

bvkj.

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

Heft 4/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Berufsfragen:
PädExpert®

Fortbildung:
Antibiotikatherapie
bitte nicht zur
Fiebersenkung!

Forum:
Weiterbildungs-
assistenten –
Gewinn für
beide Seiten

Magazin:
BVKJ-Jahresthema:
Kinderschutz

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK



KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Foto: © Robert Kneschke - Fotolia.com



Jahresthema des BVKJ 2016

Gewalt gegen Kinder S. 255

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

Inhalt 04 | 16

Berufsfragen

- 191 **PädExpert[®],
das telemedizinische
Konsiliararzt-System**
Martin Lang
- 195 **Der Honorarausschuss
informiert**
Reinhard Bartezky
- 198 **Kinder- & Jugendlichen-
rehabilitation**
Stephan Springer
- 200 **Kindergastroenterologie**
Stefan Razeghi
- 204 **Modellprojekt
Verbundweiterbildung**
Johanna Harris
- 207 **Wahlaufruf**
- 208 **Der Kinder- und
Jugendarzt als Arbeit-
geber, Teil 2**
Christian Krapohl

Fortbildung

- 212 **Antibiotic Stewardship
im stationären Bereich
der Pädiatrie**
*Ulrich von Both,
Arne Simon,
Markus Hufnagel,
Johannes Hübner*
- 220 **Impressum**
- 221 **Highlights aus Bad Orb:
Was bringt das
Hörscreening?**
Sabine Nospes
- 224 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt
- 227 **Impfforum**
Ulrich Heiningner
- 228 **Welche Diagnose
wird gestellt?**
Anne Teichler
- 232 **consilium: Prognose
einer Ei-Allergie?**
Bodo Niggemann
- 234 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**

Forum

- 238 **Weiterbildungsassistent
in der Praxis**
Philipp Schoof
- 240 **„Lernt man da
überhaupt was?“**
Nils Welchering
- 241 **Epilepsie und Sport?**
Regine Hauch
- 242 **Kindheit mit Zuwande-
rungshintergrund**
- 244 **Armutsbericht 2016**
Wolfram Hartmann
- 248 **Facebook und Co
bestimmen das Tempo**
Edwin Ackermann
- 249 **Das Leser-Forum**
- 252 **Tropenpädiatrie**
Stephan H. Nolte

Magazin

- 255 **Gewalt gegen Kinder**
Christoph Kupferschmid
- 258 **Fachtag
„Kindesmissbrauch“**
- 259 **Buchtipps**
- 260 **Fortbildungstermine
des BVKJ**
- 261 **Personalien**
- 265 **Nachrichten der Industrie**
- 267 **Wichtige Adressen
des BVKJ**

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe ist als
Teilbeilage das Pro-
grammheft Pädiatrie zum
Anfassen in Heilbronn
beigefügt. Wir bitten um
freundliche Beachtung.



s. S. 204 + 243



janssen

Janssen-Cilag GmbH

PädExpert®, das telemedizinische Konsiliararzt-System in der Kinder- und Jugendmedizin

PädExpert® ist ein innovatives **telemedizinisches Konsiliararzt-System des BVKJ**. Mit Hilfe moderner Vernetzungselektronik können schwierige, seltene oder chronische Krankheitsbilder in der ambulanten Pädiatrie am Wohnort des Patienten behandelt werden. Dabei holt sich der Allgemeinpädiater den Rat eines Spezialisten seiner Wahl zur Hilfe. Der Patient wird gemeinsam von beiden betreut.



Dr. Martin Lang

Entstehung in Bayern

Zur Realisierung des Konzeptes des BVKJ-Landesvorsitzenden in Bayern Dr. Martin Lang, hat sich 2011 ein PädExpert-Entwicklungsteam mit Dr. Wolfgang Landendörfer, Otto Laub, Prof. Dr. Stefan Eber, Dr. Georg Leipold, und Dr. Stefan Razeghi gebildet. Es galt, diese neue telemedizinische Versorgungsform möglichst niederschwellig und ohne großen Aufwand für die pädiatrische Praxis zu ermöglichen. Nach Vorlage eines überzeugenden Grundkonzeptes mit optimalem Datenschutz erhielt das PädExpert®-Projekt eine Förderung durch das Bayerische Gesundheitsministerium.

PädExpert® in Selektivverträgen

Als erste gesetzliche Krankenkasse hat die **Barmer-GEK** mit der BVKJ-Service GmbH zum 1.1.2016 einen Selektivvertrag zu PädExpert® abgeschlossen, in einer Einführungsphase zunächst für das Bundesland Bayern und **ab 1. Juli 2016 für das gesamte Bundesgebiet**. In diesem Vertrag können zehn pädiatrische Indikationen behandelt werden. In Bayern soll ab Frühsommer dieses Jahres PädExpert® auch im pädiatriezentrierten Vertrag mit der **AOK Bayern** zur Verfügung stehen. Und die **Betriebskrankenkassen** verhandeln einen Rahmenvertrag zur telemedizinischen Konsiliararztversorgung mit 12 Indikationsgruppen, der zunächst in Bayern startet, bevor er 2017 auf alle Bundesländer ausgedehnt werden soll. Damit steht PädExpert® als innovative telemedizinische Versorgungsform zahlreichen Kindern und Jugendlichen der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung.

Vernetzung der Praxis mit den Spezialisten und erste Erfahrungen aus Bayern

Die Grundidee von PädExpert® ist es, bei unklaren Beschwerdebildern, komplexen oder seltenen Krankheiten rasch und ohne großen Aufwand einen Experten zu konsultieren (Abb. 1). Bisher wird hierfür ein Überweisungsschein ausgestellt und der Patient in die Praxis des Experten geschickt. Dies führt nicht selten bei den Patienten zu Wartezeiten auf einen Termin

und einen längeren Anfahrtsweg zum Spezialisten. Mit PädExpert® hat der behandelnde Kinder- und Jugendarzt bei derzeit zwölf pädiatrischen Indikationen (Abb. 2) die Möglichkeit, telemedizinischen Expertenrat einzuholen.

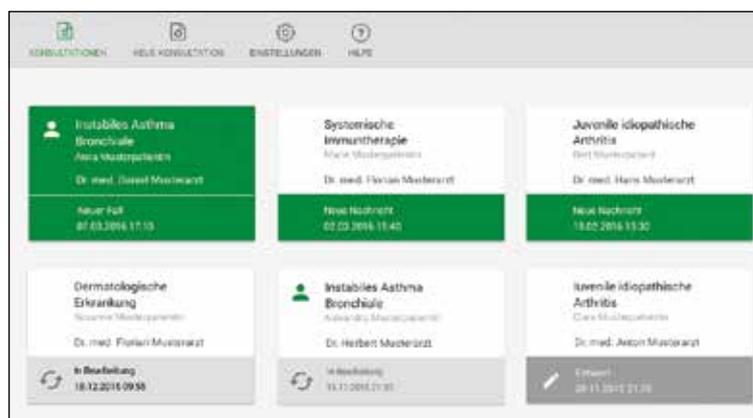


Abb. 1

12 Indikationen für die Praxis	Spezialgebiet
Asthma bronchiale, schlecht kontrolliert	Kinder-Pneumologie
Rheumatische Beschwerden	Kinder-Rheumatologie
Blutarmut / Bluterkrankungen	Kinder-Hämatologie
Gerinnungsstörungen	Kinder-Hämatologie
Bauchschmerzen, Gedeihstörungen: Zöliakie	Kinder-Gastroenterologie
Autoimmune Schilddrüsenerkrankungen	Kinder-Endokrinologie
Unklare Hautbefunde	Kinderdermatologie
Spezielle Immuntherapie	Allergologie
Kuhmilchintoleranz	Allergologie, Kinder-Gastroenterologie
Beurteilung unklarer EKG-Befunde	Kinder-Kardiologie
Vorzeitige Pubertät	Kinder-Endokrinologie
Spezielle Impffragen	STIKO-Experten

Abb. 2: Zwölf pädiatrische Indikationen für PädExpert®

Dabei können der niedergelassene Allgemeinpädiater und seine Patienten den beratenden Experten persönlich auswählen. Die Erfahrungen einer Pilotstudie 2014 und 2015 in Bayern waren hierzu sehr positiv. Dabei wurden über das Konsiliararzt-System PädExpert® annähernd 500 pädiatrischen Fälle behandelt. Eine erste Zwischenauswertung im Sommer 2015 ergab: 70 % der Patienten sind mit der telemedizinischen Behandlung zufrieden, 30 % wünschen sich einen zusätzlichen persönlichen Kontakt. 92 % der anfragenden Allgemeinpädiater waren mit dem Resultat der Behandlung zufrieden, sie bleiben durch PädExpert® aktiv in dem weiteren Behandlungsprozess und profitierten von einem direkten Wissenszuwachs. Durchschnittlich konnte in 63,5 % der Fälle eine Diagnose gestellt werden.

Expertenwissen für die Praxis

Hauptaugenmerk des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes ist es, präventiv Gesundheitsstörungen und Fehlentwicklungen zu vermeiden und Krankheiten aus dem Bereich der allgemeinen Pädiatrie am Wohnort zu behandeln. Darüber hinaus hat er die wichtige Funktion des medizinischen Lotsen für seine Patienten, in Diagnose- oder Behandlungsfällen, die aufgrund ihrer Komplexität mit anderen Fachgebieten abzustimmen sind. Hierfür kennt jeder Praxisarzt sein persönliches Netzwerk.

Immer wieder erbringen telemedizinischen Konsile auch unerwartete medizinische Ergebnisse und führen so zu einer erfreulichen **Qualitätssteigerung der ambulanten Pädiatrie**.

Beispielsweise fiel einem Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der U3 eine kirschkerne große deutlich gerötete Geschwulst an der Nasenwurzel eines Säuglings auf, die in der Geburtsklinik als unkompliziertes Hämangiom, differenzialdiagnostisch Xantho-

granulom, diagnostiziert wurde. Da der niedergelassene Kollege in diesem Fall Bedenken hinsichtlich der Diagnosesicherheit hatte, dokumentierte er den Tumor über sein Smartphone und erzeugte eine PädExpert®-Anfrage an den kinderdermatologischen Spezialisten. Dieser stellte die Verdachtsdiagnose eines sehr seltenen nasalen Glioms und empfahl eine MRT-Untersuchung zur Operationsplanung am Wohnort. Dies erfolgte prompt, der Tumor konnte in toto entfernt werden. Die Verdachtsdiagnose des Experten wurde histologisch bestätigt.

Neben den spektakulären, weil medizinisch seltenen Krankheitsfällen hilft PädExpert® in erster Linie bei der Absicherung einer Verdachtsdiagnose oder eines Therapiekonzeptes, um den behandelnden Kinder- und Jugendarzt in seiner Verantwortung zu stärken.

Gerade die junge Generation der Pädiater weiß dies sehr zu schätzen. Schließlich bildet PädExpert® virtuell genau das ärztliche Konsilium ab, das sie von ihrer Ausbildung und von der klinischen Tätigkeit her kennen.

Praktisches Vorgehen

Es ist einfach, PädExpert® in den Praxisbetrieb einzuführen. Das Programm erfordert keine Geräteinvestitionen und keine zusätzlichen Kosten. Sie benötigen lediglich einen PC mit Internetanschluss. Das webbasierte Programm wird auf der Homepage www.paedexpert.de zur Verfügung gestellt und kann nach dem Login des Praxisarztes heruntergeladen und in der Praxis installiert werden. Erforderliche Updates erfolgen automatisch beim Öffnen des Programms. Nun werden die Patientenstammdaten in die Anfragemaske eingefügt (erfolgt ab Sommer 2016 automatisch über PaedSelect) und eine Patienteninformation zu PädExpert® ausgedruckt. Nach erfolgter Aufklärung zu dem weiteren Vorgehen unterschreiben die Eltern die Teilnahmeerklärung zu PädExpert® und ihr Einverständnis hinsichtlich des Datenschutzes. Im nächsten Schritt wählt der anfragende Arzt die gewünschte Indikation und anschließend den verfügbaren Experten seiner Wahl aus. Nun öffnet sich die erste Eingabemaske, die einen leitlinienorientierten, möglichst zeitsparenden Anfrage-Algorithmus aufzeigt (Abb. 3).

Zwischen dem anfragenden Allgemeinpädiater und dem pädiatrischen Subspezialisten entwickeln sich in der Folge Frage-Antwort-„Pärchen“ auf dem Bildschirm des PädExpert®-Programms. Diese erlauben auch Rückfragen oder eine Online-Diskussion, beispielsweise zur gemeinsamen Abstimmung der Therapiemöglichkeiten. Grundsätzlich können alle Ebenen einer Behandlungsunterstützung von der Erstanfrage über Diagnostik-/Zusatzdiagnostikempfehlungen, Diagnosestellung, Therapievorschlüsse und Therapiebegleitung bis hin zur Therapiebeendigung und zu Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe in PädExpert® bedient werden.

The screenshot shows the PädExpert® web interface. At the top, there are navigation tabs: 'KONSULTATIONEN', 'ALLE KONSULTATIONEN', 'EINSTELLUNGEN', and 'NEU'. Below these are two buttons: 'Speichern' and 'Senden'. The main content area is divided into two columns. The left column displays patient information: 'Juvvenile idiopathische Arthritis - Unklarer Gelenkschmerz', 'Angemeldet am: 07/23/2014 14:07', and a list of actions: 'Konsultationspartner', 'Patient', 'Informationen', and 'Nachrichten'. The right column is titled 'Schmerzsymptomatik' and contains a checklist of symptoms: 'Tageszeit' (Morgens, Mittags, Abends, Nachts), 'Belastungsabhängig' (Ja, Nein), 'Kontinuierlich' (Ja, Nein), 'Häufigkeit' (Täglich, Wöchentlich, Monatlich), and 'Lokalisation' (rechts, links). At the bottom of the right column is a silhouette of a human head and neck with markers for 'rechts' and 'links'.

Abb. 3

Abrechnung

Die Abrechnung erfolgt über das Abrechnungssystem PaedSelect. Zur Vereinfachung der Praxisverwaltung wird die webbasierten PädExpert®-Software eng mit der Abrechnungssoftware für Selektivverträge verknüpft. So erfolgt der Zugang zur Telemedizin zukünftig über PaedSelect. Nach dem Eingang des Expertenrates und erfolgter Umsetzung der Ratschläge durch den Allgemeinpädiater können die beiden beteiligten Ärzte über PaedSelect den Konsiliararzt-Fall abrechnen.

Datenschutz

Die Themen „Datenschutz“ und „Datensicherheit“ waren und sind zentrale Elemente bei der Entwicklung von PädExpert®. Der BVKJ geht dabei mit seinem IT-Dienstleister – der Fa. Monks aus München – einen ganz neuen Weg. Die persönlichen Daten des Patienten werden von den Anamnesedaten – also z.B. den medizinischen Daten oder Bildern – getrennt. Die medizinischen Daten enthalten keine personenbezogenen Informationen und können von dem konsultierten Arzt nur durch einen sogenannten „Private Key“, also einen privaten Schlüssel, der sich nach dem Download des Programms nur lokal auf seinem Rechner befindet, einem Patienten zugeordnet und entschlüsselt werden. Die Übertragung der verschiedenen Informationen erfolgt auf separaten Servern, die sich alle in einem Rechenzentrum in Deutschland befinden und daher dem deutschen Datenschutzrecht unterliegen. Dieses sogenannte Data-Split®-Verfahren wurde vom Landesamt für Datenschutz in Bayern als sicheres Datenübertragungsverfahren positiv bewertet und beim Europäischen Patentamt zum Patent angemeldet (EPA 12 178 598.4). Mehr Informationen darüber finden Sie auch unter www.paedexpert.de.

Technik

Zur Nutzung von PädExpert® wird ein Rechner mit Microsoft Windows 7 (oder höhere Versionen) oder Apple OS X 10.10 und höher benötigt. Des Weiteren wird eine **Internetanbindung** des Rechners vorausgesetzt. PädExpert® kann auf mehreren Rechnern gleichzeitig installiert werden. Aus Sicherheitsgründen können nur bestimmte Dateitypen (Bilder, Dokumente, Videos) als Anhang versendet werden. Insbesondere ist das Anhängen von Microsoft-Word-Dokumenten nicht gestattet.

Dr. med. Martin Lang
Landesvorsitzender des BVKJ Bayern
Sprecher des BVKJ-Länderrats
86150 Augsburg
E-Mail: dr.lang@jugendmedizin.de
www.jugendmedizin.de

Red.: WH

Telemedizinisches Konsil für die ambulante Pädiatrie

Was bietet PädExpert?

- › schneller Zugriff auf Expertenwissen bei chronischen und seltenen Erkrankungen
- › attraktive Honorierung
- › niederschwelliger Zugang: Internetzugang in der Praxis genügt
- › hohe Qualität durch leitliniengestützte Algorithmen
- › intensive Patientenbindung



Indikationen in PädExpert

- › Unklare Anämie
- › Autoimmunthyreoiditis
- › Zöliakie (unklarer Bauchschmerz)
- › Instabiles Asthma bronchiale
- › Juvenile idiopathische Arthritis (unklarer Gelenkschmerz)
- › Willebrand-Jürgens-Syndrom
- › Pubertas praecox
- › Kuhmilchproteinallergie
- › Systemische Immuntherapie
- › Unklare Hauterkrankungen

Erleben Sie PädExpert live

23.04.2016	Nürnberg	ab 09:00	Frühjahrssymposium, Novina Hotel Südwestpark 5
11.05.2016*	Berlin	ab 15:50	Jerusalemkirche, Lindenstr. 85
17.-19.06.2016	Berlin		46. Kinder- und Jugendärztetag Berlin
06.07.2016*	Frankfurt	ab 16:30	Ramada Hotel, Messe, Oeserstr. 180
13.07.2016*	Fürth	ab 16:30	Stadthalle, Rosenstr. 50
24.08.2016*	Verden	ab 16:30	Haags Hotel, Lindhooper Str. 97
31.08.2016*	Jena	ab 16:30	Volkshaus, Carl-Zeiß-Platz 15
07.09.2016*	Leverkusen	ab 16:30	Forum, Am Büchelter Hof 9
28.09.2016*	Hamburg	ab 16:30	Jugendherberge, „Horner Rennbahn“, Rennbahnstr. 100
08.-11.10.2016	Bad Orb		44. Herbst-Seminar-Kongress Bad Orb
26.10.2016*	München	ab 16:30	Konferenzzentrum, Lazarettstr. 33
09.11.2016*	Nürtingen	ab 16:30	K3N - die neue Stadthalle, Heiligkreuzstr. 4
30.11.2016*	Bielefeld	ab 16:30	Ravensberger Park, Ravensberger Park 6

* Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“

 Registrieren Sie sich für PädExpert

Ab sofort in Bayern unter www.paedexpert.de
Bundesweit ab 1. Juli 2016 auch bei PaedSelekt

 www.paedexpert.de

Teilnehmende Krankenkassen und aktuelle
Informationen unter www.paedexpert.de

Der Honorarausschuss informiert ● ● ●

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

Thema des Monats

Entwicklungsneurologie im EBM abrechnen

Die honorartechnische Dokumentation der Entwicklungsneurologie ist für uns Kinder- und Jugendärzte in mehrfacher Hinsicht bedeutend. Mit der Entwicklungsneurologie haben wir die Möglichkeit auch in der Honorarwelt darzulegen, was ein Pädiater macht und was den Unterschied zum Allgemeinmediziner und hausärztlichen Internisten ausmacht. Nicht ohne Grund wurde bei der Einführung des fünfstelligen EBM 2000plus im Jahre 2005 die Entwicklungsneurologie einfach „vergessen“. Damals wurde das Pädiatriekapitel 04 durch Spiegelung des Allgemeinmedizinerkapitels 03 generiert, ein Umstand, an dem wir heute noch leiden, wenn man sich die gleiche Bepunktung bei in der Pädiatrie sicher schwerer zu erbringenden Leistungen (zum Beispiel Lungenfunktion, zum Beispiel Audiometrie, ...) anschaut. Es ist damals unserem Verband gelungen mit energischen Einsprüchen sowohl bei KBV und politischen System die Entwicklungsneurologie als gut abrechenbare Gebührenordnungspositionen wieder zu erhalten. Ob diese aber auch in adäquater Menge zum Ansatz kommen, darf bezweifelt werden.

Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen den Ziffern 04350 bis 04352, bei denen einzelne entwicklungsneurologische Leistungen vergütet werden und der Ziffer 04354, die einen Zuschlag zu den Vorsorgeuntersuchungen bei begründetem Verdacht auf eine Entwicklungsstörung beinhaltet.

Die ausführliche Legende der Leistungsinhalte ist im jeweils gültigen EBM einzusehen, die verkürzte Darstellung hier in der tabellarischen Übersicht.

Ausschlüsse

Die Ziffern 04350 bis 04353 dürfen nicht neben Vorsorge (01711 bis 01719 und 01723) und auch

nicht neben der Zuschlagsziffer 04354 angesetzt werden, aber neben U10 und U11 (z. B.: Sigmismus). So ist beispielsweise die 04351 auch neben Impfungen möglich. Die Neurologischen Untersuchungsziffern 04350 bis 04352 schließen sich gegenseitig aus. Die Ziffer 04353 für die Untersuchung der Sprachentwicklung schließt als fakultativen Leistungsinhalt eine mögliche audiometrische Untersuchung mit ein – die 04335 (Audiometrie) kann also nicht zeitgleich angesetzt werden.

Die **Zuschlagsziffer 04354** ist ein Zuschlag für die Erbringung einer Leistung des Inhalts der GOP 04351 und oder 04353 bei einer Vorsorgeuntersuchung (01712 bis 01720 und 01723) bei Auffälligkeiten im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Dies muss natürlich durch eine entsprechende Diagnoseangabe dokumentiert werden. Es ist in Hinblick auf möglich Prüfungen sicher nicht zu empfehlen, die 04354 per Automatismus jeder Vorsorge hinzuzufügen, auch ein Windelsoor als Diagnose rechtfertigt diese Ziffer nicht; aber jede entwicklungsneurologische Auffälligkeit, die Untersuchungen nach 04351 oder 04353 auslöst, rechtfertigt diese Position. Ketzlerisch formuliert müsste es so viel abgesetzte entwicklungsneurologische Ziffern wie Logopädierezepte geben.

Im Jahr 2010 gab es nach KBV-Angaben numerisch 7080 zur Abrechnung legitimierte Kinder- und Jugendärzte in Deutschland. Die sicher am besten genutzte Gebührenordnungsposition 04354 (Zuschlag zur Früherkennungsuntersuchung) wurde im Jahr 2010 immerhin von 5348 Ärzten abgerechnet und kam über die 4 Quartale 1,3 Millionen mal zum Ansatz. Unsere zweitwichtigste Ziffer, der Vollständige Entwicklungsstatus wurde im selben Zeitraum nur noch von 4203 Ärzten erbracht und insgesamt über die 4 Quartale des Jahres 208.000 mal abgerechnet. Von jedem Pädiater mit ambulanter Abrechnungs-



Dr. Reinhard Bartecky

Ziffer	Legende	Punkte	EBM 1/16	Prüfzeit [min]
04350	Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung bis zum vollendeten 6. Lebensjahr <i>mind. 4 Funktionsbereiche dokumentieren: (z. B. Grobmotorik, Graphomotorik, geistige Entwicklung, Perzeption, Sprache, Sozialverhalten, Selbständigkeit)</i> [max 2x im Behandlungsfall]	170	17,74 €	14 (T, Q)
04351	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung bis zum vollendeten 12. Lebensjahr <i>Dokumentation von Haltung, Bewegung, Muskeltonus, Reflexe, Hirnnerven</i>	95	9,91 €	9 (T, Q)
04352	Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr <i>Vollständigen Entwicklungsstatus dokumentieren</i> [max 1x im Behandlungsfall]	285	29,74 €	23 (Q)
04353	Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Audiometrie (04335) nicht zusätzlich ansetzbar. <i>Dokumentation Wortschatz, Sprachverständnis und Motorik</i> [max 1x im Behandlungsfall]	166	17,32 €	14 (Q)
04354	Zuschlag zu einer Vorsorgeuntersuchung (01712-01720 und 01723) für das Erbringen der Leistung 04351 und/oder 04353, wenn die Vorsorge diesbezüglich einen pathologischen Befund ergab	72	7,51 €	6 (T, Q)

T:= Tagesprofil; Q:= Quartalsprofil

möglichkeit im Quartal im Durchschnitt sieben Mal. Dies entspricht sicher nicht der zu erwartenden Morbidität. Die übrigen Ziffern haben mengenmäßig bundesweit keine Bedeutung. Der Gesamtleistungsbedarf (Punktevolumen) der Entwicklungsneurologie liegt bundesweit leider im niedrigsten einstelligen Bereich.

Es darf aber nicht vergessen werden, dass die abgerechneten Punktevolumina unserer Fachgruppe bei der nächsten größeren Honorarreform wieder als Bezug für die zurzeit weitgehend stabile Auftrennung der Vergütung zwischen den einzelnen Fachgruppen herangezogen werden wird.

Bei ausgeschöpften Regelleistungsvolumina ist dies auch nachvollziehbar.

Mit Einführung der Selektivverträge hatte es wieder Diskussionen um die Zuschlags-Ziffer gegeben. Die Hoheit für die Problematik, ob die 04354 im Kollektivvertrag abgerechnet werden darf, wenn die Früherkennungsuntersuchung im Selektivvertrag angesetzt wird,

liegt leider bei den regionalen KVen. Dementsprechend heterogen ist die Situation heute. Da nach EBM die 04354 tatsächlich eine 017xx voraussetzt, bezogen einige KVen die Position, dass die Zuschlagsziffer nicht abgerechnet werden könne. Es gibt nun KVen, die das Abrechnen der 04354 ohne weiteres erlauben, andere KVen haben eine punktefreie Pseudoziffer generiert, mit welcher der Vertragsarzt das Durchführen einer Vorsorgeuntersuchung im Selektivvertrag anzeigt. In Berlin und Niedersachsen wurde das Honorarvolumen für die 04354 der Barmer-Versicherten aus dem KV-System gänzlich rausgestrichen; erfreulicherweise konnte von der BVKJ-Service-GmbH für diese beide Regionen ein Zuschlag im Selektivvertrag verhandelt werden, sodass der vorübergehende Nachteil für unsere Mitglieder ausgeglichen werden konnte.

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

Red.: WH

Kinder- & Jugendlichenrehabilitation ● ● ●

Kinderrehabilitation mit den Eltern – was bringt die Begleitung?

Stationäre medizinische Rehabilitation unterstützt vor allem die ambulante medizinische Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Die Zufriedenheit von Eltern mit der Kinderrehabilitation ist hoch. Gründe hierfür sind sicher die diagnosespezifischen Behandlungsprogramme, die Orientierung der Maßnahmen am Alltag der Kinder und Jugendlichen und die Ergänzung der Rehabilitation um Schulunterricht in den Klinikschulen. Die Zufriedenheit der Familien mit der Rehabilitation mit Elternteilen als Begleitpersonen gilt als besonders hoch. Es sind die gleichen Gründe wie bei den unbegleiteten Kindern und Jugendlichen für den Erfolg mit verantwortlich.

Eine entscheidende zusätzliche Rolle spielt aber wohl die differenzierte Schulung der Eltern während der Reha in modular angelegten Schulungsprogrammen zu den verschiedensten Indikationen.

In einer retrospektiven Untersuchung anhand Daten von Elternbefragungen von 915 Eltern aus der Klinik Hochried in Murnau über knapp drei Jahre zeigte sich beispielsweise, wie stabil diese Zufriedenheit über mehrere Jahre ist. In Rehakliniken werden regelmäßig alle Eltern, die ihre Kinder zur Rehabilitation begleiten, befragt, um die Qualität der Reha-Maßnahmen kontinuierlich zu verbessern. Anhand der gestellten Fragen wird deutlich, worum es eigentlich in Elternschulungen geht: „Wurden Sie genügend auf die Erkrankung Ihres Kindes geschult?“, „Hat sich die Erkrankung Ihres Kindes gebessert?“, „Haben Sie gelernt, mit der Erkrankung

Ihres Kindes besser umzugehen?“ sowie „Wie ist Ihre Gesamteinschätzung der Qualität des stationären Aufenthaltes?“.

Die jungen Patienten profitieren von Gruppentherapie & Einbeziehung der Eltern

Für die Eltern sind folgende Gründe für den gesundheitlichen und persönlichen Erfolg einer Reha-Maßnahme bedeutsam: Die exzellente und fachkundige, an den Bedürfnissen der Kinder orientierte therapeutische Arbeit der meist großen und modernen Kliniken ist ein Teil. Dass die Kinder in Gruppen therapiert werden, empfinden viele als besonderen Vorteil, da die „Arbeit“ in der Gruppe, im sozialen Miteinander, viel motivierender ist. Umso weniger stören dann kleine Veränderungen oder auch Schwierigkeiten im Reha-Alltag. Und dass die Kinder vom schulischen Leistungsdruck vorübergehend entlastet sind, aber trotzdem in den Klinikschulen den Anschluss nicht verlieren, beruhigt die Eltern. Und die Eltern, die ihre Kinder in die Reha begleiten, spüren, dass sie nicht nur als Co-Therapeuten gefordert sind, sondern dass die Reha auch ihre Gesundheit, ihre Stärke und ihre erzieherische Kompetenz stärken und wieder aufbauen soll.

Man mag die geschilderten Effekte einer Kinderrehabilitation als „unspezifische Rehaeffekte“ bezeichnen. Und doch sind es gerade diese Effekte mit hoher Stabilität, die den nachhaltigen Erfolg einer Kinderreha-Maßnahme mit bedingen können.

Elternschulungen stärken das familiäre Miteinander

Ziel von Elternschulungen in der stationären Kinderrehabilitation ist es nicht nur, das theoretische Wissen über die Erkrankungen zu verbessern, sondern das Verständnis der Eltern für die Symptome und Einschränkungen der betroffenen Kinder (wieder) zu entwickeln, um in den Familien ein wertschätzendes und motivierendes Förderklima (wieder) aufzubauen.

en. Denn das ist entscheidend für Fortschritte bei den Kindern. Wichtige Bestandteile der modular aufgebauten Schulungsprogramme sind Übungseinheiten und die Gelegenheit zur zeitweisen Teilnahme an den Therapien der Kinder. Daneben enthalten die Programme immer auch Einheiten über den Umgang mit der Erziehung der betroffenen Kinder.

Weitere Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Hier finden Sie auch die Anträge zur Verordnung, Informationen zu den Kliniken, Antworten auf die wichtigsten Fragen sowie Infomaterialien für Patienten und Eltern.

Dr. Stephan Springer
Klinik Hochried
Hochried 1-12
82418 Murnau
Tel.: 08841/474 1000
E-Mail: springer@klinikhochried.de

Red.: WH



Sammeln Sie CME-Punkte online!

Die Fortbildungseinheit „Pathogenese und Therapie der Acne vulgaris“ ist zertifiziert von der Landesärztekammer Schleswig-Holstein (<http://www.aeksh.de>). Die Beantwortung der Fragen erfolgt ausschließlich online. Beantworten Sie mindesten 70% der Fragen richtig, erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung über zwei Fortbildungspunkte.

So einfach ist die Teilnahme!

Die Teilnahme ist kostenfrei für alle Ärzte mit einer EFN. Die Anmeldung und Registrierung erfolgt unter <http://www.kinder-undjugendarzt.de/kuja-cme.html>

Das Ergebnis wird nach Beenden des Fragebogens automatisch per E-Mail mitgeteilt. Außerdem werden alle Ergebnisse in der Datenbank der Bundesärztekammer gespeichert. So können die über das Jahr gesammelten Punkte jederzeit abgerufen werden.

Viel Erfolg wünscht

Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck

Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin ●●●

In dieser Rubrik werden in loser Folge die pädiatrischen Subdisziplinen mit ihren Aufgabengebieten durch unseren „Ausschuss für Subdisziplinen in der Pädiatrie“ vorgestellt. Das Hauptaugenmerk liegt auf der ambulanten Versorgung in der Praxis, da inzwischen ein Großteil unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen nach der Facharztweiterbildung eine Zusatzweiterbildung absolviert.

Kindergastroenterologie



Dr. Stefan Razeghi

Einleitung / Weiterbildungsordnung

Die Kindergastroenterologie wurde ebenso wie z. B. die Pädiatrische Hämatologie erst relativ spät, d. h. 2004, in die Weiterbildungsordnung aufgenommen. Bei der Weiterbildung Kindergastroenterologie handelt es sich im Gegensatz zu den meisten anderen Subdisziplinen nicht um einen Schwerpunkt sondern um eine Zusatzbezeichnung. Diese umfasst neben Kenntnissen in der Behandlung von Erkrankungen des Verdauungstraktes einschließlich Leber, Galle und Pankreas die Durchführung von mindestens 150 Endoskopien des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes. Da Endoskopien bei Kindern und Jugendlichen deutlich seltener als bei Erwachsenen durchgeführt werden, ist die Anzahl der Kollegen, die seit 2004 in diesem Bereich weitergebildet wurden, im Vergleich zu anderen Subdisziplinen der Pädiatrie relativ gering.

Aktuelle Situation der niedergelassenen Kindergastroenterologen

In der AG niedergelassener Kindergastroenterologen sind aktuell lediglich 24 Mitglieder organisiert. 2015 wurde deren Tätigkeit im Rahmen einer Umfrage ausgewertet (1):

Die häufigsten Vorstellungsgründe waren die Abklärung unklarer gastrointestinaler Symptome wie Bauchschmerzen oder Stuhlauffälligkeiten, gefolgt von Nahrungsmittelunverträglichkeiten einschließlich Zöliakie, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Refluxösophagitis und Lebererkrankungen.

Etwa $\frac{3}{4}$ der niedergelassenen Kindergastroenterologen sind mehrheitlich allgemeinpädiatrisch tätig, meist beträgt der Anteil kindergastroenterologischer Patienten 10-25 %, was auch mit der Vergütungsproblematik zusammenhängen dürfte (s. u.).

Etwa $\frac{2}{3}$ der Kollegen bieten Endoskopien an, immer in Kooperation mit einer Klinik, nie in der eigenen Praxis (Abbildung 1). Da die Indikation zur Endoskopie im Kindesalter naturgemäß zurückhaltend gestellt wird, andererseits aber für die verschiedenen Altersstufen Geräte mit verschiedenen Durchmessern vorgehalten werden müssten, ist die Anschaffung für die Praxis aus wirtschaftlichen Gründen nicht sinnvoll.

Honorar- und Versorgungssituation

Die aktuell von den Kindergastroenterologen geleistete Tätigkeit, d. h. diagnostische Abklärung gastroenterologischer Leitsymptome, Betreuung von chronisch kranken Patienten mit Morbus Crohn, Colitis ulcerosa,

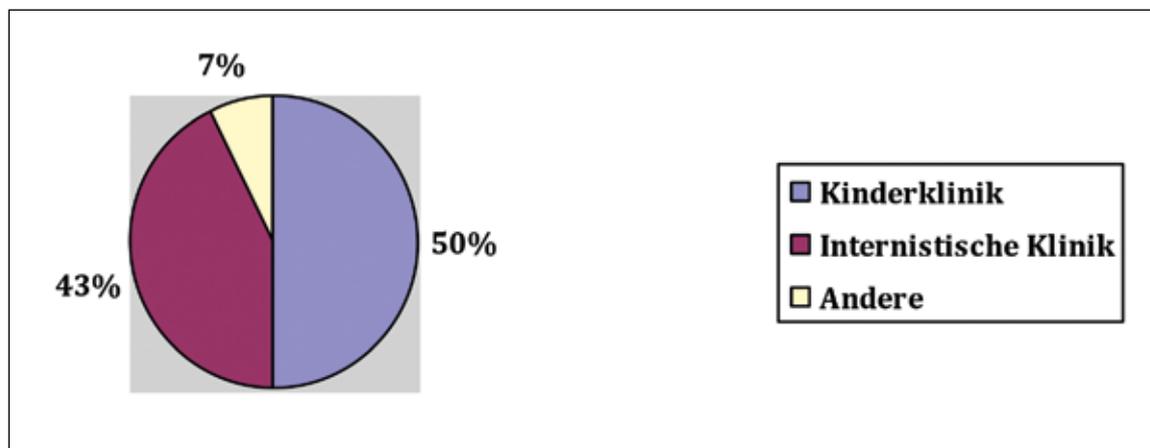


Abb. 1: Endoskopien in der Kindergastroenterologie (N=14); Quelle (1)

Hepatopathien usw. wird leider im aktuellen EBM fast gar nicht abgebildet. In diesem Kapitel finden sich im Wesentlichen Endoskopie-Ziffern, da das Kapitel weitgehend aus der internistischen Gastroenterologie übernommen wurde. Aus den o. g. Gründen werden Endoskopien in der Kindergastroenterologie zurzeit aber ausschließlich in Kliniken und nicht in der Praxis durchgeführt. Tabelle 1 zeigt, dass die Abrechnungshäufigkeit des kindergastroenterologischen Kapitels gegen Null tendiert. Im Quartal 1/2013 wurden von sämtlichen niedergelassenen Kindergastroenterologen zusammen 69 Leistungen des Schwerpunktkapitels abgerechnet!

Abrechnungsziffern wie Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers oder ambulante Anlage einer PEG Sonde werden wahrscheinlich auf absehbare Zeit jungfräulich unberührt bleiben.

Die Vergütung kindergastroenterologischer Leistungen erfolgt daher aktuell über die Versichertenpauschale

Ziffer	Abrechnungshäufigkeit aller Kollegen
Zusatzpauschale Gastroskopie	50
Langzeit pH Metrie	2
PEG Anlage	0
Zusatzpauschale (Teil-) Coloskopie	11
Zusatzpauschale Rektoskopie	3
Rektumsaugbiopsie	0
Behandlung Lebertransplantatträger	3
Behandlung Dünndarmtransplantatträger	0

Tabelle 1: Abrechnungszahlen der niedergelassenen Kindergastroenterologen im Quartal 2013 ohne ermächtigte Krankenhausärzte. Quelle: KBV

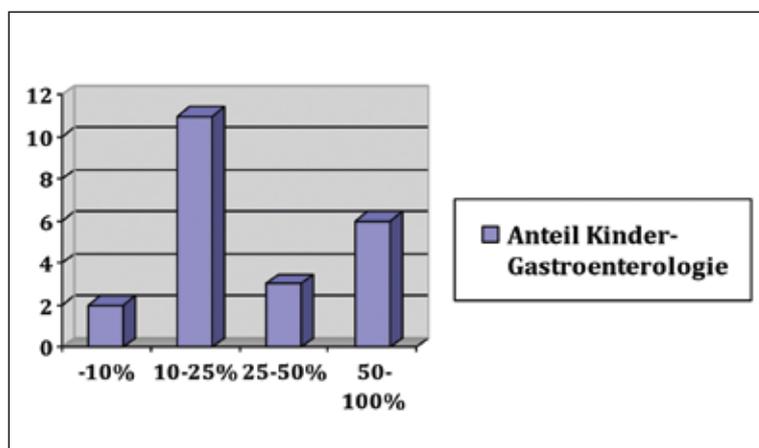


Abb. 2: Anteil der Kindergastroenterologie an der Praxistätigkeit (N=22); Quelle (1)

le (mit 40 % „Facharztaufschlag“), ggfs. die Chroniker- und die Gesprächsziffer. Da letztere nur in begrenztem Umfang angewendet werden kann, wird die Kindergastroenterologie in den meisten Praxen nur in geringen Umfang angeboten und über die Allgemeinpädiatrie „querfinanziert“ (Abb. 2). Daher waren auch 95 % der befragten Kollegen unzufrieden mit ihrer Honorarsituation (1), einige Kollegen erwägen auch, in Zukunft nur noch allgemeinpädiatrisch und nicht mehr fachärztlich tätig zu sein.

Aus der geringen Anzahl niedergelassener Kindergastroenterologen resultieren teilweise lange Wartezeiten und Anfahrtswege. Ein vielversprechender Ansatz, um dies zu kompensieren, ist das aktuell vom BVKJ durchgeführte Telemedizinprojekt „PäDEXPERT“ (2).

Fazit für die Praxis

Die niedergelassenen Kindergastroenterologen können sowohl bei der Abklärung von gastrointestinalen Leitsymptomen als auch bei der Betreuung chronisch kranker Patienten ein großes Behandlungsspektrum anbieten. Da die Zusatzbezeichnung noch recht „jung“ ist, ist die Anzahl der niedergelassenen Kollegen noch überschaubar nimmt aber stetig zu. Aufgrund des hohen Aufwandes bei der invasiven Diagnostik und der praktisch fehlenden Vergütung der nicht invasiven Leistungen im EBM findet ein Großteil der Kindergastroenterologie zurzeit noch in den Krankenhäusern statt, aber zunehmend in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gastroenterologen.

Ansprechpartner für die AG niedergelassener Kindergastroenterologen

Dr. Stefan Razeghi
Sprecher der AG
Schlienseerstr. 1
83714 Miesbach

Dr. Ralph Melchior
Stellvertr. Sprecher
Wilhelmshöhe 122
34119 Kassel

Quellenangaben:

1. Winkelmann U., Vortrag beim Heiner Brunner Seminar 2015
2. www.paedexpert.de

Danksagung:

Ich danke Herrn Dr. Winkelmann, Wiesbaden, für die Daten des Heiner Brunner Seminars 2015

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

Red.: WH

Modellprojekt Verbundweiterbildung



Dr. Johanna Harris

Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland werden in Zukunft auf verschiedenste Weise mit den übrigen Institutionen der Kinder- und Jugendmedizin zusammenarbeiten (müssen), da waren sich die Teilnehmer des Workshops der Leitenden ÄrztInnen im Herbst 2015 einig (siehe auch Editorial in Heft 2-2016 und Artikel in Heft 3-2016 dieser Zeitschrift von Prof. Dr. R. Schmid). Nur so ist weiterhin eine qualitativ hochwertige pädiatrische Versorgung in allen Landesteilen möglich. Auch für die Ärzte und Ärztinnen der Kliniken ist dieser Austausch eine Chance und kann zu größerer Zufriedenheit führen. Eine Möglichkeit dabei sind Kooperationsmodelle im Rahmen der Facharztweiterbildung. Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin beinhaltet seit langem einen Pflichtteil in der ambulanten Versorgung von zumeist mindestens 18 Monaten. Auch in der pädiatrischen Weiterbildung wird ein solcher Pflichtteil diskutiert, anerkannt werden können derzeit Weiterbildungszeiten von bis zu 24 Monaten.



Probleme bei der rein klinischen Weiterbildung

Einige Kliniken mögen durch eine enge Zusammenarbeit mit einem SPZ, durch Hausbesuche bei ehemaligen Frühchen, Koordination von Rehamaßnahmen oder ähnlichem ein so großes Spektrum haben, dass den Weiterbildungsassistenten verschiedenste Bereiche der Kinder und Jugendmedizin vermittelt werden können.

Das vollständige Gebiet der allgemeinen ambulanten Pädiatrie ist jedoch an den wenigsten Kliniken erlern- und erlebbar.

Für viele Weiterbildungsassistenten ist die Praxis der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung deshalb eine Art „black box“ - weder die täglich gelebte Medizin noch das System der vertragsärztlichen Tätigkeit sind den Assistenten bekannt (siehe dazu auch den Artikel von Dr. Nils Welcherling in Heft 4-2016). Die niedergelassenen Kollegen wiederum haben vor allem in den ländlichen Gebieten Probleme, Nachfolger für ihre Praxen zu finden.

Modellprojekt Verbundweiterbildung in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein gibt es seit Anfang dieses Jahres ein **Modellprojekt zur Verbundweiterbildung**. Eine Gruppe von ca. 20 Kinder- und Jugendarztpraxen und die Kinderkliniken des Bundeslandes bieten Weiterzubildenden die Möglichkeit, im 3. oder 4. Weiterbildungsjahr für 12 bis 24 Monate 20 Wochenstunden in einer Praxis zu arbeiten. Das Besondere: die Weiter-

zubildenden erhalten für diese 20 Stunden von ihrer Klinik einen Abordnungsvertrag in die Praxis, die restlichen Stunden werden weiterhin in der Klinik gearbeitet. Dieses Modell hat laut Mitinitiator Dr. Christoph Weiß-Becker für alle Seiten Vorteile: die Niedergelassenen können „ihren“ Bereich der Pädiatrie strukturiert und praxisnah vermitteln; die Weiterzubildenden sind dennoch weiterhin an die Klinik gebunden und stehen für Dienste zur Verfügung; der Austausch zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen auch auf Facharztebene wird gestärkt, und nicht zuletzt können die Weiterzubildenden in diesem Rahmen in aller Ruhe Erfahrungen in beiden Versorgungsbereichen sammeln. Die Landesärztekammer ist mit im Boot und erkennt die Tätigkeit in vollem Umfang für die Weiterbildung an.

Um finanzielle Einbußen der teilnehmenden Assistenzärzte zu vermeiden, zahlen die Kliniken den Tariflohn unverändert weiter, die Praxen tragen die Kosten für eine halbe Stelle inklusive der Sozialabgaben durch eine Ausgleichszahlung an die jeweilige Klinik. Die Hoffnung besteht, dass ein Teil dieser Kosten analog zur Allgemeinmedizin von den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen wird, wenn voraussichtlich Mitte/Ende 2016 die Mittel zur Förderung der ambulanten Weiterbildung im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes freigegeben werden.

Die Weiterbildung in den Praxen folgt dem Konzept der kompetenzbasierten Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP). Dafür hat die Gesellschaft Themenfelder der täglichen Arbeit in der ambulanten

Pädiatrie definiert und dazu Lernziele aus den Feldern krankheitsbezogenes Wissen, klinisch-praktische Fertigkeiten, diagnostische Verfahren und therapeutische Verfahren bestimmt. Diese 12 Themenfelder sollen im Rahmen der ambulanten Weiterbildung durchlaufen werden. Zu jedem Zeitpunkt können sich Weiterzubildende und Weiterbilder einen Überblick über den Stand des Wissens und Könnens verschaffen.

Da das Projekt erst vor kurzem gestartet ist, gibt es noch keine Erfahrungsberichte. Die Initiatoren sind sich aber sicher, dass diese Art der Zusammenarbeit bei der Weiterbildung allen Beteiligten Vorteile bringt

und die Kinder- und Jugendmedizin der Region nachhaltig bereichert. Nachahmer sind herzlich willkommen – interessierte Weiterzubildende ebenfalls!

Kontakt:

Dr. Christoph Weiß-Becker
Norderstrasse 50, 25813 Husum
Telefon: 04841 – 3022

Dr. Johanna Harris
Assistentenvertreterin im BVKJ
81371 München
E-mail: johannaharris@hotmail.com

Red.: WH



bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND HESSEN

Termingerecht findet vom 17.05. bis 07.06.2016 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 07.06.2016 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Hessen, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Lutz Müller, Offenbach
Landesverbandsvorsitzender



bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE

Turnusgemäß zum Ende der vierjährigen Wahlperiode findet vom 17.05.2016 bis 07.06.2016 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatz-Delegierten sowie des Schatzmeisters statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 07.06.2016 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Westfalen-Lippe**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Burkhard Lawrenz, Arnsberg
Landesverbandsvorsitzender

Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ● ● ●

Teil 2: Abschluss des Arbeitsvertrages



Christian Krapohl

Teil 2 der Serie „Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber“ knüpft an den Inhalt des vorherigen Artikels (KJA 3/2016, S. 112ff.) an. Es geht nun – wenn man dann das richtige Personal gefunden hat – um den Abschluss des Arbeitsvertrages. Auch hier können zahlreiche Fehler gemacht werden, z. B. bei einer befristeten Einstellung eines Mitarbeiters. Die Verwendung des Rahmentarifvertrages für Medizinische Fachangestellte ist kein „Muss“; stattdessen können individuelle Regelungen die Interessen des Arbeitgebers oft besser sichern.

Abschluss des Arbeitsvertrages

1. Der Arbeitsvertrag ist ein Unterfall des im Bürgerlichen Gesetzbuch vorgesehenen Dienstvertrages. Er kommt zustande durch eine entsprechende Einigung der Parteien. Der Arbeitsvertrag kann entweder
 - schriftlich,
 - mündlich oder
 - durch schlüssiges Verhalten geschlossen werden.
2. Eine besondere Schriftform ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Aus praktischen Erwägungen heraus sollten allerdings die Vertragsbedingungen schriftlich fixiert werden. Im Übrigen hat der Arbeitnehmer gemäß § 2 Nachweisgesetz einen Anspruch darauf, dass spätestens einen Monat nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich fixiert und ihm ausgehändigt werden.

Zu diesen wesentlichen Vertragsbedingungen gehören

- der Name und die Anschrift der Vertragsparteien,
- der Zeitpunkt des Beginns des Arbeitsverhältnisses,
- bei befristeten Arbeitsverhältnissen: die vorhersehbare Dauer des Arbeitsverhältnisses,
- der Arbeitsort oder, falls der Arbeitnehmer nicht nur an einem bestimmten Arbeitsort tätig sein soll, ein Hinweis darauf, dass der Arbeitnehmer an verschiedenen Orten beschäftigt werden kann,
- eine kurze Charakterisierung oder Beschreibung der vom Arbeitnehmer zu leistenden Tätigkeit,
- die Zusammensetzung und die Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Zuschläge, der Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts und deren Fälligkeit,
- die vereinbarte Arbeitszeit,
- die Dauer des jährlichen Erholungsurlaubs,

- die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses,
- ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf das Arbeitsverhältnis anzuwenden sind.

Der Beitrag orientiert sich an diesen Inhalten, die durch das Nachweisgesetz gefordert werden. In diesem Teil erfolgt eine Betrachtung der unter a) – f) genannten Positionen. Im Einzelnen:

- a) Der Name und die Anschrift der Vertragsparteien sind der erste wichtige Bestandteil des Arbeitsvertrages. Während dies beim Arbeitnehmer und beim Inhaber einer Einzelpraxis als Arbeitgeber noch recht einfach ist, wird dies schwieriger, wenn auf Seiten des Arbeitgebers mehrere Personen stehen. Wird eine (überörtliche) **Berufsausübungsgemeinschaft** (=„Gemeinschaftspraxis“) Arbeitgeberin, so ist diese auch als solche in der richtigen Rechtsform (BGB-Gesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft) aufzuführen.

Beispiel

Arbeitsvertrag

zwischen

der in Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts geführten kinder- und jugendärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft Dres X und Y, vertreten durch die beiden Gesellschafter Dr. X und Dr. Y,....

Bei der Praxisgemeinschaft, deren Mitglieder nicht zusammen ärztlich tätig werden, sondern die nur gemeinsame Ressourcen (wie Räume, etc.) nutzen, ist zu unterscheiden, ob die Gesellschaft das Personal einstellt oder nur ein einzelnes Mitglied. Sofern die Praxisgemeinschaft selbst die Arbeitgeberin sein soll, ist dies auch entsprechend in dem Vertrag aufzunehmen.

b) Festzulegen ist auch der genaue Beginn des Arbeitsverhältnisses.

Anknüpfend an die Ausführungen in Teil 1 der Serie, dort Ziff. II 6. – kann hierbei der Vorbehalt aufgenommen werden, dass ein bestimmter Impfstatus nachgewiesen wird, wenn dadurch eine Ausbreitung von Krankheitserregern vermieden werden kann.

„Das Arbeitsverhältnis beginnt am 1. Juli 2016, frühestens jedoch wenn die Arbeitnehmerin durch ein entsprechendes Gesundheitszeugnis nachgewiesen hat, dass aufgrund des Impf- und Immunstatus keine Bedenken gegen eine Beschäftigung bestehen.“

c) Sofern im Arbeitsvertrag keine Regelung zur Dauer enthalten ist, läuft das Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit. Die Beendigung setzt dann entweder eine Kündigungserklärung einer Partei voraus, oder aber eine einvernehmliche Aufhebung durch einen Aufhebungsvertrag.

Ein Arbeitsverhältnis kann jedoch auch für eine bestimmte Dauer abgeschlossen werden. Dies nennt man Befristung. Das Gesetz geht im Grundsatz davon aus, dass nur eine Befristung mit einem sogenannten sachlichen Grund zulässig ist.

Ein **sachlicher Grund** liegt insbesondere vor, wenn

- der betriebliche Bedarf an der Arbeitsleistung nur vorübergehend besteht,
- die Befristung im Anschluss an eine Ausbildung oder ein Studium erfolgt, um den Übergang des Arbeitnehmers in eine Anschlussbeschäftigung zu erleichtern,
- der Arbeitnehmer zur Vertretung eines anderen Arbeitnehmers beschäftigt wird,
- die Eigenart der Arbeitsleistung die Befristung rechtfertigt,
- die Befristung zur Erprobung erfolgt,
- in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe die Befristung rechtfertigen,
- der Arbeitnehmer aus Haushaltsmitteln vergütet wird, die haushaltsrechtlich für eine befristete Beschäftigung bestimmt sind, und er entsprechend beschäftigt wird oder
- die Befristung auf einem gerichtlichen Vergleich beruht.

Häufigster Anwendungsbereich einer Befristung mit einem Sachgrund in der Kinder- und Jugendarztpraxis dürfte die Vertretung während Schwangerschaft oder Elternzeit sein.

Eine sogenannte **Zeitbefristung** (im Grundsatz bis zu zwei Jahren, bei Praxisneugründungen bis zu vier Jahren) kommt in Betracht, wenn zuvor noch kein Arbeitsverhältnis mit dem Bewerber bestanden hat. Wichtig ist, dass eine Befristung schriftlich und vor Arbeitsantritt vereinbart wird. Ein Verstoß gegen diese Voraussetzungen führt zu einem unbefristeten Arbeitsverhältnis.

Häufig wird vergessen, dass das ordentliche Kündigungsrecht während einer Befristung vorbehalten bleiben muss, da das Arbeitsverhältnis ansonsten während des befristeten Zeitraumes nicht kündbar ist. Bei einer Zeitbefristung kann auch ein kürzerer Zeitraum vereinbart werden. **Ein befristeter Vertrag kann innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums dreimal verlängert werden.** Eine inhaltliche Änderung, betreffend zum Beispiel die Stundenzahl oder aber das Gehalt, darf jedoch nicht gleichzeitig mit der Verlängerung vereinbart werden, da dies zu einer Entfristung führt.

d) Angaben zum **Tätigkeitsort** sind grundsätzlich nicht erforderlich. Aufgrund des sogenannten Direktionsrechtes kann der Arbeitgeber den Tätigkeitsort auch vorgeben.

e) Besonderes Augenmerk sollte auf die **Tätigkeitsbeschreibung** in einem Arbeitsvertrag gelegt werden. Sie bestimmt, welche Tätigkeit von dem Arbeitnehmer gefordert wird. Je konkreter die Tätigkeitsbeschreibung ist, umso schwieriger wird es für den Arbeitgeber, den Arbeitnehmer später mit anderen Tätigkeiten zu betrauen. Deswegen sollte im Grundsatz die Einstellung nur mit der Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder MFA) erfolgen, da dann eine Tätigkeit aus dem gesamten Spektrum geschuldet ist. Bei größeren Praxen, die dem Kündigungsschutzgesetz unterliegen, kann gleichwohl die Beschäftigung mit einem eingeschränkten Tätigkeitsbereich (z. B. Empfangstätigkeit, Buchhaltung, etc.) Sinn machen, da bei einer Kündigung im Rahmen der durchzuführenden Sozialauswahl nur die Mitarbeiter mit vergleichbarem Tätigkeitsprofil heranzuziehen sind.

f) Wesentlicher Aspekt einer angestellten Tätigkeit ist für den Arbeitnehmer die **Vergütung**. Fehlt eine Vergütungsregelung im Arbeitsvertrag, so ist gemäß § 612 BGB die üblicherweise geschuldete Vergütung vereinbart. Anhaltspunkt bietet bei den Medizinischen Fachangestellten der Gehaltstarifvertrag. Ein Rückgriff auf das Gehaltsniveau bei den Krankenhausärzten dürfte mangels Vergleichbarkeit ausscheiden.

Das Gehalt kann als sogenanntes Fixum vereinbart werden. Ein solches Fixum kann nicht einseitig widerrufen oder abgeändert werden.

Der Arbeitgeber kann auch **Leistungsanreize** durch sogenannte variable Vergütungsbestandteile setzen. Bei den medizinischen Fachangestellten kann dies beispielsweise eine Umsatzbeteiligung an individuellen Gesundheitsleistungen sein. Im ärztlichen Bereich kann an den vom Arbeitnehmer erwirtschafteten Honorarumsatz angeknüpft werden. Bei der Vertragsgestaltung sollte jedoch bedacht werden, ob nur die tatsächlich und endgültig dem Arbeitgeber zugeflossenen Honorare Bemessungsgrundlage für die Auszahlung der Vergütung sind, was zulässig ist, wenn ein adäquates Fixum gewährt wird. Bei den leistungsbezogenen Zulagen kann sich der Arbeitgeber einen Widerruf für die Zukunft vorbehalten. Die Gründe, wie zum Beispiel ein Umsatzrückgang

mit einem gewissen Prozentsatz, müssen allerdings bereits im Arbeitsvertrag benannt werden. Der Anteil der leistungsbezogenen Zulage darf 25 % der Gesamtvergütung nicht überschreiten.

Weitere Gehaltskomponente ist häufig eine leistungsunabhängige Zulage, wie zum Beispiel eine Gratifikation, ein Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld oder ein Fahrtkostenzuschuss. Ein Freiwilligkeitsvorbehalt, mit welchem sich der Arbeitgeber in Zukunft offen halten möchte, ob er die zuvor genannten Zulagen zahlt, kann bei Regelung im Arbeitsvertrag nicht wirksam vereinbart werden.

- g) Zu den weiteren wesentlichen Bestandteilen des Arbeitsvertrages gehört die **Arbeitszeit**. Um seine Flexibilität als Arbeitgeber zu behalten, sollte hinsichtlich der wöchentlichen Arbeitszeit lediglich ein Rahmen vorgegeben werden, z. B. „die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden“. Weitere konkretere Vorgaben sind im Arbeitsvertrag nicht erforderlich, da sich der Arbeitgeber ansonsten festlegt und nicht mehr einseitig darüber entscheiden kann. Schädlich sind demnach Angaben, wie z. B. „die Arbeitneh-

merin wird von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 12.00 Uhr beschäftigt“; der Arbeitgeber bindet sich hierdurch, so dass eine Änderung bzw. Ausdehnung der Arbeitszeit z. B. auf den Nachmittag einseitig nicht mehr vorgenommen werden kann.

Ausblick

Teil 3 wird sich in der nächsten Ausgabe den übrigen Positionen nach dem Nachweisgesetz sowie der Frage widmen, was beim Abschluss des Arbeitsvertrages (Formvorgaben, Musterverträge, Anwendbarkeit von Tarifverträgen, Befristung, etc.) zu beachten ist.

Christian Krapohl
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Dr. Möller und Partner
E-Mail: zentrale@m-u-p.info

Red.: WH

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing



Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de



Antibiotic Stewardship im stationären Bereich der Pädiatrie

Dr. Ulrich von Both¹

Die rasche und besorgniserregende Zunahme multiresistenter Infektionserreger hat – bei fehlender Entwicklung neuer Antibiotika – weltweit dazu geführt, dass der unkritische und ungezielte Einsatz von Antibiotika überdacht wird. In diesem Zusammenhang werden Programme zur rationalen Antibiotikatherapie entwickelt, die als „Antibiotic Stewardship“ (ABS) bezeichnet werden, wenn sie als eigenständiges Element in ein personelles und strukturell-organisatorisches Gesamtkonzept der Patientenversorgung eingebunden sind. Da es hierzu bisher nur wenige Initiativen und Erfahrungen in der Pädiatrie gibt, sollen im Folgenden der Begriff erläutert und die spezifischen Probleme wie auch die Notwendigkeit von ABS-Programmen in der Pädiatrie dargestellt werden. Nur durch den gezielten und zurückhaltenden Einsatz, vor allem von Breitspektrum-Antibiotika, lässt sich (in Kombination mit einer guten Praxis der Infektionsprävention und Hygiene) die Selektion und Ausbreitung resistenter Infektionserreger dauerhaft aufhalten oder sogar reduzieren. Die klinische Wirksamkeit von Antibiotika muss unbedingt erhalten bleiben.

Prof. Dr. Arne Simon²Priv.-Doz. Dr. Markus Hufnagel³Prof. Dr. Johannes Hübner¹

Antibiotic Stewardship allgemein

Primäres Ziel jeder ABS-Initiative ist es, den Patienten – nach einer gezielten, der Situation angemessenen Diagnostik – die bestmögliche antimikrobielle Behandlung mit möglichst geringen unerwünschten Wirkungen anzubieten. Auf nicht indizierte Behandlungen mit Antibiotika soll primär verzichtet werden; wenn bereits begonnen, sollen sie so rasch wie möglich beendet werden. Diese Strategie soll die Patienten vor unerwünschten Wirkungen einer nicht indizierten Antibiotikatherapie schützen und sicherstellen, dass Antibiotika nur dann eingesetzt werden, wenn wahrscheinlich ist, dass sie dem Patienten nützen. Ein **ABS-Programm** erfordert die Implementierung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines personell und strukturell-organisatorisch angemessen ausgestatteten Teams.

Dieses **ABS-Team** besteht im Kern aus einem pädiatrischen Infektiologen¹ (Leiter des Teams) und einem klinischen Pharmazeuten mit ABS-Kenntnissen. Ergänzend gehören ein Mikrobiologe sowie ein Hygienebeauftragter Arzt zum erweiterten ABS-Team. Zudem ist eine enge Zusammenarbeit mit einem EDV-Spezialisten erforderlich, da so ein Zugriff auf abteilungsinterne Erreger- und Resistenzstatistiken und stationsspezifische Verbrauchsdaten von Antibiotika ermöglicht wird.

Das ABS Team soll die optimale Nutzung von Antibiotika in Bezug auf Indikationsstellung, Dosierung und Dauer der Behandlung gewährleisten:

Kernstrategien, um dies zu erreichen sind

- Die **Restriktion** bestimmter „Reserve-Antibiotika“ (z. B. Piperacillin-Tazobactam, Vancomycin, Teico-

planin, Ceftazidim, Cefepim, Imipenem/Cilastatin oder Meropenem, Linezolid u. a. m.) und die Freigabe dieser Substanzen erst nach Rücksprache mit einem Mitarbeiter des ABS-Teams. Diese Methode ist im Hinblick auf den Verbrauch der gelisteten Substanzen sehr effektiv; sie erfordert jedoch einen permanent erreichbaren infektiologischen Rufdienst und die Bereitschaft seitens der patientennahen tätigen ärztlichen Kollegen, diesen Dienst im Sinne einer echten Team-Arbeit positiv zu bewerten und offen anzunehmen. Hier ist in der deutschen Kliniklandschaft sicherlich noch ein gradueller Sinneswandel erforderlich, um den Synergismus von Spezialist und Generalist im vollen Umfang wertzuschätzen.

- Das sogenannte **prospektive Audit** und **Feedback**, das nach Verordnung von Antibiotika einsetzt, wenn die ersten Daten aus der Mikrobiologie (Virologie usw.) und zum klinischen Verlauf vorliegen. Ein guter Zeitpunkt für dieses Verfahren liegt 48-72 Stunden nach Beginn der Infektion (des Infektionsverdachts). Als Teil des Behandlungsteams diskutiert ein Mitarbeiter des ABS-Teams mit den am Patienten tätigen Kollegen die klinische Situation, alle vorliegenden Befunde und die bestmögliche Behandlungsstrategie. Dieser direkte Austausch ist gleichzeitig ein wichtiges Instrument für die fallbezogene Weiterbildung der Kliniker.

Infektiologische Visiten am Krankenbett (regelmäßig oder auf Anfrage) können weitere gezielte Interventionen **fördern**, wie z. B. eine **Deeskalation** initial breit wirksamer kalkulierter Therapieregime, die Optimierung der Dosis und des Verabreichungsschemas, eine geeignete Monotherapie statt unnötige Kombinations-

¹ Abteilung Pädiatrische Infektiologie, Dr. von Hauner'sches Kinderspital, LMU, München

² Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg Saar

³ Sektion Pädiatrische Infektiologie und Rheumatologie, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg

¹ Bei Berufsbezeichnungen sind immer beide Geschlechter gemeint

therapien, eine **frühe orale Sequenztherapie**, die Reduktion der Gesamttherapiedauer, die Fraktionierung extrem teurer Medikamente u.a.m.. All dies soll zu einer Verbesserung der antibiotischen Behandlung der Patienten beitragen.

Eine regelmäßige **Mitarbeiterschulung**, die Erstellung von lokal adaptierten, Evidenz-basierten **Standardarbeitsanweisungen** zur Diagnostik und Therapie der häufigsten Infektionen oder ggf. auch **computer-gestützte Verordnungsprogramme** stellen weitere wichtige, durch das ABS-Team initiierte und begleitete Maßnahmen dar. Tabelle 1 gibt einen allgemeinen Überblick über die Kernmaßnahmen sowie komplexeren Maßnahmen von ABS.

Die Implementierung eines solchen Programms zur nachhaltigen Veränderung der **ärztlichen** Verschreibungspraxis setzt ein klares Mandat der Klinikleitung, eindeutig formulierte erreichbare Ziele, sowie entsprechende personelle Ressourcen voraus. Dabei sind ABS-Programme immer spezifisch für eine lokale Situation und müssen für das Vorgehen an anderen Institutionen angepasst werden. Das Vorgehen in speziellen Situationen kann also von Institution zu Institution verschieden sein. Ein wichtiges langfristiges Ziel des ABS ist die **Reduktion** des Selektionsdrucks für Infektionserreger mit speziellen **Resistenzen** und **Multiresistenzen**. Häufig ergeben sich aus einem gut aufgestellten ABS-Programm zusätzlich **finanzielle Einsparungen für die Klinik**. Ungefähr 20% des klinischen Medikamentenbudgets in Kliniken werden für Antibiotika aufgewandt, wobei nach Aussage mehrerer Studien ca. die Hälfte aller Antibiotikaverordnungen nicht medizinisch indiziert ist. Die Einführung von ABS-Programmen führt auch an Kinderkliniken zu erheblichen Kosteneinsparungen. Diese gesundheitsökonomischen Vorteile sind nicht Primärziel eines ABS, aber entscheidend im Dialog mit der Krankenhausadministration.

Antibiotic Stewardship in der Pädiatrie

Verglichen mit anderen Altersgruppen erhalten Kinder, vor allem im ambulanten Bereich häufiger Antibiotika als Erwachsene. Dies konnte auch in den folgenden beiden deutschen Studien dokumentiert werden. So zeigte zum Beispiel die Bertelsmann-Studie „Antibiotika-Verordnungen bei Kindern“ aus dem Jahr 2009, dass 38% aller Kinder bis zum Alter von 18 Jahren pro Jahr mindestens einmal ein Antibiotikum erhielten; innerhalb der Gruppe der Kinder zwischen 3 und 6 Jahren sind dies sogar 51%. Ähnliche Verordnungsraten² wurden von Koller und Kollegen für 2010 bei Kindern zwischen 0 und 17 Jahren berichtet, wobei der größte Anteil der Verordnungen auf Kinder zwischen 0 und 2 Jahre (Verordnungsraten 47%) sowie auf Kinder zwischen 2 und 6 Jahren (50%) fielen (Koller et al., *Infection*, 2013). Insgesamt erhielten in dieser Studie

36% aller Kinder zwischen 0 und 17 Jahren mindestens ein Antibiotikum (in 2010). Zudem gab es gravierende Unterschiede zwischen den 412 untersuchten Regionen mit Verordnungsraten zwischen 19% und 53%.

Bei hospitalisierten Kindern in Deutschland hat nach einer Punktprävalenzhebung an 23 deutschen Kinderkliniken im Jahr 2012 jedes dritte Kind am Tag der Erhebung ein Antibiotikum erhalten; 22% der Neugeborenen wurden mit einem Antibiotikum behandelt.

Wegen des **häufigen Antibiotikaeinsatzes** bei Kindern und des nachweislich direkten Zusammenhangs zwischen Antibiotikagaben und **Resistenzentwicklung**, ist die Etablierung von **Antibiotic Stewardship (ABS) Programmen** in der **Pädiatrie**, sowohl an den Kliniken als auch im ambulanten Bereich von besonderer Bedeutung. Infektionen in der Pädiatrie, deren Diagnostik, Therapie und Prävention unterscheiden sich oft erheblich von vergleichbaren Fragestellungen in der Behandlung erwachsener Patienten. Darüber hinaus sind bestimmte Kernbereiche des ABS, wie z. B. die **optimale Dosierung** und **Verabreichung**, in der Pädiatrie nicht mit der Situation bei Erwachsenen vergleichbar, wo häufig „eine Ampulle“ der Standarddosis für Erwachsene entspricht. Auch das **Erregerspektrum** und **Resistenz-Profil** der wichtigsten Infektionen in der Neonatologie und Pädiatrie unterscheidet sich von dem erwachsener Patientenpopulationen. Im Falle von Infektionen mit multiresistenten Erregern müssen bestimmte Reserveantibiotika in der Pädiatrie **„off-label“** eingesetzt werden und erfordern daher **spezielle Dosierungsrichtlinien**, die nicht über die Fachinformation zugänglich sind. Außerdem gibt es im Rahmen der kinderärztlichen Tätigkeit bestimmte **spezielle pädiatrische Patientenkollektive**, die sehr ABS-relevant sind, mit deren Besonderheiten internistische Infektiologen jedoch naturgemäß wenig vertraut sind (z. B. Kinder mit zystischer Fibrose, Früh- und Neugeborene, Kinder mit angeborenen Syndromen, schwerst-mehrfach behinderte Kinder, Kinder mit Pädiatrie-spezifischen Krebskrankungen und angeborenen Immundefekten).

Im Gegensatz zu den USA und vielen anderen europäischen Ländern gibt es in Deutschland einen **Mangel an qualifizierten pädiatrischen Infektiologen**, zum Beispiel an Pädiatern mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie (einjährige Weiterbildung nach den Vorgaben der Ärztekammern) oder noch besser mit einer Zusatzqualifikation nach dem zweijährigen Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), die bisher nur an einigen wenigen deutschen Kinderkliniken erworben werden kann. Wir können uns aufgrund der Dringlichkeit des Problems im Interesse der uns anvertrauten Patienten nicht zurücklehnen und abwarten, bis endlich eine eigene zweijährige Fachweiterbildung für (pädiatrische) Infektiologie von der Bundesärztekammer akzeptiert ist und in 5-10 Jahren vielleicht deutlich mehr pädiatrische Infektiologen verfügbar sind. Vielmehr geht es darum, mit Hilfe der DGPI und anderer pädiatrischer Fachgesellschaften

2 Anteil der Kinder mit mindestens einer Antibiotikaverordnung (ATC Code J01)

Maßnahme	Erklärung	Kommentar
Kernmaßnahmen		
Restriktion und Freigabe vor Antibiotika-Verordnung	Diskussion, Beratung und Freigabe von in einer speziellen Liste aufgeführten Reservestoffen vor Einleitung der Therapie durch den Infektiologen.	Erfordert einen unmittelbar erreichbaren infektiologischen Rufdienst, der zudem vollen Zugriff auf alle klinischen Daten des Patienten benötigt. Greift deutlich in die Autonomie der behandelnden Ärzte ein (wird weniger gut akzeptiert).
Prospektives Audit mit Feedback nach Antibiotika-Verordnung (v.a. im Rahmen regelmäßiger infektiologischer Visiten)	Diskussion und Beratung nach Beginn der antimikrobiellen Therapie - Information z.B. durch die Apotheke nach Abgabe eines Reserveantibiotikums Reevaluation des Verlaufs nach 48-72 Stunden.	Verhindert nicht den häufigen empirischen Einsatz von Reserveantibiotika. Bei Reevaluation liegen sowohl klinische Verlaufsdaten, als auch die Ergebnisse der initialen Diagnostik vor. Wird in der Regel gut akzeptiert, Indirekter Schulleistungseffekt, häufiger Deeskalation und sinnvolle Begrenzung der Therapiedauer.
Komplementäre Maßnahmen		
Deeskalationsstrategien (v. a. im Rahmen regelmäßiger infektiologischer Visiten)	Erkennung eines „Bug-Drug-Mismatches“, Umstellung auf Antibiotika mit schmalere Wirkungsspektrum nach Antibiogramm des Erregers, Therapieevaluation bei fehlendem Erregernachweis.	Aus klinischer Sicht ein ganz entscheidender Punkt. Im Zweifelsfall (bei begründetem Infektionsverdacht) darf eine empirische Therapie sehr zeitnah begonnen werden, im Verlauf muss sie aber kritisch hinterfragt werden.
Frühe orale Sequenztherapie (v. a. im Rahmen regelmäßiger infektiologischer Visiten)	Frühzeitige Oralisierung auf Substanzen mit guter oraler Bioverfügbarkeit (je nach Erreger Ampicillin i.v. → Amoxicillin p.o., Cefuroxim i.v. → Amoxicillin-Clavulansäure p.o., Clindamycin p.o. bei <i>S. aureus</i>).	Bei den meisten pädiatrischen Infektionen gibt es keinen Unterschied in der Wirksamkeit zwischen einer oralen und einer parenteralen Therapie, wenn die akute Phase der Infektion überstanden ist und das Kind wieder ausreichend essen und trinken kann. Ermöglicht vor allem eine frühzeitigere Entlassung.
Mitarbeiterschulungen	Vorlesungen, interne Konferenzen, Seminare und Fallbesprechungen, Zugriff auf Fachliteratur (z. B. auf das DGPI Handbuch), fallbezogene Diskussion bei der infektiologischen Visite.	Am besten geeignet sind konkrete, fallbezogene interaktive Diskussionen in kleinen Gruppen mit aktiver Beteiligung und der Möglichkeit zum offenen Meinungs- und Erfahrungsaustausch.
Standardarbeitsanweisungen (interne Leitlinien, siehe z. B. Abb. 1)	Erstellung von internen lokal adaptierten Therapie-Leitlinien, die das lokale Erregerspektrum und die lokale Resistenzsituation reflektieren und die mit allen relevanten Anwendergruppen interdisziplinär abgestimmt (konsentiert) sind.	Interne Leitlinien werden besser akzeptiert, wenn die Anwender von Anfang an bei der Entwicklung beteiligt sind und in der Leitlinie einen klinischen Vorteil erkennen. Praktische Hindernisse der Implementierung müssen mit den Anwendern schon in der Entwicklungsphase besprochen werden. Rückmeldungen zur Anwendung sind unbedingt erwünscht und erfordern ggf. eine erneute Anpassung.
Computer-gestützte Verordnungsprogramme	Antibiotika werden in der elektronischen Akte des Patienten verordnet, die Dosis kann (bei Eingabe von Körpergewicht und Lebensalter) im Hintergrund überprüft und ggf. an die Organfunktion angepasst werden (Warnhinweis). Es können therapeutische Algorithmen in Abhängigkeit von der Diagnose hinterlegt werden (z. B. Oralisierung des Antibiotikums bei ambulant erworbener Pneumonie nach 48h). Ein ‚Bug-Drug-Mismatch‘ kann vom Computer angezeigt werden. Automatische ‚Stop Order‘ erfordert eine Bestätigung der Indikation nach 72h (z.B. für Vancomycin).	Technisch aufwendig (erfordert Investition in geeignete Programme und in IT-Personal), aber auf lange Sicht unter Umständen sehr hilfreich. Ermöglicht ggf. auch eine auf den Fall oder auf bestimmte ICD10 bezogene Analyse des Antibiotikaeinsatzes (-verbrauchs). Erhöht die Patientensicherheit.

Tab. 1

möglichst zeitnah die gezielte Weiterbildung von klinischen und niedergelassenen Kollegen auf diesem Teilgebiet der Infektiologie (Antibiotic Stewardship) vorzubringen. Parallel dazu müssen ggf. andere kurzfristige **Lösungen gefunden werden. So wäre zum Beispiel ein Modell denkbar, in dem der hygienebeauftragte Arzt einer Kinderklinik nach entsprechenden Kursen durch die DGPI das ABS-Team leiten könnte.** Denn mit dem notwendigen grundlegenden Handwerkszeug (Wissen und Können) ausgestattet, kann sich jeder Kinderarzt in seinem unmittelbaren Arbeitsumfeld für den rationalen, restriktiven und gezielten Einsatz von Antibiotika einsetzen.

Zwei praktische Beispiele

Standardarbeitsanweisungen wie oben aufgeführt sind ein Instrument, um für Diagnostik und Therapie einzelner Infektionskrankheiten (z. B. Vorgehen bei Tuberkulose) bzw. klinischer Symptom-Komplexe (z. B. Vorgehen bei Fieber in Neutropenie) ein evidenzbasiertes Vorgehen festzulegen. Ein weiterer Weg ist die Standardisierung der empirischen antibiotischen Therapie für die Akutversorgung der Patienten im Dienst. Eine solche Leitlinie in Kitteltaschenformat, wie zum Beispiel die in der Dr. von Hauner'schen Kinderklinik

seit Mitte 2015 eingeführte AntibiotikaKARTE (siehe Abbildung 1), erlaubt es, die Verschreibungspraxis der Assistenzärzte gezielt zu leiten. Auch die Dosierungsempfehlungen sind mittels dieser einfachen Maßnahme effektiv zu kommunizieren. Die AntibiotikaKARTE wurde von allen klinisch tätigen Ärzten äußerst positiv angenommen. Zudem wird die Sichtbarkeit der Infektiologie und des ABS-Teams in der Klinik gestärkt. Ganz entscheidend ist jedoch, dass durch diese einfache Maßnahme das vielfach sehr uneinheitliche Verordnen von Antibiotika, sowohl im Hinblick auf die Wahl des Antibiotikums als auch die Dosierung, strukturiert und der lokalen mikrobiologisch epidemiologischen Situation angepasst werden kann. Daher ist die beispielhaft in Abb. 1 dargestellte AntibiotikaKARTE der Dr. von Hauner'schen Kinderklinik auch ganz ausschließlich für diese Klinik gültig und hat in keiner Weise Allgemeingültigkeit. Sie soll an dieser Stelle lediglich als Beispiel einer lokalen Leitlinie für die initiale empirische antibiotische Therapie dienen.

Jede Entscheidung des ABS-Teams sollte, wenn immer möglich, auf der Grundlage eines evidenzbasierten Vorgehens beruhen. Um zu illustrieren, wie man sich einem speziellen ABS-relevanten Problem annehmen kann, soll abschließend das Beispiel der ambulant erworbenen Pneumonie dienen (siehe Text-Box).




AntibiotikaKARTE®
DR. VON HAUNER'SCHES KINDERSPITAL

Bei jedem Antibiotika-Einsatz gilt:



Ist wirklich ein Antibiotikum nötig?
Bestehen Allergien?
Immer **VORHER** mikrobiologische Diagnostik abnehmen!
Tägliche Evaluation der Therapie im Hinblick auf mögliches!

- Absetzen
- Eskalation/Deeskalation
- korrekte Dosierung
- Oralisierung
- Festlegung der Therapiedauer

Infektion	Empirische Antibiotika-Therapie (Dosierung pro Tag)
Fieber ohne klaren Fokus	
< 3 Monate	Ampicillin iv 3 x 50 mg/kg PLUS Cefotaxim iv 3 x 50 mg/kg
> 3 Monate	Ceftriaxon ¹ iv 1 x 80 mg/kg (max. 4 g)
Fieber in Neutropenie	
	Piperacillin-Tazobactam ² iv 3 x 100 mg/kg (max. 4 g/ED) bei V.a. MRSA oder ZVK-Infektion PLUS Vancomycin ³ iv 3 x 20 mg/kg (max. 650 mg/ED)
Septischer Schock	
	Meropenem iv 3 x 20 mg/kg (max. 1 g/ED)
ZNS	
Meningo-Enzephalitis	Aciclovir iv <1 a: 3 x 20 mg/kg, >1 a: 3 x 10 mg/kg (max. 850 mg/ED); PLUS >1 Mo.: Ceftriaxon ¹ iv 1 x 80 mg/kg (max. 4 g)
Meningitis < 3 Monate	Ampicillin iv 3 x 100 mg/kg, >1 Mo.: 4 x 100 mg/kg PLUS Cefotaxim iv 4 x 50 mg/kg
Meningitis > 3 Monate	Ceftriaxon ¹ iv 1 x 80 mg/kg (max. 4 g)
Pneumonie	
Neugeborenes	Ampicillin iv 3 x 50 mg/kg; PLUS Cefotaxim iv 3 x 50 mg/kg
ambulant erworben 4 Wochen–6 Monate	Cefuroxim iv 3 x 40 mg/kg
ambulant erworben > 6 Monate	Ampicillin iv 3 x 50 mg/kg (max. 2 g/ED) oder Amoxicillin po 3 x 30 mg/kg (max. 1,5 g/ED)
atypisch	Clarithromycin po 2 x 7,5 mg/kg (max. 500 mg/ED)
nosokomial	Piperacillin-Tazobactam ² iv 3 x 100 mg/kg (max. 4 g/ED)
Multiresistente Erreger	
anamnestisch ESBL	Meropenem iv 3 x 20 mg/kg (max. 1 g/ED)
anamnestisch MRSA	Vancomycin ³ iv 3 x 20 mg/kg (max. 650 mg/ED) als Bestandteil der Therapie

HNO	Antibiotikum nicht 1. Wahl
Tonsillitis/ Pharyngitis	wenn 3 aus 4: exsudativ, Fieber, schmerzhafte zervikale Lymphadenopathie, kein Husten. Dann: Streptokokken-Schnelltest, NUR bei Streptokokken A-Nachweis: Penicillin V po 3 x 30.000 IE/kg (max. 2 Mio. IE/ED) für 7d
Epiglottitis/Tracheitis	>1 Mo.: Ceftriaxon ¹ iv 1 x 50 mg/kg (max. 4 g)
akute Otitis media/ akute Sinusitis	Antibiotikum nicht 1. Wahl! Einsatz kritisch hinterfragen, da meist virale Ursache und Heilung spontan. Ohne Risikofaktoren: Analgesie, abschwellende NT. Reevaluation nach 24–48 h, bei Persistenz/AZ-Verschlechterung: Amoxicillin po 3 x 30 mg/kg (max. 1,5 g/ED)
maligne Otitis externa	Ceftazidim iv 3 x 50 mg/kg (max. 1,5 g/ED) PLUS Ciprofloxacin iv 2 x 15 mg/kg (max. 750 mg/ED)
Harnwegsinfektion	
Zystitis	Amoxicillin-Clavulansäure po 3 x 20/5 mg/kg (max. 1000/250 mg/ED)
kompl. Pyelonephritis	Piperacillin-Tazobactam ² iv 3 x 100 mg/kg (max. 4 g/ED)
GI-Trakt	
Peritonitis	Piperacillin-Tazobactam ² iv 3 x 100 mg/kg (max. 4 g/ED)
Knochen/Haut/Weichteil/Auge	
Osteomyelitis/ sept. Arthritis	Cefuroxim iv 3 x 50 mg/kg (max. 1,5 g/ED)
Lymphadenitis	Amoxicillin-Clavulansäure po 3 x 20/5 mg/kg (max. 1000/250 mg/ED)
Cellulitis/Impetigo	Amoxicillin-Clavulansäure po 3 x 20/5 mg/kg (max. 1000/250 mg/ED)
Cellulitis schwerwiegend (mit Fieber/ schnellem Progress)	Ampicillin-Sulbactam ⁴ iv 3 x 50 mg/kg (max. 4 g/ED) PLUS Flucloxacillin iv 4 x 50 mg/kg (max. 2 g/ED) (bei Penicillin-Allergie, >1 Mo.: Clindamycin iv 4 x 10 mg/kg)
Lidphlegmone	Ampicillin-Sulbactam ⁴ iv 3 x 50 mg/kg (max. 4 g/ED) oder Amoxicillin-Clavulansäure po 3 x 20/5 mg/kg (max. 1000/250 mg/ED)
Periorbital- phlegmone	>1 Mo.: Ceftriaxon ¹ iv 1 x 80 mg/kg (max. 4 g) PLUS Flucloxacillin iv 4 x 50 mg/kg (max. 2 g/ED)
Bisse (Tier/Mensch)	Amoxicillin-Clavulansäure po 3 x 20/5 mg/kg (max. 1000/250 mg/ED) Notwendigkeit einer Tollwut- und Tetanusprophylaxe prüfen!

¹ Ceftriaxon nicht zusammen mit parenteraler Ernährung (TPN)/Calcium-haltigen iv-Lösungen verabreichen; kein Einsatz bei erhöhtem Bilirubin-Spiegel
² Dosierungsempfehlung bezogen auf Piperacillin-Anteil
³ Blutspiegel durch Therapeutisches Drug Monitoring überwachen;
⁴ Dosierungsempfehlung bezogen auf Gesamtmenge Ampicillin-Sulbactam

Verantwortliche: Team der pädiatrischen Infektiologie:
Prof. J. Hübner (70-1434), Dr. U. von Both (70-9026), K. Kreitmeyer (Apothek),
Diensthandy Infektiologie: 0152-54849422



Unterstützt durch die ACK Bayern
Stand: 12.2015

Abb. 1

ABS bei ambulant erworbener Pneumonie – ein Beispiel

Im Jahre 2011 wurden Empfehlungen der US-amerikanischen und der britischen Fachgesellschaften zur Diagnostik und Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie bei Kindern publiziert. In Deutschland gibt es hierzu bisher die Empfehlung in einem speziellen Kapitel des Handbuchs „Infektionen bei Kindern und Jugendlichen“; zudem steht eine AWMF-Leitlinie zum Thema kurz vor der Fertigstellung. In der klinischen Praxis gibt es erhebliche Unterschiede hinsichtlich des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Damit ist auch ein sehr unterschiedlicher Bedarf an Ressourcen verbunden.

Nach den Ergebnissen eines aktuellen Survey gaben nur 60% der Teilnehmer an, dass in ihrer Einrichtung eine schriftlich festgelegte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie vorliege (Spyridis et al. 2015). Die häufigsten Erreger der bakteriellen Pneumonie sind nach wie vor Pneumokokken, von diesen ist in Deutschland nur ein sehr geringer Anteil Penicillin-resistent. In vielen Fällen haben deshalb die bei gesunden Kindern ohne schwerwiegende Grunderkrankung zur empirischen Therapie eingesetzten Antibiotika ein zu breites Wirkspektrum.

Wenig problematisch ist die Verdachtsdiagnose bei einem Kind mit dem klassischen Bild einer Lobärpneumonie mit plötzlich einsetzendem Fieber > 39°C, reduziertem Allgemeinzustand, Tachypnoe mit oder ohne atemabhängigen Schmerzen, Husten, pneumonischen Rasselgeräuschen mit oder ohne Konsolidierung (vermindertes Atemgeräusch, hyposonore Perkussion), im Labor Leukozytose mit Linksverschiebung, CRP > 100 mg/L, im Röntgenbild umschriebenes Segment- oder Lobärinfiltrat (mit oder ohne Pleuraerguss). In vielen Fällen ist jedoch eine solche Unterscheidung von bakteriellen Pneumonien hinsichtlich der Ursachen (Pneumokokken, *Haemophilus influenzae* oder *Moraxella catarrhalis*, viralen Infektionen wie RSV, humanes Metapneumovirus und andere, Infek-

tionen durch atypische Pneumonieerreger wie *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) ohne eine gezielte Erregerdiagnostik nicht möglich. Wann ist also eine Therapie mit einem Makrolidantibiotikum erforderlich? Gibt es lokale Hinweise auf eine Zunahme der Makrolidresistenz bei Mykoplasmen? Was ist überhaupt von einer Therapie mit Makroliden zu erwarten? (Spuesens et al. 2014). Kontrovers diskutiert wird auch die Therapiedauer (z. B. 7 vs. 10 Tage), wobei eine vor kurzem publizierte randomisierte Studie darauf hinweist, dass in unkomplizierten Fällen 5 volle Behandlungstage ausreichen (Greenberg et al. 2014).

Insofern gibt es eine Reihe von Fragen, die ein interdisziplinäres Team aus Pädiatern, Infektiologen, Mikrobiologen und Virologen zu bearbeiten hat, wenn es eine interne Leitlinie zur stationären Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie entwickelt:

- 1) Was sind die klinischen Kriterien (inklusive Pulsoxymetrie) für eine stationäre Einweisung?
- 2) Labordiagnostik (z. B. Blutbild und Differenzialblutbild, C-reaktives Protein (CRP) oder Procalcitonin (PCT), Blutsenkung mit Test auf Kälteagglutinine, Blutgasanalyse)?
- 3) Welche mikrobiologische Diagnostik soll aus welchen Materialien durchgeführt werden (wann benötigen die Kinder eine Blutkultur, welche Kinder sollen auf virale Erreger von Atemwegsinfektionen untersucht werden, bei welchen Kindern ist eine Diagnostik auf atypische Pneumonie-Erreger sinnvoll)?
- 4) Röntgendiagnostik (in der Regel eine Ebene, keine Kontrollaufnahmen, insbesondere nicht nach Ausheilung bei ansonsten gesunden Kindern)?
- 5) Empirische Therapie der ersten Wahl (in der Regel Ampicillin oder Ampicillin-Sulbactam)?
- 6) Wann sollen Makrolide oder Fluorchinolone eingesetzt werden?
- 7) Welche Zeitspanne bis zur ersten Antibiotikagabe (time to antibiotics) wird angestrebt?

8) Supportive Therapie (Flüssigkeit, Inhalationen, Schmerzmittel bei atemabhängigen Schmerzen)?

9) Kritische Kontrollpunkte im Verlauf (Ansprechen nach 48h, Umsetzen auf ein orales Antibiotikum, erweiterte Diagnostik bei klinischen und sonographischen Hinweisen auf ein Pleuraempyem)?

10) Dauer der intravenösen / der oralen Therapie?

11) Wann kann das Kind wieder entlassen werden und welche Mindestverweildauer wird angestrebt?

Auch *Staphylococcus aureus* kommt als Pneumonie-Erreger in Frage, oft geht dabei eine Virusinfektion voraus (z. B. eine Influenza). Diese Patienten sind schwer krank und zeigen im Röntgenbild fokale Entzündungsherde, die im fortgeschrittenen Stadium als Abszesse (Rundherde, Nekrosen, Kavernen) imponieren. Solche Kinder sollen eine hoch dosierte intravenöse Kombinationstherapie aus Flucloxacillin und Rifampicin (oder Fosfomycin) erhalten.

Eine besondere Behandlungssituation ergibt sich außerdem bei Patienten mit einem parapneumonischen Pleuraempyem, das in ca. 80 % aller Fälle durch Pneumokokken verursacht wird (häufig Serotyp 1) (Blaschke et al. 2013). Zu dieser Komplikation, deren Häufigkeit in den letzten Jahren zuzunehmen scheint, sind sehr gute Übersichtsarbeiten und eine Leitlinie der British Thoracic Society publiziert worden, auf die an dieser Stelle nur verwiesen werden kann (Balfour-Lynn et al. 2005, Grisaru-Soen et al. 2013, Paraskakis et al. 2012, Proesmans und De Boeck 2009, Proesmans et al. 2014). Für Kinder mit parapneumonischem Pleuraempyem sollte es einen eigenen Behandlungsalgorithmus geben, in dem sowohl konservative (Antibiotika, wiederholte Einzelpunktionen vs. Pigtaildrainage, Urokinase-Instillation) als auch die – viel seltener erforderlichen – operativen Interventionen (Video-assistierte Thorakoskopie, Minithorakotomie) dargestellt und gewichtet werden.

In den letzten Jahren konnten verschiedene Arbeitsgruppen zeigen, dass die Qualität der Versorgung auch in Bezug auf einen angemessenen Einsatz von Antibiotika bei Kindern mit ambulant erworbener Pneumonie signifikant durch die Implementierung einer internen Leitlinie verbessert werden kann (Ambrogio

et al. 2013, Newland et al. 2012, Newman et al. 2012, Smith et al. 2012). Leitlinien von Fachgesellschaften können nur zum Patienten durchdringen, wenn sie von den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten vor Ort anhand einer verbindlichen internen Handlungsanweisung umgesetzt werden. Wer eine interne Leitlinie

implementiert hat, kann prospektiv überprüfen, ob sie umgesetzt wird und daraus wichtige Hinweise auf Hindernisse der Implementierung in der Praxis gewinnen (Sandora et al. 2009). All dies dient dem wichtigsten Ziel des ABS: die Patienten sollen die bestmögliche Therapie ihrer Infektion erhalten.

Literatur beim Verfasser
Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. Ulrich von Both
Abteilung Pädiatrische Infektiologie

Dr. von Hauner'sches Kinderspital, KUM
Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)
Lindwurmstr. 4
80337 München
Tel.: 089-4400-52811
E-Mail: ulrich.von.both@med.uni-muenchen.de

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

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

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

Druckauflage 13.567

lt. IVW IV/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-

105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 49 vom 1. Oktober 2015

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

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

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

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

© 2016. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Highlights aus Bad Orb ●●●

Diagnostik und Behandlung angeborener Störungen des Gehörs – Was bringt das Hörscreening?

Ein bis drei von 1.000 Neugeborenen leiden unter einer angeborenen beidseitigen Hörstörung. Am häufigsten sind genetisch bedingte Hörstörungen und Hörstörungen bei Risikokindern. Das Neugeborenenhörscreening hat das Alter der Kinder bei der Diagnosestellung einer Hörstörung deutlich herabgesetzt. So erhalten inzwischen die meisten betroffenen Kinder eine frühzeitige Hörhilfenversorgung. Leider können auch bei einem unauffälligen OAE-Neugeborenenhörscreening seltene relevante Hörstörungen vorhanden sein. Außerdem können sich auch schon in der frühen Kindheit relevante Hörstörungen neu entwickeln. Beim elterlichen Verdacht auf eine Hörstörung sind deshalb immer eine HNO-ärztliche Untersuchung, sowie nach Ausschluss von Paukenergüssen beziehungsweise bei einer anhaltenden Schwerhörigkeitssymptomatik eine pädaudiologische Untersuchung zu empfehlen.



Dr. Sabine Nospes

Ein bis drei von 1.000 Neugeborenen leiden unter einer angeborenen beidseitigen Hörstörung mit einem permanenten Hörverlust von mehr als 40 dB. Das sind in Deutschland zirka 700-2.100 Neuerkrankungen pro Jahr. Je nach Studie sind 21-54 % dieser Hörstörungen genetisch bedingt, 2-9,3 % pränatal, 6,7-18,8 % perinatal und 1,8-14 % postnatal erworben. Ein erheblicher Anteil der Ursachen angeborener Hörstörungen (30-49,1 %) ist immer noch unbekannt. Risikofaktoren für konnatale Hörstörungen sind familiär gehäufte Hörstörungen, eine Intensivbehandlung von mehr als 24 Stunden mit Beatmung, Frühgeburtlichkeit vor der 32. Schwangerschaftswoche, ein Geburtsgewicht unter 1500 g, prä- oder postnatale Infektionen (z. B. CMV, Toxoplasmose, Röteln, Herpes, bakterielle Infektionen), eine ototoxische Medikation (z. B. Aminoglykoside, Schleifendiuretika), eine kritische Hyperbilirubinämie (mit Austauschtransfusion), Fehlbildungen des Kopfes (z. B. Halsfisteln, Gaumenspalte) oder Syndrome mit assoziierter Hörstörung (z. B. CHARGE, Waardenburg Syndrom) [1].

Bei unseren Mainzer Kindern diagnostizierten wir am häufigsten Schallempfindungsschwerhörigkeiten (88,3 %), nur bei wenigen eine dauerhafte Schalleitungsschwerhörigkeit (3,3%) oder kombinierte Hörstörungen (8,4 %).

Kombinierte Hörstörungen sind Hörstörungen mit einem Innenohr- und einem Mittelohranteil und deshalb eine dritte Art der Hörstörung, die wir unterscheiden.

Zu den sensorineuralen Hörstörungen zählen auch die seltenen durch intracochleäre oder retrocochleäre Störungen bedingten Auditorischen Synaptopathien-Neuropathien, mit in der pädaudiologischen Diagnostik unauffälligen otoakustischen Emissionen bei pathologischen akustisch evozierten Potentialen. Ein Kernikterus kann durch eine Schädigung der Hörnervenkerne eine schwerste retrocochleäre Hörstörung verursachen.

„Auditorische Synaptopathie-Neuropathien“: Es handelt sich dabei um nicht zentral bedingte intracochleäre oder retrocochleäre Hörstörungen unterschiedlicher Ursache (z. B. Gendefekte, Kernikterus), die sich gegenwärtig in der pädaudiologischen Diagnostik noch nicht sicher differenzieren lassen. Diese Erkrankungen imponieren durch ein zum Teil vorhandenes bzw. schwankendes Tonhörvermögen ohne dass aus diesen Tönen Wörter oder Sprache ausreichend erkannt werden kann. Diese Kinder können also teilweise hören aber Sprache nicht verstehen. Es entwickelt sich bei so betroffenen Kindern eine Sprachentwicklungsstörung bei Hörstörung.

30 % der genetisch bedingten Hörstörungen treten in Verbindung mit zirka 400 verschiedenen Syndromen in Erscheinung. Am häufigsten finden sich das Waardenburg-Syndrom, das branchio-otorenale Syndrom, das

Genetisch bedingte Hörstörungen sind zu 30 % syndromal und zu 70 % nicht-syndromal bedingt.

		Geburtsjahrgänge		
		1990-1996	1997-2003	2004-2010
Hörverlust [dB]		Alter bei Diagnosestellung [Jahre; Monate]		
Leicht	25-40	6; 8	4; 9	2; 3
Mittel	40-69	4; 9	3; 2	1; 4
Hoch	70-94	2; 9	1; 7	1; 1
Resthörig/Taub	≥ 94	1; 9	1; 2	0; 9

Tab. 1: Alter bei Diagnosestellung: Geburtsjahrgänge 1990-2010

Gross M, Deutsches Zentralregister für kindliche Hörstörungen, Stand 12.05.2011, 11.005 Patienten

Die Diagnose einer Hörstörung soll bis zum vollendeten dritten Lebensmonat gesichert sein, eine Hörgeräteerstversorgung soll spätestens bis zum vollendeten sechsten Lebensmonat erfolgen.

Das Neugeborenenhörscreening hat das Alter der Kinder bei Diagnosestellung einer Hörstörung herabgesetzt.

Pendred-Syndrom und das Usher-Syndrom. 70 % der genetischen Ursachen sind nicht-syndromal bedingt. 75-80 % der genetischen Hörstörungen werden autosomal rezessiv vererbt. Davon sind die Hälfte und damit die häufigste Ursachen GJB2/GJB6-Mutationen, welche die zur Signalübertragung im Innenohr notwendigen Connexine 26/30 kodieren. 20-25 % der Hörstörungen sind autosomal dominant bedingt (meist Mutationen mehrerer Genloci), 1,0-1,5 % sind X-chromosomal bedingt und in weniger als 1% finden sich sonstige genetische Ursachen [2]. Inzwischen konnten auf allen menschlichen Chromosomen für Hörstörungen verantwortliche Gene identifiziert werden [3]. Diese Gene kodieren Proteine zur Steuerung der Expression bzw. der Regulation von Genen (z. B. Apoptose), Proteine zur Steuerung des zellulären Stoffwechsels (z. B. Connexin 26), Proteine für die Synapsen-Morphologie und -Funktion und Proteine für die Haarzell- bzw. Stereozilien-Morphologie und -Entwicklung [3, 4].

Insbesondere im Hinblick auf die Diagnostik von Syndromen ist eine differenzierte körperliche Untersuchung der Kinder erforderlich. Besonders zu achten ist auf morphologische Auffälligkeiten im Gesicht- und Kopfbereich (Ohrmuscheldysplasie, Gehörgangsatresie, präaurikuläre Fisteln, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Mittelgesichtsdysmorphie, Mikrozephalie, Fazialisfunktion, Augenanomalien) sowie auf Fehlbildungen der Hände, der Füße und der Haut. Der pädaudiologische bzw. HNO-ärztliche Befund umfasst eine Ohrmikroskopie ggf. Ohrreinigung sowie eine Inspektion der Nase, des Rachens, des Nasenrachens und je nach klinischer Symptomatik eine orientierende motorische Prüfung/Gleichgewichtsprüfung. So sind die häufigsten Ursachen von Schalleitungsschwerhörigkeiten (Cerumen obturans, enge Gehörgänge/ Gehörgangstenosen, Paukenergüsse/ Otitis media akuta und chronica) erkennbar.

Die weiterführende pädaudiologische Funktionsdiagnostik besteht zunächst immer aus Messungen des akustischen Widerstandes der Trommelfelle (Tympanometrie, ggf. Stapediusreflexe) als Hinweis auf eine pathologische Mittelohrbelüftung. Außerdem verwenden wir die subjektiven Untersuchungsmethoden der entwicklungsgemäß durchgeführten Tonaudiometrie und bei älteren Kindern der ebenfalls entwicklungsgemäß

angepassten Sprachaudiometrie. Die Testungen erfolgen sowohl mit akustischen Reizen im Freifeld als auch mit Einsteckhörern oder Kopfhörern. Bei Kindern bei denen mit diesen Methoden keine ausreichenden Befunde zu erheben sind, müssen als semiobjektive Untersuchungsmethoden die Ableitung otoakustischer Emissionen (TEOAE, DPOAE) und die Ableitung akustisch evozierter Potentiale/ meist einer Hirnstammaudiometrie (Click-BERA, frequenzbezogene BERA) ergänzend durchgeführt werden. Die beiden semiobjektiven Untersuchungen benötigen ein motorisch und akustisch ruhiges Kind. Dies macht häufig eine Sedierung erforderlich. Zusätzlich sind ggf. auch bildgebende Untersuchungen (CT, MRT) notwendig.

Ziele einer frühen Hördiagnostik sind die Sicherung der Diagnose einer Hörstörung bis zum vollendeten dritten Lebensmonat und der Beginn einer konventionellen Hörgeräteerstversorgung spätestens bis zum vollendeten sechsten Lebensmonat. Differenzialdiagnostisch müssen in der weiteren Verlaufsdagnostik und Behandlung der Kinder neben Hörverschlechterungen auch Hörbahnreifungsverzögerung oder spontane Gehörgangserweiterung berücksichtigt werden. Zur Behandlung stehen konventionelle Hörgeräte (Hinter dem Ohr-Hörgeräte, Knochenleitungshörgeräte) und auch teilimplantierbare Hörsysteme (Cochlea Implantat, Knochenleitungshörsysteme, Mittelohrhörsysteme) zur Verfügung.

Seit 2009 ist in Deutschland das allgemeine Neugeborenenhörscreening vorgeschrieben. Risikokinder werden primär mit automatisierten akustisch evozierten Hirnstammpotentialen (AABR), reif geborene Neugeborenen mittels automatisierten transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE) untersucht. Nach einem pathologischen Kontroll-Screening muss eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik erfolgen.

Mit den Daten der Geburtsjahrgänge 1990 bis 2010 des Deutschen Zentralregisters für kindliche Hörstörungen ist eine wesentliche Herabsetzung des Zeitpunktes der Diagnosestellung kindlicher Hörstörungen insbesondere auch höhergradiger Hörstörungen zu belegen (Tab. 1). Ab 2005 stieg der Anteil der Kinder, deren Hörstörungen durch das Neugeborenenhörscreening früh identifiziert werden konnte von 25 % auf 92 % [5]. Dies ist auch deshalb von Bedeutung, da zirka 50 %

	Kontrollintervalle
Konnatale Infektionen (CMV, Toxoplasmose, etc.)	bei konnataler CMV: <ul style="list-style-type: none"> • im 1. Lebensjahr 3-monatig • dann ½-jährlich • weitere Kontrollen je nach Hörbefund mindestens 1 x jährlich
nach komplizierter Neugeborenen-Phase (Z. n. Aminoglykosid-Behandlung, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • in den ersten 3 Lebensmonaten
Kinder schwerhöriger Eltern/ bei familiär gehäuften Hörstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • in den ersten 3 Lebensmonaten • bei unauffälligem Befund 1 x jährlich
Kinder mit einem Sprachentwicklungsrückstand ab Mitte des zweiten Lebensjahres	<ul style="list-style-type: none"> • bei Diagnosestellung • vor Beginn einer logopädischen Behandlung
Kinder bei denen die Eltern den Eindruck haben, dass sie schlecht hören und/oder Sprache nicht verstehen	<ul style="list-style-type: none"> • immer im Verdachtsfall

Tab. 2: Welche Kinder mit regelrechtem Neugeborenenhörscreening sollten pädaudiologisch kontrolliert werden?

der früh mit einem Cochlea Implantat versorgten Kinder eine der natürlichen Sprachentwicklung hörender Kinder entsprechende Sprachentwicklung vorweisen [6]. Je früher Kinder mit einem Resthörvermögen mit einem Cochlea Implantat versorgt werden, umso besser können sie sich sprachlich entwickeln [7].

Ein unauffälliges Neugeborenenhörscreening kann jedoch in seltenen Fällen immer noch mit einer Hörstörung des Kindes assoziiert sein. Bei infolge intakter Haarzellenfunktion unauffälligen otoakustischen Emissionen (TEOAE) können seltene intra- oder retrocochleäre Hörstörungen wie die Auditorische Synaptopathie-Neuropathie übersehen werden.

Außerdem können sich Hörstörungen auch erst im Anschluss an das Neugeborenenhörscreening in den ersten Lebensmonaten neu entwickeln (insbesondere bei einer konnatalen CMV-Infektion, nach ototoxischer Medikation, bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten u.a.). Diese Kinder zeigen dann trotz primär unauffälligen TEOAE schlechte Hörreaktionen und eine verzögerte oder ausbleibende Sprachentwicklung. Wegweisend ist in solchen Fällen nach unserer Erfahrung immer der durch die Eltern oder andere Bezugspersonen erhobene Verdacht auf eine Hörstörung. Es ist deshalb in einer solchen Situation auch nach einem regelrechten Neugeborenenhörscreening immer eine HNO-ärztliche Untersuchung zum Ausschluss eines Paukenergusses und bei einer anhaltenden Schwerhörigkeitssymptomatik eine pädaudiologische Untersuchung zu empfehlen. Eine der beobachteten Entwicklungsstörung zu Grunde liegende Hörstörung ist nur durch eine differenzierte pädaudiologische Diagnostik zu sichern oder auszuschließen (Tab. 2). Eine Untersuchung nur mittels Tympanometrie und/oder otoakustischen Emissionen ist hier nicht ausreichend.

Neu geplant: U8 - Screening-Tonaudiometrie (46.-48. Lebensmonat (Toleranzbereich 43.-50. LM)

Der bisherige Konsens in der Arbeitsgruppe besteht darin, zukünftig einen obligaten tonaudiometrischen Hörtest mit 5 Frequenzen bei 4 Reizpegeln und einer Detektionsschwelle von 30 dB vorzuschlagen. Die Maßnahme ist jedoch noch nicht endgültig verabschiedet. Die Untersuchung soll dann mit einem Screening-Tonaudiometer mit Kopfhörer, mit der Testung beider Ohren ohne Vertäubung, als adaptatives Verfahren/ oder alternativ mit einem handelsüblichen Tonaudiometer, mittels Spiel- oder Verhaltensaudiometrie durch pädaudiologisch geschultes Personal erfolgen. Die Untersuchung soll in einem ruhigen Raum in der Kinderarztpraxis durchgeführt werden.

Eine Tympanometrie misst nicht das Hörvermögen. TEOAE zeigen in der oben genannten Altersgruppe zu häufig falsch negative Befunde. Deshalb sind beide Verfahren nicht für ein Hörscreening geeignet. Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (und das sind nicht wenige in der Altersgruppe) zeigen häufig Probleme im Sprachverständnis und verfügen außerdem nur über einen eingeschränkten Wortschatz. Diese Kinder können dann die in einem Sprachtest genannten Wörter nicht ausreichend zeigen oder nachsprechen, können also sprachaudiometrisch im Hinblick auf die Hörschwelle nicht zielführend getestet werden.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Sabine Nospes
Schwerpunkt Kommunikationsstörungen/HNO-Klinik, Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
E-mail: Sabine.nospes@unimedizin-mainz.de

Red.: Keller

Bei einem unauffälligen OAE-Neugeborenenhörscreening können seltene relevante Hörstörungen übersehen werden!

Schon in der frühen Kindheit können sich relevante Hörstörungen neu entwickeln.



Suchtforum

Steckbrief zu:

Dextromethorphan

Chemische Bezeichnung: Dextromethorphan ist ein dem Codein strukturähnliches hustendämpfendes Mittel mit psychoaktiven Nebenwirkungen, es ist ein prodrug, das im Körper umgewandelte Dextrorphan ist die Wirksubstanz.

Straßenname: DXM, DXO, Dex.

Handelsnamen: rezeptfrei als Antitussivum in jeder Apotheke erhältlich, z. B. Hustenstiller ratiopharm Hartkapseln, Silomat DMP Kapseln oder Lutschpastillen, Wick Formel 44 plus Hustenpastillen, Wick Hustensirup, Neo Tussan Saft.

Dosierung(en): in therapeutischen Dosen von 20–40 mg nur leicht sedierend, die nötige Menge für Rauscherfahrungen unterliegt starken individuellen Schwankungen, es bedarf mindestens der 3 ED, also 60 mg DMX oder mehr per os.

Einnahmeform: oral, Wirkeintritt nach 30-60 Minuten, Wirkdauer bis zu 6 Stunden.

Interaktionen: Lebensgefährliche Wirkverstärkungen möglich bei gleichzeitiger Einnahme von MAO-Hemmern (Anti-depressiva); Wirkverstärkung der sedierenden und atemdepressiven Wirkung durch andere Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Handelspreis(e): N 1 – Packungen für 2,99 bis 6,25 Euro.

Erwünschte Wirkung(en): Halluzinationen und Rauschzustände wie beim Alkoholrausch.

Unerwünschte Wirkung(en): Schläfrigkeit, motorische Störungen, Panikattacken.

Symptome bei Überdosierung: Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Blässe, Schwitzen; Mydriasis, Tachykardie, Blutdruckanstieg, Somnolenz, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit Sturzgefahr; neben Panikattacken sind psychotische Symptome wie Verfolgungswahn möglich, in sehr hohen Dosen im Prinzip auch Atemstillstand wie bei Codein.

Nachweismethoden: nicht in Routinedrogentests enthalten, aber im Serum durch alle chromatographischen Verfahren nachweisbar.

Therapieoptionen akut: eine primäre Giftentfernung bzw. die Gabe von Aktivkohle ist nur in der ersten Stunde nach Ingestion bei akzidentellen Vergiftungen durch Kleinkinder oder Suizidversuch angezeigt; bei Bewusstseinsstrübung oder Atemstörungen ist die Gabe von Naloxon als Antidot grundsätzlich möglich; indiziert und wirksam; meistens reicht Abwarten/Überwachen und symptomorientiertes Handeln.

Langzeitfolgen: eine körperliche Abhängigkeit ist nach Fallberichten nicht sicher ausgeschlossen; ein besondere Gefährdung für Überdosierungsprobleme besteht für Jugendliche mit Asthma bronchiale oder vorbestehenden Lebererkrankungen.

Dr. Matthias Brockstedt
 Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte
 Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin
 Tel.: 030/9018-46132
 E-Mail: matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



Lieber impfen als Titer messen

Wie oft werden Sie von Patienteltern gebeten, „mal die Masern-Antikörper zu messen“, eine Frage, die durchaus auch andere impfpräventable Krankheiten betreffen kann? Nicht selten, vermute ich. Dahinter verbirgt sich oft der eigentliche Wunsch, mit Hilfe eines Labortests „Schutz vor Masern“ zu attestieren. Klingt banal, ist es aber nicht. Bei *ungeimpften* Personen korreliert tatsächlich der Nachweis von Masern-IgG-Antikörpern im Serum in hohem Maße mit durchgemachten Masern und somit auch Schutz vor erneuter Krankheit; bei Geimpften ist die Aussagekraft dagegen eher gering. Die Serokonversionsrate (!) gegen Masern, kurze Zeit nach 1 MMR-Impfung gemessen, beträgt etwa 98%, die klinische Schutzwahrscheinlichkeit „nur“ etwa 95% (*King et al, Pediatr Infect Dis J 1991; 10:883-8*). D.h., es gibt nicht nur falsch-negative IgG-Antikörperergebnisse (die uns nicht weiter stören würden, wenn in der Konsequenz das Kind eine MMR-Impfung erhielt), sondern eben leider auch falsch-positive. Das muss man den Eltern sagen, damit sie verstehen, dass ein positives Laborergebnis keinen Schutz attestiert und sie mit einer 2. Dosis MMR für ihr Kind viel besser beraten sind. Mal ganz abgesehen von dem zusätzlichen Argument, dass bei der Mumpskomponente der Anteil falsch-positiver Ergebnisse so hoch ist, dass man jegliches Schutzkorrelat in Frage stellen muss, gilt also bei MMR wie so oft: lieber impfen als messen!

Ein Journalist von brandeins (deutsche Wirtschaftszeitschrift) schrieb vor Jahren in einem interessanten Beitrag zu Zahlen und Messen (<http://www.brandeins.de/archiv/2002/modern/wer-viel-misst-misst-viel-mist/>): „Niemand kann ernsthaft bestreiten, dass Zählen und Messen hilfreich sein kann. Dass, wo Zahlen zur Verfügung stehen, man sie auch berücksichtigen sollte. Aber wir dürfen uns nicht hinter ihnen verstecken. Sie entheben uns nicht einer begründbaren Interpretation oder einer zu rechtfertigenden qualitativen Auswertung.“ So ist es und ich verweise Patienten, die mich um Interpretation von „Impftitern“ bitten, gerne zurück an den Kollegen oder Kollegin, welche(r) die Serologie veranlasst hat, und begründe es damit, dass diesen ja die Fragestellung geläufig sein müsste, mir dagegen nicht. Das gleiche Vorgehen würde ich Ihnen auch raten, es erspart Ihnen viel Kummer.

Meningokokken Gruppe A (MenA)

In Afrika hat sich in den letzten Jahren eine wahre Erfolgsgeschichte ereignet, die kürzlich in einer ganzen Reihe von Artikeln in *Clinical Infectious Diseases* (2015;61:Supplement 5) gewürdigt wurde. Ausgangspunkt war die bekannte hohe Inzidenz jährlicher Meningokokken-Epidemien im so genannten Meningitisgürtel der Subsahara von >100 pro 100.000, weitaus die meisten davon MenA. Im Vergleich dazu beträgt die Inzidenz aller invasiven Meningokokken-Infektionen in Deutschland <1. Die Bill und Melinda Gates Stiftung stellte 2001 einem Konsortium („Public/Private Partnership“ unter Federführung von PATH, eine global orientierte amerikanische Gesundheitsorganisation und WHO) 70 Millionen US Dollars für die Entwicklung eines wirksamen MenA-Impfstoffs zur Verfügung. Daraus resultierte die Entwicklung der Meningokokken Konjugatvakzine PsA-TT (MenAfriVac®, Serum Institute of India), bestehend aus dem Kapselpolysaccharid A welches an Tetanus-Toxoid (TT, nicht zufällig als Trägerprotein gewählt, siehe unten) gekoppelt ist. Sie wurde 2009 in Indien zugelassen, 2010 erhielt sie von der WHO den Status „pre-qualified“ (welcher die Anwendung in vielen Ländern erlaubt) und konnte zu einem Do-



Impfforum

sispreis von etwa 50 Cent ab Dezember 2010 in Burkina Faso, Mali und Niger eingesetzt werden. Binnen eines Monats wurden dort knapp 20 Millionen Personen im Alter von 1 bis 29 Jahren je einmal geimpft. Der Erfolg war außerordentlich (*Clin Infect Dis 2012; 56:354-63*): gute Verträglichkeit, hohe Wirksamkeit und Ausbildung einer Herdenprotektion senkten die Krankheitslast von einst vielen tausend Fällen pro Jahr auf nahezu Null. In der Folge wurde die Impfkampagne bis 2014 auf weitere 13 Länder des so genannten Meningitisgürtels ausgedehnt (www.who.int). Die Impfung mit PsA-TT hat noch einen bemerkenswerten und von Beginn an erhofften Nebeneffekt: TT hat selbst immunogene Eigenschaften. Basta und Kollegen haben gezeigt, dass nach 1 Dosis PsA-TT der Anteil der aktuell vor Tetanus geschützten (anti TT ≥ 0.1 IU/ml) Personen von 57 auf 88% stieg und der der Langzeitgeschützten (anti TT ≥ 1.0 IU/ml) von 20 auf 58% (*ditto*, S. 578-585). Borrow und Mitarbeiter konnten zeigen, dass die Fälle von Neugeborenentetanus in 6 Ländern mit flächendeckenden PsA-TT Impfkampagnen binnen 2 Jahren um 25% zurückgingen, wohingegen sie in Vergleichsländern des Meningitisgürtel im gleichen Zeitraum um 14% zunahmen (*ditto*, S. 570-7).

Nun wurde die Vakzine in das von der WHO geförderte Expanded Program on Immunization aufgenommen. Mathematiker haben nämlich in einem dynamischen Transmissionsmodell kalkuliert, dass 1 Dosis PsA-TT für alle Säuglinge im Alter von 9 Monaten mit Nachholimpfung bis zum Alter von 4 Jahren jetzt die effizienteste Strategie ist, um einen anhaltenden Erfolg der Massenimpfkampagne zu gewährleisten (*Karachilou et al, ditto*, S. 594-600). Bei einer angenommenen Impfrate von 80% lässt sich so die Inzidenz auf 5/100.000 begrenzen. Zum Segen der Kinder und der gesamten Bevölkerung im Meningitisgürtel dürften damit die Meningokokkenepidemien bald der Vergangenheit angehören. Ob notorische Impfgegner dieser Entwicklung wohl Respekt zollen werden?

Masernparties

Erinnern Sie sich an meinen gleichnamigen Beitrag im Impfforum letzten Jahres (Seite 595, Nr. 10)? Es gab eine Leserreaktion, in der mir vorgeworfen wurde, es sei unverantwortlich zu Masernparties aufzurufen. Das überraschte mich, denn ich war davon ausgegangen, dass man den satirischen Hintergedanken zwischen den Zeilen unschwer erkennen konnte und meine an derartige „Parties“ geknüpften Kautelen dezidiert waren: 1) Zutritt erst ab

18 Jahren, also *keine Kinder und Jugendliche*, und 2) in „strenger Klausur“, also in tagelanger Isolation während der Inkubationszeit und nach Ausbruch der Krankheit bis zum Ende der Kontagiosität – dies, um Übertragungen außerhalb der „Party“ zu verhindern. Man kann sich dabei ja gegenseitig Geschichten zum Zeitvertreib erzählen (siehe G. Boccaccio, Dekameron, zu den Zeiten der Pest). Wer sich auf eine derartige „Masernparty“ mit nachfolgender Isolation begäbe täte der Bevölkerung einen größeren Gefallen als die frei herum laufenden, ungeschützten weil ungeimpften Erwach-

senen, welche in verantwortungsloser Weise nicht nur in unserem Land die Masern verbreiten (siehe Berlin 2015), sondern sie auch in andere Länder exportieren (Oster et al, *J Infect Dis* 2004; 189:S. 48–S. 53).

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Basel (Schweiz)

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler



Abb. 1: Lineär angeordnete, hyperkeratotische Plaques präpatellär und im Bereich des Unterschenkels auf erythematösem Grund, zum Teil mit Kratzexkoriationen



Abb. 2: Ähnlicher Befund im Bereich des Fußrückens mit Ausdehnung insb. auf dig. III und IV

Anamnese

Ein 15-jähriger Junge wird mit einer seit der Geburt bestehenden, gelblich-rötlichen, hyperkeratotischen und gelegentlich juckenden Plaque am linken Bein und Fuß vorgestellt. Die bisherige Therapie erfolgte symptomatisch mit harnstoffhaltigen Externa und topischen Glukokortikoiden bei Juckreiz. Bei dem älteren Bruder bestünde ein atopisches Ekzem, die weitere Familienanamnese ist bezüglich Hauterkrankungen unauffällig.

Untersuchungsbefund

15-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Bereich des linken Beines finden sich in blaschkolineärer Anordnung erythrosquamöse und hyperkeratotische, fokal kratzexkorierte Papeln, die teils flächig zu Plaques konfluieren und mit Unterbrechungen vom lateralen distalen Oberschenkel, über das linke Knie und den linken ventralen Unterschenkel bis zum Malleolus lateralis und den Zehenrücken von dig III und IV ziehen.

Histologischer Befundbericht (Dermatohistopathologie Friedrichshafen)

Akanthotische Epidermis mit elongierten Reteleisten. Orthokeratose, sowie abschnittsweise fokale Parakeratose. Im Bereich der Parakeratosezone jeweils Hypergranulose, sowie Epidermolyse im Bereich des darunter liegenden stratum spinosum.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:**Epidermolytische Form
eines epidermalen Nävus**

Epidermale Nävi sind in der Regel angeborene oder im ersten Lebensjahr auftretende, linienförmige oder bizarr konfigurierte, bräunliche Papeln bzw. Plaques, die Ausdruck eines kutanen Mosaiks sind.

Nur bei einer sehr kleinen Untergruppe der epidermalen Nävi, die klinisch keinerlei Abgrenzungskriterien gegenüber den übrigen epidermalen Nävi bietet, zeigt sich histologisch das typische Muster einer epidermolytischen Hyperkeratose. Im vorliegenden Fall fanden sich neben Zonen mit epidermolytischen Veränderungen immer wieder Abschnitte mit unauffälliger Epidermis. Dieser Umstand kann auf die mosaikartige Form einer möglicherweise auf die nächste Generation übertragbaren epidermolytischen Hyperkeratose (EHK, Synonym: bullöse kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie Brocq) hinweisen. Hierbei handelt es sich um eine seltene, autosomal dominant vererbte, kongenitale Ichthyose, die durch Mutationen des Keratin 1- oder Keratin 10-Gens hervorgerufen wird und insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter mit einer Erythrodermie sowie der Ausbildung von Blasen, im Laufe des späteren Lebens vorwiegend mit einer generalisierten Hyperkeratose einhergeht. Betroffene Säuglinge und Kleinkinder sind insbesondere durch bakterielle Superinfektionen gefährdet. Bei älteren Kindern steht ein übler, sozial stigmatisierender Körpergeruch im Vordergrund.

Im Falle postzygotisch in der frühen Embryogenese auftretender Spontanmutationen kann ein genetischer Mosaikismus entstehen, der sich klinisch durch eine blaschkolineäre Anordnung hyperkeratotischer Plaques und Papeln auszeichnet. Bei den Nachkommen betroffener Patienten besteht das Risiko einer generalisierten EHK, so dass wir bei unserem Patienten eine entsprechende genetische Untersuchung veranlassten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stehen bisher noch aus.

Diagnostik

Die Diagnose eines epidermalen Nävus wird in der Regel klinisch gestellt. Die epidermolytische Form eines epidermalen Nävus lässt sich klinisch nicht von gewöhnlichen epidermalen Nävi unterscheiden. Die Histologie ermöglicht nicht nur eine sichere Abgrenzung gegenüber Differentialdiagnosen, wie der lineären Psoriasis, sondern kann – wie im vorliegenden Fall – Hinweise auf mögliche genetische Mutationen geben, die einer weiteren Abklärung bedürfen. Bei histologischem Nachweis einer epidermolytischen Hyperkeratose sollte eine genetische Untersuchung auf Mutationen des Keratin 1- und Keratin 10-Gens erfolgen, und zwar vorzugsweise aus läsionaler Haut, da die Mutation bei betroffenen Patienten im Blut und in Fibroblasten häufig nicht nachweisbar ist.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss an einen ILVEN, einen Lichen striatus und an lineäre bzw. segmentale Formen einer Psoriasis, eines Lichen ruber und eines M. Darier gedacht werden.

Therapie

Eine symptomatische keratolytische und antipruriginöse Therapie ist mit harnstoffhaltigen Externa und topischen Glukokortikoiden in ausschleichender Dosierung bzw. als proaktive Therapie möglich. Bei starkem Leidensdruck und lokal begrenzten Befunden kann zudem eine vollständige Exzision – möglicherweise in mehrzeitigen Teilexzisionen – erwogen werden.

Literaturangaben

1. Paller AS, Syder AJ, Chan YM et al. Genetic and clinical mosaicism in a type of epidermal nevus. *N Engl J Med.* 1994;331:1408-15
2. Höger PH, *Kinderdermatologie: Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen*, 3. Auflage 2011. Stuttgart: Schattauer, 2011; S.129ff

Dr. Anne Teichler

**Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientronstraße 130, 22149 Hamburg**

Red.: Höger

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

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

(02 21) 6 89 09 21.



Prognose einer Ei-Allergie?

Frage

Ich betreue einen 8-jährigen Jungen mit einer seit dem 3. Lebensjahr bekannten Eiallergie.

Aktuelle Laborwerte:

Eiklar	CAP Kl. 2
Ovalbumin	CAP Kl. 2
Ovomucoid	CAP Kl. 2
Eigelb	CAP Kl. 0

Leichte Allergenspuren im Kuchen werden vertragen. Aktuell nach Verzehr eines Muffins wurde von Magenkrämpfen und Erbrechen berichtet.

Wie sieht es mit dem Spontanverlust der Eiallergie sowie der Wirksamkeit einer oralen Hyposensibilisierung aus?

Sollten Ei-enthaltende Nahrungsmittel konsequent gemieden werden?

Wie soll oral provoziert werden?

Antwort

Die Allergie gegen Hühnerei gehört zu den IgE-vermittelten, frühkindlichen, primären oder direkten Nahrungsmittelallergien. Dabei nimmt Hühnerei – vor Kuhmilch – den ersten Platz in der „Hitliste“ der Nahrungsmittelallergien ein.

Allergien gegen Hühnereihaben eine gute Prognose: Ca. 80 % der Kinder verlieren diese Allergie bis zum Schulalter (1,2). Dies stellt einen Prozess dar, der sich über viele Monate bis Jahre hinstreckt. Oft wird zunächst weder rohes noch gebackenes Hühnerei vertragen, mit der Zeit jedoch gebackenes Hühnerei, und schließlich wird Hühnerei in jeder Form vertragen.

Eine Spezifische Orale Toleranz-Induktion (SOTI) ist ein Therapieverfahren, das seit einigen Jahren in Studien untersucht wird (3,4). Trotz positiver Ergebnisse (Erreichen einer Toleranz einer mehr oder weniger großen Menge Hühnerei) bei einigen Patienten, überwiegen die Schwierigkeiten. Einerseits kann bei vielen Kindern die Reaktionsschwelle heraufgesetzt werden, wodurch eine gewisse Sicherheit gegenüber der versehentlichen Gabe von kleinen Mengen Hühnerei gegeben sein kann. Andererseits treten vermehrt Nebenwirkungen auf, da die Patienten mit steigenden Dosen ständig an die Grenze zu klinischen Reaktionen hochtitriert werden. Dazu

kommt das unvorhersehbare Risiko beim Vorliegen von Augmentationsfaktoren wie körperlicher Belastung und v. a. Infekte. Eine 24h Arztbereitschaft hier ist notwendig für eine sichere Patientenführung. SOTI sollte daher zurzeit weiterhin nur im Rahmen von klinischen Studien angewendet werden.

Von der Arbeitsgemeinschaft „Nahrungsmittelallergie“ der GPA wurde ein standardisiertes Vorgehen für die Durchführung von Nahrungsmittelprovokationen entwickelt und allen Kinderkliniken zur Verfügung gestellt (5, 6). Darin werden alle Aspekte – von der Indikationsstellung über die titrierten Provokationsschritte bis zur Beurteilung der klinischen Reaktionen – festgelegt.

Es ist eine alte Streitfrage, ob ein komplettes Meiden zu einer schnelleren spontanen Toleranzentwicklung führt. Zurzeit gibt es keinen Anhalt, dass Hühnerei in der Form, in der es klinisch vertragen wird, nicht auch gegeben werden kann und sollte.

Üblicherweise werden die Nahrungsmittel in der Form, in der sie auch zu sich genommen werden, provoziert. Hühnerei wird meist roh provoziert, da rohes Hühnerei in vielen Nahrungsmitteln vorkommt (z. B. Softeis, Tiramisu, Mayonnaise oder Mousse au chocolat). Da die Lebensqualität sich jedoch dramatisch erhöht, wenn Hühnerei z. B. in Kuchen, Keksen vertragen wird, wird zunehmend auch gebackenes Hühnerei getestet. Kriterien dafür könnten sein, dass die Reaktionen erst bei sehr hohen Dosen beobachtet werden oder sehr schwach ausgeprägt ausfallen. In Ihrem Fall wird noch auf Muffins reagiert, was schließen lässt, dass auch gebackenes Hühnerei nicht sicher vertragen wird.

Zusammenfassend scheint der Junge im konkreten Fall seine Hühnereiallergie langsamer zu verlieren als statistisch erwartet. Orale Provokationen sind in dieser Konstellation alle zwei bis drei Jahre sinnvoll, um eine Balance zu erreichen: Einerseits nicht unnötig lange eine einschneidende Diät durchzuführen, aber auch nicht in zu kurzen Abständen stationäre Aufenthalte zuzumuten, wenn die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass zwischenzeitlich eine Toleranz eingetreten ist. Eine spezifische orale Toleranzinduktion würde ich nicht anstreben.

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
Charité, Klinik für Pädiatrie
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Literatur bei InfectoPharm

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

HIV-Antikörper nach antiretroviraler Therapie in der frühen Säuglingszeit

Reactivity of Routine HIV Antibody Tests in Children who Initiated Antiretroviral Therapy in Early Infancy as Part of the Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Trial: A Retrospective Analysis

Payne H, Mkhize N, Otjombe K et al., *Lancet Infect Dis*; 15 (7): 803–09, Juni 2015

Die Autoren verglichen in tiefgefrorenen und kurzfristig angetauten Serumproben die Ergebnisse der HIV-Antikörper-Tests in zwei von drei Therapie-Gruppen von 411 asymptomatischen Kindern mit einer HIV-Infektion, die zwischen Juli 2005 und Juli 2011 als Säuglinge mit 5-12 Lebenswochen eine frühe Antiretrovirale Therapie erhalten hatten (CHER*) und die mit wenigstens 25 % CD4-positiven T-Lymphozyten für eine sofortige ART (Antiretrovirale Therapie) für 96 Wochen (ART-96W) ausgewählt wurden. Alternativ wurde der Therapiebeginn bis zum Auftreten einer klinischen oder immunologischen Krankheitsprogression (ART-Def) aufgeschoben.

Antikörper wurden in allen verfügbaren Serum-Proben bestimmt. Verwendet wurden drei Viert-Generations HIV-1 und -2 Enzym-Immunoassays und quantitative anti-gp120 IgG ELISA. Auch wurden die Wahrscheinlichkeiten der Seropositivität mit Bezug zum Alter bei ART-Beginn und der kumulativen Virus-Last bewertet.

Der Alters-Median der Kinder, von denen die Proben genommen wurden (184 Proben von 268 Säuglingen), lag bei 92 Wochen. Im Immuno-Assay waren in der ART-96 W Gruppe mehr Proben seronegativ als in der ART-Def Gruppe: ART-96W 49 (46 %) von 107 vs ART-Def 8 (11 %) von 75 ; ebenso im rapid Antikörper-Test (54 (53 %) von 101 vs 8 (11 %) von 74; $p < 0001$). Die Mediane Anti-gp120 IgG-Konzentration war in der ART-96W-Gruppe niedriger (230 µg/µl) als in der ART-Def. Gruppe (6870 µg/µl). Wurde die ART zwischen 12 und 24 Lebenswochen begonnen,

wurde die Wahrscheinlichkeit der Seropositivität um das 13fache erhöht verglichen mit einem Therapie-Beginn mit 0-12 Wochen. Alle Kinder, bei denen die ART nach 12 Lebenswochen begonnen wurde, waren seropositiv.

Die kumulative Virus-Last der Kinder im Alter von 84 Wochen korrelierte mit der anti gp129 IgG-Konzentration ($p < 0001$) und die Wahrscheinlichkeit der Seropositivität stieg angepasst an den ART-Beginn.

Etwa die Hälfte der Kinder, bei denen die ART vor 12 Lebenswochen begonnen wurde, waren im Alter von 2 Jahren seronegativ. HIV-Antikörper-Tests können bei Kindern, die eine frühe ART erhalten haben, nicht zur Bestätigung der HIV-Diagnose verwendet werden. Die Langzeitwirkungen der Seronegativität müssen weiter untersucht werden. Klare Richtlinien für die Wiedertestungen und verbesserte Testverfahren werden benötigt.

*CHER: kontrollierte, offene, randomisierte Studie, bei der von Juli 2005-Juli 2011 411 Neugeborene im Alter von 5-12 Wochen mit einer asymptomatischen HIV-Infektion mit einem Prozentsatz von wenigstens 25 % CD4-positiven T-Lymphozyten entweder eine sofortige antiretrovirale Therapie für 40 (ART 40W) oder 96 Wochen (ART 96W) erhielten oder diese bis zum Auftreten von Symptomen (ART Def) aufgeschoben wurde.

Kommentar

Die vorliegende Laboranalyse liefert wichtige Fakten zur HIV-Diagnose bei Säuglingen, die in den ersten Lebenswochen eine antiretrovirale Therapie (ART) erhalten haben. Die Autoren weisen jedoch mit Recht kritisch daraufhin, dass die festgestellte Seronegativität nicht automatisch als HIV-Freiheit gewertet werden darf, da bisher nicht bekannt ist, ob und wann die Tests wieder positiv werden können, was offensichtlich bei späterem Therapiebeginn schon nachgewiesen wurde. Eine Schwäche der Studie besteht darin, dass es sich um eine reine Labor-Analyse handelt und keine Korrelation zu dem Zustand der Kinder zum Zeitpunkt der Analyse hergestellt werden konnte. Dies hätte auch einen wesentlich größeren Aufwand erfordert. Die Autoren weisen selbst darauf hin, dass weitere Analysen und evtl. auch neue Testverfahren erforderlich sind, um verbindliche Leitlinien zu entwerfen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Führt die Defensiv-Medizin zu einem Rückgang ärztlicher Behandlungsfehler?

Physician Spending and Subsequent Risk of Malpractice Claims: Observational Study

Jena AB et al., 351: h5516, November 2015

Kritiker des US-amerikanischen Gesundheitssystems bemängeln, dass „Malpractice-Verfahren“ die Defensiv-Medizin (DM) fördern und höhere Gesundheitskosten als nötig verursachen. DM wird dabei definiert als eine Medizin, die nur dem Zweck dient, spätere Klagen und Haftpflicht-Forderungen zu vermeiden, und weniger dem Ziel, eine Diagnose und eine ange-

messene Therapie zu finden. Dabei unterscheidet sich die positive von der negativen DM. Bei der positiven DM werden mehr Untersuchungen als nötig angeordnet, bei der negativen DM werden Interventionen bei Hochrisiko-Patienten unterlassen.

In einer nationalen Erhebung gaben über 60% der befragten amerikanischen Ärzte an, dass sie oft Untersuchungen anordnen würden, die lediglich dem Zweck dienten, eventuelle Haftpflichtforderungen zu vermeiden.

Ökonomische Studien in den USA bestätigen und kritisieren dieses Verhalten, das zu höheren Patientenkosten beitrage. Diese Praxis bleibt allerdings nicht auf die Vereinigten Staaten beschränkt. Bei einer Umfrage unter britischen Krankenhausärzten gaben 78% an, eine DM zu praktizieren und unnötige Untersuchungen und Überweisungen anzuordnen, um sich gegen spätere Behandlungs-Vorwürfe zu schützen. Britische Hausärzte praktizieren (Befragung aus dem Jahre 1998) zu 98% Defensiv-Medizin. Dies schließt eine breitere Testung (60%), eine häufigere Wiedervorstellung der Patienten (63%), eine großzügigere Überweisung an Spezialisten (64%), die Verordnung unnötiger Medikamente (29%) und eine detailliertere Dokumentation (90%) ein. Vergleichbare Ergebnisse werden auch aus weiteren Ländern berichtet. Wenn auch keine genauen Zahlen vorliegen, darf man auch in Deutschland angesichts zunehmender Kunstfehlerverfahren damit rechnen, dass auch hier DM praktiziert wird.

Führt eine größere Nutzung von Ressourcen zu weniger Verfahren wegen vermuteter Behandlungsfehler?

Bisher lagen keine Studien darüber vor, ob die in vielen Ländern praktizierte DM, die mit einem höheren Verbrauch an Ressourcen und höheren Kosten verbunden ist, auch zu einem Rückgang von Haftpflicht-Verfahren (Malpractice Claims) führt. Jetzt haben sich amerikanische Autoren die Daten der Akut-Krankenhäuser in Florida angesehen, um den möglichen Zusammenhang zwischen den pro Patient erzeugten Kosten (Kosten als Surrogat Marker für eine Defensiv-Medizin) und dem Risiko eines späteren Malpractice-Verfahrens zu untersuchen.

In die Datenauswertung wurden 24.637 Ärzte, 154.725 Arztjahre mit 18.352.391 Krankenhausaufnahmen zwischen 2000 bis 2009 eingeschlossen. Gegen 4342 Ärzte (2,8% pro Arzt-Jahr) wurden im Analysezeitraum Vorwürfe wegen Behandlungsfehlern erhoben. Über alle Fachrichtungen zeigte sich, dass Ärzte, die großzügig Untersuchungen anordneten, ein geringeres Risiko für spätere Verfahren wegen Behandlungsfehlern aufwiesen. Für Internisten, die sich mit ihren erzeugten Patientenkosten im unteren Fünftel (19725\$ / 18.311 € - Dollar/Euro Kurs vom 09.11.15) pro Krankenhaus-Aufnahme bewegten, betrug das Haftpflicht-Verfahrens-Risiko im darauf folgenden Jahr 1,5%, für Internisten, die sich mit ihren erzeugten Patientenkosten im oberen Fünftel (39379\$ / 36.556,80€) bewegten, nur 0,3%. An sieben Fachgruppen konnte nachgewiesen werden, dass ein höherer Verbrauch an Ressourcen signifikant mit einem geringeren späteren Behandlungsfehler-Risiko verbunden war. Beim Vergleich der Schnitttenbindungs-Raten fiel die Häufigkeit von Kunstfehlerverfahren zwischen dem untersten und obersten Fünftel sogar um die Hälfte ab.

Die Ergebnisse für die Fachgruppen Innere Medizin, Innere Medizin mit Bereichs-Spezialität, Kinderheilkunde, Allgemeine Chirurgie, spezielle Chirurgie und Gynäkologie waren mit Ausnahme der Allgemeinmedizin (-1,2; mit $p=0,18$) signifikant und lagen zwischen -1,2% und -3,4% (Vergleich zwischen dem obersten und untersten Fünftel).

Insgesamt ließ die höhere Nutzung von Ressourcen auf ein geringeres Haftpflicht-Risiko schließen. Dabei konnte nicht gesichert werden, ob die höhere Nutzung von Ressourcen ursächlich durch eine defensiv-medizinische Praxis bedingt war.

Kommentar: Es besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass Ärzte in unterschiedlichem Maße DM praktizieren, um Kunstfehler-Verfahren vorzubeugen. Schützt die DM vor Haftpflicht-Verfahren? Die Ergebnisse der Studie von Jena et al. zeigen erstmals, dass bei einem höheren Ressourcen-Einsatz die Inzidenz der reklamierten Behandlungsfehler zurückgeht. Bei diesem unerwarteten Ergebnis scheint auf den ersten Blick, der großzügige Einsatz von Ressourcen sinnvoll zu sein. Die Studie lässt jedoch nicht erkennen, welche Untersuchungen, Tests und Interventionen im Rahmen der defensiv-medizinischen Praxis eine Rolle spielen und warum. Es fehlen auch Angaben über die jeweilige Schwere der behandelten Erkrankungen.

Häufigere Konsultationen und Tests scheinen jedoch, das Risiko diagnostischer Irrtümer zu mindern. Das ist plausibel. In einer Zusammenfassung US-amerikanischer Kunstfehler-Verfahren (malpractice claims) erwiesen sich diagnostische Irrtümer als die häufigste, gefährlichste und teuerste Fehlerart. Nicht nur seltene Erkrankungen, sondern auch allgemein bekannte Erkrankungen werden noch zu häufig (und nicht nur in den USA) falsch diagnostiziert. Deshalb hat das US-amerikanische „Institute of Medicine“ in seinem letzten Bericht die Vermeidung diagnostischer Fehler als einen moralischen und professionellen Imperativ des Gesundheitswesens bezeichnet, der mehr Beachtung als bisher finden sollte.

Aber auch weitere Ursachen, wie ein gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, können zu diagnostischen Fehlern führen. Die Analyse von 18.907 australischen Beschwerdefällen zeigte, dass Kommunikationsprobleme einen großen Anteil an den Behandlungsfehlern ausmachen (23% Kommunikationsprobleme versus 41% diagnostische Fehler).

Die von den Autoren vorgelegten Ergebnisse beziehen sich auf die Analyse von Daten amerikanischer Akut-Krankenhäuser in Florida. Die Autoren setzen voraus, dass die pro Patient erzeugten Kosten das Ausmaß der angewandten defensiv-medizinischen Praxis widerspiegeln. Das muss nicht so sein. Denn der Nutzen der Ressourcen mag nur ein Faktor von vielen sein, die Einfluss auf Kunstfehlerverfahren nehmen. Der Einfluss der „Vermeidungs-Medizin“ konnte von den Autoren nicht untersucht werden.

Eine vergleichbare Untersuchung liegt für Deutschland nicht vor. Ein engagierter Kinderarzt sollte bei allen Untersuchungen zuerst an das Wohlergehen seiner kleinen Patienten denken. Er bespricht das klinische Problem anhand von Anamnese und physikalischem Befund mit den begleitenden Eltern und nimmt nur dann weitere Untersuchungen vor, wenn dies zur Klärung der Diagnose notwendig erscheint.

Die von Jena et al. mit ihrer Studie angesprochene Fragestellung und ihr Ergebnis sind im Rahmen des aktuellen ökonomischen Einflusses auf das Gesundheitswesen und der damit vielfach verbundenen Begrenzung der Ressourcen, der Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes, der jeweils erforderlichen Diagnostik und Therapie von hoher Brisanz. Sie bedürfen nicht nur im ökonomischen und ärztlichen, sondern auch im allgemeinen gesellschaftlichen Interesse der weiteren Klärung. Dies mag auch für Deutschlands Kinderärzte gelten.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Weiterbildungsassistent in der Praxis



v. l. n. r.: Philipp Schoof, Dr. Nils Welchering

Viel Arbeit und kein Geld?

In unserer Berufsgruppe wird immer wieder bemängelt, dass es für Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinarztpraxis eine finanzielle Förderung gibt, aber Kinder- und Jugendärzte leer ausgehen. Warum sollte man dann Zeit in die Ausbildung einer jungen Kollegin oder eines Kollegen investieren, wenn man ihn noch aus eigener Tasche bezahlen muss?

Unsere Praxis hat die volle ambulante Weiterbildungsermächtigung (24 Monate). Bewerbungen gehen

daher bei uns häufig ein. Derzeit haben wir zwei Weiterbildungsassistenten in Halbtagsstellen beschäftigt.

Warum tun wir uns das an? Es scheint doch ein schlechtes Geschäft zu sein? Mehr Zeitaufwand, gegebenenfalls unwillige Patienteneltern, die neuen Gesichtern in „ihrer Praxis“ skeptisch entgegensehen und eben noch Gehaltszahlungen, die sich zwangsläufig an den Abschlüssen des Marburger Bund für die Kliniken orientieren und daher das Praxisbudget reichlich strapazieren.

Ich gebe offen zu, dass ich die ersten Wochen und Monate mit einem neuen Weiterbildungsassistenten

anstrengend finde. Nicht dass dieser an sich es wäre. Aber neben unserer Hauptaufgabe, empathisch gegenüber den Eltern und ihren Kindern zu sein – was im Großstadtmilieu mit all seinen Kulturen eh schon anstrengend genug ist – weil sonst unsere Arbeit nicht zufriedenstellend möglich ist, muss ich noch dem „Klinikerarzt“ die Besonderheiten der ambulanten Medizin vermitteln, insbesondere ihre viel größere Rationalität aufgrund des engen Zeitrahmens. Und abends droht dann die Kontrolle der Einträge und Abrechnung im AIS. Da sitzt man schon mal bis 00:30 Uhr am Schreibtisch. Und oft ergibt sich aus diesen Kontrollen schon wieder der „Lehrauftrag“ für den nächsten Arbeitstag. Dummerweise wird die Zeit nicht mehr, und so ist schon beim Aufstehen am nächsten Morgen klar, dass man wieder einen Volltagstag hat. Auch weil in dessen Verlauf die Assistenten und Assistentinnen häufig zum Fragen in die Vorsorgen „hineinplatzen“. Und das stört den eingefahrenen Workflow, den sich jeder Niedergelassene nach seinen individuellen Bedürfnissen konstruiert hat.

Damit wäre eigentlich klar, dass es sich nicht lohnen kann, Weiterbilder zu sein....

Warum wir es trotzdem tun

Es kommen ja keine Famulanten zu uns, sondern in aller Regel schon in der Klinik erfahrene Kollegen und Kolleginnen. Oft sind sie in bestimmten Bereichen besser ausgebildet als man selbst. Davon profitieren wir teilweise erheblich. So ergibt sich ein für beide Seiten bereichernder Austausch. Ich kann es mir als Weiterbilder nicht erlauben, mich neuen Entwicklungen der Medizin zu verschließen und auch Alt hergebrachtes (z.B. Sonographie) muss ich selbst so gut beherrschen, dass ich nicht bei der zweiten Frage zum Hüftsono passen müsste. Oft kann ich vermitteln, dass das in der Klinik erlernte Vorgehen sehr

zeitintensiv und im Ergebnis nicht überlegen ist. Und ganz besonders erfreulich ist es immer wieder, wenn man das Staunen darüber erlebt, welche Krankheitsbilder man routiniert in der Praxis behandeln kann: „Das geht auch ohne Stationsbett?“

Und die Patienten? Ja, sicherlich gibt es die Skeptiker, die den oder die „Neuen“ oder „Jungen“ ablehnen. In solchen Fällen steht halt in der Akte, „wollen nur zu Arzt xyz“ und damit hat sich das Problem erledigt. Ich habe andererseits die Erfahrung gemacht, dass sich ziemlich schnell jeder Assistent seine „Fans“ einsammelt. Und man staunt manchmal, wie schnell und wie viele. Das ist wiederum für die Praxis gut, denn es mehrt den Ruf, wenn da eine(r) junge(r), motivierte(r) Kollegin/Kollege mitarbeitet. Daraus ergibt sich für uns dann doch eine beachtenswerte Arbeitserleichterung, welche schnell den zunächst erhöhten Arbeitsaufwand und auch die nicht zu verschweigenden Kosten kompensieren kann.

Manchmal ergeben sich aus finanziellen Zwängen auch ganz neue Ausbildungsmodelle: So können wir bei unserem jetzigen Weiterbildungsassistent seine Arbeitskraft mit dem von Haunerschen Kinderspital teilen, wo er die erste Wochenhälfte tätig ist und seine Allergologieausbildung vorantreibt. Hier profitieren wir zusätzlich durch sein Spezialwissen, und ich bin sicher, dass die Ambulanz der Uniklinik sich über einen besonders schnellen und urteilssicheren Assistent in der Akutbetreuung freuen darf.

Gewinn für unser Fach

Einen Weiterbildungsassistent in der Praxis auszubilden ist die beste Möglichkeit, den Fortbestand unserer Berufsgruppe in der Niederlassung zu sichern, die Praxis als attraktiv zu zeigen und auch die eigenen Qualitätsansprüche weiter zu geben: Ein Assistent aus unserer Praxis wird als Facharzt sicher niemals der Meinung sein, er bräuchte Hus-

tensäfte, um Patienten zu binden, er müsste bei jedem roten Trommelfell ein Antibiotikum verordnen, und er wird sicher keine Hüftdysplasie übersehen. Ihm wird die Vorgabe des Heilmittelkataloges in Fleisch und Blut übergegangen sein, QM in der Praxis wird ihm kein Feindbild sondern Bereicherung sein, er wird keine Gefälligkeitsatteste schreiben und sich wirtschaftlich orientieren und ganz bestimmt keine Berührungängste mit Eltern und Kindern aus aller Herren Länder haben. Und vielleicht wird er dereinst sogar unser Nachfolger? Auch diesen Gedanken finde ich hilfreich, um auf dem Teppich zu bleiben: Es wird auch in Zukunft in der Praxis weitergehen. Auch ohne mich.

Philipp Schoof
Gemeinschaftspraxis
Ph. Schoof und Dr. A. Müller
81925 München
E-Mail: info@praxis-cosimastrasse.de

Red.: ReH

„Lernt man da überhaupt was?“

Nach meinem Medizinstudium habe ich zunächst in einem größeren, städtischen Krankenhaus gearbeitet und mir dort ein breites allgemeinpädiatrisches Wissen aufbauen sowie intensivmedizinische Erfahrungen erlangen können. Wissenschaftliches Arbeiten hat mich darüber hinaus immer interessiert, sodass ich im Anschluss für circa zwei Jahre als Postdoc am Children's Hospital of Pittsburgh (USA) geforscht und danach meine Facharztausbildung an der Uniklinik Düsseldorf weiter fortgesetzt habe. Während der Dienste in der Notfallambulanz spürte ich stets meine Begeisterung für die ambulante Versorgung von Kindern. Da dieser wichtige Teil aus meiner Sicht in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt oft zu kurz kommt, habe ich mich entschieden, neben einer 50-Prozent-Stelle am Dr. von Haunerschen Kinderspital, eine 50-Prozent-Stelle in einer Praxis anzutreten.

In der Praxis gibt es doch nur Patienten mit Schnupfen und Gastroenteritis, oder lernt man dort wirklich was?

Natürlich gab es sowohl von meiner Seite als auch von Kollegen Zweifel und Skepsis, ob es eine gute Idee sei, einen Teil der Weiterbildung in einer Praxis zu machen, vor allem wenn man zuvor an einer Uniklinik gearbeitet hat. Der Fokus in einer Praxis liegt im Vergleich zur Klinik auf einem völlig anderen Bereich, aber gerade das macht es spannend. Neben der Akutversorgung von kranken Kindern ist Prävention, beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, ein Hauptbestandteil der täglichen Arbeit in der Praxis. Während man durch die Klinik zwar mit den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U3

vertraut ist, kommt man jedoch bei den folgenden Vorsorgen aufgrund mangelnder Erfahrung schnell ins Grübeln. Man kann sich zwar aus den gängigen Fachbüchern sein Wissen aneignen, jedoch ist es viel besser, wenn man seinen erfahrenen Kollegen im Rahmen der Ausbildung zunächst über die Schulter blickt, dann die Vorsorgeuntersuchungen eigenständig durchführen und bei Fragen stets seinen Ausbilder um Rat bitten kann. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Prävention sind Impfungen. Auch hier gibt es natürlich Empfehlungen der STIKO, aber in der Praxis ist man als Anfänger doch oft unsicher: „Darf ich die Meningokokken C-Impfung nun mit der Pneumokokken-Impfung kombinieren?“ „Ist das Kind zu krank zum Impfen...?“ Da ist der Austausch mit einem erfahrenen Kollegen sehr hilfreich. Ich habe mir gezielt eine große Weiterbildungspraxis mit Spezialgebieten gesucht. Da die Praxisinhaber eine Weiterbildung in Neuropädiatrie und Rheumatologie haben, findet sich in unserer Praxis ein großes und interessantes Patientenspektrum und somit nicht nur Schnupfen und Gastroenteritis, was viele immer denken. So kann es beispielsweise sein, dass in der Akutprechstunde direkt nach dem Kind mit Glutaracidurie ein Leber-transplantiertes Kind kommt. Zwischendurch schaut man dann mit dem Ausbilder nach dem Rheumapatienten, der gerade eine Infliximab-Infusion bekommt oder man muss den anaphylaktischen Schock nach Erdnussverzehr versorgen... Dies zeigt, dass man eben nicht nur in der Klinik, sondern auch in einer Praxis als Assistent eine breite Ausbildung erlangen kann. Man lernt neben dem medizinischen Aspekt auch, wie ein Praxisbetrieb funktioniert, was bürokratische Hürden sind, wie man Gebühren abrechnet, usw.

Obwohl man zwar in der Klinik codiert, hat man zu Beginn keine Ahnung, wie und was man in der ambulanten Versorgung bei den Patienten abrechnen kann und darf. Somit ist es hilfreich, wenn der Praxisinhaber nochmal über die Patienten, Verordnung sowie Gebühren schaut und Rückmeldung gibt.

Lohnt sich eine Weiterbildung in einer Praxis? Ist der Spagat zwischen Klinik und Praxis möglich?

Absolut! Ich kann jeden ermutigen, einen Teil der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt in einer Praxis zu machen. Das Tätigkeitsfeld ist vielseitig, man lernt viele, extrem wichtige Aspekte kennen, die in der Klinik oft zu kurz kommen. Ich kann es aber nicht nur denjenigen empfehlen, die später als Niedergelassene tätig sein möchten. Durch meine in der Praxis gesammelten Erfahrungen arbeite ich auch in der Klinik routinierter und schneller in der Akutversorgung. Von meinen Vorgesetzten im Dr. von Haunerschen Kinderspital und Kollegen der Praxis habe ich die volle Unterstützung für mein 50:50-Arbeitsmodell. Ich denke, dass nicht nur ich, sondern auch die Klinik und die Praxis von diesem Arbeitsmodell profitieren. Es wäre wünschenswert, wenn solche Modelle und vor allem auch die Weiterbildung in der Praxis mehr gefördert werden würden, wie es bei den Allgemeinmedizinern schon der Fall ist.

*Dr. Nils Welcherling
Gemeinschaftspraxis
Ph. Schoof und Dr. A. Müller
81952 München
E-Mail: info@praxis-cosimastrasse.de*

Red.: ReH

Was Kinder- und Jugendärzte Patienten mit Epilepsie raten können

Epilepsie und Sport? Aber sicher!



Sport trägt zur Gesundheit und zum Wohlbefinden bei und ist natürlich auch für Kinder mit Epilepsie empfehlenswert. Aber nicht alle Sportarten sind für diese Patientengruppe geeignet. Prof. Dr. Gerhard Kurlemann, Leiter der Neuropädiatrie an der Universitätsklinik Münster, erklärt im Gespräch mit unserer Zeitschrift, was Kinder- und Jugendärzte Patienten mit Epilepsie raten sollten.

Warum sitzen so viele Kinder mit Epilepsie während des Sportunterrichts auf der Bank?

Eltern und Lehrer haben Angst, die Kinder am Sportunterricht, vor allem am Schwimmunterricht teilnehmen zu lassen. „Es könnte ja etwas passieren“. Sie haben Angst vor Verletzung im epileptischen Anfall, Angst, dass die sportliche Betätigung selbst oder die Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung einen epileptischen Anfall auslösen können. Wobei man sagen muss: Schwimmen kann tatsächlich für Kinder – und Jugendliche mit Epilepsie gefährlich werden, falls sie im Wasser einen epileptischen Anfall erleiden; daher bedürfen sie der besonderen engen Überwachung. Bei einer Befragung von insgesamt fast 1.000 Lehrern, Erzieherinnen und Lehramtsstudenten gaben 41 Prozent an, sie seien total verunsichert und wüssten nicht, was sie bei einem Anfall machen sollten. Fast die Hälfte der Befragten gab an, Angst vor juristischen Schritten zu haben, falls sie einen Fehler machen. Nur sechs Prozent der Pädagogen gaben an, bereits einmal ein Akutmedikament bei einem Anfall verabreicht zu haben.

Die Folgen des Unwissens: Die Kinder bleiben im Sportunterricht auf der Bank sitzen, ihre körperliche Fitness, das Selbstwertgefühl und die soziale Kompetenz leiden. Vor allem aber profitieren sie nicht von den speziellen positiven Effekten, die Sport auf ihre Krankheit hat.

Welche sind das?

Tierexperimentell und beim Menschen konnte gezeigt werden, dass körperliches Training unterschiedliche positive Effekte im Gehirn hervorruft mit positivem Einfluss auf die Unterdrückung epileptischer Aktivität durch Erhöhung der Anfallsschwelle: z. B. Erhöhung der synaptischen Plastizität im Hippocampus, die Modulation von Neurotransmittern, eine erhöhte β -Endorphin-Ausschüttung, die wiederum epileptiforme Entladungen hemmt, sowie die protektive Wirkung einer leichten metabolischen Azidose, die Modulation der neuronalen Vulnerabilität bei Anfällen und die Hochregulierung neurotropher Faktoren.

Was sollten also Kinder- und Jugendärzte Eltern bzw. auch Erzieherinnen, Übungsleitern in Turnvereinen und Sportlehrern raten?

Kinder mit Epilepsie sollten wie gesunde Kinder einen aktiven Lebensstil haben bzw. dazu motiviert werden: Zu einem „bewegten“ Lebensstil gehören mindestens 90 Minuten Bewegung pro Tag. Pädiaterinnen und Pädiater sollten Eltern Sport, aber auch die Förderung von Alltagsbewegung empfehlen: zu Fuß zur Schule gehen, auf Rolltreppen und Fahrstühle verzichten etc. Ergänzend dazu gehört eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf und begrenzte Fernseh- und Playstationzeit.

Welcher Sport eignet sich denn für Kinder mit Epilepsie?

Viele Menschen mit Epilepsie entscheiden sich bei der Wahl ihres Sports für eher ruhigere Sportarten wie z. B. das Walken. Für die meisten Kinder und Jugendliche ist Walken jedoch nicht attraktiv. Muss es auch nicht. Nach gründlicher neurologischer Abklärung sind zahlreiche für Kinder attraktive Sportarten möglich – auch Wassersportarten, vorausgesetzt man beaufsichtigt die Kinder dabei. Wie auch gesunde Kinder sollten Kinder mit Epilepsie bei Ballspielen Kopfbälle vermeiden, beim Reiten, Radeln und Wintersport einen Helm tragen, beim Inline-Skating Protektoren. Die Sportart für jedes Kind außerhalb des Sportunterrichtes sollte nach den Bedürfnissen des einzelnen Kindes ausgesucht werden.

Und wenn doch mal der Notfall eintritt? Wie sollten Pädiater Aufsichtspersonen darauf vorbereiten?

Anfälle während sportlicher Betätigung bei Patienten mit Epilepsie sind eher selten. Die Aufsichtspersonen sollten dann allerdings wissen, was zu tun ist. Es gilt also für Pädiater, die Aufklärung zu verstärken, insbesondere über die Möglichkeiten der Akutunterbrechung epileptischer Anfälle zu informieren. Hierbei haben sich Benzodiazepine bewährt, vor allem rektales Diazepam und seit dem 6.9.2011 bukkales Midazolam, das den Vorteil hat, dass es einfach zu handhaben ist auch für medizinische Laien.

ReH

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Kindheit mit Zuwanderungshintergrund

Das Gutachten Migration und Familie hat sich systematisch mit der Frage auseinandergesetzt, was die Migrationserfahrung – die eigene oder die der Eltern und Großeltern – für das Aufwachsen der Kinder in Deutschland bedeutet.

Es wendet sich sowohl an die Politik auf allen föderalen Ebenen als auch an Interessenvertretungen, an Vertreter und Vertreterinnen aus den Bereichen der frühen Bildung und Betreuung, der Gesundheit, des Bildungs- und Berufssystems, von Freizeitorganisationen und solchen im freiwilligen Engagement und – nicht zuletzt – auch an alle Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland.

Das Gutachten zeigt einerseits, dass sich Kinder mit Migrationsgeschichte in den Rahmenbedingungen ihres Aufwachsens in Vielem nicht von Kindern ohne Migrationsgeschichte unterscheiden. Gleichwohl weist das Gutachten aber auch auf, dass Familien mit Migrationshintergrund keinesfalls eine homogene Gruppe sind, sondern in sich wiederum sehr differenziert betrachtet werden müssen. Auch wenn bei den folgenden Empfehlungen wiederum von Familien mit Migrationshintergrund die Rede ist und keine weiteren Unterscheidungen vorgenommen werden, so ist dies dem Befund geschuldet, nicht alle Differenzen in einem eher zusammenfassend schlussfolgernden Teil aufführen zu können. Letztlich muss jede der Empfehlungen in ihrer spezifischen Bedeutung für unterschiedliche Gruppen von Familien mit Migrationshintergrund gesehen werden.

Wichtige Empfehlungen aus dem Gutachten:

- (E 1) An vielen Stellen des Gutachtens hat sich gezeigt, dass Eltern/ Familien mit Migrationshintergrund bei aller Heterogenität dieses Personenkreises sowohl über Unterstützungsmöglichkeiten als auch über mögliche Konsequenzen der Nicht-Nutzung von Unterstützung nicht ausreichend informiert sind. Dies bedeutet keineswegs, dass entsprechende Informationen bisher nicht zur Verfügung stehen. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die Familien nicht im nötigen Maße erreicht werden. Informationsmaterial sollte in allen in Frage kommenden Herkunftssprachen und an leicht zugänglichen Orten (z. B. in Lebensmittelgeschäften, Arztpraxen, Kindertageseinrichtungen, Schulen...) zur Verfügung gestellt werden und auch stärker als bisher im Rahmen aufsuchender Beratung erklärend und aktiv auf die Möglichkeiten zur Teilnahme orientierend vermittelt werden. Dies gilt insbesondere für die Beratung in Bezug auf:
- (E 2) qualitativ gute frühe Bildung und Betreuung von Kindern und die bestehenden Rechtsansprüche;
- (E 3) mögliche (weitere) Bildungswege und Alternativen, um vor allem langfristig demotivierende Wirkungen zu verhindern; diese Beratung sollte spätestens an den Grundschulen einsetzen;
- (E 4) die große Bedeutung non-formaler Bildungs- und Freizeit-

angebote auch schon vor Eintritt in das Schulalter;

- (E 5) den Übergang in das Berufssystem; hier empfehlen sich Beratungsangebote, die auf die Zielgruppe abgestimmt sind und idealerweise in Kooperation mit potenziellen Arbeitgebenden gestaltet werden;
- (E 6) das Bildungs- und Teilhabepaket; hier zeigen Evaluationen, dass dieses von Kindern mit Migrationshintergrund bisher noch deutlich seltener genutzt wird als von solchen ohne;
- (E 7) den Zugang zu und den Nutzen von Maßnahmen wie Elterntrainings und Familienberatung;
- (E 8) die negativen Wirkungen körperlicher Bestrafung;
- (E 9) Angebote von präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsmaßnahmen;
- (E 10) gesundheitsförderndes Verhalten in der mitgebrachten Kultur i. S. einer positiven Anerkennung und Verfestigung;
- (E 11) gesundheitsschädliches Verhalten u. a. in der Ernährung durch Anpassung an das Ernährungsverhalten von Teilen der Mehrheitsbevölkerung;
- (E 12) das regionale gemeindemedizinische und -psychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzte.

Link:

<http://www.bmfsfj.de/Redaktion-BMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/kurzfassung-migration-und-familie-2016,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Weitere Hinweise:

Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013, ISBN 978-3-9816001-0-0

Red.: WH

Viele der beobachteten Unterschiede lassen sich jedoch auf andere Faktoren zurückführen als die Migration, nämlich insbesondere auf die Bildung der Eltern, deren sozialökonomischen Status sowie die Erwerbsbeteiligung, insbesondere der Mütter. Diese Faktoren beeinflussen die Teilhabechancen aller Kinder deutlich – egal ob ihre Eltern zugewandert oder in Deutschland geboren sind.

Neuer bundesweiter Forschungspreis: Insgesamt 1 Mio. Euro für Kinderheilkunde

Stiftung Universitätsmedizin fördert Projekte mit der Essener
Universitätsmedizin – Schirmherr: Dr. Eckart von Hirschhausen



Eine Million Euro für die Forschung im Bereich der Kinderheilkunde – dieses Fördervolumen stellt ein neues Projekt der Stiftung Universitätsmedizin in Aussicht. Ziel ist es, den Kampf gegen Krankheiten von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und so dazu beizutragen, mit Hilfe der geförderten Forschungsprojekte – wo möglich – Leben zu retten. Darüber hinaus sollen die Fördermittel dabei helfen, die Lebensbedingungen der jungen Patienten zu verbessern. Im Fokus steht außerdem die intensivere Vernetzung aller bundesweit auf dem Gebiet der Kinderheilkunde arbeitenden Forscherinnen und Forscher.

Bewerben können sich Forscherinnen und Forscher sowie Forschergruppen medizinischer Fakultäten in ganz Deutschland, die ihr Vorhaben im Bereich Kinderheilkunde und im Rahmen eines Kooperationsprojekts mit der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen am UK Essen umsetzen und weiterentwickeln wollen.

Die eingereichten Forschungsvorhaben sollen dabei einen klaren Bezug zur Verbesserung von Diagnostik, Therapie oder Prävention von Krankheiten haben, unter denen Kinder und Jugendliche leiden, und ein hohes Potenzial wissenschaftlicher Innovation vorweisen. Das Preisgeld kann dementsprechend

sowohl für Sach- und Investitionsmittel als auch für die Finanzierung von Personal verwendet werden.

Eine Bewerbung ist ab sofort möglich: Dazu müssen Interessenten auf der Internetseite www.forschungspreis-kinderheilkunde.de ein Antragsformular herunterladen, ausfüllen, mit kurzen Lebensläufen ergänzen und bis zum 31. August 2016 per E-Mail an bewerbung@forschungspreis-kinderheilkunde.de zurücksenden. Zusätzlich ist eine Einreichung per Post erforderlich an: Stiftung Universitätsmedizin Essen, Stichwort „Forschungspreis Kinderheilkunde“, Hufelandstraße 55, 45147 Essen.

Red.: ReH

Armutsbbericht 2016 (Daten aus 2014) zeigt unverändert, dass jedes 5. Kind in Deutschland in Armut lebt



Dr. Wolfram
Hartmann

Der Rat der Europäischen Union beschloss im Frühjahr 2010 die Strategie Europa 2020. Eines der Kernziele dieser Strategie ist die Verminderung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Auch die Weltgemeinschaft hat sich 2015 mit den Nachhaltigkeitszielen nichts Geringeres vorgenommen, als bis zum Jahr 2030 Armut in jeder Form und überall zu beenden. Während sich Europa und die Weltgemeinschaft die Armutsbekämpfung auf die Fahnen geschrieben hat, wird in Deutschland gegenwärtig eher über Armutsdefinitionen und -ausmaß gestritten. Der BVKJ fordert die Bundesregierung seit Jahren regelmäßig auf, in einem jährlichen Bericht Rechenschaft darüber abzulegen, welche Maßnahmen sie gegen Kinderarmut bei uns mit welchen Erfolgen sie unternommen hat. Bisher ist das nicht erfolgt.

Nach der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) haben Kinder und Jugendliche ein Recht darauf, ohne Armut aufzuwachsen und zu leben. Deutschland gehört unzweifelhaft zu den reichsten Ländern der Welt. Ungeachtet dessen wachsen gegenwärtig rund **2,7 Mio. Kinder und Jugendliche in Armut** auf. Angesichts der aktuellen Flüchtlingszahlen ist zu befürchten, dass diese Zahl noch steigen wird.

Wir brauchen eine Verständigung aller gesellschaftlichen Akteure und Gruppen über eine **nachhaltige Strategie in der Bekämpfung von Armut in Deutschland**. Bei dieser Strategie sind alle Dimensionen von Armut in den Blick zu nehmen und deren Auswirkungen auf die Teilhabe und Verwirklichungschancen von Kindern und Jugendlichen zu betrachten sowie daraus konkrete Handlungsoptionen zu entwickeln.

Einkommensdimension – Einkommensarmut von Kindern und Jugendlichen

Gemessen am jeweiligen Anteil der Kinder im Bundesgebiet, die auf

sogenannte **Hartz-IV-Leistungen** angewiesen sind, ist die Verteilung von Kinderarmut sehr unterschiedlich. Auf Länderebene reicht die Spanne von **7,2 Prozent in Bayern bis zu 33,2 Prozent in Berlin**. Damit lebt **jedes dritte Kind unter 15 Jahren in Berlin von Hartz-IV-Leistungen**. Auf regionaler Ebene ist diese Diskrepanz sogar noch deutlich größer, einige Regionen können sogar als von Kinderarmut geprägt bezeichnet werden: **So liegt bereits in 17 der 402 Kreise und kreisfreien Städte die SGB-II-Betroffenheit von Kindern bei über 30 Prozent. 81 Städte und Kreise weisen eine Quote von 20 Prozent und mehr auf.**

Bildungsdimension – Zugänge zu Bildung und Teilhabe für alle Kinder!?

Das Recht eines jeden Kindes auf Bildung und Teilhabe wird in Artikel 28 und 29 der UN-KRK festgeschrieben. Bildung ist eine wichtige Determinante für die Verwirklichung individueller Lebenschancen, von Selbstwirksamkeit sowie der sozialen und kulturellen Teilhabe. **Ein Scheitern im Schulsystem impliziert oft einen faktischen Ausschluss von Normalarbeitsverhältnissen** und da-

mit einer Existenzsicherung unabhängig von Transferleistungen und Armutslagen. Auch die Zugänge zu sozialer und kultureller Teilhabe, also z.B. zum Mitmachen im Sportverein oder in der Musikschule, sind höchst unterschiedlich vorhanden und deutlich von den zur Verfügung stehenden finanziellen Möglichkeiten der Eltern geprägt. Das sogenannte **Bildungs- und Teilhabepaket**, das Kindern und Jugendlichen mit Sozialgeldanspruch, Kinderzuschlag, Wohngeld oder Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz diese Zugänge schaffen soll, erreicht dieses Ziel bislang nicht. **Die Bildungshindernisse werden mit dem Bildungs- und Teilhabepaket eher aus- als abgebaut.**

Wohnen und Wohnverhältnisse – Wenn der Stadtteil zum Ort der Benachteiligung wird!

Der Artikel 27 der UN-KRK verpflichtet die Vertragsstaaten, materielle Hilfs- und Unterstützungsprogramme für angemessene Lebensbedingungen insbesondere auch im Bereich von Wohnen vorzusehen. **Der Ort, an dem Kinder leben und aufwachsen, hat dabei einen großen Einfluss auf ihre**

Erfahrungswelt, ihr Wohlergehen und ihren Lebensverlauf. In einer Gesamtstrategie zur Armutsbekämpfung bei Kindern und Jugendlichen müssen die Wohnsituation und die Wohnverhältnisse zwingend berücksichtigt werden.

Arm gleich krank?! – Auswirkungen von Armutslagen auf die Gesundheit

Artikel 24 der UN-KRK schreibt das Recht eines jeden Kindes auf das **erreichbare Höchstmaß an Gesundheit** fest. Ein besonders großer Zusammenhang lässt sich zwischen Armut und der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen feststellen. Dies kann in der Folge Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf bis zum Erwachsenenalter haben. Viele Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren treten bei von Armut betroffenen Kindern und Jugendlichen vermehrt auf, weil der Faktor Einkommen z.B. Auswirkungen auf das zur Verfügung stehende Budget für gesunde Lebensmittel hat. **Armut ist daher u.a. häufiger assoziiert mit ungesunder Ernährung in Verbindung mit einem Mangel an körperlicher Bewegung, kognitiven Beeinträchtigungen durch verminderte Bildungsanreize sowie einem erhöhten Auftreten chronischer Krankheiten.** Weiterhin findet sich eine **Zunahme von psychischen Erkrankungen**, da sich bei von Armut betroffenen Kindern und Jugendlichen unter Umständen eingeschränkte psychosoziale Bewältigungskompetenzen herausbilden können.

Das Risiko für einen nur mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand ist bei Jungen und Mädchen mit niedrigem sozioökonomischen Status um rund das 3- bis 4-Fache erhöht im Vergleich zu Kindern mit hohem sozioökonomischen Status. Im (Freizeit-)verhalten zeigen sich große Unterschiede: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind seltener sportlich aktiv und auch weniger häufig in Sportvereinen Mit-

glied als gleichaltrige Kinder und Jugendliche. Das Bildungs- und Teilhabepaket ist hier in der Höhe nicht ausreichend, um Partizipation zu ermöglichen. Es müssen Maßnahmen getroffen werden, wie beispielsweise über **verbraucherfreundliche Etikettierungen von Lebensmitteln**, die eine Entscheidung für oder gegen den Kauf bestimmter Produkte überhaupt erst ermöglichen und damit auch die Wirtschaft stärker als bisher in die Pflicht nehmen.

Kinder und Jugendliche ernst nehmen und beteiligen

Partizipation heißt, Kinder ernst zu nehmen, ihnen Beteiligung zu ermöglichen und damit Selbstwirksamkeit aktiv zu fördern. Das ist umso bedeutender, wenn diese Kinder und Jugendlichen in Armut aufwachsen.

Kinder und Jugendliche haben nach der UN-KRK ein Recht auf Partizipation und Beteiligung (Artikel 12) in allen sie betreffenden Entscheidungen. Dieses Recht muss einerseits strukturell verankert, aber auch im gesamtgesellschaftlichen Bewusstsein gestärkt

werden. Ziel ist es, dass Kinder und Jugendliche bei der Ausgestaltung ihres familialen und sozialen Alltags mitwirken und mitbestimmen können. Die Beteiligung darf nicht von einer persönlichen Entscheidung – von Erwachsenen, Einrichtungen oder staatlichen Institutionen – abhängen, sondern muss sich in den Strukturen dieser widerspiegeln.

Um Kinder und Jugendliche frühzeitig zu beteiligen und den nachgelagerten Formen wie Beschwerdeverfahren und Ombudstellen vorzugreifen, können z.B. durch regelmäßige Befragungen und Veröffentlichung von Erlebnisberichten bei der Inanspruchnahme von Institutionen oder Maßnahmen, oder die Etablierung von Kinderforen und Kinderparlamente, Kinder und Jugendliche informiert, in Entscheidungen einbezogen und Ergebnisse transparent gemacht werden.

*Den kompletten Armutsbericht 2016 können Sie hier herunterladen:
<http://www.der-paritaetische.de/armutsbericht/service-download/>*

*Auszüge aus dem Armutsbericht, modifiziert von
Dr. Wolfram Hartmann
57223 Kreuztal
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de*

Fazit

Um die negativen Folgen von Armut und hier insbesondere langjährige Armutserfahrungen von Kindern und Jugendlichen nachhaltig und wirkungsvoll zu bekämpfen, müssen alle relevanten Handlungsfelder und Armutsdimensionen identifiziert und eine nachhaltige, politikfeldübergreifende Strategie erarbeitet und umgesetzt werden. **Mit der Implementierung der Kinderrechte ins Grundgesetz kann die Rechtsposition von Kindern und Jugendlichen als Träger eigener Grundrechte weiter gestärkt werden.** Dieses Ziel sollte unbedingt

weiter verfolgt werden. Dazu ist es notwendig, den politischen Diskurs um die konkrete Umsetzung von Kinderrechten weiter aktiv zu führen. Mit der UN-KRK hat sich Deutschland zur Einhaltung der Kinderrechte bereits verpflichtet und muss sich daran messen lassen.

Wie ernst es Deutschland damit ist, zeigt sich auch an dem erkennbaren politischen Willen, in der Bekämpfung der Armut von Kindern und Jugendlichen endlich wichtige Schritte zu gehen und eine nachhaltige, politikfeldübergreifende Strategie zu entwickeln und umzusetzen.

Facebook und Co bestimmen das Tempo

Die Medienwelt ändert sich rasant. Tageszeitungen drohen auszusterben. Information muss immer schneller zur Verfügung stehen. Die Pressesprecher des BVKJ haben sich auf ihrem Jahrestreffen in Fulda mit neuen Herausforderungen auseinandergesetzt.



Fit für Mikrofon und Kamera

Wie verfasse ich eine Pressemitteilung so, dass der angesprochene Leser nach der Einleitung unbedingt weiterlesen will? Erreiche ich meine Zielgruppe überhaupt noch über die Printmedien? Fühle ich mich fit für ein Toninterview und für eine Filmaufnahme?

Mit diesen Fragen setzten sich die BVKJ-Pressesprecher auf ihrem diesjährigen Treffen im Februar auseinander. Neue Seminarleitung: Dr. Hermann Josef Kahl hat die Aufgaben des Bundespressesprechers des BVKJ von seinem langjährigen Vorgänger Dr. Uli Fegeler übernommen. Neuer Tagungsort: Christel Schierbaum hat ein neues Tagungshotel ausgesucht, jetzt in Fulda. Ergebnis: Alle Teilnehmer

waren mit der neuen Leitung, der Unterbringung und der Erreichbarkeit sehr zufrieden.

Wie drastisch sich die Medienwelt wandelt, legte Sven Gösmann, Chefredakteur der Deutschen Presseagentur (DPA), in seinem Impulsreferat dar. Tagesschau-Zuschauer sind durchschnittlich 61 Jahre alt, Zeitungsleser 60 Jahre. Facebook-Benutzer sind im Durchschnitt 40 Jahre alt: derzeit hat das Soziale Netzwerk rund 28 Millionen Mitglieder in Deutschland. „Die alte mediale Ordnung ist weg,“ so Gösmann. Insider geben den Tageszeitungen aufgrund der demografischen Daten noch eine Überlebensdauer von zehn Jahren. Schnelligkeit in der Medienwelt wird immer wichtiger. Wenn irgendwo Krankheiten auftreten und die Nachricht sich – gespickt mit fehlerhaften Informationen – in den sozialen Medien verbreitet, dann ist es wichtig, rasch korrekte Informationen zu liefern. Hier sieht Sven Gösmann eine wichtige Aufgabe des BVKJ. Er stellt die Frage nach einem mehrsprachigen Internetauftritt des BVKJ, der den Berufsverband noch besser auffindbar machen würde.

Nach dem Vortrag ging es ans Training mit den Medienprofis Regine Hauch und Raimund Schmid. Unter ihrer Anleitung wurde in kleinen Gruppen praktisch geübt. Pressemitteilungen wurden analysiert und selber verfasst und alle Teilnehmer mussten sich der Her-

auforderung stellen, dass die eigenen Entwürfe dann in der Gruppe diskutiert und bewertet wurden. Vor der Kamera kamen dann fast alle ins Schwitzen. Im wechselseitigen Interview musste alles passen: Konnte ich mit meinen Antworten das zum Ausdruck bringen, was ich mitteilen wollte? War meine Sprache angemessen, verständlich – oder zu verschachtelt? Passt meine Körpersprache? Neulinge unter den Pressesprechern und Erfahrenen, alle haben profitiert.

Bleibt als Fazit: alle Pressesprecher/innen sind hoch motiviert, den BVKJ in der Öffentlichkeit gut zu präsentieren.

Und zuletzt: die Gruppe der Pressesprecher/innen ist ein aufgeschlossener Kreis. Für mich als Neuling in diesem Kreis war es leicht, hineinzufinden und gute Kontakte zu knüpfen. Ein gelungenes Seminar.



Nicht alle Teilnehmer waren am Pressetraining interessiert

Edwin Ackermann
Pressesprecher LV Nordrhein
E-Mail: edwin.ackermann@web.de

Red.: ReH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Das Leser-Forum

Die Redaktion des Kinder- und Jugendarztes freut sich über jeden Leserbrief. Wir müssen allerdings aus den Zuschriften auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. – Leserbriefe geben die Meinung des Autors / der Autorin, nicht der Redaktion wieder. E-Mails oder Briefe richten Sie bitte an die Redakteure (Adressen siehe Impressum).



Der Weg in die neue Sprache von Dr. Klaus Rodens KiJuA 2016, Heft 2, S. 6 ff.

Mehrsprachigkeit: Das Märchen vom Versäumen

Sukzessiv bilinguale Kinder erwerben das Kasus- und Genusystem im Deutschen prozessual ähnlich wie einsprachige Kinder, benötigen häufig länger als Gleichaltrige, um die Muttersprache bei gleicher Qualität wie Einsprachige zu erwerben.

Die Psychologin *Erika Hoff* von der Florida Atlantic University verweist auf Studien, die zeigen: Diese Kinder haben in beiden Sprachen einen geringeren Wortschatz und zeigen mehr Schwierigkeiten beim Grammatikerwerb. Diese Lücke in der Grammatik schließt sich meist bis zum neunten oder zehnten Lebensjahr (*Hoff 2015*).

Der Weg über die Schriftsprache hilft zur Erweiterung des Wortschatzes und bei der Stabilisierung der Grammatik. Entsprechend ermuntere ich wirtschaftlich schwache Familien, wenn sie über etwas mehr Zeit verfügen, mit ihren Kin-

dern zu lesen. Dies können sie häufig besser leisten, als beruflich stark eingespannte und deshalb abwesende Mittelstandseltern.

Über diese Studienerkenntnisse informiere ich Erzieher und Lehrer, die Deutschunterricht auf ärztliche Verordnung einfordern. Aus der Praxis heraus stelle ich übereinstimmend mit einer Reihe von Spracherwerbsforschern fest: Im Kindesalter gibt es weder eine kritische Periode für den Spracherwerb noch den optimalen Zeitpunkt für den Beginn des Zweitspracherwerbs. Während der gesamten Kindheit kann eine weitere Sprache perfekt erlernt werden. Kinder, die mit einer Zweitsprache zwischen drei und sieben Jahren anfangen, lernen beide Sprachen gleich gut. Szagun (2006) stellt „eine graduelle Abnahme der Fähigkeiten zum Spracherwerb zwischen acht und 16 Jahren“ fest. Ein leichter Spracherwerb ist also bis

zur Pubertät möglich und nimmt erst dann allmählich ab.

Wichtiger als der Zeitpunkt des Erlernens der Zweitsprache sind biologisch bedingte sprachliche Fähigkeiten (Sprachbegabung und -verarbeitungsprozesse), sowie Motivation und kommunikative Notwendigkeit, d. h. regelmäßiges Eintauchen in ein deutsches Sprachumfeld.

Ich leite bei einem mehrsprachigen Kind erst dann eine Therapie ein, wenn

- die Sprachbiografie anhand der Elternangaben einen auffälligen Erstspracherwerb (z. B. im Türkischen) wahrscheinlich machen,
- das Kind nach einjährigem Deutschkontakt in der KiTa entweder gar nicht oder nur wenige Worte spricht,
- unterdurchschnittliche Leistung im Sprachgedächtnis bietet (u. a.

nachweisbar mit dem HASE-Screening vom Schöler, 2008)

- geringes Bedürfnis nach verbaler Kommunikation zeigt.

Die Eltern der Kinder lernen grundsätzlich in der Therapie mit, was überwiegend zu kurzen und effektiven Therapien führt.

Liegen keine Hörbeeinträchtigungen vor und sind die nichtsprachlichen kognitiven Fähigkeiten altersgemäß (teilweise auch überdurchschnittlich), dann entwickeln sich die Kinder in der Regel zu guten Schülern, wie mir Verlaufskontrollen und das regelmäßige Feedback der Eltern im Rahmen der Epikrise und Katamnese bestätigen.

(Literatur bei der Autorin)
Dr. Cornelia Tigges-Zuzok
 45134 Essen
 E-Mail: mail@audiente.de

Red.: WH

Kinderpraxis – Neues Team



Barbara Mühlfeld

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zum Frühjahr 2016 habe ich mit Freude die Chefredaktion der Zeitschrift „Kinderpraxis“ von Frau Dr. Sylvia Schuster übernommen. Die Zeitschrift ist für Ihr Wartezimmer gedacht und soll den Eltern – in möglichst ansprechender, verständlicher Form – Antworten auf häufig gestellte Fragen geben. Auch für die Kinder selbst sind im Mittelteil des Heftes Seiten vorgesehen, die wir im Laufe der kommenden Ausgaben voraussichtlich erweitern werden.

Eines unserer wichtigsten Ziele ist es, Sie durch die Darstellung immer wiederkehrender Beratungsinhalte (Croup, Sonnenschutz, Fieber, Infektionskrankheiten, Impfungen etc. etc.) im Praxisalltag zu entlasten.

Dadurch, dass die Themen jahreszeitbezogen ausgewählt werden, können Sie, wenn Sie das Heft im Wartezimmer auslegen, bei Bedarf



auf den entsprechenden Artikel verweisen. Aber auch andere Themen rund ums Kind, wie Tipps zur möglichst stressfreien Gestaltung des Alltags, zur Ernährung, Hautpflege, zu Fragen der Erziehung und Bildung etc. haben ihren Platz.

So finden Sie im Heft 1/2016 Artikel zum Thema Urlaubsplanung mit Kindern, zur Freizeitgestaltung, Hygiene, sowie zu Allergien, aber

auch eine Anregung zum Nachdenken über den Begriff „Heimat“ und dessen Bedeutung für Kinder.

Wir bemühen uns, die Inhalte so darzustellen, dass vor allem auch Eltern, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, sowie Angehörige niedriger Bildungsmilieus sie gut lesen und verstehen können. Gleichzeitig bietet uns das Heft die Möglichkeit, auch den Eltern als wichtigem Teil der Öffentlichkeit gegenüber als Berufsverband Präsenz zu zeigen. Im Editorial kommen wichtige aktuelle Forderungen unseres Verbandes im Sinne der Kinder und Jugendlichen zur Sprache.

Unsere Redaktion besteht aus vier erfahrenen Medizinjournalistinnen – Regine Hauch, Cornelia Steininger, Monika Traute und Dr. Karin Beisel-Ebert. Die Anzeigenleitung liegt bei Frau Heike Abel von der Agentur KB&B, die über die Einwerbung von Anzeigenkunden einen we-

sentlichen Teil der Zeitschrift finanziert. Seitens der Geschäftsstelle des bvjk unterstützen uns Christel Schierbaum und Eva Ebbinghaus, die Schirmherrschaft hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (MdB). Das Editorial wird im Wechsel von Mitgliedern des Präsidiums gestaltet.

Wir hoffen sehr, dass das Angebot Ihre Zustimmung findet und Sie die Zeitschrift als Bereicherung für Ihr Wartezimmerangebot sehen. Gerne nehme ich auch unter meiner PädInform-Adresse Anregungen und Vorschläge entgegen.

Bestellen können Sie die Zeitschrift über den bvjk online-shop oder direkt bei der Geschäftsstelle.

Barbara Mühlfeld
Kinder- und Jugendärztin
61348 Bad Homburg
E-Mail: muehlfeld.b@uminfo.de

Red.: WH

Aktuelles aus dem Bundestag ●●●

Jeder dritte Asylbewerber ist minderjährig

Aus dem Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Antwort - 01.03.2016

Berlin: (hib/AW) Die Zahl minderjähriger Asylbewerber in Deutschland hat sich in den vergangenen drei Jahren mehr als verdreifacht. Dies geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hervor. Im Jahr **2015** hätten **137.479 Minderjährige** einen Erstantrag auf Asyl gestellt. Dies entspricht einem Anteil von

31,1 Prozent an allen Erstanträgen auf Asyl (441.899). Rund zehn Prozent der minderjährigen Asylbewerber (14.439) seien ohne Begleitung nach Deutschland gekommen. 2013 hätten 38.790 Minderjährige (2.485 Unbegleitete) und im Jahr darauf 54.988 Minderjährige (4.399 Unbegleitete) erstmals einen Asylantrag gestellt. Die meisten der minderjährigen Asylbewerber im vergangenen Jahr stammen nach Regierungsangaben aus Syrien (42.097), Albanien (18.918), Afghanistan (13.772), dem Kosovo (12.174), dem Irak (9.247) und Serbien (8.377).

Red.: WH

Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit



Dr. Stephan H. Nolte

Die Jahrestagung der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und globale Kindergesundheit (GTP) in Gießen, vom 29.-31.1.2016 widmete sich den Rahmenbedingungen von Notsituationen und Hilfsmaßnahmen.

Niedrig hängende Früchte sind schneller geerntet

Den Festvortrag „Nachhaltige Entwicklungsziele: eine Herausforderung“ hielt Stephan Klasen, Göttingen. Mit der Forderung nach einer Senkung der Säuglingssterblichkeit (MDG 4) um zwei Drittel zwischen 1990 und 2015 konnten erhebliche Fortschritte erzielt werden. In Lateinamerika erreichten zwei Drittel, im subsaharischen Afrika allerdings nur vier Prozent der Länder dieses Ziel. Auch das neue Ziel, die Säuglingssterblichkeit auf zwei Prozent zu senken, ist für Länder mit hoher Sterblichkeit wiederum unrealistisch und benachteiligt Afrika. Punktuelle Interventionen müssen für die neuen, schwierigeren Aufgaben durch stabile Gesundheitssysteme ersetzt werden.

„Very rewarding and incredibly frustrating“

Hilfe braucht gute Arbeitsmaterialien für Therapie und vor allem Lehre. Dazu wurden, wie Martin Weber, WHO, ausführte, weit verbreitete Materialien erarbeitet, etwa das Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), das WHO Pocket Book „Hospital care for children“, auch als App. Es gibt zudem viele kostenlose Materialien von UNICEF und WHO zu Stillen, Malaria, HIV. Aber die Helfer müssen auch selbst gesund bleiben. Hierzu gab Christa Kitz, Würzburg, Hinweise zur Vorbereitung, zur interkulturellen Sensibilität, und wies auf die Bedeutung von Ressourcen, wie etwa Hobbies, hin, um dem nach

einer Honeymoon-Periode erster Begeisterung folgenden Kulturschock und Depression entgegen zu wirken. Elizabeth Molyneux, Blantyre, Malawi, seit 30 Jahren in Malawi tätig, erläuterte in einem mitreißenden Vortrag, wie sich Hilfen in lokale Strukturen integrieren lassen und wie sich in diesen Strukturen jeder nach seinen Qualitäten einbringen kann. Am wichtigsten sei die Hingabe. Und auch Helfer brauchen Hilfe, forderte Molyneux: Die Rückkehr müsse ebenso gesichert sein wie die familiären Verantwortungen daheim, denn ein Hauptproblem ist die Wiedereingliederung und der umgekehrte Kulturschock.

Think global, teach local

Das Schwerpunktcurriculum Global Health stellte Michael Knipper, Gießen, mit der Studierenden Svea Sela mit einer Bilanz der letzten fünf Jahre vor. Derzeit sind 120 Studenten im Curriculum, 30 Absolventen pro Jahr. Global health ist vor allem interdisziplinär. „Global“ ist auch hier in Deutschland, wie uns die Flüchtlingssituation vorgegenwärtigt.

Nachmittags muss aufgebaut werden, was am Morgen zerstört wird

Welche faktischen und politischen Grenzen der humanitären Hilfe gesetzt sind, wurde am Beispiel des Putsches in Burkina Faso von Frank Schumacher, Brescia, und von Sebastian Dietrich, MFS anhand der wiederholten Zerstörung von Krankenhäusern im Südsudan berichtet. Der Hilfe sind personelle, sicherheitstechnische, politische und kulturelle Grenzen gesetzt. Aber Zerstörung kann auch Ansporn sein, weil es keine Alternative gibt und der Bedarf steigt. Wenn Gebäude zerstört werden, sei dies allerdings oft weniger drama-

tisch als wenn etwa das Personal abzieht, eine Finanzierung endet, oder Hilfe in Korruption und Bürokratie untergeht.

Politik ist Medizin im Großen

Thomas Gebauer, medico international, wies darauf hin, dass Hilfe Verantwortung trägt, denn sie stabilisiert untragbare gesellschaftliche Verhältnisse und verhindert so Änderungen. Ebola habe gezeigt, dass nicht nur die medizinische Behandlung wichtig ist, sondern vor allem soziale Veränderungen. Einkommen, Bildung und Umwelt haben einen größeren Effekt auf die Gesundheit als die kurative Medizin. Notwendig sei ein Handeln, das von den drei „R“ geleitet sei: Rechte, Regulierung und Redistribution. Die Zunahme von Wohlstandserkrankungen beruhe auf einer zynischen Arbeitsteilung zwischen Nahrungsmittelindustrie und Pharmaindustrie zugunsten einer blühenden Gesundheitswirtschaft. Mexiko hat mit der Zuckersteuer gegengelenkt. TTIP werde propagiert, obwohl damit den Regierungen Handschellen angelegt werden. So würde eine öffentliche Krankenhausplanung verhindert, wenn Unternehmen auf Schmälerung von Profitchancen klagen können. Es gehe nicht ohne staatliche Regulationen und globale Umverteilung. Steuerdumping und Steueroasen müssen wegfallen. Vorgeschlagen wird ein Solidaritätsfonds als Internationaler Gesundheitsfonds.

„Climate change is our century's challenge“ (Margaret Chan, WHO Generaldirektorin)

Über die Bedeutung des Klimawandels für die Gesundheit und die Notwendigkeit eines „Divestment“ sprach Winfried Zacher, German-

watch, Bonn. Zum Klimaschutz gebe es nur eine Lösung: Fossile Brennstoffe müssen ungefördert bleiben. Sie zu wertlosen Geldanlagen zu machen, ist Ziel der „stranded assets – divestment“ Bewegung. Die American Academie of pediatrics sieht im Klimawandel eine Bedrohung der menschlichen Gesundheit, die gegenüber der nächsten Generation, den Kindern, eine große Ungerechtigkeit sei.

Alte Mauern fallen, neue Mauern entstehen

Hiyam Marzouqa, Chefärztin der Kinderhilfe Bethlehem, berichtete über die schwierige Situation ihres Krankenhauses, insbesondere seit dem Mauerbau. Viele Kinder, häufig aus Verwandtenehen, leiden unter seltenen genetischen Stoffwechselstörungen und neuropädiatrischen Erkrankungen. Aus ethnisch-kulturellen Gründen dürften die Verwandtenehen nicht in Frage gestellt werden. Eine Kommunikation mit ausländischen Universitäten mittels Videotechnologie erlaubt bestmögliche pädiatrische Versorgung.

Ob unser Waisenbegriff adäquat ist, reflektierten Reimer Gronemeier und Michaela Fink für Pallium e.V., Gießen, angesichts von Waisenkindern in Namibia. Namibia gehört bereits zu den „upper middle income“-Ländern, daher ziehen

sich Regierungs- und NGOs zurück. Kinder leben häufig in erweiterter Großfamilie. Die „Egumbo“ genannte Lebensform stirbt nun auf dem Lande aus. Die Männer ziehen weg, Kinder und Frauen bleiben zurück. Alkoholismus ist sehr verbreitet. Eine Waisendefinition nach westlichem Muster unterminiert lokale Vorstellungen und Praktiken der Betreuung von Kindern, die damit illegalisiert werden. 85 Prozent der biologischen Waisen seien in Wirklichkeit anderweitig familiär betreut, sodass Zahlen mit Vorsicht zu lesen sind, da sie oft generiert und propagiert werden, um Gelder zu mobilisieren. So können auch Waisenhäuser zum Geschäftsmodell werden.

Flüchtlinge: eine gefährdete, aber keine gefährliche Population

Erika Sievers, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, erläuterte die Forderungen für die Gesundheitspflege von Asylbewerbern, und Markus Hufnagel, Freiburg, referierte über die infektologische Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter. Er machte deutlich, dass von Flüchtlingen kaum ein relevantes Gesundheitsrisiko ausgeht. Beklagt wurden Verlust von Voruntersuchungsbefunden und Impfdokumenten. Wünschenswert sei,

wichtige Dokumente vor der Flucht mit dem Handy abzufotografieren. Aus der praktischen Arbeit mit minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen aus dem Hessischen Erstaufnahmelagers in Gießen berichtete Werner Fleck, Gießen. Juristische Perspektiven erläuterte Jana Passmann, Jurastudentin und Mitarbeiterin an der Refugee Law Clinic (RLC) Gießen, die Flüchtlinge in Fragen des Asylrechts, des Ablauf des Asylverfahrens, der Feststellung des Aufenthaltsstatus und der Leistungsansprüche beraten. Mit vielen offenen Fragen endete nach so breit gestreuten und zum Nachdenken anregenden Themen die Tagung.

Im Anschluss fand der TropPaed-Kurs der GTP im Tagungszentrum Rauschholzhausen der Universität Gießen statt. Dieser einwöchige internationale Kurs, der auf einen pädiatrischen Einsatz im globalen Kontext vorbereitet, war auch in diesem Jahr mit 50 Teilnehmern, darunter zehn ausländischen Gästen, ausgebucht. In PädInform war von einem erfahrenen niedergelassenen Kollegen dazu zu lesen: „Ich habe noch nie eine so entspannte Lernatmosphäre erlebt und sehr viel gelernt“. Nächstes Jahr wieder!

Dr. Stephan Heinrich Nolte
E-Mail: shnol@t-online.de

Red.: ReH

Aktueller Stand von „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“!



Seit 2011 Jahren gibt es das Programm „Lesestart – Drei Meilensteine für das Lesen“ zur frühkindlichen Leseförderung. Herzstück des Programms „Lesestart –“ sind die kostenlosen Lesestart-Sets, die Eltern zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhalten. Zu den Materialien gehört je ein altersgerechtes Kinderbuch sowie Tipps und Informationen zum Vorlesen und Erzählen für Eltern. Für die erste Lesestart-Programmphase, die sich an Eltern mit einjährigen Kindern richtet, sind von November 2011 bis Ende 2013 rund 5.000 Kinder- und Jugendärzte mit Lesestart-Sets zur Weitergabe im Rahmen der U6-Vorsorgeuntersuchung ausgestattet worden. Insgesamt standen den Praxen 1,2 Mio. Sets zur Weitergabe zur Verfügung. Seit Herbst 2015 bekommen Eltern mitdreijährigen Kindern im Rahmen der U7a flankierend zur zweiten Programmphase ein altersgerechtes Pixi-Buch und eine Ringbuchausführung des Ratgebers für das Wartezimmer. Nach den Sommerferien 2016 startet nun der dritte Meilenstein, bei dem bundesweit alle Erstklässlerinnen und Erstklässler nach dem Schulstart ein Set über ihre Grundschulen erhalten. Mit den neuen Materialien soll weiterhin die Freude am (Vor-)Lesen im Familienalltag gestärkt werden und gleichzeitig die Kinder

beim Lesenlernen unterstützt werden.

Zwei Fragen an...



Sabine Bonewitz
von der Stiftung
Lesen

Frau Bonewitz, wie wird der Erfolg des bisherigen Lesestart-Programms eingeschätzt?

Um diese Frage zu beantworten lohnt sich unbedingt ein Blick auf die ersten Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Wie bei großen, vom Bund geförderten Programmen wird natürlich auch das Lesestart-Programm evaluiert. Die Zwischenergebnisse zeigen ganz klar, dass der frühe präventive Ansatz ein erfolgreicher ist, um Eltern für das Thema Leseförderung zu sensibilisieren. Und sie belegen ebenso, dass die Kinder- und Jugendärzte mit ihrer Beratungskompetenz und der Wertschätzung, die Eltern ihnen entgegenbringen, dafür ein hervorragender Vermittler sind. Besonders wenn das Set im Elterngespräch nicht nur übergeben,

sondern auch ausführlicher erklärt wird. Praktisch alle Eltern, die die Lesestart-Sets erhalten, beschäftigen sich mit den darin enthaltenen Materialien, zwei Drittel davon sehr intensiv. 62 Prozent der Eltern greifen Tipps auf und lesen zum Beispiel mehr und länger vor; ein Viertel der Eltern bemerkt positive Veränderungen in seiner Einstellung zum Thema und in seinem Vorleseverhalten.

Was heißt das für die Zukunft?

Das wird sich herauskristalisieren, wenn alle drei Programmphasen bis Herbst 2018 durchgeführt sind und die abschließenden Evaluations-Ergebnisse vorliegen. Wir sind von dem Programm und seinem Konzept absolut überzeugt. Ein besonderer Erfolgsfaktor liegt sicherlich in dem breiten Netzwerk, das wir in den letzten Jahren geknüpft haben. Der bvkj und die Kinder- und Jugendärzte sind darin verlässliche Partner, die auch bei künftigen Überlegungen zu einer Weiterentwicklung des Programms eine wichtige Rolle spielen. Wir sind derzeit in Gesprächen und im Austausch mit potentiellen Partnern, um Lesestart fortzuführen, damit auch künftig Familien mit kleinen Kindern von Lesestart profitieren.

Red.: ReH

Kramer-Pollnow-Preis 2016 verliehen: „Bedeutender Beitrag zur Vertiefung des Kenntnisstands bei ADHS“

Bereits zum zwölften Mal wurde nun der Kramer-Pollnow-Preis in Frankfurt verliehen. Der von MEDICE gestiftete Preis wird alle zwei Jahre für besondere wissenschaftliche Leistungen in der klinisch-biologischen Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verliehen und ist mit 6.000 Euro

dotiert. In diesem Jahr wurden gleich zwei junge Wissenschaftlerinnen für ihre empirischen Arbeiten im Bereich „Transition der ADHS vom Kindes- und Jugendalter in das junge Erwachsenenalter“ ausgezeichnet. Nanda Rommelse, Psychologin und außerordentliche Professorin für klinische Neuropsychologie

an der Radboud Universität Nijmegen (NL) und Jonna Kuntsi, ebenfalls Psychologin und außerordentliche Professorin am Institute of Psychiatry in London teilen sich den Preis, der in diesem Jahr zum zweiten Mal europaweit ausgeschrieben wurde.

Red.: ReH



Foto: © ia_64 - Fotolia.com

Jahresthema des BVKJ 2016

Gewalt gegen Kinder

Tag für Tag.....

„Wir sind das Volk!“ Vor einem Vierteljahrhundert war dies in Deutschland die Parole des einzigartigen gewaltfreien Umbruchs, das Motto für Freiheit und Brüderlichkeit. Heute steht „Wir sind das Volk“ für Ausgrenzung, für eine neue Verrohung und signalisiert Gewaltbereitschaft. Wir sind auch das Volk, das seine Kinder misshandelt. Jeden Tag werden 40 Kinder Opfer sexueller Gewalt, meist im familiären Umfeld, elf Kinder werden jeden Tag so schwer körperlich oder seelisch misshandelt, dass diese Fälle in der Kriminalstatistik auftauchen und pro Woche werden im Durchschnitt zwei Kinder in Deutschland zu Tode geprügelt, verhungern, werden vergiftet oder sterben durch sonstige Gewalt oder Vernachlässigung durch jene, die für sie sorgen sollten. Tag für Tag, Woche für Woche, Jahr für Jahr. Die jährlichen Schwankungen im niedrigen einstelligen Prozentbereich während der letzten zehn Jahre sind angesichts des

großen Dunkelfeldes keine verlässlichen Indikatoren für eine grundlegende Veränderung. International liegt Deutschland im Mittelfeld. Bei uns werden pro 100.000 Einwohner jährlich vier Mal mehr Kinder getötet als in Griechenland; in den USA sind es drei Mal so viele wie bei uns.

Kette der Gewalt

Keiner sage, die Gewalt gegen Schutzbefohlene habe mit der Gewalt gegen Schutzsuchende nichts zu tun. Die Risikofaktoren sind zum großen Teil dieselben. Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen und niedriger Ausbildungsstand der Erwachsenen schürt ebenso deren Existenzängste wie deren Frustration. Alkohol- und Beziehungsprobleme sind eine Folge und eigene Gewalterfahrungen steigern die Gewaltbereitschaft zusätzlich. Daher hat die Deutschlandkarte der Kindeswohlgefährdungen erschreckende Ähnlichkeit mit der Landkarte von Übergriffen auf Flüchtlingsheime. Kinder werden jedoch nicht nur dadurch traumatisiert,

dass sie direkt Gewalt erfahren sondern auch dadurch, dass sie indirekt Gewalt innerhalb ihrer Familie, zum Beispiel zwischen den Eltern, erleben. Das Leben der Gewaltbetroffenen findet immer in einer bedrohten, nicht in einer geschützten Atmosphäre statt und nicht selten plagt sie zusätzlich das Gefühl, selbst Schuld an den schlimmen Zuständen zu tragen.

Gewalterfahrung produziert wieder Gewalt. Die transgenerationale Weitergabe der Gewalt ist Motor eines Teufelskreises. Nach neuesten Erkenntnissen verändern frühe traumatische Erfahrungen auf epigenetischem Wege auch zahlreiche Gene, die Hirnstrukturen und damit psychische Störungen und Suchtverhalten steuern.

Mehr als zehn Jahre nach den Vorgaben der UN Kinderrechtskonvention wurde im Jahr 2000 den Kindern in Deutschland endlich das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung gesetzlich zugesichert. In Schweden besteht das Prügelverbot schon seit 1979. Durch vielfältige



Dr. Christoph Kupferschmid



Foto: © ambrozio - Fotolia.com

Maßnahmen versucht der Staat, Gewalt gegen Kinder zu verhindern. Nachdem die Namen „Kevin“ und „Jessica“ paradigmatisch für die öffentliche Wahrnehmung von Misshandlungsfällen geworden waren, wurde ein Netz von Hilfestrukturen über unser Land gelegt. Die Jugendämter erhielten umfangreiche Verpflichtungen, zu ermitteln und Hilfen anzubieten, wenn sie Kenntnis von einer Kindeswohlgefährdung erhalten. Inzwischen besitzen fast alle Jugendämter Koordinierungsstellen für Netzwerke zum Kinderschutz und für frühe Hilfen. In über 80 Prozent der Netzwerke sind Gesundheitsämter, Erziehungs-, Ehe- und Familienberatungsstellen, der ASD, Schwangerschaftsberatungsstellen und Familienhebammen, in 66 Prozent Kinderärzte/innen und in 65 Prozent niedergelassene Hebammen beteiligt.

Bedeutung der Ärzte überschätzt

Die Bundesregierung hat im Dezember 2015 ihren Bericht über die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes vorgelegt. Demnach spielen Kinder- und Jugendärztin-

nen und -Ärzte in diesen Netzwerken eine bedeutsame Rolle bei der „einzelfallbezogenen Kooperation zugunsten einzelner unterstützungsbedürftiger Familien“. Nach Meinung des Ministeriums ist diese Kooperation Bestandteil des hausärztlichen Versorgungsauftrages, eine Vergütung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen ist daher nicht vorgesehen. Während Fachorganisationen im Gesundheitswesen eine Vergütung der Kinderschutzarbeit als zweitwichtigste Maßnahme zur Verbesserung im Kinderschutz nennen, gehören Vergütungsregelungen in der Befragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzten zu den am seltensten genannten Aspekten, die gewünscht werden (22 Prozent).

Die Bedeutung der Ärzte bei der Aufdeckung von Kindeswohlgefährdungen wird eher überschätzt. Weniger als acht Prozent der Meldungen kamen 2013 aus dem Gesundheitsbereich, die meisten davon aus Geburtskliniken. Ein Drittel dieser Verdachtsfälle erwies sich als substanzielle Gefährdung.

Wenn Ärzte also eine Gefährdung beobachten, hat dies eine Spezifität von 33 Prozent. Deutlich weniger spezifisch wäre ein allgemeines Screening im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgen. Deshalb wollte der Gemeinsame Bundesausschuss (GbA) 2007 ein bevölkerungsba- siertes Screening für Kindesmisshandlungen nicht empfehlen. Bis zu 94 von 100 Verdachtsfällen würden hierbei falsch eingestuft. Zudem könnte ein Generalverdacht Eltern davon abschrecken, die Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen.

Gute Strukturen sind nicht alles

Obwohl hierzu seit 2007 keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, ist die Bundesregierung der Meinung, dass Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung insoweit Mitverantwortung für den Kinderschutz tragen, als sie Risiken erkennen und Brücken zur Kinder- und Jugendhilfe und anderen Unterstützungsangeboten schlagen können. Mit dem Präventionsgesetz vom Juli 2015 sind sie künftig dazu angehalten, besondere Risiken frühzeitig zu erkennen und Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf im Rahmen der Vorsorgen auf regionale Unterstützungsangebote wie Frühe Hilfen hinzuweisen. Der GbA hat den Auftrag, die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche entsprechend weiterzuentwickeln. Unklar bleibt, auf welcher Basis dies geschehen soll. Unklar ist aber auch, ob die derzeitigen Beratungsmöglichkeiten und Methoden in der Lage sind, Risikokinder wirksam vor Gewalt in den Familien zu schützen, da sich an deren gesellschaftlichen Risikofaktoren hierdurch nichts ändert.

2013 hat das NZFH einen pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf für die Vorsorgen U3-U6 herausgegeben. Die notwendige Validierung hinsichtlich seiner Praktikabilität und Treffsicherheit ist aber noch nicht erfolgt. Ob damit die Risiken

wirklich erkannt werden, ist also noch nicht klar. Indikatoren dafür, wie die Ergebnisqualität beurteilt werden sollen, sind ebenfalls noch nicht entwickelt. Alle Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität im Kinderschutz sind derzeit also nur von der Hoffnung getragen, dass eine Verbesserung der Struktur- und Organisationsqualität am Ende auch das Ergebnis verbessern wird. Gemessen wird unter anderem an der Kriminalstatistik, die in den letzten Jahren keine wesentlichen Veränderungen gezeigt hat.

Gestuftes Vorgehen in der Praxis

Nach der derzeitigen Gesetzeslage haben Ärztinnen und Ärzte wie andere Angehörige der Gesundheitsberufe nicht die Pflicht, eine Anzeige zu machen, wenn sie eine Kindeswohlgefährdung vermuten. Sie haben jedoch die Pflicht zu handeln – und zwar in einer abgestuften Form, die der Situation angemessen ist. In einer ersten Stufe sollen sie die Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung beraten und sie motivieren, externe Hilfe anzunehmen. Gleichzeitig können Ärztinnen und Ärzte sich an das Jugendamt wenden und sich von einer „insoweit erfahrenen Fachkraft“ beraten lassen. Hierzu müssen die Falldaten pseudonymisiert werden. Wenn die Beratung der Sorgeberechtigten erfolglos oder das Kind akut in Gefahr

ist, können Ärztinnen und Ärzte dem Jugendamt eine namentliche Mitteilung machen. Hierbei ist es nicht nötig, dass die Kindeswohlgefährdung bewiesen ist, sie muss nur hinreichend wahrscheinlich und plausibel sein. Ärzte sind keine Polizisten. Wichtig ist jedoch eine akribische Dokumentation der Befunde und der Beratung.

Chancen des Jahresthemas nutzen

Der BVKJ hat die Gefährdung des Kindeswohles zu seinem Jahresthema 2016 gemacht. Dies ist angesichts der bedrohlichen Lage, in der sich unsere Zivilgesellschaft durch Gewalt an Kindern in dieser und in den kommenden Generationen befindet, ein wichtiger Schritt. Gerade in einer Zeit, in der große gesellschaftliche Integrationsleistungen gefordert sind, wäre es fatal, Kinder dieser Gesellschaft im Abseits zu lassen. Angesichts der noch völlig unklaren Rolle, die Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte in der Prävention der Kindeswohlgefährdung spielen und der fehlenden validen Instrumente, ist das Jahresthema auch mutig. Im guten Falle führt es dazu, dass sich die Situation der Kinder wirklich verbessert, weil die niedrige Schwelle in den Praxen dazu genutzt werden kann, Risikofamilien einer Beratung zuzuführen. Im guten Falle ist diese Beratung wirksam. Im guten Falle führt die

stärkere Vernetzung zu mehr Kompetenz und Sensibilität.

Der BVKJ kann mit seinem politischen Einfluss zumindest die Entwicklung und Validierung von Prävention, Diagnostik und Therapien im Bereich der Kindeswohlgefährdung einfordern und vorantreiben. Damit ebnet er den Weg zu einem guten Ergebnis. Ein gutes Ergebnis des Jahresthemas kann auch sein, dass Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte in den Kliniken und in den Praxen für das Thema noch stärker sensibilisiert werden. Dass sie jede Konsultation nutzen, um sich Gedanken über Gewalt gegen Kinder zu machen. Dies beginnt bereits bei ihrer eigenen ärztlichen Tätigkeit, nämlich den Grenzverletzungen durch Diagnostik, Prävention und Therapie. Die unterschiedlichen Impfstrategien in Europa sind verschieden traumatisierend. Die regional stark unterschiedliche Häufigkeit von Mandeloperationen zeugt von großer Gedankenlosigkeit. Je mehr Feinfühligkeit wir bei unserer Arbeit zeigen, umso mehr Eltern werden diese erleben und im guten Fall dieses Erleben auch umsetzen können.

Dr. Christoph Kupferschmid
89075 Ulm
E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.: ReH

„Was muss geschehen, damit nichts geschieht?“ – Wo stehen wir bei der Prävention von sexueller Gewalt in Deutschland?

Fachtag „Kindesmissbrauch“ am 15.03.2016 in Berlin



Foto: © Igor - Fotolia.com

Schulen dürfen kein Raum für Missbrauch sein

Johannes-Wilhelm Rörig, Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, und Prof. Dr. Thomas Rauschenbach, Direktor und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Jugendinstituts (DJI), haben sich anlässlich der gemeinsamen Fachtagung „Schutzkonzepte in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen“ zuversichtlich zum Stand der Prävention von sexueller Gewalt in Deutschland geäußert.

Johannes-Wilhelm Rörig würdigte besonders das Engagement der Zivilgesellschaft bei der Prävention von sexueller Gewalt: „Ich freue mich besonders, dass ich in diesen Wochen Vereinbarungen mit über 25 Organisationen der Zivilgesellschaft wie den Kirchen, der Wohlfahrt oder dem organisiertem Sport für eine verbesserte Prävention in ihren Einrichtungen abschließen konnte. Das ist ein wichtiges Signal und Rückendeckung für die

Engagierten vor Ort und für jene, die für Prävention noch gewonnen werden müssen. Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt müssen in allen Einrichtungen und Organisationen zum gelebten Alltag werden!“

Neueste Schätzungen gehen davon aus, dass rund eine Million Kinder in Deutschland von sexueller Gewalt betroffen sind. Rörig verwies auf internationale Studien, wonach präventive Maßnahmen und legislative Anpassungen zu einem spürbar verbesserten Schutz und damit zu einem eklatanten Rückgang von Kindesmissbrauch beitragen – in den Vereinigten Staaten um über 60 Prozent (Zeitraum 1993 bis 2010). Auch Kanada, Finnland und Großbritannien zeigten ähnliche Trends.

www.kein-raum-fuer-missbrauch.de mit vielen Informationen

Die Website www.kein-raum-fuer-missbrauch.de mit vielen Informationen sowie kostenfreien Materialien – wie Flyern und Plakaten mit Fragestellungen wie „Wie nah ist zu nah?“ oder „Wer hilft mir helfen?“ – sollen Einrichtungen und Organisationen künftig dabei unterstützen, Schutzkonzepte einzuführen und zu wissen, was sie im Verdachtsfall tun können. Aktuell entwickelt Rörig mit Präventionsfachleuten und mit Unterstützung der Kultusministerkonferenz im Rahmen von „Kein Raum für Missbrauch“ die Initiative „Schule gegen sexuelle Gewalt“. Bundesweiter Start: voraussichtlich im Herbst 2016. Rörig: „Schulen sind für mich das Aktionsfeld Nr. 1 der Prävention, denn nur hier erreichen wir alle Kinder und Jugendlichen – auch die vielen Mädchen und Jungen, die sexuelle Gewalt außerhalb von Einrichtungen, wie in der Familie oder mittels digitaler Medien, erleiden.“

Beteiligung von Kindern und Jugendlichen am Schutz gegen Missbrauch

Das DJI stellte zudem den Teilbericht 1 des bundesweiten Monitorings zur Einführung von Schutzkonzepten in Einrichtungen vor, mit dem das DJI für die Jahre 2015 bis 2018 vom Unabhängigen Beauftragten beauftragt wurde. Als besonders förderlich wird dort eine echte Beteiligung von Kindern und Jugendlichen angesehen. Eine Herausforderung bleibt hingegen die Umgestaltung der Schul- bzw. Einrichtungskultur, sodass Grenzverletzungen und Übergriffe erschwert werden.

Prof. Dr. Thomas Rauschenbach bewertet die Veränderungen der letzten Jahre als ermutigende Entwicklung. Als in den Jahren nach 2010 die Missbrauchsfälle in Institutionen bekannt wurden, habe man zunächst vor allem zurückgeschaut auf das Leid ehemaliger Opfer. Gleichzeitig sei klargeworden, dass sexueller Kindesmissbrauch nicht nur eine leidvolle Erfahrung der Vergangenheit sei.

Schutzkonzepte müssten nun durch eine allgemeine Kultur der institutionellen Wachsamkeit, eine grenzachtende pädagogische Haltung und eine qualifizierte Sexual- und Medienpädagogik ergänzt werden.“

Nicht genug Geld und Personal zum Kinderschutz

Auf der Fachtagung wurde auch erstmals die Expertise „Fallbezogene Beratung und Beratung von Institutionen zu Schutzkonzepten bei sexuellem Missbrauch“ vorgestellt, mit der der Unabhängige Beauftragte Prof. Dr. Barbara Kavemann vom Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstitut Freiburg in

Berlin (SoFFI. F) beauftragt hatte. Die Befragung von rund 500 Fachberatungsstellen zeigt, wie wenig sich die finanzielle und personelle Unterversorgung der Fachberatungsstellen verbessert hat, obwohl die Nachfrage von Fachkräften nach Beratung, auch durch die Vorgaben des neuen Bundeskinderschutzgesetzes, stetig steigt. Auch fünf Jahre

nach Ende des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ haben die spezialisierten Beratungsstellen keine ausreichende Unterstützung von den Ländern und Kommunen erhalten, entsprechende Praxisstrukturen aufzubauen und ausreichende Angebote zur Verfügung zu stellen.

Prof. Dr. Barbara Kavemann: Hier müssen Länder und Kommu-

nen stärker in die Verantwortung gehen. Dies betrifft in erster Linie eine angemessene finanzielle Ausstattung, aber auch fachliche Unterstützung, beispielsweise durch Fortbildungen in der Traumapädagogik. Eine gute Unterstützung ist ein Teil gesellschaftlicher Anerkennung von Unrecht.“

Red: ReH

Buchtipps

R. Korinthenberg, C. P. Panteliadis, C. Hagel

Neuropädiatrie – Evidenzbasierte Therapie

Elsevier Verlag, 2. Auflage 2014

536 Seiten, € 99,99

ISBN 978-3-437-23076-9



Vor fünf Jahren kam die erste Auflage des Buches „Neuropädiatrie – Evidenzbasierte Therapie“ heraus. Dieses Buch wurde nun um einige Kapitel wie Pädaudiologie, hereditäre Bewegungsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen erweitert und alle Angaben zu wichtigen Studien wie auch Dosierungen wurden auf den neuesten Stand gebracht.

Der Umfang des Buches wuchs damit noch einmal um ein Viertel auf gut 500 Seiten. Es umgreift alle Themenbereiche in der Neuropädiatrie und hebt sich von vergleichbaren Publikationen durch

die strikte Evidenzorientierung bei den therapeutischen Empfehlungen ab. Die einzelnen Themenbereiche sind klar untergliedert, so dass die Orientierung bei konkreten Fragestellungen leicht gelingt. Das Stichwortverzeichnis unterstützt das rasche Auffinden passender Stellen. So hilft das Buch auch dem niedergelassenen Pädiater, sich auf den neuesten Stand therapeutischer Optionen bei bestimmten Krankheitsbildern zu bringen und aufgrund der empirischen Nachweise abzuschätzen, welche Therapie in Frage kommt. Insbesondere werden aber auch eindeutige Studienergebnisse zur Unwirksamkeit von Maßnahmen, wie der Homöopathie bei Kopfschmerzen, aufgeführt. Dabei werden diejenigen Maßnahmen nicht unterschlagen, für die es bisher keine Studien gibt, die aber nach der fachkundigen Meinung wichtige Behandlungsinstrumente sind wie z. B. die manuelle und die Physiotherapie beim Spannungskopfschmerz.

Der enorme inhaltliche Umfang des Buches, das mit der zweiten Auflage nun den Anspruch hat, die gesamte Neuropädiatrie abzudecken, impliziert eine strenge Disziplin bei der Darstellung: Nur durch die Selbstbeschränkung der Autoren hinsichtlich der Detailfülle können Übersicht und Umfang im Rahmen bleiben. So werden z. B. die Medikamente bei Epilepsien und bei Kopfschmerzen nur tabellarisch und auf das Nötigste begrenzt erläutert. Nebenwirkungsprofil und Interaktionen müssen in thematisch begrenzten Publika-

tionen eingesehen werden, auf die aber explizit verwiesen wird. Bei darüber hinausgehendem Bedarf für weitergehende Informationen führen die den Kapiteln anhängenden, teilweise recht umfangreichen Literaturlisten weiter.

Das abschließende Kapitel ist mit knapp 50 Seiten Umfang dem in der Praxis wichtigen F-Kapitel der ICD-10-GM, d. h. den psychischen und Entwicklungsstörungen, gewidmet, in dem mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie überlappende Themen dargestellt werden, die auch für Differentialdiagnose und die Erfassung von Komorbiditäten Bedeutung haben.

Die zahlreichen Autoren, 68 an der Zahl, repräsentieren bis auf wenige Ausnahmen überwiegend die deutsche Neuropädiatrie-Szene sowohl im klinischen wie auch dem rehabilitativen Sektor. Nicht vertreten ist dabei der Blickwinkel aus der ambulanten Neuropädiatrie, wobei die Versorgungsstrukturen auch nicht Gegenstand des Werkes sind.

Zusammenfassend erlaubt die nun vorliegende erweiterte und aktualisierte zweite Auflage des evidenzbasierten Buches zur Neuropädiatrie dem fachkundigen Leser einen raschen Überblick über das komplexe Thema und gibt wertvolle Hinweise auf die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen.

Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf

88131 Lindau

E-Mail: dr.harald.tegtmeier@t-online.de

Red.: ReH

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

April 2016

23.-24. April 2016
5. Praxismotivationsworkshop
„Sprung in die Praxis“, Berlin
Auskunft:
praxis.senger@snafu.de
klemens.senger@uminfo.de

29.-30. April 2016
14. Pädiatrie à la carte
des BVKJ
LV Westfalen-Lippe
Universität Witten
Leitung: Dr. Marcus Heidemann,
Bielefeld, Dr. Burkhard Lawrenz,
Arnsberg,
Auskunft: ④

30. April 2016
28. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder-
und Jugendärzte e.V.
Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms
LV Rheinland-Pfalz
und Saarland in Worms
Auskunft: ①

Mai 2016

20.-21. Mai 2016
26. Pädiatrie zum Anfassen
des BVKJ, LV Thüringen, in Erfurt
Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

Juni 2016

17.-19. Juni 2016
46. Kinder- und Jugendärztetag
Jahrestagung des BVKJ in Berlin
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,
Wiesbaden
Auskunft: ⑤

17.-19. Juni 2016
11. PRAXISfieber-live Kongress
für MFA
Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel,
Lauffen
Auskunft: ⑤

Juli 2016

9. Juli 2016
Pädiatrie am Neckar
des LV Baden-Württemberg
in Heilbronn
Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel,
Lauffen
Auskunft: ③

August 2016

27. August 2016
Jahrestagung des LV Sachsen
des BVKJ in Dresden, Sächsische LÄK
Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens,
Radebeul, Auskunft: ①

September 2016

10.-11. September 2016
20. Pädiatrie zum Anfassen
des BVKJ, LV Hamburg, Bremen, S-H
und Niedersachsen in Lübeck
Leitung: Dr. Stefan Trapp,
Dr. Stefan Renz,
Dr. Dehtleff Banthien,
Dr. Volker Dittmar,
Auskunft: ②

Oktober 2016

8.-11. Oktober 2016
44. Herbst-Seminar-Kongress
des BVKJ in Bad Orb
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,
Wiesbaden, Auskunft: ⑤

November 2016

5. November 2016
bvkj Landesverbandstagung
Niedersachsen
im Hotel Niedersachsenhof, Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Norden-
ham / Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehnh
Auskunft: ③

19.-20. November 2016
14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg
Leitung: Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach
Auskunft: ③

Dezember 2016

3. Dezember 2016
7. Pädiatrie zum Anfassen in Berlin
Leitung: Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/
Dr. B. Ruppert, Berlin, Auskunft: ①

- ① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988,
ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel. 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de
- ② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com
- ③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de
- ④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,
info@interface-congress.de
- ⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26/-15/-16, Fax: 0221-68909-78, Email: bvkj.kongress@uminfo.de



Geburtstage im Mai 2016

65. Geburtstag

Herr Mustafa Er,
Mainz, am 02.05.
Herr Dr. med. Peter Franz,
Wardenburg, am 02.05.
Frau Dr. med. Helen Wai-Ngan Schreiber,
Aystetten, am 02.05.
Frau Dr. med. Annette Bachmann-Hoschka,
Schneizltreuth, am 03.05.
Frau Gudrun Ulle,
Chemnitz, am 03.05.
Herr Gerhard Steiner,
Westerrönfeld, am 04.05.
Frau Dipl.-Med. Gabriele Friedrich,
Königswalde, am 05.05.
Frau Dr. med. Evelyn Seifert,
Salzatal, am 08.05.
Herr Paul Gerhard Mackert,
Köln, am 12.05.
Herr Leif Beckmann,
Herford, am 13.05.
Herr Dr. med. Konrad Scriba,
Ludwigsburg, am 15.05.
Herr Albrecht Römhild,
Hamburg, am 16.05.
Herr Dr. med. Eckart Buhl,
Großschönau, am 16.05.
Herr Dr. med. Hans-Peter Stoll,
Hattingen, am 17.05.
Herr Dr. med. Hans-Günther Döring,
Bietigheim-Bissingen, am 18.05.
Frau Dr. med. Rita Diener,
Münster, am 19.05.
Frau Sabina Eckert,
Gelsenkirchen, am 19.05.
Frau Inys-Marika Parera Carbonero,
Berlin, am 21.05.
Herr Andreas Kalmutzki,
Schwabach, am 22.05.
Frau Dr. med. Ingrid Knopke,
Meerane, am 22.05.
Herr Norbert Blandfort,
Landau, am 24.05.
Frau Dr. med. Maria-Anna Heck,
Elchesheim-Illingen, am 27.05.
Herr Dr. med. Horst Seithe,
Nürnberg, am 28.05.
Herr Dr. med. Carl Wilhelm Baukhage,
München, am 30.05.

70. Geburtstag

Herr Cornelius Klängenfuss,
Berlin, am 04.05.
Frau Dr. med. Marianne Kammann,
Kelkheim, am 04.05.
Herr Dr. med. Arnold Klabers,
Bottrop, am 19.05.
Herr Dr. med. Hans-Werner Callsen,
Stuhr, am 25.05.
Herr Dr. med. Hans-Ulrich Neumann,
Hamburg, am 26.05.
Herr Dr. med. Martin Linder,
Regensburg, am 28.05.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Antke Rühl,
Nürnberg, am 02.05.
Frau Dr. med. Rosemarie Eipel,
Berlin, am 03.05.
Herr Dr. med. Fritz Wigger,
Heide, am 06.05.
Herr Dr. med. Jürgen Schmetz,
Hamburg, am 07.05.
Herr Dr. med. Martin Kurcz,
Seeheilbad Graal-Müritz, am 07.05.
Frau Dr. med. Ludmila Cahlik,
Öhringen, am 07.05.
Herr Dr. med. Jürgen Scheidig,
Schwäbisch Hall, am 13.05.
Frau Dr. med. Helga Cahill,
Bad Homburg, am 14.05.
Herr Dr. med. Peter Tinschmann,
Köln, am 16.05.
Frau Dr. med. Hildegard Schönfelder,
Vreden, am 26.05.
Herr Dr. med. Detmar Osterwald,
Hamburg, am 26.05.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Wolfgang Kasper,
Tübingen, am 07.05.
Herr Dr. med. Dieter Raab,
Suhl, am 12.05.
Herr Dr. med. Bouzardjomehr Behrouzi,
Essen, am 14.05.
Herr Dr. med. David Schwind,
Düsseldorf, am 15.05.
Herr Dr. med. David Nasser,
Mönchengladbach, am 16.05.
Herr Dr. med. Dietrich Reinhardt,
Bonn, am 18.05.
Herr Dr. med. Wolfgang Schmid,
Stuttgart, am 24.05.
Frau Dr. med. Rosemarie Jäkel,
Wiesbaden, am 30.05.

81. Geburtstag

Frau SR Margarete Fruth,
Windischholzhausen, am 04.05.
Herr MR Dr. med. Manfred Lorenz,
Dresden, am 06.05.
Frau Dr. med. Karin Drewes,
Osterholz-Scharmbeck, am 08.05.

Herr Dr. med. Helmut Outzen sen.,
Flensburg, am 12.05.
Herr Dr. med. Heinz Dieter Schumann,
Rostock, am 12.05.
Frau Dr. med. Lucienne Steinitz,
Berlin, am 19.05.
Frau Dr. med. Utta Recknagel,
Limburgerhof, am 20.05.
Herr Dr. med. Rolf Immelmann,
Bad Oldesloe, am 22.05.
Herr Dr. med. Wolfgang Wiesenhütter,
Bad Kissingen, am 25.05.

82. Geburtstag

Herr Dr. med. Paul Wirtz,
Meerbusch, am 03.05.
Herr Dr. med. Youssef Toulimat,
Asendorf, am 05.05.
Herr SR Dr. med. Hans-R. Böhm,
Eisenach, am 08.05.
Frau Dr. med. Jutta Kaestner-Köhler,
Walluf, am 29.05.

83. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Hermann Manzke,
Hohwacht, am 13.05.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Charlotte Spindler,
Pähnitz, am 07.05.
Herr Dr. med. Hans-Joachim Bosch,
Berlin, am 13.05.

85. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Horst Köditz,
Magdeburg, am 06.05.
Herr Prof. Dr. med. Burkhard Schneeweiß,
Berlin, am 16.05.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Geiger,
Uhlhingen-Mühlhofen, am 01.05.
Frau SR Dr. med. Renate Jehring,
Dresden, am 16.05.
Frau Dr. med. Elisabeth Clauss,
Schwäbisch Hall, am 27.05.
Herr MR Dr. med. Rudolf Scholz,
Fürstenwalde, am 28.05.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Grete Lüssem,
Düsseldorf, am 01.05.
Herr Dr. med. Werner Schmidt,
Regensburg, am 28.05.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Rita Rozen-Simenauer,
Mannheim, am 08.05.

90. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Fiera Mölder,
Dessau, am 02.05.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika Kramer,
Andernach, am 28.05.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud Piel,
Memmingen, am 11.05.

Frau Dr. med. Ghamar *Redmann-Ghamkhar*, Berlin, am 19.05.

Herr Dr. med. Klaus *Hedrich*, Fürth, am 30.05.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth von *Laer*, Biele-

feld, am 11.05.

96. Geburtstag

Herr Dr. med. Rolf-Joachim *Candler*, Wildeshausen, am 06.05.

Herr Dr. med. Heinrich *Wiggermann sen.*, Dortmund, am 28.05.

Wir trauern um:

Herrn Dr. Wolfgang Pieter *Kaas*, Köln
Herrn Berthold *Sabottka*, Nordkirchen
Herrn Dr. Nikla *Salabaschew*, Bonn
Herrn Hartmut *Strohmaier*, Freiburg

Im Monat Februar durften wir 89 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Nicole *Bednorz*
Frau Dr. med. Nina *Pletschen*



Hessen

Frau Dr. med. Sandra *Butenhoff*



Sachsen

Herrn Björn *Chudzinski*



Bayern

Herrn Florian *Gesenhues*
Frau MU Dr. Jana *Horinkova*
Frau Dr. med. Sigrid *Keilmann*
Frau Mu Dr. Ladislava *Krestanova*
Frau Dr. med. Anja *Kurre*
Frau Dr. med. Esther *Renoirte*



Mecklenburg-Vorpommern

Frau Ekaterine *Kutateladze*



Schleswig-Holstein

Frau Bengü *Khanafar*



Niedersachsen

Frau Irene *Becker*
Frau Dr. med. Anja *Breetholt*



Thüringen

Frau Antje *Müller*
Frau Alexandra *Vilser*



Berlin

Frau Dr. med. Prudence *Bakehe*
Dr. med. Mascha *Golenia*
Katharina *Lumpe*



Nordrhein

Herrn Dr. med. Kevin *Eskandar*



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med.
Julia Maren *Lüttgenau*
Frau Dr. med. Kerstin *Turian*



Brandenburg

Frau Anna *Schiller*



Rheinland-Pfalz

Frau Caroline *Battlehner*
Herrn Heiko *Milera*
Herrn Tim *Theobald*

Der pentavalente Impfstoff kann vor den 5 häufigsten Rotavirus-Genotypen in Europa direkt schützen

RotaTeq®: langfristiger Impfschutz bis ins 7. Lebensjahr bestätigt

Studiendaten einer amerikanischen Fall-Kontroll-Studie bestätigen den Langzeitschutz des Rotavirus(RV)-Impfstoffs RotaTeq®. Der pentavalente Schluckimpfstoff kann einen Impfschutz vor RV-bedingten Gastroenteritiden, die zu Krankenhaus- und Notfallbehandlungen führen, bis ins 7. Lebensjahr bieten.^{1,a}

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit 2013 die allgemeine RV-Schluckimpfung für Säuglinge. Primäres Ziel der RV-Impfempfehlung ist es, schwere RV-Erkrankungen – und insbesondere die dadurch bedingten Krankenhausbehandlungen – bei Säuglingen und Kleinkindern zu verhindern.²

Langfristiger Impfschutz: bis zu 7 Jahren

RotaTeq® kann vor RV-bedingten Gastroenteritiden, die Krankenhaus- und Notfallbehandlungen erfordern, bis ins 7. Lebensjahr schützen. So lautet das Ergebnis einer aktuellen Fall-Kontroll-Studie aus den USA.^{1,a} Voraussetzung für den Langzeitschutz ist, dass alle drei Dosen verimpft werden. Optimalerweise sollte die erste Impfdosis ab Vollendung der 6. Lebenswoche verabreicht werden, jedoch nicht später als vor Vollendung der 12. Lebenswoche. Falls nötig, ist die Gabe der dritten (letzten) Dosis bis zur Vollendung der 32. Lebenswoche möglich. Zwischen den einzelnen Dosen sollte ein Abstand von mindestens vier Wochen eingehalten werden.¹

Direkte Wirksamkeit gegen die 5 häufigsten Rotavirus-Genotypen in Europa

Neben einem anhaltenden Impfschutz ist der pentavalente Impfstoff auch gegen die 5 häufigsten RV-Genotypen wirksam.^{1,3} Bis 3,1 Jahre nach der Impfung wurden Krankenhaus- und Notfallbehandlungen aufgrund von RV-bedingter Gastroenteritis deutlich gesenkt.

(Reduktion für den Genotyp G1 = 96 % (95 % KI: 93; 97), G2 = 82 % (95 % KI: 16;98), G3 = 89 % KI: 53;99), G4 = 83 % (95 % KI: 51;96) und G9 = 94 % (95 % KI: 62;100)).^{1,b}

Zusätzlicher Impfschutz vor Genotyp 12P[8]

Auch vor RV-bedingten Gastroenteritiden, die durch den Genotypen G12P[8] verursacht werden und Krankenhaus- und Notfallbehandlungen erfordern, kann RotaTeq® einen indirekten Impfschutz von 78 % (95 % KI: 71;84) bieten.^{1,c} In den letzten 7 Jahren haben sich die gemeldeten Rotavirus-Fälle, verursacht durch den Genotyp G12P[8], mehr als verdreifacht.³ Insgesamt sind die Genotypen G1-G4, G9 und G12 für 98 % der Rotavirus-Infektionen in Europa, die auf Infektionen mit je einem Genotyp zurückzuführen sind, zwischen September 2006 und August 2014 verantwortlich.³ Aufgrund der hohen Prävalenz ist eine Prävention empfehlenswert.

Rotavirus-Impfung zeigt Erfolge

Infektionen mit RV sind die häufigste Ursache von Gastroenteritiden (Magen-Darm-Infektionen) bei Kindern unter 5 Jahren weltweit. Durch andere Präventionsstrategien, wie z. B. gesteigerte Hygienemaßnahmen oder Kohortierung, können RV-Erkrankungen nicht effektiv reduziert werden.² Nur eine Impfung kann diesen Infektionen vorbeugen. Infektionsepidemiologische Daten aus Ländern mit Rotavirus-Impfprogrammen, wie Finnland, Österreich oder Australien, belegen die positiven Folgen einer

konsequenten Impfung. Hier konnten die Erkrankungszahlen deutlich eingedämmt werden.^{4,5,6}

Referenzen

- a Fall-Kontroll-Studie (USA an 7 Standorten) von 2012–2013 (über 2 volle Rotavirus-Saisons). 402 Fälle, 2.559 Kontrollfälle (mit Rotavirus-negativer akuter Gastroenteritis) im Alter < 8 Jahren, Impfung mit 3 Dosen. Krankenhaus- und Notfallbehandlungen wegen RVGE, altersspezifische Wirksamkeit 1. Lebensjahr: 91 % (78; 96); 2. Lebensjahr: 82 % (69; 89); 3. Lebensjahr: 88 % (78; 93); 4. Lebensjahr: 76 % (51; 88); 5. Lebensjahr: 60 % (16; 81); 6–7. Lebensjahr: 69 % (43; 84).
- b Kombinierte Daten der REST- und FES-Studien. Während des dritten Jahres gab es aufgrund RV-bedingter Gastroenteritis keinen Fall von Krankenhaus- und Notfallbehandlung in der Impfstoff-Gruppe (n = 3.112) und einen Fall von Krankenhaus- und Notfallbehandlung (nicht typisierbare RV) in der Placebo-Gruppe (n = 3.126). Aufgenommen wurden Kinder im Alter von 6 bis 12 Wochen; Schema mit drei oralen Dosen im Abstand von 4–10 Wochen.
- c Fall-Kontroll-Studie (USA an 7 Standorten) von 2011–2013. 402 Fälle, 2.559 Kontrollfälle (mit Rotavirus-negativer akuter Gastroenteritis) im Alter < 8 Jahren, Impfung mit 3 Dosen.
- 1 SPMSD. Fachinformation RotaTeq®. Stand: Dezember 2015.
- 2 Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI). *Epid Bull* 2013;35:345–364.
- 3 Hungerford D., Iturriza-Gómara M. *EuroRotaNet*: Annual report 2014. University of Liverpool 2014:1–23.
- 4 Hemming M et al. Major reduction of rotavirus, but not norovirus, gastroenteritis in children seen in hospital after the introduction of RotaTeq vaccine into the national immunization programme in Finland. *Eur J Pediatr* 2013; 127:739–746.
- 5 Paulke-Korinek M et al. Universal mass vaccination against rotavirus gastroenteritis: impact on hospitalization rates in Austrian children. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29:319–323.
- 6 Clarke MF et al. Direct and indirect impact on rotavirus positive and all-cause gastroenteritis hospitalisations in South Australian children following the introduction of rotavirus vaccination. *Vaccine* 2011;29:4663–4667.

**Nach Informationen von
Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin**

Lausbekämpfung in Flüchtlingsheimen

Gebrauchsinformation für Goldgeist® forte jetzt in sieben Sprachen

Flüchtlinge sind laut Robert-Koch-Institut (RKI)¹ aufgrund der oft sehr engen räumlichen Situation in den Aufnahmeeinrichtungen durch bestimmte Infektionskrankheiten gefährdet. Dazu zählen vor allem impfpräventive Erkrankungen wie Hepatitis, Influenza, Keuchhusten, Masern, Mumps und Windpocken, gastrointestinale Erkrankungen, Tuberkulose und nicht zuletzt auch parasitäre Infektionen wie Skabies (Krätze) und der Befall mit Kleiderläusen.

Kleiderläuse und Läuserückfallfieber

Kleiderläuse (*Pediculus humanus humanus*) kommen als Überträger von Läuserückfallfieber (*Borrelia recurrentis*) in Frage. Vereinzelt Fälle wurden bei Asylsuchenden vor allem in Bayern diagnostiziert. Darüber berichtet das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.² Läuserückfallfieber äußert sich vor allem durch plötzlich einsetzendes Fieber. Unbehandelt beträgt die Letalität nach Angaben des RKI³ 10-40 %, behandelt unter 5 %. Zur Prävention werden Bekämpfungs- und Hygienemaßnahmen empfohlen, die vor allem darauf abzielen, Kleiderläuse konsequent zu eliminieren und ihre Weiterverbreitung in Sammelunterkünften zu verhindern.

Goldgeist® forte (0,075 % Gesamtpyrethrine aus pflanzlichem Pyrethrumextrakt) besitzt in Deutschland nicht nur eine Arzneimittelzulassung zur Behandlung von Kopflausbefall, sondern auch zur Bekämpfung von Infektionen mit Kleiderläusen. Ein weiterer Vorteil: Das Arzneimittel ist ein nach § 18 Infektionsschutzgesetz geprüftes und anerkanntes „Entwesungsmittel“ und kann für behördlich angeordnete Behandlungen in Gemeinschaftseinrichtungen und Flüchtlingsunterkünften eingesetzt werden.

Wann mit einem Pedikulozid behandeln?

Treten in einer Gemeinschaftsunterkunft Kopfläuse auf, müssen diese nach aktueller RKI-Empfehlung⁴ mit einem Pedikulozid und ergänzenden mechanisch-physikalischen Maßnahmen behandelt werden. Bei Kleiderläusen ist der Einsatz



eines Pedikulozids nicht immer erforderlich. Das Center for Disease Control and Prevention (CDC)⁵ empfiehlt, die Kleidung betroffener Personen, Handtücher und Bettwäsche bei mindestens 60 °C zu waschen und nach Möglichkeit im Wäschetrockner heiß zu trocknen. Außerdem sollen Kleidung und Handtücher mindestens ein Mal pro Woche gegen saubere Wäsche gewechselt werden. Zur Unterstützung der hygienischen Maßnahmen kann die Anwendung eines Pedikulozids in bestimmten Fällen auch bei Kleiderläusen erwogen werden, zum Beispiel in Ausbruchssituationen von Läuserückfallfieber. Darauf weist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit² in seinem Merkblatt hin.

Mehrsprachige Patienteninformationen

Damit auch Menschen ohne deutsche Sprachkenntnis die Behandlung erfolgreich durchführen können, bietet der Hersteller von Goldgeist® forte die Gebrauchsinformation für das Arzneimittel in unterschiedlichen Sprachversionen an. Erklärt wird sowohl die Anwendung bei Kopf- als auch bei

Kleiderläusen. Die Hauptherkunftsländer der Asylsuchenden in Deutschland sind zurzeit Syrien (54,3 % der Flüchtlinge) und Afghanistan (8,8 % der Flüchtlinge).⁶ Deshalb enthält das Mehrsprachensortiment der Gebrauchsinformation für Goldgeist® forte ab sofort auch die Versionen „Arabisch“ und „Dari“ (afghanisches Persisch). Ärzte, Apotheker und Mitarbeiter von Gesundheitsämtern können das multilinguale Angebot kostenfrei unter www.kopflaus.de im Bereich für Fachkreise (dort unter Service-Center) bestellen. Der Zugang erfolgt über einen geschützten Doc-Check-Login. Neben den neuen Sprachversionen gibt es die Patienteninformation auch in den Sprachen „Englisch“, „Russisch“, „Polnisch“, „Türkisch“ und „Serbisch“.

Quellen:

- 1 Dt. Ärzteblatt 2015; 112 (42): A1717-1720
- 2 Merkblatt Läuse-Rückfallfieber, Stand: 24.08.2015
- 3 Epidemiologisches Bulletin 33/2015
- 4 Epidemiologisches Bulletin 47/2013 in aktualisierter Fassung vom November 2008
- 5 Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Body Lice Treatment, Internet: <http://www.cdc.gov/parasites/lice/body/treatment.html>
- 6 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe November 2015

Nach Informationen von
EDUARD GERLACH GmbH, Lübecke

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de