannt, während das Video bei Bauchner et al. insgesamt 20 Minuten lang war. Genau wie beim Einsatz von Informationsbroschüren oder Postern in Wartezimmern, ist hier nicht ersichtlich, welche Inhalte der Videobotschaft von den Eltern überhaupt wahrgenommen wurden. Hierzu sind zusätzliche qualitative Analysen notwendig.

### Diskussion

Die hier analysierten Studien unterstreichen gemeinsam die besondere Bedeutung, die dem Thema „sinnvoller und restriktiver Einsatz von Antibiotika bei Atemwegsinfektionen im Kindesalter“ inzwischen zugestanden wird.

Sie zeigen jedoch auch, dass eindimensionale Interventionen meist an der Komplexität der konkreten Behandlungssituation im Praxisalltag scheitern. Kinder- und Jugendärzte und Allgemeinärzte, die Kinder behandeln, verordnen entgegen den in Leitlinien von Fachgesellschaften explizit ausgeführten Entscheidungskriterien weiterhin Antibiotika bei Atemwegsinfektionen, die zu einem erheblichen Teil entweder durch virale Pathogene

verursacht werden oder auch ohne Antibiotika eine hohe Spontanheilungsrate aufweisen [76,84]. Die Gründe dafür sind vielfältig: diagnostische Unsicherheit, fehlende Kenntnisse und unzureichende Umsetzung von aktuellen Leitlinien, Ablehnung von Leitlinien als ‚zu wenig praxistauglich‘, fehlgeleitete Angst vor Komplikationen, mangelnde Zeitressourcen [74].

Die guten Ergebnisse von Regev-Yochay et al. [67] sind möglicherweise auf die aktive Partizipation der niedergelassenen Ärzte an der Entwicklung der Behandlungsleitlinien zurückführbar. Auch bei Francis et al. gab es diese aktive Partizipation von Eltern und Ärzten bei der Entwicklung der interaktiven Broschüre. Damit eine Intervention langfristig zur Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate führt, muss ein teilnehmender Arzt vom Wert der Verhaltensänderung überzeugt sein (Erwartungen an die Inhalte und die Erreichbarkeit der Zielsetzung) und sich z. B. in der Lage fühlen, eine Broschüre während der Konsultation interaktiv einzusetzen (Selbstwirksamkeit) [12].

Auf Eltern wirken unterschiedliche Herangehensweisen verschiedener Ärzte bei Atemwegsinfektionen verunsichernd. Im Notdienst wird von den Eltern oft berichtet, ihr Kinder- und Jugendarzt (Hausarzt) habe bei ähnlicher Symptomatik „immer ein Antibiotikum verschrieben“, warum dies denn nun plötzlich ein Problem sei? Sehr vorteilhaft wäre, wenn sich niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in einer bestimmten Region in einem Sicherheitsnetz [25,69] zusammenfänden und auf gemeinsame Standards (Leitlinien) verständigten, wie dies ja bei anderen Behandlungsindikationen (Diabetes, Asthma) durchaus schon praktiziert wird. Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie hat zu diesem Zweck zusätzlich zum DGPI Handbuch „Infektionen bei Kindern und Jugendlichen“ einen **Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von Atemwegsinfektionen** erstellt.

Eine gemeinsam mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, Elternvertretern und Fachgesellschaften (inklusive des BVKJ) überarbeitete, deutschsprachige Version der Broschüre „Wann muss ich mir Sorgen machen?“ [32, 33] kann beim mhp-Verlag in Wiesbaden bestellt werden (<https://www.mhp-verlag.de/>)

Wird eine solche Broschüre interaktiv eingesetzt, zeigt sie sich als wirksames Instrument, elterliche Haltungen zum Thema Atemwegsinfektionen und Antibiotika zu beeinflussen und die Rate verordneter Antibiotika zu reduzieren [33]. In einer aufklärenden Interventionsstudie in allgemeinmedizinischen Praxen mit dem Ziel einer reduzierten Verordnungsrate für Antibiotika kritisierten die Ärzte den zusätzlichen Zeitaufwand der Erstkonsultation [9]. Auf lange Sicht sollte sich dieser zusätzliche Aufwand aber ausgleichen, da zukünftig weniger Zeit für Rekonsultationen und erklärende Hinweise benötigt wird. Ärzte fühlen sich zum Teil von den Eltern in Richtung einer Antibiotikaverordnung gedrängt oder interpretieren ‚kritische Fragen‘ als versteckten Appell, ‚zur Sicherheit‘ ein Antibiotikum zu verordnen [58, 59]. Dies rückt eine verbesserte Kommunikation und eine gezielte Information der Eltern über den sinnvollen Einsatz von Antibiotika stärker in den Mittelpunkt des Interesses. Das

Wissen der Eltern und ihre Kompetenz in der symptomatischen Behandlung ihres erkrankten Kindes (inklusive der zuverlässigen Erkennung von Warnzeichen für einen komplizierten Verlauf) werden jedoch nicht verbessert, wenn die entsprechenden Informationen lediglich passiv vermittelt werden (Handouts, Videobotschaften, Broschüren) oder wenn diese Informationen dem Ausbildungsstand der Eltern nicht angemessen sind [74].

Die Schulung von Ärzten in der Patientenkommunikation scheint ebenso wichtig wie die Schulung der Ärzte zum rationalen Einsatz von Antibiotika. Den Eltern sollten positive Nachrichten mit auf den Weg gegeben werden. Das bedeutet ihnen zu erklären, wie sie sich am besten um ihr krankes Kind kümmern können, statt ihnen ohne Aufzeigen von Alternativen lediglich von einer Antibiotikatherapie abzuraten. Die Entscheidung gegen Antibiotika wird von den Eltern seltener infrage gestellt, wenn ihr eine konkrete Empfehlung für die symptomatische Behandlung vorausgeht.

Durch eine bessere Kommunikation und die gezielte Information der Eltern konnten Francis et al. eine signifikante und in ihrer Größenordnung äußerst relevante Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate und der Einnahme von Antibiotika erzielen [33]. Auch die Notwendigkeit einer Konsultation bei vergleichbaren ‚banalen Atemwegsinfekten‘ wird auf diese Weise langfristig reduziert [77, 78].

Nicht alle Eltern möchten aktiv an der Entscheidungsfindung für die richtige Therapie teilhaben. Diese Unterschiede lassen sich auch in der länderübergreifenden Studie von Anthierens et al. beobachten [3].

Es ist anzunehmen, dass sich Ärzte bei der Interpretation der Erwartungshaltung der Eltern oft irren [58]. Daher ist zu empfehlen, die Eltern direkt nach ihren Erwartungen zu fragen und so auf die Situation angemessen einzugehen. Die Studie von Taylor et al. versuchte, die Erwartungshaltung der Eltern zu ändern [81], eine einseitige Intervention auf Seiten der Eltern reicht jedoch nicht aus. Das Ausbildungsniveau und das Sprachverständnis der Eltern sind naturgemäß sehr unterschiedlich und es bleibt eine Herausforderung, eine für alle angemessene Version der interaktiv genutzten Informationsmaterialien zu entwickeln. Auch Croft et al. zeigten, dass das Informationsangebot von Eltern besser angenommen wird, wenn sie einen akademischen Abschluss hatten [23].

Zum Verständnis medizinischer Sachverhalte ist ein gewisses Mindestmaß an Sprachkompetenz, Ausbildung und Allgemeinwissen erforderlich („health literacy“) [44].

Die rein passive Verteilung von Informationsmaterial wie Broschüren, Poster in Wartezimmern oder Videobotschaften wird in der Masse von Informationsangeboten und Infomaterialien von den Eltern oft nicht bemerkt [82, 93].

Sie kann möglicherweise die Kenntnisse und Einstellungen bestimmter hierfür zugänglicher Eltern beeinflussen, ihr Einfluss auf die Antibiotikaverordnungsrate ist jedoch gering.

Computer-gestützte Systeme zur Unterstützung in der Therapieentscheidung des Kinder- und Jugend-

arztes müssen in den Arbeitsfluss integriert sein. Eine zentrale Überlegung in Bezug auf die Implementierung von CDS-Systemen betrifft deren Praktikabilität [68]. Ärzte sollen bei der Findung einer geeigneten Therapie unterstützt und nicht mit zeitraubenden Dateneingaben belastet werden. Computergestützte Algorithmen haben keine realistische Chance darauf, in der Praxis eingesetzt zu werden, wenn sie die Interaktion der Ärzte mit den Patienten behindern oder schlicht zu zeitaufwendig sind.

Die qualitative Follow-Up Studie der Studiengruppe von Gerber et al. zeigt warum der initiale Erfolg der Studie nicht aufrecht erhalten werden konnte [79]. Überraschend für die Studienleiter war, dass einige der teilnehmenden Ärzte erhebliche Zweifel an der Validität der im Rahmen der Studie zurückgemeldeten Daten hatten. Bei zukünftigen Interventionsstudien sollte daher für die Studienteilnehmer noch transparenter werden, woher die Daten für die Rückmeldung über das Verordnungsverhalten kommen. In Deutschland besteht zusätzlich das Problem, dass (auch anonymisierte / kodierte) Patientendaten und Verordnungsdaten von Arzneimitteln von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur getrennt voneinander weitergegeben und ausgewertet werden dürfen. Eine Zusammenführung dieser Daten nach Praxis (Arzt), Lebensalter der Patienten, infektiologischer Diagnose und Antibiotikaverordnung wird bislang durch datenschutzrechtliche Limitationen verhindert. Hier bedarf es einer Gesetzesinitiative im Interesse von Studien, die in anderen europäischen Ländern längst durchgeführt werden [33, 34].

## Fazit für die Praxis

- Besprechen Sie mit den Eltern deren konkrete Erwartungen. Oft wünschen sich die Eltern vor allem Ihre kompetente Unterstützung bei der symptomatische Behandlung, konkrete Hinweise auf Warnzeichen für einen komplizierten Verlauf und sie möchten wissen, an wen sie sich (auch außerhalb der Praxiszeiten) wenden können, wenn es ihrem Kind schlechter geht.
- Nutzen Sie für die Interaktion mit den Eltern geeignete Materialien, z. B. die vom BVKJ und der DGPI empfohlene Broschüre „Wann muss ich mir Sorgen machen?“
- Orientieren Sie sich beim diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei Kindern mit Atemwegsinfektionen am DGPI Handbuch „Infektionen bei Kindern und Jugendlichen“, am DGPI „Leitfaden zur Diagnostik und Therapie von Atemwegsinfektionen“ und an den aktuellen Leitlinien der AWME.
- Erwägen Sie eine kurzfristige Wiedervorstellung des Kindes anstelle einer Antibiotikaverordnung „nur zur Sicherheit“.
- Erwägen Sie – bei hierfür geeigneten Eltern – ein verzögert einzulösendes Rezept (nur wenn es dem Kind in den nächsten Tagen unter einer symptomatischen Therapie nicht besser geht).  
Schließen Sie sich mit Ihren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Ihrer Region in einem Sicherheitsnetz [25, 69] zusammen und verständigen Sie sich in diesem Netzwerk auf gemeinsame leitlinienkonforme Diagnose- und Therapiestandards.

Literatur bei den Verfassern

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

*Korrespondenzautor*

*Prof. Dr. med. Arne Simon*

*Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie*

*Universitätsklinikum des Saarlandes*

*Kirrberger Straße, Gebäude 9, 66421 Homburg/Saar*

*Tel.: 06841 / 1628399*

*E-Mail: Arne.Simon@uks.eu*

*Red.: Huppertz*

## Highlights aus Bad Orb ● ● ●

## Atemwegs- und Lungenfehlbildungen

Prof. Dr.  
Thomas Nicolai

**A**angeborene Fehlbildungen betreffen sowohl die oberen wie auch die unteren Atemwege und sind teilweise mit Fehlbildungen der Gefäße oder Speisewege vergesellschaftet. Typische Beispiele sind Larynx- und Trachealstenosen, Malazien oder Kompressionen durch fehlerhaft angelegte benachbarte Strukturen (doppelter Aortenbogen oder Pulmonalschlinge). Duplikaturen oder Fehlanelagen der Atemwege wie etwa bei den bronchogenen Zysten können zu schwerwiegenden klinischen Symptomen führen. Fehlbildungen der Trachea umfassen auch die Anlage von Fisteln in andere Organe sowie die mangelnde Abtrennung vom Ösophagus bei der laryngotrachealen Spalte (Abb. 1), im Extremfall fehlt ein Teil der Trachea ganz.

Häufig sind Symptome wie Stridor und Dyspnoe wegweisend, die Therapie ist ggf. chirurgisch. Bei extrathorakalen Engstellen ist wegen der am Atemweg herrschenden Druckverhältnisse der inspiratorische Stridor Leitsymptom, bei Beteiligung der Glottis kann es zu einer Beeinträchtigung der Stimmqualität und – Lautstärke kommen. Im Gegensatz zu den erworbenen Engstellen tritt meist keine Progredienz der Symptomatik auf, gerade bei supraglottischen Fehlbildungen wie den mit Gaumen-Spalten verknüpften Syndromen kann es auch zu einer Nachreifung, aufgehendem Wachstum und Verbesserung der Engstellen kommen.

## Klassische Präsentation

In der klassischen klinischen Präsentation ist man mit einem Neugeborenen oder jungen Säugling mit seit Geburt bestehendem oder kurz danach auffällig gewordenen inspiratorischen Stridor mit mehr oder weniger ausgeprägter Atembehinderung konfrontiert. Die häufigsten Ursachen sind hier der infantile Larynx und die Stimmlippenabduktionsparese.

Falls der Stridor nicht progredient ist, keine Stimmveränderungen und weder relevante obstruktive Apnoen noch Zyanoseanfälle aufgetreten sind und der Stridor einen melodischen Charakter hat, liegt vermutlich ein infantiler Larynx vor und ein zuwartendes Vorgehen ist meist sinnvoll, eine endoskopische Diagnostik oder sonstige Bildgebung unnötig.

**Warnzeichen, dass eine andere Ursache vorliegen könnte, oder der infantile Larynx selbst eventuell doch therapiepflichtig sein könnte, sind ein mangelndes Gedeihen oder Trinken** (wenn entweder die Dyspnoe zu erhöhtem Kalorienverbrauch führt oder mit dem Schluckvorgang interferiert), eine **Progredienz der Symptome oder das Auftreten von obstruktiven Apnoen bzw. Zyanosezuständen**. Hier muss eine weiterführende Diagnostik veranlasst werden. Zusätzliche Warnsymptome sind auch eine **leiser werdende oder heisere Schreistimme**, was auf eine Beteiligung der Stimmlippenebenen hinweist und damit nicht zum reinen infantilen Larynx passt.

## Intrathorakale Fehlbildungen der Atemwege

Bei intrathorakalen Fehlbildungen der Atemwege findet sich oft ein expiratorisches pathologisches Atemgeräusch, bei kritischen Engstellen wird der Stridor bei allen Atemwegsfehlbildungen biphasisch, d. h. besteht während der Inspiration und Expiration.

Ein expiratorisches Atemgeräusch/Stridor kann verschiedenste Ursachen haben, am häufigsten sind eine vorübergehende intrathorakale Obstruktion wie bei der RSV-Bronchiolitis oder der obstruktiven Bronchitis. **Bleibt jedoch der Befund über einen Infektphase hinaus bestehen oder kommt es zu klinisch bedrohlichen Obstruktionssituationen, muss eine diagnostische Klärung erfolgen**. Auch eine einseitige oder seitenbetonte Obstruktion bedarf einer weitergehenden Klärung, wobei ein initiales Röntgenthoraxbild hilfreich sein kann.

Typische und häufige Ursachen sind die oft nicht therapiebedürftige Tracheomalazie, aber auch angeborene

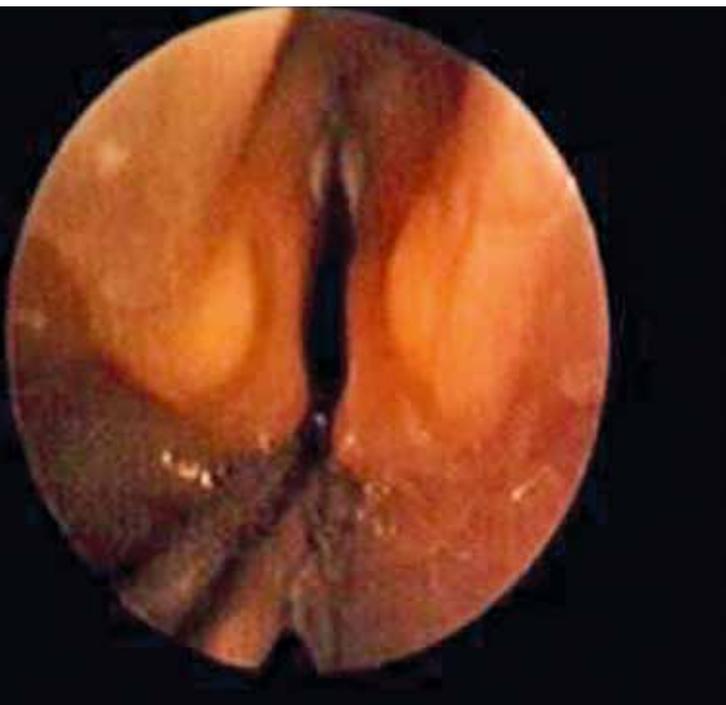


Abb. 1: Laryngotracheale Spalte, Sondierung des oberen Anteiles

Fehlbildungen wie der doppelte Aortenbogen können sich im 2. Lebenshalbjahr progredient so manifestieren.

## Diagnostik

Sie umfasst neben der klinischen Untersuchung oft eine Atemwegsendsoskopie (Pharyngo/Laryngoskopie, Tracheobronchoskopie) (Abb. 2). Wegen der häufig kombinierten Fehlbildungen kann je nach Klinik auch die Gastroskopie in gleicher Sitzung sinnvoll sein. Eine Zusammenarbeit mit den Hals-Nasen-Ohrenärzten mit pädiatrischer Spezialkenntnis, aber auch Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und/oder Kinderkardiologen/Kinderchirurgen wird hier nicht selten erforderlich sein. Zudem ist eine Schnittbildgebung im Sinne einer Ultraschall- oder ggf. NMR-Untersuchung, bzw. nicht selten auch ein KM-gestütztes CT sinnvoll, um die Nachbarschaftsbeziehungen zwischen den Atemwegen und den umliegenden Organen wie Gefäßen, Zysten o.ä. zu klären, vor allem wenn ein operativer Eingriff zur Therapie geplant werden soll. Bei der operativen Versorgung von ösophagotrachealen Fisteln kann die präoperative bronchoskopische Einlage einer Sonde zur Erleichterung des operativen Vorgehens sinnvoll sein, bei der Larynxspalte erfolgt die operative Versorgung zumindest bei extrathorakalen Spalten oft endoskopisch. Auch Laser-chirurgische endoskopische Eingriffe können bei bestimmten Fehlbildungen wie Zysten etc. therapeutisch genutzt werden.

## Fehlbildungen der Lunge

Fehlbildungen der Lunge selbst sind ebenfalls vielfältig. Klassische Beispiele sind das lobäre Emphysem (bei dem manchmal eine Malazie der Bronchialabgänge



Abb. 2: Distale Trachealstenose durch Knorpelringmalformation

zu finden ist, Abb. 3) und die Agenesie oder Hypoplasie einer Lunge oder eines Lappens, die teilweise mit Veränderungen der begleitenden Gefäße einhergehen. Auch Lungensequester wie beim Scimitar-Syndrom, die Bildung von Lungenzysten oder Anomalien der Gefäßversorgung gehören in diese Gruppe. Die früher als CCAM oder zystisch-adenomatoide Malformation genannten komplexen Strukturfehlbildungen der Lunge sind mittlerweile in die größere Gruppe der CPAM genannten Fehlbildungssequenz eingeordnet. Insbesondere bei den nur pränatal erkannten aber nachreifenden Varianten muss die Therapie nicht zwingend chirurgisch sein, bei den postnatal erkennbaren oder gar klinisch symptomatischen Varianten wird häufig eine Resektion nötig.

**Symptomatisch** werden viele dieser Erkrankungen **durch unklare Dys- oder Tachypnoe**, manchmal auch **durch sekundäre Infektionen** der fehlgebildeten Lungenanteile auffällig.

**Eine ungeklärte chronische Tachy- oder Dyspnoe beim Kind muss einer weiterführenden diagnostischen Klärung zugeführt werden.**

Die andere klinisch **typische Manifestation** angeborener Fehlbildungen der Lunge besteht in **akuten, wiederholten oder protrahierten bakteriellen Pneumonien in ein und demselben Bereich der Lunge**. Typisch ist dies z. B. bei zystischen oder zystisch-adenomatoiden Fehlbildungen, die dann oft als radiologisch ungewöhnliche Befunde innerhalb eines pneumonischen Herdes auffallen. Hier ist eine weitere Diagnostik und meist auch operative Entfernung des betroffenen Lungenanteils erforderlich.

Diagnostisch ist meist die radiologische (Schnitt-) Bildgebung zielführend, manchmal muss jedoch bis zur Lungenbiopsie eskaliert werden.

## Weitere komplexe Fehlbildungen

Weitere komplexe Fehlbildungsvarianten stellen Strukturanomalien wie die alveolo-kapilläre Dysplasie

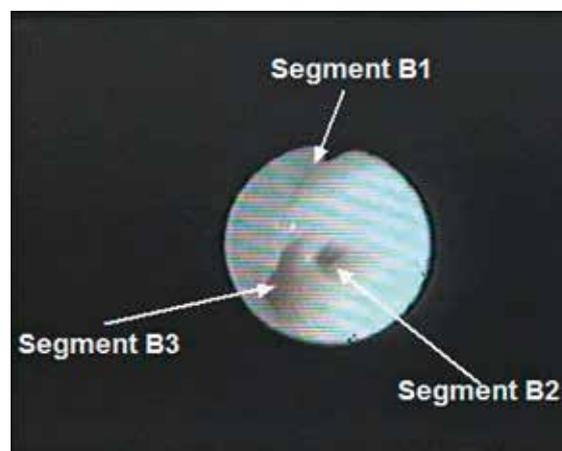


Abb. 3: Rechter Oberlappen, Abgangsstenosen der Segmentbronchien bei lobärem Emphysem

dar, bei denen der enge Kontakt zwischen den luft- und blutführenden Teilen der Gasaustauschfläche nicht oder nur unzureichend ausgebildet ist. Hier sind ungeklärte, oft schwerste Störungen der Oxygenierung bereits im Neugeborenenalter typisch, das Ausmaß und der klinische Verlauf können variieren.

Fehlbildungen der Atemwege und der Lunge sind höchst vielgestaltig, eine genaue Evaluation aller begleitenden Strukturen, insbesondere auch des Gefäßsystems, sind zur korrekten Therapieplanung zwingend erforderlich. Die typischen Leitbefunde erlauben meist eine gute klinische Einschätzung in der Praxis, sodass klar zwischen benignen und klärungsbedürftigen Befunden unterschieden werden kann.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

**Korrespondenzadresse:**

**Prof. Dr. Thomas Nicolai**

**Dr. von Haunersches Kinderspital,**

**Klinikum der LMU München**

**Lindwurmstraße 4**

**80337 München**

**Tel.: 089/4005 2811**

**E-Mail: Thomas.Nicolai@med.uni-muenchen.de**

Red.: Keller

## Welche Diagnose wird gestellt?

Stefan Razeghi, Christiane Razeghi

### Anamnese

Vorstellung eines 2¼ Jahre alten Jungens wegen einer akut aufgetretenen Rötung am Abdomen. Am Vortag hatte die Mutter wegen plötzlich aufgetretener Bauchschmerzen eine Bauchmassage mit Lavendelöl durchgeführt. Der Stuhlgang sei eher hart, kein Fieber. Keine Vorerkrankungen, Familienanamnese unauffällig.

### Untersuchungsbefund

Massive Hautrötung des Abdomens (Abb. 1), sonstiger allgemeinpädiatrischer Befund unauffällig.



Abb. 1: Hautbefund am Tag der 1. Vorstellung: Ausgeprägte, mässig scharf begrenzte, berührungsempfindliche Rötung im Bereich des Abdomens

### Welche Diagnose wird gestellt?

## Irritativ-toxische Kontaktdermatitis

Ätherische Öle sind typische Auslöser einer Kontaktdermatitis (1, 3). In apothekenpflichtigen Arzneimitteln zur Anwendung auf der Haut (z. B. Soldeum Balsam®, Pinimenthol mild® u. a.) werden sie daher nur in starker Verdünnung mit Vaseline o. ä. angewendet. In unserem Fallbeispiel hatte die Mutter aber Lavendelöl eines Internetversandhändlers aufgetragen, welches wahrscheinlich unverdünnt war; leider hatte sie die Flasche zum Zeitpunkt der Vorstellung bereits entsorgt, so dass diese Annahme nicht überprüft werden konnte. Ähnliche Nebenwirkungen werden z. B. nach Anwendung von Ayurveda-Ölen berichtet (2). Differentialdiagnostisch muss an ein „Erythema ab igne“ gedacht werden, das durch lokale Wärmeanwendung (Wärmflaschen) verursacht wird; typischerweise zeigt sich dabei allerdings eine retikuläre Hautrötung.

Naturheilkundliche Therapien erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Wie unser Fallbericht zeigt, können aber auch diese „sanften“ Therapien zu ausgeprägten Nebenwirkungen führen, die sich durch medizinische oder pharmazeutische Kenntnisse der verwendeten Präparate reduzieren ließen.

## Therapie und Verlauf

Innerhalb von 3 Tagen blasste das Erythem unter Hinterlassung einer „hämorrhagischen“ Veränderung (Abb. 2). Die Gerinnungsanalytik war unauffällig. Nach



Abb. 2: Hautbefund am 3. Tag

10 Tagen waren auch diese Veränderungen vollständig abgeheilt.

### Literatur

1. Höger PH. Kinderdermatologie. Stuttgart: Schattauer, 3. Aufl. 2011
2. Lakshmi C. Allergic Contact Dermatitis (Type IV Hypersensitivity) and Type I Hypersensitivity Following Aromatherapy with Ayurvedic Oils (Dhanwantharam Thailam, Eladi Coconut Oil) Presenting as Generalized Erythema and Pruritus with Flexural Eczema. Indian J Dermatol. 2014; 59: 283-6
3. Verallo-Rowell VM, Katalbas SS, Pangasinan JP. Natural Oils and Contact Dermatitis. Curr Allergy Asthma Rep. 2016; 16:51

### Korrespondenzadresse:

Dr. Stefan Razeghi, Praxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Kindergastroenterologie  
Schlierseerstr. 1, 83714 Miesbach

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).

ISSN 1436-9559

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

**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminform.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. Kinderklinik Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“:** Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Weigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.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 12.867  
lt. IVW II/2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft  
Kommunikationsforschung im  
Gesundheitswesen

**Redaktionsausschuss:** Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christel Schierbaum, Köln, 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 – **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

**Anzeigenpreislste:** Nr. 49 vom 1. Oktober 2015

**Bezugspreis:** Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

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

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

© 2016. 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.

## Veränderte CT-Häufigkeit zugunsten alternativer Bildgebung bei hospitalisierten Kindern

### Computed Tomography and Shifts to Alternate Imaging Modalities in Hospitalized Children

Parker MW, Shah SS, Hall M et al., *Pediatrics*, 136 (3): e 573-581; doi: 10.1542/peds. 2015-0995, September 2015

In einer umfangreichen Multicenter, cross-sectionalen Studie analysierte die Autorengruppe die Häufigkeit der Anwendung von CT-, Ultraschall- und MRI-Untersuchungen für die Diagnose der 10 führenden „All Patient Refined Diagnosis Related Groups“ (APR-DRGs). Es wurden die zugehörigen Rechnungs-Daten erfasst bei Kindern, die zwischen 1. Januar 2004 und 31. Dezember 2012 akut in 33 US-Kinderkrankenhäusern des tertiären Behandlungsgrades, stationär aufgenommen wurden. Es wurde die Häufigkeit der CT-, Ultraschall- und MRI-Untersuchungen für die Diagnose der 10 führenden APR-DRGs an Hand der Rechnungs-Daten erfasst. Die Häufigkeit jeder Bildgebungsmethode für diese 10 häufigsten Akut-Diagnosen wurde über die gesamte Studien-Zeit verfolgt. Die Odds Ratio für die Bildgebung wurde der Demographie und der Schwere der Krankheit angepasst. Für alle APR-DRGs mit Ausnahme der Ventrikel-Shunt Prozeduren und der nicht bakteriellen Gastroenteritis nahmen die Bildgebungs-Häufigkeiten zu. Die CT-Anwendung ging jedoch für alle APR-DRGs zurück ( $P < 001$ ). Für jede APR-DRG mit Ausnahme von Krampfanfällen und Infekten der oberen Luftwege war der Rückgang der CT-Untersuchungen mit einer signifikanten Zunahme alternativer Bildgebungen verbunden ( $P \leq .005$ )

#### Kommentar

Nach der anfänglichen Begeisterung über die Möglichkeiten des CT für die Diagnostik häufiger Akut-Erkrankungen, entwickelte sich in den letzten Jahren eine zunehmende Zurückhaltung beim Einsatz dieser mit relativ hohen Strahlenbelastung einhergehenden Methode. Den Autoren der vorliegenden Studie ist es gelungen, diesen Trend an einem relativ grossen Krankengut in den USA nachzuweisen. Obwohl die deutsche Pädiatrie frühzeitig die Möglichkeiten des Ultraschalls erkannt hat und den Einsatz des MRT vorangetrieben hat, sollte man auch in Deutschland weiterhin nach Möglichkeiten suchen, auf CT-Untersuchungen zu verzichten.

(Helmut Helwig, Freiburg)

## Antibiotika in den ersten 6 Lebensmonaten beeinflussen die Gewichtszunahme im Kindesalter

### Antibiotic Exposure During the First 6 Months of Life and Weight Gain During Childhood

Gerber JS et al., *JAMA*, 315(12): 1258-65, März 2016



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Studien an Mäusen haben gezeigt, dass die Gabe von Antibiotika das intestinale Mikrobiom beeinflusst und zu einer erhöhten Gewichtszunahme führt.

Gerber et al. haben in einer retrospektiven Kohorten-Studie den möglichen Zusammenhang zwischen der Antibiotika-Exposition in den ersten 6 Lebensmonaten und der kindlichen Gewichtszunahme bis zum Alter von 7 Jahren erneut untersucht. Dabei wurden die Daten von Kindern, die zwischen 2001 und 2011 geboren ( $\geq 35$ . Schwangerschaftswoche;  $\geq 2000$  g) und in 30 Kinderarzt-Praxen betreute wurden, ausgewertet. Ergebnisziel war die Erfassung der Antibiotika-Exposition in den ersten 6 Lebensmonaten und die Bestimmung des Gewichtes bei den Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 6 Monaten bis zum Alter von 7 Jahren.

Von 38.522 Einzelgeburten (50% weiblich, mittleres Geburtsgewicht 3,5 Kg) hatten 14% der Studienteilnehmer in den ersten 6 Lebensmonaten (mittleres Alter 4,3 Monate), 67% in den ersten 24 Monaten ein Antibiotikum erhalten (52% erhielten ein Breitspektrum-Antibiotikum, 19% ein Makrolid-Antibiotikum). In der Regressionsanalyse war die Antibiotikagabe in den ersten 6 Monaten mit keiner signifikanten Rate an Gewichtszunahme verbunden. In Sub-Analysen hatte auch die Häufigkeit der Antibiotika-Gabe in den ersten 6 Lebensmonaten keinen Einfluss auf die Rate der Gewichtszunahme. Die Gabe von Antibiotika in den ersten 24 Lebensmonaten führte zu einem leichten Anstieg der Rate der Gewichtszunahme von 2,1%, was einem Gewichtsanstieg von 150,0 g im Alter zwischen 2 und 5 Jahren entsprach. In der gepaarten Analyse von Zwillingen, die für die Antibiotika-Gaben in den ersten 6 bis 24 Monaten diskordant waren, konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied in der Rate der Gewichtszunahme nachgewiesen werden.

#### Kommentar

Die Ergebnisse dieser Studie an mehr als 30.000 Kindern lassen Zweifel an der Relevanz der möglichen Gewichtszunahme aufkommen. Die aktuellen Ergebnisse scheinen älteren Studien zu widersprechen, die einen Einfluss auf den Body Mass Index (BMI) von 0,13 SD für Jungen und 0,07 SD für Mädchen nachweisen konnten. In dieser geringen Größenordnung dürfte die Gewichtszunahme zwar vorhanden sein, aber klinisch keine wesentliche Rolle spielen. Trotzdem gibt es viele andere Gründe, mit der Verordnung von Antibiotika zurückhaltend zu sein.

(Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr)

# Isolation eines Hand-Fuß-Mund-Krankheit-infizierten Mädchens von seinem frühgeborenen Geschwisterchen?

consilium

Prof. Dr. med.  
Peter Höger

## Frage

Bei einem 3-jährigen Mädchen wurde heute Hand-Fuß-Mund-Krankheit diagnostiziert. Des Weiteren liegt bei ihr auch atopische Dermatitis vor. Sie entwickelte ein heftiges Begleitexanthem, vor allem an den Händen. Gestern wurde das in der 34. Schwangerschaftswoche frühgeborene gesunde Geschwisterchen aus der Klinik nach Hause entlassen.

- Soll das 3-jährige Mädchen mit Hand-Fuß-Mund-Krankheit nun von dem neugeborenen Frühchen isoliert werden? Wenn ja, wie und wie lange?
- Ist es in diesem Zusammenhang sinnvoll, das Mädchen für die Dauer der Infektiosität zu den Großeltern zu bringen?

## Antwort

Enteroviren (EV) und Parechoviren zählen zu den Picornaviridae. Dabei handelt es sich, wie der Name verrät, um kleine RNA-Viren, von denen über 100 Serotypen bekannt sind. Sie werden aufgrund genomischer Ähnlichkeiten in fünf Species unterteilt (1):

- **Polioviren:** Poliovirus Typ 1-3
- **Humane Enteroviren Typ A (HEV-A):** Zu diesen zählen die Coxsackie-A-Viren der Typen 2-8, 10, 12, 14 und 16 und die Enteroviren (EV) der Typen 71, 76, 89-92
- **Humane Enteroviren Typ B (HEV-B):** Coxsackie A9, B1-6, EV 1-9, 11-21, 24-27, 29-33, 69, 73-75, 77-88, 93, 97-98, 100-101
- **Humane Enteroviren Typ C (HEV-C):** Coxsackie A1, 11, 13, 17, 19, 20-22, 24 und EV 95-96, 99, 102
- **Humane Enteroviren Typ D (HEV-D):** EV 68, 70, 94

Die epidemische Prävalenz der verschiedenen Enteroviren variiert von Jahr zu Jahr regional erheblich (1, 2). Infektionen mit Coxsackie- bzw. Enteroviren können transplazentar oder subpartu übertragen werden. Die Bandbreite klinischer Manifestationen beim Neugebo-

renen ist groß: Einerseits können EV-Infektionen inapparent verlaufen; andererseits kann es zu sepsisartigen Erkrankungen, respiratorischen oder gastrointestinalen Infektionen, Myo-, Perikarditis, Aseptischer Meningitis und Enzephalitis kommen (1). Frühgeborene sind vermutlich besonders gefährdet (1, 3); dies gilt auch für die Enteroviren, die die Hand-Fuß-Mund-Erkrankung (HFMD) hervorrufen (3). An der Haut des Neugeborenen werden allerdings vorwiegend makulöse oder makulopapuläre Exantheme beobachtet, nicht jedoch vesikulöse Hautveränderungen wie bei der klassischen HFMD (1).

Die HFMD tritt am häufigsten bei Kleinkindern auf. Sie wird in erster Linie durch EV-71 und Coxsackievirus A16 hervorgerufen.

Die Inkubationszeit der Enterovirus-Infektionen variiert zwischen 2 und 35 Tagen; in der Regel beträgt sie 3-6 Tage (4). Die Viren können noch 4-6 Wochen mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Die Immunität ist vermutlich lebenslang, aber typenspezifisch (1, 4).

Neuere Untersuchungen (5) zeigen, dass Händedesinfektionsmaßnahmen die Übertragung der Enteroviren sicher verhindern können. Als dauerhafter Schutz ist ein Impfstoff mit inaktiviertem Enterovirus 71 in Erprobung, der sich in bisherigen Studien als äußerst wirksam (Impfschutz > 97 %) erwies (6).

Im vorliegenden Fall ist also direkter Kontakt des Kleinkindes mit dem Frühgeborenen zu vermeiden und eine konsequente Händedesinfektion anzuraten. Da die Viren über Schmierinfektion, nicht jedoch aerogen übertragen werden, ist eine räumliche Trennung durch Verbringung des 3-jährigen Mädchens zur Großmutter allerdings nicht erforderlich.

Literatur bei InfectoPharm

**Prof. Dr. med. Peter Höger**  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH  
Abt. Pädiatrie und Päd. Dermatologie  
Lilientronstr. 130, 22149 Hamburg

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.

# Medienmündigkeit: Ein Leitbegriff für die Prävention



Dr. Till Reckert

Wir Kinder- und Jugendärzte sind (ob wir wollen oder nicht) in der medienpädagogischen Debatte gefragt. Der Begriff „Medienmündigkeit“ hilft, sich pädiatrisch zum Medienthema zu orientieren. Es geht hierbei um Lebenskompetenz *nicht nur mit sondern auch gegenüber* Medien. Der Mündige kann souverän wählen, wie er seine Zeit verbringen möchte. Der Süchtige wäre hingegen in mindestens einem Lebensbereich so unfrei, dass ihn dies auch für andere Lebensbereiche behindert bis hin zur völligen Lebensuntüchtigkeit.

## Mediensucht und ihre Primärprävention

Nach den strengen Forschungskriterien des DSM-5 sind 1-2% der Bevölkerung computerspielsüchtig; überrepräsentiert sind männliche Jugendliche [1]. Mädchen verhalten sich eher in sozialen Netzwerken suchtgetrieben. Und Jugendliche von heute sind Eltern von morgen. Grund genug, sich als Kinder- und Jugendarzt über Medienerziehung kundig zu machen für politische Statements und primärpräventive Beratung.

### Zwei Fragen sind wichtig:

- Was sind Vorläuferfähigkeiten für Medienmündigkeit?
- Welche dieser Vorläuferfähigkeiten lernt man wann und wie am besten: Mit Medien oder im realen Leben?

Vorweg: Viel Erfahrung im echten Leben und wenig Bildschirmzeit wirkt bei Kindergarten- und Grundschulkindern suchtpräventiv, Medienkompetenztraining nicht [2].

## Schutzraum bis zur eigenen Mündigkeit

Unser Ziel ist, dass jedes Kind seine *eigenen* Ziele erreichen kann, also mündig wird. Vorher wird es in einem anregenden Schutzraum in Liebe erzogen und dabei in die immer selbstverantwortlichere Freiheit entlassen. Fernsehkonsum in der (frühen) Kindheit wirkt dosisabhängig langfristig ungesund und stört die Entwicklung [3, 4]. Die American Academy of Pediatrics empfiehlt, unter zweijährige

Kleinkinder gar nicht mit Fernsehen zu konfrontieren [5]. Einzelne Mitglieder dieses Gremiums fragen jedoch, ob nicht Tablets kleinen Babys positive „Selbstwirksamkeitserlebnisse“ ermöglichen [6]. Aber täuscht sich das Kleinkind nicht über seine Sensomotorik und damit seine eigenen Möglichkeiten in der Welt, wenn Touchscreens auf Wischen und Berühren faszinierenderweise wie magisch reagieren? Eine Illustrierte wird dann zu einem langweiligen „iPad, which does not work“ (<https://www.youtube.com/watch?v=aXV-yaFmQNk>).

## Medien – eine kurze Phänomenologie

Frühe Medienzeit raubt Zeit für bessere Entwicklungsanregungen. Ist sie trotzdem wichtig für spätere Medienkompetenz? Während ProfessorInnen für Entwicklungspsychologie z.B. für einen PC-Einstieg gegen Ende des Grundschulalters sind, raten ProfessorInnen für Medienpädagogik zu einem Beginn im Kindergartenalter [7].

Doch was ist „Medienkompetenz“ oder ein „Medium“? Gerhard Wolf, Vorsitzender des philosophischen Fakultätentages, berichtete 2012 von einer Professorenfrage: Heutige Studierende hätten alarmierende Lese- und Schreibschwächen aber eine große Medienkompetenz [8]. Wenn ein Student mit dem Medium Schrift nicht zurechtkommt, was bedeutet das dann für seine Internetkompetenz? Wie muss man also sinnvoll differenzieren, damit „Medium“ und „Medienkompe-

tenz“ nicht zu vernebelnden, in ihrer Beliebtheit dominanten „Plastikwörtern“ verkommen [9]?

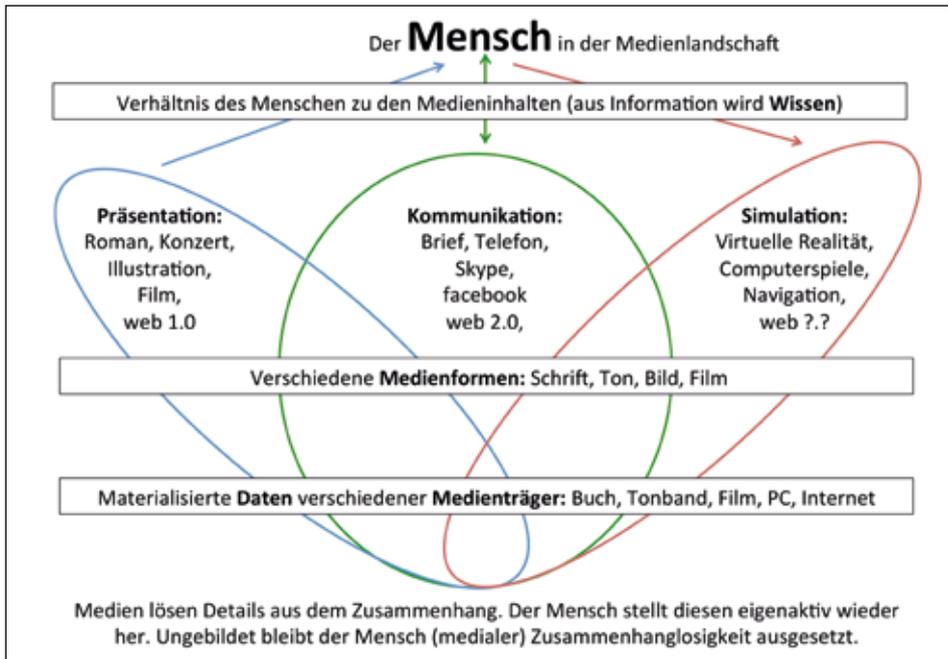
Nach Hübner müssen drei Schichten unterschieden werden:

- **Medieninhalt** – das, zu was der Mensch durch Medien inhaltlich angeregt wird und woraus schließlich Wissen entstehen kann aber nicht muss.
- **Medienform** – das Verfahren, wie der Inhalt vermittelt oder präsentiert wird (Schrift, Ton und/oder Bild)
- **Medienträger** – die materielle Grundlage mit der vermittelt wird (Buch, e-Book, Smartphone, Internet usw.)

Medien wirken jeweils auf inhaltlicher, formaler und technischer Ebene unterschiedlich; so nimmt z. B. die innere Aktivität ab wenn wir die gleiche Geschichte lesen, hören oder als Film betrachten. Auf der Ebene der menschlichen Auseinandersetzung mit Medieninhalten kann man unterscheiden in:

- **Präsentationsmedien** (Bücher, Hörspiele oder Spielfilme)
- **Kommunikationsmedien** (Brief, SMS, Telefon, Skype)
- **Simulationsmedien** (virtuelle Realität, Computerspiele, Navigation).

Simulationsmedien erzeugen einen virtuellen Sehraum, wenn ein 3D-Bild auf zwei Bildschirme direkt vor die Augen projiziert wird und sich dieses mit der Kopfbewegung (die hierfür gefilmt werden muss) passend ändert. Technisch aufwändige Rückkopplungsschleifen simulieren so eine individuelle Per-



achtungs- und Denkfähigkeit erforschen wir diese Welt, unsere Körper und auch unsere Gehirne in dieser Welt. Fortschritte in der empirischen Hirnforschung bestehen dabei *nur* in immer genaueren Korrelationen zwischen unseren Erlebnissen und zugehörigen Hirnaktivitäten. Hirnforschung *alleine* kann dabei keine fundamentalen Antworten geben, wie Leib, Seele und Geist zusammenhängen [11]. Der Versuch, Bewusstsein wissenschaftlich zu eliminieren oder als durch Hirnvorgänge *inhaltlich* verursacht zu denken [12], setzt voraus was er zu erklären vorgibt und scheitert daher [13], [14].

Unser Gehirn wird aber durch Bewusstseinsprozesse insbesondere in der (frühen) Kindheit mitstrukturiert: Wenn wir *Neues* lernen, verändern sich unter Stoffwechselaufwand unsere Synapsen nach dem Motto „Use it or loose it“ [15]. Dann erst können wir unsere neu erworbenen Fähigkeiten *mit* unserem Gehirn alltagstauglich verwenden. *So lernen wir immer, wenn wir Erfahrungen machen und es bildet sich bis in körperliche Strukturen ab, wie und was wir gelernt haben.* Babys beobachtend erfahren wir: Die meisten unserer selbstverständlichen Fähigkeiten und Weltansichten haben wir in unserer Vergangenheit mehr oder weniger selbstbewusst im eigenaktiven Umgang mit uns und der Welt gelernt [16]. In bestimmten sensiblen Zeitfenstern haben wir besonders wichtige Entwicklungsaufgaben. Eine wesentliche Basis für späteren Schul- und Lebenserfolg *auch mit Medien* ist also eine umfassende Sinnesentwicklung und -integration bis in die entsprechenden Hirnareale hinein [17]. Ferner sollten wir selbstwirksame, intrinsische Motivation, Empathiefähigkeit und Frustrationstoleranz am Widerstand der Welt im Vor- und Grundschulalter geübt haben [18]. Sogar zum sinnvollen recherchieren brauchen wir vor allem ein fokussiertes und intentionales Denken sowie Vorwissen für sinnvolle Fragen, bevor wir uns im Internet wahl- und sinnlos von Link zu Link hangeln [10]. Und dies alles lernt man besser abseits der (modernen elektronischen) Medien.

spektive und damit einen individuellen Standpunkt in einem virtuellen Raum. Dieser Raum reagiert auf die Tätigkeit des Betrachters, er ist damit individuell auf ihn zugeschnitten. Hierbei wird einem klar, wie komplex im wirklichen Leben unsere Sinne zusammenspielen müssen, bis wir uns auch in unserer realen Umgebung so eingelebt haben, dass wir sie als objektiv und feststehend empfinden und uns in ihr als Subjekt erleben. Weniger klar ist uns, dass wir die ganze dafür notwendige sensorische Integration von Lebensbeginn an gelernt haben. Im medialen Alltag sind Computerspiele und Computernavigation technisch abgespeckte und sensorisch verarmte Versionen von virtueller Realität [10].

### Medien trennen den natürlichen Zusammenhang

Schrift, konservierter Ton und konservierte Bilder haben bei allen Unterschieden eines gemeinsam: Sie bilden kleine Ausschnitte aus der räumlich-zeitlichen Gegenwart aus einer bestimmten Perspektive ab, reißen sie dabei aus ihrem natürlichen Zusammenhang und konservieren sie für die Zeitlosigkeit und/oder Raumlosigkeit. Dieser abgetrennte Zusammenhang muss eigenaktiv wieder hergestellt werden, wenn uns Medien nicht von der Wirklichkeit entfremden sollen [10]. Man kann

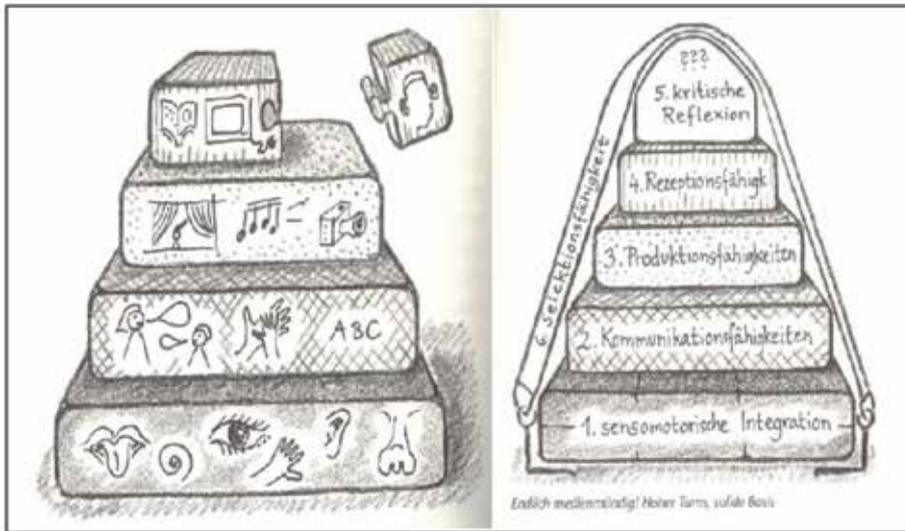
dies spezifisch variiert an sich selbst erleben für Bücher, Bilder, Telefonie und Filme. Ein Smartphone und das Internet ist hierfür nichts prinzipiell Neues. Mit ihm kann man aber Medieninhalte exponentiell schneller herstellen, verteilen sowie mit ihnen interagieren. Medien rücken daher immer gewohnheitsmäßiger zwischen Individuum und Welt (zu der auch der Teil des eigenen Leibes gehört, der nicht am medial vermittelten Erlebnis teilnimmt). Medien schwächen so menschliches Kohärenzerleben, der Mensch muss dieses aus eigener Aktivität wieder herstellen. Ein kleines Kind hat dies noch nicht direkt in der Welt gelernt, kann es also schlechter als der lebenserfahrene Erwachsenen.

Daher muss man im altersabhängigen Gleichgewicht mit Medien auch nichtmediale Erlebnisfelder bereitstellen, in denen Kinder alle die Fähigkeiten entwickeln können, welche sie für einen selbstsicheren Umgang mit der Medienlandschaft notwendig brauchen, die sie aber im direkten Umgang mit ihr nicht entwickeln können [9, 10].

### Perspektive der Hirnforschung

Wir sind in der empirischen Welt als erlebnisfähige, selbstreflexive Ich-Subjekte in biologischen Organismen verkörpert. Mit unserer Beob-

### Der Medienmündigkeitsturm



Gezeichnet von Paula Bleckmann, mit freundlicher Genehmigung

### Der Medienmündigkeitsturm

Welche Entwicklungsanreize sind also wann sinnvoll und zielführend? Bleckmanns Medienmündigkeitsturm zeigt, welche Fähigkeitsbildungen worauf aufbauen.

Des Turmes Basis ist eine gute sensomotorische Integration, die zunächst durch viel eigenaktive Bewegung in der Welt gelernt wird. Bildschirmmedienkonsum im Kleinkindalter verarmt diese Basis. Der „Apptivity Seat“ ([https://www.youtube.com/watch?v=POLu\\_tAX5dw](https://www.youtube.com/watch?v=POLu_tAX5dw)) für Neugeborene bis Zweijährige wäre der Alptraum eines jeden Entwicklungsneurologen [16].

Dann müssen Babys und Kleinkinder im unmittelbaren Miteinander kommunizieren lernen. Bildschirmmedien wie auch elektronisches Spielzeug beeinträchtigt dies [19], denn laufen diese Geräte, spricht man weniger. Und von ihnen lernen vor allem Babys nicht sprechen [20]. Es nützt also wenig, wenn mangelnder Sprachkontakt medial „ausgeglichen“ wird.

Wo es Gestaltungsspielräume gibt, entwickelt sich Lust und Fähigkeit etwas zu produzieren. Jedes weiße Blatt mit Stiften bietet Gestaltungsspielraum. Ein gutes Kinderspielzeug bestehe zu 90% aus Kind und zu 10% aus Zeug, sei also einfach und vielseitig verwendbar. Gleichzeitig wird Frustrationstoleranz geübt, wenn etwas nicht gleich gelingt.

Die Rezeptionsfähigkeiten müssen vielfach geübt werden. Beim Zeitung lesen kann man nicht „aus Versehen“ auf eine Hardcore-Porno-Webseite geraten, aber dennoch den Wechsel zwischen oberflächlich schnellem Lesen und vertieftem Studieren einzelner wichtiger Passagen üben.

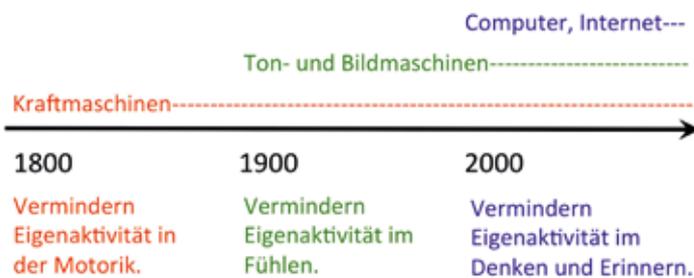
Bei der kritischen Reflexion lernt auch der Erwachsene nie aus. Schließlich hält eine gute und selbstbestimmte Selektionsfähigkeit den Turm stabil zusammen.

### Indirekte und direkte Medienpädagogik

Vorschulzeit: Leibbildung	erste Schulzeit: Gewohnheits- und Fähigkeitsbildung	Jugendzeit: eigenständige Urteilsbildung
Medienabstinenz		IT mündig nutzen
Lebensräume erobern		Hard- und Software verstehen
Bewegung, Sport, Rhythmik		Film- und Musikproduktion
Kunstschaffen: Bild, Plastik, Musik		PC handhaben lernen
		Aufklärung über Internetnutzung
	Lesekultur pflegen	Sport, Chor, Orchester, Vereinsleben, Feste, etc.
	Schreiben und lesen lernen	
	Vorlesen	
Geschichten erzählen		

Aus: Hübner, E: Medien und Pädagogik. 2015, Stuttgart mit freundlicher Genehmigung des Autors

### Technik befreit uns von etwas:



### Befreit sie uns auch zu etwas?

Ausgleich: Sport	Ausgleich: Kunst, Musik	Ausgleich: Kontemplation?
---------------------	----------------------------	------------------------------

„Use it or loose it“

### Indirekte und direkte Medienpädagogik

Die indirekte Medienpädagogik sorgt im Leben für die Vorläufer-

fähigkeiten; die direkte Medienpädagogik baut auf ihnen auf, um Medien sinnvoll zu nutzen. Denn eine umfassende Medienkompetenz ist auf Medien angewandte allgemeine Lebenskompetenz. Diese beugt gleichzeitig späterer Mediensucht vor [2]. Um zu unterscheiden, ob es hierbei um „Bewahrpädagogik“ oder „Ermöglichungspädagogik“ geht, muss man die Folgen von Technik berücksichtigen: Technik befreit den Menschen von eigener, mühsamer Tätigkeit. Dies kann aber dazu führen, dass er Fähigkeiten verliert, die er sonst durch diese Tätigkeiten erwürbe. Was wir im vorletzten Jahrhundert körperlich tun *mussten*, *dürfen* wir heute tun. Es ist uns dabei geläufig, dass sich ein Kind nur dann gesund entwickelt, wenn es sich bewegt und auch körperlich anstrengt. Oberarmmuskeln *und* Hirnareale

### Ist eine Erziehung zur Medienmündigkeit leistbar?

Wir Kinder- und Jugendärzte sollten eher vom Kind als von den Medien ausgehen. Wenn Medienpädagogen behaupten, dass die Wirklichkeit *im Grunde* Medienwirklichkeit sei, da wir die Welt fast ausschließlich medial vermittelt kennenlernten, dann greift das zu kurz. Wenn wir Eltern zu Medienfragen beraten, beachten wir, dass Kinder das Wesentlichste über sich und die Welt implizit und eigenaktiv lernen und raten daher zum medialen Zögern. Sind kleine Kinder gewohnt, viel fernzusehen, dann fällt ihnen eine plötzliche Mediendiät schwer: Es dauert ungefähr zwei Wochen, bis sie wieder eigene Spielideen bekommen. Im

Gegensatz dazu können in nichtfernsehenden Familien die Kinder oft selbstständiger spielen, weswegen auch keine für Eltern anstrengenderen „Programmpunkte“ das Fernsehen ersetzen müssen [9]. Eltern, die bezüglich Medien im Kindesalter skeptisch sind, sind deswegen noch nicht rückwärts gewandt. Sie brauchen unsere Rückenstärkung innerhalb eines gesellschaftlichen Klimas, in dem immer mehr zu gelten scheint: „Bildschirme bilden“. Initiativen wie Media protect (<http://www.medienratgeber-fuer-eltern.de/mediaprotect.html>) können uns hierbei sozialraumorientiert unterstützen.

kann und muss man trainieren [21]. In beiden Fällen muss man üben und den Willen anspannen.

Literatur beim Verfasser.

**Dr. Till Reckert**  
72764 Reutlingen  
E-Mail: [till.reckert@icloud.com](mailto:till.reckert@icloud.com)

Red.: WH

# Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) unterstützt die Initiative „MoreTrials“ (<http://moretrials.net/>)

Die „More Trials“-Initiative will bürokratische Hürden in der klinischen Forschung abbauen, sodass insgesamt mehr klinische Studien möglich werden. Man erhofft sich hiervon vor allem, dass Ärzte und Ärztinnen – und nicht allein die Pharmaindustrie – wieder mehr klinische Studien durchführen. Nur so können auch die medizinisch wichtigen Fragen beantwortet werden, die nicht kommerziell nutzbar sind.

Aktueller Anlass dieser Überlegungen ist die Überarbeitung der internationalen Regeln, nach denen klinische Studien durchgeführt werden. Dieses Regelwerk mit Namen „GCP“ (Good Clinical Practice) ist auch in Deutschland für alle Studien anzuwenden, die unter das Arzneimittelgesetz (AMG) oder Medizinproduktegesetz (MPG) fallen. Die GCP-Regeln sehen insbesondere eine im Detail nachvollziehbare Dokumentation aller Studiendaten, eine Vor-Ort-Überprüfung dieser Daten, ein schnelles Melden von schweren unerwünschten Ereignissen und eine zehnjährige Archivierung aller Unterlagen vor. Durch diese und andere Anforderungen erhöht sich die Glaubwürdigkeit von Studienergebnissen, aber die Studienkosten steigen deutlich an, was manche Studien letztendlich verhindert. Es wird vermutet, dass vor allem bei kleineren Studien die GCP-Regeln die Studienkosten mehr als verdoppeln.

Diese Studienkosten müssen auch Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aufbringen, wenn sie eine klinische Studie zu einem

Arzneimittel durchführen wollen. Selbst wenn das Arzneimittel schon zehn Jahre für die untersuchte Indikation zugelassen ist, müssen die GCP-Regularien erfüllt werden. Dies hat immer wieder dazu geführt, dass medizinisch wichtige Studien wegen Finanzierungsproblemen nicht durchgeführt wurden. Studien, die beispielsweise eine Verminderung der Medikamentendosierung oder einen Vergleich zwischen zwei zugelassenen Medikamenten untersuchen sollen, kommen oft nicht zustande, weil solche Studien für den Medikamentenhersteller uninteressant sind. Obwohl bei solchen Studien das Risiko schwerer Nebenwirkungen oft gering ist, müssen auch diese Studien gemäß GCP durchgeführt werden.

## Standards für klinische Studien den Risiken anpassen

Es ist daher aus Sicht des DNEbM sinnvoll, die regulatorischen Anforderungen an klinische Studien auf das notwendige Maß zu begrenzen.

Die „More Trials“-Initiative wirbt für flexiblere Regeln. Hierfür könne man zwischen Studien unterscheiden, die vor oder nach Zulassung eines Medikaments erfolgen. Die Flexibilisierung der GCP-Standards sollte aber nicht die Grundprinzipien, z. B. die Vor-Ort-Überprüfung zentraler Studiendaten durch klinische Monitore, gänzlich aushebeln.

Die „More Trials“-Initiative fordert, dass über die GCP-Regulierung offen debattiert wird. Wie klinische Studien durchgeführt

werden, sollte nicht von einer Expertengruppe hinter verschlossenen Türen entschieden werden, sondern in evidenzbasierter und transparenter Weise erfolgen. Das GCP-Regelwerk hat wichtige Entwicklungen verpasst, insbesondere die Studienregistrierung, mit der ein Verschweigen negativer Studienergebnisse erschwert wird. Daher müsse die Entwicklung der GCP-Regularien reformiert werden, sodass der Fokus sich von Prüf- und Dokumentationspflichten mehr auf wissenschaftlich hochwertige Studiendesigns verlagert.

## Das DNEbM will mehr klinische Studien

Das DNEbM hält es ebenfalls für sinnvoll, wenn nicht alle Studien nach dem Arzneimittelgesetz den GCP-Regularien voll entsprechen müssen. Die GCP-Regularien sollten dort vereinfacht werden, wo klinische Studien nach der Zulassung einer Substanz in einer zugelassenen Indikation durchgeführt werden. Weitere Ausnahmen außerhalb des Zulassungsbereichs sind dort vorstellbar, wo nachweislich kein relevantes Nebenwirkungsrisiko vorhanden ist. Das DNEbM unterstützt die Idee, die nicht-kommerzielle klinische Forschung zu stärken, damit alle Fragen, die Patienten und Patientinnen wichtig sind, evidenzbasiert beantwortet werden können.

Deutsches Netzwerk  
Evidenzbasierte Medizin e. V.  
[www.ebm-netzwerk.de](http://www.ebm-netzwerk.de)

Red.: ReH

Kongress Jugendmedizin Weimar 3. – 5. März 2017

## „Jugendmedizin“: ein Thema für jeden Pädiater!

**D**er BVKJ sieht in der Jugendmedizin eine Kernkompetenz der Pädiatrie. Wir – der Ausschuss Jugendmedizin – wollen uns dafür stark machen, das Programm des Kongresses nach Ihren Wünschen und so attraktiv zu gestalten, dass Sie auch nach über 20 Jahren Kongresse in Weimar gerne nach Weimar kommen, und Sie, die Sie bislang vielleicht noch unentschlossen waren, sollen sagen können: „Da muss ich dieses Mal hin!“

Einen häufig geäußerten Teilnehmerwunsch konnten wir aus anderen Quellen ablesen: Möglichst eine Ein-Tages-Veranstaltung, höchstens einmal übernachten. Langjährige Besucher dieses großen Jugendmedizin-Kongresses freuen sich hingegen auf drei Tage Weimar. Wie nun beide Vorstellungen

miteinander verbinden? Wir bieten nun am Samstag ausschließlich Vorträge an, am Freitagnachmittag und Sonntagmorgen Seminare. So hoffen wir, allen Ansprüchen gerecht zu werden. Mit dieser Aufteilung ergibt sich eine völlig neue Programmstruktur als bei den bisherigen Kongressen. Das gesamte Programm erhalten Sie dann im Dezember.

„Sexualität Jugendlicher“ lautet das Thema 2017. Das Thema ist unglaublich facettenreich; es reicht von den Fragen: „Wie entwickelt sich Sexualität?“ „Was unterscheidet weibliche von männlicher Sexualität?“ bis hin zu STIs und deren Prävention, Schwangerschaftsverhütung etc. Wie immer wollen wir in den Vorträgen neue Daten und Fakten vorstellen, Lösungsansätze für die Praxis liefern und na-

türlich das psycho-soziale Umfeld nicht vernachlässigen.

Wer die einzelnen Themen in Seminaren vertiefen möchte, wer etwas Aktuelles zur Berufs- und/oder Honorarpolitik erfahren möchte, wer sich für das Basiscurriculum Jugendmedizin interessiert oder sich von ganz neuen Aspekten des Rahmenprogramms überraschen lassen möchte, der plant die Zeit von Freitagmittag bis Sonntagmittag für den Kongress ein. Wir sind uns sicher, dass Weimar mehr als einen Tag wert ist.

**Dr. Uwe Büsching**  
33611 Bielefeld  
E-Mail: [ubbbs@gmx.de](mailto:ubbbs@gmx.de)  
Der Autor ist Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin im BVKJ

Red.: ReH

## Eine Frage an ● ● ●

### Martina Wiesmann

staatlich geprüfte Logopädin, stellvertretende Vorsitzende der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V.:



*Was hat sich in den letzten Jahren in puncto Stottertherapie getan, was müssen Kinder- und Jugendärzte wissen und beachten?*

Im Bereich der Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen hat in den letzten Jahren eine gute Datenlage dazu geführt, dass wirksame Konzepte vorliegen. Es ist heute erfahrenen Praktikern und Praktikerinnen sehr gut möglich, auch bei jungen Kindern eine klare Abgrenzung zwischen entwicklungsbedingt normalen Unflüssigkeiten und symptomatischem Stottern zu treffen. Der früher verwendete Begriff des „Entwicklungsstotterns“ ist somit hinfällig. Stottertherapeuten und Stottertherapeutinnen sind sich darüber einig, dass aufgrund der Spontanremission von circa 75 Prozent nicht alle Kinder, die ein beginnendes Stottern zeigen,

eine Therapie benötigen. Allerdings besteht die Möglichkeit, das Risiko für eine Chronifizierung des Stotterns anhand evidenzbasierter Prädiktoren abzuschätzen. Dies ist ein wichtiger Baustein in der vorliegenden Handreichung zum Stottern für Kinder- und Jugendärzte. Eine oft gestellte Frage von Ärzten und Ärztinnen ist, ab welchem Alter eine Stottertherapie möglich und sinnvoll ist. Grundsätzlich zeigen Studien hierzu, dass im Falle des Vorliegens von Risikofaktoren eine frühe Behandlung (bereits im Alter von zwei bis drei Jahren) die Behandlungszeit deutlich verkürzt und einer Chronifizierung von Stotterreaktionen vorbeugt. Es ist zudem wichtig, dass die Behandlung des kindlichen Stotterns nicht ohne die Einbeziehung der Eltern möglich ist. Diese sind in der Regel in der

Therapie anwesend und sollten die Therapieinhalte im häuslichen Alltag fortführen. Eine Stottertherapie im Kindesalter erfolgt konzeptionell und spezifisch. Stellvertretend genannt werden können die Lidcombe-Therapie, die Therapie nach dem KIDS-Konzept und der PCI-Ansatz.

*Info: Die Broschüre „Stottern. Ein Leitfaden für die kinder- und jugendärztliche Praxis“, herausgegeben vom BVKJ, dbl und der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe (BVSS) bietet Kinder- und Jugendärzten aktuelles kompaktes Hintergrundwissen und Handlungsoptionen nach dem neustem Stand der Wissenschaft. BVKJ-Mitglieder bekommen die Broschüre per Post zugesendet, Nicht-Mitglieder können sie über den BVKJ-Online-Shop bestellen.* ReH

## Was brauchen Kinder mit Redeflussstörung? Wie kann ihnen der Kinder- und Jugendarzt helfen?

Ein Kommentar zu obenstehendem Interview



Dr. Klaus Rodens

**U**nser Autor macht einen Vorschlag aus der pädiatrischen Praxis und kommentiert damit obenstehendes Interview.

Die vorliegende „Stotter-Broschüre“ soll den Kinder- und JugendärztInnen in der logopädischen Verordnungspraxis Sicherheit und Hilfestellungen geben. Zeitgleich mit ihr ist eine neue S3-Leitlinie zur Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen (AWMF-Registernummer 049-013) entwickelt worden.

Danach ist klar, dass bei Kindern eine Remission des Stotterns möglichst im Kindergartenalter angestrebt werden sollte, allerdings ohne Garantie für eine Komplettremission. Aus Gründen der besseren Wirksamkeit und der begleitenden psychosozialen Probleme sollte die

Behandlung möglichst vor Schuleintritt abgeschlossen sein.

Wie Frau Wiesmann schreibt, ist bekannt, dass Stottern bei vielen Kindern schon im dritten Lebensjahr beginnt. Auf der anderen Seite ist die Spontanremissionsrate (70 bis 80 Prozent) im ersten Jahr nach Auftreten des Stotterns am höchsten – je jünger desto höher. Außerdem steht die wissenschaftliche Evidenz für eine erfolgreiche Behandlung vor dem vierten Geburtstag auf äußerst wackeligen Beinen.

Praktikabel ist deshalb ein vermehrtes Augenmerk der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte auf Redeflussstörungen ab drei Jahren (U7a). Dort ist in der neuen Kinderrichtlinie (Gelbes Heft) dieser anamnestic Auftrag („Stottert Ihr Kind“) auch festgehalten.

Anschließend ist eine Beobachtungszeit von einem halben bis einem Jahr sinnvoll. Bis zur U8 (4 Jahre) ist klar, ob das betroffene Kind zu den Dreiviertel der Kinder mit spontan remittierenden Redeflussstörungen gehört oder ein dauerhaftes Stottern wahrscheinlich ist.

Im zweiten Fall ist die Verordnung einer Therapie mit Vorstellung des Kindes in einer geeigneten logopädischen Praxis mit nachgewiesener stottertherapeutischer Kompetenz auch sinnvoll und – wie gefordert – rechtzeitig im Kindergartenalter initiiert.

**Dr. Klaus Rodens**  
Kinder- und Jugendarzt  
89129 Langenau

E-Mail: klausrodens@t-online.de

Red.: ReH

## Kinder halten gesund: aber laut TK erst ab 40

**K**inder sind gut für die Gesundheit. Das geht aus dem Gesundheitsreport 2016 hervor, den die Techniker Krankenkasse (TK) am 29. Juni in Berlin vorgestellt hat. Danach waren Beschäftigte mit familienversicherten Kindern 2015 statistisch gesehen 2,3 Tage weniger krankgeschrieben und bekamen auch weniger Medikamente verschrieben als Be-

Im Durchschnitt waren die bei der TK versicherten Erwerbspersonen im letzten Jahr 15,4 Tage krankgeschrieben. Diejenigen mit familienversicherten Kindern fehlten mit 14,3 Tagen einen guten Tag weniger, die ohne Kinder lagen mit 16,5 Tagen gut einen Tag über dem Durchschnitt. Dr. Thomas Grobe vom AQUA-Institut, der die Daten für die TK auswertete: „Auffällig ist



schäftigte ohne Kinder. Für den Report wertete die Krankenkasse die Krankschreibungen und Arzneimitteldaten ihrer 4,6 Millionen versicherten Erwerbspersonen aus.

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK: „Wir sprechen bei dieser Generation oft von der Doppelbelastung von Familie und Beruf. Bei vielen Beschäftigten ist es sogar eine Dreifachbelastung, wenn sie auch ihre Eltern pflegen. Deshalb finde ich es gut und wichtig zu zeigen, dass Familie auch eine Ressource ist, die positiv auf Gesundheit wirkt. Die Vereinbarkeit verdient einen größeren Stellenwert im Gesundheitsmanagement von Betrieben und Krankenkassen. Wie wir nun sehen, ist das nicht nur Kosmetik für das Arbeitgeberimage, sondern auch unternehmerisch klug.“

allerdings, dass sich dieser Trend erst ab dem 40. Lebensjahr abzeichnet. In den jüngeren Jahrgängen liegen die Fehlzeiten bei Eltern noch höher, ab 40 dreht sich das Verhältnis um und sie sind weniger arbeitsunfähig. Die Schere wird mit zunehmendem Alter immer größer. Bei den über 55-Jährigen beträgt die Differenz über eine Woche.“ Über alle Altersgruppen zeigt sich aber, dass Väter und Mütter mit familienversicherten Kindern weniger Psychopharmaka verschrieben bekommen als Erwerbspersonen ohne. Bei den Männern beträgt die Differenz drei, bei den Frauen sogar fast sieben Tagesdosen.

**Quelle: Techniker Krankenkasse**

Red.: ReH

# „Rauchfrei unterwegs“ im Auto, statt vollgequalmt im Kindersitz

Kinder- und Jugendärzte begrüßen die Aktion der Bundesdrogenbeauftragten Mortler „Rauchfrei im Auto“ und fordern erneut ein Rauchverbot in Autos, wenn Kinder und Jugendliche mitfahren.



v. l. n. r.: Dr. med. Matthias Brockstedt, Suchtbeauftragter des BVKJ; Prof. Dr. med. Manfred Gahr, DAKJ-Generalsekretär; Dr. Martina Pötschke-Langer, DKFZ; Marlene Mortler, Bundesdrogenbeauftragte; Dr. med. Heidrun Thaiss, BzGA; Stefan Heimlich, ACE

Die Bundesdrogenbeauftragte Marlene Mortler hatte am 27. Juli 2016 zu einer Pressekonferenz in das Bundesgesundheitsministerium in Berlin eingeladen, um die bundesweite Aufklärungskampagne mit dem Slogan „Rauchfrei unterwegs“ öffentlichkeitswirksam einzuleiten. Ziel der noch länger laufenden Kampagne ist es, Kinder und Jugendliche vor den Folgen des Passivrauchens im Auto zu schützen und vor allem die Eltern und andere Raucherinnen und Raucher, die mit Minderjährigen im Auto fahren, für das Thema zu sensibilisieren. Zu diesem Zweck sollen

Aufklärungsbroschüren, Poster und Aufkleber verteilt sowie im Laufe der nächsten Monate zahlreiche Veranstaltungen zum Thema durchgeführt werden.

Zentrale Partner der Aktion sind die Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) und ihre pädiatrischen Gründungsgesellschaften und -verbände: der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) sowie die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Weitere Partner sind die Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung (BZgA), das Deutsche Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (DKFZ), das Deutsche Kinderhilfswerk, der Automobilclub Europa (ACE) und zahlreiche weitere Partner aus den Bereichen Kinderschutz, Forschung, Medizin und Verkehrssicherheit.

Die Drogenbeauftragte Mortler sagte in der Pressekonferenz anlässlich des Starts der Aktion: „Selbst rauchen ist das eine, die Gesundheit anderer zu belasten das andere, gerade, wenn es um Kinder und Jugendliche geht. Wird im Auto geraucht, dann stinkt es nicht nur. Nach wenigen Zigaretten ist die Luft giftiger als in einer Raucherneipe. Aus diesem Grund setze ich mich gemeinsam mit vielen starken Partnern für den Schutz vor Passivrauchen im Auto ein. Wenn Kinder und Jugendliche im Auto sitzen, dann muss die Zigarette aus bleiben!“

Mortler betonte, schon nach wenigen Zigaretten sei die Schadstoffkonzentration im Auto „höher als in einer Raucherlounge“. Ein offenes Fenster helfe da wenig, der totale Verzicht während der Fahrt dagegen viel. Mortler weiter: „Wir wissen, dass Kinder und Jugendliche viel mehr an den Folgen des Passivrauchens leiden als Erwachsene und ihre Gesundheit auf Dauer massive Schäden davon tragen kann: Von Atemwegserkrankungen bis hin zu Krebs.“

Prof. Dr. med. Manfred Gahr, Generalsekretär der DAKJ, betonte, die Kampagne werde von den pädiatrischen Verbänden als sinnvoll erachtet, da mehr Aufklärung über die negativen Folgen des Rauchens für Kinder und Jugendliche sehr wichtig sei. „Die Aktion

der Drogenbeauftragten wird von uns Kinder- und Jugendärztinnen daher auch breit beworben! Rauchen gefährdet die Gesundheit bekannter Maßen ganz erheblich. In PKW mitfahrende Kinder und Jugendliche sind dem Tabakqualm besonders schutzlos ausgesetzt. Dabei gefährden sowohl der direkte Tabakrauch bzw. -dampf selbst als auch die krebserregenden Nikotinrückstände im Auto die Gesundheit der Minderjährigen“, so Prof. Gahr.

### Forderung nach gesetzlichem Rauchverbot bleibt bestehen

Bestehen bleibt aber natürlich die Forderung der pädiatrischen Verbände nach einem gesetzlichen Rauchverbot in Autos, wenn Kinder und Jugendliche mitfahren. Dieses gibt es bereits in zahlreichen europäischen Ländern. Um eine solche gesetzliche Regelung zu erreichen, hatten DAKJ-Generalsekretär Prof. Gahr und Dr. Bernd Herrmann (Kassel), Vorsitzender der DAKJ-Kinderschutz-Kommission und der Deutschen Gesellschaft

für Kinderschutz in der Medizin e. V. (DGKiM) mit Frau Mortler gesprochen und hierbei auf die von Dr. Herrmann verfasste Stellungnahme „Forderung eines Rauchverbots in Autos mit Kindern“ verwiesen, die von zahlreichen kindermedizinischen Fachgesellschaften sowie Kinderschutzverbänden unterstützt wird (siehe hier: <http://dakj.de/wp-content/uploads/2016/06/2016-kinderschutz-auto-rauchfrei-initiative.pdf>). Auch der BVKJ steht hier schon länger im Austausch mit der Drogenbeauftragten, zuletzt trafen auch BVKJ-Präsident Dr. Fischbach und der Suchtbeauftragte des BVKJ Dr. Matthias Brockstedt Frau Mortler erneut zu dieser Sachlage.

Dr. Brockstedt erntete viel Zustimmung, als er betonte: „Wir Kinderärzte wollen nicht ständig Kochsalzinhaleationen und Asthmamedikamente verordnen, wo einfaches Nichtrauchen die Lösung ist. Wenn ein Elternteil sein Kind schlägt, nennen wir das physische Kindesmisshandlung. Wenn ein Elternteil im Beisein des Kindes im Auto raucht, ist auch das eine Form der physischen Kindesmisshandlung“, so der Suchtbeauftragte des BVKJ.

Einen zusätzlichen Fokus setzte der Vorsitzende des zweitgrößten deutschen Automobilclubs Auto Club Europa (ACE), Stefan Heimlich, als er betonte: „Es geht hier nicht nur um Gesundheitsaspekte,



sondern auch um die Verkehrssicherheit. Denn Rauchen am Steuer lenkt auch ab.“ Heimlich betonte zudem: „Das Auto spielt eine besondere Rolle, denn dort können die jungen Passagiere dem giftigen Rauch nicht entkommen. Deshalb appellieren wir an die Vernunft und die Eigenverantwortung der Autofahrer – am Steuer muss die Kippe ausbleiben.“

Weitere Partner der Kampagne sind auch das Deutsche Kinderhilfswerk sowie der Bundeselternrat. Viele weitere Organisationen wie die Frauenärzte- und die Apothekerverbände sollen nun angesprochen werden oder sind dazu aufgerufen, sich eigeninitiativ zu beteiligen.

### Wie die Pädiatrie die Aktion konkret unterstützt

Die DAKJ als Dachverband und insbesondere ihre kinder- und jugendmedizinischen Mitgliedsgesellschaften und -verbände unterstützen die Aktion „Rauchfrei unterwegs“ ganz konkret und auf vielfältige Weise. Als erste konkrete Aktion verteilt der BVKJ die Infobroschüren an alle kinder- und jugendärztlichen Praxen. „Die Kinder- und Jugendärzte erreichen in den Vorsorgen Eltern aus allen sozialen Schichten. Deshalb ist wichtig, dass die Kinder- und Jugendärzte an die Vernunft der Eltern appellieren“, so Dr. Brockstedt. Auch DGKJ und DGSPJ wollen die Infoblätter in Kinderkliniken und den sozialpädiatrischen Zentren verteilen. „Wir wollen dadurch möglichst viele Erwachsene, aber auch die Kinder und Jugendlichen selbst erreichen“, so Prof. Gahr.

*Wichtig ist nun, dass die Aktion möglichst breit unterstützt wird und Materialien angefordert werden. Alle weiteren Informationen und die Materialien sind erhältlich unter [www.rauchfrei-unterwegs.de](http://www.rauchfrei-unterwegs.de) sowie unter [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)*

**Kathrin Jackel-Neusser**  
Die Autorin ist Referentin für politische Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.

**Korrespondenzadresse:**  
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.  
Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften  
Chausseestraße 128/129  
10115 Berlin  
[www.dakj.de](http://www.dakj.de)  
E-Mail: [kontakt@dakj.de](mailto:kontakt@dakj.de)  
Telefon: 030/4000588-0

Red.: ReH

## Bundesjugendkuratorium: Jugendhilfe nach Maß – Auch für junge Geflüchtete

**D**as Bundesjugendkuratorium (BJK) kritisiert aktuelle Forderungen nach einer Absenkung der Jugendhilfe-Standards für junge Geflüchtete. Diese haben den gleichen Anspruch auf Hilfe und Unterstützung wie alle anderen Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

Mit seinem aktuellen Zwischenruf reagiert das Bundesjugendkuratorium auf die seitens einzelner Länder und anderer Akteure geäußerte Forderung, für geflüchtete Kinder und Jugendliche geringere Standards der Kinder- und Jugendhilfe anzulegen.

Diese Forderung widerspreche der UN-Kinderrechtskonvention, dem Genfer Flüchtlingsabkommen und den geltenden Regelungen des Kinder- und Jugendhilferechts. Zudem orientiere sich die Entscheidung über die Gewährung von Hilfen an der Geeignetheit und Erforderlichkeit der Hilfe. Damit sei für jeden Einzelfall die Möglichkeit der Anpassung vorhanden.

In den vergangenen zwei Jahren sind höhere Zahlen junger Menschen nach Deutschland geflüchtet. Dies hat zu erhöhten Kosten der Kinder- und Jugendhilfe geführt. Dies könne jedoch kein Argument

für eine Absenkung der Hilfestandards sein.

Das BJK ruft alle beteiligten Akteure zu einer sachlichen Debatte über die Bedarfe junger Geflüchteter auf, die ausschließlich von den Maßstäben der Erforderlichkeit und Geeignetheit gesteuert wird.

*Info: Den Zwischenruf „Kinder- und Jugendhilfeleistungen nach Maß: Junge Geflüchtete haben den gleichen Anspruch wie alle jungen Menschen“ gibt es als PDF zum Download oder als Printexemplar unter: [www.bundesjugendkuratorium.de](http://www.bundesjugendkuratorium.de)*

Red.: ReH

## Bundesweiter Vorlesetag am 18. November 2016: Jetzt anmelden!

**Ü**ber 110.000 Menschen haben im letzten Jahr am Bundesweiten Vorlesetag teilgenommen und damit einen neuen Rekord aufgestellt. Das größte Vorlesefest Deutschlands, eine Initiative der Wochenzeitung DIE ZEIT, der Stiftung Lesen und der Deutsche Bahn Stiftung, findet in diesem Jahr am 18. November statt und ist wieder auf Rekordjagd. Vorleserinnen und Vorleser, die ihre Lesefreude weitergeben möchten, können sich und ihre Vorleseaktion ab sofort unter [www.vorlesetag.de](http://www.vorlesetag.de) anmelden.

Auf [www.vorlesetag.de](http://www.vorlesetag.de) finden alle Interessierten Tipps zur Organisation einer Vorleseaktion sowie eine Übersicht über bereits angemeldete Lesungen. Außerdem können sich Vorleser, die noch einen Lesort suchen, und Zuhörer, die noch einen Vorleser benötigen, über die Seite vernetzen.

Der Bundesweite Vorlesetag will ein öffentlichkeitswirksames Zeichen für das Vorlesen setzen und Freude am Lesen wecken. So sollen langfristig Lesekompetenz gefördert und Bildungschancen eröffnet

werden. Denn Studien zeigen: Kinder und Jugendliche, denen in ihrer frühen Kindheit durch Vorlesen ein Bezug zum Lesen vermittelt wurde, haben später selbst mehr Freude daran. Sie lesen häufiger und intensiver und haben in vielen Fächern im Schnitt bessere Schulnoten. Zudem prägt regelmäßiges Vorlesen das soziale Empfinden und Verhalten von Kindern positiv. Aus diesem Grund arbeiten auch BVKJ und die Stiftung Lesen seit langem zusammen

Red.: ReH

## Eurochild präsentiert Erklärung zu Kinderrechten

**A**nfang Juli hatte die europäische Kinderrechtsorganisation Eurochild zu einer dreitägigen Konferenz unter dem Titel „Warum Europa in Kinder investieren muss“ nach Brüssel eingeladen. Dort wurde eine Erklärung präsentiert und diskutiert, die zusammenfasst, welchen Handlungsbedarf Eurochild im Bereich der Rechte von Kindern und Jugendlichen sieht. Besonderes Augenmerk legt sie auf vier

Punkte: Einbindung von Kindern und Jugendlichen in Entscheidungsprozesse in allen EU-Ländern; Überwachung und Berichterstattung darüber, wie öffentliche Mittel für Kinder ausgegeben werden, sowie die Einbindung von Kindern und Jugendlichen in Haushaltsplanungen; Entwicklung von Trainings für Kinder bezüglich ihrer Rechte; ein Kinderrechtepass für jedes Kind, der über Kinderrechte informiert; Integration von

geflüchteten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund; Garantie gleichen Schutzes und gleichen Zugangs zu ihrem Recht auf ein Aufwachsen in einer sicheren Umgebung, idealerweise bei ihrer eigenen Familie.

*Info: Hier gehts zur Erklärung: [http://www.eurochild.org/fileadmin/public/02\\_Events/2016/Eurochild\\_Conference/Declaration.pdf](http://www.eurochild.org/fileadmin/public/02_Events/2016/Eurochild_Conference/Declaration.pdf)*

Red.: ReH

## 2. Dortmunder (Ärzte-)Tag des FKE

# Ernährungsforschung – nicht nur für Kinder

**G**esunde Ernährung fängt schon im Mutterleib an. Und mit gesunder Ernährung in jedem Lebensalter können Gesundheitsrisiken bis ins hohe Alter reduziert werden. Das sind die Ergebnisse des 2. Dortmunder Ärztetages des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) Anfang Juli in Dortmund. Unter dem Motto „**Ernährungsforschung – nicht nur für Kinder**“ beleuchteten Experten aus verschiedensten Fachgebieten ein breites Spektrum aktueller Themen der Ernährung und Gesundheit im Lebenszyklus.

Dr. Wolfgang-Axel Dreyden, 1. Vorsitzender Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Frank Renken, Amtsleiter Gesundheitsamt Dortmund und Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) stimmten die Besucher mit Grüßworten auf die Themen des Tages ein. „Ernährungsforschung bleibt weiterhin ein aktuelles Thema. Unter dem Begriff „Fetale Programmierung“ wird heute verstanden, dass bestimmte Einflüsse während der Prä- und Peripartalperiode neben genetischer Veranlagung und bestimmten Lebensstilfaktoren eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Entstehung von Zivilisationskrankheiten wie Adipositas und Diabetes mellitus spielen,“ so Dr. Thomas Fischbach, „Um so wichtiger ist hier die Arbeit des Forschungsinstitutes für Kinderernährung, das sich seit vielen Jahren der



modernen Ernährungsforschung widmet“.

Nach diesem Auftakt ging es weiter mit den Fachvorträgen, die sich mit den Herausforderungen in der Ernährungsberatung von Patienten befassten. Themen waren unter anderem „Vegetarisch, vegan oder doch lieber omnivor: was ist bei Schwangeren, Stillenden, Säuglingen und Kindern zu beachten?“ und „Adipositas und Kinderschutz – wo sind die Grenzen der Adipositas-Therapie?“

Nachmittags ging es dann vor allem darum, welche Erkenntnisse aus der Kinderernährungsforschung für die Ernährung während des ganzen Lebens eine Rolle spielen können.

Die niedergelassenen Pädiater und Pädiaterinnen aus Dortmund und Umgebung, die zum zweiten Mal diese Fortbildungsveranstaltung organisiert hatten, freuten sich über das große Interesse, auch von Seiten der ebenfalls eingeladenen Allgemeinmediziner und Gynäkologen.

Deshalb ist für 2017 der „3. Dortmunder Ärztetag des FKE“ bereits in Vorbereitung“, kündigt Dr. Sigrud Milde, Sprecher der Kinderärzte an, da gilt:

„Nicht nur Impfen, Hygiene und Medikamente helfen uns gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden – Gesundheit kann man auch essen –“.

Red.: ReH

## 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.



# Mindeststandards zum Schutz von Kindern und Frauen in Flüchtlingsunterkünften

**U**nter dem Dach der Bundesinitiative „Schutz von Frauen und Kindern in Flüchtlingsunterkünften“ haben das BMFSFJ und UNICEF gemeinsam mit einem breiten Netzwerk von Partnern „Mindeststandards zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und Frauen in Flüchtlingsunterkünften“ erarbeitet. Diese Mindeststandards sind jetzt veröffentlicht und bilden erstmals eine bundesweit einheitliche Grundlage, um den Schutz von Kindern, Jugendlichen und Frauen vor Gewalt sowie den Zugang zu Bildungsangeboten und psychosozialer Unterstützung in Flüchtlingsunterkünften zu verbessern.

„Wir müssen alles dafür tun, damit Kinder, Jugendliche und Frauen in den Flüchtlingsunterkünften geschützt sind und sich sicher fühlen. Ich danke allen Partnern dafür, dass wir für diesen Schutz jetzt ganz praktische Anforderungen formuliert haben, die alle Unterkünfte einhalten sollten“, erklärte Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig. „Darüber hinaus halte ich eine bundesgesetzliche Regelung für erforderlich, die Träger von Flüchtlingsunterkünften zur Entwicklung, Anwendung und regelmäßigen Überprüfung genau solcher Schutzkonzepte verpflichtet. Dazu sind wir in guten Gesprächen mit den Bundesländern“, so Schwesig weiter.

Die am 27. Juli veröffentlichten Mindeststandards sollen als

Leitlinien für die Erstellung und Umsetzung von Schutzkonzepten in jeder Form von Flüchtlingsunterkunft gelten und erstrecken sich insbesondere auf die Bereiche Personal, strukturelle und bauliche Voraussetzungen bis hin zum Risikomanagement bei Gewalt- und Gefährdungssituationen und dem Monitoring der erzielten Fortschritte. Bei der Entwicklung der Mindeststandards floss das nationale Erfahrungswissen aller beteiligten Organisationen und die internationale Expertise von UNICEF, Plan International Deutschland und Save the Children ein.

Fachlich beteiligt waren die Arbeiterwohlfahrt, der bundesweite Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V., der Paritätische Gesamtverband, der Deutsche Caritasverband e.V., das Deutsche Institut für Menschenrechte, die Deutsche Kinder- und Jugendstiftung, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie Deutschland, die türkisch-islamische Union der Anstalt für Religion, die Frauenhauskoordination, die Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention sowie der Unabhängige Beauftragter für Fragen des sexuellen Missbrauchs.

„Wir begrüßen sehr, dass nun erstmals bundesweit einheitliche Mindeststandards für Flüchtlingsunterkünfte eingeführt und erprobt werden, um den Schutz von Frauen und Kindern zu verbessern. Sie erleben häufig bereits im Heimatland

oder auf der Flucht Gewalt und kommen traumatisiert in Deutschland an. Flüchtlingsfrauen und Kinder brauchen daher besonderen Schutz und spezielle Angebote. Dazu gehören medizinische und psychosoziale Versorgung genauso wie separate Sanitärräume und Rückzugsmöglichkeiten für Frauen, Spielräume für Kinder aber auch speziell geschultes Personal.“ Mit diesen Worten kommentierte Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland der Veröffentlichung von Mindeststandards zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und Frauen in Flüchtlingsunterkünften. Die neuen Mindeststandards werden zunächst in 25 Einrichtungen erprobt und auf Basis der praktischen Erfahrungen und fachlichen Erkenntnisse kontinuierlich weiterentwickelt. Allerdings könne dies nur ein Anfang sein, so Loheide eine gesetzliche Verpflichtung, solche Konzepte auch praktisch umzusetzen: „Nur so können wir Flüchtlingsfrauen und Kindern bundesweit den Schutz bieten, den sie brauchen.“

*Die unter dem Dach der Bundesinitiative „Schutz von Frauen und Kindern in Flüchtlingsunterkünften“ entwickelten Mindeststandards finden Sie unter <http://www.diakonie.de/media/Mindeststandards-Schutz-KiJuFrauen-Fluechtlingsheime.pdf> Weitere Informationen: [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)*

Red.: ReH

## „Worauf müssen wir jetzt achten...?“

Neues bei [www.allum.de](http://www.allum.de) (Allergie, Umwelt und Gesundheit)

Eine alltägliche Situation in der Praxis: der Kinder- und Jugendarzt hat bei einem Kind eine Allergie, ein atopisches Ekzem oder gar Asthma diagnostiziert. Nun wollen die Eltern mehr darüber wissen und fragen nach: „Was heißt das denn jetzt?“, „Worauf müssen wir jetzt achten...?“, „Was kann unser Kind noch essen?“ und „Wie sollen wir die Haut nun pflegen?“.

Das Portal Allum® („Allergie, Umwelt und Gesundheit“, [www.allum.de](http://www.allum.de)) hilft Ihnen und Ihrem Praxisteam, Eltern schnell und kompetent zu beraten. Allum® ist frei von Werbung und wird von unabhängigen Fachleuten (Kinder- und Jugendärzten, Naturwissenschaftlern) der gemeinnützigen Kinderumwelt GmbH betreut. Dort erfahren Sie alles Wissenswerte zu

Allergien und umweltbedingten Krankheiten, zu Umweltschadstoffen und wie man sie vermeiden kann.

Falls Sie keine Antwort auf Ihre Frage finden: das Allum®-Fachteam antwortet schnell und kostenlos, meist innerhalb von ein bis zwei Tagen.

**NEU:** Seit Juli 2016 gibt es auf Allum® die Rubrik „Praxistipps“. Hier finden Sie praktische Tipps zum Umgang mit Allergenen, Umweltstoffen und Umwelteinflüssen im Alltag. Die Rubrik wird fortlaufend erweitert.

**Info:** Und weil Allum® auch für Eltern zugänglich ist, schickt Ihnen die gemeinnützige Kinderumwelt GmbH gerne kostenlos Flyer zur Auslage in der Praxis (Mail: [info@uminfo.de](mailto:info@uminfo.de)).

Red.: ReH



**Allum**   
Allergie, Umwelt und Gesundheit

**Allum® informiert...**

- ... Patienten, Eltern und interessierte Bürger
- ... über Allergene, Umweltstoffe und -faktoren und ihre möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit
- ... sachlich, unabhängig und werbefrei

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

Kinderumwelt GmbH • Tel. 0311-971902 • E-Mail: [kinderumwelt@uminfo.de](mailto:kinderumwelt@uminfo.de)

## ● Nachgefragt

# Wie viel sollen Kleinkinder trinken?

Mit der Rubrik „Nachgefragt“ will das Netzwerk „Gesund ins Leben“ regelmäßig, kurz und knapp über die aktuellen vom Netzwerk erarbeiteten Handlungsempfehlungen und die ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den Themen „Säuglingsernährung“ und „Ernährung der stillenden Mutter“ informieren.

**F**rage: Gegen Ende des 1. Lebensjahres bekommen Kinder immer häufiger das normale Essen der Familie. Die Muttermilch oder Säuglingsmilch fällt nach und nach weg und festes Essen und Getränke ersetzen den Brei. Wie viel sollten Kinder jetzt trinken? Dazu gibt es eine einfache Empfehlung vom Netzwerk Gesund ins Leben.

Antwort: Kleinkinder sollten zu jeder Mahlzeit Wasser trinken und auch zwischendurch immer wieder Wasser aus Glas, Tasse oder offenem Becher bekommen. Ein gutes Maß für die Praxis sind 6 kleine Gläser pro Tag. Wasser ist die erste Wahl bei den Getränken. Früchte-, Kräuter- oder Roibuschtee – ohne Zucker, Honig oder andere Sü-

ßungsmittel – sind weitere geeignete Durstlöcher.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier: [www.gesund-ins-leben.de/Nachgefragt-Trinkmenge-Kleinkinder](http://www.gesund-ins-leben.de/Nachgefragt-Trinkmenge-Kleinkinder)

### Zur Rubrik „Nachgefragt“:

In der Rubrik „Nachgefragt“ möchte das Netzwerk Gesund ins Leben Irrtümern auf den Grund gehen und altes Wissen neu erklären. Hier lesen Sie mehr: [www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt](http://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt)

### Über Gesund ins Leben:

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewe-

gung zu vermitteln. Damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fördert Gesund ins Leben als Teil des Nationalen Aktionsplans IN FORM: [www.gesund-ins-leben.de](http://www.gesund-ins-leben.de)

### Über IN FORM:

IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. [www.in-form.de](http://www.in-form.de)

Red.: ReH

# Sozialpädiater fordern neue Versorgungsansätze für sozial benachteiligte Kinder

## Zwei Millionen Kinder und Jugendliche von „Neuen Morbiditäten“ betroffen

Bis zu 20 Prozent aller Kinder eines Jahrgangs sind heute von so genannten „Neuen Morbiditäten“ betroffen, von Verhaltensstörungen, Störungen der geistigen Entwicklung und Motorik, Essstörungen oder Internetsucht.

Wissenschaftliche Belege zeigen, dass der sozioökonomische Status der Familie den weitaus wichtigsten Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat. Nach Daten des für Deutschland repräsentativen „Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)“ ist das Erkrankungsrisiko für diese Störungen bei Kindern der

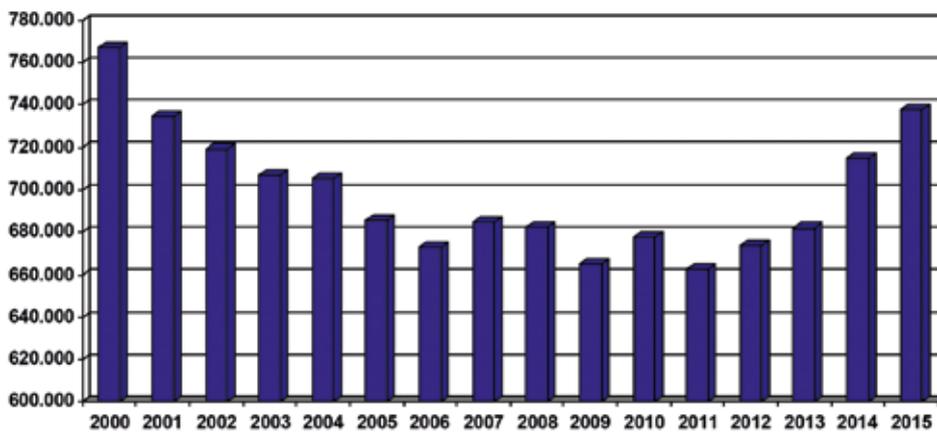
untersten im Vergleich zur obersten Sozialschicht um das Dreifache erhöht! Sozialer Stress, geringe Bildung und eingeschränkte Problembewältigungsstrategien in kritischen Lebenslagen der Eltern sorgen dafür, dass emotionale Grundbedürfnisse von Kindern nicht erfüllt und Entwicklungspotenziale so nicht ausgeschöpft werden können. Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte, die viel stärker präventiv ausgerichtet sein müssen. Neben dem frühzeitigen Erkennen psychosozialer Belastungsfaktoren eines Kindes im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bedürfe es

einer weit besseren Vernetzung mit den Systemen der Jugendhilfe, der Frühförderung und der Bildung. Mit den Frühen Hilfen“ sei hier ein erster Pfeiler gesetzt worden, der aber noch auf sehr wackeligen Füßen stehe.

Einen Hoffnungsschimmer biete das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, das aber erst einmal bis in die Länder und Kommunen vordringen müsse. Nur vor Ort könne man sozial benachteiligte Kinder erreichen. Und zwar über niedrigschwellige Anlaufpunkte wie etwa in – auch von Kinder- und Jugendärzten mit begleiteten – Familienzentren oder über Aufsuchende Mobile Teams in Problembezirken.

Red.: ReH

## Entwicklung der Geburtenrate in Deutschland seit dem Jahr 2000



Entwicklung der Geburtenrate in Deutschland

**N**ach einem absoluten Tiefpunkt im Jahr 2011 hat sich die Geburtenrate in Deutschland weiterhin positiv entwickelt. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland nach Angaben des statistischen Bundesamts 738.000 Lebendgeborene registriert. Durch die Zuwanderung von jungen Menschen

ist auch in den kommenden Jahren mit einer Stabilisierung der Geburtenraten zu rechnen. Wie viele Kinder heute geboren werden, hängt mit der bisherigen Bevölkerungsentwicklung zusammen. Für die Zahl der Geborenen ist neben der Geburtenrate insbesondere die Zahl der Frauen im Alter zwischen 26 und

35 Jahren relevant. Die Geburtenhäufigkeit ist gegenwärtig bei Frauen dieser Altersspanne am höchsten. Seit 2008 hat sich die Frauenzahl in diesem Alter stabilisiert und nimmt sogar zu, was die Geborenenzahl noch einige Jahre positiv beeinflussen könnte. Nach 2020 wird die Zahl der Frauen zwischen 26 und 35 Jahren allerdings voraussichtlich deutlich schrumpfen, wodurch ein erneutes Geburtentief entstehen kann. Eine langfristig stabile Geburtenzahl setzt dann einen Anstieg der Geburtenrate und eine höhere Nettozuwanderung voraus.

Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>

**Zusammenstellung:**

**Dr. Wolfram Hartmann**

57223 Kreuztal

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

## Unehelich – na und?

**M**ittlerweile kommt rund jedes dritte Kind in Deutschland nichtehelich auf die Welt. Vor allem im Osten sind Mütter häufig unverheiratet – wesentlich öfter als im Westen. Und überraschenderweise erblicken die meisten West-Babys mit unverheirateten Eltern nicht in den großen Städten das Licht der Welt, sondern in eher ländlichen Regionen.

Erst heiraten, dann an Nachwuchs denken – das war einmal. Noch Anfang der 1990er Jahre kamen nur 15 Prozent der Kinder in Deutschland nichtehelich zur Welt, heute sind es mit 35 Prozent mehr als doppelt so viele – Tendenz steigend.

Der Trend zum Baby ohne Trauschein ist allerdings ein Phänomen, das nicht nur in Deutschland vorkommt: **Der Anteil der nichtehelich geborenen Kinder ist in den 28 EU-Ländern von knapp 20 Prozent**

**im Jahr 1993 auf 40 Prozent im Jahr 2012 gestiegen.**

In Frankreich nahm die Quote im selben Zeitraum sogar von 35 auf annähernd 56 Prozent zu, in Großbritannien erhöhte sie sich von knapp 32 auf fast 48 Prozent, in Italien stieg der Anteil von rund 7 auf 25 Prozent und in Spanien vervierfachte er sich ebenfalls beinahe – nämlich von knapp 11 auf 39 Prozent.

Die deutsche Quote, 35 Prozent, ist also nicht einmal besonders hoch: Nur acht andere EU-Länder hatten 2012 einen niedrigeren Wert.

Gleichwohl ist das Geburtsverhalten in Deutschland in einer Hinsicht besonders – und zwar aus historischen Gründen: In Ostdeutschland kamen zuletzt mit durchschnittlich 59 Prozent doppelt so viele Kinder nichtehelich zur Welt wie im Westen, wo die Quote 29 Prozent beträgt. So gibt es in Westdeutschland keinen einzigen Kreis, in dem mehr als die

Hälfte der Neugeborenen unehelich das Licht der Welt erblickt – während im Osten nur in einem einzigen Kreis, nämlich in Eichsfeld, weniger als die Hälfte der Neugeborenen unverheiratete Eltern hat.

**In Ostdeutschland kommen doppelt so viele Kinder nichtehelich zur Welt wie in Westdeutschland.**

Dieses Ost-West-Gefälle wurzelt in den unterschiedlichen Gesellschaftssystemen vor der Wende. Die Ehe hatte als kirchliche Institution im Westen einen weitaus höheren Stellenwert als im Osten – ein Unterschied, der auch heute noch vielfach fortbesteht. Denn seit der Wiedervereinigung 1990 sind in beiden Landeshälften die Anteile der nichtehelichen Geburten um jeweils 20 Prozentpunkte gestiegen – folglich ist es nicht zu einer Annäherung zwischen Ost und West gekommen.

Quelle: iwD

Red.: ReH

## Mit Schulbeginn wächst der Stress

**J**ahr für Jahr melden Ämter und Behörden einen Zuwachs an Kita- und Kindergartenplätzen sowie mehr Ganztagschulen. Doch ausgerechnet der Schulstart bereitet vielen Eltern Sorgen, denn nur für ein Drittel aller Grundschüler gibt es Ganztagsangebote.

Wer kleine Kinder hat, kann sich glücklich schätzen, einen öffentlich geförderten Krippenplatz oder eine Tagesmutter in Wohnortnähe zu finden – 2015 gelang dies gerade mal für ein Drittel der unter Dreijährigen. Ist der Nachwuchs im Kindergartenalter, dürfen die meisten Eltern kurz durchatmen: Zuletzt besuchten fast 95 Prozent der Drei- bis Fünfjährigen eine Kita. Mit dem Schulalter beginnt dann aber für viele Väter und Mütter erneut die Suche nach einer qualifizierten Betreuung. Vielen Müttern und manchen Vätern, die während der ersten sechs

Lebensjahre ihres Nachwuchses wieder im Beruf Fuß gefasst haben, macht also ausgerechnet der Schuleintritt der Sprösslinge einen Strich durch die Rechnung – denn der Unterricht in der Grundschule endet mitunter bereits um 12 Uhr mittags.

Deutschlandweit besuchten 2014 rund 890.000 Grundschüler eine Ganztagschule. Die öffentlichen Grundschulen in Hamburg bieten fast ausnahmslos Ganztagsbetreuungsmöglichkeiten an, auch in Sachsen, Thüringen und Berlin sind die Grundschulen mehrheitlich darauf eingerichtet, ihre Schüler mit einem Mittagessen zu versorgen und bis 15 oder 17 Uhr zu beschäftigen.

In Bayern, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern dagegen gehen nicht einmal zehn Prozent der Grundschüler in Ganztagschulen. Nach der Schule di-



Foto: © drubig photo - Fotolia.com

### Die Grundschule ist sicher, die Betreuung am Nachmittag nicht

rekt nach Hause müssen allerdings nur die bayerischen Grundschüler, denn in Sachsen-Anhalt und in Mecklenburg-Vorpommern übernehmen in der Regel Horte die weitere Betreuung.

Quelle: *iwd*

Red.: *ReH*



## Der Contergan-Skandal und die Gesundheitsbehörden



Niklas  
Lenhard-Schramm

**W**ie kaum ein anderes Medikament hat „Contergan“ den gesellschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln geprägt. Der Name dieses Schlaf- und Beruhigungsmittels steht als Chiffre für die grundsätzlichen Risiken von Medikamenten und den sozialen Umgang mit Behinderung. Zugleich weist der Begriff „Contergan“ stets auch über den Bereich des Medizinischen hinaus, denn im Contergan-Skandal wurden verschiedene soziale Wandlungsprozesse der 1960er Jahre sichtbar: die Entstehung der Konsumgesellschaft, die Ausformung einer kritischen Öffentlichkeit, das Aufweichen autoritärer Gesellschaftsstrukturen und vieles mehr. Zugleich wirkte der Skandal auch deutlich auf diese Prozesse zurück – und insoweit auch auf die westdeutsche Gesellschaft der 1960er Jahre.

Die Langzeitwirkung, die der Contergan-Skandal bis heute hat, war für die Zeitgenossen noch nicht

erkennbar. Als das Mittel 1957 auf den Markt gebracht wurde, war es zunächst eines unter vielen. Schon bald aber überflügelte das „Wunderpräparat“ des Stolberger Pharmaherstellers Grünenthal alle Konkurrenzprodukte. Bis zum Frühjahr 1960 avancierte Contergan zu dem nach Aspirin meistkonsumierten Arzneimittel in der Bundesrepublik. Über 300 Millionen Tagesdosen wurden bis 1961 verkauft. Der kommerzielle Erfolg beruhte auf dem Glauben, das Mittel sei besonders harmlos. Tatsächlich aber konnte der in Contergan und weltweit rund 60 weiteren Präparaten enthaltene Wirkstoff Thalidomid bei Erwachsenen schwere Nervenschäden auslösen. Bei Einnahme in der Frühschwangerschaft führte das Mittel zu schwersten Wachstumsschäden des Embryos. In der Bundesrepublik waren zwischen 4.000 bis 5.000 Kinder betroffen, weltweit circa 10.000. Rund die Hälfte starb bald nach der Geburt.

Als die teratogene Wirkung Ende November 1961 publik wurde, sah Grünenthal sich gezwungen, das Mittel vom Markt zu nehmen. Die Bundesrepublik hatte ihren ersten großen Arzneimittel-Skandal.

### Vorstaatliches Arzneimittelwesen

Der Fall Contergan lässt sich einordnen in einen Prozess der Ausweitung des Arzneimittelgebrauchs auf nicht medizinische Indikationsgebiete. Ein weithin naiver Umgang mit Medikamenten ging dabei mit einer entsprechenden Vermarktung der Pharmahersteller einher. Der Staat spielte demgegenüber nur eine marginale Rolle. Das Arzneimittelwesen war weitenteils vorstaatlich strukturiert: So bestand ein breiter Konsens unter Ärzten, Beamten und Politikern, in Industrie und Öffentlichkeit, dass Fragen wie Medikamentennutzen und -sicherheit in erster Linie durch nicht-staatli-



Foto: © akg-images/AP

## Rezeptpflicht und Marktrücknahme

Seit Frühjahr 1960 forderten immer mehr Ärzte die Rezeptpflicht für Contergan, das inzwischen zum Bestseller Grünenthals geworden war. Die Firma bemühte sich daher um eine Verhinderung der Rezeptpflicht. Durch eine ausgefeilte Verschleierungstaktik wurden die Behörden und Fachverbände in Unkenntnis über die neurotoxische Wirkung gehalten. Ende März 1961 wandte sich erstmals ein Arzt offiziell an das Düsseldorfer Innenministerium und berichtete über die Nervenschäden durch Contergan. Dies war und blieb aber ein absoluter Ausnahmefall. Das Ministerium reagierte mit einem passiven „business as usual“ und holte Informationen vom Hersteller und von Universitätskliniken ein. Weitere Schritte erfolgten vorerst nicht. Da nun aber der Druck auf die Firma wuchs, beantragte sie die Rezeptpflicht für Contergan, die am 31. Juli 1961 in Kraft trat – einen Tag vor dem ersten deutschen Arzneimittelgesetz.

Defizite der staatlichen Gesundheitsaufsicht traten auch im Bereich der Fehlbildungen zutage. Aufgrund der Selbstabschirmung der medizinischen Fachwelt und einer fehlenden Meldepflicht blieben die Gesundheitsbehörden lange in Unkenntnis über die massive Zunahme an Embryopathien. Das Düsseldorfer Innenministerium wurde erstmals am 20. November 1961 auf den Verdacht des Humangenetikers W. Lenz aufmerksam gemacht, Contergan wirke fruchtschädigend. Besonders deutlich zeigte sich nun die strukturelle Überforderung der Behörden, adäquat zu reagieren. Es dominierte eine strikt juristische Logik, die ein energisches Eingreifen nicht erlaubte, weil der Verdacht noch nicht bewiesen war und für Arzneimittelverbote Präzedenzfälle fehlten. Die Ministerialbeamten strebten daher eine konsensbasierte Lösung an, bei der die Firma zu einer freiwilligen Marktrücknahme bewegt werden sollte – ohne Erfolg. Erst ein Artikel in der Welt am Sonntag vom 26. November 1961 machte den Verdacht publik und erzwang die Marktrücknahme.

## Nach der Marktrücknahme

Die Überforderung der Behörden wurde nach der Marktrücknahme immer deutlicher. Sowohl bei der Klärung der Ursachen für die Embryopathien, bei der Feststellung der Fallzahlen oder bei der medizinischen Betreuung zeigten sich Politik und Behörden dem Handlungsdruck nicht gewachsen. Nicht nur existierten kaum Kenntnisse über die vielen Einzelprobleme. Vielmehr waren auch die rechtlichen Grundlagen nach wie vor unzureichend und die finanziellen wie personellen Ressourcen bescheiden. Diese Probleme standen in einer Wechselbeziehung zu einem fortdauernden Skandalisierungsprozess in den Medien, was der Contergan-Affäre ab Frühjahr 1962 eine eigene Dynamik verlieh.

Das Innenministerium reagierte auf die Marktrücknahme Contergans zunächst mit Beschaffung von Informationen. Die Wirkung des Mittels sollte durch eine medizinische Expertenkommission geprüft und die Zahl der betroffenen Kinder durch eine behördliche Erfassungsaktion festgestellt werden. Diese Ziele wurden aber nicht vollständig erreicht. Grund dafür waren abweichende Denkweisen und Erkenntnisinteressen in Behörden und Wissenschaft, aber auch Abschirmungsversuche der Beamten und Mediziner gegenüber der Öffentlichkeit. Der tatsächliche Wirkmechanismus von Contergan ist bis heute nicht ganz geklärt und über die Geschädigtenzahlen sind nur Näherungswerte bekannt: circa lebende 2.400 Personen sind heute als Contergan-Opfer anerkannt.



Foto: © akg-images/picture-alliance/Hans Heckmann

che Experten und Institutionen zu entscheiden seien. Die behördliche Arzneimittelaufsicht, die seinerzeit Ländersache war, folgte insoweit dem Leitbild eines „Nachtwächterstaates“.

Im Juni 1956 beantragte Grünenthal beim nordrhein-westfälischen Innenministerium (Gesundheitsministerien existierten damals noch nicht) die Genehmigung für Herstellung und Vertrieb des Arzneimittels Contergan. Wie üblich stützte sich das Genehmigungsverfahren nur auf eine chemische Analyse des Präparats und Unterlagen, die der Hersteller auswählen konnte. Die Genehmigung folgte bereits im August 1956. Grünenthal brachte Contergan im Oktober 1957 auf den Markt. Die aggressive Marketingstrategie legte von Beginn an den Schwerpunkt auf die vermeintliche Harmlosigkeit und Ungiftigkeit des Mittels und wurde in gedämpfter Form fortgesetzt, als immer mehr Nebenwirkungsmeldungen bei der Firma eingingen. Die Staatsanwaltschaft konnte später über 7.300 solcher Meldungen ermitteln, davon über 2.800 über Nervenschäden.

Im medizinischen Umgang mit Behinderung bildete Contergan eine wichtige Zäsur. Vorherrschend war zunächst ein aus der „Krüppelfürsorge“ stammendes Leitbild, nach dem geschädigte Kinder durch Prothesen zu „normalen Menschen“ gemacht werden sollten. In diesem Denkhorizont war die Kausalität Contergans für die Schädigungen unwesentlich. Gleiches galt für die materielle Unterstützung der Betroffenen. Hier kreiste die Debatte vor allem um die Frage, inwieweit die Ursachen der Schäden bei sozialen Hilfsleistungen zu berücksichtigen sind. Behördlicherseits dominierte der Standpunkt, eine Haftung des Staates komme nicht infrage und alle behinderten Kinder seien gleich zu behandeln. Hilfen sollten nach dem im Juni 1962 in Kraft getreten Bundessozialhilfegesetz geleistet werden.

## Die juristischen Folgen

Der Contergan-Skandal zog auch außergewöhnliche rechtliche Konsequenzen nach sich. Im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stand das Ende 1961 bei der Staatsanwaltschaft Aachen eröffnete Strafverfahren. Die anfänglich behäbig geführten Ermittlungen weiteten sich zu dem bis dahin umfangreichsten und wohl komplexesten Strafverfahren der neueren deutschen Geschichte aus. Bis zum Abschluss der Ermittlungen im Juli 1965 waren über 500.000 Blatt Urkunden ausgewertet, über 1.200 Zeugen vernommen und über 300 Gutachten erstellt worden.

Abgesehen vom Umfang war das Strafverfahren großen Problemen unterworfen. Von zentraler Bedeutung war die Ursachenfrage. Wie juristische und medizinische Beweisbildungsverfahren in Einklang zu bringen waren, blieb über das gesamte Verfahren hinweg ein zentrales Problem. Ebenso groß waren auch materielle Rechtsfragen. Im Bereich der Embryopathien war etwa stark umstritten, ob überhaupt ein Straftatbestand vorlag. Einig waren sich die Juristen darin, dass ein Embryo keine Person im Sinne des Strafgesetzbuchs war, eine Körperverletzung aber nur an einer solchen begangen werden konnte. Die Staatsanwälte arbeiteten daher mit Hilfskonstruktionen, indem sie die Schädigung des Embryos als eine Schädigung der Mutter umdefinierten.

Mit der Eröffnung des Gerichtsprozesses 1968 rückte das Verfahren stärker als zuvor in den Fokus der Medien. Dies wirkte massiv auf den Prozess zurück, wo sich zunehmend zeigte, dass die Strafprozessordnung für „Mammutverfahren“ nicht ausgelegt war. Die Beweisaufnahme musste sich zum Beispiel auf alle präsenten Beweismittel erstrecken, unabhängig davon, ob der erstrebte Beweis bereits erbracht oder für die Schuldfrage unerheblich war. Da das Beweismaterial im Verfahrensverlauf aber eher zu- als abnahm, arbeitete die Zeit geradezu gegen den Prozess. Zudem schieden viele Beteiligte aus dem Verfahren aus. Von anfänglich neun Angeklagten

waren am Ende nur noch fünf übrig, von drei Ergänzungsrichtern nur noch einer.

Aufgrund des Problemdrucks zeichnete sich über 283 Verhandlungstage immer klarer ab, dass der Prozess kaum justiziabel war. Da aber ohne Abschluss eine Entschädigung der Kinder nicht durchsetzbar war, wurden seit 1969 andere Lösungsmöglichkeiten gesucht. Parallel zum Prozess rangen Verteidigung, Nebenklage, Staatsanwaltschaft und Gericht in informellen Verhandlungen um eine Vereinbarung, das Verfahren einzustellen, sofern eine Entschädigung gezahlt würde. Nachdem sich die Firma zur Zahlung von 100 Millionen DM verpflichtet hatte, wurde der Prozess am 18. Dezember 1970 unwiderruflich eingestellt. Diese Regelungen mündeten letztlich in die Errichtung der „Conterganstiftung“, die bis heute Renten an die Opfer zahlt. Die Entschädigungen erwiesen sich für viele Opfer allerdings als unzureichend, auch weil die Folgeschäden zunächst unberücksichtigt blieben. Erst 2009 und 2013 wurden die Renten deutlich erhöht.

**Niklas Lenhard-Schramm**  
*Westfälische Wilhelms-Universität*  
**Münster**  
*Historisches Seminar*  
**Domplatz 20-22**  
**48143 Münster**  
**Tel.: 0251/83-25454**  
**E-Mail: niklas\_schramm@gmx.de**

*Red.: ReH*

## Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

## „Regretting Parenthood“

# Wenn Eltern ihre Kinder lieben – das Kinderkriegen aber bereuen

20 Prozent der Mütter und Väter in Deutschland würden nicht noch einmal Eltern werden – auch wenn sie ihre Kinder lieben. Die Gründe sind ganz unterschiedlich.

## Kommentar

Das Ergebnis dieser Studie ist erschreckend und zeigt, dass Eigeninteressen in der heutigen Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert einnehmen und die Bereicherung des Lebens durch Kinder, ihre Ideen, Anregungen, Impulse nicht so hoch bewertet werden, wie mögliche auf die eigene Person zu beziehende Einschränkungen oder Verzicht. Natürlich muss der Staat die

Kinderbetreuungsmöglichkeiten und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern, die Gesellschaft insgesamt wieder kinderfreundlicher werden und Kinder als Bereicherung sehen, aber die Erziehung muss auch darauf hinwirken, globaler zu denken, das Gemeinsame zu sehen und das oft sehr ausgeprägte EGO etwas zugunsten des Ganzen zurückzustellen.

**S**o sagen 19 Prozent der Mütter und 20 Prozent der Väter, dass sie keine Kinder mehr bekommen wollen würden, wenn sie sich noch einmal entscheiden könnten. Auch wenn man sich nur die Befragten anschaut, die angeben, ihr Kind bzw. ihre Kinder zu lieben – was ohnehin 95 Prozent der befragten Mütter und Väter tun –, ergeben sich kaum Unterschiede. Auch in dieser Gruppe würden sich 20 Prozent heute anders entscheiden – genau wie 15 Prozent der Eltern von „Wunschkindern“.

### Aber woran liegt das? Die Studie zeigt gleich mehrere Gründe auf:

- Für etwa die Hälfte der Eltern (52 Prozent) geht die Elternschaft zumindest manchmal mit einer **Einschränkung der persönlichen Entfaltung** einher. In der Gruppe derer, die sich heute nicht noch einmal für Kinder entscheiden würden, liegt der Anteil mit 74 Prozent noch einmal deutlich höher. Umgekehrt sagen 77 Prozent der Eltern, dass ihnen das Mutter- bzw. Vatersein Genugtuung bereitet – aber nur

63 Prozent der „bereuenden“ Eltern.

- Eine große Rolle scheinen auch **fehlende Betreuungsmöglichkeiten** zu sein. Die werden grundsätzlich von zwei Dritteln der Eltern (64 Prozent) beklagt – und von 74 Prozent der Eltern, die sich heute anders entscheiden würden.
- Zudem sagen 44 Prozent der Mütter und 20 Prozent der Väter, ihre **Karriere** wäre besser verlaufen, wenn sie keine Kinder gehabt hätten – insgesamt macht das 33 Prozent. Betrachtet man hingegen nur jene Eltern, die heute nicht noch einmal Kinder bekommen würden, steigt der Anteil auf 60 Prozent.

### Hier die Studie zum Nachlesen:

<https://yougov.de/news/2016/07/28/regretting-parenthood-wenn-eltern-ihre-kinder-lieb/>

**Dr. Wolfram Hartmann**  
57223 Kreuztal

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

## Dr. med. Karl-Heinz Leppik zum 65. Geburtstag

**A**m 27.09.2016 feiert Karl-Heinz Leppik seinen 65. Geburtstag. Er wurde am 27.09.1951 in Roth geboren und nahm nach dem Abitur 1972 in Weißenburg das Studium der Medizin in Erlangen auf. Staatsexamen im Oktober 1979. Von 1981 bis 1988 Tätigkeit an der Universitäts-Kinderklinik in Erlangen.

Anschließend gründete Karl-Heinz Leppik eine kinder- und jugendärztliche Gemeinschaftspraxis zusammen mit einem kinder-kardiologisch tätigen Kollegen. Beide haben seit 1992 die Weiterbildungsermächtigung und bilden seither regelmäßig junge Kolleginnen und Kollegen in ihrer Praxis weiter. Für die bayerische Landesärztekammer fungiert er als

Prüfer für die Facharztprüfungen im Fach Kinder- und Jugendmedizin.

Er engagierte sich im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in vielen Bereichen: 2000 wurde er zum Obmann des Bezirkes Mittelfranken gewählt, seit 2012 übte er das Amt des stellvertretenden Landesverbandsvorsitzenden in Bayern aus. Von 2008-20011 war er Ersatzdelegierter

in der Delegiertenversammlung des BVKJ, seit 2011 ist er Delegierter.

Er war durch seine Mitarbeit in der AG Sozialpädiatrie im Landesverband Bayern maßgeblich an der Konzeption und Erarbeitung der sozialpädiatrischen Module beteiligt, die sich als wichtige Bausteine der neuen Selektivverträge mit Wirkung weit über die Grenzen Bayerns hinaus erweisen sollten.

Karl-Heinz Leppik war ein maßgeblicher Mitbegründer des Pädnetz/Kompetenznetzes Mittelfranken und auch von 2006-2012 dessen Vorsitzender. In Personalunion als Obmann und Pädnetz/Kompetenznetzvorsitzender gelang es ihm durch seine ausgleichende Art, für die Pädiater in Mittelfranken das Beste aus beiden Bereichen zu erreichen und eine Konfrontation zu vermeiden.

Seit vielen Jahren vertritt er als Prüfarzt der KVB die Interessen der Praxen. Dort sieht er sich als Anwalt der in die Prüfung geratenen Praxen und verteidigt sie fair.



Seinem mitreißenden Engagement ist es zu verdanken, dass mittelfränkische Veranstaltungen des BVKJ immer sehr guten Zuspruch haben und dass sich immer wieder junge Kolleginnen und Kollegen ehrenamtlich für den BVKJ engagieren. Seit Jahren organisiert und leitet er die Treffen „Pädiatrie in der Region“ zwischen den Kliniken und den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in Mittelfranken,

Auf Bundesebene arbeitete er seit 2011 in der Satzungskommission mit und auch regelmäßig in den Sitzungen der AG Zukunft.

Lieber Karl-Heinz, wir hoffen, dass es Dir gelingt, jetzt etwas kürzer zu treten und dass du Dich jetzt vermehrt um Familie und deine Enkel kümmern kannst. Wir gratulieren Dir ganz herzlich zu Deinem 65. Geburtstag, und hoffen, dass Du dem Berufsverband auf Bundesebene, auf der Ebene des Landesverbands Bayern und dem Bezirk Mittelfranken noch lange zumindest mit Deinem kenntnisreichen Rat zur Seite stehen wirst.

Alles Gute, bleibe uns mit Deinem analytischen Geist und deiner ausgleichenden und vermittelnden Art erhalten und vielen Dank für Deinen großartigen Einsatz auf vielen Gebieten in all den Jahren.

Herzlichst

**Dr. Roland Ulmer, 91207 Lauf**  
**E-Mail: [praxis@kinderaerzte-lauf.de](mailto:praxis@kinderaerzte-lauf.de)**  
 Red.: WH

# Fortbildungstermine



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

## September 2016

28. September 2016

### Immer etwas Neues HAMBURG

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

## Oktober 2016

8.-11. Oktober 2016

### 44. Herbst-Seminar-Kongress

des BVKJ in Bad Orb

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,

Wiesbaden, Auskunft: ⑤

26. Oktober 2016

### Immer etwas Neues MÜNCHEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

## November 2016

5. November 2016

### bvkj Landesverbandstagung

#### Niedersachsen

im Hotel Niedersachsenhof,

Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn

Auskunft: ③

9. November 2016

### Immer etwas Neues NÜRTINGEN

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

16. November 2016

### Impfworkshop des BVKJ Fulda

„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update

für das gesamte Praxisteam, Auskunft: ⑤

19.-20. November 2016

### 14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg

Leitung: Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach

Auskunft: ③

23. November 2016

### Impfworkshop des BVKJ Berlin

„Kleiner Piks, viel dahinter“ Update für

das gesamte Praxisteam, Auskunft: ⑤

30. November 2016

## Immer etwas Neues BIELEFELD

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft ⑤

## Dezember 2016

3. Dezember 2016

### 7. Pädiatrie zum Anfassen

#### in Berlin

Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/

Dr. B. Ruppert, Berlin,

Auskunft: ①

7. Dezember 2016

### Impfworkshop

#### des BVKJ Nürtingen

„Kleiner Piks, viel dahinter“

Update für das gesamte Praxisteam

Auskunft: ⑤

- ① **CCJ GmbH**, Tel.: 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988 [ccj.hamburg@t-online.de](mailto:ccj.hamburg@t-online.de)  
oder Tel.: 040-7213053 [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)
- ② **Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft**, Lübeck, Tel.: 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, [kongresse@schmidt-roemhild.com](mailto:kongresse@schmidt-roemhild.com)
- ③ **DI-TEXT**, Tel.: 04736-102534 / Fax: 04736-102536, [Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de)
- ④ **Interface GmbH & Co. KG**  
Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399, [info@interface-congress.de](mailto:info@interface-congress.de)
- ⑤ **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**  
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, Tel.: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78  
Email: [bvkj.kongress@uminfo.de](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)



## Geburtstage im Oktober 2016

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. Eckart de Bary,  
Lübeck, am 03.10.  
Herr Dr. med. Holger Meireis,  
Wiesbaden, am 10.10.  
Frau Dr. med. Marianne Fischer-Horn,  
Berlin, am 10.10.  
Frau Dr. med. Dr. rer. nat.  
Eva Klemm-Wolfgramm,  
Fellbach, am 10.10.  
Herr Dr. med. Roland Schleupner,  
Würzburg, am 12.10.  
Frau Angela Waskow,  
Nordhastedt, am 13.10.  
Frau Dipl.-Med. Renate Schneider,  
Lauchhammer, am 14.10.  
Herr Dr. med. Rudolf Zimmermann,  
Stuttgart, am 15.10.  
Herr Dr. med. Matthias Peper,  
Hamburg, am 17.10.  
Herr Peter Lautenbach,  
Herzogenaurach, am 18.10.  
Herr Dr. med. Horst Koeppen,  
Kronberg, am 20.10.  
Frau Dipl.-Med. Marina Leschke,  
Tangermünde, am 20.10.  
Frau Dr. med. Silvia Keulen,  
Königs Wusterhausen, am 22.10.  
Frau Monika Sachse,  
Neumarkt, am 26.10.  
Herr Ludwig Kapitel,  
Offenburg, am 28.10.  
Frau Dr. med. Margitta Herrmann,  
Altenburg, am 28.10.  
Herr Dr. med. Hans Ulrich Peltner,  
Salzgitter, am 29.10.

### 70. Geburtstag

Herr Bubaker Bendado,  
Vierns, am 05.10.  
Frau Dr. med. Sabine Vilmar,  
Kiel, am 09.10.  
Frau Elisabeth Amborska-Flügel,  
Hamm, am 12.10.  
Herr Dr. med. Hans Dieter Frahm,  
Mölln, am 13.10.  
Herr Dr. med. Ulrich Kohns,  
Essen, am 14.10.  
Frau Dr. med. Margot Krimphove,  
Bremen, am 26.10.

Herr Jürgen Ambrassat,  
Krawitz, am 29.10.

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. Elke Baer,  
Hamburg, am 01.10.  
Herr Dr. med. Heinz Dieter Schmidt,  
Herford, am 02.10.  
Frau Dr. med. Elke Münch,  
Tharandt, am 11.10.  
Frau Dr. med. Gerlinde Schönfelder,  
Leipzig, am 17.10.  
Frau Dr. med. Ursula Wagner,  
Rostock, am 18.10.  
Frau Dr. med. Marion Creutz,  
Köln, am 21.10.  
Herr Dr. med. Kurt Moosmann,  
Albstadt, am 22.10.  
Frau Dr. med. Ingrid Müller,  
Köln, am 24.10.  
Frau Dr. med. Ursula Gröber,  
Göppingen, am 25.10.  
Herr Dr. med. Gunter Schaub,  
Karlsruhe, am 26.10.  
Frau Dr. med. Ingeborg Jahn,  
Berlin, am 26.10.  
Herr Martin Stichel,  
Görlitz, am 29.10.  
Herr Dr. med. Lothar Kanther,  
Idstein, am 30.10.  
Frau Dr. med. Erika Erlbacher,  
Groß Nemerow, am 31.10.

### 80. Geburtstag

Herr Dr. med. Horst Hauptmann,  
Neusäß, am 03.10.  
Herr Dr. med. Wolfgang Gey,  
Kassel, am 16.10.  
Herr Dr. med. Peter Hirschbrunn,  
Massbach-Weichtungen, am 20.10.

### 81. Geburtstag

Frau Dr. med. Martina Mechel,  
Halle, am 12.10.  
Herr Dr. med. Helmut von Kaehne,  
Mühlthal, am 14.10.  
Frau MR Dr. med. Ingrid Polster,  
Leipzig, am 25.10.

### 82. Geburtstag

Frau Dr. med. Karin Bohn,  
Saarbrücken, am 04.10.

### 83. Geburtstag

Frau Dr. med. Ilse Ahlert,  
Oberursel, am 06.10.

### 84. Geburtstag

Frau Dr. med. Irene Banach,  
Recklinghausen, am 23.10.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva Elsner,  
Zepernick, am 16.10.  
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Natzschka,  
Hannover, am 18.10.  
Herr Dr. med. Heinrich Mattern,  
Göppingen, am 24.10.

### 86. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmela Otto,  
Hamburg, am 25.10.

### 87. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg Fuchs,  
Würzburg, am 27.10.

### 88. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinrich Brückner,  
Frankfurt/Oder, am 20.10.

### 89. Geburtstag

Frau Sabina Jankowska-Wozniak,  
Marl, am 26.10.

### 91. Geburtstag

Frau Med.-Dir. Dr. med. a. D.  
Ursula Meyer, Mönchengladbach,  
am 22.10.

### 93. Geburtstag

Frau Dr. med. Klara Reichenbach,  
Offenburg, am 14.10.

### 95. Geburtstag

Frau Dr. med.  
Irmgard Wittek-Schäfers,  
Recklinghausen, am 07.10.

### 96. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara Lindscheid,  
Hattingen, am 02.10.  
Frau Dr. med. Barbara Christ,  
Lippstadt, am 10.10.

### 97. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore Gefßner,  
Lörrach, am 02.10.  
Herr Dr. med. Horst Prenzel,  
Hamburg, am 30.10.

### 100. Geburtstag

Herr Dr. med. Friedrich Rasche,  
Minden, am 26.10.

#### Wir trauern um:

Frau Dr. Sabine Grasemann, Berlin

## Im Monat Juli durften wir 22 neue Mitglieder begrüßen.

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



**Baden-Württemberg**  
Frau Katharina *Blatt*



**Nordrhein**  
Frau Evangelia-Sofia *Schwartze*



**Sachsen**  
Frau Cornelia *Katzorke*  
Frau Juliane *Lube*



**Bayern**  
Frau Dr. med. Birte *Schmitt*



**Rheinland-Pfalz**  
Frau Dr. med. Dorothea *Kilzer*

# Wichtige Impfprophylaxe bei Kindern mit Asplenie

- Impfschutz ist gegen Pneumokokken, Meningokokken und Hib möglich
- STIKO empfiehlt Meningokokken-B- und ACWY-Impfung für Kinder mit Asplenie
- Ärzte sollten Aufklärung über Impfungen dokumentieren

Im Rahmen der 46. Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) 2016 in Berlin diskutierten Experten das Thema „Impfen“. Auf einem GSK-Symposium\* ging es dabei speziell um die Möglichkeiten der Impfprophylaxe bei Kindern mit Asplenie und darum, welche rechtlichen Aspekte zu beachten sind. Asplenie, die fehlende oder nicht funktionierende Milz, bedeutet für die Patienten ein lebenslang erhöhtes Risiko für schwere Infektionen. PD Dr. med. Kerstin Ludwig, München, berichtete, dass die aktuellen Impfeempfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) bei Kindern ab dem zweiten Monat, neben den routinemäßigen Immunisierungen gegen Pneumokokken und Haemophilus influenzae Typ B (Hib), bei Asplenie auch die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (Men-B) umfassen – ab dem Kleinkindalter zusätzlich auch die Impfung gegen Meningokokken A,C,W,Y. Bei Aspleniern ist unbedingt auch die Empfehlung der Influenzaimpfung zu beachten.

Bei Asplenie besteht ein lebenslang erhöhtes Risiko für eine Post-Splenektomie-Sepsis (PSS, auch OPSI für „overwhelming post-splenectomy infection“) von 1 bis 5%, die mit einer hohen Letalität insbesondere bei der Pneumokokken-PSS (60%) verbunden ist.<sup>1</sup> In den ersten 3 Jahren nach Milzverlust ereignen sich zwischen 50 und 80% aller schweren Infektionen und die meisten Todesfälle.<sup>2</sup>

## Impfprophylaxe bei Immunsupprimierten, speziell Asplenie-Patienten

Gegen drei bedeutende PSS-Erreger, Pneumokokken, Meningokokken und Hib, stehen Impfstoffe zur Verfügung. Ludwig wies darauf hin, dass bei der Pneumokokkenimpfung initial Konjugatimpfstoffe bevorzugt werden sollten.

Prinzipiell können splenektomierte Patienten auch Lebendimpfstoffe ohne erhöhte Risiken erhalten. Bei immunologischen Grunderkrankungen ist das Risiko einer Meningokokken-Infektion deutlich erhöht – Asplenie-Patienten haben ein 20- bis 30-fach erhöhtes Risiko. Daher empfiehlt die STIKO für Patienten mit angeborener oder erworbener Immunerkrankung oder -suppression mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, neben der Impfung gegen die Serogruppen A, C, W, Y, seit August 2015 auch die Meningokokken-B-Impfung.<sup>3,4</sup>

Entsprechend den STIKO-Empfehlungen wurde in den Impfplan (Stand 11/2015) von Asplenie-Net, einer Initiative der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), die Meningitis-B-Impfung für Kinder mit Asplenie ab dem 2. Monat mit dem Proteinimpfstoff Bexsero® aufgenommen.<sup>5</sup>

## Was vom Arzt hinsichtlich Haftung und Aufklärung zu beachten ist

Die Aufgabe der STIKO ist es, bei der Entwicklung von Impfeempfehlungen, neben dem individuellen Nutzen, auch den Nutzen für die gesamte Bevölkerung und den Effekt einer flächendeckenden Impfstrategie zu berücksichtigen. Diese Empfehlungen bilden die Basis der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), mit der die Kostenerstattung durch die Krankenkassen geregelt wird. Für die obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer sind die STIKO-Empfehlung Grundlage öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen auszusprechen. Ärzte dürfen aber Impfungen trotz fehlender Empfehlung anwenden, denn dies obliegt der individuellen Risikoabschätzung des Arztes, betonte Dr. jur. Kyrill Makoski, Düsseldorf.

Bezogen auf die Meningokokken-B-Impfung verwies Makoski darauf, dass auch für die über die STIKO-Empfehlung hinausgehenden Indikationen viele Krankenkassen die Kosten übernehmen – entweder wegen einer generellen Entscheidung oder im Einzelfall auf Anfrage.

Grundsätzlich müssen Patienten bzw. Erziehungsberechtigte vor jeder Impfung vom Arzt in einem persönlichen Gespräch über Nutzen, Folgen und Risiken aufgeklärt werden. Bei empfohlenen Impfungen wird nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs die Übergabe eines Informationsblattes mit einer kurzen mündlichen Erläuterung als ausreichend angesehen. „Durch die Aufklärung wird die Einwilligung des Patienten in die Maßnahme wirksam, damit geht das Risiko auf den Patienten über“, erklärte Makoski. Bei öffentlich empfohlenen Impfungen sind Patienten im Schadensfall nach dem Bundesversorgungsgesetz abgesichert und können dann einen Antrag auf Versorgung stellen. Bei Individualimpfungen, die über die momentanen STIKO- bzw. Landes-Impfeempfehlungen hinausgehen, kann in einigen Bundesländern diese Absicherung fehlen. Darauf muss in der Aufklärung ebenfalls hingewiesen werden. Die ordnungsgemäße Aufklärung braucht nicht vom Patienten oder Erziehungsberechtigten unterschrieben werden. Da der Arzt aber die Beweislast für die Aufklärung trägt, sollte sie stets in geeigneter Form dokumentiert werden.

### Referenzen

- 1 Engelhardt M et al. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 897-902
- 2 Kyaw MH et al. Am J Med 2006; 119: 276.e1-7
- 3 Epid Bull 2015; 34: 327-362
- 4 Epidemiologisches Bulletin 2015; 37: 393-410
- 5 <https://asplenie-net.org/>, Juli 2016

Nach Informationen von  
GlaxoSmithKline GmbH, München

## Läusefrei in Bestzeit: NYDA® express

NYDA® express, das neueste Pedikulozid von Pohl-Boskamp, bekämpft mit nur 10 Minuten Einwirkzeit Kopfläuse, Larven und Nissen rein physikalisch. Aufgesprüht, einmassiert und ausgekämmt mit dem beiliegendem Läusekamm ist das neue Selbstmedikationspräparat die Empfehlung für eine schnelle und effektive Komplettlösung.

**K**opfläuse sind ein lästiges und immer wiederkehrendes Problem, das lege artis behandelt werden sollte – am besten so schnell und effektiv wie möglich. Das rein physikalische Wirkprinzip des 2-Stufen-Dimeticons ist bereits in der Kopflaustherapie umfangreich wissenschaftlich belegt. Die neue Komplettlösung bietet NYDA® express: Mit nur zehn Minuten Einwirkzeit werden Kopfläuse, deren Larven und Eier gezielt und effektiv bekämpft. Komplettiert wird dieser Therapieansatz durch einen Läusekamm, mit dem sich die abgetöteten Läuse und Nissen nach der



Anwendung auskämmen lassen. Dieser liegt dem 50-ml-Pumpspray bei.

### Für jeden Kopflaus-Patienten das passende Produkt

Mit dem original NYDA® bietet Pohl-Boskamp weiterhin ein Kopflausmittel an, dessen Wirksamkeit umfangreich durch klinische Studien belegt und somit GKV-verordnungsfähig und für Kinder bis zwölf Jahre sowie Ju-

gendliche mit Entwicklungsstörungen verordnungsfähig ist. In der Kopflaustherapie ist es essentiell, auch alle Kontaktpersonen des Patienten mitzubehandeln, um einem rezidivierenden Kopflausbefall vorzubeu-

gen. Für Eltern und ältere Geschwister bietet sich eine Verordnung des neuen NYDA® express auf dem grünen Rezept an.

### Einzigartiges und zuverlässiges Wirkprinzip

Hinsichtlich der Zusammensetzung setzt Pohl-Boskamp auch hier auf die besondere Kombination aus einem niedrig- und einem hochviskosen Dimeticon. Dadurch verfügt auch dieses 2-Stufen-Dimeticon über die nötigen Kriech- und Spreiteigenschaften, um tief in das Atemsystem der Laus, ihrer Larven und Eier einzudringen und sie zu ersticken.

*Nach Informationen von Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt*

## Eucabal® Balsam S: Hochdosiert und trotzdem schonend

Seit über zwei Jahrzehnten empfiehlt die Kommission E (BGA/BfArM) bei grippalen Infekten die Kombination aus Eukalyptus- und Kiefernadelöl.<sup>1</sup> Auch Eucabal® Balsam S setzt auf die Effekte der beiden Inhaltsstoffe. Trotz seines hohen Anteils an Eukalyptusöl ist das Phytotherapeutikum schonend sanft und bereits für Kinder ab sechs Monaten geeignet.

**H**aupbestandteil von Eucabal® Balsam S (Aristo Pharma, GKV-erstattungsfähig bis 12 Jahre) ist das Eukalyptusöl. In Kombination mit dem Kiefernadelöl setzt es sekretolytische, bronchospasmodische, antibakterielle und hyperämisierende Effekte frei. Über die Atemwege aufgenommen, aktiviert gerade das Eukalyptusöl die Thermorezeptoren der Nasenschleimhaut. Durch die an den Nervus trigeminus weitergegebene Erregung wird das Flimmerepithel stimuliert und die mukoziliäre Reinigung gefördert. Damit eignet sich die erfrischende und gut ein-



ziehende Creme besonders zur äußeren Anwendung bei Erkältungskrankheiten der Luftwege. Der bewusste Verzicht auf Campher und Menthol lässt die Rückenreibung bereits für Säuglinge ab sechs Monaten sowie das Auftragen auf der Brust von Kleinkindern ab zwei Jahren zu. Die Inhalation mit Eucabal® Balsam S ist für Kinder ab sechs Jahren und Jugendliche eine wirkungsvolle Therapieoption, welche es den Pathogenen zusätzlich erschwert, sich dauerhaft im

Respirationstrakt festzusetzen. Dazu wird ein Cremestrang von etwa 4 cm in heißem Wasser aufgelöst und inhaliert.

### Eucabal®-Ratgeber und Malbücher für's Wartezimmer

Pädiater-Praxen haben nun die Möglichkeit, einen Elternratgeber, einen Aufsteller von Dr. Euci sowie Malbücher für die kleinen Patienten anzufordern. Jetzt bestellen unter der Angabe „Eucabal® Box“ – per E-Mail an [kundenservice@aristo-pharma.de](mailto:kundenservice@aristo-pharma.de) oder telefonisch unter 03943/554212. Solange der Vorrat reicht.

<sup>1</sup> Monographie BGA/BfArM (Kommission E), Fixe Kombination aus Eukalyptusöl und Kiefernadelöl, Bundesanzeiger 128 (14.7.1993).

*Nach Informationen von Aristo Pharma GmbH, Berlin*

Dreiländertagung „Ernährung 2016“

# Frühstück von Kindern und Jugendlichen: Psychologische und lebensmittelbezogene Handlungsansätze

Kinder und Jugendliche verzichten zunehmend auf das Frühstück. Welche Folgen dies hat und wie die Akzeptanz für ein Frühstück gefördert wird, das zeigen Professor Dr. Hans Hauner, Professor Dr. Christoph Klotter und Professor Dr. Mathilde Kersting auf der Dreiländertagung „Ernährung 2016“ in Dresden. Auf dem Symposium „Frühstück von Kindern und Jugendlichen – Aktuelle Trends und Empfehlungen“ von Cereal Partners Deutschland sind sich die Referenten einig: Es ist wichtig, Kinder und Jugendliche zum Frühstück zu motivieren. Hierbei ist nicht dogmatisch, sondern ungezwungen mit dem Thema Frühstück umzugehen.

## Warum Kinder und Jugendliche auf das Frühstück verzichten

„Seit einigen Jahren beobachten wir den Trend, dass Kinder und Jugendliche immer häufiger auf das Frühstück verzichten. Dies zeigt sich insbesondere, je älter sie werden“, sagt Hauner. „So frühstücken nur 52 Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen regelmäßig gegenüber 88 Prozent der 3 bis 6-jährigen Kinder“, so der Ernährungsmediziner. Entscheidende Einflussfaktoren auf das Frühstücksverhalten seien Zeitmangel und Hektik. Dass es beim Frühstück hektisch sei, sagen 43 Prozent der Kinder.<sup>2</sup> Kinder nennen zudem häufig „Zeitmangel“ und „kein Hunger“ am frühen Morgen als Gründe, das Frühstück auszulassen.<sup>3</sup> Auch ein geringes Bewusstsein für die Familienkultur oder bei Jugendlichen eine angestrebte Gewichtsreduktion seien mögliche Ursachen für dieses „Breakfast Skipping“.

## Bedeutung des Frühstücks für Kognition und Gesundheit

Den zunehmenden Frühstücksverzicht sieht Hauner insbesondere vor dem Hintergrund kritisch, dass ein Frühstück wichtig für die Nährstoffversorgung von Kindern und Jugendlichen sei.<sup>4</sup> Zugleich steigere es die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die Aufmerksamkeit.<sup>5,6</sup> Auch die gesundheitlichen Effekte seien zu berücksichtigen: „Beispielsweise sind Kinder und Jugendliche, die frühstücken, seltener übergewichtig und weisen sowohl einen niedrigeren Body Mass Index (BMI) als auch geringere kardiovaskuläre Risikofaktoren auf als Kinder, die nicht frühstücken<sup>7,8</sup>.“

## Psychologische Handlungsempfehlungen

Dass Frühstück nicht nur aus ernährungsphysiologischer, sondern auch aus psychologischer Sicht wünschenswert ist, erläutert Klotter. Die morgendliche Mahlzeit sei beispielsweise für den Familienzusammenhalt und für die Entschleunigung des Tagesablaufs relevant. Mit Hilfe von psychologischen Handlungsempfehlungen können ein langfristiger Lebensstilwandel herbeigeführt und dadurch ein regelmäßiges Frühstück im Alltag verankert werden. „Um die Frühstücksmotivation zu erhöhen, ist es ratsam, dass Eltern die Signale ihrer Kinder beobachten und sie bei der Gestaltung des Frühstücks mit einbeziehen. Dadurch fühlen Kinder sich ernst genommen“, rät der Ernährungspsychologe. „Ernährungsfachkräfte motivieren Eltern am besten dazu, Kinder nicht mit Aufforderungen wie ‚du musst frühstücken‘ zu konfrontieren, sondern eher zu fragen ‚was schmeckt dir?‘.“ Dabei sei es wichtig, dass Vorlieben und Gewohnheiten von Kindern ebenso berücksichtigt werden wie Tradition und Kultur. „Um das Frühstücksverhalten zu verbessern, sollten Eltern für die Vielfalt an Frühstücksvarianten möglichst offen sein und keine Verbote aussprechen“, empfiehlt Klotter.

## Lebensmittelbezogene Handlungsempfehlungen

Persönliche Vorlieben von Kindern und Jugendlichen lassen sich abwechslungsreich und einfach zu einer ausge-

wogenen Mahlzeit kombinieren. Wie, das zeigt Kersting anhand aktueller lebensmittelbezogener Handlungsempfehlungen für die Zusammenstellung optimierter Frühstücksmahlzeiten, die in ein Tageskonzept für eine bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffversorgung eingebettet sind und den Vorlieben von Kindern und Jugendlichen gerecht werden. „Das empfohlene Frühstück basiert auf den vier Lebensmittelgruppen Getreideprodukte, Milch und Milchprodukte, Obst und Rohkost sowie Getränke“, erläutert die Ernährungswissenschaftlerin. Bei Obst und Rohkost ist eine vielfältige Auswahl angesagt, bei Getreideprodukten wie Brot und Cerealien ist ein Vollkornanteil von mindestens 50 Prozent zu wählen. Alternativ eignen sich Kombinationen zum Beispiel von drei Teilen Cerealien mit mehr als 30 Prozent Vollkorngehalt und einem Teil Haferflocken. Wie sich die Handlungsempfehlungen in die Praxis umsetzen lassen, demonstriert Kersting anhand zweier Frühstücksvarianten: einem Brot- und einem Cerealienfrühstück, jeweils mit mindestens 50 Prozent Vollkorngehalt und kombiniert mit Obst oder Rohkost und Milch oder einem Milchprodukt sowie einem Getränk. In ihrer Berechnung des durchschnittlichen Nährstoffgehalts sind beide Frühstücksoptionen gleichwertig.

Quellennachweise können bei der Redaktion angefragt werden.

**Nach Informationen von  
C.P.D. Cereal Partners Deutschland  
GmbH, Frankfurt**

## Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

## Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

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

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

**Dr. med. Roland Ulmer**

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

## Pressesprecher des BVKJ e.V.

**Dr. med. Hermann Josef Kahl**

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

## Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

**Dr. med. Reinhard Bartzky**

E-Mail: dr@bartzky.de

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

## Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

### Fortbildung:

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

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

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

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

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

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

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

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

### Forum, Berufsfragen, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann**

E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

**Regine Hauch**

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

**Mielenforster Str. 2, 51069 Köln**

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

### Geschäftsführerin:

**Christel Schierbaum**

Tel.: 0221/68909-11

[christel.schierbaum@uminfo.de](mailto:christel.schierbaum@uminfo.de)

### Büroleiterinnen:

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

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

**Martina Wegner**

Tel.: 0221/68909-10

[martina.wegner@uminfo.de](mailto:martina.wegner@uminfo.de)

### Bereich

Tel.: 0221/68909-0

### Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

[bvkj.buero@uminfo.de](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)

### Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

### Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

[bvkj.kongress@uminfo.de](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

## BVKJ Service GmbH

**Mielenforster Str. 2, 51069 Köln**

[www.bvkj-service-gmbh.de](http://www.bvkj-service-gmbh.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

### Geschäftsführerin:

**Anke Emgenbroich**

Tel.: 0221/68909-24

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

### Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

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

## Sonstige Links

### Kinderärzte im Netz

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

### Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

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

### Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

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

### Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

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