



Kinderärztliche Praxis

Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin

1

Januar 2024
95. Jahrgang

Neue Leitlinien

Prävention dysregulierten
Bildschirmmediengebrauchs

Prophylaxe schwerer
RSV-Erkrankungen

WEITERE THEMEN

Thrombosen: Erste
Erfahrungen mit Rivaroxaban

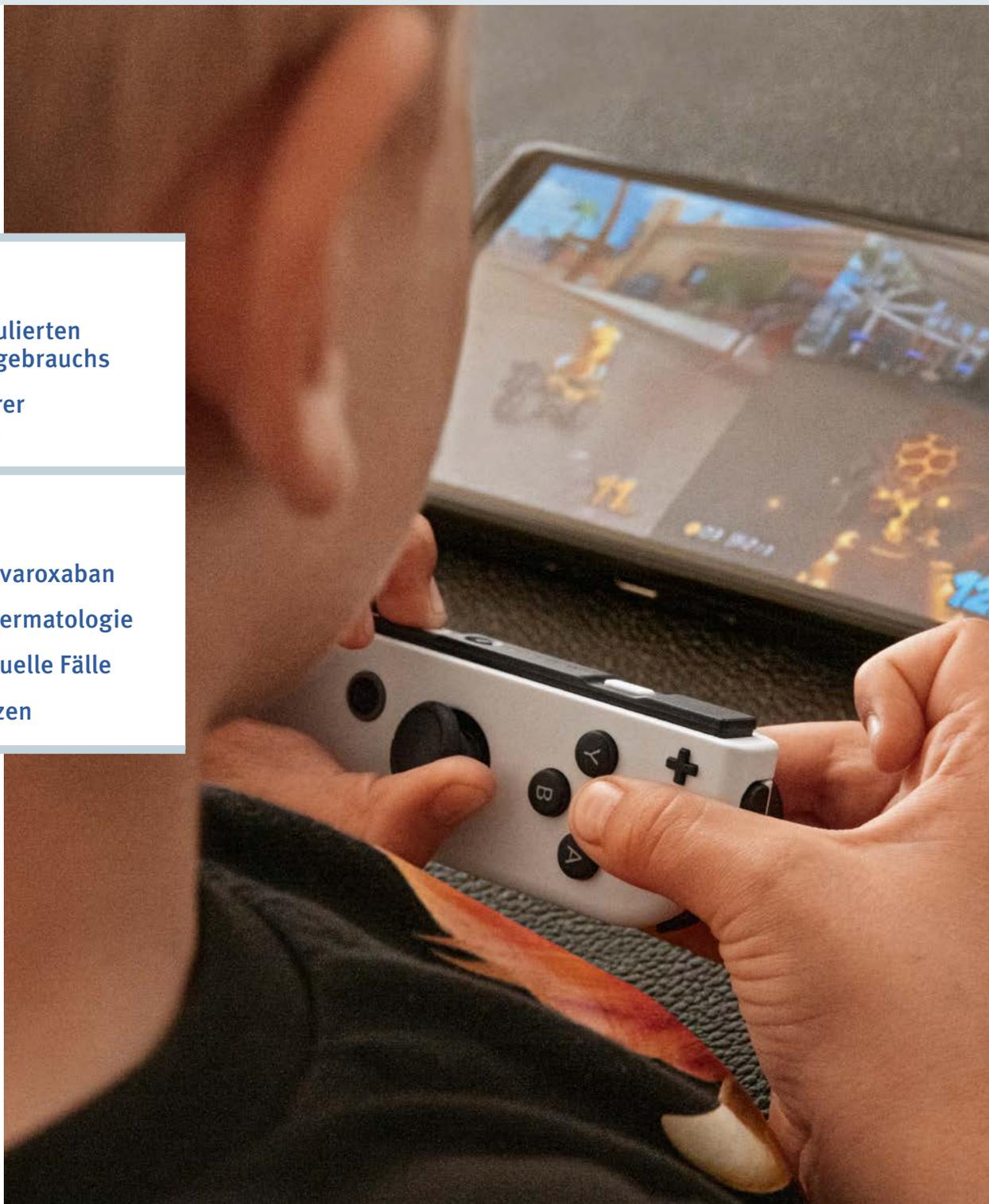
Kinder in der Teledermatologie

Impfmedizin: 3 aktuelle Fälle

Akute Halsschmerzen



Herausgegeben
von der Deutschen
Gesellschaft für
Sozialpädiatrie und
Jugendmedizin



Eine starke Immunantwort und eine breite Serotypenabdeckung sind wichtig

Vaxneuvance® kann beides ermöglichen

Vaxneuvance® löste eine starke Immunantwort bereits im ersten Lebensjahr aus, bei gleichzeitig breiter Serotypenabdeckung.*



Vaxneuvance® wird bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 Wochen bis < 18 Jahren für die aktive Immunisierung zur Prävention von
• invasiven Erkrankungen • Pneumonien • und akuter Otitis media angewendet, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden.

* Sekundäre Immunogenitätspunkte: Hinsichtlich der IgG-Ansprechraten und IgG-GMCs 30 Tage nach Grundimmunisierung verfehlten die Serotypen 9V (IgG-Ansprechraten: -7,0 (95%-KI -10,5; -3,6)) und 6A (IgG-Ansprechraten: -19,7 (95%-KI -24,3; -15,1)) und IgG-GMC: 0,46 (95%-KI 0,40; 0,53)) die Nichtunterlegenheitskriterien, die wie folgt sind: Nichtunterlegenheit für die mit dem 13-valenten PCV gemeinsamen 13 Serotypen, die angenommen wird, wenn die untere Grenze des 95%-KI für den Unterschied der IgG-Ansprechraten (Vaxneuvance® – 13-valenter PCV) > -10 Prozentpunkte beträgt oder > 0,5 für das IgG-GMC-Verhältnis (Vaxneuvance®/13-valenter PCV).¹

Studiendesign und Ergebnisse zum 2+1-Impfschema: In dieser doppelblinden, randomisierten, multizentrischen, aktiv kontrollierten Phase-III-Studie (Protokoll 025) zur Untersuchung der Sicherheit, Verträglichkeit und Immunogenität von Vaxneuvance® (PCV15) im Vergleich zu PCV13 wurden 1.184 geeignete gesunde Säuglinge 1:1 randomisiert, um entweder Vaxneuvance® oder PCV13 in einem Immunisierungsschema mit 3 Dosen zu erhalten. Die 2 Dosen der Grundimmunisierung wurden im Alter von 2 und 4 Monaten und die Auffrischimpfung im Alter von 11–15 Monaten verabreicht.² Primäre Immunogenitätspunkte waren die Nichtunterlegenheit in der Immunantwort von PCV15 im Vergleich zu PCV13 für die 13 gemeinsamen Serotypen sowie die Überlegenheit für die Serotypen 22F und 33F, die in PCV15 zusätzlich enthalten sind, jeweils gemessen anhand der IgG-Ansprechraten > 0,35 µg/ml und IgG-GMCs 30 Tage nach Auffrischimpfung.² Zu den sekundären Immunogenitätspunkten gehörten u. a. die serotypspezifischen IgG-Ansprechraten und IgG-GMCs 30 Tage nach Grundimmunisierung sowie die serotypspezifischen OPA-GMTs und die Ansprechraten 30 Tage nach der Auffrischimpfung für PCV15 und PCV13.² Primäre Sicherheitssendpunkte waren der Anteil der Studienteilnehmer mit erwarteten unerwünschten Ereignissen (UEs) an der Injektionsstelle von Tag 1–14 nach der Impfung, der Anteil der Teilnehmer mit erwarteten systemischen UEs von Tag 1–14 nach der Impfung und der Anteil der Teilnehmer mit Impfstoff-bedingten schweren UEs bis zum Ende der Studie.² Alle primären Immunogenitätspunkte wurden erreicht.¹ 30 Tage nach der Auffrischimpfung war Vaxneuvance® dem PCV13 für die 13 gemeinsamen Serotypen nicht unterlegen und für die 2 zusätzlichen Serotypen überlegen, ermittelt über IgG-Ansprechraten und IgG-GMCs.¹ Sicherheitssendpunkte: Der Anteil der Studienteilnehmer mit UEs und SUEs war im Allgemeinen vergleichbar zwischen beiden Studiengruppen.² Keine schwerwiegende UE war Impfstoff-bedingt. Nach jeder Dosis des Studienvakuins wurde eine statistisch signifikant (p < 0,05) höhere Anzahl an erwarteten UEs an der Einstichstelle und Irritation unter PCV15 vs. PCV13 beobachtet.² Die Mehrheit der UEs war mild oder moderat und von kurzer Dauer (≤ 3 Tage).² Während der Studie ereignete sich kein Todesfall und keiner der Teilnehmer beendete die Studie aufgrund von UEs.²

Randomisierte, kontrollierte Studien, welche die klinische Wirksamkeit von Vaxneuvance® untersuchen, liegen bisher noch nicht vor.

PCV13: 13-valenter Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff; **GMC:** geometrisch mittlere Konzentration; **GMT:** geometrisch mittlerer Titer; **OPA:** opsonophagozytäre Aktivität; **UE:** unerwünschtes Ereignis; **SUE:** schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis

1. Fachinformation Vaxneuvance®, Stand November 2023.

2. Martinon-Torres F et al. A Phase III, multicenter, randomized, double-blind, active comparator-controlled study to evaluate the safety, tolerability, and immunogenicity of V114 compared with PCV13 in healthy infants (PNEU-PED-EU-1). *Vaccine* 2023;41(21):3387–3398 (inklusive Supplement).

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.



Vaxneuvance® Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Wirkstoff: Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff (15-valent, adsorbiert) **Zus.:** 1 Dosis (0,5 ml) enth.: Je 2 Mikrogramm der Pneumokokken-Polysaccharid-Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F u. 4 Mikrogramm des Pneumokokken-Polysaccharid-Serotyps 6B, alle konjugiert an CRM₁₉₇-Trägerprotein (nicht-toxische Mutante d. Diphtherie-Toxins aus *Corynebacterium diphtheriae* C7, rekombinant exprimiert in *Pseudomonas fluorescens*) u. adsorbiert an Aluminiumphosphat-Adjuvans. 1 Dosis (0,5 ml) enth.: 125 Mikrogramm Aluminium (Al³⁺) u. etwa 30 Mikrogramm CRM₁₉₇-Trägerprotein. **Sonst. Bestandt.:** Natriumchlorid (NaCl), L-Histidin, Polysorbat 20, Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** B. Kleinkdm., Kdm. u. Jugendl. im Alter von 6 Wochen bis < 18 J. für d. aktive Immunisierung zur Prävention v. invasiven Erkrank., Pneumonien u. akuter Otitis media, die durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden. B. Pers. ab 18 J. für d. aktive Immunisierung zur Prävention v. invasiven Erkrank. u. Pneumonien, d. durch *Streptococcus pneumoniae* verursacht werden. Vaxneuvance® sollte entsprechend den offiziellen Impfpfehlungen angewendet werden. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestand. od. gg. andere Diphtherie-Toxoid-enthalt. Impfstoffe. **Vorsicht bei:** Akuter schwerer febriler Erkrank. od. akuter Infektion. Pers., d. Antikoagulantien erhalten. Thrombozytopenie. And. Gerinnungsstör., wie Hämophilie. Frühgeb. (≤ 28 Schwangerschaftswoche b. Geburt). Immunsuppr. Ther., genet. Defekt. HIV-Infektion od. and. Gründen f. Immunschwäche. **Nebenw.:** Kleinkdr./Kdr. (6 Wo. bis < 2 J.): *Sehr häufig:* Vermind. Appetit. Reizbar. Somnolenz. Fieber; Fieber (≥ 39 °C); Schmerzen a. d. Injekt.-stelle; Erythem a. d. Injekt.-stelle; Schwellung a. d. Injekt.-stelle; Verhärtung a. d. Injekt.-stelle. *Häufig:* Urtikaria; Ausschl. Erbr. Fieber (≥ 40 °C); blauer Fleck/Hämatom a. d. Injekt.-stelle. *Gelegentl.:* Urtikaria a. d. Injekt.-stelle. *Kdr./Jugendl. (2 bis < 18 J.):* *Sehr häufig:* Kopfschmerzen. Myalgie. Schmerzen a. d. Injekt.-stelle; Erythem a. d. Injekt.-stelle; Schwellung a. d. Injekt.-stelle; Ermüdung. *Häufig:* Vermind. Appetit. Reizbar. Somnolenz. Urtikaria. Übelk. Fieber; Verhärtung a. d. Injekt.-stelle; blauer Fleck/Hämatom a. d. Injekt.-stelle. *Gelegentl.:* Erbr. *Nicht bekannt:* Ausschlag. *Erw.:* *Sehr häufig:* Kopfschmerzen. Myalgie. Schmerzen a. d. Injekt.-stelle; Erythem a. d. Injekt.-stelle; Schwellung a. d. Injekt.-stelle; Ermüd. *Häufig:* Arthralgie. Jucken a. d. Injekt.-stelle. *Gelegentl.:* Schwindelgefühl. Ausschlag. Übelk.; Erbr. Fieber; Wärme a. d. Injekt.-stelle; blauer Fleck/Hämatom a. d. Injekt.-stelle; Schüttelfrost. *Selten:* Überempf.-keitsreakt. einschl. Zungenödem, Flush u. Engegefühl d. Halses. Urtikaria. **Warnhinw.:** Nicht intravaskulär verabreichen. Für den Fall e. akuten anaphylaktischen Ereignisses angemessene med. Behandlungsmögl. u. Überwachung bereithalten. Hinw. zu Schwangersch. u. Stillz. beachten. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordn. von Vaxneuvance® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München

MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 673, E-Mail: infocenter@msd.de

Stand: 11/2023 (RCN: 000026511-DE)

Denk ich an Deutschland in der Nacht



Auch in dieser Kipra stehen die Inhalte unserer kinderärztlichen Tätigkeit in Praxis und Klinik wieder im Fokus: Unser „Artikel des Monats“ ist der Beitrag von Prof. Jorge Frank und seiner Mitarbeiterin Hanna Lindemann, Universitäts-Hautklinik Göttingen, über die interessante Option der teledermatologischen Konsultation in der Pädiatrie. Dr. Wolfgang Eberl, Kinderklinik Braunschweig, und Dr. Ivonne Wieland, Klinik für pädiatrische Hämatologie und Onkologie der Medizinischen Hochschule Hannover, berichten über ihre ersten Erfahrungen mit Rivaroxaban in der Therapie und Sekundärprophylaxe von Thrombosen im Kindes- und Jugendalter. Wir stellen Ihnen neue Leitlinien zur Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend sowie zur Prophylaxe schwerer Erkrankungen durch RSV bei Risikokindern vor.

Aus der Themenvielfalt der *Sozialpädiatrie aktuell* will ich hier nur den Bericht über die Auszeichnung von Frau Prof. Ute Thyen, Lübeck, ehemalige Präsidentin der DGSPJ, mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland hervorheben.

Daneben aber geht es in diesem Heft auch um die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unserer Arbeit. Beim Durchblättern dieser Kipra wird es Ihnen vielleicht nicht einmal sofort auffallen, was ich, Redakteur unserer Zeitschrift, als durchaus gespenstisch wahrnehme: Unser redaktioneller Fortbildungsteil in diesem Heft wird eingerahmt von zwei politischen Beiträgen, die sich beide mit Antisemitismus beschäftigen. Während der Text von Georg Lilienthal, Korbach, über den Lebensweg der jüdischen Kinderärztin Dr. Selma Segall schon länger für dieses Heft eingeplant war, hat mein Redaktionskollege Dr. Markus Landzettel, Darmstadt, seine Praxiskolumne zu diesem Thema aus leider ganz aktuellem Anlass geschrieben. Markus Landzettel bringt die ganze Tragödie des Nahost-Konfliktes auf den Punkt und



**FEED
BACK**
Ihre Meinung
zählt!

beschreibt, wie unmittelbar der dortige Terror zu furchtbaren Verwerfungen auch in unserem gesellschaftlichen Zusammenleben hier in Deutschland führt.

Und dann assoziiere ich, ob ich will oder nicht, die aktuellen Umfragewerte der AfD in Sachsen, die dort mit zuletzt 37% als eindeutig stärkste Partei abschneidet – während der sächsische Verfassungsschutz Anfang Dezember 2023 den dortigen Landesverband der AfD als „gesichert rechtsextremistisch“ eingestuft hat. Die meisten Wähler der Populisten sind vermutlich keine Nazis. Aber sie sind unzufrieden – gemessen woran? Sicher nicht an der Lebenssituation der Menschen in den meisten Ländern dieser Welt. Nicht, dass das in Deutschland alles perfekt wäre, aber mal ernsthaft: Wo möchten die Zeitgenossen mit Schaum vor dem Mund wohl lieber leben? Es wird kaum jemanden geben, der sich derzeit lieber z. B. einen russischen Pass wünscht.

Dass aus diffusem Gemeckere Staatsfeindlichkeit wird, ist jedoch nicht nur Schuld der offensichtlichen Demagogen. Auch Vertreter des bürgerlichen Lagers scheuen sich nicht vor unfairer Parteipolitik. Dass schwierige Zeiten auch zu Einschränkungen im Wohlstand führen, wird niemand infrage stellen – aber allzu viele sagen: „Nur bitte nicht für mich“.

Dieses Jahr können wir auf 75 Jahre Verfassung der Bundesrepublik Deutschland zurückblicken. Wir können den Müttern und Vätern der Verfassung für 75 Jahre Leben in Frieden und Rechtsstaatlichkeit danken. Tun wir dies mit offen gelebter Solidarität untereinander wie mit unserer Republik. Gerade als Kinderärzte.

Wir hoffen, dass Sie auch diese Kipra wieder lesenswert finden und dass die eine oder andere Anregung für Ihre tägliche kinderärztliche Arbeit dabei ist.

Prof. Dr. Knut Brockmann
Chefredakteur

HYFTOR 2mg/g Gel

sirolimus

NEU!

Bei facialen Angiofibromen, assoziiert mit tuberöser Sklerose

bei Erwachsenen, Kindern und
Jugendlichen im Alter von
6 Jahren und älter¹



- **Erstmalig** eine topische Sirolimus-Formulierung als Fertigarzneimittel **in Deutschland zugelassen**¹
- Wirksamkeit (mit **signifikanter Verbesserung des Hautbildes** gegenüber Placebo) und Verträglichkeit in klinischen Studien nachgewiesen²
- Gel **nicht fettend** und **schnell trocknend**
- Orphan Drug-Status, **rezeptierbar und erstattungsfähig**^{1,3}

Hyftor® 2 mg/g Gel. Hyftor 2 mg/g enthält 2 mg Sirolimus.
Sonstige Bestandteile: Ethanol, Carbomer, Trolamin, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Hyftor wird angewendet zur Behandlung von mit tuberöser Sklerose assoziierten facialen Angiofibromen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 Jahren und älter. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Sirolimus oder sonstige Bestandteile. **Dosierung:** Hyftor sollte zweimal täglich (morgens und vor dem Schlafengehen) auf die betroffene Stelle aufgetragen werden. Die Anwendung sollte auf Hautbereiche mit Angiofibromen beschränkt werden. Pro 50 cm² Läsion im Gesicht sollte eine Dosis von 125 mg Gel (oder 0,5 cm Gel, entsprechend 0,25 mg Sirolimus) angewendet werden. **Warn- und Vorsichtshinweise** (vgl. Fachinformation): Obwohl die systemische Exposition nach topischer Behandlung mit Hyftor viel geringer ist als nach einer systemischen Behandlung mit Sirolimus, sollte das Gel bei immungeschwächten Erwachsenen und Kindern als Vorsichtsmaßnahme nicht angewendet werden. Nicht anwenden auf Wunden, bei gereizter Haut, klin. Infektionskrankheiten, Hautbarrierestörungen. Kontakt mit Augen u. Schleimhäuten (Mund, Nase) vermeiden. Erhöhte Photosensibilität (Sonnenschutz empfohlen). **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Trockene Haut, Pruritus, Akne, Reizung an Applikationsstelle. *Häufig:* Konjunktivitis, Follikulitis, Furunkel, Tinea versicolor, Augenreizung, Augenlid-erythem, okuläre Hyperämie, nasale Beschwerden, Stomatitis, Asteatose, Dermatitis, Kontaktdermatitis, akneiforme Dermatitis, Hautzyste Ekzemp, Papel, Photosensibilitätsreaktion, juckender Ausschlag, seborrhoische Dermatitis, Dermatitis solaris, Urtikaria, Xerodermie, Erythem, Ausschlag, Hautexfoliation, Hautreizung, Hautblutung, Blutung, Parästhesie u. Schwellung an Applikationsstelle, Hautabschürfung. **Sonstige Informationen:** Nach erstem Öffnen 4 Wochen haltbar. Im Kühlschrank (2-8 °C) lagern. In Originalpack. aufbewahren. Inhalt vor Licht schützen. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: Plusultra pharma GmbH, Düsseldorf. Stand: November 2023.

Plusultra pharma

Editorial

Denk ich an Deutschland in der Nacht 3

Praxiskolumne

Antisemitismus – aktuelles Trauma 6

Aktuell

Meldungen aus
Wissenschaft und Politik 8

Der persönliche Blick

Pränatale Prävention: Zusammenarbeit
mit Gynäkologen/Geburtshelfern in der
Praxis und die Vorsorge U0 16

Fortbildung

Therapie und Sekundärprophylaxe von
Thrombosen im Kindes- und Jugendalter:
Erste Erfahrungen mit Rivaroxaban 20
Wolfgang Eberl et al.

Pädiatrische Patienten in der
Teledermatologie 26
Hanna Lindemann et al.

Aktuelle Fälle aus der Impfmedizin 32
Markus Knuf

Serie der YoungDGPI:
Halsschmerzen 34
Nicole Töpfer et al.

Gute Noten für NRW-Fortbildung
zur FamHeb oder FGKiKP in den
Frühen Hilfen 38
Petra Steffen et al.

Neue Leitlinien

Prävention dysregulierten Bildschirm-
mediengebrauchs in Kindheit und
Jugend 42
Uwe Büsching et al.



© Andrii Iemelyanenko - gettyimages

**Neue LL,
Teledermatologie,
Impfen,
Halsschmerzen
etc.**

Prophylaxe schwerer Erkrankungen
durch RSV bei Risikokindern 44
Christian Gille

Verfolgt einen Namen geben

Landesmedizinalrätin Dr. med.
Selma Segall 48
Georg Lilienthal

Sozialpädiatrie aktuell

Mitgliederversammlung 2023
in Hamburg 52

SPZ in Bayern – Anhaltspunkte
zur Bedarfsermittlung 56

Bundesverdienstorden
für Professorin Ute Thyen 59

Versorgung von Kindern und Jugend-
lichen – „Pädiatrie als Vorbild?“ 60

Forum Sozialpädiatrie im März 2024 62

Guter Output zu vielen Themen 65

Aus der Industrie 67

Impressum 72

Termine 72



© Titelbild: Oie - stock.adobe.com, zilvergolf - stock.adobe.com

Kinderärztliche Praxis online
Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin

*Die Artikel der Kinderärztlichen Praxis
können Sie auch kostenlos auf
unserem Portal www.kipra-online.de
lesen. Alles auf einen Klick – auch für
Tablet und Smartphone.*

*Für die Fortbildungsbeiträge und
Industriemeldungen müssen Sie sich
aus rechtlichen Gründen registrieren.*

Antisemitismus – aktuelles Trauma



Dr. med. Markus Landzettel ist seit 1998 in einer pädiatrischen Gemeinschaftspraxis in Darmstadt niedergelassen, ist Obmann des kinder- und jugendärztlichen Notdienstes und hat einen Lehrauftrag an der Pädagogischen Akademie in Darmstadt. Er hat 3 Kinder.

In meiner Praxis habe ich viele Familien unterschiedlicher Herkunft: Eine stammt aus Gaza, sie ist von dort vor Jahren geflohen, da Familienmitglieder durch israelischen Beschuss auf Reaktion von Raketenanschlägen der Hamas umgekommen waren. Die Familie ist sehr sympathisch und hat 4 Kinder. Sie sind alle hier in den Kindergarten und die Schule gegangen, sprechen gut Deutsch. Die beiden Ältesten machen gerade eine Ausbildung. Bisher waren sie immer in großer Sorge um die in Gaza verbliebenen Familienangehörigen, unter denen es leider auch immer mal wieder zu Todesopfern durch Beschuss aus Israel kam. Auch das Elend des kargen und kontrollierten Lebens dort hat sie sehr belastet. Dennoch kam nie ein Wort des Hasses gegen



UND SIE?
Das wollen wir wissen!

Israel über deren Lippen. Sie waren eher traurig und wünschten sich neben Frieden für alle auch einen eigenen Staat. Nach dem Terrorangriff der Hamas sind sie nun massiv verzweifelt, da sie um ihre Familie fürchten.

Eine andere jüdische Familie stammt aus der Ukraine und hat Verwandtschaft in Israel. Sie hat durch den Ukrainekrieg und den Angriff der Hamas in beiden Erdteilen Familienangehörige und Freunde verloren. Zudem fühlt sie sich nun auch in Deutschland nicht mehr sicher. Ich bin sprachlos und deprimiert, dass es immer die Zivilbevölkerung ist, die leiden muss.

Der (pädiatrische) Blick sollte ja immer auf die Seele und Psyche der Opfer gerichtet sein, um diesen bei der Verarbeitung des empfundenen Traumas zu helfen. Das war bei den oben genannten geflüchteten Kindern und Jugendlichen und denen aus Afghanistan, aus Syrien und anderen Ländern auch so.

gesellschaft tun sich nun einige erstaunlich schwer, den Opfern genügend Empathie entgegenzubringen. Die Freudentänze auf den propalästinensischen Demonstrationen, das Zerstören gehisster Israel-Flaggen und die merkwürdige Allianz deutschen antisemitischen Gedankenguts mit antiisraelischer muslimischer Hetze sind unübersehbar. Auch die vielen sinnlosen Diskussionen mit der Aufrechnung, wie viele Tote es auf welchen Seiten gegeben hat, und wer wann wie angefangen hat, verstellt den Blick auf das Leid der Zivilbevölkerung auf beiden Seiten.

Was macht dies alles mit unseren jüdischen Mitbürgern, welche Ängste und Sorgen führen zur Traumatisierung? Was ist zu tun? Wir müssen pädiatrisch handeln: zuhören, Verständnis für die Sorgen zeigen, beistehen, die Augen offenhalten und dort einschreiten, wo verfassungswidriges Handeln unterbunden werden kann.

Es muss dringend der Rückstand an Bildung aufgeholt werden. Damit können Vor-

»Es muss dringend der Rückstand an Bildung aufgeholt werden. Damit können Vorurteile und Feindbilder abgebaut werden.«

Wir leben in einer gefährlichen Zeit: Demagogen, Rechts- und Linksradikale, Trolle im Internet u. a. haben das soziale Klima in Deutschland nachhaltig gestört. Ich frage mich schon länger, warum eigentlich zwischen der sehr guten Arbeit der Sozial- und Kindheitspädagogik oder Erziehungswissenschaft in Kindergemeinschafts-Einrichtungen oder Schulen bei vielen Menschen so viel an Mitmenschlichkeit und sozialer Verantwortung verlorengeht.

Bei dem heimtückischen Anschlag der Hamas auf eine feiernde israelische Zivil-

urteile und Feindbilder abgebaut werden. Das müsste das Schulwesen als wichtigsten Bildungsauftrag verstehen, da dies auch die Demokratie schützt. Es muss das deutsche Strafrecht, Paragraph 86a, in den Schulen und öffentlichen Plätzen konsequenter bei verfassungswidrigen Verstößen angewendet werden. Und vieles mehr.

All das kann ein langwieriger Prozess sein. Aber man sollte umgehend damit anfangen – und zwar jetzt!

Dr. med. Markus Landzettel,
Darmstadt

ProQuad® – was sonst!



Der mMRV-Impfstoff von MSD



Der 4-fach-Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen von MSD.

- **Hohe Seroprotektionsraten** von Masern, Mumps, Röteln und Varizellen je 6 Wochen nach der ersten bzw. zweiten Impfung.*
- Mischen, **schwenken**, aufziehen, impfen.
- Seit **2017** in Deutschland vertrieben.

* für das Full Analysis Set



ProQuad® Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Wirkstoff: Masern-Mumps-Röteln-Varizellen-Lebendimpfstoff. **Zus.:** Arznei. wirts. Bestand.: 1 Dosis (0,5 ml) d. rekonstituierten Impfstoffs enth.: Masern-Virus, Stamm Enders' Edmonston (lebend, attenuiert, gezüchtet in Hühnerembryozellen), mind. 3,00 log₁₀ ZKID₅₀; Mumps-Virus, Stamm Jeryl-Lynn® (Level B), (lebend, attenuiert, gezüchtet in Hühnerembryozellen), mind. 4,30 log₁₀ ZKID₅₀; Röteln-Virus, Stamm Wistar RA 27/3 (lebend, attenuiert, gezüchtet in humanen diploiden Lungenfibroblasten [WI-38]), mind. 3,00 log₁₀ ZKID₅₀; Varicella-Virus, Stamm Oka/Merck (lebend, attenuiert, gezüchtet in humanen diploiden Zellen [MRC-5]), mind. 3,99 log₁₀ PBE. Sonstige Bestand.: Pfl.: Saccharose, Hydrolysierte Gelatine, Natriumchlorid, Sorbitol (E 420), Natriumglutamat, Natriumphosphat, Natriumhydrogencarbonat, Kaliumchlorid, Medium 199 mit Hanks' Salzen, Minimum Essential Medium, Eagle (MEM), Neomycin, Phenolrot, Salzsäure (zur pH-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Einstellung), Harnstoff. Lösungsm.: Wasser für Injektionszwecke. Kann Spuren von rekombinantem Humanalbumin (rHA) enthalten. Enth. Spuren von Neomycin. **Anw.:** Zur gleichzeit. aktiv. Immunisierung gg. Masern, Mumps, Röteln u. Varizellen bei Pers. ab 12 Monaten. Kann unter bes. Umständen (z. B. in Übereinstimmung mit entspr. nationalen Impfempf., bei Ausbruchssituat. od. bei Reisen in e. Region mit hoher Masern-Prävalenz) ab einem Alter von 9 Monaten verab. werden. ProQuad® sollte entsprechend den offiziellen Impfempfehlungen angewendet werden. **Gegenanz:** Überempf.-keit gg. e. Varizellen-Impf. od. Masern-, Mumps- od. Röteln-Impfst. od. gg. einen d. sonst. Bestand., einschl. Neomycin. Patholog. Blutbildveränd., Leukämie, Lymphome jegl. Art od. and. Malignome mit Auswirkung auf d. hämatopoet. od. lymphat. System. Behandl. mit Immunsuppressiva (einschl. hoher Dosen von Kortikosteroiden). Schwere humorale od. zelluläre Immundefizienz (angeboren od. erworben), z. B. schwere komb. Immundefizienz, Agammaglobulinämie u. AIDS od. symptomat. HIV-Infekt. od. ein altersspezif. CD4+ T-Lymphozyten-Anteil von < 25 % (bei Sgln. im Alter < 12 Monate), < 20 % (bei Kdrn. im Alter 12–35 Monate), < 15 % (bei Kdrn. im Alter 36–59 Monate). Bei stark immungeschw. Pat. die versehentl. e. Impfstoff mit Masern-Komponente erh., wurden Masern-Einschlusskörperchen-Enzephalitis, Pneumonitis u. Todesfälle als direkte Folge e. durch das Impfvirus ausgelösten disseminierten Masern-Infektion berichtet. Kongenitale od. erbli. Immunschwäche in d. Familienanamn., es sei denn, d. zu impfende Pers. hat ein nachgewiesenermaßen intaktes Immunsystem. Aktive, unbehand. Tuberkulose. Die Impf. mit e. Masern-Lebendimpfstoff führte bei Kdrn. unter tuberkulostat. Ther. nicht zu e. Exazerbation der Tuberkulose. Es gibt bisher keine Studien über die Auswirk. v. Masern-Impfstoffen auf Kdr. mit unbeh. Tuberkulose. Erkrank. mit Fieber > 38,5 °C (Impfung verschoben). Schwangerschaft. Bis einen Monat nach d. Impfung sollte e. Schwangerschaft verhindert werden. **Vorsicht bei:** Pers. mit Thrombozytopenie od. and. Blutgerinnungsstör (ProQuad® subkutan verab.). Bekannt. anaphylaktischen, anaphylaktoiden od. and. Überempf.-reakt. vom Soforttyp (wie Nesselsucht, Schwell. im Mund- u. Rachenraum, Atembeschw., Blutdruckabfall od. Schock) nach Verzehr v. Hühnerereim. Krampfanfällen od. zerebralen Schädig. in der Eigen- od. Familienanamn. Pers. unter 12 Monaten, die während e. Masern-Ausbruchs e. Impfstoff mit e. Masern-Komponente erhielt. od. aus e. and. Grund geimpft wurden. Pat. mit asymptom. HIV-Infekt., IgG-Subklassendefekt, angebor. Neutropenie, chron. granulomatöser Erkrank. u. Erkrank., d. mit einem Komplementdefekt einhergehen. Pat. mit eingeschränkter Immunantwort, für d. keine Kontraindikation zur Impf. besteht. Unvermeidlichem Kontakt m. empfängl. Hochrisiko-Personen (immunsupprim. Pers.; Schwangere od. Neugeb. v. Müttern ohne dokument. Varizellenanamnese od. ohne Laborbefunde, d. früh. Infekt. belegen). Nicht empf.: Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Fieber; Erythem od. Schmerz/Druckschmerz/Schmerzhaftigk. a. d. Injekt.-stelle. Häufig: Reizbark. Diarrhoe; Erbr. Masernartiger Ausschlag; Ausschlag; windpockenartiger Ausschlag. Erythema od. Schwellung a. d. Injekt.-stelle; Ausschlag a. d. Injekt.-stelle. Gelegentlich: Ohrinfekt.; Gastroenteritis; Otitis media; Pharyngitis; Virusinfekt.; viraler Hautausschlag. Vermind. Appetit. Weinen; Schlafstör. Fieberkrampf; Somnolenz; Husten; Atemwegskongestion; Rhinorrhoe. Dermatitis (einschl. Kontaktdermatitis u. atopischer Dermatitis); rötelnartiger Ausschlag; Urtikaria; Erythem. Asthenie; Ermüdung; Blutung a. d. Injekt.-stelle; Verhärtung a. d. Injekt.-stelle; Raumforderung a. d. Injekt.-stelle; Unwohlsein. Selten: Cellulitis; Atemwegsinfektion; Hautinfekt.; Tonsillitis; Windpocken; virale Konjunktivitis. Leukozytose; Lymphadenopathie. Überempf.-keit. Dehydratation. Apathie; Anhänglichk.; Unruhe. Ataxie; Krampfanfall; Kopfschmerzen; Hyperkinesie; Hypersomnie; Lethargie; Tremor. Konjunktivitis; Augenfluss; Bлеpharitis; Augenreizung; Schwellung d. Auges; okuläre Hyperämie; verstärkt. Tränensekret; Augenbeschwerden. Ohrenschmerzen. Flush; Blässe. Erkrank. e. Sinus; Niesen; Giemen. Schmerzen im Oberbauch; Übelkeit; Stomatitis. Kalter Schweiß; exfoliative Dermatitis; Medikamentenausschlag; Henoch-Schönlein-Purpura; papulöser Ausschlag; Pruritus; Hautverfärbung; Hautläsion; zosterartiger Ausschlag. Schmerz im Arm; muskuloskeletale Steifigkeit. Grippeähnli. Erk., Exfoliation a. d. Injekt.-stelle; Verfärb. a. d. Injekt.-stelle; Jucken a. d. Injekt.-stelle; Reaktion a. d. Injekt.-stelle; Narbenbildung a. d. Injekt.-stelle; Hyperthermie; Schmerz. Gewichtsverlust. Kontusion. Eingeschr. Alltagsaktivitäten. Nicht bekannt: Aseptische Meningitis; Enzephalitis; Epididymitis; Herpes zoster; Infektion; Masern; Orchitis; Parotitis. Lymphadenitis; Thrombozytopenie. Anaphylaktische Reakt.; anaphylaktische Reakt.; Angioödem; Gesichtsoedem; peripheres Ödem. Bell-Parésie; apoplekt. Insult; Schwindelgefühl; Enzephalopathie; Guillain-Barré-Syndrom; Masern-Einschlusskörperchen-Enzephalitis (MIBE); Augenmuskellähmungen; Parästhesie; Polyneuropathie; subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE); Synkope; Myelitis transversa. Augenlidödem; Optikusneuritis; Retinitis; retrobulbäre Neuritis. Schallempfindungsschwerhörigk. Extravasat. Bronchospasmus; Bronchitis; Pneumonitis; Pneumonie; Rhinitis; Sinusitis; Schmerzen im Oropharynx. Abdominalschmerz; Hämatochezie. Erythema multiforme; Panniculitis; Purpura; Hautinduration; SJS. Arthritis; Arthralgie; Schmerzen d. Muskel- u. Skelettsyst.; Myalgie; Schwellung. Beschw. a. d. Injekt.-stelle (Schmerz, Ödem, Urtikaria, Hämatom, Induration, Raumforderungen, Bläschen); Entzündung; Papillitis. Zusätzl.: Todesfälle als direkte Folge e. durch das Impfvirus ausgelösten disseminierten Masern-Infekt. u. durch das Impfvirus ausgelöste disseminierte Mumps- u. Röteln-Infekt. b. stark immungeschw. Pat., die versehentl. e. Impfstoff mit Masern-Komponente erhielten. In Post-Marketing-Beobachtungen selten Übertragung des Varicella-Impfvirus (Stamm Oka/Merck) zwischen ProQuad® Empfängern (mit od. ohne Varizellen-ähnli. Ausschlag) u. Kontaktpersonen. Nach Markteinf. wurde bei immunsuppr. Pers. über nekrotisierende Retinitis berichtet. **Warnhinw.:** Enthält Sorbitol. Nicht intravasal verabreichen. Für d. Fall von seltenen anaphylaktischen Reakt. geeignete mediz. Behandlungsmaßn. bereitstellen. Nach Impfung sollte über 6 Wochen keine salicylathaltigen Präparate eingenommen u. enger Kontakt mit f. Varizellen empfängl. Hochrisiko-Pers. vermieden werden. 1 Monat Mindestabstand zwischen Verabreichung e. Virus-Lebendimpfstoffs u. ProQuad®. Keine gleichzeit. Verab. mit Immunglobulin od. Varicella-Zoster-Ig. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnng von ProQuad® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

Meldungen aus Wissenschaft und Politik



© Shupvialt - stock.adobe.com

Bei der Kindergrundsicherung wäre weit mehr möglich

Der Kinderschützer Heinz Hilgers ist bekannt dafür, kein Blatt vor dem Mund zu nehmen. So war er in einem Exklusivinterview mit dem Deutschen Kinderbulletin vor der Illusion, dass 2,4 Milliarden Euro für die Finanzierung der Kindergrundsicherung ausreichen werden, um den notwendigen Systemwechsel zu schaffen und Kinderarmut wirksam zu bekämpfen. Hilgers: „Wir haben 14 Millionen Kinder in Deutschland und wenn man das einmal herunterrechnet, sind das pro Kind im Jahr 171 Euro mehr.“ Hilgers weiß, wovon er spricht, da der ehemalige Leiter des Jugendamtes Dormagen und Ehrenpräsident des Kinderschutzbundes auch der Mitbegründer des „Bündnis Kindergrundsicherung“ ist.

Die geplante Kindergrundsicherung soll Kinderarmut in Deutschland bekämpfen. Mit ihr sollen ab 2025 Leistungen für Familien wie Kindergeld, Kinderzuschlag und Leistungen zu einem Bürgergeld für Kinder zusammengefasst werden. Ein Garantiebtrag – das bisherige Kindergeld – soll nach den Plänen für alle Familien einkommensunabhängig gezahlt werden. Für Familien mit wenig oder keinem Einkommen soll es einen Zuschlag geben.

Diesen grundlegenden Ansatz hält Hilgers für richtig, weil er lange überfällige strukturelle Veränderungen impliziert. Doch die finanzielle Ausstattung der Kindergrundsicherung sei – gerade im Vergleich zu anderen Haushaltsposten – viel zu gering. Allein das Ehegattensplitting koste rund 25 Milliarden Euro jährlich, komme aber nicht zielgerichtet bei den Kindern an, die es brauchen. Für die Kinderfreibeträge müssen jährlich 3–5 Mrd. Euro veranschlagt werden, von denen auch Eltern mit Spitzeneinkommen profitieren. Es ist also laut Hilgers Geld im System der Familienförderung vorhanden, nur die Verteilung stimme nicht.

Ziel müsse es sein, finanzielle Leistungen für alle Kinder in angemessener Höhe zu erbringen, die echte Teilhabe ermöglichen. Dafür müsse aber erst einmal neu berechnet werden, was Kinder für ein gutes Aufwachsen brauchen. Hilgers: „Eine solche Neuberechnung ist aktuell leider nicht geplant, obwohl sie im Koalitionsvertrag vereinbart wurde“. Zudem müssten Geldleistungen möglichst automatisch bei den Familien ankommen, ohne große Antragskämpfe. Familien müssten zudem von Anfang an eine einzige Behörde als Ansprechpartner haben, wo sie sich mit allen Problemen digital und analog hinwenden können. Das Vorpreschen etwa aus Reihen der FDP, eine solche Sozialreform nur mit einem Gesamtkonzept für stärkere Arbeitsanreize im Sozialstaat zu beschließen, weist Hilgers hingegen im Interview mit dem Deutschen Kinderbulletin brüsk zurück: „Warum Eltern nicht oder wenig arbeiten, hat meist nichts mit dem Willen, sondern mit den äußeren Umständen zu tun, wenn es etwa keine ausreichende Betreuung für die Kinder gibt? Anstatt Eltern unter den Generalverdacht der Faulheit zu stellen, sollten Politiker besser ihre Energie dafür verwenden, die massiven Infrastrukturprobleme im Bereich der Kinderförderung endlich zu beseitigen.“

Die Initiatoren des Deutschen Kinderbulletins bestehen aus einer Gruppe von Bildungs- und Sozialwissenschaftlern, Kinder- und Jugendärzten und Fach-Journalisten, die die politische Kindermedizin in Deutschland stärken wollen. Dabei sollen auch Wege aufgezeigt werden, wie man sozial benachteiligte Kinder von Anfang an und so früh wie möglich fördern kann, um zu mehr Bildungsgerechtigkeit zu gelangen.

Mehr Infos unter www.deutsches-kinderbulletin.de

Raimund Schmid



Sorgenfreier durchs Leben.

Frühzeitig an Krebsprävention denken.

GARDASIL® 9 kann (Mädchen und Jungen) Impfschutz vor HPV-assoziierten Vorstufen maligner Läsionen und Karzinomen an der Zervix, Vulva, Vagina und Anus sowie vor Genitalwarzen bieten.¹



Die STIKO empfiehlt die HPV-Impfung als Standardimpfung im Alter von 9–14 Jahren für alle Mädchen und Jungen sowie die Nachholimpfung vor dem 18. Geburtstag.²

9-valenter Humaner Papillomvirus-Impfstoff
(rekombinant, adsorbiert)

¹ Fachinformation GARDASIL® 9, Stand Mai 2023

² Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2023. Epid Bull 2023;4:3-68 | DOI 10.25646/10829.



GARDASIL® 9 Injektionssuspension

GARDASIL® 9 Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Wirkstoff: 9-valenter Humaner Papillomvirus-Impfstoff (rekombinant, adsorbiert) **Zus.: Arznei. wirks. Bestandt.:** 1 Dosis (0,5 ml) enthält ca.: 30 µg HPV-Typ 6 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 11 L1-Protein, 60 µg HPV-Typ 16 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 18 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 31 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 33 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 45 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 52 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 58 L1-Protein, adsorbiert an amorphes Aluminiumhydroxyphosphat-sulfat-Adjuvans (0,5 mg Al); L1-Proteine in Form von virusähnlichen Partikeln, hergestellt in Hefezellen (*Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 [Stamm 1895]) mittels rekombinanter DNA-Technologie. **Sonst. Bestandt.:** Natriumchlorid, Histidin, Polysorbat 80, Natriumtetraborat x 10 H₂O, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.:** Aktive Immunisierung von Pers. ab 9 J. gg. folg. HPV-Erkrank.: Vorstufen malign. Läsionen u. Karzinome, die d. Zervix, Vulva, Vagina u. d. Anus betreffen u. d. durch d. Impfstoff-HPV-Typen verursacht werden; Genitalwarzen (*Condylomata acuminata*), d. durch spezifische HPV-Typen verur. werden. GARDASIL® 9 sollte entspr. den offiziellen Impfempf. angew. werden. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. die Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt.; Überempf. nach e. früh. Gabe von GARDASIL®/SILGARD® oder GARDASIL® 9. **Vorsicht bei:** Akute, schwere, fieberhafte Erkrankung (Impfung sollte verschoben werden). Eingeschr. Immunantwort (aufgr. einer Ther. mit stark wirks. Immunsuppressiva, e. genet. Defekts, e. HIV-Infekt. od. and. Ursachen). Thrombozytopenie od. and. Blutgerinnungsstör. Pers., d. innerh. 3 Mon. vor Impfung Immunglobuline od. Blutprod. erh. haben. Geimpfte Pers. (bes. Jugendl.) f. ca. 15 min nach Impf. beobachten. Auftreten v. Synkopen, manchmal m. Stürzen verbunden mgl., i. der Erholungsphase neurolog. Sympt. (wie vorübergehende Sehstör., Parästhesie u. ton.-klon. Beweg. d. Gliedmaßen) mgl. Vorsichtsmaßn. gg. Verletzungen d. Ohnmacht ergreifen. **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen. An der Injekt.-stelle: Schmerzen, Schwellung, Erythem. *Häufig:* Schwindel. Übelk. Fieber; Abgeschlagenh.; an der Injekt.-stelle: Pruritus, Einblutung. *Gelegentlich:* Lymphadenopathie. Synkope, manchmal begleitet von tonisch-klonischen Bewegungen. Erbrechen. Übelkeit. Arthralgie. Myalgie. Asthenie; Schüttelfrost; Unwohlsein. *Selten:* Überempf.-keit. *Nicht bekannt:* Anaphylaktische Reakt. *Nach Markteinführung d. 4v-HPV-Impfstoffs (Häufig, nicht bekannt):* Zellulitis a. d. Injekt.-stelle. Idiopathische thrombozytopen. Purpura. Anaphylaktoide Reakt.; Bronchospasmus. Akute dissemm. Enzephalomyelitis; Guillain-Barré-Syndrom. **Hinw.:** Nicht intravasal, subkutan od. intradermal verab. Keine Daten zur Austauschbar. mit bivalenten od. tetravalenten HPV-Impfstoffen. Hinw. zu Schwangerschaft beachten. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordn. von GARDASIL® 9 die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

Plötzlicher Kindstod: Todesursache ist oft zu klären

Um die Todesursache bei Kindern mit ungeklärtem plötzlichem Kindstod zu ermitteln und den trauernden Eltern Antworten auf Fragen zu diesem traumatischen Ereignis zu geben, wurde in den Niederlanden das PESUDY-Verfahren (*Postmortem Evaluation of Sudden Unexplained Death in Youth*) entwickelt.

Das PESUDY-Verfahren umfasst pädiatrische und gerichtsmedizinische Untersuchungen, biochemische und mikrobiologische Tests, radiologische Bildgebung, Autopsie und multidisziplinäre Besprechungen. Zwischen Oktober 2016 und Dezember 2021 wurden Daten über den Verlauf, modifizierbare Faktoren, frühere Symptome, durchgeführte Diagnosen und die Todesursache gesammelt.

Insgesamt wurden 214 Fälle untersucht und in 212 Fällen konnten die Daten für Forschungszwecke verwendet werden. Das Durchschnittsalter der verstorbenen Kinder betrug 11,0 Monate (IQR: 3,0 – 72,5 Monate). In 33 % der Fälle litten die Kinder an Komorbiditäten. In 28 % der Fälle wurde professionelle Hilfe in Anspruch genommen, bevor das Kind schwer erkrankte. Ungeklärte Todesfälle im Schlaf bei Kindern unter einem Jahr wurden als plötzlicher Kindstod (SIDS) eingestuft, wenn die Ursache nach gründlicher Untersuchung, einschließlich Autopsie, klinischer Anamnese und Überprüfung der Umstände, ungeklärt blieb. Ein nicht klassifizierter plötzlicher Säuglingstod (*Unclassified Sudden Infant Death, USID*) wurde angenommen, wenn ein Fall die Kriterien für SIDS erfüllte, aber alternative Diagnosen nicht eindeutig waren oder keine Autopsie durchgeführt wurde.



© Anke Thomass - stock.adobe.com

In 58 % der Fälle konnte die Todesursache geklärt werden, in 13 % der Fälle konnte immerhin eine plausible Todesursache ermittelt werden. Die meisten Kinder starben an Infektionskrankheiten, die zweithäufigste Todesursache waren nichtinfektiöse kardiale Ursachen. Bei 24 % der Kinder konnte die Todesursache nicht SIDS oder USID zugeordnet werden.

Dabei zeigte sich, dass bei einem erheblichen Teil der verstorbenen Kinder die medizinische Versorgung unzureichend war oder alarmierende Warnzeichen wie Atembeschwerden, Fieber bei Neugeborenen oder eine Blaufärbung der Haut übersehen wurden. Zudem hätten auch mitunter Eltern oder Betreuungspersonen nicht angemessen reagiert, das Kind längere Zeit unbeaufsichtigt gelassen oder seien nicht ausreichend instruiert worden. Dies müsse in Zukunft spürbar verbessert werden.

Katharina Maidhof-Schmid

Literatur

Pries AM, Ruskamp JM, Edelenbos E, Fuijkschot J, Semmekrot B et al. (2024) Systematic Approach to Evaluate Sudden Unexplained Death in Children. *J Pediatr* 264; <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113780>; in press



© MedTriX GmbH

Neu ab Januar 2024

Vom KiPra-Newsletter zum PädiatrieLetter

Ende Dezember erschien der KiPra-Newsletter zum letzten Mal in seiner bisherigen Form. Wir hoffen, wir konnten den Berufsalltag der vielen Abonentinnen und Abonnenten ein wenig bereichern und bedanken uns für die Treue.

Neu: Pädiatrische Themen aus mehreren Fachtiteln

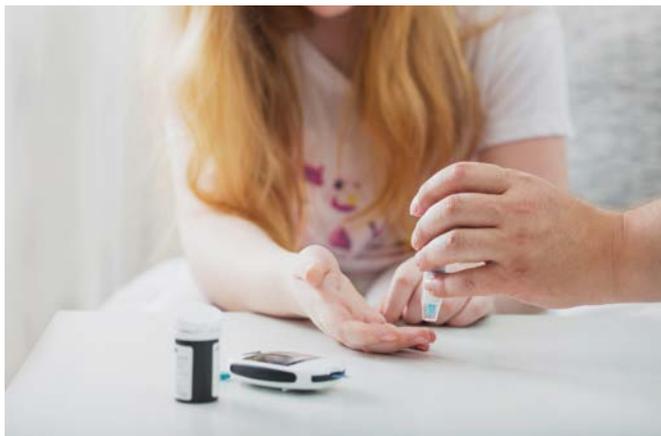
Die gute Nachricht: Unsere redaktionelle Arbeit geht weiter! Die Kinderärztliche Praxis hat seit dem 1. September 2023 im Medizin-Verlag MedTriX Group (u. a. bekannt für *Arzt & Wirtschaft*, *Journal Onkologie* und *Medical Tribune*) eine neue Heimat gefunden. Unter der neuen Flagge „**PädiatrieLetter**“ führen wir ab Januar 2024 alle pädiatrisch relevanten Beiträge aus den führenden Fachtiteln der MedTriX Group für Sie zusammen. Durch diese Integration können wir Ihnen nun einen noch größeren Nutzwert für Ihren Alltag in Klinik und Praxis bieten. Der PädiatrieLetter erscheint ab 18. Januar einmal im Monat – immer donnerstags.

Wir freuen uns darauf, Sie weiterhin gebündelt mit pädiatrischen Themen und Neuigkeiten versorgen zu dürfen.

Sie möchten auf dem Laufenden bleiben und den PädiatrieLetter kennenlernen? Hier geht's zu Anmeldung: www.medical-tribune.de/verlag/online/paedriatrieletter-fuer-fachaerztinnen



Die Redaktion



© Maya Kucharkova - stock.adobe.com

Teplizumab und Betazellfunktion bei kürzlich diagnostiziertem Typ-1-Diabetes

Teplizumab ist ein humanisierter, monoklonaler Antikörper gegen CD3 auf T-Zellen und kürzlich von der FDA zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 zugelassen worden.

In einer randomisierten, placebokontrollierten Studie (Phase-III) wurde an 328 Patientinnen und Patienten ermittelt, ob Teplizumab zu einer Erhaltung der β -Zell-Funktion beitragen kann. Die Patientinnen und Patienten, die Teplizumab (217) erhielten, wiesen signifikant höhere C-Peptid-Level auf als jene, die mit Placebo behandelt wurden (111). Gemessen wurde nach 78 Wochen. Rund 94,9 % (95 %-Konfidenzintervall 89,5 – 97,6) der mit Teplizumab behandelten Patientinnen und Patienten wiesen einen C-Peptid-Level von 0,2 pmol/ml und höher auf als 79,2 % (95 %-KI 67,7 – 87,4) aus der Placebogruppe. Die unerwünschten Wirkungen waren ähnlich in beiden Gruppen.

Die Autoren schließen aus dieser multizentrischen Untersuchung, dass eine 12-tägige Behandlung mit Teplizumab bei Kindern und Jugendlichen mit einem kürzlich diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 1 einen deutlichen „Benefit“ bezüglich der β -Zell-Funktion aufweist. Die hier nicht besprochenen sekundären Endpunkte ließen sich nicht günstig beeinflussen.

Kommentar: Teplizumab als monoklonaler Antikörper gegen CD3 auf T-Zellen hat einen wichtigen Einfluss auf die Erhaltung der β -Zell-Funktion bei kürzlich diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetikern mit Diabetes mellitus Typ 1. Es bleibt abzuwarten, wie der letztendliche Stellenwert der Medikation bei diesen Patientinnen und Patienten dann ausfällt.

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf, Worms

Literatur

Ramos EL et al. (2023) Teplizumab and β -cell function in newly diagnosed Typ 1 Diabetes. N Engl J Med 389: 2151 – 2161

Immer mehr Pädiater – und doch zu wenige

Eigentlich sollte die Welt der Pädiaterinnen und Pädiater in Ordnung sein. Denn erfreulicherweise hat die Zahl der Kinderärztinnen und -ärzte in Deutschland in den vergangenen 10 Jahren deutlich zugenommen: Ende 2022 waren nach Daten der Bundesärztekammer gut 14.800 Ärztinnen und Ärzte behandelnd in der Kindermedizin tätig, wie es das Statistische Bundesamt in Wiesbaden ausweist (55 % davon ambulant und 45 % stationär). 10 Jahre zuvor waren es erst 12.000 gewesen, satte 24 % weniger als derzeit.

Die Pädiaterwelt ist aber nicht in Ordnung und die Welt der zu behandelnden Kinder mitsamt ihren Familien erst recht nicht.

Denn mit der Zunahme der Pädiaterinnen und Pädiater ging noch lange nicht eine Zunahme der Behandlungskapazitäten einher.

Im Gegenteil: Die Wartezeiten werden immer länger und viele Praxen nehmen schon gar keine neuen Patientinnen und Patienten mehr an. Dafür gibt es unzählige Gründe: eine steigende Arbeitsbelastung durch die Fortschritte in der Medizin und immer anspruchsvollere Eltern oder strukturelle Änderungen wie etwa mehr Teilzeittätigkeiten in der Fachgruppe. Hinzu kommt eine steigende Zahl von Kindern.

Während es Ende 2012 noch knapp 10,7 Millionen Jungen und Mädchen im Alter bis 14 Jahren gab, waren es Ende 2022 bereits fast 12 Millionen. Plus die Kinder mit Fluchthintergrund, insbesondere aus Syrien, der Ukraine und weiteren Ländern, die zusätzlich versorgt werden müssen.



© Simple Line - stock.adobe.com

Kommentar: Nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamtes müssen eigentlich bei allen – insbesondere bei den noch jüngeren – Kinderärztinnen und -ärzten die Alarmglocken schrillen. Sie werden künftig noch mehr zu tun bekommen. Denn Ende 2022 war gut jede/r fünfte Pädiaterin/Pädiater (22 %) 60 Jahre oder älter. Ende 2012 waren erst 16 % über 60 Jahre alt. Die Anzahl der Weiterbildungs-Abschlüsse pro Jahr reicht bei weitem nicht aus, diese Lücke zu schließen. Wenn kein Wunder geschieht oder noch mehr Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland nach Deutschland gelockt werden können, werden also immer mehr Pädiaterinnen und Pädiater fehlen. Und das bei weiter steigenden Behandlungserfordernissen! Ein Teufelskreis, aus dem nun endlich ernsthaft nach politischen Lösungen gesucht werden muss.

Raimund Schmid



Kongenitale CMV-Infektion: Kann eine antivirale Therapie den Verlust der Hörfähigkeit verhindern?*

Die kongenitale Zytomegalievirus-Infektion (cCMV) ist die häufigste nichtgenetische Ursache für Schallempfindungsschwerhörigkeit (SNHL) bei Kindern. In den USA kommen cCMV bei schätzungsweise 5 von 1.000 Lebendgeburten vor [1]. Die meisten cCMV-Infektionen bleiben unerkannt. Neugeborene werden in der Regel wegen auffälliger, pränataler Ultraschallbefunde auf cCMV getestet, bei einem klinischen Verdacht auf cCMV (Mikrozephalie, Thrombopenie), bei der Geburt, aufgrund einer mütterlichen Anamnese mit einer CMV-Infektion während der Schwangerschaft oder im Rahmen einer Hörtestung.

Etwa 10 % der infizierten Säuglinge zeigen bei der Geburt klinische Befunde wie Purpura, Petechien, Ikterus, Hepatosplenomegalie, Retinitis oder eine Mikrozephalie [1]. Bis zu 50 % der symptomatischen Säuglinge und 15 % der asymptomatischen Säuglinge leiden entweder bei der Geburt oder mit verzögertem Beginn an einer SNHL, die stabil, schwankend oder progressiv sein kann [1]. Säuglingen, bei denen eine cCMV-Infektion diagnostiziert wurde, kann eine antivirale Behandlung angeboten werden. Die Rationale der Off-Label-Behandlung ist, das Gehör zu erhalten und ggf. die Entwicklungsergebnisse zu verbessern.

Empfehlungen der American Academy of Pediatrics

Die *American Academy of Pediatrics* (AAP) empfiehlt entweder intravenös Ganciclovir oder orales Valganciclovir (Ganciclovir-Prodrug) für Säuglinge mit einer mittelschweren bis schweren

symptomatischen cCMV-Erkrankung. Die Behandlung sollte innerhalb des ersten Lebensmonats begonnen werden [1]. Die Behandlung wird für Säuglinge mit isolierter SNHL nicht empfohlen [1, 2]. Viele europäische Expertinnen und Experten klassifizieren eine isolierter SNHL bei Säuglingen als schwere symptomatische cCMV-Erkrankung und empfehlen eine antivirale Behandlung [3]. Trotz der Empfehlung der AAP hat die antivirale Behandlung von Säuglingen mit cCMV ohne klinische Befunde zugenommen [4].

Aktuelle Studiendaten

In zwei klinischen Studien schien Ganciclovir oder Valganciclovir, wenn innerhalb des ersten Monats mit der Behandlung begonnen wurde, das Gehör und den Entwicklungsstatus zu verbessern [5, 6]. Auch haben Beobachtungsstudien ergeben, dass Säuglinge mit symptomatischer cCMV-Infektion und Hörverlust, die antiviral behandelt wurden, offenbar eine geringere Verschlechterung des Hörvermögens, insbesondere bei leichter bis schwerer Hörbehinderung zu Studienbeginn aufwiesen [7]. Eine placebokontrollierte Studie mit Valganciclovir bei Kindern mit verzögert einsetzender SNHL zeigte eine Verschlechterung des Hörvermögens in 23 % (6/26) der behandelten Kinder im Vergleich zu 4 % (1/28) der mit Placebo therapierten Kinder [8]. Eine offene Studie zur Bewertung der Valganciclovir-Behandlung zur Gehörverlustprävention bei Säuglingen mit asymptomatischer cCMV ist vor Kurzem aus Sicherheitsgründen abgebrochen worden [9]. In den Niederlanden wird aktuell geprüft, ob eine 6-wöchige Valganciclovir-Therapie eine Hörschädigung bei Säuglingen im Alter von einem Jahr mit

*nach einem Kommentar von Lanzieri TM et al. (2023) Considering antiviral treatment to preserve hearing in congenital CMV. *Pediatrics* 151: 1–3

cCMV und isolierter SNHL im Vergleich zu fehlender Behandlung verhindert. Die Ergebnisse sind noch nicht verfügbar [10].

Letztendlich sind mehr valide Daten notwendig, um zu klären, ob die Vorteile einer Behandlung mit Valganciclovir die Risiken eindeutig überwiegen. Hämatologische, unerwünschte Ereignisse (UAW) treten bei 29 % der Säuglinge mit cCMV, die mit Valganciclovir behandelt wurden, auf. Die häufigste UAW ist die Neutropenie [11].

Kommentar: Die Frage, ob eine antivirale Therapie zur Verhinderung des Verlustes der Hörfähigkeit bei Kindern mit kongenitaler CMV-Infektion führt, ist eminent wichtig. Hörminderung und Hörverlust führen zu fehlender Teilhabe und eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten. Außerdem sind dann langfristige, belastende Behandlungen notwendig. Die Studienlage ist uneinheitlich und das Vorgehen basiert auf Expertenempfehlungen oder Leitlinien. Eine solche Leitlinie wird gerade in Deutschland bearbeitet. Die Versuchung ist groß, aus dem individuellen Ermessen heraus eine antivirale Therapie durchzuführen. Dem sind schwerwiegende UAW und die Möglichkeiten eines standardisierten Hörscreenings reflektiert gegenüberzustellen.

Literatur

1. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH (2021) Cytomegalovirus infection. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics
2. Rawlinson WD, Boppana SB, Fowler KB et al. (2017) Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy. *Lancet Infect Dis* 17 (6): e177–e188
3. Luck SE, Wieringa JW, Blazquez-Gamero D et al (2017) ESPID Congenital CMV Group Meeting, Leipzig 2015. Congenital cytomegalovirus: a European expert consensus statement on diagnosis and management. *Pediatr Infect Dis J* 36 (12): 1205–1213
4. Leung J, Grosse SD, Hong K, Pesch MH, Lanzieri TM (2022) Changes in valganciclovir use among infants with congenital cytomegalovirus diagnosis in the United States, 2009–2015 and 2016–2019. *J Pediatr* 246: 274–278
5. Kimberlin DW, Lin CY, Sanchez PJ et al. (2003) National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. Effect of ganciclovir therapy on hearing in symptomatic congenital cytomegalovirus disease involving the central nervous system: a randomized, controlled trial. *J Pediatr* 143 (1): 16–25
6. Kimberlin DW, Jester PM, Sanchez PJ et al. (2015) National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. Valganciclovir for symptomatic congenital cytomegalovirus disease. *N Engl J Med* 372 (10): 933–943
7. De Cuyper E, Acke F, Keymeulen A, Dhooge I (2022) The effect of (val) ganciclovir on hearing in congenital cytomegalovirus: a systematic review. *Laryngoscope* 132 (11): 2241–2250
8. Lanzieri TM, Caviness AC, Blum P, Demmler-Harrison G (2022) Congenital Cytomegalovirus Longitudinal Study Group. Progressive, long-term hearing loss in congenital CMV disease after ganciclovir therapy. *J Pediatric Infect Dis Soc* 11 (1): 16–23
9. U.S. National Library of Medicine. Asymptomatic congenital CMV treatment. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03301415?cond=Congenital+Cmv&draw=2&rank=2>. Accessed August 17, 2022
10. U.S. National Library of Medicine. Congenital cytomegalovirus: efficacy of antiviral treatment in a randomized controlled trial (CONCERT). Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01655212?cond=Congenital+Cmv&draw=1&rank=7>. Accessed October 4, 2022
11. Ziv L, Yacobovich J, Pardo J et al. (2019) Hematologic adverse events associated with prolonged valganciclovir treatment in congenital cytomegalovirus infection. *Pediatr Infect Dis J* 38 (2): 127–130

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf

SARS-CoV-2: Aktiveres Immunsystem in den Atemwegen schützt Kinder vor schweren Verläufen

Warum kam und kommt es bei Kindern und Jugendlichen bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 viel seltener zu schweren Verläufen als bei Erwachsenen? Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) fanden heraus: Das Immunsystem in den oberen Atemwegen ist bei Kindern bereits vor der Infektion wesentlich aktiver als bei Erwachsenen und damit besser gewappnet im Kampf gegen das Virus.

Dauerhaft erhöhte Alarmbereitschaft

Ein wichtiger Schritt zum Verständnis der Ursachen für diese bemerkenswerte Resistenz von Kindern gegen eine schwere COVID-19-Erkrankung gelang Forscherinnen und Forschern vom *Berlin Institute of Health in der Charité* (BIH) und dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) bereits 2022: Sie fanden heraus, dass die Epithelzellen der Nasenschleimhaut von gesunden Kindern dauerhaft in „erhöhter Alarmbereitschaft“ sind. Der molekulare Hintergrund: Die Sensorproteine, die das Virus an seinem RNA-Erbgut erkennen und eine Interferon-Antwort einleiten, sind in den Zellen der kindlichen Nasenschleimhaut deutlich stärker ausgeprägt als bei

Erwachsenen. Dadurch kann das Virus, sobald es in der Zelle ankommt, schnell erkannt und bekämpft werden. Doch woran liegt es, dass die Nasenschleimhaut der Kinder so viel besser auf die Abwehr von SARS-CoV-2 vorbereitet ist?

Im Vergleich zu Erwachsenen wird die Nasenschleimhaut der Kinder nicht nur von deutlich mehr Immunzellen besiedelt. Bereits bei gesunden, nichtinfizierten Kindern produzieren die einzelnen Immunzellen mehr entzündungsfördernde Botenstoffe, sogenannte Zytokine. Über diese Botenstoffe kommuniziert das Immunsystem mit den Schleimhautzellen und regt sie zur Produktion der Sensorproteine an. Man konnte zeigen, dass die Anwesenheit niedriger Dosen dieser Zytokine die Epithelzellen der Atemwege in erhöhter Alarmbereitschaft hält. Die Schleimhautzellen wappnen sich dann, indem sie die Produktion der Virus-Sensorproteine hochfahren, und können so weitaus schneller auf die Infektion mit SARS-CoV-2 reagieren.

Red.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum



© Ricardo Nieb Mayer - stock.adobe.com

Neuer Konjugatimpfstoff gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W, Y und X in Mali und Gambia geprüft

Im sogenannten afrikanischen „Meningitisgürtel“ treten seit einiger Zeit vor allem Meningokokken-Infektionen der Serogruppe X auf. Eine multizentrische Arbeitsgruppe hat in einer Phase-III-Studie bei 2 bis 29 Jahre alten Probandinnen und Probanden in Mali und Gambia einen MenACWYX-Konjugat-Impfstoff geprüft. Ziel war es, die serologische Antwort im Vergleich zu einer quadrivalenten MenACWY-D-Vaccine zu prüfen.

Insgesamt wurden 1.800 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Studie eingeschlossen. Diejenigen, die den Prüfindimpfstoff erhielten wiesen zu 70,5 % (95 %-Konfidenzintervall (KI) 67,8 – 73,2) eine Serokonversion gegen die Serogruppe A, zu 98,5 % (95 %-KI 97,6 – 99,2) gegen die Serogruppe W und zu 97,2 % gegen die Serogruppe X (95 %-KI 60 – 98,1) auf.

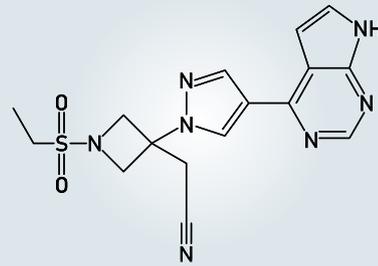
Die Autoren schließen aus der Untersuchung, dass die Test-Vaccine im Vergleich zu einem etablierten MenACWY-Impfstoff ein vergleichbares Immunogenitätsprofil aufwies. Es ließ sich eine relevante Serokonversion gegen die Serogruppe X messen. Die Sicherheitsdaten fielen in beiden Gruppen vergleichbar aus.

Kommentar: Die Autoren prüften bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen neuen konjugierten Meningokokken-ACWYX-Impfstoff im Vergleich zu einem etablierten MenACWY-D-Impfstoff. Die serologischen Ergebnisse fielen vergleichbar aus. Angesichts der Bedeutung von X im „Meningitisgürtel“ im Bereich der Sahara, ist eine rasche Entwicklung eines dort sinnvoll einsetzbaren Konjugat-Impfstoffs zu begrüßen.

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf, Worms

Literatur

Haidara FC et al. (2023) Meningococcal ACWYX Conjugate Vaccine in 2-to-29-Year-Olds in Mali and Gambia. *New Engl J Med* 388: 1942 – 1955



© Alexander - stock.adobe.com

Wirksamkeit des Januskinase-Inhibitors Baricitinib und Betazellfunktion bei Typ-1-Diabetes

Januskinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren) blockieren im Zytokin-Signalweg und sind effektive Krankheits-modifizierende Medikamente bei verschiedenen Autoimmunerkrankungen. Vor diesem Hintergrund hat sich eine amerikanische Studiengruppe die Frage gestellt, ob ein solcher JAK-Inhibitor (Baricitinib) nicht auch eine erfolgsversprechende Therapieoption bei Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 1 sein könnte.

In einer doppelblind-randomisierten, placebokontrollierten Phase-II-Studie wurden Patientinnen und Patienten mit frischer Diabetes-mellitus-Typ-1-Diagnose 100 Tage entweder mit Baricitinib oder Placebo behandelt. Als primärer Endpunkt wurde die C-Peptid-Konzentration im Blut zu einem definierten Zeitpunkt gewählt. Sekundäre Endpunkte waren das HbA_{1c}, die tägliche Insulindosis bzw. eine effektive Glukosekontrolle. Es wurden 91 Patientinnen und Patienten mit einem mittleren Alter von 18 Jahren in die Studie eingeschlossen. 32 Patienten in der Baricitinib-Gruppe waren jünger als 18 Jahre, 17 Patienten in der Placebo-Gruppe. 60 erhielten Baricitinib und 31 Placebo. Der Median des C-Peptid-Levels nach 48 Wochen war 0,6 nmol/l/min (*interquartile range* 0,31 – 0,82) in der Baricitinib-Gruppe und 0,43 nmol/l/min (*interquartile range* 0,13 – 0,63) in der Placebo-Gruppe. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p = 0,001$). Die tägliche Insulindosis nach 48 Wochen war 0,41 U/kgKG/d (95 %-Konfidenzintervall (KI) 0,35 – 0,48) in der Baricitinib-Gruppe, 0,52 U/kgKG/d (95 %-KI 0,44 – 0,6) in der Placebo-Gruppe. Die HbA_{1c}-Werte in beiden Gruppen fielen ähnlich aus. Die Glukoseüberwachung (Blutzuckerwerte in der kontinuierlichen Messung) war etwas stabiler in der Baricitinib-Gruppe.

Die Autoren schließen aus der Studie bei kürzlich diagnostizierten Patientinnen und Patienten mit Typ-1-Diabetes, dass die β -Zell-Funktion mit Baricitinib erhalten werden kann.

Kommentar: Die etwas einfach gedachte Schlussfolgerung, dass ein Immunmodulator eine autoimmunologisch bedingte Erkrankung kurierend beeinflussen kann, bestätigt die Studie nicht unbedingt. Eine „Heilung“ von Diabetes mellitus Typ 1 konnte nicht erzielt werden. Es bleibt abzuwarten, ob Baricitinib eine „adjuvante Funktion“ der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erhält.

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf, Worms

Literatur

Waibel M et al. (2023) Baricitinib and β -Cell function in patients with New-Onset Type 1 Diabetes. *N Engl J Med* 389: 2140 – 50

Nasivin®

Geben Sie winzigen verstopften Nasen die besondere Behandlung, die sie brauchen

Befreit die Nase
OHNE KONSERVIERUNGSTOFFE

Nasivin® Dosiertropfer Baby bietet eine wirksame Therapieoption¹ für verstopfte Nasen schon im 1. Lebensjahr, denn es:

- Enthält Oxymetazolin in einer pädiatrischen Konzentration von 0,01 %
- Wirkt abschwellend und langanhaltend bis zu 12 Stunden²
- Ist frei von Konservierungsstoffen
- Bietet eine einfache Anwendung mit der Möglichkeit zur exakten Dosierung dank der „Springender-Tropfen-Technologie“: einmal drücken = ein Tropfen

Wenn ein Baby an einer verstopften Nase leidet, können Sie Nasivin® Dosiertropfer Baby bereits ab der 1. Lebenswoche empfehlen.



1. Bergner A., Tschaikein M., Schnupfenbehandlung bei Babys und Kleinkindern, Deutsche Apotheker Zeitung, DAZ 2005, Nr. 44, S. 97, 30.10.2005

2. Martindale: The complete drug reference. Oxymetazoline Hydrochloride; The Royal Pharmaceutical Society Britain 2017.

Bezeichnung: Nasivin® Dosiertropfer ohne Konservierungsstoffe Baby (0,1 mg/ml). **Wirkstoff:** Oxymetazolinhydrochlorid. **Zusammensetzung:** 1 ml Lösung enthält 0,1 mg Oxymetazolinhydrochlorid entsprechend 0,01 %. **Sonstige Bestandteile:** Citronensäure-Monohydrat, Natriumcitrat 2 H₂O, Glycerol 85 %, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Akute, allergische und vasomotorische Rhinitis. Zur Erleichterung des Sekretabflusses bei Entzündungen der Nasennebenhöhlen sowie bei Tubenkatarrh in Verbindung mit Schnupfen. Zur diagnostischen Schleimhautabschwellung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Rhinitis sicca. Darf nicht nach transspenoidaler Hypophysektomie oder anderen chirurgischen Eingriffen, die die Dura mater freilegen, angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Erkrankungen des Nervensystems: Sehr selten: Schläfrigkeit, Sedierung, Kopfschmerzen, Konvulsionen (insbesondere bei Kindern). Psychiatrische Erkrankungen: Sehr selten: Unruhe, Schlaflosigkeit, Halluzinationen (vorrangig bei Kindern). Herzerkrankungen und vaskuläre Erkrankungen: Selten: Herzklopfen, Tachykardie, Hypertonie; Sehr selten: Arrhythmien. Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums: Häufig: Brennen und Trockenheit der Nasenschleimhaut, Niesen; Gelegentlich: Nach Abklingen der Wirkung verstärkte Schleimhautschwellung, Nasenbluten; Sehr selten: Apnoe bei jungen Säuglingen und Neugeborenen. Erkrankungen des Immunsystems: Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreaktionen (Angioödem, Hautausschlag, Juckreiz). Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: Sehr selten: Erschöpfung (Müdigkeit); Nicht bekannt: Tachyphylaxie (bei langfristiger Anwendung oder Überdosierung). **Pharmazeutischer Unternehmer:** P&G Health Germany GmbH, Sulzbacher Strasse 40, 65824 Schwalbach am Taunus. Stand: Mai 2019

Pränatale Prävention

Zusammenarbeit mit Gynäkologen/Geburtshelfern in der Praxis und die Vorsorge Uo

Stephan H. Nolte | Marburg/Lahn

Mit der Transition von der pränatalen in die postnatale Betreuung tun wir uns in der ambulanten Medizin weiterhin schwer. Für die Geburtshelfer endet mit der Geburt die Verantwortung für das Kind, und die Pädiaterinnen und Pädiater werden in der Regel nicht unmittelbar postnatal tätig, sondern erst mit dem Ende der Neugeborenenzeit, bei der U3. Oft ist bis dahin schon viel Vermeidbares geschehen, sind Weichen falsch gestellt worden. Die einzige und wichtigste Brücke ist die Hebammentätigkeit, die in unseren Kreisen nur zu oft geringgeschätzt wird. Hier gibt es im Sinne der optimalen Betreuung der Neugeborenen, jenseits von gegenseitig vorgeworfenen ideologischen Verblendungen, noch viel zu tun.

Seit 3 Jahren ist durch die Aufnahme einer eigenen Abrechnungsziffer die Zusammenarbeit zwischen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Pädiaterinnen bzw. Pädiatern für manche Fälle „amtlich“ geworden. Jedoch hat es sich noch nicht herumgesprochen und wird kontrovers diskutiert.

Neue Gebührenordnungsposition

Am 01. 04. 2020 wurde mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 01799 EBM eine Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin („gemäß Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in Verbindung mit § 2a Absatz 1 SchKG“) aufgenommen und mit 65 Punkten (7,14 Euro) bewertet [1]. Der obligate Leistungsinhalt ist die Aufklärung und Beratung einer Schwangeren, die Abrechnungsbestimmung je vollendete 5 Minuten. In der Anmerkung dazu

heißt es: „Die Gebührenordnungsposition 01799 ist nur durch den hinzugezogenen Arzt mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Diagnose gemäß § 2a Absatz 1 SchKG und höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.“ Allerdings scheinen die Grenzen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz eng: Im § 2a heißt es im Wortlaut: „Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen [Anm. des Autors: Dazu gehört m. E. auch die Anamnese, ohne Vorliegen „harter“ Befunde, etwa beim fetalen Alkoholsyndrom] dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. [...]“

Da psychosoziale Aspekte und geistige Gesundheit, ebenso die möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen ausdrücklich erwähnt werden, kann die Ziffer nach meinem Dafürhalten sehr weit ausgelegt werden, etwa bei psychosozialen Notlagen, Drogen- oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, und nicht nur bei harten Befunden der Pränataldiagnostik. Dem Autor ist aber seit Inkrafttreten dieser Vereinbarung persönlich noch kein Fall bekannt geworden, bei dem sich eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe an eine Pädiaterin oder einen Pädiater gewandt hätte.

3 Jahre Erfahrung mit dieser Abrechnungsziffer

Im Jahre 2022 wurde in Hessen die GOP 01799 insgesamt 40x mit einem Honorarumfang von 293 Euro von 4 Ärzten in 3 Praxen abgerechnet, im ersten Quartal 2023 von 3 Ärzten in 2 Praxen mit einer Häufigkeit von 12 Leistungen und etwa ca. 88 Euro Honoraranforderung [2]. Die Ziffer ist in der Praxis somit nicht existent. Warum wird diese Abrechnungsmöglichkeit nicht in Anspruch genommen?

Zum einen, weil die bis zur Geburt betreuenden Gynäkologinnen und Gynäkologen diese Möglichkeit nicht kennen oder nicht daran denken, und die Pädiaterin oder der Pädiater nicht von sich aus tätig werden kann, da er die Eltern, wenn er nicht aktiv aufgesucht wird, noch nicht kennen kann. Zum anderen ist die mehr als bescheidene Honorierung keine Motivation: Dazu wurde vom Autor in der Verbandszeitung [3] sowie im pädiatrischen Intranet (Pädinform) des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) die Informationen weitergegeben. **Stimmen aus der Kollegenschaft** äußerten sich wie folgt:

„Ich muss gestehen, dass ich bislang die 01799 gar nicht kannte. Wie Sie daraufkommen, ernsthaft von Bezahlung, statt von blankem Hohn zu sprechen, erschließt sich mir nicht. Ich werde die 01799 also schleunigst wieder vergessen.“

„Für 7,14 Euro: irgendwann reicht's, so positiv der Beratungsansatz zu sehen wäre. Ich habe meine Berufsausübung immer ernst genommen, aber so geht es nicht.“



Eine vorausschauende Beratung und Betreuung kann viel ersparen, vor allem den Kindern und ihren Eltern, aber auch uns Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten.

„Auf der einen Seite ist mir die 01799 unbekannt, auf der anderen Seite hat sich noch nie eine Schwangere vor Geburt mit fachlichen Fragen jenseits von ‚ich suche noch einen Kinderarzt‘ an mich gewandt.“

„Da mir die 01799 auch nicht bekannt war, habe ich auch recherchiert [...]. Der Verweis auf die Anlage der Mutterschaftsrichtlinie grenzt die Voraussetzungen für diese Ziffer meiner Meinung nach doch sehr eng ein.“

Ein substanzieller Kommentar kam von Marcus Heidemann, Bielefeld (Anm. des Autors: Da es sich bei Pädinform um ein geschlossenes Forum handelt, habe ich Herrn Heidemann um ein Einverständnis für eine namentliche Nennung gebeten, wofür ich danke.), der schrieb:

„Die Fakten um die Ziffer 01799 sind in der Tat beschämend. Zunächst geht es bei der Ziffer nicht wie bei der Uo um eine allgemeine Beratung oder ein Kennenlernen und somit eine Wohlfühl-Vorberei-

tungs-Präventionsmedizin, sondern die Erschaffung und der Hintergrund der Ziffer 01799 ist die Tatsache, dass diese Ziffer im Rahmen der Beratungsgesetze bei Risiko-Schwangerschaften und einer bereits während der Schwangerschaft festgestellten Erkrankung oder Behinderung eines Kindes eingeführt wurde. Die Mutter oder die Eltern sollen eben nicht nur von einem Humangenetiker oder einem Gynäkologen hören, wie krank ihr Kind sein wird, sondern von einem Pädiater, der sich mit entsprechenden Störungen auskennt und den Eltern somit einen entsprechenden Eindruck der späteren medizinischen Betreuung, der Chancen und Risiken, aber auch des Lei-

dens oder der Lebensperspektive erläutern kann.

Es geht auch darum, dass wir Pädiater etwa bei einer festgestellten schweren Erkrankung Mut machen oder den Eltern auch die Chance geben, durch realistische Darstellung der Schwere der Behinderung eine sachliche Entscheidung über Schwangerschaftsabbruch oder nicht auch mit Fakten zu untermauern.

»Gebührenordnungsposition (GOP) 01799 EBM: Warum wird diese Abrechnungsmöglichkeit nicht in Anspruch genommen?«

Kurz: Es geht um Leben und Tod eines ungeborenen Kindes, es geht um die Lebensentscheidung und Lebensperspektive von Eltern, die sicherlich bei Eintritt der Schwangerschaft mit ganz anderen Dingen gerechnet haben als mit so einer Entscheidung und einem vermutlich um 180 Grad gedrehtem Leben nach der Geburt dieses Kindes, es geht also für Kind und Eltern um alles oder nichts.

Und jetzt kommt Ziffer EBM 01799: Bewertet je 5 Minuten Beratungsinhalt, begrenzt auf maximal 4 x je Behandlungsfall: Maximalbetrag pro Entscheidung auf Leben und Tod nicht einmal 30 Euro. Die Zeit, die die Krankenkassen einem pädiatrischen Experten zubilligen, um Eltern über das Leben eines kranken oder behinderten Kindes zu beraten sind 20 Minuten, der Lohn für den Experten über Leben und Tod eines Kindes liegt also unter 90 Euro/Stunde und der Wert der Entscheidung über Leben oder Sterben eines Kindes liegt in etwa gleich mit der Entscheidung ‚Behalten oder Wegwerfen‘ im Rahmen eines Kostenvoranschlags einer kaputten Mikrowelle! [...]. Ich würde diese Ziffer niemals abrechnen, weil ich mich schämen würde, für diesen Lohn eine solche Beratung zu leisten. Das ist keine Vergütung, das ist keine Bezahlung, das ist eine Beleidigung von Eltern, Ärzten und vor allem von ungeborenen schwerstkranken Kindern, deren Eltern unter Umständen die schwerste Entscheidung eines Lebens treffen müssen.

Abgesehen davon würde ich eine entsprechende Beratung von Eltern jederzeit und in beliebiger Länge führen, kostenfrei und selbstverständlich. Sie werden mich und andere also nie in dieser Statistik finden.“

Dem ist nichts hinzuzufügen außer der Tatsache, dass bei den anderen Ziffern im EBM das Missverhältnis Bedeutung und Honorierung nicht anders ist. Diese werden jedoch abgerechnet, da es auch bei fehlender oder schlechter Honorierung ein berufspolitisches Ziel sein muss, das Spektrum unserer Tätigkeit abzubilden, selbst wenn die Honorierung einzelner Ziffern im Einheitsbrei einer Quasi-Pauschalvergütung mündet.

Dessen ungeachtet geht es um die Schlüsselrolle, die die Gynäkologin oder der Gynäkologe, aber auch die Hebammen wahrnehmen, um frühzeitig pädiatrische Kompetenz und eine kontinuierliche Weiterbetreuung zu ermöglichen, zu einem Zeitpunkt, an dem die werdenden Eltern in der Regel viel Zeit haben, sich mit den anstehenden Fragen auseinanderzusetzen und nicht in der Hektik und Aufregung der frühen Neugeborenenzeit. Es gilt besonders für das erste Kind und ist ganz unabhängig von etwaigen Pathologien einfach der mit einem Kind erwachsenden neuen Lebensorientierung geschuldet.

Während bei Hebammen in ihren Medien dieser Ansatz auf gute Resonanz stieß [4] und auf mehreren Hebammentagungen vorgetragen wurde, ist die Zusammenarbeit von niedergelassenen Frauenärztinnen bzw. Frauenärzten und Pädiaterinnen bzw. Pädiatern so gut wie nicht existent. Und die Zeitschrift des Berufsverbandes der Frauenärzte, der „Frauenarzt“ lehnte einen Beitrag dazu nach vielen Monaten ab, er erschien jetzt andernorts [5].

Das Uo-Projekt bzw. U-Null-Projekt

In Bayern wurde im Rahmen eines Pilotprojektes eine Elternberatung „Uo“ vor der Geburt in kinder- und jugendärztlichen Praxen entwickelt, um über wichtige Themen der Kindergesundheit im Neugeborenenalter zu informieren und ein vorgeburtliche Anbindung der Eltern zu unterstützen (in Kooperation des Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und den Landesverbänden von BVKJ und BVF und des Paednetz Bayern).

Im Zeitraum Juli 2021 bis Dezember 2022 wurden Schwangere in gynäkologischen Praxen in München, Augsburg, Regensburg, Lauf und Roth über eine „Uo“ in den pädiatrischen Pilotpraxen informiert. Die Evaluation des Pilotprojektes soll noch folgen; im Vorfeld habe ich

»Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Frauenärzten und Pädiatern ist so gut wie nicht existent.«

wiederum über Pädinform Meinungen über dieses Projekt einholen können:

Da ging es zum einen über die bereits vorhandene Einbeziehung lokaler Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in die Elterninformationsabende der Geburtskliniken, die vielerorts selbstverständlich war. Durch Corona ist sehr viel eingeschlafen und bis jetzt nicht reanimiert, und der Zentralisierungsprozess mit Schließung vieler Geburtskliniken vor Ort hat dazu geführt, dass viele Kollegen diese Tätigkeit aufgegeben haben, darunter auch der Autor, der über 25 Jahre im Marburger Diakoniekrankenhaus diese Infoabende mitgestaltet und damit den Zugang zu den werdenden Eltern gehabt hat.

Kommentare zur „Uo“

Zur „Uo“ gab es insgesamt nur sehr wenig Reaktion. In meiner Anfrage vom 01.08.2023 kamen insgesamt nur ablehnende Kommentare:

„Ich habe keine Anfrage.“ (wurde mehrfach gepostet)

„Ich sehe es wie meine Vorredner und biete dieses Angebot nicht an. Wie viele (fast) kostenlose Beratungs- und Anlaufstellen wollen wir Eltern eigentlich noch anbieten? Und die Fragen kommen bei der U3 trotzdem. Also in meinen Augen absolut verzichtbar und zeitlich auch gar nicht leistbar.“

„Die Beschränkung auf bestimmte Kassen macht es terminlich schwierig. Als Einzelveranstaltung völlig uninteressant. Also nur als Gruppe wirtschaftlich tragbar.“

„Für Eltern ist es immer schön, einen Arzt

»Es geht es um Leben und Tod eines ungeborenen Kindes, es geht um die Lebensentscheidung und Lebensperspektive von Eltern.«

für eine Fragestunde vor sich zu haben, kennen wir ja von Geburtstagen, wo einem als Arzt immer sämtlich Wehwehchen präsentiert werden und man für alles Lösungsvorschläge präsentieren soll.“

„Jetzt hat man mal einen Kinderarzt vor dem ersten Kind eine ganze Stunde vor sich. Da fallen einem viele Fragen ein.“

„Was für ein Luxus, so eine Fragestunde mit einem Kinderarzt. Alles kostenlos und mit Kaffeeautomat.“

„Nein, die Uo wurde bisher nicht nachgefragt und ich biete sie auch nicht an. Der organisatorische Aufwand wäre sehr groß. Als Gruppenveranstaltung muss man die Paare terminlich auf einen Termin koordinieren. Dann können 3 aus irgendwelchen Gründen doch nicht oder kommen trotz Anmeldung nicht; wollen aber einen Ersatztermin...“

„Einen Nutzen für mich, für die U3 sehe ich nicht wirklich. Für Eltern finde ich es herrlich. Ich fände es auch super, wenn ein Rechtsanwalt sagen würde: Ich lade zu einer allgemeinen Fragestunde ein. Alles kostenlos!“

„Ich habe das angeboten, allerdings als Igeleistung, wenn es noch keine Geschwisterkinder gab. Es wurde häufig gewünscht.“

„Das ist ja eigentlich spannend [...], hatte ich bislang gar nicht auf dem Schirm.“

„Müssen wir das Rad neu erfinden? Im Rahmen der Betreuung der NG-Station von peripheren Geburtsabteilungen haben wir vor 30 Jahren schon regelmäßig mit Inhalten der Uo für werdende Eltern Informationsveranstaltungen gehalten.“

„Hier wurde 2019 die Geburtshilfe geschlossen. Bis dahin haben wir mindestens



In meiner eigenen Praxis habe ich die Erfahrung gemacht, dass ein pränatales Kennenlernen sehr viel Arbeit spart.

zweimal, manchmal dreimal pro Jahr einen Infoabend zusammen mit der Geburtshilfe und den Hebammen in der Klinik durchgeführt. Die Abende waren jeweils mit ca 10 bis 15 Eltern(-paaren) besucht und die waren immer sehr nett. Aber Zeit in der Praxis hat uns das nicht eingespart. [...]

Die einzige positive, aber prognostisch auch traurig stimmende Aussage war diese:

„Wir waren eine von 3 bayerischen Pilotregionen und haben in der Pandemie Uo angeboten. Die Nachfrage war erstaunlich hoch, es gibt Kinder, die ich bis auf die U1 komplett bei allen Us gesehen habe. Vor allem Ersteltern profitieren sehr davon und wir sparen uns viel Zeit bei der U3. Wir können unsere Meinungen zu den verschiedenen Themen äußern und die Eltern wissen von Anfang an, was sie bei uns erwartet. Nach Beendigung der Pilotstudie haben wir jetzt leider nur noch selten Anfragen, sodass es meist Einzeltermine sind, die dann natürlich für uns und die Eltern deutlich weniger effektiv sind. Eigentlich hoffe ich persönlich trotz mehr als ausreichender Auslastung in der Praxis, dass weitere Krankenkassen die Kosten für die Uo künftig übernehmen. [...]

In meiner eigenen Praxis habe ich die Erfahrung gemacht, dass ein pränatales Kennenlernen sehr viel Arbeit spart. In ruhiger, meist entspannter Atmosphäre können viele Themen angesprochen werden,

für die bei der ohnehin stark überfrachteten U3 kein Platz ist. Wenn Eltern mit ihrem ersten Kind zur U3 erstmals in die Praxis kommen, nicht wissend, wo man parken kann, wen man vor sich hat, was in dem Spektrum zwischen Anvertrauen und Ausgeliefertsein sich nun abspielen wird, dann das Kind schreit, die Brust spannt und die Windel voll ist – was will man da noch an vertrauensvollem Kennenlernen erwarten? Und dann das Kind untersuchen, die Hüfte schallen und über anstehende Impfungen aufklären?

Die „Eintrittskarte“

Eine feste Etablierung eines pränatalen Kennenlernens hat sich bei uns auch durch die gute Zusammenarbeit mit den Hebammen ergeben, die, insbesondere bei außerklinischen Geburten, dies zur Voraussetzung machten, um nicht mit der Verantwortung allein dazustehen. Und als Begründung sowie als formale Eintrittskarte stellte sich bei uns das Einverständnis zum Neugeborenen-Screening dar, welches ja der Ärztin bzw. dem Arzt vorbehalten ist. Und wer kann über diese Maßnahme besser aufklären als die Pädiaterin bzw. der Pädiater? Aber das muss seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen überhaupt erst einmal ins Spiel gebracht werden.

Suchen Sie den Kontakt zu den gynäkologischen Kolleginnen und Kollegen, bauen Sie sich eine wertschätzende Zusammenarbeit mit den Hebammen auf! Sie sind es, die nachts um 3 Uhr die Whats-

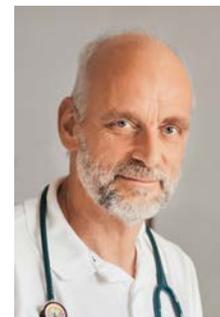
app-Nachricht wegen eines grünen Stuhlgangs aushalten müssen und das auch tun, im Gegensatz zu uns, die wir uns längst aus derlei Dingen ausgeklinkt haben und dadurch unnötigerweise die Notaufnahmen volllaufen lassen [6]. Eine vorausschauende Beratung und Betreuung kann viel ersparen, vor allem den Kindern und ihren Eltern, aber auch uns Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten.

Literatur

1. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/01799_2899988501571230810400.html
2. KV Hessen, persönliche Mitteilung, August 2023
3. Nolte SH (2020) Vorstellung vor der Geburt ist Pränatale Prävention – nicht nur bei pränatalen Auffälligkeiten. Kinder- und Jugendarzt 51: 887 – 888
4. Nolte SH (2020) Frühe Hilfen müssen früh passieren. Deutsche Hebammen Zeitschrift 72: 50 – 55
5. Nolte SH (2023) Transition am Lebensanfang: Kontakt zum Pädiater vor der Geburt. Gyne 3
6. Nolte SH (2023) Katastrophensituation oder Hausgemachtes? KiPra 94: 94 – 95

Korrespondenzadresse

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt/Psychotherapeut
Fachjournalist bdfj und freier Kulturwissenschaftler
Lehrbeauftragter der Philipps-Universität Marburg
Spiegelslustweg 20
35039 Marburg/Lahn
Tel.: 0 64 21/16 22 77
E-Mail: shnol@t-online.de



Therapie und Sekundärprophylaxe von Thrombosen im Kindes- und Jugendalter

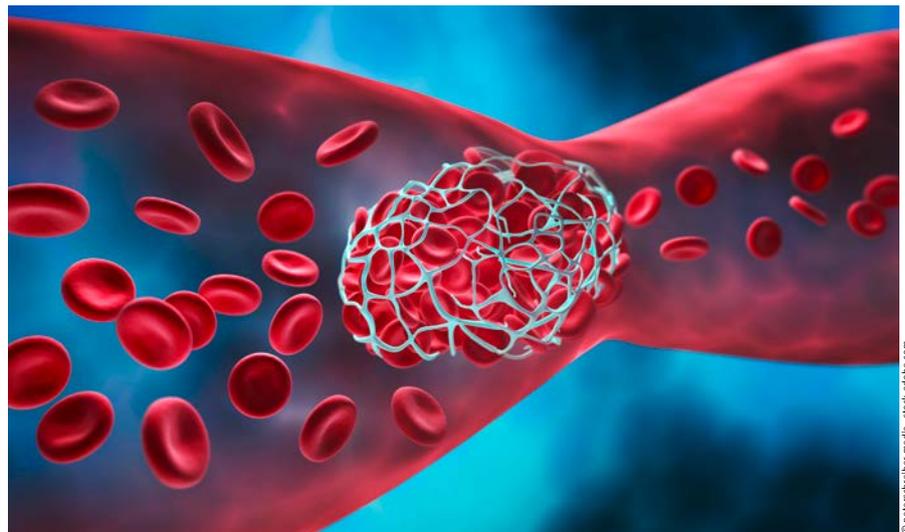
Erste Erfahrungen mit Rivaroxaban

Wolfgang Eberl¹, Ivonne Wieland² | ¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Braunschweig gGmbH; ²Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

Venenthrombosen sind im Kindes- und Jugendalter ein seltenes Ereignis. Eine sehr starke Zunahme von Thrombosen jenseits der Pubertät mit einer deutlichen Altersabhängigkeit der Frequenz wird beobachtet (Abb. 1). In der Kinder- und Jugendmedizin sind überwiegend Säuglinge und Neugeborene betroffen, ein weiterer Altersgipfel ist die Pubertät und die unmittelbar der Pubertät folgende Zeit [1]. 50% der Thrombosen sind katheterassoziiert und mit der Intensivmedizin verknüpft [2]. In der Regel sind Kinder und Jugendliche mit Venenthrombosen von mehr oder weniger schweren Begleiterkrankungen betroffen. Auch die Lokalisation der Thrombosen unterscheidet sich vom Erwachsenenalter [3], so sind bei den Neugeborenen und Säuglingen und auch Kindern unter 10 Jahren 2/3 der Ereignisse im Zentralnervensystem lokalisiert (Tab. 1).

Als zugelassene Medikation zur Therapie und Prophylaxe von Thrombosen stand jahrzehntelang für Kinder und Jugendliche nur unfractioniertes Heparin (mehrmals tägliche Anwendung subkutan) und Phenprocoumon oder Warfarin als Vitamin-K-Antagonisten zur Verfügung. Im klinischen Alltag wurden jedoch überwiegend niedermolekulare Heparine (subkutan, einmal täglich) im Off-Label-Use genutzt. 2021 wurden dann die in der Erwachsenenmedizin schon seit mehr als



Tab. 1: Lokalisation der Thrombosen bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen 2020 nach Altersgruppe (Quelle: Destatis)

	unter 1 Jahr	1 bis unter 5	5 bis unter 10	10 bis unter 15	15 bis unter 18
Sinusvenenthrombose	18	16,4	9,6	13,2	19,8
Schlaganfälle	26	37,4	60,4	55,4	61,2
Venenthrombosen/Embolien	17,6	13	23	66,8	206
Pfortaderthrombosen	4,4	19,6	16,6	13,6	12,6

15 Jahren zugelassenen Substanzen Rivaroxaban [4] und Dabigatran [5] auch für die Therapie und Sekundärprophylaxe von Thrombosen im Kindes- und Jugendalter zugelassen. Rivaroxaban steht als Granulat zur Erstellung einer Lösung sowie als

Tablette in unterschiedlichen Dosierungen zur Verfügung, das Gleiche gilt für Dabigatran.

Rivaroxaban ist ein direkter Faktor-Xa-Hemmer mit einer Halbwertszeit von 9 bis 13 Stunden und überwiegend rena-

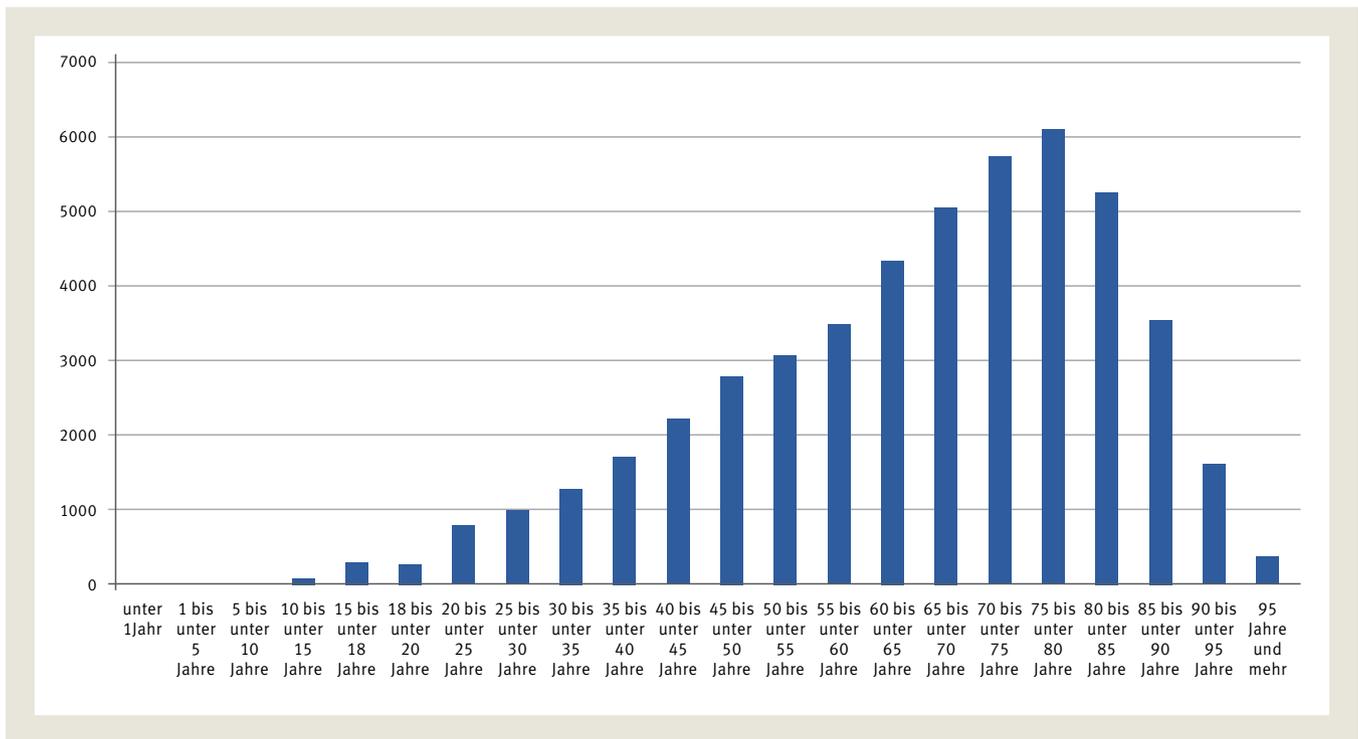


Abb. 1: Stationär jährlich mit der Hauptdiagnose Venenthrombose oder Embolie behandelte Patientinnen und Patienten nach Altersgruppen (Quelle: Destatis).

ler Elimination. Der Spitzenspiegel wird etwa 3–4 Stunden nach der oralen Einnahme erreicht. Es besteht ein orales Resorptionsmaximum (Ceilingeffekt). Die bei Erwachsenen erwarteten Spitzenspiegel liegen zwischen 120 und 360 ng/ml. Die Einnahme erfolgt ein bis zweimal täglich, bei Neu- und Frühgeborenen bis zu dreimal täglich.

Dabigatran ist ein direkter Faktor-IIa-Hemmer mit einer Halbwertszeit von 10 bis 15 Stunden und ebenfalls überwiegend renaler Elimination. Der Spitzenspiegel wird nach etwa 2 Stunden erreicht. Der bei Erwachsenen erwartete Spitzenspiegel liegt zwischen 70 und 400 ng/ml. Die Einnahme erfolgt 2 x täglich.

Erste Erfahrungen mit Rivaroxaban

Erste Erfahrungen zeigen die Fallbeispiele 1 bis 3 (siehe graue Kästen).

Fallübersicht

Die guten Erfahrungen mit der Verträglichkeit und Wirksamkeit von Rivaroxa-

ban haben uns dazu motiviert, alle Fälle, die in den Kinderkliniken der Medizinischen Hochschule Hannover und des Klinikums Braunschweig behandelt worden sind, tabellarisch zusammenzustellen, um einen Überblick über die Mög-

lichkeiten dieser neuen Medikation zu erhalten. In den Zulassungsstudien ist eine weite Altersspanne erfasst, die hierzu noch große Variabilität der Thrombose-Lokalisationen führt zu sehr geringen Zahlen in den einzelnen unterschiedlichen Diagno-

Fall 1: Neugeborenes mit Sinusvenenthrombose

Geburt nach Einleitung mit 42 + 1 SSW, unkomplizierte Schwangerschaft.

Die Entlassung erfolgte am 3. Tag, eine Wiederaufnahme am 8. Lebenstag mit fokalen Anfällen. Im MRT am Aufnahmetag zeigte sich eine Sinusvenenthrombose ohne Blutung (Abb. 2). Zunächst erfolgte eine Antikoagulation mit Enoxaparin (2 x 2 mg/kg). Nach 3-wöchiger Antikoagulation in therapeutischer Dosis setzten wir die Medikation auf eine sekundärprophylaktische Rivaroxaban-Dosis (1 mg/kgKG in 3 Dosen) um. Spiegelkontrollen zeigten adäquate Talspiegel, es erfolgte eine regelmäßige Dosisanpassung nach

Gewicht. Nach 3 Monaten konnte eine vollständige Rekanalisierung der Thrombose dokumentiert werden und die Medikation wurde beendet.

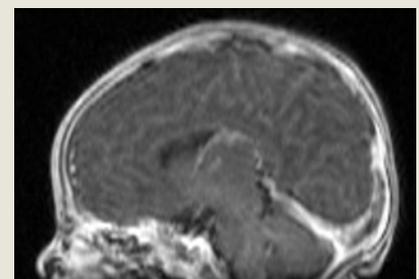


Abb. 2: MRT am 8. Lebenstag, Sinusvenenthrombose ohne Blutung.

Fall 2: Jugendlicher mit ausgedehnter Thrombose der Beckenvenen und der Vena cava

14 Jahre alter Jugendlicher, 2014 aus Eritrea geflüchtet mit Trisomie 21 und chronischer Obstipation. Es erfolgte der Nachweis eines kurzen aganglionären Segments. Zunächst erfolgreiche konservative Therapie, ab 2018 Phase mit mehrfachen stationären Maßnahmen. 11/21 Dekompensation mit toxischem Megakolon. Anlage eines Ileostoma und erneute Stufenbiopsien. Hierbei Zufallsdiagnose einer ausgedehnten

Cavathrombose (Abb. 3) ohne diesbezügliche Symptomatik einer unteren Einflusstauung. Es erfolgte zunächst eine Antikoagulation mit Enoxaparin für 3 Wochen, dann wurde die Medikation auf Rivaroxaban umgesetzt. Unter Heparin beobachteten wir zunächst einen Anstieg der D-Dimere, im Verlauf dann eine allmähliche Tendenz zur Normalisierung (Abb. 4). Eine erste Spiegelkontrolle zeigte hierbei noch einen zu nied-

rigen Talspiegel bei fehlender Normalisierung der D-Dimere, daher erfolgte eine Dosiserhöhung (15 → 20 mg). Wir dokumentierten dann einen Spiegelanstieg mit konsekutiver Normalisierung der D-Dimere. Im Verlauf zeigte sich eine vollständige Rekanalisierung der Beckenetape und partielle Rekanalisierung der Vena cava.

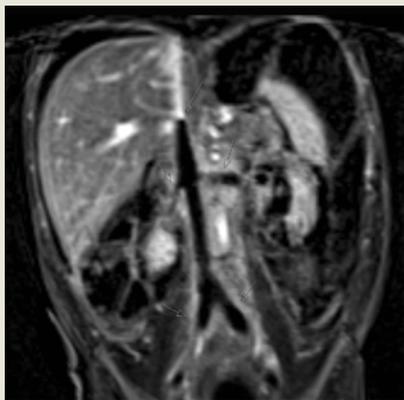


Abb. 3: Ausgedehnte Thrombose der Beckenvenen und der V. cava.

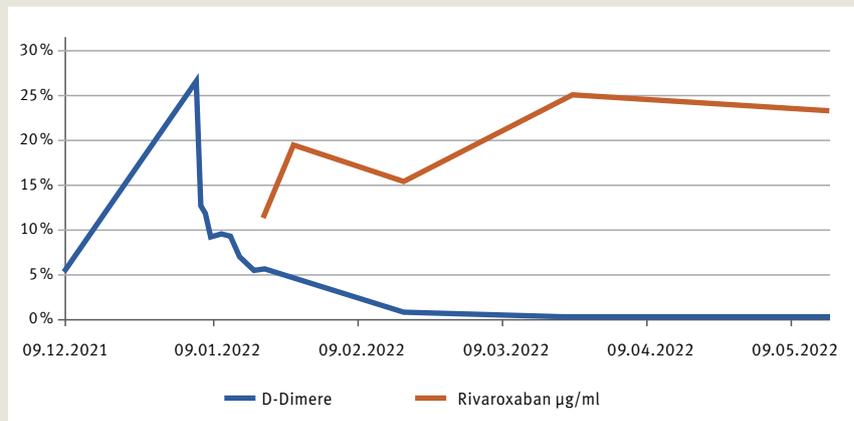


Abb. 4: Verlauf der Rivaroxaban-Spiegel und der D-Dimere.

segruppen. So sind beispielweise in der Zulassungsstudie lediglich jeweils 4 Säuglinge mit Sinusvenenthrombose in der Prüfgruppe und der Kontrollgruppe enthalten. Daher besteht ein großer Bedarf für eine Dokumentation der Effektivität und Verträglichkeit dieser neuen Medikation.

Neugeborene und Säuglinge

In den ersten 15 Monaten nach Zulassung des Medikaments wurden in den beiden Kliniken 4 Neugeborene und Säuglinge

mit thrombembolischen Ereignissen behandelt (Tab. 2). Die Medikation wurde von allen Kindern gut vertragen; es sind weder gastroenterologische Nebenwirkungen noch Blutungen berichtet worden. Bei 3 Kindern mit ausgedehnten Befunden ist eine vollständige Rekanalisierung der Thrombose dokumentiert worden, bei einem Patienten mit komplexer kardiologischer Problematik konnte keine Rekanalisierung der Thrombose beobachtet werden.

Schulkinder

In der Altersgruppe der Schulkinder wurden ebenfalls 4 Patientinnen bzw. Patienten mit Rivaroxaban behandelt (Tab. 3). Hierbei ist bemerkenswert, dass eine Patientin mit schwerem, homozygoten Protein-C-Mangel in einer Dauertherapie gut führbar ist.

Als Alternative zu der früher erforderlichen Langzeit-Antikoagulation mit Phenprocoumon hat Rivaroxaban einen vergleichbaren, eher besseren protektiven Effekt (keine Schwankungen der Antikoagulation) bei nicht erforderlichen dauerhaften mehrfach wöchentlichen Kontrollen der INR. Auch 2 Kinder mit akuter lymphoblastischer Leukämie, die ja nicht ganz selten von Thrombosen betroffen sind, wurden mit sehr gutem klinischen Erfolg mit Rivaroxaban antikoaguliert.

Tab. 2: Indikation und Behandlungsergebnis bei 4 Neugeborenen und Säuglingen

Alter/Geschlecht	Lokalisation	Klinik	Dauer	Rekanalisation
8/12 m	V. jugularis	Intensivpatient	4 Mon	Nein
1/12 m	Sinusvenenthrombose	Sonst gesundes Neugeborenes	6 Mon	Ja
1/12 w	Aortenbogen	Frühgeborenes 31. SSW	6 Mon	Ja
2/12 m	Rechter Vorhof	Intensivpatient	9 Mon	Ja

Fall 3: Einnahme von Rivaroxaban in suizidaler Absicht

Initial erfolgte die Aufnahme des 14-jährigen mit schmerzhafter Schwellung des linken Unter- und Oberschenkels. Es zeigte sich eine 4-Etagen-Thrombose bis in die Beckenetape. Zunächst erfolgte eine Antikoagulation mit Tinzaparin (therapeutische Dosis – 1 x 12.000 E/die). Ein Antithrombin-Mangel war beim Vater bekannt. Auch bei unserem Patienten erfolgte der Nachweis eines Antithrombinmangels (Aktivität 40%) mit heterozygoter SERPINC1-Mutation

(c.1157T>C; p.Ile386Thr). Es erfolgte ein Umsetzen der Medikation auf 20 mg Rivaroxaban täglich. Eine rasche Rückbildung der klinischen Symptome war bereits unter NM-Heparin zu sehen. Eine Normalisierung der D-Dimere erfolgte unter Rivaroxaban nach 4 Wochen. 3 Wochen nach Dosisreduktion auf 20 mg täglich erfolgte eine Einnahme von 560 mg Rivaroxaban in suizidaler Absicht. Die Aufnahme in der Notfallambulanz erfolgte 13 Stunden nach der Inges-

tion. Die Plasmakonzentration bei Aufnahme betrug 532 µg/l. Bei fehlender Blutungssymptomatik erfolgte weder eine Gabe von PPSB noch von Ondexxya® (Antidot). Die regelmäßige Messung der Rivaroxaban-Spiegel zeigte den erwarteten Abfall, die Kalkulation der vermutlichen Maximalspiegel nach der gemessenen Halbwertszeit (5,5 h) war bei etwas über 2.000 µg/l (Abb. 5). Der für Rivaroxaban gezeigte Ceiling-Effekt ist protektiv bei Überdosierung [6].

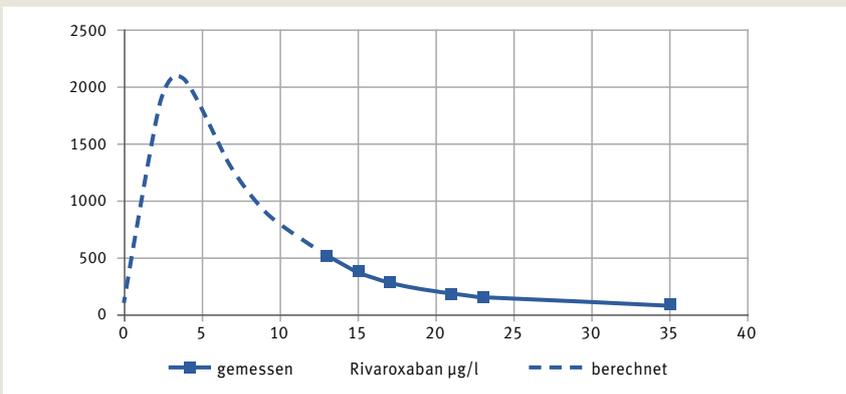


Abb. 5: Verlauf der gemessenen und geschätzten Rivaroxaban-Spiegel nach Einnahme von 560 mg Rivaroxaban in suizidaler Absicht.

Jugendliche

Naturgemäß ist die Gruppe der Jugendlichen bei den von uns behandelten Patientinnen und Patienten am größten. Einerseits sind die Berührungängste bei einer neuen Substanz wesentlich geringer, da ja im Erwachsenenbereich bereits 15 Jahre Erfahrung mit Rivaroxaban bei Thrombosen der unterschiedlichen Lokalisationen gesammelt werden konnten. Zum anderen ist natürlich auch die Häufigkeit von Thrombosen in dieser Gruppe höher als in den anderen Altersgruppen. Von den 16 behandelten Jugendlichen haben 4 eine Sinusvenenthrombose und 6 eine Beckenvenenthrombose mit und ohne Lungenarterienembolie erlebt. Die meisten Thrombosen haben eine große Ausdehnung gehabt, die hohe Rekanalisationsrate ist als ausgesprochen gutes Gesamtergebnis zu werten (Tab. 4). Auch in dieser Altersgruppe sind nur wenige unerwünschte Wirkungen

dokumentiert worden. Bei einem 16 Jahre alten Jugendlichen mit akuter lymphoblastischer Leukämie und ausgedehnter Subclavia-Thrombose ist es kurz nach Beginn der Rivaroxaban-Gabe zu Halluzinationen und Wesensänderung gekommen. Der zu dem Zeitpunkt bestimmte Rivaroxaban-Spiegel war unerwartet hoch, nach Dosisreduzierung konnte die Medikation ohne weitere neuropsychiatrische Symptome langfristig fortgeführt werden. Zwei jugendliche Mädchen berichteten über eine

verstärkte Regelblutung, hierbei handelt es sich um eine von erwachsenen Frauen häufig beschriebene unerwünschte Wirkung aller direkten oralen Antikoagulantien.

Diskussion

Nachdem in der Kinder- und Jugendmedizin über Jahrzehnte die Prophylaxe, Therapie und Sekundärprophylaxe von Thrombosen im Off-Label-Use mit niedermolekularen Heparinen durchgeführt wurde, stehen jetzt mit Rivaroxaban und Dabigatran

Tab. 3: Indikation und Behandlungsergebnis bei 4 Schulkindern				
Alter/Geschlecht	Lokalisation	Klinik	Dauer	Rekanalisation
6 J w	Purpura	Protein-C-Mangel	langfristig	
6 1/12 m	AV-Malformation ZNS	Thrombosierter Coil	6 Mon	Ja
6 9/12 m	Subclavia, Axillaris	ALL, Protokoll 1	4 Mon	Ja
8 1/12 m	Sinusvenenthrombose	ALL, Protokoll 1	6 Mon	Ja

2 direkte orale Antikoagulantien als zugelassene Substanzen zur Nutzung bei Kindern zur Verfügung. Hierbei ist Rivaroxaban als direkter Xa-Inhibitor den Heparinen am ehesten vergleichbar. Die Wirkung am aktivierten Gerinnungsfaktor X, die vergleichbare Pharmakokinetik und die stabilen Wirkspiegel, die häufige Laborkontrollen überflüssig machen, motivieren durchaus dazu, Rivaroxaban als Ersatz für niedermolekulare Heparine einzusetzen. Im Übrigen wird ja hier die bei Kindern nicht beliebte subkutane Gabe durch eine orale Medikation ersetzt. Hierbei ist zu beachten, dass die Zulassung aktuell nur für die Therapie und Sekundärprophylaxe erteilt worden ist, die primäre Prophylaxe ist für Rivaroxaban und Dabigatran nicht eingeschlossen. Rivaroxaban steht als Granulat zur Herstellung einer Suspension zur Verfügung (1 mg/ml) sowie als Filmtablette mit 2, 5, 10, 15 oder 20 mg Rivaroxaban. Das erlaubt eine flexible Dosierung in allen Altersgruppen. Bei den von uns behandelten Patientinnen und Patienten ist das Behandlungsergebnis überwiegend sehr gut, dies ist in der Kinder- und Jugendmedizin von großer Bedeutung, da die Krankheitsbelastung durch Spätfolgen von nicht rekanalisierten Thrombosen zum Teil erheblich ist. In den Zulassungsstudien sind nur wenige nicht relevante Blutungsereignisse und keine schweren Blutungen dokumentiert [7]. In der Literatur sind, ähnlich wie in unserem dritten Fallbeispiel, Intoxikationen mit deutlich erhöhten Wirkspiegel berichtet [8–10], auch hier sind relevante Blutungen nicht beschrieben.

Zusammenfassung

Mit Rivaroxaban steht ein gut verträgliches Antikoagulans mit direkter Wirkung auf den aktivierten Gerinnungsfaktor X zur Verfügung, welches der Wirkung von niedermolekularen Heparinen vergleichbar ist und im Gegensatz zu diesen für die Therapie und Sekundärprophylaxe von Venenthrombosen im Kindes- und Jugendalter zugelassen ist. Die ersten Erfahrungen mit dieser Substanz zeigen eine mindestens vergleichbar gute Wirkung mit sehr wenigen unerwünschten Wirkungen. Dies wird

Tab. 4: Indikation und Behandlungsergebnis bei 16 Jugendlichen

Alter/ Geschlecht	Lokalisation	Klinik	Dauer	Rekanalisation
14 m	4-Etagen-Thrombose links	Heterozygoter Antithrombinmangel	Langzeit	Nein
14 m	Vv. Iliacae, V. cava	Trisomie 21, M. Hirschsprung	läuft	Weitgehend
15 w	Beckenvenenthrombose	APC-Resistenz, Pille, → Intervention/Stent	12 Mon	Partiell
15 w	Sinusvenen, V. jugularis rechts	Sinusitis	12 Mon	Ja
15 w	Armvenenthrombose bis V. axillaris	PVK, Phlebitis, heterozygote APC-Resistenz	6Mon	Ja
15 w	Lungenarterienembolie	Pille, Nikotin, ARDS	12 Mon	lfu
15 m	Unterschenkelthrombose	Langstreckenflug	6 Mon	Ja
15 w	Beckenvenenthrombose	May-Turner-S., Pille → VKA → Rivaroxaban	Langzeit	Ja
15 m	Paget-von-Schroetter-S.	Thoracic outlet → VKA → Rivaroxaban	Langzeit	Ja
15 w	4-Etagen-Thrombose	APC-Resistenz/ Prothrombinmutation/Pille	24 Mon	partiell
15 w	4-Etagen-Thrombose, Lungenembolie	Prothrombinmutation, Pille	Langzeit	Ja
16 w	Sinusvenenthrombose	Prothrombinmutation, Pille	6 Mon	Ja
16 m	Subclavia/Axillaris/Jugularis	ALL, Protokoll 1, homozygote APC-Resistenz, Port	läuft	Ja
17 w	Lungenembolie + TVT li. Unterschenkel	APC-Resistenz, Prothrombinmutation, Pille	6 Mon	Ja
17 w	Sinusvenenthrombose	Adipositas, Pille	6 Mon	Ja
17 w	Sinusvenenthrombose		9 Mon	Ja

Wesentliches für die Praxis ...

- Rivaroxaban ist ein direkter Hemmer des aktivierten Gerinnungsfaktors X. Die Wirkung und Pharmakokinetik ist niedermolekularen Heparinen vergleichbar.
- Es besteht eine Zulassung für die Therapie und Sekundärprophylaxe von Thrombosen im Kindes- und Jugendalter ab 3,0 kg Gewicht. Keine Zulassung besteht für die Primärprophylaxe.
- Bei 17/22 Patientinnen bzw. Patienten wurde eine vollständige Rekanalisation der Thrombose dokumentiert. Unerwünschte Ereignisse traten bei 3/24 Kindern auf.
- Rivaroxaban erweist sich als effektiv und gut verträglich in der Behandlung von Thrombosen bei Kindern und Jugendlichen. Erste Erfahrungen sind sehr positiv. Die systematische Erfassung von Behandlungen bei besonderen Risikogruppen (Onkologie, Kurzdarmsyndrom, Nephrologie) sollte zukünftig in jedem Fall erfolgen.

schon seit 15 Jahren in der Erwachsenenmedizin berichtet. Direkte orale Antikoagulantien sind bei Erwachsenen Behandlungsstandard und haben in den meisten Indikationen andere Antikoagulantien abgelöst. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass dies in der Kinder- und Jugendmedizin anders sein wird.

Dennoch sehen wir es als unbedingt erforderlich an, dass Ärztinnen und Ärzte in der Pädiatrie in den nächsten Jahren eine gute Dokumentation der Behandlungsfälle (möglichst in einem einzurichtenden Register) weiterhin sicherstellen, insbesondere bei Problemgruppen (pädiatrische Onkologie, Kurzdarmpatientinnen und -patienten, Nierenerkrankungen, Neonatologie) mit erhöhtem Auftreten von Thrombosen. Auch besteht großer Bedarf, die Substanz möglichst auch für die Primärprophylaxe von Risikopatientinnen und -patienten zuzulassen.

Herrn Professor Günter Mau, Braunschweig, zum 85. Geburtstag gewidmet.

Literatur

1. Destatis, Statistisches Bundesamt: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=suche&selectionname=23111+oder+23121+oder+23131+oder+23141#abreadcrumb>
2. Sridhar DC, Abou-Ismael MY, Ahuja SP (2020) Central venous catheter-related thrombosis in children and adults. *Thromb Res* 187: 103 – 112
3. Song S, Li Z, Zhao G, Li X, Wang R et al. (2023) Epidemiology and risk factors for thrombosis in children and newborns: systematic evaluation and meta-analysis. *BMC Pediatr* 23 (1): 292
4. Male C, Lensing AWA, Palumbo JS, Kumar R, Nurmeev I et al. (2020) Rivaroxaban compared with standard anticoagulants for the treatment of acute venous thromboembolism in children: a randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Haematol* 7 (1): e18 – e27
5. Halton J, Brandão LR, Luciani M, Bomgaars L, Chalmers E et al. (2021) Dabigatran etexilate for the treatment of acute venous thromboembolism in children (DIVERSITY): a randomised, controlled, open-label, phase 2b/3, non-inferiority trial. *Lancet Haematol* 8 (1): e22 – e33
6. Mueck W, Stampfuss J, Kubitzka D, Becka M (2014) Clinical pharmacokinetic and pharmacodynamic profile of rivaroxaban. *Clin Pharmacokinet* 53 (1): 1 – 16
7. Connor P, Sánchez van Kammen M, Lensing AWA, Chalmers E, Kállay K et al. (2020) Safety and efficacy of rivaroxaban in pediatric cerebral venous thrombosis (EINSTEIN-Jr CVT). *Blood Adv* 4 (24): 6250 – 6258
8. Lehmann T, Hofer KE, Baumann M, Hasler K, Ceschi A et al. (2014) Massive human rivaroxaban overdose *Thromb .Haemost* 112 (4): 834 – 836
9. Weirthein J, Scolnik D, Milshtein NY, Capua T, Glatstein M (2019) Accidental Rivaroxaban Intoxication in a Boy: Some Lessons in Managing New Oral Anticoagulants in Children. *Pediatr Emerg Care* 35 (3): e44 – e46
10. Spiller HA, Mowry JB, Aleguas Jr A, Griffith JRK, Goetz R (2016) An Observational Study of the Factor Xa Inhibitors Rivaroxaban and Apixaban as Reported to Eight Poison Centers. *Ann Emerg Med* 67 (2): 189 – 195

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Eberl
Klinikum Braunschweig
Salzdahlumer Straße 90
38126 Braunschweig
Tel.: 05 31/5 95 49 58
Fax: 05 31/5 95 49 22
E-Mail: w.eberl@skbs.de



CT bei jungen Menschen: erhöhtes Risiko für Blutkrebs durch Strahlenbelastung

Jährlich unterziehen sich in Europa mehr als eine Million Kinder einer Computertomographie (CT). Eine multinationale Studie unter Beteiligung des Instituts für Biometrie und Registerforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) bestätigt den Zusammenhang zwischen Strahlenbelastung durch CT-Untersuchungen bei jungen Menschen und erhöhtem Risiko für Blutkrebs.

Betont wird zudem die Notwendigkeit, das Bewusstsein der Ärzteschaft zu schärfen und weiterhin strenge Strahlenschutzmaßnahmen zu ergreifen.

„Die Ergebnisse zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Strahlendosis für das Knochenmark bei CT-Untersuchungen und dem Risiko, an Krebs des Blut- und Lymphsystems (myeloische und lymphoide Malignomen) zu erkranken. Eine Dosis von 100 Milligray (mGy) erhöht das Risiko, an Krebs des Blut- oder Lymphsystems zu erkranken, um etwa das Dreifache“,



erklärt Prof. Dr. Michael Hauptmann vom Institut für Biometrie und Registerforschung der MHB, der maßgeblich an der Erfassung und statistischen Auswertung der Daten beteiligt war. Diese Ergebnisse ließen darauf schließen, dass eine heute übliche Untersuchung (mit einer durchschnittlichen Knochenmarkdosis von etwa 8 mGy) das Risiko, an diesen Krebsarten zu erkranken, um etwa 16 % erhöht. Als absolutes

Risiko ausgedrückt, werden bei 10.000 Kindern, die sich einer CT-Untersuchung unterziehen, im Zeitraum von 2 bis 12 Jahren nach der Untersuchung etwa 1 bis 2 Fälle dieser Krebsarten auftreten.

Die Studie umfasste rund eine Million Menschen, die sich vor ihrem 22. Lebensjahr mindestens einer CT-Untersuchung unterzogen hatten.

Red.

Quelle: Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Pädiatrische Patienten in der Teledermatologie

Hanna Lindemann, Jorge Frank | Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

Die zeitnahe und flächendeckende dermatologische Versorgung stellt in Deutschland eine große Herausforderung dar. So sind Wartezeiten von mehreren Wochen oder gar Monaten auf einen Termin beim Dermatologen mittlerweile keine Seltenheit mehr. Dies führt insbesondere in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen immer wieder zu Problemen [1].

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen

Die kindliche Haut unterscheidet sich nicht nur aufgrund anatomischer Besonderheiten und physiologischer Faktoren von der Haut erwachsener Patienten, sondern auch durch soziale Einflüsse [2]. Die sich entwickelnde immunologische und physikalische Barrierefunktion der Haut erhöht bei pädiatrischen Patienten die Prävalenz von Allergien und die Suszeptibilität für entzündliche Erkrankungen [2, 3]. Hautkrankheiten im Kindesalter weisen häufig eine andere Symptomatik auf als Dermatosen im Erwachsenenalter und bedingen in der Regel auch ein von der Behandlung Erwachsener abweichendes Therapieregime. Daher macht die Pflege und Versorgung der kindlichen Haut einen wichtigen Bestandteil des dermatologischen und pädiatrischen Facharztwissens aus [2].

Pädiatrische Dermatologie

Obwohl auf den ersten Blick zwei verschiedene Fachrichtungen, verbindet die Dermatologie und Pädiatrie viel mehr als man zunächst vermuten mag, und bei genauer Betrachtung sind die beiden Disziplinen eng miteinander verwoben. Unmittelbare fachliche Schnittstellen ergeben sich beispielsweise bei häufigen pädiatrisch-

dermatologischen Erkrankungen wie der Gruppe der Ekzeme, der Akne und darüber hinaus auch bei den verschiedenen Formen der kindlichen Exantheme.

Weltweit weisen Hautkrankheiten bei Kindern in allen Altersgruppen eine hohe Inzidenz auf [4, 5]. In etwa 5–8 % der Fälle sind dermatologische Symptome der führende Grund für eine Vorstellung beim Facharzt für Pädiatrie [6]. Trotz der großen klinischen Relevanz von Hauterkrankungen kommt der Dermatologie in der Ausbildung von Kinder- und Jugendmedizinern nicht die angemessene Bedeutung zu. Daher müssen etwa 50–70 % der von Kinderärzten gestellten dermatologischen Diagnosen nach anschließender hautfachärztlicher Vorstellung revidiert werden, und auch die therapeutische Versorgung von Kindern mit Hautkrankheiten erfordert spezifische Kenntnisse [4, 6].

Besondere Herausforderungen ergeben sich bei verschiedenen systemischen Erkrankungen wie Autoimmunerkrankungen oder Infektionserkrankungen, die sich an der Haut von Kindern manifestieren können [7]. Dabei spielen infektiassoziierte Hautveränderungen bei pädiatrischen Patienten eine entscheidende Rolle, während diese bei Erwachsenen kaum beziehungsweise wesentlich seltener auftreten [8, 9].

Eine Besonderheit in der pädiatrischen Dermatologie stellt die Gruppe der Genodermatosen dar, die seltene, erblich bedingte Hauterkrankungen umfasst. Diese Krankheiten manifestieren sich häufig bereits in der frühen Kindheit und können im Rahmen von Syndromen mit Beteiligung anderer Organsysteme einhergehen.



Unter pädiatrischen Patienten sind Ekzeme und Akne die am häufigsten mittels Teledermatologie diagnostizierten Hautkrankheiten.

So stellt die Diagnostik und Therapie von Genodermatosen eine herausfordernde Aufgabe dar, die sowohl spezialisierte pädiatrische als auch dermatologische Kenntnisse erfordert [10, 11].

Pädiatrisch-dermatologische Versorgung

Oftmals besteht bei den Eltern der von einer Hauterkrankung betroffenen Kinder Unsicherheit, ob sie primär einen Hautarzt oder einen Kinderarzt konsultieren sollen, da einerseits die sichtbaren Hautsymptome im Vordergrund stehen, andererseits das Alter der Patienten eher einen Besuch beim Pädiater ratsam erscheinen lässt. Dieses Dilemma wird zumeist durch die Wartezeit auf einen ambulan-

ten Termin und/oder die räumliche Entfernung zum jeweiligen Facharzt vergrößert [12–14]. Dabei kann eine rechtzeitige und gezielte Einleitung der dermatologischen Behandlung den Krankheitsverlauf bei Kindern entscheidend beeinflussen [7]. In diesem Zusammenhang bietet die Tele Dermatologie als Teilgebiet der Telemedizin eine vielversprechende Lösung, indem sie pädiatrischen Patienten auf Basis digitaler Strukturen und Medien eine schnelle und leicht zugängliche diagnostische und therapeutische Versorgung ermöglicht [15, 16].

Digitale Medizin

In der Telemedizin kommen für die Patientenbetreuung digitale Technologien im Rahmen von Diagnostik und Therapie zum Einsatz. In den letzten Jahren hat die Nutzung telemedizinischer Ressourcen exponentiell zugenommen. Während im Jahr 2019 lediglich einige Hundert Patienten digital behandelt wurden, konnten im Jahr 2021 bereits über eine Million telemedizinischer Konsultationen verzeichnet werden [17]. Bezüglich der Tele Dermatologie ist dieses enorme Wachstum auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, hierunter eine große diagnostische Sicherheit, Therapieeffizienz und Patientenzufriedenheit, aber auch auf die Hygieneanforderungen und die Vorgaben zur sozialen Distanz während der COVID-19-Pandemie [13, 14].

Die Telemedizin hat sich in der Dermatologie als primär visuell geprägter Disziplin mit vorwiegend nichtinvasiven Untersuchungs- und Diagnoseverfahren in besonderem Maße etabliert. Im deutschsprachigen Raum gibt es derzeit mehr als zehn verschiedene Dienstleister, die tele dermatologische Konsultationen anbieten [14]. In zunehmendem Maße etablieren sich telemedizinische Strukturen jedoch auch in anderen medizinischen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Pädiatrie (Tab. 1) [16]. In Bezug auf die Pädiatrie stellen die derzeitigen telemedizinischen Angebote eher eine Ergänzung zur klinischen Patientenversorgung vor Ort dar, da ohne die persönliche Vorstellung und Unter-

suchung beim Kinderarzt nur in begrenztem Umfang eine Diagnose gestellt und eine Therapie verordnet werden kann [16].

Im Gegensatz hierzu bietet die Tele dermatologie eine vergleichbare diagnostische und therapeutische Effizienz wie eine persönliche Vorstellung beim Hautfacharzt und kann so dazu beitragen, die Zahl an Vor-Ort-Konsultationen zu reduzieren [13, 14].

Tele dermatologische Konsultation

Die tele dermatologische Konsultation kann auf verschiedene Art erfolgen [18]. Im Rahmen der Videokonsultation tauschen sich Arzt und Patient über eine Kamera in Echtzeit aus. Alternativ lädt der Patient im Rahmen des Bild-Text-Verfahrens, auch als „Store-and-Forward“ (SAF)-Technologie bekannt, in der Regel über eine App anamnestische Angaben und Bilder der Hautveränderungen hoch (Tab. 1), die der Dermatologe anschließend jederzeit auswerten kann, um so zu einer Diagnose zu gelangen und

eine Therapieempfehlung zu geben [13, 14].

Trotz der zunehmenden Verbreitung tele dermatologischer Strukturen mangelt es jedoch an aussagekräftigen Studien zur pädiatrischen Tele dermatologie in Deutschland.

Diagnostisches Spektrum der pädiatrischen Tele dermatologie in Deutschland

In der bisher größten Kohorte pädiatrischer Patienten mit nichtselektierten Hauterkrankungen evaluierten wir 2.638 Patienten beiderlei Geschlechts im Alter von 0 bis 17,9 Jahren, die zwischen dem 07.12.2021 und dem 28.07.2023 aufgrund von Hautsymptomen die Dienste eines zertifizierten Tele dermatologie-Anbieters (Dermanostic; <https://dermanostic.com>) in Anspruch genommen hatten. Die Konsultation erfolgte wahlweise über eine Smartphone-App oder durch die direkte Nutzung der WebApp im Browser. Hierzu luden die Patienten 3 klinische Bilder

Tab. 1: Übersicht deutschsprachiger Anbieter telepädiatrischer und tele dermatologischer Dienstleistungen und ihrer Webseiten (zum Stichtag 07.08.2023; ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Rein telepädiatrische Dienstleister	
PädExpert	https://www.paedexpert.de
Meine pädiatrische Praxis	https://apps.apple.com/de/app/praxisapp-mein-kinderarzt/id921469943
RemApp	https://www.remapp.de
Rein tele dermatologische Dienstleister	
AppDoc	https://online-hautarzt.net/
Dermafy	https://www.dermafy.de/
Dermanostic	https://dermanostic.com/
Derma2go	https://www.derma2go.com/de/
Doctorderma	https://doctorderma.de/
Easyderma	https://www.easyderma.de/
FirstDerm	https://www.firstderm.com/
iDoc24	https://idoc24.com/
OnlineDocotor	https://www.onlinedoctor.de/
SkinCheck	https://www.skincheckonline.com/
Dienstleister mit telepädiatrischem und tele dermatologischem Angebot	
TeleClinic	https://www.teleclinic.com/
Zava	https://www.zavamed.com/

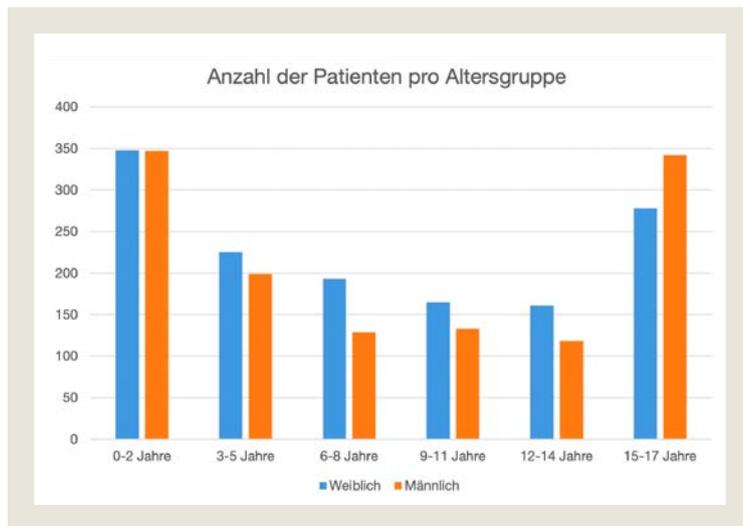


Abb. 1: Altersverteilung der weiblichen und männlichen Patienten (n = 2.638) in der untersuchten Kohorte.

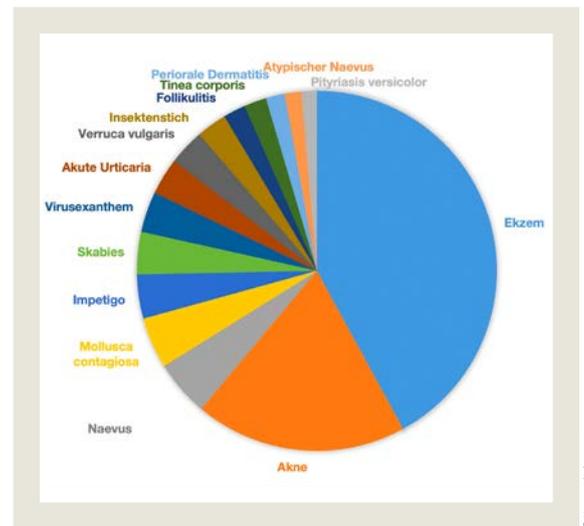


Abb. 2: Die 15 häufigsten Diagnosen in der untersuchten Kohorte.

hoch und beantwortete einen kurzen anamnestischen Fragebogen (Tab. 2). Die teledermatologische Konsultation erfolgte über für den Anbieter tätige Hautfachärzte. Bei primär nicht eindeutiger Diagnose beziehungsweise Nachfragen der Patienten konnte ein Expertengremium des Teledermatologie-Anbieters hinzugezogen werden, das sich aus deutschen Dermatologen mit jeweils mehr als 30 Jahren Berufserfahrung zusammensetzt [13, 14].

Die hier untersuchte Kohorte umfasste 1.268 (48,06 %) männliche und 1.370 (51,93 %) weibliche Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 8,01 Jahre ($\sigma = 5,95$) (Abb. 1). Die Mehrzahl der Patienten war zwischen 0 – 2 Jahren (n = 695; 26,35 %) beziehungsweise zwischen 15 – 17 Jahren (n = 620; 23,50 %) alt. Insgesamt wurden 233 verschiedene Hautkrankheiten diagnostiziert (Abb. 2). Am häufigsten fanden sich Erkrankungen aus der Gruppe der Ekzeme (n = 817; 30,97 %), wobei 25 verschiedene Ekzemformen differenziert werden konnten. Mit 369 Fällen (59,52 %) reflektierten Ekzeme die vorwiegende Diagnose in der Altersgruppe von 0 bis 2 Jahren, hierunter vorrangig das atopische Ekzem bei 168 Patienten (45,52 %). Die zweithäufigste Diagnose in der hier untersuchten Kohorte waren Erkrankungen aus dem Formenkreis der Akne, die bei 370 Patienten (14,02 %) gestellt

wurde, am häufigsten in der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren (n = 266; 42,90 %).

Bedeutung der Ergebnisse für die pädiatrische Teledermatologie

In unserer Studienkohorte konnten wir keine Geschlechtsdominanz feststellen, was mit den Befunden anderer pädia-

trisch-teledermatologischer Studien übereinstimmt [15, 16]. Das durchschnittliche Alter von 8,01 Jahren war ebenfalls mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen vereinbar [15, 16]. Die Bandbreite der in unserer Studie diagnostizierten Erkrankungen war jedoch im Gegensatz zu den Untersuchungen anderer Gruppen sehr groß

Tab. 2: Fragebogen zur Anamnese im Rahmen der initialen teledermatologischen Konsultation	
Teledermatologischer Anamnesebogen	
1	Was glauben Sie, führt Sie zu uns?
2	Seit wann ist die Hautveränderung aufgetreten?
3	Verspüren Sie Juckreiz?
4	Haben Sie Schmerzen?
5	Haben Sie die Hautveränderung bereits behandelt/therapiert?
6	Wo befindet sich die Hautveränderung?
7	Hat jemand in Ihrem persönlichen Umfeld ähnliche Hautveränderungen?
8	Haben Sie Haustiere?
9	Sind Allergien bei Ihnen bekannt?
10	Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?
11	Haben Sie in den letzten zwei Wochen Medikamente eingenommen?
12	Hatten Sie ungeschützten Geschlechts- und/oder Oralverkehr in den letzten 2 Monaten?
13	Was machen Sie beruflich?
14	Was ist Ihr biologisches Geschlecht?
15	Planen Sie zurzeit eine Schwangerschaft, sind Sie schwanger oder stillen Sie?

und reichte von häufig bei Kindern auftretenden Erkrankungen wie *Mollusca contagiosa* (Abb. 3) und dem Hämangiom (Abb. 4) bis zu seltenen und sehr seltenen Dermatosen wie dem ILVEN (inflammatorischer lineärer verruköser epidermaler Nävus) (Abb. 5) und der *Incontinentia pigmenti* (Abb. 6). So reflektieren die in der hier evaluierten Kohorte erhobenen 233 Diagnosen unseres Wissens nach das bisher größte Spektrum teledermatologischer Diagnosen bei pädiatrischen Patienten. Dies dürfte insbesondere darin begründet sein, dass in den bisherigen Studien meist nur einzelne dermatologische Diagnosen evaluiert wurden oder es sich um kleinere Kohorten handelte, falls doch nichtselektierten Patienten untersucht wurden [15]. Obwohl pädiatrische Patienten einen bedeutsamen und diagnostisch wie therapeutisch anspruchsvollen Teil teledermatologischer Konsultationen ausmachen, wird in der aktuellen deutschen S2k-Leitlinie „Teledermatologie“ überraschenderweise nicht auf diese Patientengruppe eingegangen.

In der hier vorliegenden Untersuchung bildeten die verschiedenen Ekzemformen mit 30,97% aller Diagnosen die größte Erkrankungsgruppe. Im Gegensatz dazu fanden wir kürzlich in einer teledermatologischen Studie an dem bis dato größten Kollektiv nichtselektierter Patienten aller Altersstufen, dass Ekzemerkrankungen in 16,9% der Fälle diagnostiziert wurden [14]. Somit bestätigen unsere Ergebnisse die Daten anderer Gruppen, die zuvor auf die Bedeutung von Ekzemen als führender Erkrankungsgruppe bei pädiatrischen Patienten [15, 19] sowie deren hohe Prävalenz unter Kindern hingewiesen haben [15]. Ungeachtet der Relevanz der Ekzemerkrankungen werden diese jedoch in den meisten teledermatologischen Publikationen nicht adäquat berücksichtigt und diskutiert [15], ebenso wenig wie in der bereits genannten S2k-Leitlinie zur Teledermatologie, in der lediglich das atopische Ekzem behandelt wird.

Bei Eintritt in die Pubertät entwickeln etwa 75% aller Jugendlichen eine mehr oder weniger schwere Akne, zumeist in Form der *Acne vulgaris*. So ist es auch nicht



Abb. 3: *Mollusca contagiosa*. Multiple, aggregiert stehende, teils glänzende, partiell erodierte oder mit einer zentralen Delle imponierende hautfarbene-weißliche Papeln in der Ellenbeuge eines 8-jährigen Jungen.



Abb. 4: Partiiell erodiertes Hämangiom rechts gluteal bei einem 6 Monate alten weiblichen Säugling.



Abb. 5: Inflammatorischer lineärer verruköser epidermaler Nävus (ILVEN). Aggregiert stehende und in den Blaschko-Linien streifenförmig angeordnete hautfarbene Papeln mit verruköser Oberfläche, teils zu lichenoiden Plaques konfluierend, als Ausdruck eines genetischen Mosaiks.



Abb. 6: *Incontinentia pigmenti* (Synonym: Bloch-Sulzberger-Syndrom). Multiple in den Blaschko-Linien gelegene hautfarbene, teilweise erodierte Papeln und Vesikeln auf erythematösem Grund an der rechten Fußsohle eines 2 Monate alten weiblichen Säuglings als Ausdruck einer sehr seltenen und in Stadien verlaufenden X-chromosomal-dominant vererbten syndromalen (multisystemischen) ektodermalen Dysplasie.

Die aktuelle deutsche S2k-Leitlinie „Teledermatologie“ steht Ihnen unter folgender Adresse zur Verfügung:

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-097L_S2k_Teledermatologie_2021-03.pdf



Wesentliches für die Praxis ...

- Teledermatologische Strukturen ermöglichen eine rasche, sichere und effektive Diagnosestellung und Therapie.
- Unter pädiatrischen Patienten sind Ekzeme und Akne die am häufigsten mittels Teledermatologie diagnostizierten Hautkrankheiten.
- Infektionsassoziierte Erkrankungen wie Virusexantheme haben im Rahmen der Teledermatologie eine hohe Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen.
- Die Teledermatologie ermöglicht eine digitale interdisziplinäre Konsultation und kann die pädiatrisch-dermatologische Versorgung vor Ort ergänzen und entlasten.

überraschend, dass Akne-Erkrankungen mit 14,02 % in unserer Untersuchung bei pädiatrischen Patienten die zweithäufigste Diagnose darstellten. Demgegenüber war die Akne unlängst in einer teledermatologischen Studie an der bisher größten Kohorte nichtselektierter Patienten aller Altersstufen die häufigste Diagnose [14], was auch bestätigt, dass Akne die weltweit führende dermatologische Erkrankung ist [20]. Dennoch wird die Akne in der S2k-Leitlinie „Teledermatologie“ ebenfalls nicht behandelt.

Neben den Ekzemen und der Akne fanden sich in der hier untersuchten Kohorte im Gegensatz zu teledermatologischen Studien an Erwachsenen auch häufig infektionsassoziierte Krankheitsbilder, hierunter bei 2,69 % der Patienten Virusexantheme. Diese Erkrankungsgruppe ist insbesondere bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung [15], während sie bei erwachsenen Patienten eine untergeordnete Rolle spielt [8, 9].

Fazit

Im klinischen Alltag unterscheiden sich die Häufigkeit und Variationsbreite von Hauterkrankungen im Kindes- und Er-

wachsenalter zum Teil erheblich. Dies gilt in gleichem Maße für die Teledermatologie, wie unsere und die Ergebnisse anderer Gruppen zum diagnostischen Spektrum bei pädiatrischen im Vergleich zu erwachsenen Patienten zeigen. Hieraus ergeben sich nicht nur unmittelbare Konsequenzen für die weiterführende Diagnostik und Therapie. Vielmehr erfordert die pädiatrische Teledermatologie darüber hinaus auch spezielle Kenntnisse zur Hautphysiologie und zu dermatologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Durch die Nutzung moderner digitaler Strukturen bietet die Teledermatologie eine sinn- und wertvolle Ergänzung zur traditionellen Vor-Ort-Untersuchung beim Kinder- und/oder Hautarzt und trägt dazu bei, Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt zu verringern.

Literatur

1. Kis A, Augustin M, Augustin J (2017) Regionale fachärztliche Versorgung und demographischer Wandel in Deutschland - Szenarien zur dermatologischen Versorgung im Jahr 2035. *J Dtsch Dermatol Ges* 5: 1199 – 1210
2. Walters RM, Khanna P, Chu M, Mack MC (2016) Developmental Changes in Skin Barrier and Structure during the First 5 Years of Life. *Skin Pharmacol Physiol* 29: 111 – 118
3. Williams H, Robertson C, Stewart A, Ait-Khaled N, Anabwani G et al. (1999) Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *J Allergy Clin Immunol* 103: 125 – 138
4. Alani A, Sadlier M, Uddin A, Hackett C, Ramsay B et al. (2017) An analysis of inpatient dermatologic consultations at University Hospital Limerick: inadequate infrastructure leads to acute skin failure. *Ir J Med Sci* 186: 305 – 307
5. Tempark T, Whaidee K, Bongsebandhu-Phubhakdi C, Suteerajitrakool O (2022) Prevalence of skin diseases in school-age children. *Fam Pract* 39: 340 – 345
6. Moon AT, Castelo-Soccio L, Yan AC (2016) Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations. *J Am Acad Dermatol* 74: 1173 – 1177
7. Weibel L, Laguna B, Atherton D, Harper JJ (2011) Misdiagnosis and delay in referral of children with localized scleroderma. *Br J Dermatol* 165: 1308 – 1313
8. Knöpfel N, Noguera-Morel L, Latour I, Torrelo A (2019) Viral exanthems in children: A great imitator. *Clin Dermatol* 37: 213 – 226
9. Wenzel J (2023) Infektiöse Exantheme. *hautnah dermatologie* 39: 14 – 21
10. Frank J, Has C, Betz RC (2023) Ausgewählte Genodermatosen – Stand der Dinge und Zukunftsaussichten. *J Dtsch Dermatol Ges* 21: 337 – 342
11. Frank J (2023) Biologika bei Genodermatosen – Neue Indikationsgebiete für etablierte pharmakologische Wirkstoffe? *J Dtsch Dermatol Ges* 21: 1 – 2
12. Luque Ramos A, Hoffmann F, Spreckelsen O (2018) Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Serv Res* 18: 191
13. Lindemann H, Bonetzki T, Frank J (2023) Diagnostic spectrum and therapeutic efficiency in teledermatology – Results of the largest cohort study to date. *J Dermatol* 50: 800 – 803
14. Lindemann H, Frank J (2023) Stand der teledermatologischen Patientenversorgung in Deutschland – Angebot, diagnostische Sicherheit und Therapieeffizienz. *hautnah dermatologie* 39: 36 – 41
15. Long V, Chandran NS (2022) A Glance at the Practice of Pediatric Teledermatology Pre- and Post-COVID-19: Narrative Review. *JMIR Derm* 5: e34228
16. Shah AC, Badawy SM (2021) Telemedicine in Pediatrics: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *JMIR Pediatr Parent* 4: e22696
17. Matusiewicz D (2021) Digitalisierung ist Teamarbeit. *Kompass Dermatol* 9: 152 – 163
18. Brinker TJ, Hekler A, von Kalle C, Schadendorf D, Esser S et al. (2018) Teledermatology: Comparison of Store-and-Forward Versus Live Interactive Video Conferencing. *J Med Internet Res* 20: e11871
19. Williams TL, Esmail A, May CR, Griffiths CE, Shaw NT et al. (2001) Patient satisfaction with teledermatology is related to perceived quality of life. *Br J Dermatol* 145: 911 – 917
20. Wilmer EN, Gustafson CJ, Ahn CS, Davis SA, Feldman SR et al. (2014) Most Common Dermatologic Conditions Encountered by Dermatologists and Nondermatologists. *Cutis* 94: 285 – 292

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Manuskripts von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Hanna Lindemann ist medizinische Mitarbeiterin bei Dermanostic GmbH. Jorge Frank hat finanzielle Unterstützung für die Organisation wissenschaftlicher Tagungen, Symposien und Kongressreisen sowie darüber hinaus Honorare für Berater- und Vortragstätigkeit von den folgenden Firmen erhalten: AbbVie, Alnylam Pharmaceuticals, Bristol-Myers Squibb, Clinuvel Pharmaceuticals, Genzyme, La Roche-Posay, Lilly Deutschland GmbH, MedKomAkademie GmbH, MSD, Novartis, Orphan Europe and Shire. Er ist Gesellschafter und Kooperationspartner bei medi-login GmbH und gehört dem hautärztlichen Expertengremium der Dermanostic GmbH an.

Korrespondenzadresse

Dr. Hanna Lindemann
 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
 Universitätsmedizin Göttingen
 Robert-Koch-Straße 40
 37075 Göttingen
 Tel.: 05 51/3 96 80 82
 Fax: 05 51/3 96 68 41
 E-Mail: hanna-lindemann@gmx.de





MenQuadfi®
Meningokokken (Gruppen A, C, W, Y)
Konjugatimpfstoff

MenQuadfi®

Der **MenACWY**-Impfstoff –
zugelassen ab 12 Monaten

**Es ist Zeit
zu handeln:**
Seit Ende 2022
steigen die **MenY-Fälle**
kontinuierlich an¹

- **Hohe Immunantworten** gegenüber den Serogruppen A, C, W und Y in allen getesteten Altersgruppen²
- Vergleichbare **Verträglichkeit** mit anderen MenACWY-Impfstoffen³⁻⁷
- **Antikörperpersistenz** bis zu 7 Jahre²
- **Überlegene hSBA-Seroprotektionsrate[#]** gegenüber Serogruppe C vs. Nimenrix® bei Kleinkindern im Alter von 12–23 Monaten^{2,8}



Jetzt auch in der 10er Packung
Gebrauchsfertige Injektionslösung in
der Durchstechflasche.²



[#] Seroprotektionsrate hier definiert als Anteil der Probanden, die hSBA-Titer $\geq 1:8$ erreichen. Nach STIKO-Einschätzung zur Schutz-Korrelation von hSBA gilt ein Titer $\geq 1:4$ als protektiv, laut STIKO wird aber häufig eine konservativere Titergrenze von $\geq 1:8$ verwendet (Quelle: RKI, Epid. Bull. 32/2012). Eine Überlegenheit des rSBA-Titers $\geq 1:8$ vs. Nimenrix® wurde nicht untersucht. In Bezug auf den rSBA-Titer $\geq 1:8$ im sekundären Endpunkt der Studie war MenQuadfi® gegenüber Nimenrix® nicht-unterlegen.

1. SurvStat@RKI, <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx>. Zuletzt abgerufen am 07.11.2023. **2.** Fachinformation MenQuadfi®, Stand Nov. 2023. **3.** Van der Vliet D. Epidemiol Infect. 2021;149:e50. **4.** Baccarini CI. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(10):955–960. **5.** Chang LJ. Vaccine. 2020;38(19):3560–3569. **6.** Dhingra MS. Vaccine. 2020;38(33):5194–5201. **7.** Esteves-Jaramillo A. Vaccine. 2020;38(28):4405–4411. **8.** Knuf M. Hum Vaccin Immunother. 2022;18(5):2052657.

MenQuadfi® Wirkstoff: Konjugatimpfstoff geg. Meningokokken der Serogruppen A, C, W und Y. **Zusammens.:** Eine Dosis (0,5 ml) enthält Polysaccharide von *Neisseria meningitidis* der Serogruppen A, C, Y, W jeweils 10 µg, konjugiert an Tetanustoxoid-Trägerprotein 55 µg. **Sonst. Bestandt.:** Natriumchlorid, Natriumacetat, Wasser f. Injektionszw. **Anw.-geb.:** Aktive Immunisier. von Pers. ab 12 Mon. geg. invasive Meningokokken-Erkr., hervorgerufen durch *Neisseria meningitidis* der Serogruppen A, C, W u. Y. **Gegenanz.: Überempf. geg. die Wirkstoffe** o. einen d. sonst. Bestandt. o. nach vorheriger Anw. d. Impfstoffs o. eines Impfstoffs m. den gleichen Inhaltsstoffen. **Nebenw.:** nach Verabreichung bei Pat. ab 2 J.: **Blut/Lymphsystem:** Selten: Lymphadenopathie. **Nervensyst.:** Sehr häufig: Kopfschmerz. Gelegentlich: Schwindelgefühl. **GI/T:** Gelegentl. Erbrechen, Übelkeit. Selten: Durchfall, Magenschmerz. **Haut/Unterhautg.:** Selten: Urtikaria, Pruritus, Hautausschlag. **Skelett/Bindegew/Knochen:** Sehr häufig: Myalgie. Selten: Schmerzen in einer Extremität. **Allg.:** Sehr häufig: Unwohlsein, Schmerzen an der Injektionsst. Häufig: Fieber, a. d. Injektionsst.: Schwellung, Erythem. Gelegentl.: Müdigkeit, a. d. Injektionsst.: Pruritus, Wärme, Blutergüsse, Hautausschlag. Selten: Schüttelfrost, Schmerzen in der Achselhöhle, a. d. Injektionsst.: Induration, nach Verabreichung bei Pat. von 12-23 Mon.: **Stoffw., Ernährung:** Sehr häufig: Appetitlosigkeit. **Psyche:** Sehr häufig: Reizbarkeit. Gelegentlich: Schlaflosigkeit. **Nervensyst.:** Sehr häufig: Benommenheit. **GI/T:** Häufig: Erbrechen, Durchfall. **Haut/Unterhautg.:** Gelegentl.: Urtikaria. **Allg.:** Sehr häufig: anormales Weinen, a. d. Injektionsst.: Druckschmerz/Schmerz, Erythem, Schwellung. Häufig: Fieber. Gelegentl.: a. d. Injektionsst.: Juckreiz, Verhärtung, Blutergüsse, Hautausschlag. **Verschreibungspflichtig.**

Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Pasteur**, 14 Espace Henry Vallée, 69007 Lyon, Frankreich

Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main.

Stand: November 2023

▽ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH | Lützowstraße 107 | 10785 Berlin | Telefon 0800 0436996 | www.sanofi.de

sanofi

MAT-DE-2300592-v2.0-01/2024

Drei aktuelle Fälle aus der Impfmedizin



Welche Abstände sind bei der FSME-Impfung einzuhalten? Wie können fehlende Keuchhusten-Impfungen nachgeholt werden? Magen-Darm-Probleme nach Rotavirus-Impfung: Impfnebenwirkung oder doch etwas anderes? Antworten auf diese Fragen und Hintergrundinformationen hat Chefredakteur Professor Markus Knuf, Klinikum Worms.

Markus Knuf | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Worms



Impf-Abstände bei FSME-Impfung?

Fall: Ein 6 Jahre alter Junge hat vor wenigen Tagen die erste FSME-Impfung bekommen. Die zweite Impfung kann laut Impfschema nach 1 – 2 Monaten verabreicht werden.

Frage: Ist es möglich, bereits nach 5 Wochen einen Termin für die zweite Impfung auszumachen, umso schnell wie möglich einen hohen Schutz für den Jungen zu erreichen? Hat eine kürzere Zeitspanne zwischen der ersten und der zweiten Impfung eine Auswirkung auf die Wirksamkeit der Impfung? Und gibt es Gründe, den Abstand von drei Monaten einzuhalten?

Für die Grundimmunisierung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), die drei Impfungen umfasst, sind verschiedene Impfschemata zugelassen. Gemäß **konventionellem Impfschema** ist

bei beiden Kinderimpfstoffen gegen FSME zwischen den ersten beiden Impfungen ein Abstand von 1 – 3 Monaten vorgesehen, der in Studien überprüft und entsprechend zugelassen ist. In den jeweiligen Fachinformationen (www.fachinfo.de/PDF/004932; www.fachinfo.de/PDF/005372) findet sich kein Hinweis, dass der Abstand idealerweise 3 Monate betragen sollte.

Für beide Kinderimpfstoffe ist darüber hinaus ein „**beschleunigtes Impfschema**“ zugelassen, bei dem der Abstand zwischen erster und zweiter Impfung 14 Tage beträgt. Nach den ersten beiden Impfungen wird ein ausreichender Schutz gegen FSME für die aktuelle Zeckensaison erwartet, der bis zu einem Jahr anhält. Für einen länger anhaltenden Schutz ist die Vervollständigung der Grundimmunisierung durch eine dritte Impfung nach 5 – 12 Monaten bzw. 9 – 12 Monaten (je nach Impfstoff) erforderlich. Bei einem der Kinderimpfstoffe ist zudem ein **Schnellschema** mit Impfungen an den Tagen 0, 7 und 21 möglich.

Das konventionelle Schema ist laut Fachinformation das bevorzugte Impfschema bei Personen, die einem kontinuierlichen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Für Kinder, die eine schnelle Immunisierung benötigen, wird das Schnellimpfschema verwendet. Bei allen Impfschemata werden Auffrischimpfungen empfohlen.



Pertussis-Impfungen nachholen?

Fall: Ein 27 Monate altes Kind hat bislang keine Keuchhustenimpfung erhalten. Eine Masern-Mumps-Röteln- sowie eine Poliomyelitis-Impfung wurden durchgeführt.

Frage: Wie können die fehlenden Impfungen nachgeholt werden?

Die ständige Impfkommission (STIKO) hat klare Empfehlungen zu Nachholimpfungen erstellt [1]. Für 27 Monate alte Kinder sind die Empfehlungen in Tabelle 1 genannt.

Eine Pertussis-Impfserie besteht demnach aus 3 Nachholimpfungen im Abstand 0, 1 – 2 und 6 Monate. Da Pertussisimpfstoffe nicht als Mono-Impfstoffe verfügbar sind, muss auf eine Kombination mit Diphtherie und Tetanus zurückgegriffen werden.



Durchfall nach Rotavirus-Impfung?

Fall: Ein jetzt 3 Monate altes Mädchen wurde vor 3 Wochen gegen Rotaviren (RV) geimpft. Seither hat sie ständig Durchfall, weist starke Bauchschmerzen und Blähungen auf. Auch trinkt sie schlecht und spuckt viel.

Frage: Handelt es sich um Nebenwirkungen der RV-Impfung oder um etwas anderes?

Milde Magen-Darm-Beschwerden wie Durchfall, Blähungen und Bauchschmerzen zählen zu den möglichen Nebenwirkungen nach der Schluckimpfung gegen Rotaviren. Der Durchfall kann jedoch auch andere Ursachen haben. Insbesondere anhaltender Durchfall sollte weiter abgeklärt werden. In sehr seltenen Fällen kann bei noch nicht vorliegender Screening-Untersuchung profuser Durchfall nach einer RV-Impfung auch ein Hinweis für einen angeborenen Immundefekt sein. In jedem Fall sollte eine länger anhaltende Durchfallsymptomatik nach der RV-Impfung dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet werden.

Grundsätzlich ist nach einer RV-Impfung immer auch an eine Invagination zu denken. In den aktuellen STIKO-Empfehlungen [1] lautet es hierzu: „Bei der Impfung gegen RV handelt es sich um eine Schluckimpfung mit einem oralen Lebendimpfstoff. Je nach verwendetem Impfstoff werden ab dem Alter von ≥ 6 Wochen 2 (Rotarix[®]) bzw. 3 Impfstoffdosen (RotaTeq[®]) in einem Mindestabstand von 4 Wochen verabreicht. Es besteht ein geringfügig erhöhtes Risiko für Darm-

invaginationen (ca. 1–2 Fälle pro 100.000 geimpfte Kinder) innerhalb der 1. Woche nach der 1. RV-Impfung, das mit dem Alter des zu impfenden Säuglings zunimmt. Daher empfiehlt die STIKO dringend, die Impfserie frühzeitig – spätestens bis zum Alter von ≤ 12 Wochen – zu beginnen und vorzugsweise bis zum Alter von ≤ 16 Wochen (Rotarix[®]) bzw. von 20–22 Wochen (RotaTeq[®]) abzuschließen. Die Impfserie muss für Rotarix[®] auf jeden Fall bis zum Alter von ≤ 24 Wochen und für RotaTeq[®] bis zum Alter von ≤ 32 Wochen abgeschlossen sein.“

Literatur

1. n.n. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 4/2023

Interessenkonflikt

LKP und PI bei klinischen Studien. Beratertätigkeit für GSK, Pfizer, Baxter, Novartis, Astra Zeneca, MedImmune, SPMSD/Sanofi Pasteur, MSD, Jansen, Takeda, Desitin, GW Pharma, InfectoPharm. Präsentationen während Industrie-Symposien. Die o. g. Tätigkeiten werden als Dienstaufgabe wahrgenommen. MK erhält

persönlich keine Honorare von pharmazeutischen Unternehmen. Es besteht diesbezüglich auch keine Zielvereinbarung mit dem Dienstherrn.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Tuberoöse Sklerose Zentrum
 Klinikum Worms
 Gabriel-von-Seidl-Straße 81
 67550 Worms
 Tel.: 0 62 41/5 01 36 00
 Fax: 0 62 41/5 01 36 99
 E-Mail: markus.knuf@klinikum-worms.de



Tab. 1: Nachhol- und Auffrischimpfungen für Kinder im Alter ≥ 12 Monate bis < 5 Jahre [1]

Impfung	Mindestabstand in Monaten zur vorangegangenen Impfstoffdosis			Alter in Jahren	
	0	1–2 ^a	6	5–16	
Tetanus	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Diphtherie (D)	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
Pertussis (aP)	N1	N2	N3	A1 ^b	A2 ^b
HiB	N1				
Poliomyelitis	N1	N2	N3		A1 ^c
Hepatitis B	N1	N2	N3		
Pneumokokken ^d	N1	N2 (Impfabstand ≥ 8 Wochen)			
Meningokokken C	N1				
MMR ^e	N1	N2			
Varizellen ^e	N1	N2			

a: Impfabstand abhängig vom Impfstoff oder der Indikation.

b: Auffrischimpfung 5–10 Jahre nach der letzten Dosis der Grundimmunisierung bzw. nach einer vorangegangenen Auffrischimpfung.

c: Die Auffrischimpfung soll im Alter von 9–16 Jahren erfolgen.

d: Die Pneumokokken-Impfung ist ab dem Alter ≥ 24 Monaten nicht mehr als Standardimpfung empfohlen und wird auch nicht nachgeholt.

e: Ab dem Alter ≥ 11 Monaten.



YoungDGPI meets AnTiB | Antibiotika sollten gezielt ausgewählt und eingesetzt werden. Um dieser Herausforderung zu begegnen, hat das Projekt „AnTiB – Antibiotische Therapie in Bielefeld“ praxisnahe Empfehlungen für die ambulante antibiotische Therapie in Bielefeld erarbeitet.

Damit möglichst viele Kolleginnen und Kollegen aus der Pädiatrie davon profitieren, stellen wir Mitglieder aus der jungen Sektion der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (Young DGPI) in dieser Artikelreihe klinische Entscheidungshilfen vor, die wir gemeinsam mit AnTiB zu häufigen Infektionen in der kinderärztlichen Praxis erstellt haben.

Ambulante Standardbehandlung bei akuten Halsschmerzen

Nicole Töpfner¹, Roland Tillmann² | ¹Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden; ²Ärztendorf Bielefeld, Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Bielefeld

Dieser Artikel beschreibt das praktische Vorgehen bei akuten Halsschmerzen als Symptom einer infektiösen Erkrankung der Tonsillen, des Pharynx oder kombiniert als Tonsillopharyngitis. Deutliche Schluckbeschwerden und entzündliche Veränderungen bei der Inspektion sind weitere obligate Symptome. Die Ursachen sind vielfältig. Selten sind Bakterien ursächlich, am ehesten *S. pyogenes* (Gruppe-A-Streptokokken, GAS).

Diagnostik

Es gilt, nach Diagnosestellung und Ausschluss eines komplizierten Verlaufes anhand klinischer Symptome (z. B. mittels McIsaac-Score, siehe Tab. 1) zwischen viraler und bakterieller Genese von Halsschmerzen zu differenzieren. GAS-Schnelltests sollten nur bei hohem McIsaac-Score angewandt werden, wenn deren Ergebnis die Entscheidung hinsichtlich einer antibiotischen Therapie entsprechend verändert.

Differenzialdiagnosen (Auswahl)

- Unspezifische virale Atemwegsinfektionen

- Spezifische virale Infektionen: EBV, Stomatitis aphthosa, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Herpangina
- Peritonsillar-, Retropharyngealabszess
- PFAPA-Syndrom

Antibiotikagabe ja oder nein?

Der mögliche Vorteil eines Antibiotikums für die Symptomverkürzung muss gegenüber den Nachteilen, wie Durchfall, Exanthem und Auswirkungen auf Mikrobiom und Resistenzentwicklung, abgewogen werden.

Nein – in diesen Situationen sollte kein Antibiotikum gegeben werden:

- Unspezifische „Tonsillopharyngitis“ (z. B. Detritus) ohne relevante Schluckbeschwerden bzw. bei Schluckbeschwerden ohne entzündliche Veränderungen an Pharynx und Tonsillen
- in der Regel bei Kindern < (2 bis) 3 Jahren
- bei Hinweisen auf eine virale Genese: begleitend Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Durchfall, Konjunktivitis, vesikuläre Pharyngitis, Stomatitis, EBV
- nur zur Vermeidung eitriger oder im-



„Red Flags“ beachten

Es gilt, folgende Red Flags auszuschließen oder die Therapie entsprechend anzupassen!

Gibt es Hinweise auf:

- Scharlach/septisches Krankheitsbild?
- Atemstörung?
- Kieferklemme?
- einseitige Tonsillen-/Gaumenschwellung, Verziehung Uvula?
- Einschränkung HWS-Beweglichkeit?
- ausgeprägte Hals-Schwellung?
- Immunsuppression?
- schwere Komorbidität?
- Risiko für akut rheumatisches Fieber (ARF)?

Attentin®

Klarer Vorteil. Bewährte Wirksamkeit.

weiß – 5 mg	gelb – 10 mg	rot – 20 mg
<p>2,5 mg 1,25 mg</p>	<p>5 mg 2,5 mg</p>	<p>10 mg 5 mg</p>

Mehr als 10 Jahre Erfahrung & Studiendaten¹ bestätigen:

- **Fast:** Schnelle Anflutung innerhalb von nur ca. 30 Minuten^{1*}
- **Flexible:** Flexible Wirkdauer von bis zu 13 Stunden^{1,2**}
- **Strong:** Hohe Effektstärke bei sehr guter Verträglichkeit³

*In der Routineanwendung bestätigt **Zum Beispiel bei einer 2x Gabe von Attentin® am Tag
¹Uebel et. al 2021 ²Attentin® 5 mg Fachinformation, Stand: 08/2022, Attentin® 10/20 mg Fachinformation, Stand: 08/2022 ³Utz et. al 2017

Attentin® 5 mg, 10 mg, 20 mg. Wirkst.: Dexamfetaminhemisulfat. **Zus.:** Jede Tabl. enthält 5 mg/10 mg/20 mg Dexamfetaminhemisulfat. Sonst. Best.teile: Isomalt (E953), Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Crospovidon (nur bei 5 mg), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172, bei 10 mg), Eisen(III)-oxid (E 172, bei 20 mg). **Anw.geb.:** Im Rahmen einer therapeut. Gesamtstrategie zur Behandl. von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Kindern u. Jugendlichen von 6 bis 17 Jahren, wenn das klinische Ansprechen auf eine vorangegangene Behandlung mit Methylphenidat unzureichend war. Die Behandl. soll unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern u./o. Jugendl. durchgef. werden. Diagnosestellung anhand DSM-V o. ICD-10. Eine Behandl. mit Dexamf. ist nicht bei allen Kindern mit ADHS indiz. u. der Entsch. zur Anwend. muss eine sehr sorgf. Beurteilung v. Schweregrad u. Chronizität der Sympt. des Kindes vorausg. Alter des Kindes u. das Potential für Missbrauch, Fehlgebrauch u. Zweckentfremdung sind zu berücksichtigen. **Gegenanz.:** Bek. Überempfindlichkeit gg. Dexamfetamin o. einen der sonst. Bestandt.; bek. Überempfindlichkeit o. Idiosynkrasie gg. sympathomimetischen Aminen; Glaukom; Phäochromozytom; während o. inn. v. mind. 14 Tagen n. Einn. v. MAO-Hemmern; Hyperthyreose o. Thyreotoxikose; Diagn. o. Anamn. v. schw. Depr., Anorexia nerv./anorekt. Störg., Suizidneig., psychot. Sympt., schw. affekt. Störg., Manie, Schizophr., psychopath./Borderline-Pers.k.störg.; Gilles de la Tourette Syndr. o. ähnl. Dystonien; Diagn. o. Anamn. v. schw. u. episod. (Typ I) bipol. affekt. Störg.; vorbest. Herz-Kreislauf-Erkr. einschl. mittelschw. u. schw. Hypertonie, Herzinsuffizienz, art. Verschlusskrankh., Angina pec., hämodyn. signif., angeb. Herzfehler, Kardiomyopathien, Myokardinf., potentiell lebensbedr. Arrhythmien u. Kanalopathien; vorbest. zerebrovask. Erkrank.; Patienten mit einer Vorgesch. von o. derzeit. Drogenabhängigkeit o. Alkoholisismus; Schwangerschaft u. Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: verm. App., verr. Gewichts- und Größenzun. b. läng. Anw. b. Kind.; Schlaflosigkeit, Nervosität. Häufig: Arrhythmien, Palpitationen, Tachykardie; Abdominalschm., Übelkeit, Erbrechen, trock. Mund; Veränd. d. Blutdr. u. d. Herzfrequenz (gew. Erh.); Arthralgie; Schwindel, Dyskinesie, Kopfschmerzen, Hyperaktivität; Abnorm. Verhalten, Aggressivität, Erregungs- und Angstzust., Depression, Reizbarkeit. Selten: Angina pec.; Akkommod.stör., verschw. Sehen, Mydriasis; Müdigkeit (Fatigue), Wachstumsverz. b. läng. Anw. b. Kind.; Hautausschl., Urtikaria. Sehr selten: Anämie, Leukopenie, Thrombozytop., thrombozyt. Purpura; Herzstillstand; Leberfunktionsst., einschließl. Erh. d. Leberenzymw., hepat. Koma; Muskelkrämpfe; Konvulsionen, choreoathetische Bewegungen, intrakran. Hämorrhagie, Tour.-Syndrom; Halluzinationen, Psychose/psychot. Reaktionen, Selbstm.versuch (einschl. vollend. Selbstm.), Tics, Verschl. v. vorbest. Tics; Erythema multif., exfoliative Dermat., Arzneimittelexanthem; Zerebr. Vaskul. u./o. Hirngefäßverschl. Nicht bekannt: Kardiomyopathie, Myokardinf.; Isch. Kolitis, Diarrhoe; Brustschm., Hyperpyrexie, Überempfindlichk. einschließl. Angioödem u. Anaphylaxie, plötzl. Todesfälle; Azidose; Rhabdomyolyse; Ataxie, Benommenheit, Dysgeusie; Konz.stör., Hyperreflexie, Schlaganfall, Tremor. Sehr selten Fälle von schlecht dokumentiertem MNS; Verwirrtheit, Delirium, Drogenabhäng., Dysphorie, emotion. Labilität, Euphorie, Beeinträcht. d. Leistungen i. kognit. Tests, veränd. Libido, Nachtangst, Zwangsverh., Panikzustand., Paranoia, Ruhelosigkeit; Nierenschädigung; Impotenz; Schwitzen, Alopezie, Raynaud-Syndr.; Kardiovaskul. Kollaps; Das Absetzen o. eine Dosisred. einer starken u. längerfr. Anw. v. Amfetamin kann zu Entzugssympt. führen. Warnhinweis: Enthält Isomalt (E 953). **Verschreibungspflichtig.** Weit. Hinw. s. Fachinfo. **Stand d. Inform.:** 08/2022. **MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, 58638 Iserlohn. www.adhs-infoportal.de**



Bronchicum®

Naturstarker Hustenlöser für kleine Abenteurer



AB DEM
1. LEBENSTAG

AB
6 MONATEN

- » Löst festsitzenden Schleim
- » Beruhigt so die Bronchien
- » Wirkt entzündungshemmend
- » Wohlschmeckend⁴

90,5 %

der Patienten mit
Besserung der Husten-
symptome²

97,5 %

der Ärzte beurteilten
die Verträglichkeit mit
gut oder sehr gut

Nicht-interventionelle Studie zu Bronchicum® Elixir
mit 199 Säuglingen (6–12 Monate)³

Qualität seit mehr als 75 Jahren

¹ Positive Studienergebnisse für die Wirkstoffkombination aus Thymian und Primel wie in Bronchicum® Elixir und Bronchicum® Tropfen. ² Schweregrad des Hustens, Hustenanfälle pro Tag, Hustenanfälle pro Nacht, Beeinträchtigung der Schlafqualität durch Hustenanfälle. Zeitschrift für Phytotherapie 2008; 29: 7-14. ³ Schmidt M.: Fixe Kombination aus Thymiankraut- und Primelwurzel-Flüssigextrakt bei Husten. ⁴ Ergebnis einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung von Ipsos mit 327 Bronchicum® Elixir Verwendern im Alter von 18-75 Jahre, Juni 2022.

Bronchicum® Thymian Hustensaft. Wirkstoff: Fluidextrakt aus Thymiankraut / **Bronchicum® Elixir.** Zusammensetzung: Bronchicum® Thymian Hustensaft: 100 g Bronchicum® Thymian Hustensaft (entsprechen 88,5 ml) enthalten: **Wirkstoff:** 15 g Fluidextrakt aus Thymiankraut (1 : 2 – 2,5), Auszugsmittel: Ammoniaklösung 10 % (m/m) ; Glycerol 85 % (m/m) ; Ethanol 90 % (V/V) ; Wasser (1 : 20 : 70 : 109). **Sonstige Bestandteile:** 45,6 g Zuckersirup, Povidon, Kaliumsorbat (Ph. Eur.), Citronensäure-Monohydrat, gereinigtes Wasser. Bronchicum® Elixir: 100 g Flüssigkeit (entsprechend 75,36 ml) enthalten: **Wirkstoffe:** Thymiankraut-Fluidextrakt (1 : 2 – 2,5), Auszugsmittel: Ammoniaklösung 10 % (m/m), Glycerol 85 %, Ethanol 90 % (V/V), Wasser (1 : 20 : 70 : 109) 5,0 g, Primelwurzel-Fluidextrakt (1 : 2 – 2,5), Auszugsmittel: Ethanol 70 % (m/m) 2,5 g. **Sonstige Bestandteile:** Invertzuckersirup, Karamellsirup, Natriumbenzoat, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Bronchicum® Thymian Hustensaft: Zur Besserung der Beschwerden bei Erkältungskrankheiten der Atemwege mit zähflüssigem Schleim und zur Besserung der Beschwerden bei akuter Bronchitis. Bronchicum® Elixir: Behandlung der Symptome einer akuten Bronchitis und Erkältungskrankheiten der Atemwege mit zähflüssigem Schleim. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Primel (nur Bronchicum® Elixir), Thymian sowie andere Lamiaceen (Lippenblütler) oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Nebenwirkungen:** Es können Überempfindlichkeitsreaktionen wie z. B. Luftnot, Hautausschläge, Nesselsucht sowie Schwellungen in Gesicht, Mund und/oder Rachenraum (Quincke-Ödem) verbunden mit Luftnot auftreten. Es kann auch zu Magen-Darm-Beschwerden, wie Krämpfen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall kommen. Bei Säuglingen unter 12 Monaten kann Erbrechen häufig vorkommen (gilt für Bronchicum® Elixir). Sollte eine der o. g. Nebenwirkungen, insbesondere Schwellungen in Gesicht, Mund und/oder Rachenraum beobachtet werden, sollte das Arzneimittel abgesetzt und sofort ein Arzt aufgesucht werden, damit er über den Schweregrad und ggf. erforderliche Maßnahmen entscheiden kann. Bei den ersten Anzeichen einer Überempfindlichkeitsreaktion darf das Arzneimittel nicht nochmals eingenommen werden. **Warnhinweise:** Bronchicum® Thymian Hustensaft: Enthält 5,8 Vol.-% Alkohol. Packungsbeilage beachten. Bronchicum® Elixir: Enthält 4,9 Vol.-% Alkohol. Packungsbeilage beachten. Cassella-med, Gereonsmühlengasse 1, 50670 Köln.

bronchicum.de

munologischer Streptokokken-Folgeerkrankungen

- bei asymptomatischen Kindern mit GAS-Nachweis im Rachen ohne Risikofaktoren im häuslichen Umfeld (ARF, invasive Infektionen etc.)
- aufgrund eines Nachweises von z. B. *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*
- aufgrund erhöhter Streptokokken-Antikörpertiter (ASL, ASO, Anti-Dnase B u. a.)

Ja – bei hochgradigem klinischen Verdacht auf eine GAS-bedingte Halsschmerzursache und:

- Wunsch nach Symptomlinderung,
- um die Reduktion des Transmissionsrisikos bzw. die Wiederezulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen zu beschleunigen,
- beim Vollbild des Scharlachs mit deutlicher Beeinträchtigung
- oder bei Risikofaktoren (insbesondere Z. n. akutem rheumatischem Fieber, Immunsuppression etc.)

Wenn nein, was hilft stattdessen?

Hilfreich ist in diesen Situationen ein Patienten-Eltern-Gespräch mit einer Beratung über diese Aspekte und Möglichkeiten:

- voraussichtlich selbstlimitierender Verlauf nach einer Beschwerdedauer von ca. 1 Woche
- symptomatische Therapie gegen Schmerzen und Fieber (NSAR, medikamentöse Lutschtabletten etc.)
- Selbstmanagement (körperliche Schonung, ausreichend Flüssigkeit etc.)
- abwartendes Offenhalten, Wiedervorstellung nach 24 – 48 Stunden bzw. umgehend bei Verschlechterung
- Vor- und Nachteile einer antibiotischen Therapie bei Halsschmerzen gemeinsam abwägen
- Nur bei vorliegender bakterieller Infektion: Symptomverkürzung von ca. 16 Stunden
- Eher ungeeignet zur Vermeidung von Komplikationen, da geschätzt mehr als 200 Patienten antibiotisch behandelt werden müssen, um eine eitrige Kom-

Tab. 1: Der McIsaac-Score wird als Summe der u. g. Kriterien ermittelt, um die Wahrscheinlichkeit für eine virale oder bakterielle Genese der Halsschmerzen zu ermitteln.

Punkte	Symptom
1	Körpertemperatur > 38 °C
1	Kein Husten
1	Schmerzhafte zervikale Lymphknotenschwellung
1	Tonsillenschwellung oder -exsudat
1	Alter: 3. – 14. Lebensjahr
0	Alter: 15. – 18. Lebensjahr

Summe	Wahrscheinlichkeit für GAS-Infektion
≤ 0	ca. 1 %
1	ca. 10 %
2	ca. 17 %
3	ca. 35 %
≥ 4	ca. 50 %

plikation wie Otitis media, Sinusitis, Peritonsillarabszess oder Erysipel zu verhindern, bei dem ARF sind es mehr als 5.500 (NNT = number needed to treat)

Wenn ja, welche antibiotische Therapie?

Mittel der ersten Wahl ist Penicillin:

- **Penicillin V:** 50.000 – 100.000 E/kg KG/T (max. 3 Mio. E) in 2 – 3 ED für 5 – 7 T, nicht zu den Mahlzeiten
- **Benzathin-Penicillin:** 50.000 E/kg KG/T (max. 1,5 Mio. E) in 2 ED für 5 – 7 T
- **Clarithromycin:** 15 mg/kg KG/T (max. 1 g) in 2 ED für 5 – 7 T bei Penicillin-Allergie

Erläuterungen zu den Therapieoptionen: ED = Einzeldosis, Mio. = Millionen, T = Tage, KG = Körpergewicht, E = Internationale Einheiten. Es besteht keine Haftungsübernahme für die korrekte Dosierung der empfohlenen Medikamentendosis, Änderungen auf Grund von neueren Empfehlungen, Arzneimitteldaten etc. sind möglich. Bitte überprüfen Sie regelmäßig, ob sich Änderungen ergeben haben.

Wie geht man bei einem Rezidiv GAS-bedingter Halsschmerzen vor?

Hier sind drei Schritte sinnvoll: Diagnose hinterfragen, ob doch eine Virusinfektion vorliegt, glg. finden sich Hinweise auf PFAPA; die korrekte Dosierung nachrechnen und die Einnahme-Compliance hinterfragen. Falls die letzten beiden Punkte gewährleistet sind und weiterhin ein hochgradiger Verdacht auf GAS-Infektion besteht:

- **Bei 1. Rezidiv:** Penicillin V 100.000 E/kg KG/T (max. 3 Mio. E) in 2 – 3 ED für 10 T
- **Bei > 1. Rezidiv:** Clindamycin 20 mg/kg KG/T (max. 1,8 g) in 3 ED für 7 – 10 T
- **oder bei > 1. Rezidiv:** Cefadroxil 50 mg/kg KG/Tag in 2 ED für 5 – 7 T

Was sollte man nicht tun?

Nicht sinnvoll sind ein nicht therapierelevanter Rachenabstrich, eine routinemäßige Labordiagnostik (BB, CrP etc.) oder eine Streptokokken-Antikörper-Bestimmungen bei V. a. eine akute GAS-Tonsillitis. Die routinemäßige Kontrolle von Rachenabstrich, EKG oder Urinstatus nach einer GAS-Tonsillitis sind nicht empfohlen.

Literatur, auf der diese Empfehlungen basieren

1. AnTiB-Empfehlungen zur antibiotischen Therapie in Bielefeld. https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/antib/AnTiB_Paed_2022.pdf
2. DGPI-Handbuch Kapitel 22 und 132, 7. Auflage 2018
3. AWMF S3-Leitlinie Halsschmerzen, Registernummer 053 – 010
4. AWMF S3-Leitlinie Therapie der Tonsillo-Pharyngitis, Registernummer 017 – 024

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag besteht.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Nicole Töpfner
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Tel.: 03 51 / 4 58-1 87 15
 E-Mail: youngDGPImeetsAnTiB@posteo.de



Gute Noten für NRW-Fortbildung zur FamHeb oder FGKiKP in den Frühen Hilfen

Petra Steffen, Sabine Löffert, Sophia Siewert | Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (DKI), Düsseldorf

In Nordrhein-Westfalen (NRW) wurde anders als in den meisten anderen Bundesländern ein einheitlicher Qualifizierungsrahmen für den praktischen Einsatz in den Frühen Hilfen geschaffen: Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (GKiKP) können sich seit 2014 zur Familienhebamme (FamHeb) oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum -pfleger (FGKiKP) fortbilden lassen. Grundlage ist das Fortbildungscurriculum NRW (oder auch Landescurriculum), das die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen NRW (LK Frühe Hilfen) für beide Berufsgruppen einheitlich auf Basis der NZFH-Kompetenzprofile hat entwickeln lassen. Dieses wird bereits seit 2015 von ausgewählten Bildungsträgern umgesetzt.

In der Fortbildung sollen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern über verschiedene Lerninhalte Fach- (Wissen und Fertigkeit) und personale Kompetenzen (Sozial- und Selbstkompetenz) vermittelt werden. Die Inhalte der Fortbildung sollen so konzipiert sein, dass die Absolventinnen und Absolventen auf das Tätigkeitsfeld der Frühen Hilfen und die dort geforderten interdisziplinären Arbeiten vorbereitet werden [1]. Die Absolventinnen und Absolventen sollen durch die Fortbildung konkret dazu befähigt werden, „die Gesundheit von Schwangeren, Eltern oder primären Bezugspersonen, ihren Neugeborenen und Kleinkindern von 0 bis 3 Jahren im Rahmen der Frühen Hilfen zu erhalten und zu fördern“ ([1] S. 9).

Um u. a. zu überprüfen, ob die Fortbildung die avisierten Ziele erreicht, hat das Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration (MKJFGFI) des Landes Nordrhein-Westfalen das Deutsche Krankenhausinstitut e. V. (DKI) mit der Evaluation des Fortbildungscurriculums zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen/Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragt (Projektzeitraum: Juni 2021 bis Mai 2022). Ein Teil der Evaluation bestand aus der standardisierten Online-Befragung aller Absolventinnen und Absolventen seit 2015. Zum Zeitpunkt der Evaluation, Ende 2021, hatten sich 282 Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (GKiKP) mit Hilfe des Landescurriculums qualifiziert. An der Befragung haben sich 170 Absolventinnen (nur Frauen) beteiligt (Rücklaufquote: 65%). Aus diesem Grund wird bei der Darstellung der Ergebnisse ausschließlich die weibliche Form verwendet.

Sehr hohe Zufriedenheit mit Fortbildung und den Lerneinheiten

Der Gesamtumfang der berufsbegleitend möglichen Fortbildung beträgt ca. 400 Stunden, die idealerweise in 18 Monaten absolviert werden sollten. Das Curriculum umfasst insgesamt 21 Lerneinheiten, die unterschiedlichen Bereichen zugeordnet sind und variierende Stundenumfänge beinhalten. Der größte Stundenanteil entfällt auf den Bereich „Ressourcen und

Belastungen der primären Bezugspersonen“. Die Lerneinheiten „Ressourcenorientierte und systemische Arbeit mit Familien“ sowie „Gesunde Entwicklung des Kindes in den ersten 3 Lebensjahren“ haben mit jeweils 30 Stunden den größten Umfang (Abb. 1). Ergänzend zu den Lerneinheiten beinhaltet das Curriculum ein Interventionsmodul, eine Abschlusseinzelarbeit und ein Abschlusskolloquium. Hospitationen oder Praxiseinsätze sind kein Bestandteil der Fortbildung [1].

Wie beurteilen die Absolventinnen die Fortbildung insgesamt sowie die einzelnen Lerneinheiten? Insgesamt zeigt sich mit 92% zufriedenen Teilnehmerinnen eine sehr große Zufriedenheit mit der Fortbildung. 50% der Befragten geben der Fortbildung zur FamHeb/FGKiKP mit „sehr zufrieden“ die Bestnote, 42% sind zufrieden (Abb. 2).

Die hohen Zufriedenheitswerte spiegeln sich auch in den Bewertungen der einzelnen Lerneinheiten wider, die zwischen 72 und 97% (zufrieden bzw. sehr zufrieden) lagen. Abbildung 3 stellt die Lerneinheiten dar, mit denen die Absolventinnen besonders zufrieden bzw. eher unzufrieden sind.

Insgesamt gute, aber nicht immer ganz ausreichende Vorbereitung auf die Tätigkeit

Die Fortbildung zur FamHeb und FGKiKP soll die notwendigen Kompetenzen vermitteln, die die Absolventinnen für die konkreten Tätigkeiten der verschiedenen Angebote der Frühen Hilfen benötigen. Hier-



Lerneinheiten (nach Jaques-Rodney & Lukasczyk, 2015)			Std.	
1	Einführung in das Handlungsfeld und das berufliche Selbstverständnis der FamHeb und FGKiKP in den Frühen Hilfen	20	Qualitätsentwicklung (95 Stunden)	
2	Lernstrategien	5		
3	Pflegetheoriebasiertes Arbeiten im Rahmen der Tätigkeit der FamHeb/FGKiKP	10		
4	Qualitätsmanagement in der Arbeit der FamHeb/FGKiKP	20		
5	Kommunikation und Gesprächsführung	20		
6	Haltung und Verantwortlichkeit beim beruflichen Handeln	10		
7	Selbstfürsorge	10		
8	Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie ihre Bedeutung für die Frühen Hilfen	10	Kooperation & Recht (55 Stunden)	
9	Rechtliche Rahmenbedingungen des Handelns von FamHeb/FGKiKP	10		
10	Angebote und Leistungen des Gesundheits- und Jugendhilfesystems für Schwangere und junge Familien	15		
11	Kooperation in interdisziplinären Netzwerken im Rahmen der Frühen Hilfen	10		
12	Auftraggeber – Auftragnehmer – Auftragsklärung	10	Ressourcen und Belastungen der primären Bezugspersonen (100 Stunden)	
13	Einführung in die Lebenswelt „Familie“	10		
14	Psychische Belastungen und Sucht der primären und sekundären Bezugspersonen und deren Auswirkungen auf Schwangerschaft/Elternschaft	20		
15	Häusliche Gewalt und Trauma	10		
16	Ressourcenorientierte und systemische Arbeit mit Familien	30		
17	Kultursensible Betreuung: interkulturelle Kompetenz & Diversity	10		
18	Anleitung, Schulung und Beratung in der Pflege von Familien mit Kindern bis 3 Jahren	20		
19	Gesunde Entwicklung des Kindes in den ersten 3 Lebensjahren	30	Entwicklung & Bindung des Säuglings/Kleinkindes (60 Stunden)	
20	Bindungsentwicklung und Stärkung der Elternkompetenz	20		
21	Kindeswohlgefährdung	10		

© Monkey Business - stock.adobe.com

© Deutsches Krankenhausinstitut

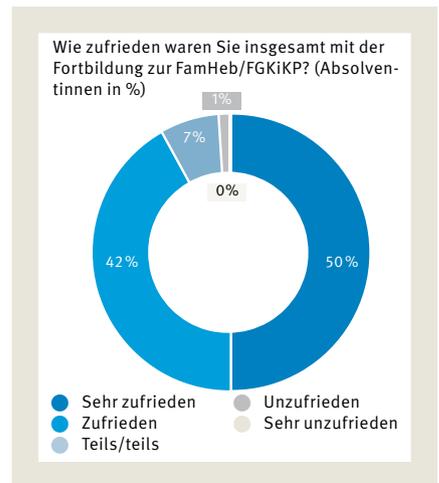
Abb. 1: Übersicht über die Lerneinheiten der Fortbildung zur FamHeb/FGKiKP.

zu zählen vor allem die aufsuchende Beratung in der gesundheitsorientierten Familienbegleitung (GFB), aber auch die Arbeit in einem Lotsendienst in einem Krankenhaus. Die Fortbildung erfüllt das Ziel gut, die Absolvierenden ganz allgemein auf den gesamten späteren Tätigkeitsbereich der Frühen Hilfen vorzubereiten (87 % ja). Die Zustimmung fällt jedoch geringer aus, wenn man nach konkreten Tätigkeitsfeldern fragt. So bejahen 82 %, dass sie gut auf die aufsuchende Arbeit im Rahmen der GFB und 43 % der Befragten, dass sie gut auf die Lotsendienst-Tätigkeit in einer Klinik vorbereitet wurden (Abb. 4).

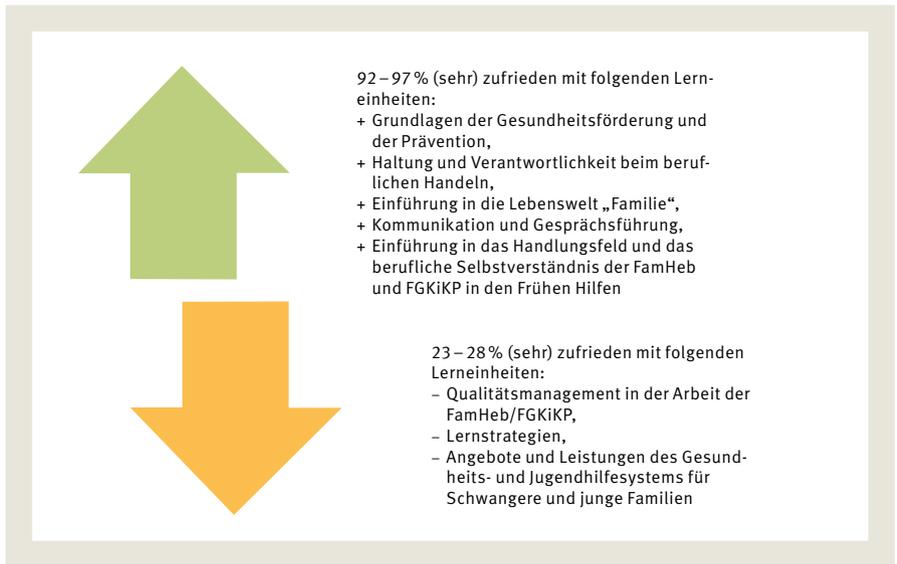
Der Schwerpunkt bei der Tätigkeit der Familienhebammen und der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger liegt auf der physischen und psychosozialen Beratung und Betreuung von (werdenden) Müttern und Vätern sowie anderen primären Bezugspersonen und deren Säuglingen im Rahmen der Frühen Hilfen [1].

Wie gut vermittelt die Fortbildung aus Sicht der Absolventinnen die grundlegenden Kompetenzen für diese Aufga-

Abb. 2: Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit der Fortbildung.



© Deutsches Krankenhausinstitut



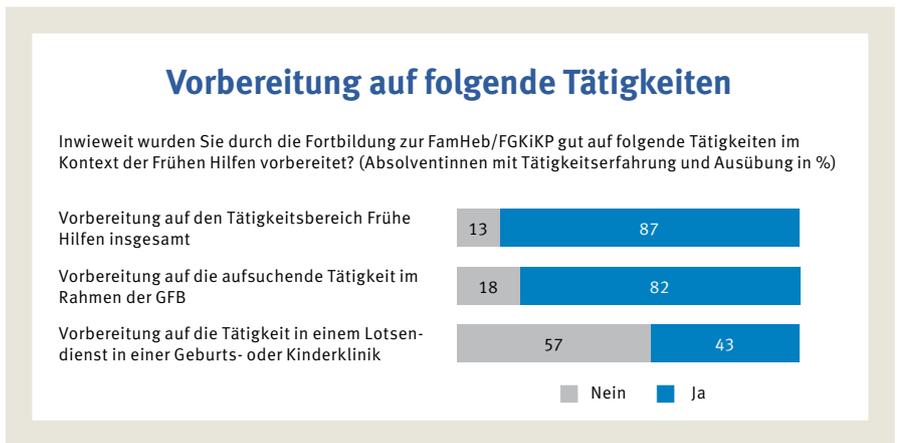
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Zufriedenheit mit ausgewählten Lerneinheiten.

ben? Gut drei Viertel der Befragten fühlen sich durch die Fortbildung sehr gut darauf vorbereitet, die körperliche und emotionale Entwicklung des Kindes zu beobachten und einzuschätzen bzw. Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung oder Schreiverhalten zu geben. Gut zwei Drittel der Befragten geben an, dass die Fortbildung sie sehr gut in die Lage versetzt hat, die Eltern über Vorsorgeuntersuchungen oder andere Stellen zu informieren oder dorthin zu begleiten (Abb. 5).

Zwei Drittel der Absolventinnen fühlen sich durch die Fortbildung sehr gut vorbereitet, psychosoziale Belastungssituationen im familiären Umfeld zu erkennen.

Nach verschiedenen konkreten psychosozialen Belastungen gefragt, zeigt sich ein differenziertes Bild. Die Befragten fühlen sich gut vorbereitet, Familien mit Auffälligkeiten im Bindungsverhalten, psychischen Erkrankungen bei Mutter und/oder Vater oder Anzeichen für starke Erschöpfung bzw. Stressbelastung der Eltern zu begleiten und betreuen (je 95 %). Vergleichsweise weniger gut werden aus Sicht der Absolventinnen in der Fortbildung Kompetenzen für die Betreuung und Begleitung von Familien mit Fehl- oder Totgeburten, mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung des Kindes sowie einem Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter vermittelt



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Vorbereitung auf den Tätigkeitsbereich.

Wesentliches für die Praxis ...

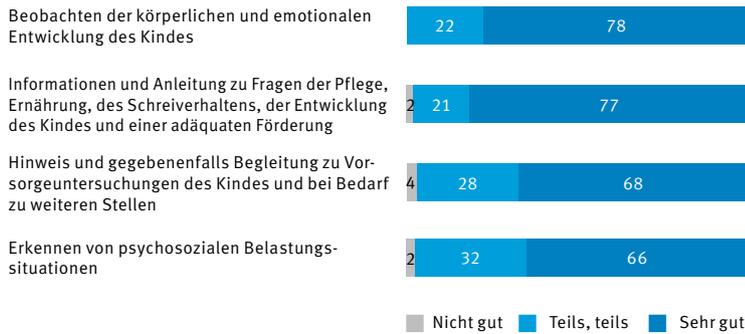
- Die befragten Absolventinnen sind mit der Fortbildung zur Familienhebamme (FamHeb) oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum -pfleger (FGKiKP), die in NRW seit 2014 mit einem einheitlichen Qualifizierungsrahmen unter Nutzung des Fortbildungs- oder Landescurriculums erfolgt, insgesamt und den meisten Lerneinheiten sehr zufrieden.
- Auch gelingt aus ihrer Sicht die Vorbereitung auf den Bereich der Frühen Hilfen mit der interdisziplinären Tätigkeit insgesamt gut.
- Gleichwohl zeigen sich bei einigen Aspekten mögliche Änderungspotenziale, damit sich die Absolventinnen und Absolventen direkt im Anschluss an die Fortbildung noch besser in die Lage versetzt fühlen, die Tätigkeit und die Netzwerkarbeit kompetent umsetzen zu können.
- Hier ist auch die Vorbereitung auf die Lotsentätigkeit in einer Geburts- oder Kinderklinik sowie die Zusammenarbeit mit (pädiatrischen) Praxen zu nennen.

telt (36 – 53 % gar nicht/weniger gut) (Daten nicht gezeigt).

Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen ist ein bedeutender Bestandteil der Tätigkeit im Rahmen der Frühen Hilfen [1]. Entsprechende Kompetenzen zur Netzwerk- oder Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen sollten im Kontext der Fortbildung vermittelt werden. Die Absolventinnen wurden danach gefragt, ob sie mit 23 verschiedenen Berufsgruppen bzw. der Vermittlung zu Institutionen oder Angeboten im Kontext der Frühen Hilfen zusammenarbeiten und falls ja, inwieweit die Fortbildung sie gut darauf vorbereitet hat. Die Absolventinnen haben in der Regel Erfahrungen mit den verschiedenen Akteuren (85 – 99 %). Mit Blick auf die Vorbereitung auf die Zusammenarbeit zeigt sich

Vorbereitung auf folgende Tätigkeiten

Inwieweit wurden Sie durch die Fortbildung zur FamHeb/FGKiKP gut auf folgende Tätigkeiten im Kontext der Frühen Hilfen vorbereitet? (Absolventinnen mit Tätigkeitserfahrung und Ausübung in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Literatur

1. Jaque-Rodney J, Lukaszcyk P (2015) Fortbildungscurriculum zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen, Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und -pfleger. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur, Sport des Landes Nordrhein-Westfalen

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. Petra Steffen
Senior Research Managerin
Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
Geschäftsbereich Forschung
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 02 11/4 70 51 55
Fax: 02 11/4 70 51 67
E-Mail: petra.steffen@dki.de

Abb. 5: Vorbereitung auf ausgewählte Tätigkeiten.

insgesamt ein zufriedenstellendes Bild. Die Absolventinnen sehen sich durch die Fortbildung vor allem gut in der Lage, mit Netzwerkkoordinierenden Frühe Hilfen sowie (anderen) FamHeb oder FGKiKP zusammenzuarbeiten (83 – 87 % eher/sehr gut). Auf die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern oder niedergelassenen Praxen fühlen sich die Befragten vergleichsweise

schlecht vorbereitet. Die besten Bewertungen erzielen hier pädiatrische Praxen, in denen zunehmend Lotsendienste eingesetzt werden:

- Pädiatrische Praxen: 71 % eher/sehr gut
- Krankenhäuser: 64 % eher/sehr gut
- Gynäkologische Praxen: 57 % eher/sehr gut
- Hausärztliche Praxen: 45 % eher/sehr gut



Tuberkulose: Neues Tool erleichtert Diagnose bei Kindern

KURZ & BÜNDIG

An Tuberkulose sterben jährlich rund 240.000 Kinder weltweit, weil die Erkrankung oft nicht richtig und nicht rechtzeitig diagnostiziert wird. Ein LMU-geführtes internationales Forschungskonsortium hat mithilfe von Partnern in Südafrika, Malawi, Tansania, Mosambik und Indien im Rahmen einer groß angelegten Studie nun ein neues und schnelles Analyse-Tool getestet. Das Tool hat das Potenzial, mithilfe einer kleinen Blutprobe aus der Fingerkuppe die Tuberkulose-Diagnose bei Kindern deutlich zu verbessern.

„Die Ergebnisse waren ermutigend“, sagt die LMU-Medizinerin Laura Olbrich. „Der Test hat im Vergleich zum kulturellen Nachweis knapp 60 % der Kinder mit Tuberkulose identifiziert, mit einer 90 %igen Spezifität.“

Damit ist der neue Test vergleichbar oder besser als alle anderen Tests, die mit Biomarkern arbeiten. Die Bakterienkultur ist immer die Referenz, weil sie die stabilsten Ergebnisse bringt. Aber sie dauert bis zu acht Wochen und ist meist vor Ort nicht erhältlich.“

Da die Referenzsignatur weitgehend an Erwachsenen ermittelt wurde, gehen die Forschenden außerdem davon aus, dass die Testergebnisse weiter verbessert werden können, wenn die für den Test verwendete Signatur für Kinder angepasst wird.

Weitere Informationen zur **RaPaed-TB-Tuberkulose-Studie** finden Sie unter <https://www.rapaed.org/rapaed>.
Red.

Quelle: Ludwig-Maximilians-Universität München

Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend

Neue AWMF-Leitlinie

Uwe Büsching¹, David Martin², Silke Schwarz² | ¹Kinder- und Jugendarzt, Bielefeld; ²Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin

Die im Jahre 2022 unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und unter Mitwirkung zahlreicher weiterer Fachgesellschaften neu erarbeitete Leitlinie zur **Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend** wurde mit dem Ziel formuliert, einen Überblick zum aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand sowie zu den mit Bildschirmmediengebrauch verbundenen gesundheitlichen Risiken (organisch, psychisch, Lernminderung) zu schaffen [1]. Außerdem soll sie die Notwendigkeit einer sehr bewussten Führung und Begleitung Minderjähriger verdeutlichen. Die Mitglieder der Kommission verzichteten bewusst auf eine Darstellung der in der Literatur benannten Vorteile digitaler Bildschirmmedien. „Dysreguliert“ beschreibt den möglichen belastenden Stellenwert, den diese Medien im Familiengewebe aufweisen, also sowohl die Funktionen, die sie aus der Elternsicht einnehmen, als auch die Art und Weise, wie Kinder die Geräte nutzen.

Diese Leitlinie soll für Kinder- und Jugendmediziner, Ärzte für Sozial- und Jugendmedizin, Ärzte für Suchtmedizin sowie Eltern eine wichtige Entscheidungsgrundlage zum Umgang mit digitalen Bildschirmmedien bei Kindern und Jugendlichen sein. Die Leitlinie dient zudem zur Information für Kinder- und Jugendpsychiater und übergeordnete Orga-

nisationen, z. B. Krankenkassen, Schulen, Kindergärten, Jugendämter, Schulämter, Rentenversicherungsträger, Erziehungsberatungsstellen, Versorgungsämter. Sie soll anderen Personen und Einrichtungen, die sich mit Fragen zu Kindergesundheit und Kindeswohl auseinandersetzen, Wissen vermitteln.

Empfehlungen zu diesem Thema durch Experten stellen eine sinnvolle Herangehensweise dar, um Kinder und Jugendliche vor den möglichen Folgen dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs zu schützen, auch wenn die Forschung noch erheblich intensiviert werden muss. Die Empfehlun-

gen der Leitlinie beruhen auf Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zur Digitalisierung aus der Vergangenheit. Ein Konsens von Experten, die ihre jeweiligen Fachgruppen vertreten, ist eine unerlässliche und wertvolle Ergänzung. Ziel war es, die Prävention von zeitlich, inhaltlich oder funktional problematischer Nutzung von Bildschirmmedien durch Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen durch konkrete Handlungsempfehlungen innerhalb der pädiatrischen Versorgung zu verbessern. Diese Prävention gelingt nur, wenn die Eltern einbezogen werden. Deshalb wurde im Anschluss auch eine



Ziel dieser Leitlinie ist es, einen Überblick zum aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand sowie zu den mit Bildschirmmediengebrauch verbundenen gesundheitlichen Risiken (organisch, psychisch, Lernminderung) zu schaffen. Außerdem soll sie zeigen, wie notwendig eine sehr bewussten Führung und Begleitung Minderjähriger ist.

Wesentliches für die Praxis ...

Die allerwichtigsten Empfehlungen auf einen Blick:

- Für Kinder und Jugendliche gilt im Allgemeinen: Je weniger Bildschirmzeit, desto besser.
- Bildschirmmedien sollen nicht zur Belohnung, Bestrafung oder Beruhigung eingesetzt werden. Während des Essens, insbesondere bei gemeinsamen Mahlzeiten, sollen keine Bildschirmmedien genutzt werden und bei der Nutzung von Bildschirmmedien soll nicht gegessen werden.
- Eltern sollen sich für die digitalen Aktivitäten ihrer Kinder interessieren und diese kritisch begleiten.
- Kontaktpersonen sollen die Gefahr einer problematischen Nutzung von Onlinemedien beobachten (einschließlich evtl. Suchtentwicklung), die Bildschirmnutzung Heranwachsender regelmäßig, gegebenenfalls gemeinsam, reflektieren sowie im Zweifel anerkannte Tests nutzen und im Bedarfsfall professionelle Hilfe suchen.
- Eltern, Geschwister und weitere Bezugspersonen sollen informiert und unterstützt werden, ...
 - ◆ ... sich ihrer eigenen Vorbildfunktion für die aktive und passive Bildschirmnutzung bewusst zu sein.
 - ◆ ... in Gegenwart von jüngeren Familienmitgliedern auf die Nutzung von Bildschirmmedien zu verzichten.
- Eltern und Lehrer sollen informiert und unterstützt werden, auf digitalen Fernunterricht wann immer möglich zu verzichten.

Elternversion erstellt und grafisch aufbereitet: Unter dem unten genannten Link [1] finden Sie auch die Elternversion mit dem Titel „**Die wichtigsten Empfehlungen für den Umgang mit Smartphone, Computer, Spielkonsole und TV in der Familie**“.

Es soll jedoch vermieden werden, Fehlentwicklungen auf elterliches Verhalten zurückzuführen. Auch bei Medien gilt der Beratungsgrundsatz: Eltern wollen das Beste für ihre Kinder! Nicht die Verurteilung des dysregulierten Mediengebrauchs, sondern die Ressourcen zum Ausgleich sollen Inhalt der Beratung sein.

Für jedes Lebensalter haben digitale Bildschirmmedien typische negative Auswirkungen, die sich insbesondere von den Entwicklungsstufen ableiten lassen. Für jedes Alter gilt: Die Zeit, während der Kinder mit Bildschirmmedien (virtuell) beschäftigt sind, fehlt für entwicklungsförderliche Aktivitäten und für den Erwerb realer Fähigkeiten (Zeitverdrängung). Besorgniserregend für die kindliche Entwicklung ist deshalb auch der mit dem Alter stetig zunehmende frühere Besitz elektronischer Geräte. Die Gefahr besteht darin, dass, anders als beim Sport, wo kleine Unfälle und Schmerzen unmittelbar Rückmeldungen zu riskanten Verhaltensweisen geben, die gesundheitlichen Risiken der zeitlich ausufernden Bildschirmmediennutzung nicht unmittelbar erlebbar sind. Jedoch können die Leitlinien auch entlasten: Erziehung zum medienmündigen Menschen unterscheidet sich in vielen Grundzügen nicht von anderen Erziehungsaufgaben. Mit Kenntnis der entwicklungsgefährdenden Verhaltensweisen werden die Gefahren von den Erziehenden frühzeitig erkannt und hoffentlich vermieden.

In den ersten 3 Lebensjahren finden wesentliche Prozesse der neuronalen Reifung und Strukturierung des kindlichen Gehirns statt. Wichtig war den Experten, dass diese Altersgruppe umfangreiche Gelegenheiten braucht, sich in der dreidimensionalen Welt kreativ zu betätigen, um vielfältige reale Erfahrungen mit allen Sinnen zu machen. Je weniger Übung Kinder haben, eigene innere Bilder zu erzeugen, desto schwerer fällt es ihnen, ihre Vorstellungskraft zu entwickeln. Für die anderen Entwicklungsstufen werden dezidierte Nutzungszeiten empfohlen, diese sind kaum wissenschaftlich belegt und dennoch aktuell Standard in vielen Ländern.

Homeschooling

Auch zum Homeschooling bezieht die Leitlinie Stellung. Beschwerdebilder, wie sie die klassische Büroarbeit bzw. Bildschirmtätigkeit mit sich bringt, wie Kopfschmerzen, Nervosität, Reizbarkeit, muskuloskeletale Erkrankungen und Erkrankungen der Augen usw., werden auch für das Arbeiten mit digitalen Bildschirmmedien im „Kinderzimmer“ erwartet, zumal die Arbeitsplatzbedingungen noch weniger den notwendigen Standards entsprechen. Unbestritten hat die Digitalisierung auch einen Stellenwert beim schulischen Lernen. Für alle pädagogischen Herausforderungen und Interaktionen zwischen Menschen ist es wesentlich, dass sich die Technik der „face to face“-Interaktion sinnvoll unterordnet.

Zur Leitlinie inkl. Elternversion:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-075>

**Literatur**

1. https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-075L_S2k_Praevention-dysregulierten-Bildschirmmediengebrauchs-Kinder-Jugendliche_2023-07.pdf

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Büsching
 Kinder- und Jugendarzt
 Beckhausstraße 165, 33611 Bielefeld
 Mobil: 01 71/9 48 28 54
 Fax: 05 21/2 60 84 15
 E-Mail: ubbbs@gmx.de



Prophylaxe schwerer Erkrankungen durch RSV bei Risikokindern

Aktualisierung der AWMF-Leitlinie: Was ist neu?

Christian Gille | Klinik für Neonatologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) hat im September 2023 eine überarbeitete Fassung der seit 2006 existierenden Leitlinie zur „**Prophylaxe von schweren Erkrankungen durch Respiratory Syncytial Virus (RSV) bei Risikokindern**“ über die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht [1]. Welches Ziel möchte die Leitlinie erreichen? Was ist neu? Was bedeutet die aktualisierte Leitlinie für niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater?

Die Corona-Pandemie und der Lockdown haben einen erheblichen Einfluss auf die Dynamik anderer Infektionserkrankungen gehabt, auch auf das saisonale Auftreten von Atemwegserkrankungen durch das *Respiratory Syncytial Virus (RSV)*. Der Winter 2021/2022 erschreckte mit 10fach höheren Inzidenzen von schweren RSV-Infektionen und brachte die Versorgungskapazitäten im ambulanten wie im stationären Bereich der Kinder- und Jugendmedizin an ihre Grenzen. Für den bevorstehenden Winter wurden vielerorts Vorkehrungen getroffen, einer möglichen starken Infektsaison besser begegnen zu können.

Geltungsbereich und Zielgruppen

Der Geltungsbereich der überarbeiteten AWMF-Leitlinie erstreckt sich wie in den vorhergehenden Fassungen insbesondere auf den Schutz von Risikogruppen. Das ist wichtig zu beachten, auch im Hinblick auf neue Möglichkeiten der passiven Im-



Die überarbeitete Leitlinie berücksichtigt neue Möglichkeiten zur RSV-Prävention, damit besonders die bekannten Risikogruppen mit schwerem Krankheitsverlauf bestmöglich geschützt sind.

munisierung, die auch Kinder ohne Risiko mit einbezieht und daher gut unterschieden werden muss, mit welchem Kollektiv man es zu tun hat (s. u.). Die Leitlinie folgt der allgemeinen Graduierung von Leitlinienempfehlungen, bei der eine „Soll-Empfehlung“ eine starke Empfehlung, eine „Sollte-Empfehlung“ eine Empfehlung und eine „Kann-Empfehlung“ eine offene Empfehlung darstellt.

Neu in die Risikogruppen aufgenommen wurden durch die explizite Nennung Kinder mit angeborenen Fehlbildungen und Kinder mit schweren Grunderkrankungen. Ansonsten bleiben die Zielgrup-

pen Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge mit chronischen Lungenerkrankungen, mit schweren Herzerkrankungen und komplexen angeborenen Herzfehlern, mit neuromuskulären Erkrankungen und mit syndromalen Erkrankungen.

Hygienische und allgemein-präventive Maßnahmen

Ein wesentlich überarbeiteter und erweiterter Bereich umfasst die „hygienischen und allgemein-präventiven Maßnahmen zur Prophylaxe von schweren RSV-Erkrankungen“ im häuslichen Umfeld, in Praxen und in der Klinik.

Häusliches Umfeld

Dabei weist die Leitlinie für das häusliche Umfeld weiter darauf hin, dass in der Umgebung von Kindern nicht geraucht werden soll, ausreichendes Lüften wichtig ist und eine Ernährung mit Muttermilch angestrebt werden soll. Neu ist, dass eine Kontaktbeschränkung für Kinder mit einem hohen Risiko während der RSV-Saison empfohlen wird, dass diese Kinder keinen Besuch von Personen mit respiratorischen Infektionserkrankungen erhalten sollen und, wenn ein Kontakt nicht vermeidbar ist, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes empfohlen ist. Außerdem wird explizit auf einen aktuellen Impfstatus nach STIKO für alle Bezugspersonen und des Risikokindes selbst hingewiesen, insbesondere auf die Influenzaimpfung, die ab dem 6. Lebensmonat verabreicht werden kann.

Praxisbetrieb

Für den Praxisbetrieb wird als „Kann-Empfehlung“ neu empfohlen, dass Risikokinder außerhalb der regulären Sprechzeiten einbestellt, ohne Wartezeit direkt in ein Behandlungszimmer geleitet oder – wenn möglich – in einem speziellen Wartebereich geschützt werden. Außerdem sollten sowohl das Praxispersonal als auch Patientinnen und Patienten sowie deren Begleitpersonen bei Symptomen einer Atemwegsinfektion einen Mund-Nasen-Schutz tragen, wenn sie die Arztpraxis betreten.

Stationärer Bereich

Für den stationären Bereich ist neu, dass eine direkte Empfehlung den Besucherverkehr im Krankenhaus auf zwei Bezugspersonen limitiert, im Wesentlichen also auf die Eltern, und dass explizit kein Besuch bei Symptomen respiratorischer Infektionserkrankungen erfolgen soll. Neu ist ebenfalls die Empfehlung anzustreben, dass RSV-Infizierte und nicht infizierte Kinder mit erhöhtem Risiko für eine schwere RSV-Infektion durch getrenntes Personal versorgt werden sollten.

Für den Aufnahmebereich ist wichtig, dass vor Aufnahme eine RSV-Testung mittels PCR- oder Antigentest erfolgen sollte,

zumindest bei Kindern mit Symptomen einer Atemwegsinfektion; und bei Aufnahme in einen Hochrisiko-Bereich, zum Beispiel auf eine neonatologische Station, bei allen Kindern.

Passive Immunisierung mit monoklonalen Antikörpern

Mit dem am 16.09.2022 auch in der EU zugelassenen monoklonalen Antikörper **Nirsevimab** (Handelsname Beyfortus), der seit September 2023 erhältlich ist, gibt es neben dem bewährten, seit 1997 auf dem Markt befindlichen Antikörper **Palivizumab** (Handelsname Synagis), nun eine weitere pharmakologische Möglichkeit, RSV-Infektionen bei Neugeborenen, Säuglingen und jungen Kleinkindern zu beeinflussen.

Nirsevimab ist ein rekombinant hergestellter, neutralisierender, monoklonaler Immunglobulin-G1-kappa (IgG1κ)-Antikörper gegen die Präfusionskonformation des RSV-Fusionsproteins (F-Protein). Durch die Veränderung im konstanten Teil des Antikörpers (Fc-Teil) hat der Antikörper eine lange Halbwertszeit von etwa 2,5 Monaten. Das Wirkprinzip von Nirsevimab ist das gleiche wie bei Palivizumab, bei dem der Antikörper den Membranfusionsschritt beim Viruseintritt verhindert und das Virus so neutralisiert.

Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Nirsevimab wurde in einer ersten randomisierten, Placebo-kontrollierten, multizentrischen Phase-IIb-Studie untersucht, an der 1.453 Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 34 + 6 Schwangerschaftswochen ohne weitergehende Pathologien mit einem chronologischen Alter von unter einem Jahr teilnahmen, untersucht [2]. In einer zweiten Studie („Melody-Studie“) wurden 1.490 Kinder mit einem Gestationsalter von > 35 + 0 Schwangerschaftswochen eingeschlossen, die ebenfalls keine für eine schwere RSV-Infektion prädisponierende Pathologie hatten [3].

Eine dritte Studie („Medley-Studie“) schloss dann das Risikokollektiv für

Zur Leitlinie

Die S2k-Leitlinie „**Prophylaxe von schweren Erkrankungen durch Respiratory Syncytial Virus (RSV) bei Risikokindern**“ hat die Registernummer 048-012 und ist unter folgendem Link abrufbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/048-012>



schwer verlaufende RSV-Infektionen mit 925 Frühgeborenen < 35 + 0 Schwangerschaftswochen mit chronischer Lungenerkrankung bzw. einem angeborenen strukturellen Herzfehler ein und Vergleich die Sicherheit und Wirksamkeit gegenüber der Palivizumab-Anwendung. Davon wurden 196 Kinder < 29 + 0 Schwangerschaftswochen geboren.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass Beyfortus im Vergleich zu Synagis ein ähnliches Sicherheitsprofil aufweist. Die häufigsten für Beyfortus gemeldeten Nebenwirkungen waren Hautausschlag, Pyrexie (Fieber) und Reaktionen an der Injektionsstelle (wie Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Injektionsstelle).

Aufgrund der in den drei Studien eingeschlossenen Patientenkollektive ist die Wirksamkeit am besten für die Gruppe der Kinder > 29 + 0 – < 35 + 0 Schwangerschaftswochen ohne weitere Pathologien sowie Kinder > 35 + 0 Schwangerschaftswochen ohne weitere Pathologien belegt. In diesen Gruppe führte die Nirsevimab-Gabe während der ersten erlebten RSV-Saison zu einer 70 %- (52 – 81 %) bzw. 75 %- (50 – 87 %) Reduktion für eine „medizinische Behandlungsnötigkeit“ aufgrund von RSV, also der Notwendigkeit, sich ambulant bei einer Ärztin oder einem Arzt vorzustellen. Die Notwendigkeit der Hospitalisierung wurde um 78 % (52 – 80 %) bzw. 62 % (-9 – 87 %) reduziert und die Notwendigkeit der Sauerstoffgabe oder intravenösen Flüssigkeitszufuhr wurde um 88 % (63 – 96 %) bzw. 64 % (-12 – 89 %) gesenkt. Frühgeborene < 29 + 0 Schwangerschaftswochen und/oder Kinder mit einer Grunderkrankung,

die bisher eine starke Empfehlung für den Einsatz des bisher verfügbaren Antikörpers Palivizumab rechtfertigte, wurden bisher nur mit kleinen Fallzahlen untersucht.

Wie sollen die zur Prophylaxe zur Verfügung stehenden beiden Antikörper nun eingesetzt werden?

Die aktualisierte AWMF-Leitlinie regelt dabei – wie bereits eingangs erwähnt – vor allem die Anwendung für Risikogruppen.

Für den Einsatz des bewährten Palivizumab ändert sich im Prinzip nichts. Es gilt weiterhin, dass Frühgeborene < 2 Lebensjahre mit mittelschwerer oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) und Sauerstoff- bzw. Beatmungsbedarf in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison Palivizumab erhalten *sollen* und Frühgeborene < 28 + 6 Schwangerschaftswochen und < 6 Monate Lebensalter zu Beginn der RSV-Saison Palivizumab erhalten *können*. Nirsevimab kann als Alternative erwogen werden, Daten liegen dazu bisher nicht ausreichend vor. Für Frühgeborene zwischen 29 + 0 und 34 + 6 Schwangerschaftswochen gilt weiterhin die „Kann-Empfehlung“. Hier ändert sich, dass nun Palivizumab und Nirsevimab gleichermaßen zur Verfügung stehen, jedoch die Kostenübernahme bisher unterschiedlich gehandhabt wird (*siehe Absatz „Kostenübernahme“*).

Für Kinder mit pneumologischen Grunderkrankungen jenseits von ehemaligen Frühgeborenen mit BPD gibt es weiterhin keine belegbare Empfehlung für den Einsatz von antikörpervermittelter Prophylaxe gegen RSV. Auch für Kinder mit kardialen Grunderkrankungen ändert sich die Empfehlung nicht. Für Kinder mit hämodynamisch relevanter Herzerkrankung, d. h., vor allem mit operations- bzw. interventionsbedürftigen Herzfehlern mit signifikantem Links-rechts-Shunt und pulmonaler Überflutung, mit pulmonal-arterieller Hypertonie, mit pulmonal-venöser Stauung oder Zyanose sowie bei schwerer Herzinsuffizienz unter medikamentöser Therapie, wird altersmäßig gestaffelt empfohlen, dass diese im Alter < 6 Mona-

ten Palivizumab erhalten sollen, zwischen 6 – 12 Monaten erhalten sollten und zwischen 13 – 24 Monaten eine Palivizumab-Gabe erwogen werden kann. Auch hier liegen noch keine Daten für Nirsevimab vor.

Bei Kindern mit Immunsuppression sowie bei Kindern mit neurologischen und syndromalen Grunderkrankungen sowie Kindern mit neuromuskulärer Schwäche und Beeinträchtigung im Abhusten und/oder eingeschränkter Lungenfunktion ist die Empfehlung zur antikörpervermittelten RSV-Prophylaxe weiterhin vom Grad der Immunsuppression bzw. der pulmonalen Beeinträchtigung abhängig. Daher kann Palivizumab oder Nirsevimab im Rahmen einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung verabreicht werden. Für Nirsevimab liegen jedoch keine Daten zur Sicherheit, Verträglichkeit und Wirksamkeit vor.

Nirsevimab: Option zur generellen Immunisierung?

Mit Nirsevimab eröffnen sich darüber hinaus nun auch denkbare Anwendungen für reife und fast reife Neugeborene ohne Risikofaktoren für eine schwere RSV-Infektion. Auch wenn diese Gruppe nicht im Empfehlungsbereich der Leitlinie liegt (s. o.), wird dazu neu Stellung bezogen. Die Leitlinie fasst zusammen, dass „eine passive Immunisierung dann eigentlich eher im Sinne einer generellen „Impfung“ eingesetzt [würde]. Erfahrungen zu einem so breiten Einsatz [...] fehlen aber bisher. Die gerade abgeschlossene Anwendungsbeobachtung („Harmonie-Studie“) könnte hier mehr Auskunft geben.

In den USA und Spanien ist Nirsevimab bereits für die generelle Immunisierung von Säuglingen von 6 bzw. 8 Monaten Lebensalter empfohlen.

Stellungnahme zur antikörpervermittelten RSV-Immunprophylaxe

Neu in die Leitlinie aufgenommen ist eine Stellungnahme zum Einsatz einer antikörpervermittelten Immunprophylaxe gegen RSV zur Verhinderung einer bronchialen Hyperreagibilität im Sinne von rezidivierenden obstruktiven Bronchitiden bzw. „frühkindlichem Asthma“ oder „recurrent wheezing“ im Alter bis zu 12 Jahren. Die Datenlage illustriert eindrucksvoll den schon lange beschriebenen Zusammenhang zwischen einer stattgehabten RSV-Infektion im Säuglingsalter und dem vermehrten Auftreten der o. g. Pathologien bei Klein- und Schulkindern, wo im Mittel mit einer Verdoppelung der Folgeprobleme gerechnet werden kann, wenn eine frühe RSV-Infektion, i. d. R. mit Notwendigkeit der Hospitalisierung, aufgetreten ist. Auch wenn es einige Daten gibt, liegen bisher, so die Leitlinie, keine Studien vor, die belegen, dass eine RSV-Immunprophylaxe [...] zu einer Verringerung von Langzeitfolgen beitragen kann. Daher kann deren Einsatz mit dem primären Ziel, spätere obstruktive Atemwegserkrankungen zu verhindern, derzeit nicht empfohlen werden.

RSV-Antikörper zur Behandlung einer manifesten Infektion?

Genauso wird nun neu Stellung dazu bezogen, ob die verfügbaren RSV-Antikörper zur Behandlung einer manifesten

Wesentliches für die Praxis ...

- Die AWMF-Leitlinie „Leitlinie zur Prophylaxe von schweren Erkrankungen durch Respiratory Syncytial Virus (RSV) bei Risikokindern“ greift Erkenntnisse und Veränderungen aus der COVID-Pandemie auf.
- Sie berücksichtigt neue Möglichkeiten zur Prävention, damit besonders die bekannten Risikogruppen mit schwerem Krankheitsverlauf bestmöglich geschützt sind.
- Die Leitlinie fasst auch die neuen Entwicklungen von Aktivimpfungen für den Einsatz bei Schwangeren zusammen, Empfehlungen werden jedoch nicht gegeben.

RSV-Infektion eingesetzt werden sollen. Auch hier kann bisher keine Empfehlung für den Einsatz von Palivizumab oder Nirsevimab ausgesprochen werden, da die Datengrundlage fehlt. Einzelne Beschreibungen dazu gibt es für die Anwendung bei immunsupprimierten Erwachsenen.

Zeitraum der Prophylaxe

Verändert hat sich zudem die vorgeschlagene Vorgehensweise für die Bestimmung des optimalen Zeitraums der Antikörperbasierten Prophylaxe. Während vor der Corona-Pandemie von einem typischen Zeitraum der RSV-Saison von Anfang November bis März ausgegangen wurde, ist die Empfehlung in der aktualisierten Leitlinie für die erste Palivizumab-Gabe oder Nirsevimab-Gabe auf Mitte Oktober gesetzt worden und wird durch eine jährlich durch die Fachgesellschaften herausgegebene Empfehlung ergänzt. Außerdem wird nun explizit empfohlen, dass mit der Prophylaxe schon am Ende des stationären Aufenthaltes begonnen wird bzw. diese durchgeführt wird, wenn das Kind während der Saison entlassen wird.

Kostenübernahme – ein relevanter Aspekt der Therapieentscheidung

Palivizumab und Nirsevimab sind im Indikationsbereich für Frühgeborene von 29 + 0 bis 34 + 6 Schwangerschaftswochen gleichbedeutend mit einer „Kann-Empfehlung“ genannt. Für viele der anderen Risikogruppen konnte aufgrund der bisher unzureichenden Datenlage keine ausreichend begründete Empfehlung für oder gegen die Verabreichung von Nirsevimab ausgesprochen werden. Die Leitlinie gibt für diese Indikationsgruppen offene Empfehlungen aus. Somit gibt es (schon jetzt) einen Überschneidungsbereich der Indikationsgruppen für die beiden Wirkstoffe. Hier ist wichtig zu wissen, wie es mit der Kostenübernahme aussieht.

Die Kosten von Wirkstoffen, die zur Prävention eingesetzt werden, werden nicht regulär von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Für eine reguläre Kostenübernahme muss der Gemein-

same Bundesausschuss der Krankenkassen (G-BA) in einem Therapiehinweis Risikogruppen definieren, für die eine solche Präventionsmaßnahme wirtschaftlich ist.

Der G-BA schreibt in seinen „Tragenden Gründen“ für den am 2. 11. 2023 veröffentlichten Therapiehinweis [4]: **Der Einsatz von gegen das F-Protein des RSV gerichteten Antikörpern ist wirtschaftlich bei:** Kindern mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe im Alter von < 24 Lebensmonaten, im Falle von Nirsevimab < 12 Lebensmonaten, zu Beginn der RSV-Saison, die (a) wegen BPD begleitende therapeutische Maßnahmen innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der RSV-Saison benötigten. Diese Maßnahmen beinhalteten zusätzlichen Sauerstoff, Steroide, Bronchodilatoren oder Diuretika, (b) mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern (zum Beispiel relevante Links-Rechts- und Rechts-Links-Shuntvitien und Patienten mit pulmonaler Hypertonie oder pulmonalvenöser Stauung) oder (c) mit Trisomie 21. Als unter wirtschaftlichen Aspekten noch vertretbar gesehen wird die Gabe bei allen Frühgeborenen < 34 + 6 Schwangerschaftswochen im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV-Saison, da auch ohne weitere Risikofaktoren regelhaft ein erhöhtes Risiko für einen schweren RSV-Krankheitsverlauf vorliegt. „Daher ist eine Verordnung von RSV-Antikörpern auch ohne Vorliegen weiterer Risikofaktoren als wirtschaftlich zu betrachten.“

Hinsichtlich anderer Risikogruppen gibt der G-BA an, dass „die Wirksamkeit einer RSV-Prophylaxe [...] bei schweren therapiepflichtigen chronischen Lungenerkrankungen (Ausnahme bronchopulmonale Dysplasie) nicht belegt werden [konnte]. Jedoch können auch Kinder mit cystischer Fibrose (CF), primärer ciliärer Dyskinesie (PCD), angeborenen Atemwegsfehlbildungen, Zwerchfellhernie oder interstitiellen Lungenerkrankungen ein erhöhtes Risiko für einen schweren RSV-Krankheitsverlauf haben. Der Einsatz einer für diese Kinder zugelassenen RSV-Prophylaxe kann daher nach individueller Abwägung in Betracht gezogen

und mit Begründung verordnet werden. Die Gründe sind in der Patientenakte zu dokumentieren.“

Literatur

1. AWMF (2023) S2k-Leitlinie Prophylaxe von schweren Erkrankungen durch Respiratory Syncytial Virus (RSV) bei Risikokindern: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/048-012>
2. Griffin MP, Yuan Y, Takas T, Domachowski JB, Madhi SA et al.; Nirsevimab Study Group (2020). Single-Dose Nirsevimab for prevention of RSV in preterm infants. *N Engl J Med.* 383 (5): 415 – 425. doi: 10.1056/NEJMoa1913556
3. Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M et al.; MELODY Study Group (2022). Nirsevimab for prevention of RSV in healthy late-preterm and term Infants. *N Engl J Med.* 386 (9): 837 – 846. doi: 10.1056/NEJMoa2110275
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9935/2023-11-02_AM-RL-IV_TH-Palivizumab_TrG.pdf

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag bestehen. Das Universitätsklinikum Heidelberg war Studienzentrum der Harmonie-Studie von Sanofi, die die Wirkung von Nirsevimab getestet hat.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Christian Gille
 Ärztlicher Direktor
 Klinik für Neonatologie
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Tel.: 0 62 21/5 63 98 82 (Sekretariat)
 E-Mail: christian.gille@med.uni-heidelberg.de



Spontan eingereichte Manuskripte können Zeitschriften bereichern – auch wenn sie aus dem üblichen Rahmen fallen. Der Beitrag von Dr. Lilienthal macht aus Zahlen ein Schicksal. Ein Schicksal der Verfolgung einer Kinderärztin, der hochgeschätzten Oberärztin bei Prof. Stefan Engel, einem der Gründer unserer Zeitschrift, der Kinderärztlichen Praxis.

Dr. Selma Segall wurden nicht nur Chancen der beruflichen Entfaltung, sondern auch die Legitimation für jegliche ärztliche Arbeit verweigert, und im KZ drohte ihr die Vernichtung ihrer Existenz.

Sie hat überlebt, um dann in der jungen Bundesrepublik, die ihre Legitimation aus der Verpflichtung für einen demokratischen Neuanfang nahm, nur nach einem Spießbrutenlauf ihre berufliche Reintegration erreichen zu können – im beschämenden Gegensatz zu alten Seilschaften, die zügig in Stellung und Ehre kamen.

Einigkeit und Recht und Freiheit nicht nur für das deutsche Vaterland, sondern auch für seine Menschen, besonders wenn sie Opfer deutscher Willkür geworden sind.

Dies bitte nicht kleinkariert, sondern mit offenen Armen.

Der Fingerzeig auf die fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts ermahnt uns, dies heute bei Opfern von Willkür besser zu machen.



FEEDBACK

Ihre Meinung zählt!

*Prof. Dr. med. Knut Brockmann
Prof. Dr. med. Markus Knuf
Prof. Dr. Rüdiger von Kries*

Landesmedizinalrätin Dr. med. Selma Segall

Kinderärztin und Jüdin (1893 – 1963)

Georg Lilienthal | Korbach

Dr. med. Selma Segall zählt zu den vergessenen Opfern der NS-Verfolgung. Dabei war sie Oberärztin bei dem berühmten Sozialpädiater Prof. Dr. Stefan Engel und bis 1933 Direktorin der international hoch angesehenen Kinderklinik in Dortmund. Das KZ Theresienstadt überlebte sie nur mit großer Mühe.

Ausbildung

Selma Segall wurde am 23. Februar 1893 in Westpreußen geboren. Sofort bei Ausbruch des Ersten Weltkriegs meldete sie sich im August 1914 als Hilfsschwester beim Roten Kreuz. Als sie sich bei der Betreuung Tbc-kranker Soldaten selbst eine Lungenkrankheit zuzog, musste sie ihre Tätigkeit als Hilfsschwester im Oktober 1915 aufgeben. Ihr Leiden, das sie ihr Leben lang begleiten sollte, war ab 1926 als Kriegsbeschädigung mit vierzigprozentiger Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkannt.

Nachdem sie ihr Abitur 1919 in Danzig (Gdańsk) nachgeholt hatte, studierte sie von 1920 bis 1925 Medizin an den Universitäten Breslau (Wrocław), München und Frankfurt a. M.. Ihre ärztliche Prüfung bestand sie 1924 in Breslau mit der Note „sehr gut“. Ein Jahr später wurde sie in Berlin promoviert. Die medizinische Ausbildung hatte sie von Anfang an breit angelegt. Ihre medizinischen Grundkenntnisse ergänzte sie in den Bereichen Röntgendiagnostik, Chirurgie und Geburtshilfe. 1926 wechselte sie nach Dortmund zu Prof. Dr. Stefan Engel (1878 – 1968) an die von ihm errichtete, international renommierte Kinderklinik. 1930 wurde Engel Mitbegründer und

Mitherausgeber der Zeitschrift „**Kinderärztliche Praxis**“. Sofort nach der Macht ergreifung 1933 vertrieben ihn die Nationalsozialisten aus seiner Stellung. Daraufhin emigrierte er 1936 nach England. Als Kinderarzt, Forscher, Reformator und Sozialpädiater prägte Engel die moderne Kinderheilkunde. Seit dem Jahr 2000 wird der „Stefan-Engel-Wissenschaftspreis“ von der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.“ vergeben.

Nach Beendigung ihrer Assistenzzeit wurde Dr. Segall Oberärztin an der Dortmunder Kinderklinik. Neben ihrem klinischen Alltag verfasste sie wissenschaftliche Aufsätze. An der Klinik erhielt sie vielfältige Impulse, die für ihren beruflichen Werdegang und darüber hinaus für ihr Leben und Überleben während der NS-Herrschaft entscheidend werden sollten. Hier eignete sie sich Fähigkeiten an, die sie zur Tbc-Ärztin für Kinder und darüber hinaus zur Sozialpädiaterin qualifizierten. Als sie 1929 die Klinik verließ, stellte ihr Prof. Engel ein exzellentes Zeugnis aus.

Als jüdische Ärztin verfolgt

Ein knappes Jahr später ging Dr. Segall nach Schlesien und übernahm im Riesengebirge die ärztliche Leitung eines privaten Kinderheims mit 50 Betten. Doch 1938 wurde ihr wie allen jüdischen Ärztinnen und Ärzten die Approbation entzogen. Nur 709 durften als „Krankenbehandler“ ausschließlich jüdische Patientinnen und Patienten medizinisch betreuen, so auch Dr. Segall. Ihre Tätigkeit im Kinderheim musste sie aber aufgeben. Die Heimleiterin

beschrieb mit einfachen Worten die ganze Tragik der Vertreibung von Dr. Segall: „Ihr Fortgang ist durch die Zeitverhältnisse bedingt und mit ihr scheidet eine unersetzliche Kraft aus meinem Betrieb.“ Da sie als „Krankenbehandler“ wegen der geringen jüdischen Patientenzahl auf Dauer kein Auskommen hatte, zog sie sich 1940 nach Berlin zurück, um am jüdischen Krankenhaus in der Exerzierstraße (heute Iranische Straße) ärztlich tätig zu sein.

Als das jüdische Krankenhaus schrittweise aufgelöst wurde, schickte man sie nicht wie das übrige Personal sowie die Patientinnen und Patienten in das Vernichtungslager Auschwitz. Stattdessen deportierte man sie wegen ihrer Kriegsbeschädigung, die von den Nationalsozialisten noch 1943 anerkannt wurde, am 17. März 1943 mit 1.350 Jüdinnen und Juden in das KZ Theresienstadt. Hier starben über 33.000 Häftlinge an Hunger, Kälte oder Seuchen und 88.000 wurden nach Auschwitz oder in andere Vernichtungslager transportiert. Theresienstadt besaß ein durchorganisiertes Gesundheitswesen mit ca. 530 tätigen Häftlingsärzten. Dr. Segall war der Tuberkuloseabteilung des „Allgemeinen Krankenhauses“ zugeteilt. Im Rahmen der Tuberkulosefürsorge nahm sie zusätzlich Röntgenreihenuntersuchungen an Kindern und Jugendlichen vor. Als ausgebildete Kinder- und Tuberkuloseärztin war sie für diese Aufgabe bestens geeignet.

Neuanfang nach dem Krieg

Für Dr. Segall war der Krieg erst am 11. Juli 1945 beendet, als sie Theresienstadt verlassen konnte.

Sie ging nach Weilmünster in Hessen, um sich auf eine Arztstelle zu bewerben. Dort richtete der Kommunalverband des Regierungsbezirks Wiesbaden auf dem Gelände der ehemaligen Landesheil- und Pflegeanstalt ein „Nassauisches Kindersanatorium“ ein, das schließlich über 1.000 kranke und erholungsbedürftige Kinder versorgte. Eine der vordringlichsten Aufgaben war dabei die Bekämpfung der Tuberkulose, die im Nachkriegsdeutschland das Ausmaß einer Volkskrankheit angenommen hatte.

Selma Segall

Geboren:
23. Februar 1893

1893

1914 Hilfsschwester beim Roten Kreuz, Betreuung Tbc-kranker Soldaten

1925 Promotion und Approbation

1926

Ab 1926 Kinderklinik Dortmund bei Prof. Dr. Stefan Engel

1930 Ärztliche Leitung eines privaten Kinderheims in Schlesien

1938 Entzug der Approbation



© Landesdenkmalamt Berlin

1942 auf der Kinderabteilung des jüdischen Krankenhauses in Berlin tätig

1946

Ab Oktober 1946 ärztliche Einrichtung der Kinderheilstätte Weilmünster und Leitung einer Abteilung mit 155 Betten



© Cherubino - wikimedia.org

17. März 1943 Deportation mit 1.350 Jüdinnen und Juden in das KZ Theresienstadt



© Kirchheim-Verlag, Wikimedia.org/Shaino92 - unter public domain

Förderer ihres beruflichen Neuanfangs nach dem Krieg: Prof. Stefan Engel (ihr ehemaliger Chef in Dortmund) und Ministerialrat Dr. Wilhelm von Drigalski

1958

1. März 1958 Ruhestand mit 65 Jahren

Gestorben:
9. August 1963

1963

Dr. Segall sah sich für diese neue Aufgabe berufen, wie sie in ihrem Bewerbungsschreiben vom Juli 1946 zum Ausdruck brachte: *„Ich suche einen leitenden Posten auf dem Gebiete der Kinderversorgung, sei es in einem Kinderkrankenhaus, einer Kinderheilstätte oder einem Kinderheim. Ich bitte in Anbetracht der schweren Jahre, die ich durchmachen musste, bei der vorhandenen Ausbildung und den notwendigen Kenntnissen, die ich besitze [,] um Berücksichtigung der Bewerbung.“*

Ihr Gesuch wurde von Seiten des Großhessischen Staatsministerium des Innern unterstützt. Dr. Maria Daelen (1903 – 1993), Medizinalbeamtin im Innenministerium, schrieb an den Landeshauptmann des Kommunalverbandes in Wiesbaden, Dr. Segall sei *„in jeder Weise geeignet als Kinderärztin auf der neuen Abteilung für tuberkulosegefährdete Kinder in Weilmünster eingesetzt zu werden. Da die Ärztin ihrem Charakter und ihrem Schicksal nach sehr unter den Härten des 3. Reiches gelitten hat, wird gebeten, sie bei der Besetzung der Stelle an erster Stelle zu berücksichtigen“*. Dr. Daelen war selbst Verfolgte des NS-Regimes. Sie hatte Männer des 20. Juli 1944 unterstützt, Freunden zur Flucht verholfen und musste gegen Kriegsende untertauchen. 1953 wechselte sie in die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums. In den folgenden Jahren wurde sie Delegierte im Europarat und in der WHO. Mit ihrer Tätigkeit verhalf sie der jungen Bundesrepublik zur Anerkennung als neuem Mitglieder in der internationalen Gesundheitspolitik.

Dr. Segall wurde auch von Ministerialrat Dr. Wilhelm von Drigalski (1871 – 1950), Leiter der Medizinalabteilung im Großhessischen Innenministerium, empfohlen, ebenso von ihrem alten Chef der Kinderklinik in Dortmund, Prof. Stefan Engel, der aus dem Exil in London ein Empfehlungsschreiben schickte. Doch die Bewerbungsverhandlungen zogen sich bis Anfang 1947 hin. Entgegen der Fürsprachen von Dr. Daelen und Prof. v. Drigalski weigerte sich der Kommunalverband Wiesbaden, Dr. Segall als Abteilungsleiterin einzustellen. Erst als in ihrem Dienstvertrag der Passus eingefügt wurde, dass ihr *„die Stelle einer Abteilungsärztin*

für das Tbc-Krankenhaus des Nassauischen Kindersanatoriums Weilmünster“ übertragen worden sei, unterschrieb sie im Januar 1947 das Dokument. Ihren Dienst hatte sie bereits im Oktober 1946 angetreten. Seitdem richtete sie *„die Kinderheilstätte Weilmünster selbständig ärztlich“* ein und leitete die Abteilung M5 mit 155 Betten.

»Ihre hohe ärztliche Motivation ließ sich Dr. Selma Segall auch in der Zeit der NS-Herrschaft nicht nehmen, weder durch Vertreibung aus dem Ärztestand, noch durch Deportation und KZ-Haft.«

Eine erste Kinderheilstätte mit Namen *„Mammolshöhe“* besaß der Kommunalverband Wiesbaden seit 1927 bei Kronberg im Taunus. Wenige Monate später, im Februar 1947, wurde Prof. Werner Catel (1894 – 1981) Chefarzt der Landes-Kinderheilstätte. Zu diesem Zeitpunkt war dem Verband wahrscheinlich nicht bekannt, dass Catel zu den drei Ärzten gehörte, die im Rahmen der NS-*„Kindereuthanasie“* Gutachten erstellt hatten. Damit war er mitverantwortlich für den Tod von über 5.000 behinderten Kindern. In *„Mammolshöhe“* unternahm Catel ab März 1947 Versuche mit dem neuen Tuberkulosepräparat TBI 698 an tuberkulosekranken Kindern, obwohl von anderen Forschern bekannt war, dass Kinder das Mittel sehr schlecht vertrugen. Trotz Warnungen stellte er die Versuche erst nach dem Tod eines vierten Kindes 1948 ein. Im selben Jahr führte er zusammen mit Dr. Daelen, die in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums auch für Tbc-Fürsorge zuständig war, in Frankfurt a. M. eine Tbc-Schutz-

impfung durch. Sie war flexibel, was NS-belastete Mediziner betraf. So pflegte sie zu Catel über dienstliche Belange hinaus auch freundschaftliche Kontakte.

Kampf um Entschädigung

Obwohl sie eine Verfolgte der NS-Gewaltherrschaft war, musste sie mit ihrem Dienstherrn viele Kämpfe ausfechten. So ging es um die Anerkennung bestimmter *„Vordienstzeiten“* für die Berechnung des Dienstalters und die *„ruhegehaltsfähige Dienstzeit“*. Ihrem Antrag auf Überführung in das Beamtenverhältnis von 1952 wurde erst nach zwei Jahren mit einer Ausnahmegenehmigung entsprochen, da sie die gesetzlichen Voraussetzungen nicht erfüllte. Die von ihr seit Jahren gewünschte Erhöhung der Besoldungsstufe lehnte aber der Landeswohlfahrtsverband Hessen, seit 1953 Rechtsnachfolger des Kommunalverbandes Wiesbaden, wegen ihres fortgeschrittenen Lebensalters 1958 endgültig ab. Auch bei den Entschädigungszahlungen für erlittenes Unrecht wurde es ihr nicht leicht gemacht. Nachdem ihr 1950 eine Haftentschädigung zugesprochen worden war, wurde drei Jahre später ihr *„Antrag auf Rente und Kapitalentschädigung“* zunächst abgelehnt. Bis 1956 wurden ihr dann wegen unterschiedlich erlittener Schäden (*„im wirtschaftlichen Fortkommen“*, durch *„Freiheitsbeschränkung (Judenstern)“* oder als *„Soforthilfe für Rückwanderer“*) insgesamt 20.000 DM als Entschädigung ausgezahlt.

Dr. Segalls vom Ersten Weltkrieg herührende Erwerbsminderungsrente wurde nach zahlreichen Eingaben und medizinischen Untersuchungen 1955 schließlich um 10 Prozentpunkte erhöht. Als sie aber 1957 einen *„Antrag auf Neufestsetzung des Schadens an Körper und Gesundheit“* stellte, erging im Mai 1959 von der Entschädigungsbehörde in Wiesbaden der abschließende Bescheid, dass Ansprüche auf Entschädigung *„nicht mehr gegeben“* seien, da der *„verfolgungsbedingte“* Anteil der Erwerbsminderung *„vollkommen abgeklungen“* sei. Dagegen klagte sie mit dem Ergebnis, dass es zu einem Vergleich kam. Sie erhielt eine Abfindung in Höhe von 17.550 DM.

Am 1. März 1958 trat sie mit 65 Jahren in den Ruhestand. Da sie ihre Dienstwohnung in Weilmünster aufgeben musste, zog sie nach Wiesbaden um. Die aufopfernde Pflege ihrer Patientinnen und Patienten und die schon früh im Ersten Weltkrieg erworbene Tuberkulose, die sich während der KZ-Haft in Theresienstadt verschlimmerte, setzten ihrem entbehrungsreichen Leben am 9. August 1963 ein Ende.

Resümee

Mit Dr. Segall war eine allseits von ihren Vorgesetzten gelobte hochqualifizierte Kinder- und Tuberkuloseärztin gestorben. Ihre hohe ärztliche Motivation ließ sie sich auch in der Zeit der NS-Herrschaft nicht durch Vertreibung aus dem Ärztestand, Deportation und KZ-Haft nehmen. Sie hatte eine erfolgversprechende berufliche Karriere vor sich, die ihr aber von den Nationalsozialisten zerstört wurde. Stattdessen hatte sie Verfolgung und Erniedrigung zu erleiden. Auch nach dem Krieg wurde ihr das Leben nicht leicht gemacht. Die Position als „Abteilungsrätin“ im Kindersanatorium Weilmünster entsprach nicht wirklich ihrer vielseitigen Ausbildung und langjährigen Berufserfahrung. Auch in der Frage der Entschädigung erlittener gesundheitlicher und materieller Schäden sowie Einkommensverluste begegneten ihr die Behörden restriktiv ohne Verständnis.

Dagegen war die Vergangenheit kein Hindernis für Prof. Catels berufliches Fortkommen. 1954 übernahm er in Kiel den Lehrstuhl für Kinderheilkunde und wurde zum Direktor der Universitätskinderklinik ernannt.

Stellt man die Nachkriegskarrieren von Dr. Segall und Prof. Catel gegenüber, dann zeigt sich die Gleichgültigkeit gegenüber Verfolgten der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft in großen Teilen der deutschen Nachkriegsgesellschaft und gleichzeitig deren Nachsicht für Täter und Profiteure.

Prof. Dr. med. Eduard Seidler (1929–2020), dem langjährigen Vorsitzenden der Historischen Kommission der DGKJ, zum Gedenken.

Quellen und Literatur

- Dr. Selma Segall, Personalakte: Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV-Archiv) P 100/11/1158
- Dr. Selma Segall, Personalakte Landespersonalamt: Hessisches Landesarchiv / Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden (HHS-tAW) 527 Nr. II/6354
- Dr. Selma Segall, Entschädigungsakte Bd. I: HHStAW 518/20458
- Dr. Selma Segall, Entschädigungsakte Bd. II: HHStAW 518/87260
- Prof. Dr. Werner Catel, Personalakte: LWV-Archiv B 3/128
- Gerst, Thomas: Catel und die Kinder. Versuche an Menschen – ein Fallbeispiel 1947/48, in: 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 15 (2000), S. 100 – 109
- Lists of physicians and health facilities in the ghetto Terezín after liberation | Jewish Museum Collections aufgerufen 09.01.2023
- Nolte, Karen u. Vanja, Christina: Schwarzer Falke und Wilder Büffel kennen kein Heimweh? Das Kindersanatorium Weilmünster 1946 - 1962. In: Vanja, Christina (Hg.): Heilanstalt – Sanatorium – Kliniken. 100 Jahre Krankenhaus Weilmünster 1897 – 1997, (Landeswohlfahrtsverband Hessen, Historische Schriftenreihe, Quellen und Studien, Bd. 4), Kassel 1997, S. 173 – 179
- Richter, Maren: „Aber ich habe mich nicht entmutigen lassen“. Maria Daelen. – Ärztin und Gesundheitspolitikerin im 20. Jahrhundert, (Veröffentlichungen zur Geschichte der deutschen Innenministerien nach 1945, Bd. 3), Göttingen 2019

Schellenbacher, Wolfgang: Das Gesundheitswesen im Ghetto Theresienstadt 1941 – 1945. Diplomarbeit Mag. Phil. Universität Wien 2010, u:theses | Detailsansicht (11166) (univie.ac.at) aufgerufen 09.01.2023

Korrespondenzadresse

Georg Lilienthal
 Aquaduktweg 6
 34497 Korbach
 Tel.: 05631/9879614
 Mobil: 0176/23586492
 E-Mail: georg.lilienthal@arcor.de



GNPI

50. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V.

DGPI

31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V.

WAKKA

36. Jahrestagung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie der DGAI e. V.

17.–19. April 2024



MÜNCHEN

Gemeinsam von Kindern lernen und die Zukunft gestalten

www.gnpi-dgpi-tagung.de



Mitgliederversammlung 2023 in Hamburg

DGSPJ verleiht Ehrenmitgliedschaften und Posterpreise

Bei der Mitgliederversammlung sind auch wieder 3 Ehrenmitgliedschaften ausgesprochen und 2 Posterpreise verliehen worden. Diese werden im Folgenden in Text und Bild vorgestellt.

Ehrenmitgliedschaft an Prof. Dr. med. Mechthild Papoušek

Wir ehren Mechthild Papoušek als klinische Wissenschaftlerin, deren Beiträge auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit von Säuglingen, der Eltern-Kind-Interaktion, der frühen Sprachentwicklung und der Bedeutung des Spielens im deutschsprachigen Raum und international hohes Ansehen genießen. Die Synthese aus Forschung und klinischer Praxis in der Psychiatrie sowie der Entwicklungspsychobiologie ging ein in innovative Konzepte der Elternberatung und frühen Förderung von Kleinkindern am Kinderzentrum München.

Ihr Beitrag zum Verständnis der frühen Entwicklung ist in der Sozialpädiatrie zu einem festen Bestandteil des Wissens und der Versorgungspraxis geworden.

Ehrenmitgliedschaft an Dr. med. Helmut Peters

Im Zentrum seines medizinischen Wirkens stand das Kind, was mit anderen, teils schwierigen Voraussetzungen ins Leben gestartet ist, Hilfe beim Finden von neuen Wegen zur Bewältigung benötigt, um dann zu einer eigenen individuellen Persönlichkeit zu reifen und seinen Platz in der Gesellschaft zu finden.

Dieser Leitgedanke begleitete sein sozialpädiatrisches Wirken erst im Kin-



Zum Ehrenmitglied der DGSPJ ernannt: Dr. Helmut Peters (2. von links).

derneurologischen Zentrum Mainz, dann später im SPZ Mainz – beginnend von 1984 bis zu seinem altersbedingten Ausscheiden 2018. Er wusste aber auch, dass er sich – wenn er etwas bewegen will – berufspolitisch für diese Kinder engagieren muss. Dies tat er in der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und beim Deutschen Ärztetag, beim Marburger Bund, aber besonders auch in der DGSPJ e. V. und in der DAKJ e. V., dem jetzigen Bündnis Kinder und Jugendgesundheit e. V., und in vielen Gremien in herausragender Weise.

Wir sind dankbar, ihn in unserer Mitte zu haben.

Ehrenmitgliedschaft an Dr. med. Christian Fricke

Dr. Christian Fricke hat zeitlebens Engagement gezeigt – sei es noch während der Pädiatrieausbildung in einer Erziehungsberatungsstelle, im Gesundheitsladen oder

Zum Protokoll der MV

Bei der Mitgliederversammlung ist auch 2023 wieder eine ganze Menge Protokollarisches abgearbeitet worden. Eine Zusammenfassung aller Punkte im Rahmen des Protokolls der MV 2023 ist auf der DGSPJ-Homepage zu finden unter <https://www.dgspj.de/ueber-uns/protokolle/>
Oder nutzen Sie den folgenden QR-Code



Schnell, zuverlässig und wirksam.

Zugelassen für Kinder ab 3 Jahren.



Erstattungsfähig
für Patient:innen
unter 12 Jahren

Iberogast® Classic bei funktionellen und motilitätsbedingten Magen-Darm-Beschwerden.

Studien und Erhebungen mit mehr als 40.000 Kindern belegen den Therapieerfolg in dieser Patient:innen-Gruppe.

- Bauchschmerzen
- Bauchkrämpfe
- Übelkeit
- Blähungen
- Völlegefühl
- Sodbrennen

Iberogast®
Die Kraft der Natur

Iberogast® Classic. Zusammensetzung: Wirkstoffe in 100 ml Flüssigkeit sind: Auszüge aus: Iberis amara (Bittere Schleifenblume - Frische Ganzpflanze) (1 : 1,5-2,5) 15,0 ml, Auszugsmittel: Ethanol 50 % (V/V); Angelikawurzel (1 : 2,5-3,5) 10,0 ml; Kamillenblüten (1 : 2-4) 20,0 ml; Kümmelfrüchten (1 : 2,5-3,5) 10,0 ml; Mariendistelfrüchten (1 : 2,5-3,5) 10,0 ml; Melissenblättern (1 : 2,5-3,5) 10,0 ml; Pfefferminzblättern (1 : 2,5-3,5) 5,0 ml; Schöllkraut (1 : 2,5-3,5) 10,0 ml; Süßholzwurzel (1 : 2,5-3,5) 10,0 ml; Auszugsmittel für alle Arzneidroge: Ethanol 30 % (V/V). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von funktionellen und motilitätsbedingten Magen-Darm-Erkrankungen wie Reizmagen- und Reizdarmsyndrom sowie zur unterstützenden Behandlung der Beschwerden bei Magenschleimhautentzündungen (Gastritis). Diese Erkrankungen äußern sich vorwiegend in Beschwerden wie Magenschmerzen, Völlegefühl, Blähungen, Magen-Darm-Krämpfen, Übelkeit und Sodbrennen. **Gegenanzeigen:** Allergie gegen die Wirkstoffe; Patienten, die an Lebererkrankungen leiden oder in der Vorgeschichte litten oder wenn gleichzeitig Arzneimittel eingenommen werden, die in der Gebrauchsinformation als Nebenwirkung eine Leberschädigung angeben; Kinder unter 3 Jahren, da keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen. Schwangerschaft und Stillzeit: Nicht einnehmen. **Nebenwirkungen:** Sehr selten: Überempfindlichkeitsreaktionen, wie z. B. Hautausschlag, Juckreiz, Atembeschwerden. Nicht bekannt: Leberschädigung (Anstieg der Leberenzymwerte, arzneimittelbedingte Gelbsucht, Hepatitis und Fälle von Leberversagen) wurde berichtet; bei Beschwerden wie Gelbfärbung der Haut oder Augen, dunklem Urin oder entfärbtem Stuhl, sofort die Einnahme beenden und einen Arzt um Rat fragen. **Warnhinweis:** Enthält 31 Vol.-% Alkohol. **Stand der Information:** 11/2021. **Bayer Vital GmbH, Kaiser-Wilhelm-Allee 70, 51373 Leverkusen, Deutschland.**



NEU!

1x pro Woche¹ SOGROYA[®]

FÜR EIN LEBEN VOLLER MÖGLICHKEITEN*

- ✓ 1x wöchentliches Wachstumshormon mit vergleichbarer Wirksamkeit und Sicherheit wie tägliches Wachstumshormon^{2,3}
- ✓ Halbwertszeitverlängerung durch reversible Bindung an körpereigenes Albumin – seit über 15 Jahren im Einsatz²
- ✓ Einfacher und gebrauchsfertiger Pen in drei Stärken (5/10/15 mg) verfügbar
- ✓ Kann bis zu 72 Stunden bei bis zu 30 °C gelagert werden[#]
- ✓ Nur 1,5% der Patienten berichteten von Schmerzen bei der Injektion – vergleichbar mit 1x täglichem Wachstumshormon²



313
injektions-
freie Tage



www.novo-wissen.de/sogroya



Wenn Sie mehr wissen wollen:

Kontakt: 06131 903 1133
www.novonordisk.de

1x pro Woche
SOGROYA[®]
Somapacitan

Sogroya[®] ist ein 1x pro Woche zu verabreichendes Wachstumshormon für pädiatrische Patienten mit Wachstumshormonmangel. Es ist in seiner Wirksamkeit mit einer 1x täglichen Wachstumshormonbehandlung vergleichbar;^{2,3} in einem vertrauten, patientenfreundlichen Injektionssystem.⁴ Sogroya[®] wird 1x pro Woche an einem beliebigen Tag, unabhängig von der Tageszeit injiziert.¹

* Für Kinder ab 3 Jahren und Jugendliche mit Wachstumsstörungen aufgrund eines Wachstumshormonmangels.¹

Muss gekühlt werden, kann aber vorübergehend (max. 72 Stunden) bei Raumtemperatur (± 30 °C) gelagert werden.¹

1. Sogroya[®] Fachinformation, aktueller Stand

2. Miller BS et al. J Clin Endocrinol Metab 2022;00(0):1–11

3. Säwendahl L et al. J Clin Endocrinol Metab 2020;105:e1847–1861

4. Rohrer TR, Horikawa R & Kappelgaard AM. Expert Opin Drug Deliv 2017;14(11):1253–1264

Sogroya[®] 5 mg/1,5 ml Injektionslösung im Fertigpen. Sogroya[®] 10 mg/1,5 ml Injektionslösung im Fertigpen. Sogroya[®] 15 mg/1,5 ml Injektionslösung im Fertigpen. Wirkstoff: Somapacitan. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Somapacitan (Ursprung: rekombinante DNA, gentechnisch hergestellt aus E. coli). 1 ml Injektionslösung enthält 3,3 mg/6,7 mg/10 mg Somapacitan. **Sonstige Bestandteile:** Histidin, Mannitol (Ph. Eur.), Poloxamer (188), Phenol, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure, Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Bei Kindern ab 3 Jahren und Jugendlichen Wachstumsstörungen durch Wachstumshormonmangel. Bei Erwachsenen Wachstumshormonmangel. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Schwangerschaft, bei einem im Wachstum befindlichen Tumor oder Tumorbehandlung, akute schwerwiegende Erkrankung, bei Kindern und Jugendlichen wenn das Längenwachstum abgeschlossen ist. **Vorsichtsmaßnahmen:** Besondere Vorsicht ist erforderlich bei Patienten mit Tumorerkrankungen, bei Patienten mit Nebenniereninsuffizienz, die mit Corticosteroiden behandelt werden, Anzeichen eines erhöhten Hirndrucks (starke Kopfschmerzen, Sehstörungen, Übelkeit o. Erbrechen), Schilddrüsenfunktionsstörung, bei Frauen unter oraler Östrogentherapie, Vorliegen einer akuten schweren Erkrankung. Bei Auftreten von starken Bauchschmerzen Bauchspeicheldrüsenentzündung in Betracht ziehen. Die Dosierungen von Hormonpräparaten, Insulin, Antiepileptika und Immunsuppressiva müssen möglicherweise angepasst werden. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, periphere Ödeme (geschwollene Hände), Nebenniereninsuffizienz, Hypothyreose, lokale Reaktionen an der Injektionsstelle, Gelenkschmerzen, Gelenksteifigkeit, Schmerzen in Armen und Beinen, hohe Blutzuckerwerte, Erschöpfung, Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Nadelstichgefühle an den Fingern, Ausschlag, Nesselsucht, Juckreiz, Muskelschmerzen, Muskelsteifigkeit, Hautverdickung an der Injektionsstelle. **Warnhinweise:** Injektionsstelle regelmäßig wechseln. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Juli 2023

Sogroya[®] ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk Health Care AG.



Zum Ehrenmitglied der DGSPJ ernannt: Dr. med. Christian Fricke (2. von rechts).

als Betreiber eines Kinderkinos. Zentrale Anliegen waren Interdisziplinarität und Überwindung von Schnittstellen. Als Leiter des Werner-Otto-Instituts gelang

es ihm zusammen mit der ASbH, einen interdisziplinären Arbeitskreis auf den Weg zu bringen und eines der ersten stationären Behandlungsangebote zur integrierten Behandlung sowohl psychisch kranker Kinder als auch ihrer psychisch kranken Elternteile umzusetzen. In der DGSPJ hat Dr. Christian Fricke schon sehr früh das Thema „Qualität der Versorgung“ aufgegriffen und den Zentralen Qualitätsarbeitskreis geleitet, ehe er dann im Vorstand und von 2012 bis 2016 als Präsident wirkte. Herzensangelegenheit bei der Überbrückung von Gräben war schon früh das Thema

Frühförderung in Hamburg (aber nicht nur dort) und deren Umsetzung in den Kindertagesstätten – ein Bereich, in dem Dr. Christian Fricke noch heute die Senatsbehörde berät. Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren nicht als Gegner, sondern als Verbündete bei der Begleitung von Kindern mit Entwicklungsstörungen zu sehen, ist ihm immer in hervorragender Weise gelungen, und er hat viel zum gegenseitigen Verständnis beigetragen. Auch Themen wie Transition und Psychosomatik haben ihn in seinem Berufsleben immer wieder bewegt.

Auch dies sind Beispiele für die Überbrückung von Gräben, Klippen und Hindernissen.

DGSPJ-Geschäftsstelle und Vorstand

Posterpreise für Deborah Falke und Anja Lüders und ihre Teams

Deborah Falke, Hannah Schmidt und Co-Autorinnen/-autoren

Thema: Screening-Instrumente zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U-Untersuchung – ein systematisches Review

Anja Lüders, Inken Brockow, Uta Nennstiel

Thema: Vorgeburtliche Elternberatung in der pädiatrischen Praxis – Ergebnisse des bayerischen Pilotprojektes „Elternberatung U0“



Freuen sich zusammen mit der Preisträgerin Deborah Falke (Mitte) über die Verleihung des Posterpreises 2023 (von links nach rechts): Dr. Andreas Oberle, Prof. Heidrun Thaïss, PD Dr. Torsten Langer und Prof. Volker Mall.



Auch das Poster von Anja Lüders (2. von rechts) wurde bei der DGSPJ-Jahrestagung in Hamburg prämiert. Überreicht wurde der Preis (von links nach rechts) von den 3 DGSPJ-Präsidiumsmitgliedern Dr. Andreas Oberle, Prof. Heidrun Thaïss und Prof. Volker Mall.



Sozialpädiatrische Zentren in Bayern – Anhaltspunkte zur Bedarfsermittlung

Stellungnahme eines vom bayerischen Landtag einberufenen Expertengremiums unter Beratung des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen chronischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und neuen Morbiditäten (und ihren damit typischen Konstellationen hinsichtlich Entwicklungsrisiken und Teilhabestörungen) ist ergänzend zu der primären pädiatrisch-hausärztlichen und pädiatrisch-fachärztlichen Versorgung (und in enger Zusammenarbeit mit den interdisziplinären Frühförderstellen und anderen Hilfesystemen) die Aufgabe sektorenübergreifender pädiatrischer Versorgungsstrukturen, in vielen Fällen ärztlich geleiteter Sozialpädiatrischer Zentren.

Die behandelnden Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen der Praxispädiatrie nehmen hierbei als Vertragsärzte regelhaft eine koordinierende Rolle (Lotsenfunktion) bei der Inanspruchnahme eines gestuften Behandlungsangebotes¹ ein. Dies ist vom Gesetzgeber auch insofern vorgegeben, als dass er die Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren für diejenigen Kinder ermöglicht, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können (vergl. SBGV, §119, Abs. 2).

Der steigende Bedarf in diesem Bereich der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird auf

bundespolitischer Ebene im Koalitionsvertrag 2021 – 2025 dergestalt aufgenommen, dass expressis verbis das Ziel des „[...] Ausbau(s) [...] der Sozialpädiatrischen Zentren“ formuliert ist.

Dem ebenfalls im Koalitionsvertrag formulierten Anliegen, dass die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden soll, wird insofern Rechnung getragen, dass die regionale Bedarfsbestimmung der sozialpädiatrischen Versorgung in Sozialpädiatrischen Zentren sowohl bundespolitische Vorgaben und Zielsetzungen als auch qualitative und „Vorort-Spezifika“ berücksichtigt. Die Zielsetzung besteht in einer (i) zeitnahen Versorgung, (ii) räumlichen Erreichbarkeit und in einer (iii) dem Bedarf angepassten quantitativen und qualitativen Versorgung.

Wartezeiten

Die Wartezeiten auf einen Termin in einem Sozialpädiatrischen Zentrum richten sich grundsätzlich nach der bio-psycho-sozialen Dringlichkeit. übereinstimmend wird festgestellt, dass aufgrund der in den meisten Fällen vorliegenden Entwicklungsproblematik eine Wartezeit von drei Monaten nicht überschritten werden sollte. In Einzelfällen (z. B. Notfälle oder auch

Säuglingsalter) ist eine deutlich schnellere Versorgung indiziert.

Entfernung/Fahrtweg zu einem SPZ

Die Anfahrt zu einem SPZ von einer Stunde wird grundsätzlich als akzeptabel angesehen. Dies kann sich nicht nur alleine auf die Erreichbarkeit mit einem PKW beziehen, sondern muss andere Transportmittel, insbesondere den öffentlichen Nahverkehr, mit einbeziehen. In diesem Sinne sollte angestrebt werden, dass für Familien Sozialpädiatrische Zentren in einer angemessenen Zeit auch dann erreichbar sind, wenn ein eigenes Kraftfahrzeug nicht zur Verfügung steht. In Einzelfällen kann die Erreichbarkeit dann auch mehr als eine Stunde in Anspruch nehmen.

Bedarfsangepasste quantitative und qualitative Versorgung

Die im Zusammenhang mit der Ermächtigung von SPZ als Bezugsgröße eingesetzte Einwohnerzahl bezieht sich in der Regel auf das Urteil des BSG vom 17. 02. 2016, B 6 KA 6/15 R, insbesondere Absatz 31 und 32. Hier wird unter anderem ausgeführt:

31

SPZ gab es in geringer Zahl bereits vor der Einführung einer entsprechenden gesetzlichen Regelung [...]. Als Planungsgröße war zu dieser Zeit die Zahl von einem SPZ auf



eine Million Einwohner formuliert worden [1, 2]. Diese Quote wird heute in der Regel nicht mehr als ausreichend angesehen. Die tatsächlich erreichte Quote wurde im Jahr 2007 mit etwa einem SPZ pro 450.000 Einwohner angegeben, wobei die regionalen Unterschiede erheblich waren. Unter den ermächtigten SPZ fanden sich offenbar auch „Kleinstzentren“, die die in Fachkreisen formulierten Anforderungen an die personelle Ausstattung (vgl dazu nachfolgend) nicht erfüllten. Gleichwohl wird die Quote von einem SPZ auf 450.000 Einwohner als geeigneter Orientierungspunkt für die künftige sozialpädiatrische Planung angesehen, wobei ein SPZ mit zwei Teams typischerweise für die Versorgung einer solchen Einwohnerzahl ausreichend sein soll (vgl Hollmann/Bode, aaO S 278). [...] In seiner Entscheidung vom [...] ist der Senat davon ausgegangen, dass ein SPZ mit der Versorgung von ca. 400.000 Einwohnern eines Kreises ausgelastet wäre. Dabei kann es sich allerdings nur um einen groben Anhaltspunkt handeln. Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass die Orientierung an Einwohnerzahlen weder berücksichtigt, wie hoch der Anteil der Kinder an der Einwohnerzahl ist, noch zu welchem Anteil diese auf die speziellen Leistungen von SPZ angewiesen sind.

32

Die Besetzung eines SPZ mit zwei Teams mit jeweils fünf Vollzeitstellen gehört nach den in einschlägigen Fachkreisen anerkannten Qualitätsstandards zur Mindestausstattung [3, 4], weil nur so die Voraussetzungen für Vertretungsmöglichkeiten und vor allem für die aufgrund der komplexen und speziellen Fragestellungen erforderliche fachliche Differenzierung geschaffen werden können [1]. Daraus folgt, dass auch eine darüber hinausgehende Personalausstattung mit mehr als zwei Teams unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht zu beanstanden ist, mit der Folge, dass auch mehr als 450.000 Einwohner durch ein SPZ versorgt werden können. Bei einem Einzugsgebiet von weniger als 400.000 bis 500.000 Einwohnern ist dagegen – wenn gleichwohl zwei Teams

mit insgesamt zehn Vollzeitstellen bereitgestellt werden – die Wirtschaftlichkeit oder – bei einer geringeren Personalausstattung – die Qualität des SPZ in Frage gestellt (vgl BSG SozR 4-2500 § 119 Nr 1 RdNr 11). Obergrenzen bezogen auf den Einzugsbereich ergeben sich dagegen in erster Linie im Hinblick auf die Erreichbarkeit des SPZ für die Versicherten, auch wenn bei diesen Zentren – anders als etwa bei den Frühför- Frühförstellen – die Anforderungen an die Wohnortnähe nicht im Vordergrund stehen können.

Um inhaltliche und strukturelle Fehlinterpretationen zu vermeiden, ist zu berücksichtigen, dass sich das BSG-Urteil vom 17.02.2016 bezüglich der Orientierung an Einwohnerzahlen im Verhältnis zu SPZ und Behandlungsteams an einer Veröffentlichung von Hollmann und Bode aus dem Jahre 2007 [1] orientiert und nicht (wie vielfach falsch zitiert) an Angaben aus dem Altöttinger Papier (als strukturformulierende und immer wieder aktualisierte Grundlage der Sozialpädiatrischen Zentren). Dort finden sich keine Angaben zu Bevölkerungszahlen, auch nicht in der Version von 2014. Die Anzahl von zwei Teams für ein SPZ ist hier als institutionelle Untergrenze im Sinne einer Strukturvoraussetzung formuliert.

Darüber hinaus relativiert das BSG die Orientierung an der Einwohnerzahl in dreierlei Hinsicht,

erstens, indem es darauf verweist, dass es sich nur um „grobe Anhaltspunkte“ handeln kann,

zweitens, indem es eine Dynamik der Bezugsgrößenentwicklung aufzeigt (1988: 1 Mio., 2007: 450.000) und

drittens, indem es das Spektrum „spezieller Leistungen“ betont (s. hierzu auch 5).

Eine einrichtungsbezogene Beurteilung von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach SGB V § 119 Abs 1 eines SPZ ist gemäß des aufgeführten BSG-Urteils also nicht an einer isolierten Betrachtung der Einwohnerzahl in einem Einzugsgebiet festzumachen.

Bezüglich einer quantitativ und qualitativ an die Versorgungsbedarfe angepassten

SPZermächtigung hält das Gremium folgende Punkte einvernehmlich fest:

- Eine Bedarfserhebung auf nachvollziehbarer Grundlage für Sozialpädiatrische Zentren sollte sich nicht isoliert an der absoluten Bevölkerungszahl orientieren, sondern [1] an der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in einem Einzugsgebiet und [2] an dem Anteil der Kinder und Jugendlichen, die auf die speziellen Leistungen von SPZ angewiesen sind.
- Die SPZ-Versorgung muss auf die regionalen Strukturen abgestimmt sein und bestehende stationäre und ambulante Angebote sinnvoll ergänzen und der zunehmenden (auch politisch gewollten) Ambulantisierung der Pädiatrie Rechnung tragen.
- Vor dem Hintergrund der verbesserten Therapieoptionen von Kindern mit chronischen Erkrankungen nehmen die SPZ eine zunehmend zentrale Rolle bei der longitudinalen Versorgung von komplex chronisch kranken Kindern mit Entwicklungsrisiken und Teilhabestörungen ein.
- Ein zunehmender Bedarf resultiert auch aus dem Anspruch, „neuen Morbiditäten“ durch Frühinterventionen zu begegnen, wie er in der KiGGs-Studie formuliert wird [6].
- Aktuelle, nachhaltig wirksame gesellschaftliche Entwicklungen auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, wie z. B. Änderungen von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (Pfle- gekräfte- und Bettenmangel), Folgen von Pandemien und Migrationssituationen zeigen ihre Auswirkungen an der Schnittstelle von Medizin zu anderen Hilfesystemen (wie z. B. Frühförderung und Jugendhilfe) und müssen bezüglich ihrer aktuellen und langfristigen Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der SPZ Berücksichtigung finden.
- Die Komplexität und Diversität der Krankheits- und Störungsbilder machen es schwer, eine konkrete zahlenmäßige Bedarfseinschätzung zu benennen. Die Unterzeichnenden gehen von einem steigenden Bedarf aus.



Das durch den bayerischen Landtag einberufene Expertengremium in dem Leistungserbringer und Kostenträger vertreten sind und das durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und das

Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales sowie die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns beraten wurde – kommt zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass die aufgeführten, konsensuell disku-

tierten Anhaltspunkte geeignet sind, Zulassungsausschüsse bei der Prüfung einer notwendigen und ausreichenden SPZ-Versorgung zu unterstützen und lokal begründete Flexibilität zu realisieren.

November 2022


 Prof. Dr. Volker Mall
 Leitung und Moderation
 Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Bayern
 Designierter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Amtsantritt 01.01.2023)


 Dr. Christian Blank
 Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Bayern


 Volker Ederer
 AOK Bayern – Die Gesundheitskasse


 Georg Engelhard
 Techniker Krankenkasse


 Dr. Dominik Ewald
 Berufsverband Kinder- und Jugendärzte


 Reinhard Feldmeier
 Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Bayern


 Prof. Dr. Florian Heinen
 Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Bayern
 Präsident der Gesellschaft für Neuropädiatrie

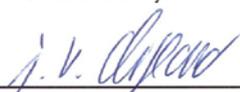

 Dr. Gerhard Herrmann
 Arbeitsstelle Frühförderung Bayern


 Tobias Hirner
 AOK Bayern – Die Gesundheitskasse


 Dr. Michael Hubmann
 Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Pädiater
 Designierter Präsident Berufsverband Kinder- und Jugendärzte


 Peter Kern
 BKK Landesverband Bayern


 Juliane Lieb
 Bayerische Krankenhausgesellschaft


 Georg Lankes
 svfg, Landwirtschaftliche Krankenkasse


 Birgit Pelikan
 Knappschaft-Bahn-See


 Prof. Dr. Ronald Schmid
 Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Bayern


 Bernd Schmidmeier
 IKK classic


 Reinhard Schmidt
 Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Bayern


 Niels Straub
 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) – Landesvertretung Bayern

Literatur:

1. Hollmann H, Bode H: Wie viele SPZ braucht das Land? Kinderärztliche Praxis 2007; 78 (5): 276 – 279.
2. Schlack HG: Sozialpädiatrische Zentren: Entwicklungen, aktuelle Probleme, Aufgaben und Perspektiven. Kinderärztliche Praxis 1998 5, 278 – 287.
3. Gemeinsame Empfehlungen zur Ermächtigung von sozialpädiatrischen Zentren im Rahmen der ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern nach § 119“ vom 16.10.1989.
4. Altöttinger Papier, erstmals im Jahr 2002 verabschiedet insoweit unverändert auch in der Fassung aus dem Jahr 2014.
5. Heinen F: Zusammenarbeit von Pädiatrie und Sozialpädiatrie: Schaffung einer biopsychosozialen Medizin für komplex chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt 2020 (63).
6. Krause L, Vogelgesang F, Thamm R, Schienkiewitz A, Damerow S, Schlack R, Junker S, Mauz E: Individual trajectories of asthma, obesity and ADHD during the transition from childhood and adolescence to young adulthood. Journal of Health Monitoring 2021 6 (S5) DOI 10.25646/7913.

Bundesverdienstorden für Professorin Ute Thyen

Ehemalige DGSPJ-Präsidentin geehrt

Im Namen des Bundespräsidenten hat Daniel Günther, Ministerpräsident von Schleswig-Holstein, am 10. Oktober 2023 Professorin Dr. Ute Thyen das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland überreicht.

In der Laudatio heißt es: „Ute Thyen setzt sich seit mehreren Jahrzehnten für die Umsetzung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen ein, wonach alle Kinder Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe haben. So war Thyen Initiatorin des Arbeitskreises „Kindesmisshandlung – wer kann helfen“ an der Universität Lübeck, aus dem die Einrichtung des Kinderschutz-Zentrums hervorgegangen ist, sowie Gründerin des dazugehörigen Vereins und hat sich maßgeblich für die Etablierung der Frühen Hilfen am Kinderschutz-Zentrum Lübeck eingesetzt. Thyen hatte über viele Jahre zahlreiche Vorsitzpositionen inne, unter anderem den Vorsitz des Kuratoriums des Kinderschutz-Zentrums Lübeck, den Vorsitz des wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen sowie des Gesamtbeirats, für die Beratung der Bundesstiftung „Frühe Hilfen“ des Bundesfamilienministeriums. Daneben war Thyen stellvertretende Direktorin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Lübeck und ist langjährige Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.“

Heidrun Thaiss

Ich kenne Ute Thyen nicht nur aus diesen Ämtern, sondern bereits seit den frühen 2000er-Jahren aus der Zusammenarbeit des Sozialministeriums Schleswig-Holstein mit der Unikinderklinik Lübeck, die unsere Schuleingangsuntersuchungen wissenschaftlich begleitet hat. Hier fanden zu-



Prof. Ute Thyen und Daniel Günther.

sammen mit den Kinder- und Jugendärztlichen Teams der KJGD SH regelmäßig kritisch-disputable, aber immer kollegial-konstruktive Befassungen und Bewertungen der Ergebnisse der Schuluntersuchungen, der zahnärztlichen Prophylaxe-Befunde und der Impfergebnisse statt, die dann in die jährliche Berichterstattung mündeten.

Einzigartig war eine durch die Schuleingangsberichte begründete gemeinsame Pressekonferenz des Bildungs- und des Gesundheitsministers, ein früher innovativer „Health in all Policies-Ansatz“, bei dem bereits die Kooperation von Wissenschaft, Politik und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, im Besonderen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, lange vor dem Pakt für den ÖGD gewürdigt und verstetigt wurde.

So konnten durch originäre Politikberatung Daten für Taten werden. Und gar nicht so selten ergaben sich dadurch auch neue wissenschaftliche Fragestellungen und damit auch gemeinsame Publikationen. Unsere nächsten Begegnungen fanden im Kontext der Frühen Hilfen im Wissenschaftlichen Beirat des Nationalen Zen-

trums in der BZgA statt. Auch hier erlebte ich Ute Thyen immer als fach- und qualitätsorientiert, als ernsthafte und hoch engagierte Anwältin für die Sache der Kinder und deren Familien.

Andreas Oberle

Das folgende Motto von Antoine de Saint-Exupéry hat die 6-jährige Präsidentschaft von Ute Thyen in der DGSPJ geprägt: „Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer und Frauen zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Frauen und Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.“ Sie war hoch angesehen und respektiert, unsere Präsidentin, geleitet von der Sorge um unsere Kinder und Jugendlichen und ihre Zukunft auf einer hohen, fachlich fundierten Basis und mit besonderer Berücksichtigung der jeweils individuellen Umgebung. Einen hohen Stellenwert hatten dabei auch die umfassenden Überlegungen zu Public Health.

Da die DGSPJ nur eine vergleichsweise kleine Fachgesellschaft mit personell besonderen, aber leider auch begrenzten Ressourcen ist, war ein kontinuierlich hohes und vorbildliches Engagement durch die Präsidentin, auch in den besonders anstrengenden Zeiten der Pandemie erforderlich.

Damit genießt Ute Thyen unseren großen Respekt und Anerkennung für ihre langjährige erfolgreiche Arbeit. Wir freuen uns mit ihr über diese hochverdiente Auszeichnung. Die gesamte DGSPJ gratuliert ganz herzlich!

*Im Namen des Präsidiums und Vorstands
Heidrun Thaiss, Andreas Oberle, Volker Mall*



Versorgung von Kindern und Jugendlichen – „Pädiatrie als Vorbild?“

Heidrun Thaiss

Beim Europäischen Gesundheitskongress in München trafen sich am 26. und 27. Oktober 2023 zum 22. Mal Entscheider und Entscheiderinnen des Gesundheitswesens aus Politik, Selbstverwaltung, Krankenhauskonzernen, Pharmaindustrie sowie Expertinnen und Experten aus Medizin, Pharmazie und Pflege. Unter dem Motto „SOS: Rettung für das überforderte Gesundheitswesen – Wer kommt zur Hilfe?“ wurden in Plenarveranstaltungen und weiteren Sessions Möglichkeiten des Systemwandels und dessen Finanzierung, auch mit Vertreterinnen und Vertretern aus Österreich und der Schweiz diskutiert.

Erstmals war auch die Pädiatrie mit einem eigenen Symposium dabei. Hochrangige Vertreterinnen und Vertreter aus der klinischen und ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen national und von vor Ort stellten in Impulsvorträgen die aus ihrer jeweils eigenen Perspektive möglichen Optionen dar, die ggf. der Erwachsenenmedizin Vorbild sein könnten.

Prof. Jörg Dötsch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin DGKJ und Direktor der Kölner Universitätskinderklinik machte mit einem Modell der familienzentrierten Versorgung den Auftakt. Er stellte das Zentrum für Familiengesundheit Köln und damit einen systemischen Ansatz vor, der von den Bedürfnissen der Familie, auch jenseits der rein medizinischen Versorgung her interdisziplinär denkt und mit strategischen Partnerschaften und einem Lotsenkonzept und Überleitungsstrukturen diese Bedarfe interdisziplinär zu erfüllen versucht, samt wissenschaftlicher Evaluation und Kooperation mit den Kostenträgern.



Beim Europäischen Gesundheitskongress in München, v.l.n.r.: Prof. Klein, Dr. Hubmann, Prof. Thaiss, Prof. Mall, Prof. Hauer, Prof. Dötsch, Fr. Pätzmann-Sietas.

Prof. Julia Hauer, Direktorin der Uni-Kinderklinik Schwabing der TU München, zeigte den hohen technischen Aufwand, die hochspezialisierte Diagnostik und longitudinale Therapie am Beispiel der Kinderonkologie auf. Sie machte an Beispielen wie Leukämieerkrankungen oder Diabetes Typ 1 deutlich, wie durch präzisierte Diagnostik-, Therapie-, Förder- und Präventionsprogramme für chronisch kranke Kinder durch Zentralisierung von Fachexpertise in einem „Krankenhaus im Krankenhaus“ von der Schwangerschaft bis zum Übergang ins Erwachsenenalter (Transition) negative Auswirkungen für die Betroffenen, aber auch für das Gesundheitswesen vermieden werden können.

Prof. Christoph Klein, Direktor der Universitätskinderklinik der LMU am Haunerschen Kinderspital, stellte die Forschung mit und für Kinder in den Kontext des Grundgesetzes. Er betonte die Bedeutung der pädiatrischen Forschung auf Medizin und Wissenschaft am Beispiel zahlreicher Pioniere und stellte die Breite

pädiatrischer spezialisierter Forschung am Haunerschen Kinderspital dar. Die Potenziale präziserer Diagnostik von der Organ- über die zelluläre Ebene bis zu molekularen Systemen, von zielgenauen Therapien und von Präventionsprogrammen wurden ebenso aufgezeigt wie die entsprechenden Instrumente der Zukunft, Datenintegration und künstliche Intelligenz gleichwie z. B. Stammzelltherapien für Kinder mit seltenen metabolischen Erkrankungen.

Prof. Volker Mall, Direktor der kbo Kinderklinik München und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, definierte das Spektrum der Versorgung in der Sozialpädiatrie („komplexe chronische Erkrankungen, Entwicklungsrisiken und Teilhabestörungen“) in multiprofessionellen Teams unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Umfelds am Beispiel von Strukturen und Prozessen eines Sozialpädiatrischen Zentrums. Er skizzierte die Landschaft der SPZ in Deutschland und zeigte



anhand der langen Wartezeiten die Problematiken auf. Anhand des Diagnostik- und Therapiealgorithmus unter spezieller Berücksichtigung des mehrdimensionalen Versorgungsbedarfs wurden die Besonderheiten der SPZ deutlich, deren Stärkung im Koalitionsvertrag der Ampelregierung explizit hervorgehoben wird.

Dr. Michael Hubmann, neuer Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte BVKJ, ergänzte die Sicht der ambulanten Versorgung. Er betonte die hohe intrinsische Motivation, das Besondere der trilateralen Kommunikation und die jahrzehntelange sektorenübergreifende Kooperation, beklagte aber auch die Unterfinanzierung, den Personalmangel und die Dokumentations- und Bürokratielast bei gleichbleibender Netto-Arbeitszeit. Und er demonstrierte, dass KI hier keine Lösungen bietet.

Frau Pätzmann-Sietas, Vorstandsmitglied des Berufsverbands der Kinderkrankenpflege Deutschland, rundete die Vorträge mit der Schilderung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche ab, in denen pädiatrische Pflegekräfte wirken: von der Prävention über Kuration und Rehabilitation bis zur Palliation und immer mit dem Fokus auf eine gesunde Entwicklung in physischer und psychischer Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen samt



Der Kongress 2023 stand unter dem Motto: „SOS: Rettung für das überforderte Gesundheitswesen – Wer kommt zur Hilfe?“ Erstmals war auch ein Pädiatrie-Symposium dabei.

Familiengesundheits- und Elternkompetenzförderung, im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Dabei hob sie die anhand der EACH-Charta für kranke Kinder die Notwendigkeit hoher Spezialisierung und Professionalität sowie die interdisziplinäre Zusammenar-

beit in morbiditätsbezogenen, aber auch Fachgesellschafts- und verbandsübergreifenden Netzwerken wie dem Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit hervor. Mit dem Bild „Wir sitzen alle in einem Boot und rudern gemeinsam für das Wohl der Kinder und Jugendlichen“ fand die Sitzung einen gelungenen Abschluss.

Fazit

Alle Vortragenden waren sich einig, dass die Erwachsenenmedizin unter anderem von der Vielfalt, der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit in hochspezialisierten Zentren, der besonderen Kommunikation und der bedarfsorientierten kontextbezogenen Versorgung und Forschung rund um das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen profitieren kann.

Initiiert und moderiert wurde die Sitzung von Prof. Heidrun Thaiss, Präsidentin der DGSPJ.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Heidrun Thaiss
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e. V.
Geschäftsstelle
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
Tel.: 0 30/40 00 58 86

KURZ & BÜNDIG

Buchtipps aus dem SPZ Chemnitz: „Ein Kind mit geistiger Behinderung begleiten“

Aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum in Chemnitz hat die Redaktion folgende Empfehlung erhalten, die wir gerne weitergeben möchten: „Wir haben eine Kollegin, die mit viel Engagement und Enthusiasmus einen Ratgeber für Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung geschrieben hat. Diesen Ratgeber lohnt es sich zu lesen. Er bringt viele sachdienliche Tipps und alltagsrelevante Prinzipien auf den Tisch, die für die Eltern sehr hilfreich sind.“ Die Autorin, Caroline Tost M.Sc., arbeitet als Psychologin in diesem SPZ. Sie berät und begleitet dort Kinder mit geistiger Behinderung sowie deren Familien.

Wenn bei einem Kind eine geistige Behinderung diagnostiziert wird, bedeutet das für viele Eltern eine tiefgreifende Verunsicherung. Mit dem Ratgeber erhalten

sie Informationen zur Therapieplanung, Schulwahl, Strukturierungshilfen, Erziehung, sexuellen Aufklärung und Selbstständigkeitsentwicklung für ihr Kind in verschiedenen Lebensphasen. Praktische Fallbeispiele und Tipps ergänzen das Werk.

Bibliographische Daten

Caroline Tost: Ein Kind mit geistiger Behinderung begleiten. Praktische Tipps für Eltern und Familien. 177 Seiten, Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, ISBN: 978-3-497-03215-0, 24,90 Euro, E-Book 23,99 Euro



© Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG



Forum Sozialpädiatrie im März 2024

Herzliche Einladung nach Essen

Uta Ungermann

Wir freuen uns sehr, für das Forum Sozialpädiatrie 2024 mit dem Franz-Sales-Haus in Essen einen schönen und zentral gelegenen Veranstaltungsort in gemeinnütziger Trägerschaft gefunden zu haben und würden uns freuen, viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Essen begrüßen zu dürfen.

Auch in diesem Jahr ist das Forum Sozialpädiatrie als 3-tägige, kombinierte Tagung geplant. Es beginnt am **Donnerstag, dem 14.03.2024**, mit den Arbeitstreffen der Gremien innerhalb der DGSPJ. Vormittags finden Arbeitssitzungen verschiedener thematischer Arbeitsgruppen im Zentralen Qualitätsarbeitskreis (ZQ-AK) der Bundesarbeitsgemeinschaft der SPZ statt. Um 11.00 Uhr beginnen dann parallel die Vollversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren mit den ärztlichen Leiterinnen und Leitern der SPZ (BAG-SPZ) und die Vollversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychologinnen und Psychologen in den SPZ (BAG-Psych SPZ). Abgerundet wird der Nachmittag mit Vorträgen zu den Themen Übergang in ein MZEB, Kinderschutz bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen sowie zum inklusiven Jugendhilfegesetz. In guter Tradition ist zum Abschluss des ersten Tages ein Abendessen mit Come-together ebenfalls im Franz-Sales-Haus geplant.

Am Freitag, dem 15.03.2024, findet wie gewohnt der „Interdisziplinäre Psycholog:innen Tag“ statt. Die 3 Fachvorträge am Vormittag befassen sich mit so unterschiedlichen Themen wie den psychischen Folgen eines FASD, der visuellen Wahrnehmung autistischer Kinder



Info und Anmeldung

Das vollständige Programm und die Anmeldemodalitäten stehen seit Januar 2024 auf der Homepage des SPZ Wesel (Link auf „meine dgspj“, auf der Homepage der DGSPJ bzw. den Homepages des SPZ Oberhausen und Coesfeld) als Online-Anmeldung zur Verfügung.

und den scheinbar unauffälligen Familien im SPZ. Hierzu konnten wir erfreulicherweise wieder hoch kompetente Referenten gewinnen.

Der Nachmittag bietet in 2 Blöcken mit jeweils 10 parallel stattfindenden Workshops ein sehr breites Themenspektrum. Die Workshops werden von Mitarbeitenden aus den SPZ gestaltet und decken die bunte Vielfalt der Themen eines SPZ ab. Zudem wird das „Gründungstreffen Bundesarbeitsgemeinschaft der SPZ Therapeut:innen“ stattfinden.

Auf der Homepage des SPZ Wesel (Link auf „meine dgspj“ und auf der Homepage der DGSPJ) können Sie seit Anfang Januar 2024 alle Workshops mit einer Inhaltsbeschreibung einsehen. Erfahrungsgemäß empfiehlt sich eine frühzeitige Anmeldung, um einen Platz in den Workshops Ihrer Wahl sicher zu bekommen. Der Tag bietet eine Plattform für den interdisziplinären Austausch von SPZ-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern aller Berufsgruppen.

Am Samstag, dem 16.03.2024, wird es ebenso wie in 2022 einen „Hilfsmitteltag“ geben und einen Workshop zu Digitalisierung im SPZ.

Im Sinne der Nachhaltigkeit

2024 möchten wir das Forum Sozialpädiatrie ganz im Sinne der Nachhaltigkeit organisieren. Dazu gehören eine ausschließlich vegetarische Verpflegung sowie eine Vergünstigung für Teilnehmende, die mit dem öffentlichen Nahverkehr anreisen. Auch hierzu finden sie Informationen auf der obigen Anmelde-Website.

Im Namen der Vorbereitungsgruppe heißen wir Sie herzlich willkommen in der schönen Stadt Essen im Herzen des Ruhrgebiets!

Korrespondenzadresse

Dr. Uta Ungermann, Ph.D.
SPZ Osnabrück am Kinderhospital Osnabrück Ltd. Psychologin und stellv. Leitung
Osnabrück
E-Mail: ungermann@kinderhospital.de

Link zur Veranstaltung

<https://prohomine.de/marien-hospital-wesel/kliniken-fachbereiche/sozialpaediatisches-zentrum-spz-niederrhein/fuer-fachpublikum/>

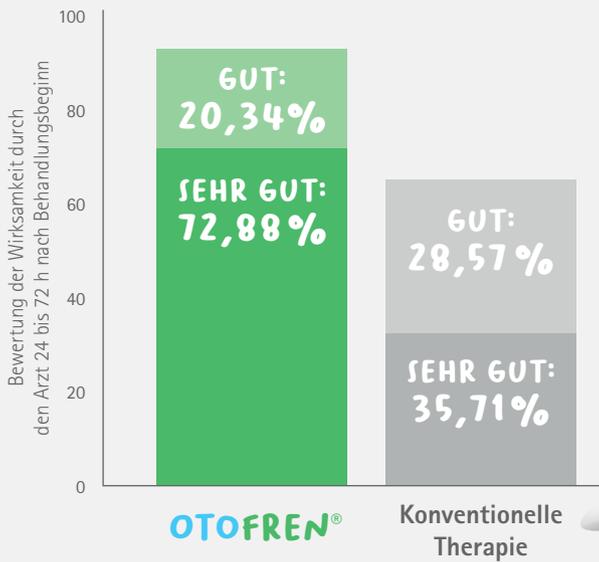


OTOFREN,[®] DER OHRENFREUND HILFT.

ALS ALTERNATIVE ODER ERGÄNZUNG ZUR
KONVENTIONELLEN BEHANDLUNG.

OTOFREN[®] ÜBERZEUGT IN STUDIE!

BEWERTUNG WIRKSAMKEIT¹



✓ **WENIGER ANTI-BIOTIKA UND ANALGETIKA** bei vergleichbarem Genesungsverlauf¹

✓ **ÜBERLEGENE VERTRÄGLICHKEIT** gegenüber konventioneller Therapie¹



OHNE ALKOHOL



AB DEM ERSTEN LEBENSTAG

Mit **OTOFREN[®]**, dem einzigen als Tablette zugelassenen homöopathischen Arzneimittel bei Otitis Media, therapieren Sie leitlinien²- und kindgerecht.

¹ Eine prospektive Beobachtungsstudie zur Untersuchung der Therapie mit Otofren[®] versus einer konventionellen Behandlung bei Kindern mit unkomplizierter Otitis media. Integrierter Bericht, 2022. Einsehbar auf: <https://awbdb.bfarm.de/>
² Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.: Ohrenscherzen. Aktualisierte Fassung 2014.

Otofren[®], Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Wirkstoffe: Aconitum napellus Trit. D4 25,0 mg, Arsenum iodatum Trit. D6 25,0 mg, Aurum metallicum Trit. D4 25,0 mg, Graphites Trit. D4 25,0 mg, Hepar sulfuris Trit. D3 50,0 mg, Phytolacca americana Trit. D3 50,0 mg, Thuja occidentalis Trit. D3 25,0 mg, Viola odorata (HAB 34) Trit. D3 (HAB, V. 3a und 7) 25,0 mg. Bestandteile 1–8 über die letzte Stufe gemeinsam potenziert. Sonstige Bestandteile: Calciumbehenat (DAB), Kartoffelfstärke. Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören: Akute und chronische Mittelohrentzündung (Otitis media). Gegenanzeige: Bei Schilddrüsenerkrankungen nicht ohne ärztlichen Rat anwenden. Nebenwirkungen: Keine bekannt. Tabletten enthalten Lactose. Packungsbeilage beachten. Homöopathisches Laboratorium Alexander Pflüger GmbH & Co. KG | 33378 Rheda-Wiedenbrück | info@pflueger.de | www.pflueger.de



KLARHEIT SCHAFFEN.

Neue Perspektiven
durch die richtige
Diagnose und
passende Therapie.

retard
5 mg bis
60 mg

ADHS

NEUE
Packungsgrößen
63er & 99er



Medikinet® retard

- Schnelle Anflutung innerhalb von ca. 30 Minuten¹
- Flexible Feineinstellung in 5 mg-Schritten¹
- Erleichterte Einnahme durch Öffnen der Kapsel möglich¹
- Wirkdauer von ca. 8 Stunden¹

Medikinet® 5 mg, 10 mg, 20 mg. **Wirkst.:** Methylphenidathydrochlorid (MPH). **Zus.setz.g.:** 1 Tabl. enthält: MPH 5/10/20 mg. **Sonst. Best.teile:** Mikrokristall. Cellul., vorverkleist. Stärke (Mais), Ca-hydrogenphos.-Dihydrat, Lactose-Monohydr., Mg-Stearat. **Medikinet® retard** 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg. **Wirkst.:** MPH. **Zus.setz.g.:** 1 Hartkps. enthält MPH 5/10/20/30/40/50/60 mg. **Sonst. Best.teile:** Kps.inhalt: Sacrose, Maisstärke, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) (Ph.Eur), Talkum, Triethylcitrat, Poly(vinylalkoh.), Macrogol 3350, Polysorbat 80, Na-hydroxid, Na-dodecylsulf., Simeticon, hochdispers. Si-dioxid, Methylcellul., Sorbinsäure (Ph. Eur), Indigocarmin-Al-salz. **Kps.hülle:** Gelatine, Ti-dioxid, Na-dodecylsulf., ger. Wasser; zusätzl. b. 10 mg u. 20 mg: Erythrosin, Patentblau V; bei 30/40/50/60 mg: Erythrosin, Eisen (II,III)-oxid, Indigocarmin. **Anw.:** Im Rahmen einer therap. Ges.strat. zur Behandl. v. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern ab 6 J. und Erw., wenn sich and. therap. Maßn. allein als unzureichend erwiesen haben. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. den Wirkst. o. einen der sonst. Bestandt.; Glaukom; Phäochromozytom; während od. inn. v. mind. 14 Tagen n. Einn. v. MAO-Hemmern; Hyperthyreose o. Thyreotoxikose; Diagn. o. Anamn. v. schw. Depr., Anorexia nerv./anorekt. Störg., Suizidneig., psychot. Sympt., schw. affekt. Störg., Manie, Schizophren., psychopath./ Borderline-Pers.k.störg.; Diagn. o. Anamn. v. schw. u. episod. (Typ I) bipol. affekt. Störg.; vorbest. Herz-Kreislauf-erkr. einschl. schw. Hypertonie, Herzinsuffizienz, art. Verschlusskrankh., Angina pec., hämodyn. signif., angeb. Herzfehler, Kardiomyopathien, Myokardinf., Arrhythmien u. Kanalopathien, vorbest. zerebrovaskul. Erkrank.; (zusätzl. b. Medikinet® retard: bek. ausgepr. Anazidität d. Magens mit pH-Wert > 5,5, bei H2-Rezeptorenblocker-, Protonenpumpen-Inhibitoren- o. Antazidatherapie). **Nebenw.:** Sehr häufig: Appetitminderung, Schlaflosigkeit, Nervos., Kopfschm., Nausea, Mundtrockenheit, Häufig: Nasopharyng., Anorexie, mäßig verr. Gewichtszun. u. Längenwachst. b. läng. Anw. b. Kindern; abnormes Verhalten, Aggression, Affektlabil., Agitiertheit, Anorexie, Ängstlichkeit, Depression, Reizbark., Ruhelosigkeit, Schlafstörung, Libidoabnahme, Panikattacken, Stress, Bruxismus, Tremor, Somnolenz, Schwindelgef., Dyskinesie, psychomot. Hyperakt., Tachykardie, Palpitation, Arrhythmie, Hypertonie, periphere Kälte, Husten, Rachen- u. Kehlkopfschm.; Dyspnoe, Bauchschm., Diarrhö, Magenbeschw. u. Erbrechen, Dyspepsie, Zahnschmerzen, Hyperhidrose, Alopezie, Pruritus, Rash, Urtikaria, Arthralgie, Fieber, Wachstumsverzögerung u. läng. Anw. B. Kindern, Gefühl d. inneren Unruhe, Fatigue, Durst, Änderung v. Blutdr. u. Herzfreq., Gewichtsverlust, **Gelegentlich:** Gastroenteritis, Überempf.keitsreakt., anaphylakt. Reakt., Ohrschwell., bullöse u. exfol. Erkr., Urtikaria, Pruzus, Rash, Hautausschläge, Hypervigilanz, audit., visuelle und takt. Halluzination, Stimmungsänd., Stimmungsschw., Zorn, Suizidgedanken, Weinerlichk., psychot. Erkr., Tics od. Verschlecht. best. Tics o. Tourette Syndrom, Anspannung, Sedierung, Akathisie, Diplopie, verschw. Sehen, Brustschm., Obstipation, Anstieg v. Leberenzym, angioneurotisches Ödem, Erkr. mit Blasenbildung, schuppende Erkr., Myalgie, Muskelzucken, Muskelverspannungen, Hämaturie, Herzger., erhöhte Leberenzyme, **Selten:** Manie, Desorientiertheit, Libidostö. Schwierigk. b. d. vis. Akkomodat., Mydriasis, Sehb. eintr., Angina pec., fleckiger Ausschlag, Erythem, Gynäkomastie, **Sehr selten:** Leukopenie, Thrombozytopenie, Anämie, thrombozytop. Purpura, Suizidvers. (einschl. vollend. Suizid), transiente. depr. Verstimmung, abnorm. Denken, Apathie, repetitive Verh.weisen, überm. Fokussieren, Konvulsionen, choreo-atheistische Beweg., revers. ischäm. neurol. Syndr., Fälle v. schwach dokument. MNS, Herzstillst., Myokardinf., zerebr. Arteritis u./o. Verschluss, Raynaud-Syndr., abnorm. Leberfunkt., einschl. Leberkoma, Erythema multif., exfoliat. Dermatitis, fix. AM-Exanthem, Muskelkr., plötzl. Herztod, erhöhte alkal. Phosphatase u. erh. Bilirubin im Blut, red. Thromboz. zahl, pathol. Leukozytenzahl., **nicht bekannt:** Panzotopenie, Wahnvorstell., Denkstörg., Verwirrth.zust., Abhängigk., Logorrhoe, zerebrovaskul. Erkrank., Grand-Mal-Anf., Migräne, Parästhesie, Aphasie, Dysphemie, trockene Augen, erhöht. Augeninnendruck, supra-ventrikul. Tachyk., Bradykardie, ventrikul. Extrasyst., Extrasyst., Herzbeschw., Hitzewall., Erröten, oropharyngeale Schmerzen, Epistaxis, Würgen, Trismus, erektile Dysfunkt., Priapismus, verst. Erektion u. verl. Erektion, Brustschmerzen, Hyperpyrexie, Aufmerksamkeitsst., grippeart. Erkr., Asthenie, Thoraxbeschw., erh. Thyroïdstimul. Hormon im Blut, Probl. mit dem Partner, Probl. mit der Familie, Tinnitus **Warnhinw.:** Enthält Lactose (Tabl.) u. Sacrose (Kps.). **Verschreibungspflichtig, BtM.** Weit. Hinw. s. Fachinfo. Medikinet® Tabl. 5mg-20mg 06/23 Medikinet® retard Kaps. 5mg-60mg 08/23 MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, 58638 Iserlohn. www.adhs-infoportal.de

1 Fachinformation Medikinet retard, Stand 08/2022



Guter Output zu vielen Themen

DGSPJ: Erste Bilanz nach einem Jahr Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Raimund Schmid

Die deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) hat seit Beginn des Jahres 2023 ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wieder reaktiviert und intensiviert. Die Anzahl der Presse-

mitteilungen und -veröffentlichungen war im abgelaufenen Jahr dabei höher als in den Jahren zuvor zusammengenommen. Im Fokus standen dabei Pressemitteilungen zu ganz unterschiedlichen Themen,

die die DGSPJ allein oder mit Partnern (etwa dem Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit) veröffentlicht hat. Tabelle 1 zeigt die Bilanz der Presseveröffentlichungen der DGSPJ 2023 im Detail.

Tab. 1: DGSPJ-Presseinformationen: Themen 2023		
Datum	Thema	Medium/Quelle
Januar 2023	Sozialpädiatrie – Neue Doppelspitze fürs Kindeswohl	DGSPJ-Presseinformation zum Vorstandswechsel
2. April 2023	Versorgung von Kindern mit Autismus – es besteht eklatanter Nachholbedarf	DGSPJ-Presseinformation zum Welt-Autismus-Tag
Mai 2023	Pakt für den ÖGD – doch wo bleiben die Kinder?	DGSPJ-Presseinformation zum Vorhaben der Bundesregierung
August 2023	„Klimaschutz ist Kinderschutz“ – Warum unser Einsatz gerade für Kinder so wichtig ist!	DGSPJ-Presseinformation
September 2023	Schule ist für alle da!	Mitteilung der DGSPJ
September 2023	Wissenschaftliche Allianz fordert den flächendeckenden Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften	Online-Kampagne #InklusionStattAusgrenzung
September 2023	Zeit für den Perspektivwechsel: Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin fordert eine Nationale Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche	DGSPJ-Presseinformation anlässlich des Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin 2023 in Hamburg
November 2023	4 dringliche Erfordernisse für die Politik zur Stärkung der Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland	DGSPJ-Stellungnahme an Medien und Politik
Dezember 2023	Misstände in der Hilfsmittel-Versorgung für Kinder und Jugendliche – Hoffnung für betroffene Familien?	DGSPJ-Presseinformation zu Auswegen aus der defizitären Versorgung von Hilfsmitteln

Tab. 2: DGSPJ-Presseveröffentlichungen 2023 (Auswahl)		
Datum	Thema	Medium/Quelle
Ende 2022	Heidrun Thaiss für Verdienste in der Gesundheitsförderung ausgezeichnet	Rubrik Menschen & Leben in der Ärzte Zeitung
Januar 2023	Doppelspitze fürs Kindeswohl	Ärzte Zeitung
Mai 2023	Psychotherapieplätze: Kritik an langen Wartezeiten für Autismus-Betroffene	Deutsches Ärzteblatt Online
25. Mai 2023	Jugendmediziner: Kinder bei ÖGD-Ausbau mitdenken!	Ärzte Zeitung
Juli 2023	Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	Ausführlicher langer Hintergrundtest im „Tagesspiegel Background“
August 2023	Heidrun Thaiss – Text über Preisverleihung der Stiftung Kindergesundheit	Rubrik Menschen & Leben in der Ärzte Zeitung
September 2023	Ärzte für flächendeckenden Einsatz von Schulgesundheitskräften	Deutsches Ärzteblatt Online
September 2023	Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023	Ärzte Zeitung, diverse DGSPJ-Textbeiträge (s. Tabelle 3)
Oktober 2023	„Wegweisend – Qualitätssiegel für SPZ“	www.gkind.de und andere Web-Portale
November 2023	Verbände fordern Schul-Gesundheitskräfte	www.draco.de



Ziel dieser Pressemitteilungen war es zum einen gewesen, intern die Mitglieder – z. B. auch über die KiPra oder die Homepage der DGSPJ – über die Öffentlichkeitsaktivitäten zu informieren. Im Weiteren war das Ziel, mit den Pressemitteilungen auch in den Medien – insbesondere in den Fachmedien – zu landen. Dies konnte im ersten Jahr, in dem die Presseverteiler und Kontakte erst einmal aufgebaut werden mussten, bereits mehrfach gelingen. Dies belegt auch die Tabelle 2 mit den bekannt gewordenen Presseveröffentlichungen der DGSPJ 2023 in diversen (Online)-Medien. Diese Übersicht ist aber bei Weitem nicht vollständig, da die DGSPJ über keinen professionellen bundesweiten Ausschnitts-Dienst verfügt.

Ein Schwerpunkt der Pressearbeit war es auch, die Jahrestagung und Mitgliederversammlung der DGSPJ im September 2023 in Hamburg entsprechend zu positionieren. Pädiatrie-intern stand dabei der zusammenfassende Kongressbericht

Tab. 3: Medien-Output Hamburg-Kongress 23 (Auswahl)

Datum	Thema	Medium/Quelle
24.09.2023	Pandemie-Folgen bei Kindern – Scholz sucht Schulterchluss mit Pädiatern	Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023
24.09.2023	Kinderkliniken und SPZ: „Ökonomie und Pädiatrie sind nicht kompatibel“	Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023
24.09.2023	Künstliche Intelligenz in der Pädiatrie ist „Mannschaftssport“	Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023
24.09.2023	Pädiater warnen vor Rationierung – und fordern Gesundheitsberufe „auf Augenhöhe“	Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023
24.09.2023	Präventions-Preis für Dresdner Pädiater Reinhard Berner	Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023

„Pädiatrie segelt ganz hart am Wind“ (veröffentlicht in KiPra 6/2023) im Fokus. In externen Medien sind unter anderem allein in der gesundheitspolitisch bundesweit relevanten Ärzte Zeitung während und kurz nach dem Kongress in Hamburg 5 Textbeiträge erschienen. Folgende Themen fanden dabei Berücksichtigung (siehe Tab. 3.).

Fazit: In den ersten Monaten des Jahres 2023 konnte zunächst ein gezielter Adressverteiler für eine intensivierte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erstellt werden, der bis Ende des Jahres bereits mehrfach genutzt werden konnte. Ziel für 2024 sollte es sein, die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DGSPJ zu verstetigen.

Korrespondenzadresse

Raimund Schmid
 Dipl. Volkswirt/Journalist
 Medienbüro
 Ziegelbergstraße 17
 63739 Aschaffenburg
 E-Mail: medien@raimundschmid.de

B 2710 06/2023

Erfolgreiche Praxisführung für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

PÄDIATRIE

Erdnussallergie
So kriegt die Allerg...
eins auf die Nus...

Kommunikation
Wie Ihre We...
rede bein... S. 16

34

Jetzt scannen und direkt lesen!

epaper.
medical-tribune.de

☎ 116117

Das sollten Sie nicht verpassen!

Lesen Sie in der aktuellen Ausgabe:

- **Akute Infektionen:**
Das können Sie abrechnen
- **Sturm, Schnee und Starkregen:**
Welche Versicherung für Schäden rund um die Arztpraxis zahlt
- **Kindesmissbrauch:**
Wie Pädiater und Pädiaterinnen bei Verdachtsfällen Hilfe leisten können

Presseveranstaltung „Weitere Innovation von Novo Nordisk: Markteinführung von 1 x wöchentlichem Wachstumshormon Somapacitan“, Novo Nordisk, 09. 11. 2023

Wachstumshormonmangel

Wachstumsstörungen nur noch wöchentlich behandeln

Ein Mangel an Wachstumshormonen bei Kindern (growth hormone deficiency, GHD) und Erwachsenen (adult growth hormone deficiency, AGHD) wurde bisher mit Somatropin behandelt. Diese Standardtherapie erforderte tägliche Injektionen des Hormons. Dadurch kam es zu Problemen bei der Therapieadhärenz und zu schlechteren Ergebnissen. Seit dem 1. November 2023 gibt es nun eine neue Therapieoption.

Die Einführung von Somapacitan (Sogroya®) ermöglicht eine nur einmal wöchentliche Applikation bei einer mit der täglichen Standardtherapie vergleichbaren Wirksamkeit und Sicherheit. Das Hormon bindet an körpereigenes Albumin, was die Halbwertszeit verlängert.

Die REAL4-Studie an präpubertären Kindern mit GHD zeigte, dass die jährliche Wachstumsgeschwindigkeit mit Somapacitan vergleichbar mit täglichem Somatropin war, ohne Unverträglichkeiten oder sicherheitsrelevante Ereignisse. Bei AGHD ergab die REAL1-Studie ebenfalls positive Ergebnisse, darunter eine Reduktion des Stammfettanteils und verbesserte Parameter wie

den *Insulin-like Growth Factor-I (IGF-I) Standard Deviation Score (SDS)*. Die Gabe des neuen Wachstumshormons erfolgt mit einem vorgefüllten Fertigtigen (FlexPro® Pen), der als einfach anzuwenden und von Kindern gut akzeptiert beschrieben wird.

Ab dem 3. Lebensjahr bis ins Erwachsenenalter

Prof. Dr. med. Martin Wabitsch, Ulm, betonte, dass Somapacitan als einziges Wachstumshormon ab dem 3. Lebensjahr bis ins Erwachsenenalter genommen werden kann. Die wöchentliche Gabe bietet Patientinnen und Patienten 313 injektionsfreie Tage pro Jahr und erleichtert die Therapie erheblich.

Univ.-Prof. Dr. Peter Herbert Kann, Frankfurt, hob hervor, dass die nur noch einmal wöchentliche Gabe mit dem leicht zu handhabenden vorgefüllten Pen eine Erleichterung für Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen darstellen kann. Insgesamt bestätigen die Studienergebnisse die Wirksamkeit, Sicherheit und Praktikabilität von Somapacitan als vielversprechende Option für die Behandlung von Wachstumshormonmangel.

Bianca Lorenz

Virtuelles Fachpressegespräch „CFTRm: Perspektiven und Chancen für junge CF-Betroffene“, Vertex Pharmaceuticals GmbH, 28. 11. 2023

Cystische Fibrose (CF, Mukoviszidose)

Therapieoption jetzt auch für CF-Kinder von 2 bis 5 Jahren zugelassen

Im November hat die EU-Kommission eine Zulassungserweiterung für Kaftrio® (Ivacaftor/Tezacaftor/Elxacaftor) in einer Kombinationstherapie mit Ivacaftor erteilt, und zwar für die Behandlung von Kindern mit cystischer Fibrose im Alter von 2 bis 5 Jahren mit mindestens einer F508del-Mutation im CFTR-Gen. Gleichzeitig wurde eine neue, kinderspezifische Darreichungsform zugelassen: Das Granulat zur Herstellung einer Suspension.

Dadurch ergeben sich neue Perspektiven für mehr als 1.200 junge Patientinnen und Patienten in der EU, die von der schweren progressiven Multiorganerkrankung CF betroffen sind. Sie können nun erstmals eine Therapie erhalten, die den zugrundeliegenden Proteindefekt behandeln kann.

Aktuelle Studiendaten stellte Prof. Dr. Marcus A. Mall, Klinikdirektor der Klinik für Pädiatrie mit Sektion Pneumologie, Immunologie und Intensivmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin, vor. Demnach „ist die Dreifachkombination die erste Therapie, die nachweislich den Rückgang der Lungenfunktion über zwei Jahre verhindert“. Die Behandlung habe – über die Lunge hinaus – auch auf andere betroffene Organe einen

wichtigen therapeutischen Effekt gezeigt, z. B. auf die Bauchspeicheldrüse. Die Daten deuten auf ein deutliches Potenzial bei einer langfristigen Behandlung hin. Die Studienergebnisse bestätigten das günstige Sicherheitsprofil und den klinischen Nutzen der fortgesetzten IVA/TEZ/ELX-Behandlung in dieser pädiatrischen Population. „Wir als Behandler freuen uns sehr, die Therapie in dieser neuen Altersklasse jetzt einsetzen zu können“, betonte Mall.

Therapiebeginn so früh wie möglich

Da sich die CF bereits ab der Geburt manifestiert und eine fortschreitende Krankheit ist, sei es wichtig, die betroffenen Kinder so früh wie möglich zu behandeln, um irreversible Schäden zu verzögern bzw. idealerweise zu verhindern, betonte auch Prof. Dr. Angela Zacharasiewicz, Leitung der AG Pneumologie und Allergologie, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Ottakring, Wien. Am meisten beeindruckt an der Dreifach-Therapie habe sie „der durchschlagende Erfolg: Es kommt zu einer raschen Besserung, zu weniger Bauchbeschwerden, die Kinder bekommen mehr Luft und haben mehr Energie“.

Angelika Leidner

Impfaufklärung

Umfrageergebnis: Ärztliche Impfeempfehlung gibt Eltern Halt und Entlastung

Ein von GSK beauftragtes, unabhängiges Institut ermittelte, welche konkreten Informationen Eltern sich im Impfaufklärungsgespräch von ihren Kinderärztinnen und Kinderärzten wünschen, speziell zur Meningokokken-B-Impfung. Befragt wurden Eltern und Ärztinnen bzw. Ärzte. Über die Ergebnisse berichtet GSK Ende 2023 in einer Presseinformation.

Bei der Umfrage kam heraus, dass keine langen und komplizierten Gespräche notwendig sind, um Eltern vollumfänglich über weitere Impfungen neben den Standardimpfungen aufzuklären. In erster Linie wünschen die Befragten sich ein kurzes Gespräch mit Informationen über die Schwere der Erkrankung, den rapiden Verlauf und die Erfahrung mit der Impfung. Zudem vertrauen sie auf die medizinische Fachkompetenz der behandelnden Kinderärztin bzw. des -arztes und erwarten sich von ihnen daher eine persönliche Empfehlung und expliziten Rat.

MenB-Impfung und andere nicht standardmäßig empfohlene Impfungen

Im Beratungsgespräch kurz und bündig die richtigen Informationen zu platzieren – das ist die Herausforderung für Kinderärz-

tinnen und -ärzte, wenn es um nicht standardmäßig empfohlene Impfungen, wie die MenB-Impfung, geht. Die Informationsfülle ist groß, doch die Umfrage zeigt deutlich: Wichtig für die Impfentscheidung der Eltern sind wenige klare Botschaften, die im Impfgespräch vermittelt werden sollten.

Die Entscheidung für oder gegen eine Impfung ist für Eltern eine Herausforderung und erzeugt bei den Befragten zum Teil große Ängste. Befürchtungen, eine falsche Entscheidung zu treffen, sich ewig Vorwürfe zu machen und „das Wichtigste im Leben“ zu verlieren, sind groß. Eine explizite ärztliche Empfehlung kann bei der Impfscheidung Sicherheit, Halt und Entlastung geben.

Viele Krankenkassen erstatten auf Anfrage

Die MenB-Impfung gehört in den meisten europäischen Nachbarländern zum Standardimpfprogramm. Viele deutsche Krankenkassen erstatten mittlerweile auf Anfrage die Kosten für die MenB-Impfung als freiwillige Satzungsleistung.

Red.

Quelle: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

ADHS

Herausforderung Therapiemanagement

Das Therapiemanagement bei einer ADHS kann sowohl Behandlerinnen und Behandler als auch Betroffene häufig vor Herausforderungen stellen. Über dieses und weitere Themen sprachen Experten im Rahmen einer von Takeda ausgerichteten Fortbildungsveranstaltung „FOKUS ADHS“. Über die Ergebnisse berichtet das Unternehmen in einer Pressemitteilung.

Eine wichtige Rolle für die erfolgreiche Behandlung spielt die Einstellung zur Therapie. „Die Einstellung zu einer Pharmakotherapie kann sich selbst dann nochmal ändern, wenn die Behandlung bereits begonnen wurde“, erklärte Prof. Benno Schimmelmann, Hamburg. „Die Erfahrung mit den ADHS-Medikamenten spielt hierbei eine entscheidende Rolle.“ Negative Erfahrungsberichte von Bekannten, lückenhaftes Wissen über ADHS und Ängste vor einer Abhängigkeit können die Einstellung einer Therapie mit Medikamenten im Vorhinein negativ beeinflussen. Eine positive Einstellung gegenüber der pharmakologischen Therapie kann entstehen, sobald Patientinnen bzw. Patienten oder außenstehende Personen Verbesserungen insgesamt, im Verhalten und/oder in den Schulnoten feststellen können. Ein entscheidender Faktor ist dabei auch, dass Eltern vor einem möglichen Therapiebeginn um-

fassend über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten und Alternativen zu Medikamenten aufgeklärt und in ihrer Entscheidung nicht gedrängt werden. „Eltern testen vorzugsweise erst alternative nichtpharmakologische Behandlungstherapien aus, bevor Medikamente die letzte Wahl sind“, so der Experte. „Das ist nicht für jedes Kind die richtige Strategie, muss aber respektiert werden.“ Ängste, wie eine mögliche Abhängigkeit oder Wachstumsverzögerungen unter Stimulanzien, kommen häufig vor. Gespräche und die engmaschige Überwachung von (Neben-) Wirkungen sind deshalb von großer Bedeutung. „Eine gute, individuelle Beziehung zwischen Behandlerin bzw. Behandler und Patientin bzw. Patient, bei der die Bedürfnisse der Betroffenen respektiert werden, ist neben einer ausführlichen Diagnostik vorab ausschlaggebend für eine gute Therapie“, so Schimmelmann.

Kinder und Jugendliche in jedem Alter einbeziehen

Kinder und Jugendliche sollten in jedem Alter eine altersangemessene Aufklärung erhalten und bei Beginn und Fortsetzung der Pharmakotherapie angehört werden und mitentscheiden dürfen.

Red.

Quelle: Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG

Husten? Bronchitis?

Bronchipret® Saft TE



- beruhigt den Husten
- löst den Schleim
- bekämpft die Entzündung in den Bronchien

Kombinierte Superheldenkraft aus Thymian und Efeu

Bronchipret® Saft TE • Zusammensetzung: 100 ml (entsprechen 112 g) Bronchipret Saft TE enthalten: 16,8 g Fluidextrakt aus Thymiankraut (1:2 – 2,5); Auszugsmittel: Ammoniaklösung 10 % (m/m); Glycerol 85 % (m/m); Ethanol 90 % (V/V); Wasser (1:20 : 70 : 109); 1,68 g Fluidextrakt aus Efeublättern (1:1); Auszugsmittel: Ethanol 70 % (V/V). Enthält 7 % (V/V) Alkohol. Enthält u. a. Maltitol-Lösung. Sonstige Bestandteile: Citronensäure-Monohydrat, Gereinigtes Wasser, Hydroxypropylbetadex, Kaliumsorbat (Ph. Eur.), Maltitol-Lösung. **Anwendungsgebiete:** Zur Besserung der Beschwerden bei akuter Bronchitis mit Husten und Erkältungskrankheiten mit zähflüssigem Schleim. **Gegenanzeigen:** Keine Anwendung bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Efeu, Pflanzen der Familie der Araliengewächse, Thymian oder anderen Lamiaceen (Lippenblütler), Birke, Beifuß, Sellerie oder einen der sonstigen Bestandteile. Keine Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit wegen nicht ausreichender Untersuchungen und bei Kindern unter einem Jahr. Patienten mit der seltenen hereditären Fructose-Intoleranz sollten Bronchipret Saft TE nicht einnehmen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Magen-Darm-Beschwerden wie Krämpfe, Übelkeit, Erbrechen. Selten Überempfindlichkeitsreaktionen mit Hautausschlägen. Auch Überempfindlichkeitsreaktionen mit z. B. Luftnot, Nesselsucht sowie Schwellungen in Gesicht, Mund und/oder Rachenraum möglich. **Warnhinweise:** Enthält 7 % (V/V) Alkohol. Stand: 10|21

Spinale Muskelatrophie (SMA)

Neue Studiendaten zur Einmal-Gentherapie bei SMA

Auf einem Novartis-Symposium im Rahmen des Kongresses der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) 2023 stellten Experten aktuelle Studiendaten zum Einsatz der Gentherapie Onasemnogene-Abepravovec (Zolgensma®) bei Kindern bis zu 21 kg Körpergewicht (SMART-Studie) und bei Neugeborenen (SPR1NT-Studie) mit SMA vor.

Seit 2020 ist die Einmal-Gentherapie mit Onasemnogen-Abepravovec zur Behandlung von Kindern mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie zugelassen. Wirksamkeit und Sicherheit der Gentherapie konnten bereits in klinischen Studien bei therapie-naiven Kindern mit symptomatischer SMA Typ 1 und präsymptomatischer SMA mit zwei oder drei SMN2-Kopien gezeigt werden.

SMART-Studie: Wirksamkeit bei Kindern bis 21 kg

Wie das Unternehmen mitteilt, wurde die SMART-Studie konzipiert, um klinische Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Onasemnogene-Abepravovec bei therapie-naiven und vortherapierten Kindern zwischen 8,5 bis 21 kg zu sammeln – also bei Kindern, die schwerer waren als jene der vorherigen Studien. Inkludiert wurden 24 symptomatische Kinder mit unterschied-

licher Anzahl an SMN2-Kopien, die vorher noch nicht mit der Gentherapie, allerdings zum Großteil mit einem der Splicing-Enhancer Nusinersen (79,2%) oder Risdiplam (8,3%) vorbehandelt wurden. Ergebnis: Die Phase-III-Studie SMART zeigte bei symptomatischen SMA-Patientinnen und -Patienten keine neuen Sicherheitssignale der Gentherapie. Im Vergleich zu Baseline zeigten die meisten Patientinnen und Patienten eine Stabilisierung oder Verbesserung der motorischen Meilensteine bis Woche 52.

SPR1NT-Studie: Therapie von präsymptomatischen Neugeborenen mit SMA

In dieser Studie wurden mittels Gentests diagnostizierte Neugeborene mit zwei (14 Kinder) oder drei (15 Kinder) SMN2-Kopien noch vor Einsetzen der ersten Symptome mit der Einmal-Gentherapie behandelt. Ergebnis: Diese Studie zeigte ebenfalls keine neuen Sicherheitssignale nach einer Behandlung mit Onasemnogene-Abepravovec. Alle Kinder, mit entweder zwei oder drei SMN2-Kopien, erreichten den primären Studienendpunkt der motorischen Entwicklung.

Red.

Quelle: Novartis Pharma GmbH

Compliance

Tablettenschlucken für Kinder erleichtern – mittels Schluckhilfe

Ob Fieber- oder Antibiotikasäfte – die anhaltenden Lieferengpässe vieler flüssiger Darreichungsformen für Kinder können Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Eltern weiterhin vor einige Herausforderungen stellen. Häufig führt kein Weg an Tabletten oder Kapseln vorbei, die vielen Kindern beim Schlucken Schwierigkeiten bereiten. Die Hennig Arzneimittel GmbH bietet hier zur Erleichterung die Medcoat® Schluckhilfe an.



Glatte Tablettenüberzug mit Zitronenaroma

Die Schluckhilfe überzieht große Tabletten oder Kapseln mit einem glatten und speichelanregenden Überzug, der das Schlucken erleichtert. Auch geteilte Tabletten mit scharfen Bruchkanten können ummantelt werden. Der Überzug überdeckt den bitteren Eigengeschmack mancher Tabletten und ersetzt ihn durch ein Zitronenaroma. Die Schluckhilfe ist für Erwachsene und Kinder ab 4 Jahren geeignet, ist zucker- und laktosefrei und exklusiv in der Apotheke erhältlich.

In bestimmten Situationen müssen Schulkinder z. B. mit Antibiotikatabletten statt mit einem Saft versorgt werden. Das führt oft zu einer schlechteren Compliance, da Kinder in dem Alter zum Teil Schwierigkeiten mit dem Schlucken von Tabletten haben, berichtet die Hennig Arzneimittel GmbH. Auch der oftmals bittere Geschmack führe häufig zu Verweigerung der Einnahme und verschlechtere somit die Therapietreue. Hier möchte das Unternehmen mit der Medcoat® Schluckhilfe eine Lösung anbieten.

Weitere Informationen sowie ein Anwendungsvideo finden Sie hier: www.medcoat-schluckhilfe.de/medcoat/.

Weitere Tipps und Ratschläge für Eltern zum Thema Tabletten-schlucken gibt es unter www.medcoat-schluckhilfe.de/ratgeber/tabletten-kinder.

Red.

Quelle: Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG

Hereditäres Angioödem (HAE)

HAE-Langzeitprophylaxe bei Kindern ab 2 Jahren zugelassen

Wiederkehrende starke Schwellungen an Haut, Schleimhäuten und inneren Organen: Ein HAE manifestiert sich bereits im Kindes- und Jugendalter. Die EU-Kommission hat Ende 2023 die Zulassung von Lanadelumab (Takhzyro®) auf Kinder von 2 bis < 12 Jahren mit HAE erweitert. Dies ist damit die bislang einzige Langzeitprophylaxe bei HAE, die in Deutschland für Kinder ab 2 Jahren zugelassen ist, berichtet Takeda – und nennt Studiendaten.

Das HAE äußert sich in unvermittelt auftretenden Schwellungsattacken der Haut und Schleimhäute. Hautschwellungen im Gesicht, an den Extremitäten oder Genitalien können die Betroffenen stark beeinträchtigen, Schleimhautschwellungen im Bauchraum sind oft sehr schmerzhaft sowie mit Durchfall und Erbrechen verbunden. Lebensgefahr besteht bei Schwellungen im Atemwegsbereich. Fast immer kommt es bereits im Kindes- und Jugendalter zur Erstmanifestation.

Für Kinder < 6 Jahren gab es bislang keine zugelassene Prophylaxe, für Kinder im Alter von 6 bis < 12 Jahren ist bislang eine Prophylaxe-Option verfügbar, die alle 3–4 Tage intravenös appliziert wird. Die Zulassungserweiterung von Lanadelumab zur Langzeitprophylaxe bei Kindern basiert auf klinischen Daten

aus der SPRING-Studie, in der sich mit Lanadelumab die Rate der Schwellungsattacken um 94,8 % reduzierte und 76,2 % der Kinder attackenfrei waren. Zudem zeigte sich in der Studie ein gutes Sicherheitsprofil: Es gab keine schweren behandlungsbedingten unerwünschten Ereignisse. Schmerzen an der Injektionsstelle waren das häufigste unerwünschte Ereignis.

Schwellungsattacken um fast 95 % reduziert

„Der vollständig humane monoklonale Antikörper schließt damit eine therapeutische Lücke bei der Langzeitprophylaxe für Kinder von 2 bis < 6 Jahren und erleichtert zudem die Prophylaxe für Kinder von 6 bis < 12 Jahren“, erläutert Studienleiter Prof. Dr. Marcus Maurer, Institut für Allergieforschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Lanadelumab steht als Fertigspritze zur Selbstapplikation in zwei Dosisstärken – je nach Körpergewicht – zur subkutanen Applikation zur Verfügung. Die Applikation kann je nach Ansprechen alle 2, 3 oder 4 Wochen erfolgen. Takhzyro® 150 mg wird laut Takeda voraussichtlich ab dem 1. Februar 2024 verfügbar sein.

Red.

Quelle: Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG

Eosinophile Ösophagitis (EoE)

Dupilumab zeigt langanhaltende Wirkung bei Kindern

Positive Ergebnisse der Phase-III-Studie EoE KIDS zeigen bei Kindern im Alter von 1 bis 11 Jahren mit Eosinophiler Ösophagitis ein unverändertes Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil von Dupilumab für die Dauer von bis zu einem Jahr (52 Wochen). Diese Ergebnisse stammen aus der ersten Analyse von Langzeitdaten dieser Altersgruppe und wurden auf dem Jahrestreffen des American College of Gastroenterology (ACG) 2023 präsentiert. Über die Ergebnisse und Perspektiven berichtet Sanofi in einer Pressemitteilung.

Die auf dem ACG-Kongress vorgestellten Daten stammen von Kindern, die an der verlängerten aktiven Behandlungsphase (Teil B) einer Phase-III-Studie teilnahmen, nachdem sie in Teil A der Studie 16 Wochen lang entweder Dupilumab oder Placebo erhalten hatten. In Teil B wurden alle Kinder für weitere 36 Wochen mit einer höheren oder niedrigeren Dupilumab-Dosis behandelt, sodass Daten für einen Gesamtzeitraum von bis zu 52 Wochen vorliegen. Insgesamt nahmen 98 Kinder an Teil B teil.

Histologische und endoskopische Verbesserung

Wie Sanofi berichtet, zeigten die Daten, dass die histologischen und endoskopischen Verbesserungen bei Kindern im Alter von

1 bis 11 Jahren mit EoE unter der höheren Dosis von Dupilumab bis Woche 52 erhalten blieben, ohne dass neue Sicherheitssignale auftraten. Auch eine Zunahme des Körpergewichts war zu verzeichnen.

Zulassung angestrebt

Das Unternehmen strebt eine Zulassung für Kleinkinder und Kinder in der EU an, dann wäre Dupilumab die erste und einzige zugelassene EoE-Therapie für diese Altersgruppe.

Über die Eosinophile Ösophagitis

Die EoE ist eine progrediente chronisch-entzündliche Erkrankung der Speiseröhre, die zum Teil von einer Typ-2-Inflammation unterhalten wird, die Speiseröhre schädigt und in ihrer Funktion beeinträchtigt. Bei Kindern geht die EoE häufig mit Symptomen wie Saurereflux, Erbrechen, Beschwerden im Bauchraum, Schluckstörungen, Nahrungsverweigerung und Gedeihstörungen einher. Die Standardtherapie ist eine Anpassung der Ernährung, die häufig den Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittelgruppen bedeutet.

Red.

Quelle: Sanofi Deutschland

München, 17. – 19. 04. 2024

32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI), gemeinsam mit der 50. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und der 36. Jahrestagung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie der DGAI e.V. (WAKKA)

Themen: Zukunft der Digitalisierung in der Medizin/Frühgeborenen- und Kinderversorgung in Krisengebieten/Auswirkungen des Klimawandels auf Schwangere, Früh- und Neugeborene

Tagungsleitung: Prof. Dr. med. Johannes Hübner (für die DGPI)

Weitere Informationen und Anmeldung: <https://dgpi.de/event/50-jahrestagung-der-gnpi-32-jahrestagung-der-dgpi-36-jahrestagung-des-wakka/>

Berlin, 23. – 24. 05. 2024

„State of the Art“-Symposium 2024: Intelligenzminderung

Themen: Wann welche somatische und genetische Diagnostik?/Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Diagnostik/(Inklusive) Schulung und Zusammenarbeit mit Schule/Elternberatung und Elterntraining/Psychopharmakotherapie u. v. m.

Tagungsleitung: Dr. Peter Borsusiak (Bonn), Dr. Ute Mendes (Berlin), Anne Reißmann (Berlin)

Weitere Informationen und Anmeldung: DGSPJ e.V., Geschäftsstelle, Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin, E-Mail: geschaeftsstelle@dgspj.de, Tel.: 0 30/40 00 58 86, www.dgspj.de. Ansprechpartnerin: Ute Mendes, E-Mail: ute.mendes@vivant.es

Hinweis: Die Veranstaltung wird in Bonn vom 14. – 15. 11. 2024 wiederholt.

Mannheim, 21. – 22. 06. 2024

Kinder- und Jugendärztetag

Themen: Programm steht ab März 2024 zur Verfügung: <https://www.bvjkj.de/veranstaltungen/>

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Patrick Gerner

Organisation und Anmeldung: BVKJ e.V., Mielenforster Straße 2 51069 Köln, Tel.: 02 21/6 89 09 26, E-Mail: veranstaltungen@bvjkj.de

Kinderärztliche Praxis

Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin

Begründet von Stefan Engel und Erich Nassau, wiederbegründet von Hubertus von Voss

95. Jahrgang, ISSN 1432-3605

Ihre direkten Ansprechpartner:



Prof. Dr. med. Knut Brockmann
Chefredaktion
kbrock@med.uni-goettingen.de



Prof. Dr. med. Markus Knuf
Chefredaktion
markus.knuf@klinikum-worms.de



Alexandra Hachmeister
Koordination
Tel. (089) 58 98 83 20
alexandra.hachmeister@medtrix.group



Angelika Leidner
Redaktion
Tel. (0611) 97 46 403
angelika.leidner@medtrix.group



Sandy Hüter
Objektbetreuung
Tel. (0611) 97 46 391
sandy.hueter@medtrix.group



Björn Lindenau
Media- und Vertriebsleitung
Tel. (0611) 97 46 120
bjorn.lindenau@medtrix.group



Hayo Eisentraut
Layout
Tel. (0611) 97 46 400
hayo.eisentraut@medtrix.group

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Präsidenten: Prof. Dr. Volker Mall und Prof. Dr. Heidrun Thaiss, Geschäftsstelle der DGSPJ, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. 030/40005886, E-Mail: geschaeftsstelle@dgspj.de

Chefredakteure: Univ.-Prof. Dr. med. Knut Brockmann, Lehrstuhl für Sozialpädiatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Fax: 0551/39-13245, E-Mail: kbrock@med.uni-goettingen.de, Univ.-Prof. Dr. med. Markus Knuf, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Gabriel-von-Seidl-Straße 81, 67550 Worms, Tel.: 0 62 41/501-36 00, Fax: 0 62 41/501-36 99, E-Mail: markus.knuf@klinikum-worms.de; Pädiatrische Infektiologie, Universitätsmedizin Mainz

Redaktion: Dr. med. Stephan H. Nolte (Marburg/Lahn), Univ.-Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries (München), Dr. med. Markus Landzettel (Darmstadt), Dipl. oec. troph. Angelika Leidner (Mainz), Raimund Schmid (Aschaffenburg), Katharina Maidhof-Schmid (Aschaffenburg), Prof. i. R. Dr. med. Hubertus von Voss (München, Ehrenmitglied der Redaktion). **Koordination:** Alexandra Hachmeister (München)

Die mit Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die Meinung von Herausgeber und Redaktion wieder. In dieser Zeitschrift wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung oft nur die männliche Form verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

Publikationen der Rubrik „Monitor“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder und erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereiches der Redaktion mit separatem Impressum.

Die in diesem Heft abgebildeten Motive sind teilweise mit Modells gestellte Agenturfotos (siehe Bildnachweis) und dienen lediglich der Veranschaulichung des jeweiligen Themas.

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.: DGSPJ, Frau Paul, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel.: 0 30/4 00 05 88-6, geschaeftsstelle@dgspj.de

Verlag: MedTriX GmbH – Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel – Anschrift: Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden, Tel.: 0611/97 46-0, Fax: 0611/97 46 480-303 – www.medtrix.group – E-Mail: de-info@medtrix.group – Registergericht: AG Wiesbaden, HRB 12 808 USt.-Ident-Nummer: DE 206 862 684 – Verantwortlich für den Inhalt: Günter Nuber – Media-, Verkaufs- und Vertriebsleiter: Björn Lindenau, Tel. 0611/97 46 120 – Anzeigenpreise nach Tarif Nr. 42 vom 01.01.2024.

Erscheinungsweise: jeweils zum 15. der Monate Januar, März, Mai, Juli, September, November, insgesamt 6 Hefte pro Jahr – Der Jahres-Bezugspreis im Inland beträgt 65,40 €, ein Studentenabonnement kostet 35,40 € pro Jahr. Für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie e.V. ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. – Die Kündigung des Abonnements ist jederzeit zur nächsten erreichbaren Ausgabe möglich.

Abonnementbetreuung: Cover Service GmbH & Co. KG, Leserservice MedTriX, Postfach 1363, 82034 Deisenhofen, Tel.: 0 89/8 58 53-801, Fax: 0 89/8 58 53-888 oder per E-Mail: medtrix@cover-services.de

Vertrieb Ausland: Buchhandlung und Verlag Hans Huber AG, Länggass-Str. 76, CH-3000 Bern 9.

Bezug: Wenn Sie die Zeitschrift „Kinderärztliche Praxis“ im (rollierenden) Freiversand erhalten, können Sie der Belieferung widersprechen unter: medtrix@cover-services.de. Die Belieferung endet mit der nächsten erreichbaren Ausgabe.

Wir haben Ihre Adressdaten ausschließlich zum Zwecke der Freibleieferung von folgendem Dienstleister bezogen: direkt + online GmbH, München.

Kontakt zum Datenschutzbeauftragten: Sie können sich bei Fragen, die den Datenschutz betreffen per E-Mail an uns wenden: de-datenschutz@medtrix.group. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter atarax-norbert.rauch@consulting.e-k.de, Dr.-Dassler-Straße 57, 91074 Herzogenaurach, Telefon 0700/2255282729, swmh-datenschutz@atarax.de.

Alle Rechte bleiben dem Verlag nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsunterlagen usw. übernehmen Herausgeber, Redaktion und Verlag keine Haftung. Die Redaktion behält sich das Recht auf redaktionelle Überarbeitung vor. – Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Druck: westermann DRUCK | pva, Georg-Westermann-Allee 66, 38104 Braunschweig



geprüft Facharzt-Studie 2022



WISSEN, WAS ZÄHLT
Geprüfte Auflage
Klare Basis für den Werbemarkt

© MedTriX GmbH

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) ist eine interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie steht allen Berufsgruppen offen, die sich für die Förderung der Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen einsetzen.

Die DGSPJ setzt sich ein für

- die Förderung einer gesunden Entwicklung aller Kinder und Jugendlichen durch geeignete Präventionsmaßnahmen,
- die Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sowie ihrer Belange in der Gesellschaft, sowie
- die verbesserte Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen, chronischer Erkrankung, Teilhabebeeinträchtigungen und sozialer Benachteiligung.

Die DGSPJ fördert

- die sozialpädiatrische Forschung, Lehre und die Fort- und Weiterbildung,
- die interdisziplinäre Vernetzung im Gesundheitswesen und der verschiedenen Gesundheitswissenschaften,

- die Qualitätssicherung der sozialpädiatrischen Versorgung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis, in den Sozialpädiatrischen Zentren, im Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und in den Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie
- die Belange der Berufsgruppen, die sich für die Förderung der Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen einsetzen.

Die DGSPJ wünscht sich

- Mitglieder, die diese Arbeit aktiv begleiten und mit eigenen Initiativen unterstützen.

Prof. Dr. med. Heidrun Thais und Prof. Dr. Volker Mall
Präsidentin und Präsident
der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

Geschäftsstelle der DGSPJ: Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 0 30 / 4000 58 86, 0174 / 635 51 78, Fax: 0 30 / 4000 58 87
E-Mail: geschaeftsstelle@dgspj.de, Internet: www.dgspj.de

Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Das Abonnement der Zeitschrift „Kinderärztliche Praxis“ ist damit abgegolten.

Titel, Name, Vorname	(bei ordentlicher Mitgliedschaft)	Geb.-Datum
Institution	(bei korporativer Mitgliedschaft)	
vollständige Anschrift		
Straße Hausnr.		
PLZ Ort		
E-Mail-Adresse		
Telefon		
Angaben bei ordentlicher Mitgliedschaft		Angaben bei korporativer Mitgliedschaft
Berufszugehörigkeit <input type="checkbox"/> Medizin <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Sonstige	Tätigkeitsort <input type="checkbox"/> SPZ <input type="checkbox"/> ÖGD <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> SPZ mit einem Jahresumsatz ¹ in Höhe von <input type="checkbox"/> <0,5 Mio. € <input type="checkbox"/> 0,5 – 1,5 Mio. € <input type="checkbox"/> 1,5 – 4,0 Mio. € <input type="checkbox"/> >4,0 Mio. € <input type="checkbox"/> ÖGD <input type="checkbox"/> Sonstige
Ich befinde mich <input type="checkbox"/> im Studium* <input type="checkbox"/> in Weiterbildung* <input type="checkbox"/> im Ruhestand <input type="checkbox"/> *Einen Nachweis entsprechend der Beitragsordnung füge ich hinzu		¹ Der Jahresumsatz errechnet sich aus der Anzahl der abgerechneten Fallpauschalen pro Jahr multipliziert mit der Höhe der aktuellen GKV-Pauschale
<input type="checkbox"/> Ich möchte Zugang zum Intranet <i>meineDGSPJ</i> (https://meinedgspj.coyocloud.com) erhalten und willige ein, dass mein Vorname, mein Name und meine E-Mail-Adresse dort hinterlegt werden. <input type="checkbox"/> Für die Beitragszahlung erteile ich der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. ein SEPA-Lastschriftmandat. Es gilt die Beitragsordnung vom 09.09.2022.		
Ort, Datum	Unterschrift	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGSPJ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn mein/unsere Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungen.

Name, Vorname	(ordentliches Mitglied)
Institution	(korporatives Mitglied)
Straße Hausnr.	
PLZ Ort	
Meine/Unsere Bankverbindung lautet:	
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Kreditinstitut <input type="text"/>	
Abweichende:r Kontoinhaber:in <input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift

Bitte adressieren an:

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ), Geschäftsstelle: Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
oder geschaeftsstelle@dgspj.de

Aktuelle Beitragsordnung
und Formulare im Web:

[https://www.dgspj.de/
ueber-uns/mitgliedschaft/](https://www.dgspj.de/ueber-uns/mitgliedschaft/)



HUSTENSTILLEND BEI REIZHUSTEN UND TROCKENEM HUSTEN



Mit peripherer Wirkung



Spasmolytisch, entzündungshemmend und einsetzbar auch bei Keuch- und nächtlichem Krampfhusten



Rein natürliche Wirkstoffe



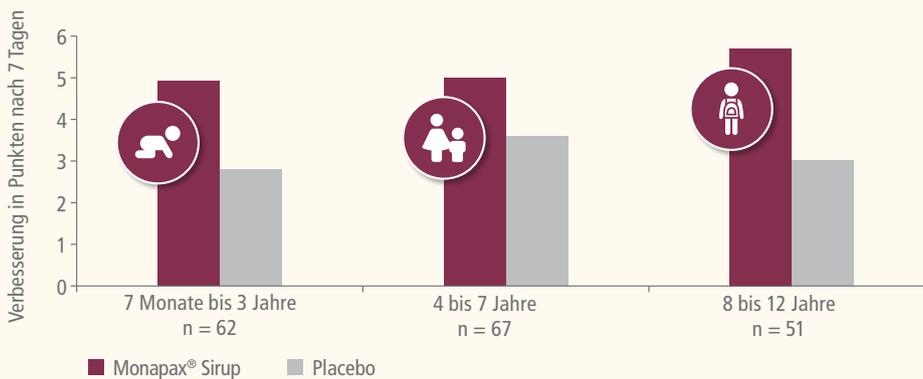
Gut verträglich und mit kindgerechten Geschmack

Ab
7 Monate



Einzigartige Rezeptur mit der Kraft u. a. der Drosera

Monapax® Sirup reduziert stark Hustenintensität, Hustenfrequenz am Tag und in der Nacht und Dyspnoea^{1,#}



- statistisch signifikant stärkere Verbesserung des Hustenscores (Cough Assessment Score) als das Placebo
- bessere Schlafqualität für die Eltern*

[#] 89 Kinder zwischen 7 Monaten und 12 Jahren erhielten 7 Tage lang täglich Monapax® Sirup und 91 ein Placebo. * im Vergleich zu Placebo.

¹ Voß et al. Efficacy and tolerability of a complex homeopathic drug in children suffering from dry cough-A double-blind, placebo-controlled, clinical trial. Drug Res 2018; 68: 444-449.

Monapax® Sirup Zusammensetzung: 100 g (entsprechend 76,45 ml) Mischung enthalten: **Wirkstoffe:** Drosera ø 0,02 g, Coccus cacti ø 0,04 g, Cuprum sulfuricum Dil. D4 2,0 g, Ipecacuanha Dil. D4 2,0 g. **Sonstige Bestandteile:** Sucrose (Saccharose), gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören: Entzündungen der Atemwege, besonders Keuch- und nächtlicher Krampfhusten. In der Gebrauchsinformation wird darauf hingewiesen, dass bei länger anhaltenden Beschwerden, bei Atemnot, bei anhaltendem Fieber sowie bei eitrigem oder blutigem Auswurf ein Arzt aufzusuchen ist. Bei Keuchhusten ist vom Arzt über die Notwendigkeit einer antibiotischen Behandlung zu entscheiden. **Gegenanzeigen:** Monapax® Sirup darf nicht eingenommen werden bei Überempfindlichkeit (Allergie) gegen einen der Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile von Monapax® Sirup, bei Vorliegen der seltenen ererbten Fructose-Unverträglichkeit, einer Glucose-Galactose-Malabsorption oder einem Saccharase-Isomaltase-Mangel sowie von Alkoholkranken. **Nebenwirkungen:** Es können Überempfindlichkeitsreaktionen wie z. B. Hautausschläge (Exantheme) und Nesselsucht (Urticaria) auftreten. Es kann zu Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit und Erbrechen kommen. Über die Häufigkeit dieser möglichen Nebenwirkungen liegen keine Angaben vor. **Hinweis:** Bei der Einnahme eines homöopathischen Arzneimittels können sich die vorhandenen Beschwerden vorübergehend verschlimmern (Erstverschlimmerung). In diesem Fall ist das Arzneimittel abzusetzen und der Arzt zu befragen. **Warnhinweis:** Enthält 3,0 Vol.-% Alkohol. Enthält Sucrose (Zucker). Packungsbeilage beachten! Cassella-med GmbH & Co. KG, Gereonsmühlengasse 1, 50670 Köln.