

bvkJ.

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

Heft 7/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Berufsfragen:

Obleutetreffen 2016



Fortbildung:

**Wann brauchen
wir ein EEG?**



Forum:

**Praxisteams
erfolgreich führen**



Magazin:

Dyskalkulie



www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Foto: © Robert Krieschke - Fotolia.com



Rechenschwäche/ Dyskalkulie

S. 483

Inhalt 7 | 16

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

Berufsfragen

- 431 **BVKJ – Obleutetagung**
Dehtleff Banthien
- 434 **Der Kinder- und Jugend-
arzt als Arbeitgeber, Teil 5**
Christian Krapohl
- 438 **PädExpert®**
Georg Leopold
- 441 **Impressum**
- 442 **Wahlaufruf und
Wahlergebnis**
- 443 **„Ziffer 4“ – Die brach-
liegende GOÄ-Kernziffer
der Pädiatrie**
Marcus Heidemann
- 447 **Pro Gemeinschaftspraxis**
Herbert Vitt
- 448 **Wir sind die Neuen:
Sebastian Bartels**
Regine Hauch
- 450 **Finanzierung von Weiter-
bildungsassistenten**
Reinhard Bartezky
- 452 **16. Forum für
Gesundheits- und Sozial-
politik des BVKJ**
Hermann Josef Kahl

Fortbildung

- 454 **Indikation und Aussage-
kraft des EEG im Kindes-
alter**
Joachim Opp
- 462 **Chronische Hepatitis B
und C – ein Update**
Stefan Wirth
- 468 **consilium: VZV-Impfung
nach durchgemachten
Windpocken**
Volker Schuster
- 470 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt
- 471 **Welche Diagnose
wird gestellt?**
*Katharina Meier
Peter H. Höger*
- 473 **Impfforum**
Ulrich Heiminger
- 474 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**

Forum

- 476 **Praxisteams
erfolgreich führen**
Regine Hauch
- 478 **Netzwerke bauen
für Kinder**
Regine Hauch
- 480 **Das Leser-Forum**
- 482 **Kommentar zum
aktuellen Drogen
und Suchtbericht**
Uwe Büsching

Magazin

- 483 **Wenn der Einstieg in
die Welt der Zahlen nicht
klappen will**
Hans-Joachim Lukow
- 486 **Kommentar zum Beitrag
von Hans-Joachim Lukow**
Ronald G. Schmid
- 487 **Pädindex**
- 488 **Buchtipps**
- 489 **BVKJ-Medienpreis**
Regine Hauch
- 490 **Personalien**
- 492 **Fortbildungstermine des
BVKJ**
- 494 **Nachrichten der Industrie**
- 499 **Wichtige Adressen des
BVKJ**

BVKJ – Obleutetagung am 04. Juni 2016 in Berlin

- Bedarfsplanung in den Händen der Pädiater?
- Entscheidung gegen Verschiebung der neugefassten Kinderrichtlinien des G-BA,
- Zukunftsthemen Telemedizin und Verbundweiterbildung,
- Kontaktpflege zum Nachwuchs

Ablauf

Über 100 Obleute des BVKJ aus allen Bundesländern waren beim jährlichen Obleutetreffen versammelt. Am Vormittag wurden den Obleuten aktuelle berufspolitische Informationen präsentiert, diskutierten sie untereinander mit dem BVKJ – Präsidium und dem Vorsitzenden des Honorarausschusses. Am Nachmittag erarbeiteten sie in Workshops zukünftige Perspektiven für die Pädiatrie.

Der Präsident **Dr. Fischbach** informierte über die aktuelle berufspolitische Situation, die Situation in KBV und Gesundheitsministerium und berichtete vom Deutschen Ärztetag, Vizepräsident **Dr. Ulmer** über die aktuellen Entwicklungen bei EBM, GOÄ, Honorar, Weiterbildungsförderung und Bedarfsplanung.

Informationen für unsere Mitglieder

Der **Deutsche Ärztetag** hat sich mit zahlreichen Beschlüssen für eine gute medizinische Versorgung von Flüchtlingen, eine adäquate Honorierung freiberuflicher ärztlicher Arbeit, einen Neubeginn der Verhandlungen zur GOÄ sowie gegen eine Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens auf nationaler und internationaler Ebene ausgesprochen.

Die **KBV** kämpft weiterhin gegen die Auflage der Politik einer Trennung in eine haus- und eine fachärztliche KBV und mit ihrer Vergangenheit. Die Korruptionsvorwürfe sollen juristisch aufgearbeitet, und die Einsetzung eines ministerialen Aufsichtsbeamten direkt in der KBV vermieden werden. Im EBM wird weiter an einer Neustrukturierung gearbeitet. Mehr Leistungen sollen in Arzt- und technische Leistung differenziert werden. Dabei soll der technische Leistungsanteil mit aktuellen Daten und zukünftig anpassbar betriebswirtschaftlich kalkuliert werden. Die Weiterbildungsförderung für die fachärztliche Grundversorgung soll zum 01.07 oder 01.10.2016 in Kraft treten. Sie wird monetär der Förderung der allgemeinärztlichen Weiterbildung entsprechen. Die Verteilung der Gelder auf die Fachgruppen soll regional in den KVen unter Einbezug der Krankenkassen erfolgen. Dabei soll die aktuelle und zukünftige Ver-

sorgungssituation berücksichtigt werden. Wenn es regional zu keiner Einigung kommt sollen auf jeden Fall die Fachgruppen Gynäkologie, Augenheilkunde und Pädiatrie berücksichtigt werden.

Herr Ulmer beendete seinen Vortrag mit einer Sensation: in einem Gespräch mit dem Präsidium des BVKJ hatte Prof. Hecken, der Vorsitzende des **G-BA**, den BVKJ aufgefordert, ein **Konzept zur pädiatrischen Bedarfsplanung** bis zum Sommer vorzuschlagen. Herr Ulmer forderte die AG – Bedarfsplanung des BVKJ zur raschen Umsetzung eines Konzeptes auf.

Prof. **Dr. Schmid** und **Dr. Kahl** informierten über den mühevollen, langjährigen Prozess der Erneuerung der **Kinderrichtlinien**. Gegenüber den bisherigen Kinderrichtlinien wird es eine sehr viel detailliertere Anamnese- und Befunderhebung geben. Dabei sind im neuen gelben Heft nur auffällige Befunde zu dokumentieren. Vieles deckt sich mit den vom BVKJ entwickelten PädCheck-Vorsorgen. Transillumination und Brückner-Test, die Stuhlfarben – Kärtchen und einige weitere Items gehen darüber hinaus.

Es folgte eine **kontroverse Diskussion**, ob die Obleuteversammlung den BVKJ – Vorstand auffordern sollte, sich für eine Verschiebung des Inkrafttretens der neuen Kinderrichtlinien einzusetzen. Damit sollte den Kinder- und Jugendarztpraxen mehr Zeit gegeben werden, Sprechstunden- und Ressourcenplanung den veränderten Anforderungen anzupassen und erforderliche neue Fähigkeiten einzuüben.

Dagegen sprach, dass alle zur Durchführung der neuen Vorsorgen erforderlichen Fähigkeiten Bestandteil der Weiterbildungsordnung Pädiatrie sind. Das klar festgelegte Untersuchungsprogramm einschließlich der Transillumination und des Brückner-Tests in Verbindung mit definierten Anforderungen an die Dokumentation pathologischer Befunde schützt die Kolleginnen und Kollegen vor ungerechtfertigten Haftungsansprüchen wegen Unterlassung einer wichtigen Untersuchung.



Dehtleff Banthien

Die Aushandlung einer **angemessenen Vergütung des Mehraufwandes** für die Vorsorgen nach den neuen Kinderrichtlinien würde bei Verschiebung der Einführung, so Kenner des KBV – Systems und der Arbeit des Bewertungsausschusses, erschwert.

Die Diskussion wurde nach ausführlicher Darstellung aller Argumente durch einen Antrag zur Geschäftsordnung auf Nichtbefassung beendet. Diesem Antrag stimmte die überwiegende Mehrheit der anwesenden Obleute zu.

Ergebnis einer Diskussion am Rande: Das neue gelbe Heft wird ein sehr viel verbindlicheres Dokument als das bisherige alte. Die Gelegenheit sollte jetzt genutzt werden, die Vielzahl an Vorsorgeheften aus den Selektivverträgen durch Einleger für das neue gelbe Heft zu ersetzen.

Anschließend stellte **Dr. Lang** das neue Telemedizinische Konsil PädExpert® dar.

Gruppenarbeit in Workshops am Nachmittag

Nach der Mittagspause begannen die Workshops.

In **Gruppe 1** führten **Dres. Lang und Landendörfer** eine sehr erfolgreiche, die Gruppenmitglieder begeisternde, live – Demonstration des **Telekonsils PädExpert®** vor.

In **Gruppe 2** stellte **DGAAP** – Mitglied und Obmann aus Schleswig – Holstein **Dr. Weiß-Becker** die **kompetenzbasierte Weiterbildung und das Schleswig-Holsteinische Projekt zur Verbundweiterbildung** vor. Nahezu alle in Schleswig – Holstein angesiedelten Kinderkliniken, darunter auch beide Universitätskliniken, und über 20 Kinder- und Jugendarztpraxen beteiligen sich an diesem Modell bereits unter den Bedingungen einer nur geringfügigen Förderung von 500€ monatlich für eine volle Stelle. Die von der DGAAP entwickelte kompetenzbasierte Weiterbildung in Verbindung mit dem dazugehörigen eLogbuch bietet dazu eine für alle Beteiligten nachvollziehbare und verlässliche Grundlage für eine fundierte Weiterbildung in den pädiatrischen Praxen.

Gruppe 3 beschäftigte sich mit **Anforderungen an die zukünftige Verbandsarbeit**. Auf lokaler Ebene sollte der informelle Austausch zwischen Klinik und ambulanten Bereich sowie unter den Kolleginnen und Kollegen gefördert werden. Aktives „scouting“ ist für die Identifikation an verbandlicher Arbeit interessierter unerlässlich.

Querdenker und kritische Kollegen sind wertvolle Impulsgeber. Die neuen Medien sollten gezielter zur Information insbesondere jüngerer Kolleginnen und Kollegen eingesetzt werden. Die Obleute fühlen sich weiterhin zu wenig informiert. Sie wünschen sich „Brücken zwischen den Ebenen“, gezieltere aktuellere Informationen zu definierten Themen und mehr basisdemokratischen Einbezug. Mehr Umfragen und Stimmungsbilder sollen vom Vorstand initiiert und deren Ergebnisse in seine Entscheidungen einbezogen werden, aber nicht die Entscheidung diktieren. Größte Motivation zur berufspolitischen Arbeit ist das Gefühl, gut über aktuelle berufspolitische Fragen und die Haltung des BVKJ dazu informiert zu sein!

In der **Gruppe 4** ergab sich eine spannende **Kooperation mit dem Bund der Medizinstudierenden**. Drei StudentInnen diskutierten lebhaft mit einer Gruppe von Obleuten über ihre Wünsche bezüglich der Ausbildung und zukünftiger Tätigkeit in Praxen. Das Interesse an ambulanter Tätigkeit ist da. Das Wissen über gegenüber der Klinik flexiblere Arbeitsmöglichkeiten ist angekommen. Neben den Möglichkeiten zur Berücksichtigung familiärer Bedürfnisse und der Pflege kultureller Interessen neben dem Beruf steht auch das Interesse an wissenschaftlicher Arbeit auf dem Wunschzettel der Studenten und künftigen Praxisinhaber.

Gruppe 5 ließ sich durch **Frau Hauch** in der persönlichen Außenpräsentation und der Argumente gegenüber Politik, KV und Krankenkassen schulen. Auch hier waren die Teilnehmer begeistert.

Im **abschließenden Plenum** stellte **Frau Emgenbroich**, Geschäftsführerin der Service GmbH, die neuen Entwicklungen im Bereich der BVKJ – Selektivverträge dar. Neben den positiven Nachrichten über Ausweitung von Verträgen und steigende Umsätze bereitet die **Doppelabrechnung von Leistungen** in Selektivvertrag und KBV System ernste Sorgen. Diese Doppelabrechnungen sind vermeidbar und erfüllen den Tatbestand des Betruges. Zur Umsetzung der neuen Kinderrichtlinien wird die GmbH ihren Beitrag leisten und einen vergünstigten Einkauf von Ophthalmoskopen und 5 Frequenz – Audiometern anbieten.

Fazit

Mit der **Präsentation der Gruppenergebnisse** fand die Obleutetagung ihren Abschluss. In der Evaluation bescheinigten die Teilnehmer auch dieses Jahr der Obleutetagung wieder eine sehr gute Organisation. Hier gebührt der Geschäftsstelle des BVKJ, vor allem **Frau Jennebach** und **Frau Schwade**, großer Dank. Programmgestaltung, Inhalte der Vorträge und Arbeitsgruppen wurden ebenso durchgängig als sehr gut bewertet.

Dehtleff Banthien
23843 Bad Oldesloe
E-Mail: dbanthien@noSpam.uminfo.de

Red.: WH

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft 44. Herbst-Seminar-Kongress, Bad Orb bei sowie je eine Beilage der Shire Deutschland GmbH, Berlin und der Aristo Pharma GmbH, Berlin. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ● ● ●

Teil 5: Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses



Christian Krapohl

In den vergangenen Teilen wurde Personal ausgesucht und eingestellt. Nunmehr soll es in Teil 5 der Serie „Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber“ um die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses gehen. Dies ist häufig ein für beide Seiten, d. h. für den Arbeitgeber und den Arbeitnehmer, unschönes Ereignis. Wird ein Arbeitsverhältnis einseitig beendet, so ist dies – nicht nur bei sehr langen Arbeitsverhältnissen – mit vielen Emotionen verbunden. Ein Rat wird hier häufig einem entlassenen Mitarbeiter von Angehörigen gegeben: „Geh´ vor´s Arbeitsgericht! Dir steht eine Abfindung zu!“ Ein rechtlich einwandfreies Vorgehen ist daher besonders wichtig; Formfehler und auch unbedachte Äußerungen können zu langwierigen und kostenintensiven Rechtsstreitigkeiten führen.

Die einseitige Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Erwägt eine pädiatrische Praxis die Entlassung eines Mitarbeiters, sollte man als Arbeitgeber im Vorfeld einige Dinge beachten. Es gibt verschiedene Kündigungsarten:

- die ordentliche Kündigung mit Kündigungsfrist (reguläre, fristgerechte Kündigung).
- die fristlose Kündigung (wenn ein besonderer, schwerwiegender Grund vorliegt).
- die Änderungskündigung (wenn die Bedingungen für das Arbeitsverhältnis geändert werden sollen).

1. Ist die Kündigung rechtlich zulässig?

Der erste Blick sollte immer dem Arbeitsvertrag gelten. Bei einem unbefristeten Arbeitsvertrag ist die fristgerechte Kündigung generell möglich. Anders ist es beim befristeten Arbeitsvertrag. Hier muss die Kündigungsmöglichkeit während der vereinbarten Laufzeit ausdrücklich vorbehalten sein; ist dies nicht der Fall, kann das Arbeitsverhältnis nicht ordentlich gekündigt werden.

Außerordentlich kann grundsätzlich – auch wenn dies im Vertrag nicht geregelt ist – jeder Vertrag gekündigt werden, sofern ein entsprechender wichtiger Grund vorliegt.

Ordentliche fristgerechte Kündigung

Ob eine ordentliche fristgerechte Kündigung ohne Weiteres möglich ist, richtet sich danach, ob das Kündigungsschutzgesetz Anwendung findet. Dies setzt voraus, dass das Arbeitsverhältnis bereits sechs Monate bestanden hat (sog. Wartezeit) und regelmäßig mehr als

zehn Mitarbeiter beschäftigt werden. Für die **Bestimmung der Mitarbeiterzahl** werden die Beschäftigten wie folgt berücksichtigt:

- bis einschließlich 20 Stunden/Woche: 0,50
- bis einschließlich 30 Stunden/Woche: 0,75
- über 30 Stunden/Woche: 1,0.

Es gibt aber eine **wichtige Ausnahme**:

War der Mitarbeiter schon vor dem 1. Januar 2004 in der Praxis beschäftigt, genießt er Kündigungsschutz, wenn am 31. Dezember 2003 mehr als fünf Mitarbeiter beschäftigt waren und diese Mitarbeiter noch in der Praxis angestellt sind.

Liegt die maßgebliche Mitarbeiterzahl unter den Grenzen (= sog. „Kleinbetrieb“), erfordert die fristgerechte ordentliche Kündigung keinen Kündigungsgrund.

Ein gewisses Maß an Rücksichtnahme wird aber dennoch vorausgesetzt, wenn ein Mitarbeiter entlassen wird. Ein langjähriges Arbeitsverhältnis – ohne jeden „Zwischenfall“ – darf beispielsweise nicht aus nichtigem Anlass und ohne vorangegangene Abmahnung gekündigt werden.

Ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes vorliegen, setzt die fristgerechte ordentliche Kündigung mit der „sozialen Rechtfertigung“ einen anerkannten Kündigungsgrund voraus. Grundsätzlich kommt dabei eine betriebs-, personen- oder verhaltensbedingte Kündigung in Betracht.

Vorsicht: Im Fall der verhaltensbedingten Kündigung muss grundsätzlich zuerst abgemahnt werden. Damit soll dem Mitarbeiter die Gelegenheit gegeben werden, sein Verhalten zukünftig zu ändern.

Liegen die Voraussetzungen für eine ordentliche Kündigung vor, soll der Mitarbeiter aber zu anderen Bedingungen (andere Tätigkeit, ggf. mit anderer Entlohnung) weiter beschäftigt werden, kann der Ausspruch einer Änderungskündigung erwogen werden. Bei dieser wird das bestehende Arbeitsverhältnis gekündigt und zugleich ein neues Arbeitsverhältnis zu anderen Konditionen angeboten. Nimmt der Mitarbeiter das Angebot vorbehaltlos an, so richtet sich die weitere Tätigkeit nach dem neuen Vertrag. Lehnt er die Tätigkeit ab, so endet das Arbeitsverhältnis zum rechtlichen Beendigungszeitpunkt; der Mitarbeiter hat aber dieselben Rechtsschutzmöglichkeiten wie bei der „normalen“ Kündigung (s. unter Ziff. 4).

Außerordentlich fristlose Kündigung

Um einen Mitarbeiter fristlos, d.h. außerordentlich zu entlassen, wird ein „wichtiger Grund“ vorausgesetzt. Dieser muss bei einer Interessenabwägung ergeben, dass eine Weiterarbeit – bis zum Ende der regulären Kündigungsfrist – nicht zumutbar ist. Das Vertrauensverhältnis muss zerrüttet sein. Regelmäßig setzt die außerordentliche Kündigung eine **vorherige Abmahnung** voraus; nur in besonders schwerwiegenden Fällen, z. B. bei einer Unterschlagung von Geldern oder groben Beleidigungen durch den Mitarbeiter, ist die fristlose Kündigung unmittelbar möglich.

Zustimmung durch Betriebsrat

Ist, was in der Praxis äußerst selten anzutreffen ist, ein Betriebsrat gegründet worden, so ist dieser vor jeder Kündigung unter Angabe der Gründe anzuhören. Unterbleibt die Anhörung, ist die Kündigung unwirksam, so dass sich der Mitarbeiter bereits deswegen erfolgreich gegen die Kündigung zur Wehr setzen kann.

Kündigungsschutz für Schwangere/ junge Eltern/Schwerbehinderte

Eine schwangere Mitarbeiterin kann grundsätzlich nicht entlassen werden. Nur in besonderen Fällen ist die Kündigung mit behördlicher Zustimmung ausnahmsweise erlaubt. Auch in den ersten vier Monaten nach der Entbindung ist die Kündigung verboten. Besonderen Kündigungsschutz genießen ebenfalls Mitarbeiter (weiblich und männlich!) in Elternzeit; auch diese dürfen nur in besonderen Fällen und mit behördlicher Zustimmung entlassen werden. Für die Kündigung eines **schwerbehinderten Mitarbeiters**, d.h. mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 % oder bei 30 % mit einem Gleichstellungsbescheid, ist die **Zustimmung des Integrationsamts** erforderlich.

Ausnahme: Das Arbeitsverhältnis hat noch keine sechs Monate bestanden.

2. Berechnung der Kündigungsfrist

Die **gesetzliche Grundkündigungsfrist** beträgt vier Wochen (28 Tage) zum 15. oder zum Ende des Kalendermonats. In der Probezeit gilt eine Frist

von zwei Wochen. Für den Arbeitgeber verlängert sich die gesetzliche Kündigungsfrist mit der Betriebszugehörigkeit:

ab 2 Jahren Betriebszugehörigkeit:	1 Monat zum Monatsende
ab 5 Jahren Betriebszugehörigkeit:	2 Monate zum Monatsende
ab 8 Jahren Betriebszugehörigkeit:	3 Monate zum Monatsende
ab 10 Jahren Betriebszugehörigkeit:	4 Monate zum Monatsende
ab 12 Jahren Betriebszugehörigkeit:	5 Monate zum Monatsende
ab 15 Jahren Betriebszugehörigkeit:	6 Monate zum Monatsende
ab 20 Jahren Betriebszugehörigkeit:	7 Monate zum Monatsende

Die Kündigungsfristen im Arbeitsvertrag können abweichen, wobei grundsätzlich die gesetzlichen Kündigungsfristen nicht zum Nachteil des Mitarbeiters abgekürzt werden dürfen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Kündigungsfristen vertraglich nur verlängert werden können. Insbesondere in alten Arbeitsverträgen findet sich häufig die Kündigung zum Quartalsende.

Tipp: Die Kündigung sollte immer „zum nächst möglichen Termin, der nach meinen Berechnungen der ... ist“, erfolgen, um bei einem falschen Kündigungszeitpunkt Streitigkeiten über die Wirksamkeit zu einem anderen Zeitpunkt zu vermeiden.

3. Die Formalitäten einer Kündigung

Folgende Regeln sind zu beachten:

- Die Kündigung muss **zwingend schriftlich** erfolgen; eine Kündigung per E-Mail, FAX oder SMS ist unwirksam.
- Sie muss eindeutig formuliert sein, d.h. es muss unmissverständlich zum Ausdruck kommen, dass eine Kündigung erklärt wird.
- Die Kündigung ist vom Arbeitgeber mit vollem Namen zu unterschreiben. Kürzel sind nicht erlaubt. Ist eine Gesellschaft Arbeitgeberin (z.B. Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft), so müssen alle Gesellschafter die Kündigung unterschreiben. Alternativ können sich die Gesellschafter auch gegenseitig vertreten; in diesem Fall ist die Vertretung im Kündigungsschreiben kenntlich zu machen und es ist eine Original-Vollmacht zu übergeben.
- Auch auf Nachfrage dürfen keine Kündigungsgründe angegeben werden, um sich für ein späteres Kündigungsschutzverfahren nicht angreifbar zu machen! Nur in besonderen Fällen z. B. bei der Kündigung von Auszubildenden oder einer schwan-

geren Mitarbeiterin, ist eine Begründung gesetzlich vorgeschrieben.

- Der Mitarbeiter sollte darauf hingewiesen werden, dass er sich unverzüglich bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitssuchend melden sollte, damit er keine Nachteile beim Bezug von Arbeitslosengeld erleidet.
- Falls die Kündigung übergeben wird, sollte der Empfang auf einem Doppel quittiert werden. Alternativ kann die Übergabe/der Einwurf durch einen Boten erfolgen, der Kenntnis vom Inhalt erlangt hat. Die Versendung sollte keinesfalls als Einschreiben mit Rückschein erfolgen, da die Kündigung nur bei der tatsächlichen Übergabe wirksam wird; holt der Mitarbeiter die Kündigung nicht bei der Post ab, ist kein Zugang der Kündigung gegeben.

4. Rechtsschutzmöglichkeiten eines Mitarbeiters

Der Mitarbeiter hat die Möglichkeit, die Wirksamkeit der Kündigung (auch Änderungskündigung) durch Erhebung der Kündigungsschutzklage gerichtlich überprüfen zu lassen. Die Klage ist innerhalb der **Klagefrist von drei Wochen** nach Zugang der Kündigung einzureichen; macht der Mitarbeiter von diesem Recht keinen Gebrauch, ist eine Kündigung grundsätzlich nicht mehr angreifbar.

Im Rahmen des Gerichtsverfahrens muss der **Mitarbeiter** folgende Positionen darlegen und beweisen:

- die Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes
 - den Ausspruch der Kündigung durch den Arbeitgeber
 - die Erfüllung der sechsmonatigen Wartezeit
- Der **Arbeitgeber** hat die Darlegungs- und Beweislast für
- den Zugang der Kündigung
 - das Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen
 - die soziale Rechtfertigung der Kündigung

5. Kein Anspruch auf Abfindung

Ein Arbeitnehmer hat grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Abfindung. Das Kündigungsschutzgesetz sieht eine solche nicht vor. Dennoch werden in arbeitsgerichtlichen Streitigkeiten Abfindungen durch den Arbeitgeber gezahlt. Grund hierfür ist, dass ein Kündigungsschutzprozess für den Arbeitgeber mit dem

Risiko verbunden ist, den Arbeitnehmer weiterbeschäftigen und die Vergütung nach Auslaufen der Kündigungsfristen nachzahlen zu müssen. Deshalb werden oftmals nach Ausspruch der Kündigung - außergerichtlich oder im gerichtlichen Verfahren - Abfindungsvergleiche geschlossen, in denen die Wirksamkeit der Kündigung gegen Zahlung einer Abfindung akzeptiert wird.

Einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses

Sind sich der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer darüber einig, dass das zwischen ihnen bestehende Arbeitsverhältnis enden soll, so kann auch ein **Aufhebungsvertrag** geschlossen werden. Die Gründe dafür sind vielfältig (z. B. neue Stelle des Arbeitnehmers oder aber zur Vermeidung einer fristlosen Kündigung).

Ungeachtet der Vorteile, die einvernehmliches Handeln stets mit sich bringt, sind in jedem Falle die Voraussetzungen und Konsequenzen des Abschlusses eines Aufhebungsvertrages zu beachten.

Der Aufhebungsvertrag ist **zwingend schriftlich** zu schließen, § 623 BGB. Inhaltlich regelt der Aufhebungsvertrag die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Termin.

Weiter ist es üblich, mögliche Streitpunkte zu regeln. Häufig finden sich daher in Aufhebungsverträgen Regelungen über eine Freistellung des Arbeitnehmers von seiner Arbeitspflicht, wobei meist eine Einbringung von Resturlaub bzw. Mehrarbeit vereinbart wird. Aus Arbeitnehmersicht wird für die freiwillige Aufgabe des Arbeitsplatzes häufig eine Abfindung ausbedungen.

Der Abschluss einer solchen (formwirksamen) Aufhebungsvereinbarung führt für den Arbeitgeber dazu, dass er sich eine arbeitsgerichtliche Auseinandersetzung erspart. Aus Sicht des Arbeitnehmers ist der Abschluss gleichwohl zu überlegen, denn regelmäßig führt dies dazu, dass er eine sog. **Sperrzeit beim Bezug von Arbeitslosengeld** erlangt.

*Christian Krapohl
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Dr. Möller und Partner
E-Mail: zentrale@moellerpartner.de*

Red.: WH

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

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

(02 21) 6 89 09 21.



PädExpert® – Erste Erfahrungen in der pädiatrischen Rheumatologie



Dr. Georg Leipold

Für Patienten mit Gelenkbeschwerden wurde im Rahmen der Pilotphase von PädExpert® 2014/2015 ein Telemedizinmodul entwickelt, das dem Allgemeinpädiater bei Diagnostik und Therapie von Gelenkerkrankungen hilfreich zur Seite steht.

Prinzipieller Ablauf

Die Grundidee von PädExpert® ist es, bei unklaren Beschwerdebildern, komplexen oder seltenen Krankheiten rasch und ohne großen Aufwand einen Experten zur Diagnoseunterstützung oder zu differentialtherapeutischen Überlegungen zu konsultieren.

Bei der Diagnoseunterstützung stellt der Allge-



Abb. 1: Coxitis

meinpädiater (AP) anstelle eines Überweisungsscheines das Beschwerdebild und die Ergebnisse möglicherweise bereits durchgeführter diagnostischer Maßnahmen online mithilfe von teils vorformulierten aber auch frei formulierbaren Algorithmen dem pädiatrischen Rheumatologen vor (Erhebungsbogen I). Diese Algorithmen orientieren sich an den gegenwärtigen Leitlinien und entsprechen dem pädiatrisch-rheumatologischen Diagnoseplan (s. Reihenfolge der Diagnostik - siehe Abbildung 2).

Der pädiatrische Rheumatologe trifft aufgrund der bestehenden Symptomatik eine erste Einschätzung und legt das weitere diagnostische und initial therapeutische Prozedere fest. (Labor-Diagnosebogen IIa) Dieser Diagnoseplan wird vom Allgemeinpädiater bearbeitet und die Ergebnisse werden wieder dem pädiatrischen Rheumatologen (KJR) zur Verfügung gestellt (Labor-Diagnosebogen IIb). Letzterer formuliert daraus die Arbeitsdiagnose (Diagnosebogen III) und spezifiziert ggf. noch die weiteren Behandlungsschritte. Beispielfhaft werden 2 Fälle erläutert:

Rheumafall 1: Diagnoseunterstützung

Tag 1

Erhebungsbogen I des AP an KJR:

10 jähriges Mädchen, seit 6 Wochen massiv geschwollenes, dickes linkes Knie, kontinuierliche aber relativ geringe Schmerzen, FA Vater Arthritis, deutsche Herkunft, Ibuprofen 3 x 400mg seit 2 Wochen, keine Besserung, 14 Fehltag in der Schule

Labor/Diagnosebogen IIa des KJR an AP:

Basis-Labor:

Diff. BB, Na, K, Ca, Harnsäure, Crea., Gesamteinweiss, GOT, GPT, GGT, AP, LDH, Lipase, CK, IgA, IgG, IgM, BKS, Quick, PTT, Fibrinogen, U-Status

Speziallabor:

ANA, HLA B27, IgG, IgA, IgM, Borrelienserologie, ggf. Borrelien-IgG-Western Blot

Initialtherapie: 3 x 400 mg Ibuprofen

Tag 4

Labor-/Diagnosebogen IIb des AP an KJR:

Basislabor unauffällig, ANA-, HLA B27-, IgG, IgA, IgM, unauffällig

Borrelienserologie-IgG 241 U/l

Western-Blot-IgG 4 Banden ++

Diagnosebogen III des KJR an AP:

Diagnose:

Lyme-Arthritis

Therapie:

50mg/kg Amoxicillin auf 3 Dosen für 3 Wochen, 2 x 50 mg Diclophenac, 2 x 20 mg Omeprazol

Tag 25

Dokumentation zur Remission V des AP an KJR

Beschwerdefrei, Medikation beendet

Fazit: Diagnosestellung und Therapie über PädExpert®, Vermeidung einer stationären Einweisung wegen oraler Therapie

Rheumafall 2: Diagnoseunterstützung mit Kooperation

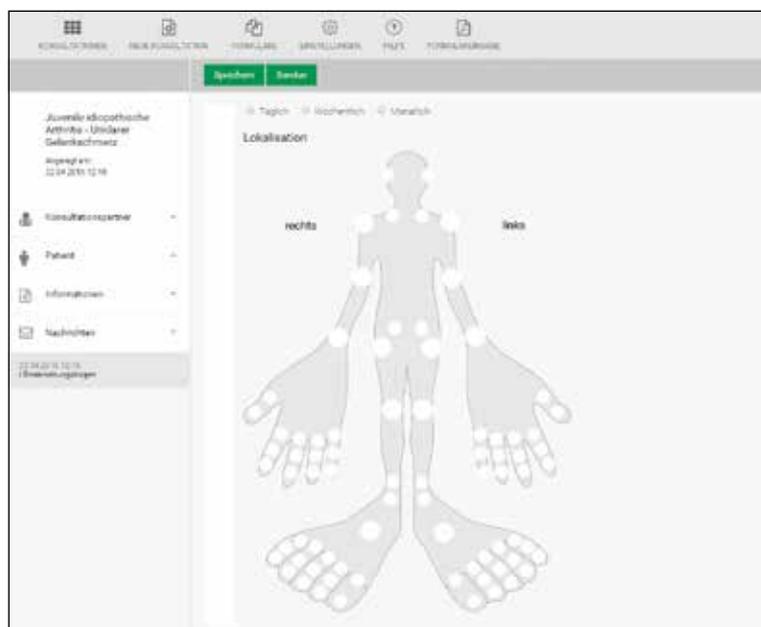
Tag 1

Erhebungsbogen I des AP an KJR

5 jähriger Junge, seit 6 Wochen Knieschmerzen links, Morgensteifigkeit, vor 6 Monaten Schmerzen in der Achillessehne, Familienanamnese unauffällig



Abb. 2: Reihenfolge der Diagnostik



Körperliche Untersuchung: asymmetrisches Gangbild, Trendelenburg'sches Hinken, endgradiger Bewegungsschmerz in der linken Hüfte seit 3 Wochen bereits Ibuprofen genommen ohne Erfolg

Labor/Diagnosebogen IIa des KJR an AP:

Basis-Labor:

Diff. BB, Na, K, Ca, Harnsäure, Crea., Gesamteinweiss, GOT,GPT, GGT, AP, LDH, Lipase, CK, IgA, IgG, IgM, BKS, Quick, PTT, Fibrinogen, U-Status

Speziallabor:

ANA, HLA B27, IgG, IgA, IgM, Borrelienserologie

Tag 4

Labor/Diagnosebogen IIb des AP an KJR:

BKS 35/73 mm n.W, IgG 1873 mg/dl, HLA B27 positivANA neg.

Diagnose:

HLA B 27 positive Enthesitis mit Arthritis

Fazit

Diagnosestellung einer Coxitis bei HLA B27 + Enthesitis mit Arthritis nach 4 Tagen nach einem 6 wöchigen Leidensweg

Gezielte Einbestellung zum KJR zur Aufklärung und Prognose einer chronischen Erkrankung zeitgleich-Therapiegespräch und Punktion und Instillation von Triamcinolon i.a.

PädExpert® Praktische Fragestellungen aus der Sicht des KJR

In der Pilotphase 2014/2015 wurden 42 rheumatologische Fälle bearbeitet, bei 16 konnte eine Diagnose gestellt werden, 10 wurden bis zur Remission begleitet und bei 16 Patienten handelt es sich um Therapieunterstützung.

Die hier dargestellten Fälle kennzeichnen Patienten mit klassischer Befund- und Laborkonstellation. Gerade und fast ausschließlich bei geradliniger und stringenter Diagnostik ergibt sich für den Schwerpunktpädiater die Möglichkeit, den Patienten nur virtuell mit zu betreuen. Zeichnen sich klinisch wie laborchemisch, seitens der Bildgebung oder des therapeutisch unbefriedigenden Ansprechens Unklarheiten oder Zweifel ab, können sowohl Allgemeinpädiater als auch Schwerpunktpädiater - nicht zuletzt auch aus medizinrechtlichen Gründen- jederzeit eine persönliche Vorstellung des Patienten beim Schwerpunktpädiater vereinbaren.

Sicherlich wird die Anzahl der Fragestellungen, die sich telemedizinisch in Kooperation zwischen Allgemeinpädiater und Schwerpunktpädiater bearbeiten lassen, immer begrenzt bleiben. Gelenkpunktionen, Steroidinfusionen, immunsuppressive oder immunmodulatorische Therapien werden immer die Aufgabe des Kinder- und Jugendrheumatologen bleiben.

Die vertrauensvolle Behandlung eines chronisch kranken Kindes setzt eine intensive persönliche Arzt-Patienten-Beziehung voraus. Aufklärungsgespräch, Prognosedarstellung und Therapieerläuterungen bei chronischen Erkrankungen werden aufgrund von Fachwissen und Erfahrung immer durch den Schwerpunktpädiater geführt werden müssen. Jedoch kann hier **PaedExpert®** bei bestimmten Fragestellungen den diagnostischen Prozess erleichtern und verkürzen. Ebenso werden die differentialdiagnostischen und -therapeutischen Überlegungen und Strategien immer dem Schwerpunktpädiater überlassen bleiben, genauso die Aufgaben der Tight control bei unbefriedigendem Therapieansprechen.

Andererseits aber bietet **PädExpert®**, die Möglichkeit, bei therapeutisch gut eingestellten Patienten Routinekontrollen der Therapieverträglichkeit durch den betreuenden Kinder- und Jugendarzt durchführen zu lassen und stellt eine Arbeitserleichterung für den Schwerpunktpädiater dar. Somit lassen sich die bereits bestehenden regionalen Vernetzungen zwischen Allgemeinpädiatern und Schwerpunktpädiatern durch vermehrte Kooperation und Wissenszuwachs intensivieren und verbessern.

PädExpert® – aus der Sicht der Patienten

Durch den strukturierten Diagnostikplan werden unnötige, häufig sinnlose, oft auch aufwändige und teure Diagnosepfade (beispielsweise MRT-Untersuchungen in Narkose „pseudo“-entlastende, diagnostische Gelenkpunktionen, Arthroskopien) minimiert. Für den Patienten verkürzt sich die Wartezeit bis zum Therapiebeginn aus zweierlei Hinsicht: Zum einen muss er nicht mehr lange auf die Vorstellung beim Spezialisten warten, zum anderen kann durch die gezielte Vorbereitung des diagnostisch bereits hinreichend voruntersuchten Patienten die Erstvorstellung beim Spezialisten bereits für Aufklärungsgespräch und Therapiebeginn genutzt werden. Wertvolle „**Windows of Opportunity**“ in der Therapie können somit erfüllt werden, was für den Patienten eine für ihn individuell zugeschnittene und abgewogene Therapie, verkürzte Krankheitsdauer und geringere Krankheitschwere bedeutet.

Für den Patienten entfallen häufige oft langwierige und teils finanziell aufwändige Anfahrtswege. Dem vielfältig vorhandenen Wunsch des Patienten nach einer „Zweitmeinung“ kann entsprochen werden, die Kosten für Ärztehopping (z. B. nutzlose Vorstellung beim Orthopäden) werden eingespart.

PädExpert® Stellenwert im System

Sicherlich wird der telemedizinische Zugang und Datenaustausch die ambulante Schwerpunktpädiatrie nicht ersetzen oder auch nur annähernd gefährden können. Die Kooperation mittels **PädExpert®** ermög-

PädExpert® – aus der Sicht des Kinder- und Jugendarztes

Die Möglichkeit via **PädExpert®** sich Expertenwissen niederschwellig in die eigene Praxis zu holen, stärkt den Allgemeinpädiater in seiner Aufgabe als „Lotse“ in Gesundheitssystem und schließt somit bestehende Versorgungslücken vor Ort. Das gemeinsam abgestimmte Fallmanagement gewährleistet eine vertrauensvolle Patientenführung und vermeidet dadurch ein Abdriften der Patienten zu Fachärzten der Erwachsenenmedizin. Die bisher teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen bescheinigen dem System ein hohes Fortbildungspotential.

licht lediglich ein stringentes, patientenorientiertes Management der Schnittstelle Allgemeinpädiater/Schwerpunktpädiater und trägt so zur Zufriedenheit bei Patienten und Ärzten bei. Ob es sich in der Routineversorgung etablieren kann, hängt in erster Linie von dem Nutzungswillen und dem verantwortlichen Umgang der beteiligten Kollegen ab. Es bietet eine große Chance, Unsicherheiten zu beseitigen und verhindert damit unnötige stationäre Einweisung. In Zeiten knapper werdender ärztlicher Ressourcen gewährleistet es unverzügliche, patientenzentrierte Abläufe auch in weniger gut strukturiert versorgten Gebieten.

Weitere Informationen unter: www.paedexpert.de

Dr. med. Georg Leopold
Sprecher der AG der niedergelassenen Kinder- und Jugendrheumatologen, 93059 Regensburg
E-Mail: doc@leopold-kardio.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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@uminf.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 Wengigen 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 14.900

lt. IVW I/2016

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail:

ckermel@schmidt-roemhild.com – **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.



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

ERGEBNIS

der Wahlen im Landesverband Hessen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Wahlperiode 2016-2020

Landesverbandsvorsitzender/

1. Delegierter

Dr. med. Lutz Müller, Offenbach

2. Delegierter :

Dr. med. Ralf Moebus, Bad Homburg

3. Delegierte:

Brigitte Schranz, Wiesbaden

4. Delegierter:

Dr. med. Burkhard Voigt, Frankfurt

1. Ersatzdelegierte:

Dr. med. Martina Heßler-Klee, Mücke

2. Ersatzdelegierter:

Dr. med. Thies Häfner, Dietzenbach

Schatzmeister:

Dr. med. Martin Gunkel, Pfungstadt



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLAUFRUF

FÜR DEN LANDESVERBAND WESTFALEN-LIPPE

Leider musste die bereits für Mai/Juni angekündigte Landesverbandswahl aus organisatorischen Gründen verschoben werden. Nun findet vom **22.08.2016** bis **12.09.2016** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner beiden Stellvertreter und der weiteren Vorstände (diese 6 Gewählten werden satzungsgemäß Delegierte unseres Landesverbandes) sowie der Ersatzdelegierten und des Schatzmeisters statt. Der Schatzmeister kann gleichzeitig auch als Ersatzdelegierter gewählt werden.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **12.09.2016** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle). Die Wahl erfolgt nach dem Schulze-Verfahren, das heißt, die Kandidaten auf den Listen müssen jeweils durch Zahlenangaben in eine Rangfolge gebracht werden.

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 Honorarausschuss informiert ● ● ●

„Ziffer 4“ – Die brachliegende GOÄ-Kernziffer der Pädiatrie

Ist diese Ziffer eigentlich perfekt für die Pädiatrie geeignet, da diese in Ihrer Legende eigentlich genau unser Fachgebiet beschreibt, so fristet sie doch in vielen Praxen ein Schattendasein und wird selten oder gar nicht angewendet. Da gerade Gesprächsleistungen in der GOÄ aufgrund des fehlenden Inflationsausgleichs massiv unterbewertet sind, ist dies eigentlich nicht zu verstehen. Insofern soll der folgende Artikel die „4“ aus dem Schattendasein ein wenig hervorholen.



Dr. Marcus
Heidemann

Gründe der zurückhaltenden Anwendung

Fragt man Pädiater zur Ziffer 4, so gibt es häufige Vorurteile zur Abrechnung: „Geht doch sowieso nicht für Kinderärzte!“ – „Erstattet die Beihilfe nie!“ – „Geht nur bei Jugendlichen?“ – „Macht nur Ärger!“ sind dabei häufig genannte Gründe diese Ziffer nicht zur Abrechnung zu nutzen. Andere Fachrichtungen sind da weniger zimperlich und rechnen die Ziffer 4 eigentlich immer dann mit ab, wenn der Patient nicht alleine das Sprechzimmer betritt. Die Wahrheit liegt sicherlich in der Mitte – nicht jeder Elternkontakt rechtfertigt die GOÄ-Ziffer 4, doch kann bei einem hohen Anteil der ausführlicheren Beratungen die Grundlage für die Abrechnung dieser Ziffer sehr wohl gegeben sein.

GOÄ Ziffer 4:

Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken.

Die Leistung ist nur **einmal im Behandlungsfall** berechnungsfähig.

Aus dieser Legende wäre zunächst eine ausgesprochen großzügige Abrechnung ableitbar, kommt doch fast jeder unserer Patienten mit einer Bezugsperson in die Praxis. Allerdings kann man aus der Formulierung „Unterweisung und Führung einer Bezugsperson“ sowie der Bewertung, die mit 220 Punkten noch über der Ziffer 3 (Beratung >10 Minuten) liegt, schließen, dass nicht jede Bagatellfrage die Abrechnung begründen kann. Allerdings weist die Ziffer formal zunächst keine weiteren Einschränkungen auf, so dass von Versicherungen und Beihilfe häufig angeführte Einschränkungen in der Regel nicht stichhaltig sind.

Probleme bei der Anerkennung durch die Versicherungen?

Von Versicherungen wird gerne dargelegt, die Ziffer 4 sei nur bei behinderten Kindern oder bewusstseinsgestörten Patienten anzusetzen, bei „normalen“ Kinder eigentlich nie, da hier ja sowieso die Anamnese immer über die Eltern erfolgen müsse. Das ist sicherlich nicht richtig und diese Einschränkung lässt sich auch weder aus dem Text der GOÄ, noch aus den verfügbaren Kommentierungen ableiten. Vielmehr versuchen die Versicherungen in der Argumentation meist ganz bewusst den mit „oder“ verknüpften Punkt der Unterweisung und Führung der Bezugspersonen in den Erläuterungen der Ablehnung wegzulassen. Dieser Bereich ist aber viel relevanter für die tägliche Praxis, da dies ja unsere pädiatrische Tätigkeit in einem Kernpunkt beschreibt. Die Argumentation, dass wir ja sowieso mit den Eltern reden müssten und daher die Ziffer nicht abrechnen könnten, ist in etwa so stichhaltig, wie einem Radiologen die Abrechnung einer Röntgenziffer zu verneinen, da er ja sowieso röntgen würde.

Vernünftig angewendet bietet sich die Ziffer vor allem dann an, wenn tatsächlich eine umfangreichere Aufklärung und Anleitung der Eltern notwendig ist. In diesen Fällen ist die Ziffer in keiner Weise durch Patienten oder Versicherungen angreifbar. Der größte Vorteil der Ziffer 4 liegt nicht nur in der Bewertung, die bei 2,3-fachem Faktor ca. 9 Euro über der Ziffer 3 liegt, sondern in der Tatsache, dass es nur wenige Abrechnungsausschlüsse gibt, sodass die Ziffer auch neben technischen Leistungen oder bei Impfungen abgerechnet werden kann.

Wesentlich ist allerdings die Beschränkung auf einmal im Behandlungsfall, so dass wegen derselben Diagnose eine erneute Abrechnung erst nach einem Monat erfolgen kann.

Kein genereller Ausschluss mit der Ziffer 1

Ein Ausschluss mit der Ziffer 1 besteht nicht, allerdings sollte hier beachtet werden, dass, wenn sich alle Inhalte der Beratung und Anleitung tatsächlich an die Eltern richten, die Ziffer 1 nicht wirklich zu begründen ist. Bei älteren Kindern kann aber sehr wohl sowohl ein an das Kind, wie auch ein an die Eltern gerichteter Teil der Beratung erfolgen und notwendig sein.

Um frühzeitig etwaigen Einwendungen und Nachfragen aus dem Wege zu gehen, empfiehlt es sich, ggf. bei Abrechnung der Ziffer 4 gleich eine Begründung mit anzufügen. Die direkt bei der Ziffer angefügte Begründung („ausführliche Anleitung“ oder „Inhalationsanleitung“ etc.) verhindert bereits im Vorfeld eine spätere ausführliche Rechnungsbegründung.

Klassische Anwendungsbeispiele für Ziffer 4 im Praxisalltag sind beispielsweise folgende:

- Inhalationsanleitung (bei Erstverordnung)
- (Schwerere) Infektionserkrankungen wie Pneumonie oder Pyelonephritis
- Anleitung zu komplexeren Medikationsplänen mit mehreren Medikamenten oder Eindosierungsplänen (alternativ ggf. Ziffer 34)
- Umfangreiche Beratungen bei komplexen Elternfragen (Ernährung, Erziehung etc.)
- Erläuterungen zu Krankenhausbehandlungen oder Fremduntersuchungen
- Erörterung eigener Diagnostik und der Konsequenzen (H2-Atemteste, Allergieteste etc)
- Ausführliche Impfberatungen

Weiterhin sollten natürlich auch bei längeren Gesprächen und Beratungen die Ziffern aus dem neurologisch-psychiatrischen Kapitel, sowie die 15 und die 34 ggf. zur Abrechnung kommen, hier bestehen aber Ausschlüssen mit der Ziffer 4 am selben Tag.

Gesprächsleistungen angemessen bewerten!

Gesprächsleistungen gehören im Gegensatz zu den technischen Leistungen in der GOÄ zu den deutlich unterbewerteten Gebührenziffern. Daher sollte man nicht auch noch durch unzureichende Abrechnung qualifizierter Beratungsleistungen dieses Ungleichgewicht verstärken. Die deutliche Höherbewertung der Ziffer 4, die fast 3-mal so hoch bewertet ist wie die GOÄ-Ziffer 1, kann zur angemessenen Vergütung in vielen Praxen sicher einen deutlich höhern Beitrag leisten. Mit Augenmaß angewendet, führt dies kaum zu vermehrten Nachfragen von Versicherungen oder Patienten.

Bei etwaigen Einwendungen von Patienten oder Versicherungen hilft auch eine Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer, die als offizielle Stelle zum Thema hilfreich Stellung bezieht:

http://www.blaek.de/beruf_recht/goae/goae_datenbank_details.cfm?id_daten=110

Dr. Marcus Heidemann
33605 Bielefeld
E-Mail: marcusheidemann@web.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 mindestens 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

Optionen pädiatrischer Tätigkeit ● ● ●

Teil 3 – Pro Gemeinschaftspraxis bzw. Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Als ich vor ca. 15 Jahren gefragt wurde, ob ich nicht zusammen mit einem Kollegen bzw. Kollegin eine Gemeinschaftspraxis übernehmen möchte, gab es für mich zunächst nur eine Frage: Möchte ich mich niederlassen? Die Entscheidung fiel mir leichter, diesen Schritt gemeinsam mit einem Kollegen zu tun.

Praxisübernahme

Wir mussten aus einer Gemeinschaftspraxis mit 2 Gesellschaftern und einer angestellten Kollegin eine Gemeinschaftspraxis mit 3 Gesellschaftern, unterschiedlichen Gesellschaftsanteilen und unterschiedlichen Arbeitsumfängen konstruieren. Es gelang uns mit professioneller Hilfe einen Gesellschaftsvertrag zu entwickeln, der allen gerecht wurde.

Aktuelle Situation

Heute arbeiten wir zu viert mit 3 KV-Sitzen, weiterhin unterschiedlichen Gesellschaftsanteilen und Arbeitsumfängen – und mit einem an die heutige Zeit angepasstem Gesellschaftsvertrag. Dieser sorgt dafür, dass ein wichtiges Gegenargument wegfällt – der Verteilungsschlüssel.

Zusammenarbeit mit einer Kinderklinik

Dieser Schlüssel erlaubte mir beispielsweise zu Anfang meiner Praxistätigkeit noch regelmäßige Botox – Sprechstunden an meinem vorherigen Arbeitsplatz, dem SPZ einer großen Kinderklinik, bis dort mein Nachfolger eingearbeitet war.

Mein Kollege mit Schwerpunkt Gastroenterologie hat jahrelang die endoskopischen Untersuchungen der ortsnahen Kinderklinik durchgeführt und hält auch heute noch eine gastroenterologische Sprechstunde ab.

Vorteile aus meiner Sicht

Damit wären schon 2 Vorteile einer BAG genannt:

- Breites Leistungsspektrum
- Flexible Arbeitszeiten- und -umfänge

Hinzu kommen rein wirtschaftliche Faktoren wie

- Finanzieller Bonus von 10 % auf das RLV
- aufgeteilte Investitionskosten
- Bessere Ausnutzung von Personal, Räumen und Geräten

- günstigere Absicherungsbedingungen (z.B. im Krankheitsfall)

Ein häufig genannter Vorbehalt, als Nachteil einer BAG bzw. Gemeinschaftspraxis gesehen – alle Entscheidungen müssen abgestimmt werden – sehe ich aus meiner Erfahrung eher als Vorteil. Obwohl ich gerne recht habe, war mein Argument nicht immer das Beste. Das Brainstorming vor vielen Entscheidungen und die Diskussionen haben die Qualität der Praxis deutlich verbessert. Dadurch, dass viele administrative Aufgaben aufgeteilt werden, ist einerseits die zusätzliche Arbeitsbelastung des Einzelnen geringer bei gleichzeitig meist höherer Kompetenz.

So gibt's bei uns z.B. einen Zuständigkeitsbereich EDV, Abrechnung, Selektivverträge, QM, der jeweils federführend von einem/einer Kollegen/ Kollegin verantwortet wird.

Aber auch die Qualität unserer Arbeit wurde durch das fachliche Miteinander, Fallvorstellungen und oft auch nur kleine Anmerkungen und Anregungen immer gefördert.

Dazu gehört auch die sehr differenzierte Inanspruchnahme von Fortbildungsmöglichkeiten, die ebenfalls das Leistungsspektrum der Praxis erweitern. Dies ist in der Breite in einer Einzelpraxis kaum möglich. Hier kommt mir entgegen, dass mein schon seit Studienzeiten gestörtes Verhältnis zur Dermatologie keinem Patienten zum Nachteil wird – es hilft einfach der Kollege bzw. die Kollegin.

Akzeptanz bei Patienten und Eltern

Auch unsere Patienteltern begrüßen es, eine 2. Meinung auch mal innerhalb einer Praxis zu hören.

Die Patientenbindung wird auch dadurch gestärkt, dass keine Urlaubs oder Krankheitsvertretung notwendig ist. Obwohl alle Patienten innerhalb der Praxis jeweils „Ihren“ Arzt haben, der für sie zuständig ist, begrüßen es fast alle, wenn bei Kleinigkeiten auch mal ein anderer Arzt ins Ohr, Auge oder aufs Gesäß schaut. Dies



Dr. Herbert Vitt

verkürzt nämlich ihre Wartezeit und erleichtert uns den Praxisablauf.

Organisation einer größeren Einheit

Ein Wort zur Praxisorganisation: Es ist durch Ausnutzung heutiger Praxisverwaltungssysteme (PVS) eigentlich kein Problem mehr auch eine BAG mit 4 Ärzten zu organisieren. Jedenfalls gab es im Rahmen der Patientenbefragung in unserer Praxis bisher nur Lob für die gute Organisation.

Auch unsere MFAs sind so durchorganisiert, dass wir noch nie Urlaubs – oder Dienstpläne schreiben mussten.

Fazit

Es macht Spaß in einer Praxis mit mehreren Kolleginnen bzw. Kollegen zu arbeiten. Wenn man sich sowohl die wirtschaftlichen als auch die strukturellen Vorteile einer BAG betrachtet und sich gleichzeitig die Bedürfnisse und Wünsche unserer Nachfolgeneration anschaut, führt m.E. in Zukunft für Niederlassungswillige kaum ein Weg an einer BAG vorbei.

Dr. Herbert Vitt

57072 Siegen

E-Mail: herbert.vitt@web.de

Red.: WH

Wir sind die Neuen ● ● ●

Dr. Sebastian Bartels Assistentensprecher

Auf dem diesjährigen Assistentenkongress wurde Dr. Sebastian Bartels aus Koblenz als Assistentensprecher gewählt und hat das Amt angenommen.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht der neue Assistentensprecher über die Gründe, warum berufspolitisches Engagement Spaß machen kann, warum sich Assistenzärzte besser vernetzen sollten und wo er zu finden ist, falls er mal nicht arbeitet.



Nach der Doppelspitze hat der BVKJ nun einen einzigen Assistentensprecher. Ist das Amt so schwer, dass sich niemand sonst getraut hat?

Nun ja, ich denke mit dem Einstieg in das Berufsleben hat man als frisch gebackene Ärztin oder Arzt genügend Herausforderungen, sich in einer neuen Position, mit neuer Verantwortung und womöglich auch in einer neuen Umgebung zurechtzufinden, so dass man keinen Blick für berufspolitische Entscheidungen hat. Viele stehen mit dem Abschluss des Studiums und dem Start in den Beruf erstmals richtig auf eigenen Füßen und müssen auch hier zunächst ihren persönlichen Weg finden. Die typischen organisatorischen Entscheidungen eines jeden Berufsanfängers in puncto Versicherungen, Rente, etc. kommen schließlich ebenfalls dazu. Wenn man nicht aktiv danach sucht, taucht bei vielen der Berufsverband wohl erst gegen Mitte der Assistenzarztzeit auf dem Radar auf. Ich könnte mir vorstellen, dass zu diesem Zeitpunkt der BVKJ für einen Großteil der Kollegen und Kollegin-

nen jedoch eher als ein „Vertreter in berufspolitischen Anliegen“, „Herausgeber des Kinder- und Jugendarztes“ und „Anbieter von Fortbildungen“ gesehen wird, nicht als ein Feld, in dem man sich bereits jetzt schon aktiv als Jungmediziner engagieren kann. Im Studium gibt es schließlich fast keinerlei Berührungspunkte in dieser Richtung und bei der Präsenz des BVKJ für Einsteiger in die Pädiatrie gibt es bestimmt noch Optimierungspotential.

Ich selbst, habe mich mit dem Beginn meiner Assistenzarztzeit in der Kinderklinik Kemperhof, die zum Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein in Koblenz gehört, bereits früh für die Assistentenschaft eingesetzt und mich gerne für verschiedene Projekte wie zum Beispiel ein Kontrollprogramm für die Monatsabrechnungen, einen interaktiven Urlaubsplaner oder einfach nur für gemeinsame Freizeitaktivitäten engagiert. Am Ende hat mich jedoch sicherlich der Zufall zum Amt des Assistentensprechers gebracht: während meines ersten Assistenzartztkongresses durfte ich mei-

ne Vorgängerinnen und deren Begeisterung für ihr BVKJ-Engagement kennenlernen und das war ansteckend.

Die ersten Wochen im Amt sind geschafft. Ihr Eindruck?

Wie die Kooperation mit dem Vorstand und den drei Präsidenten läuft, wie die Zusammenarbeit mit der Basis und was die Weiterbildungsassistenten von mir erwarten, diese Fragen kann ich zum jetzigen Zeitpunkt nicht wirklich beantworten! Bislang bin ich noch in der Einarbeitung in die organisatorischen Strukturen und in der Einfindung in meine zukünftigen Aufgaben. BVKJ-Präsident Dr. Fischbach sowie Vizepräsident Prof. Dr. Schmid durfte ich bereits im Rahmen des letzten Assistentenkongresses in München persönlich kennenlernen und habe mich bereits dort über den regen gemeinsamen Austausch gefreut. Die aktive Arbeit mit dem Vorstand sowie der Basis hat hingegen noch nicht gestartet.

Wünsche und Erwartungen meiner Kollegen gilt es sicherlich in der kommenden Zeit herauszukristallisieren und abzufragen. Teilweise gab es hierzu auch schon Befragungen in den vergangenen Jahren und daher wissen wir, dass der Wunsch nach einem breiten Fortbildungsangebot für Assistenzärzte besonders groß ist. Nicht alle Wünsche sind jedoch immer praktikabel und etablierbar. Als neuer Assistenzsprecher kann und soll man mich ruhig kontaktieren (Sebastian.bartels@gk.de) – ich freue mich über alle Vorschläge und jede Anregung!

Welche Projekte liegen Ihnen am Herzen?

Ich wünsche mir eine bessere Vernetzung aller pädiatrischen Assistenzärzte/Innen! Es wäre doch klasse, jedem Neuling eine Möglichkeit zu geben, sich mit anderen "Leidensgenossen" auszutauschen, in einem gro-

ßen Netzwerk mit etablierten Kollegen zu lernen und auf Standards und Erfahrungen von Altassistenten zurückzugreifen. Es gibt so viele Möglichkeiten wie wir einander helfen können, dass jeder Anfänger zukünftig in der Pädiatrie einen besseren Einstieg findet! Es liegt an uns, diese Anfangsphase zu verbessern. Aussagen wie „da mussten wir auch durch“, „nur so lernt man 's“ und „früher war 's noch schlimmer“ sollten zur Vergangenheit gehören. Deshalb habe ich mir zum Ziel gesetzt, in meiner Amtszeit eine webbasierte Austauschplattform ins Leben zu rufen, geschützt und nur für Assistenzärzte in der Pädiatrie. Dabei geht es nicht nur um eine Einstiegshilfe für Neuanfänger, sondern auch um den Austausch mit erfahrenen Assistenzärzten. Die Themen könnten klinischer Natur sein, also zum Beispiel Falldiskussionen, Therapiestandards etc., sie könnten organisatorischer Natur sein, zum Beispiel Dienst- und Urlaubsplanmodelle, oder sie könnten im Rahmen der Weiterbildung liegen und Weiterbildungskatalog, Voraussetzungen und Fortbildungsempfehlungen umfassen oder auf rechtlicher Ebene Arbeitszeiten, Vergütung und Versicherung. Am Ende könnte das nicht nur zu effektiveren Ressourcennutzung führen, sondern würde uns als Gemeinschaft innerhalb der Fachgesellschaft stärken, um in Zukunft womöglich gemeinsam mehr zu erreichen. Gerade in der Pädiatrie sollte eine solche Plattform gut einzuführen und zu pflegen sein. Gut vorstellen kann ich mir auch andere Projekte wie etwa einen Kalender mit Assistentenstammtisch jeder Klinik mit der Einladung zum Vorbeischnellen und Kennenlernen!

Was hat Sie in die Kinder- und Jugendmedizin geführt und gibt es Interessensfelder außerhalb der Pädiatrie?

Na, es ist einfach mit Abstand das schönste und spannendste Fach! Natürlich ist dies eine sehr subjektive Sicht, aber genau so habe ich gegen Ende des Studiums darüber gedacht, und bis heute fühle ich mich jeden Tag darin bestätigt. Die Vielfalt der Entwicklung von Geburt bis zum jungen Erwachsenen macht jeden Tag in der Kinderheilkunde einzigartig.

Nebenher war ich auch schon im Studium sehr interessiert an der Tropenmedizin - sicherlich geprägt durch meine lange Zeit in Südamerika nach dem Abitur. Gerade erst habe ich ein Einsatztraining mit Humedica absolviert und hoffe, in den nächsten Jahren nach bestem Wissen und Gewissen ein wenig Basisversorgung außerhalb unserer technisch versierten Medizin von heute leisten zu können.

Was tun Sie, wenn sie nicht heilen?

Außerhalb der Klinik genieße ich meine Freizeit mit Sport, treffe mich regelmäßig mit Freunden und Familie und spiele gerne Gesellschaftsspiele. Urlaub nutze ich vornehmlich für individuelle Rucksackreisen. Zudem tauche ich für mein Leben gerne, komme nur leider zu selten dazu, und habe das Bedürfnis, einmal im Jahr auf Skiern durch den Schnee zu fetzen.

ReH

Steckbrief

Sebastian Bartels

22.04.1983 in Münster

Zivildienst 2003-2005 in Peru

Studium Humanmedizin in Budapest (2006/07) und Marburg

Stipendiat Alumni Medizin Marburg und des DAAD (2012-13)

Praktisches Jahr in Sri Lanka und Südafrika

Approbation und Promotion 12/2013

Assistenzarzt seit 01/2014 am Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein – Kinderklinik Kemperhof bei PD Dr. T. Nüßlein

Fachkunde Strahlenschutz 01/2016

Der Honorar Ausschuss informiert ● ● ●

Förderung der Weiterbildung nach §75a SGB V

Finanzierung von Weiterbildungsassistenten in der Pädiatrie? Was kommt auf uns zu?



Dr. Reinhard
Bartzky

Der Wunsch nach der finanziellen Beteiligung der Kassen an der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten ist in unserer Fachgruppe alt und blieb die letzten Jahre weitestgehend unerfüllt. Zwar gibt es ganz vereinzelt regionale Fördermöglichkeiten, doch spielt dies in der Fläche und in der Quantität bisher leider keine Rolle.

Vorgeschichte

Die **Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin** wurde in den letzten Jahren, ja fast Jahrzehnten, immer weiter ausgebaut: Die Anfänge wurden hier 1998 mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz gemacht. Die initial befristete Förderung wurde im Gesundheitsreformgesetz 2000 unbefristet verlängert. Die heutige Form der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin fußt auf dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV 2008. Dieses Gesetz regelt bereits die Einrichtung einer Lenkungsgruppe auf Bundesebene sowie Einrichtung von regionalen Koordinierungsstellen. Der Förderbetrag wurde 2010 auf 3.500 Euro angehoben.

Aktuelle Situation und Gesetzesänderungen

Zwischenzeitlich ist nun endlich Teilen der Politik auch der drohende Fachärztemangel in mehreren anderen Fachgruppen bewusst geworden. Dies ist bemerkenswert, werden wir doch im Alltag vom System mit unerträglichen Überversorgungszahlen der sogenannten Bedarfsplanung konfrontiert. Das Gesundheitssystem rechnet sich dabei den Grad der Versorgung schön, sind doch viele Aspekte der hausärztlichen Versorgung unberücksichtigt, wie etwa die Problematik, der in der Pädiatrie überdurchschnittlichen Versorgung durch Kolleginnen und damit auch überdurchschnittlichen Teilzeitarbeit von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen, ebenso das Phänomen, das wir von der Bedarfsplanung unberücksichtigt die sog. Schwerpunktpädiatrie aus unseren eigenen Reihen stemmen. Seit 2010 stiegen die Förderzahlen im Bereich Weiterbildungsförderung in der Allgemeinmedizin und jährlich über 10%; die ambulant in Anspruch genommenen Fördermittel stiegen von 76 Millionen € in 2010 auf im Jahre 116 Mio. € in 2014.

Durch das GKV-VSG (Versorgungsstärkungsgesetz) ist eine erfreuliche Ausweitung des Förderprogramms erfolgt. Das Gesetz wurde in das SGB V überführt, was die Thematik aufwertet [SGB V §75a]. **Die Förderung der Allgemeinmedizin wird jetzt mit mindestens 7.500 Stellen** festgeschrieben; nun werden **aber erstmals auch 1.000 Stellen in allgemein-fachärztlichen Fächern** gefördert! Für die KVen gibt es bei der Förderung der Allgemeinmedizin ein Begrenzungsverbot. Für die allgemein-fachärztlichen Fächer gibt das Gesetz nur einen groben Korridor vor, innerhalb dessen sich KBV, GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einigen müssen. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem sich die benannten drei Vertragspartner geeinigt haben, wird das alte Förderprogramm weiter gelten. Neben dem Kernstück der Verhandlungen, der Fördersumme, ist für uns Pädiater die Frage nach der Aufteilung auf die Fachgruppen im Bereich der Fachärztlichen Förderung von Interesse.

§75a Abs. 4 Satz 2 Nr. 5:

Es soll vereinbart werden [...] die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte) [...]

Probleme bei der regionalen Umsetzung

Auch wenn diese Formulierung den Vertragsparteien erst einmal viel Spielraum lässt, so ist hier erstmalig von Fachärzten und von Grundversorgung die Rede, auch wenn nach wie vor gesetzlich nicht definiert ist, was Grundversorgung ist. In den Verhandlungen hat sich nun bezüglich der Fachgruppen ein Kompromiss abgezeichnet: In erster Linie solle regional (Zustän-

digkeit bei der KV) über die Fachgruppen entschieden werden, die in der betreffenden Region als förderwürdig angesehen werden. Sollten sich die regionalen Vertragsparteien nicht einigen können, so sieht der Vertrag eine „Rückfallebene“ vor: dann sind nur die drei Fachgruppen: Pädiatrie, Augenheilkunde und Gynäkologie zu berücksichtigen. Es hätte sicher schlimmer für uns Pädiater ausgehen können, aber der ganz große Durchbruch ist das natürlich noch nicht.

Nun wird es leider wie so oft auf das regionale Geschick unserer Vertreter und auf die in einigen KVen widrigen Machtverhältnisse ankommen. Um es deutlich zu sagen: Es ist auch möglich, dass es in einem KV-Bereich zu gar keiner Förderung der Pädiatrie kommt, die GKV (Kassenseite) wollte eine einheitliche Liste auf Bundesebene – der hier skizzierte Zustand ist das Ergebnis der Verhandlungen mit KBV und DKG. Für die Erstellung dieser Liste wird es drei Monate Zeit geben. Somit ist mit einer Umsetzung des Gesetzes, wenn es denn wie beabsichtigt zum 1.7. in Kraft tritt erst zum 1. Oktober zu rechnen.

Finanzierung

Die Finanzierung der Weiterbildungsstellen in der Grundversorgung (also bei uns Pädiatern) erfolgt paritätisch: 4.800 € teilen sich Kassen und KVen. Damit wurde das im Krankenhaus übliche Niveau angesteuert. Der Arbeitgeber (also wir Vertragsärzte) hat die Arbeitgeberanteile bei den Nebenkosten zu tragen. Die Stellen sollen per Einwohnerschlüssel über die KVen verteilt werden. Zwischen den Regionen die mehr ausbilden und denen, die weniger ausbilden wird es ein finanzielles Ausgleichsverfahren geben.

Qualität in der Weiterbildung

In einer 2. Phase wird es noch einen Beschluss zur Steuerung von Effektivität und Effizienz in der Ambulanten Weiterbildung geben: Hier stehen 240 € pro

Weiterbildungsassistenten zur Diskussion (im Gesetz steht bis zu 5% der Fördersumme), um Strukturen aufzubauen, die den Weiterzubildenden in seiner Weiterbildung unterstützen. Es solle auch die Option zur Förderung der Weiterbildungspraxis geben (z.B.: „train the trainer“-Programme). Mit In-Kraft-Treten und Umsetzung dieser Phase 2 ist nicht vor dem 1.1.2017 zu rechnen.

Die Verhandlungen zwischen KBV, Kassen und DKG hierzu laufen gegenwärtig noch; auch ist ein Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen. Unbedingt unerwähnt sei an dieser Stelle die Arbeit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGAAP (Deutsche Gesellschaft für allgemeine ambulante Pädiatrie, <http://www.dgaap.de/>), die ein neues kompetenzbasiertes Weiterbildungscurriculum erarbeitet und dieses auch in den Prozess der ambulanten Weiterbildungsförderung mit eingebracht hat. Anhand dieses Curriculums kann sowohl der Weiterzubildende als auch der Weiterbilder in einem elektronischen Logbuch die Weiterbildungsschritte abzeichnen und so den zunehmenden Kompetenzzuwachs objektivieren.

Sicher sind die 1.000 Stellen für alle grundversorgenden Fächer ein Tropfen auf den heißen Stein. Es ist zu erwarten, dass die Stellen im Nu „vergriffen“ sein werden. In der Betrachtung der Gesetzesänderungen der letzten Jahrzehnte ist aber diesmal ein Meilenstein wahrzunehmen: Das Thema wurde ins SGB V aufgenommen und Grundversorger definiert. Nun müssen wir nachweisen, dass die zur Verfügung gestellten Stellen nicht ausreichen und wir in der Lage sind qualitativ ambulant auszubilden, um in der Zukunft eine Aufstockung dieser wenigen pädiatrischen geförderten Weiterbildungsstellen zu fordern.

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

Red.: WH

Neuregelung SGB V (seit 1.7.2015) / Plausibilitätszeiten für angestellte Ärzte

In der Neufassung des §106a durch das Versorgungsstärkungsgesetz wurden bezüglich der Plausibilitätsprüfungen (780-Stunden-Grenze) angestellte Ärzte mit den Praxisinhabern gleichgestellt:

§ 106a SGB V

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; [...]. Gegenstand der artzbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; **Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln.** [...].

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

Red.: WH

16. Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik des BVKJ e. V.

Am 1. Juni fand das 16. Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik des BVKJ in Berlin unter dem Thema „Kinder- und Jugendschutz“ statt.

Teilnehmer

- Dr. Sibylle Banaschak, Leitende Oberärztin, Inst. f. Rechtsmedizin Universitätsklinikum Köln
- Caren Marks, MdB-SPD, Parlament. Staatssekretärin Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Dr. Paul Plener, Leitender Oberarzt Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Susann Rüttrich, MdB-SPD, Mitglied der Kinderkommission und des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Moderation: Frau Sabine Rieser, Fachjournalist in für Gesundheits- und Sozialpolitik, Berlin

Diskussionsinhalte

Bei Verdachtsfällen von Misshandlungen bei Kindern und Jugendlichen sollten die Informationswege deutlich verbessert werden. Das ist das wesentliche Ergebnis des Forums des BVKJ in Berlin. Zwar habe das vor vier Jahren in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz schon vieles verändert, doch vor allem Kinder- und Jugendärzte wünschten Nachbesserungen, sagte **BVKJ-Präsident Dr. Fischbach**. „In der Praxis sind wir bei dem Thema alleine.“ Es sei nicht immer leicht, eine seelische Misshandlung zu erkennen. Oft existiere ein sog. Bauchgefühl. Bei der Beratung durch das Jugendamt (Fachkraft) dürfe aber nur ausnahmsweise der Name von Kind und Familie preisgegeben werden. Damit verhindere man aber, dass Ärzte Informationen vom Jugendamt bekämen, die für die Einschätzung der Bedrohungssituation des Kindes äußerst relevant seien. „Kinderschutz muss über dem Datenschutz stehen“, sagte **Fischbach**, bisher sei es aber umgekehrt. Er forderte, dass der Themenbereich in einer künftigen Weiterbildungsordnung für Ärzte berücksichtigt werde und die erforderlichen Leistungen für Ärzte honoriert würden. Er bemängelte ebenfalls, dass Ärzte in der Regel keine Rückmeldung bekämen, wenn sie Verdachtsfälle an Jugendämter meldeten. **Staatssekretärin Marks** stimmte zu. „Das ist alles andere als zufriedenstellend. Ein Feedback ist wichtig, um die Kooperation zwischen beiden Seiten erfolgreicher zu machen.“

Frau Marks betonte, dass die Qualität der Jugendhilfe in den letzten Jahren erheblich gestiegen und die

gesetzlichen Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Jugendamt geschaffen seien. Auch die Schweigepflicht stelle kein Problem mehr dar. Allerdings laufe die Zusammenarbeit zwischen Kinderschutz und dem Gesundheitswesen noch nicht so, wie man sich das im Ministerium vorstelle. Es gebe dafür im Gesundheitssektor noch keine „verlässlichen Strukturen“.

Dr. Fischbach verwies auch auf die langjährigen Forderungen des BVKJ nach Einführung eines Kinderbeauftragten im Bundestag, als auch auf die Implementierung der Kinderrechte ins Grundgesetz. Diese Forderungen wurden von allen Teilnehmern, also auch von **Frau Marks** und **Frau Rüttrich**, unterstützt. **Frau Rüttrich** fordert sogar ein weiteres Gesetz, da die frühen Hilfen nur bis zum Alter von 3 Jahren greifen. „Was ist, wenn in der Familie eines betroffenen Säuglings noch ältere Kinder sind, denen ebenfalls Gefahr droht?“ Sie bezeichnete es auch als „nicht hinnehmbar, dass Datenschutz Kinderschutz schlägt“. Sie gehe davon aus, dass dies in einer Überarbeitung des Kinderschutzgesetzes Berücksichtigung finden werde.

Was ist zu tun?

Herr **Dr. Plener** betonte die Notwendigkeit der Einführung eines Curriculums „Kindes -vernachlässigung, -misshandlung u. -missbrauch“ in den Lehrplan der Studierenden. Herr **Dr. Fischbach** erwähnte, dass kein Fach Kinderschutz in die Studentenausbildung implementiert werden soll, sondern nur entsprechende Pflichtinhalte in die Weiterbildungskataloge der Pädiater und anderer betroffener FG.

Frau **Dr. Banaschak** bedauerte dass zu wenig Geld im System ist, um mehr zeitnahe Beratungen durchführen zu können. Früher hätten die Rechtsmediziner nur die Leichen gesehen, heute seien sie zunehmend in die Prävention eingebunden. Zusammen mit **Dr. Fischbach** betonte sie ausdrücklich, dass eine Fortbildung der Familienrichter dringend notwendig sei, da Entscheidungen häufig aus einer einseitig juristischen Sichtweise gegen das Kind gefällt werden.

In diesem Zusammenhang wies Herr **Dr. Plener** auf das Problem der Inobhutnahme hin. Die Anzahl der Kinder, die vom Jugendamt aus den Familien genommen werden, hat sich in den letzten Jahren fast verdoppelt. Eine Rückführung wird zunehmend abgelehnt. Die Gefahr der Bindungsbrüche müsste aber

angemessen in dem Procedere Berücksichtigung finden. Die Qualität der Pflegefamilien sei unbekannt und die Schicksale des Kindes würden oft nicht genügend weiter verfolgt.

Nach Aussage von **Frau Marks** plane die Politik eine zentrale Hotline, an die sich Ärzte wenden könnten, wenn sie einen Verdachtsfall haben. Beratung zu bekommen sei bisher vor allem nachts und an Wochenenden schwer, betonte **Dr. Plener**. „Zu diesen Zeiten erreiche ich in den Jugendämtern keine Fachkraft“, schilderte er seine Praxiserfahrungen. „Wir arbeiten an der Umsetzung einer solchen Hotline“, sagte **Frau Marks**. Geplant sei eine bundesweit einheitliche Rufnummer, die dann an regionale Ansprechpartner vermittele. „Spä-

testens im nächsten Jahr wird das abgeschlossen sein“, kündigte sie an.

Fazit

Alle Teilnehmer waren sich einig, dass zwar ein Fortschritt erkennbar, aber weitere gemeinsame Anstrengungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen erforderlich sein. **Frau Marks** als auch **Frau Rührich** signalisierten ihre Bereitschaft, eng mit dem BVKJ zusammenzuarbeiten.

Dr. med. Hermann Josef Kahl
40237 Düsseldorf, E-Mail: praxis@freenet.de

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

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.



Indikation und Aussagekraft des EEG im Kindesalter



Dr. med.
Joachim Opp

Das EEG ist eine wenig invasive Untersuchung, die bei allen Arten von Bewusstseinsstörungen und Anfällen hilfreiche Informationen liefert. Bei Epilepsien ermöglicht das EEG oft die Syndromklassifikation und damit Aussagen zu Verlauf und Prognose. Epilepsietypische Potenziale im EEG beweisen keine Epilepsie! Sie können auch bei gesunden Kindern vorkommen. Bei Kindern mit mentalem Abbau, insbesondere bei Rückschritten in der Sprachentwicklung muss durch eine rasche EEG-Untersuchung eine epileptische Ursache ausgeschlossen werden. Bei Aufmerksamkeitsstörungen vom „Träumerchentyp“ sollte durch eine EEG-Untersuchung eine Absencen-Epilepsie immer ausgeschlossen werden. Das EEG erfasst nur 1/3 der Kortexoberfläche, ein unauffälliges EEG schließt daher cerebrale Erkrankungen, insbesondere Tumoren, Blutungen oder Fehlbildungen niemals aus.

Einleitung

Die Bedeutung des EEGs im Kindesalter ist einem großen Wandel unterworfen. So hat das EEG bei der Frage nach Raumforderungen oder Durchblutungsstörungen im Zeitalter moderner Bildgebung kaum mehr Bedeutung – im Gegenteil, wenn Verdacht auf eine Raumforderung besteht, so birgt ein unauffälliges EEG sogar das Risiko einer falschen Sicherheit, die verleiten könnte die teure Bildgebung zu unterlassen. Bei der Abklärung geistiger Behinderung führt die aktuelle AWMF-Leitlinie die EEG-Untersuchung noch bei der

Basisdiagnostik auf, zu bedenken aber ist, dass das EEG hier nur in unter 1% der Fälle entscheidende Hinweise auf die Diagnose liefert. Eine humangenetische Untersuchung kann hier mit weit größerer Wahrscheinlichkeit eine Ursache finden.

Wo aber sind die Situationen, in denen ein EEG auch heute noch eingesetzt werden sollte oder sogar eingesetzt werden muss? Der folgende Artikel nennt obligate und relative EEG-Indikationen und erläutert die klinische Bedeutung möglicher Untersuchungsergebnisse.

Indikation zum EEG

Das EEG zeigt mit wenig Aufwand das Gehirn in seiner aktuellen Funktion. Funktionsstörungen des Gehirns, insbesondere paroxysmale Funktionsstörungen sind daher die absolute Domäne des EEG. Hierbei macht man sich zunutze, dass das EEG bei Epilepsie nicht nur im Anfall selbst, sondern bei vielen Patienten auch in Zeiten ohne Anfall epilepsietypische Veränderungen zeigt. Das EEG hilft hier aber nicht nur in der grundsätzlichen Frage, ob die Anfallsereignisse epileptisch sind. Es liefert oft die entscheidenden Hinweise um die berichteten Anfälle einem konkreten Epilepsiesyndrom zuzuordnen. Die Kenntnis des Epilepsiesyndroms ermöglicht nicht nur eine deutlich präzisere Einschätzung von Verlauf und Prognose, sondern auch eine gezieltere medikamentöse Therapie.

Weitere absolute Indikationen zum EEG zeigt Tabelle 1. Es kann nicht oft genug betont werden, dass ein Kind, das eine Veränderung im Verhalten und vor allem Verlust von Fähigkeiten zeigt, viel dringender mit dem EEG untersucht werden sollte als Kinder mit statischen Einschränkungen.

Neben den obligaten EEG-Indikationen gibt es eine Reihe von Fragestellungen, bei denen ein EEG hilfreich sein kann, aber im Standardfall für ein leitliniengetreues Vorgehen nicht unbedingt erforderlich ist (Tabelle 2).

Abklärung von Anfallsereignissen

Differenzierung verschiedener Epilepsieformen

Mentaler Abbau: Beim Säugling zum Ausschluss West-Syndrom, bei älteren Kindern zum Ausschluss eines Landau-Kleffner-Syndroms (Fall 1)

Verdacht auf Enzephalitis, z. B. bei neu aufgetretenen Verhaltensauffälligkeiten wie Agitiertheit oder Verwirrtheit

Aufmerksamkeitsstörung vom „Träumerchen-Typ“ zum Ausschluss Absencen (Fall 2)

Bewusstseinsstörungen unklarer Ursache

Hirntoddiagnostik

Nach Asphyxie

Abklärung geistiger Behinderung insbesondere bei Verdacht auf Erkrankung mit spezifischen EEG-Veränderungen wie Mitochondriopathien, neuronale Ceroidlipofuszinose, Rett-Syndrom, Angelman-Syndrom und subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) (6)

Tab. 1: Fragestellungen, bei denen ein EEG obligat ist

Ein EEG nach unkompliziertem Fieberkrampf ist verzichtbar, hier sind sich die internationalen Leitlinien einig. Bei komplizierten Fieberkrämpfen, insbesondere bei deutlich fokalen Anfallsymptomen und langer Anfallsdauer ist eine EEG-Untersuchung aber sinnvoll. So konnte die FEBSTAT-Studie („Consequences of Prolonged Febrile Seizures in Childhood“) 2012 an 191 Kindern mit prolongierten Fieberkrämpfen nachweisen, dass eine hohe Korrelation zwischen EEG-Pathologie und Veränderungen im T₂-Signal im Hippocampus bestand (2). Diese Kinder haben ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Hippocampussklerose, die zu therapieschwierigen Epilepsien führt.

Kopfschmerz/Migräne
Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHS), wenn die Hyperaktivität im Vordergrund steht
Lernbehinderung, Dyskalkulie, Legasthenie
Schädel-Hirn-Trauma
Fieberkrampf
Verhaltensstörung/Teilleistungsstörung
Vor Therapiebeginn mit Psychopharmaka wie Methylphenidat und Risperidon
Dokumentation vor/nach Operation mit Herz-Lungen-Maschine oder Transplantationen

Tab. 2: Fragestellungen, bei denen ein EEG hilfreich sein kann, aber nicht zwingend erforderlich ist

Qualitative Voraussetzungen

Die EEG-Befundung unterliegt einer gewissen Subjektivität, selbst sehr erfahrene Untersucher kommen beim gleichen EEG zu unterschiedlichen Einschätzungen (3). Die Befundung des EEGs sollte daher nur in Praxen und Institutionen mit viel Erfahrung und einer Mindestmenge an Kinder-EEGs durchgeführt werden. Auch die Möglichkeiten einer digitalen EEG-Ableitung mit simultanem Video muss als Standard vorausgesetzt werden, da durch diese Technik mit gleicher Belastung des Patienten Befunde mit deutlich größerer Aussagekraft erstellt werden können (4).

Bedeutung epilepsietypischer Potenziale (ETP)

Bei Patienten mit Epilepsie zeigt das EEG in der Hälfte der Fälle bereits bei der ersten EEG-Ableitung epilepsietypische Potenziale. Durch eine 2. Ableitung kann die Detektionsrate auf 70% erhöht werden, durch ein Schlaf-EEG sogar auf 80%.

Wenn das EEG epilepsietypische Potenziale (ETP) wie spikes, sharp waves oder sogar spike-wave-Komplexe zeigt, so beweist das aber noch keine Epilepsie!

Während Eeg-Olofsen 1971 in 743 EEGs hirngesunder Kinder nur in 2,7% ETP fand (4), sah Borusiak 2010 in seiner Gruppe von 382 gesunden Kindern bei bis zu 6,5% ETP (5). Borusiak vermutet, dass die zusätzlichen Auswertemöglichkeiten, die ein computerbasiertes EEG zur Verfügung stellt, diese deutlich höhere Detektionsrate ermöglichen. Kinder mit Hirnschädigungen wie Zerebralparese zeigen sogar überwiegend epilepsietypische Entladungen im EEG. Aber nur wenn auch Anfälle auftreten, darf die Diagnose einer Epilepsie gestellt werden.

Die zwei prominentesten Ausnahmen von dieser Regel sind das West-Syndrom und das Landau-Kleffner-Syndrom. Bei beiden liegt eine schwere epileptische Enzephalopathie vor, die aber beim West-Syndrom anfangs und beim Landau-Kleffner-Syndrom auch im Verlauf ohne sichtbare epileptische Anfälle bleiben kann (Fall 1). Bei beiden Erkrankungen lässt sich durch einen frühzeitigen Behandlungsbeginn die Prognose verbessern.

Auch im 2. Fallbeispiel wurde die Epilepsiediagnose erst durch das EEG gestellt.

Das 3. Fallbeispiel belegt eindrücklich, dass epilepsietypische Potenziale selbst in großer Häufigkeit weder mit mentalen Einschränkungen noch mit einer therapieschwierigen Epilepsie einhergehen müssen.

Fall 1

Ein bis dahin unauffällig entwickelter Junge zeigte im Alter von 4;2 Jahren zunehmend weniger Reaktion auf verbale Ansprache und eine Verschlechterung der Sprache. Da zunächst eine Hörstörung und Probleme der sozialen Interaktion als Ursache vermutet wurden, vergingen 7 Monate, bis ein EEG geschrieben wurde, das im Schlaf einen subklinischen Status epilepticus zeigte (Abbildung 1). Die Diagnose eines Landau-Kleffner-Syndroms wurde gestellt. Der IQ lag im Bereich einer geistigen Behinderung. Eine EEG-Sanierung gelang zunächst mit einer Kombination aus Sultiam und Clonazepam, im Verlauf dann nur noch mit Glucocorticoid-Pulsen (insgesamt 39). Erst im Alter von 9;5 Jahren war er so weit erholt, dass der IQ im unteren Durchschnitt einer Normalbegabung (HAWIK IV IQ 89) lag(6).

Fall 2

Mit sieben Jahren erfolgte die Erstvorstellung im SPZ wegen Verträumtheit, Leistungsproblemen in der Schule und Bewegungsunruhe. Die im EEG gesehenen 3/s spike wave-Komplexe (Abbildung 2) führten zur Diagnose einer Absencenepilepsie. Die Leistungsdiagnostik zeigte eine Lernbehinderung (HAWIK IV: IQ 75). Die Absencen ließen sich mit Ethosuximid erfolgreich behandeln. Nach 2 Jahren konnte die Medikation beendet werden. Ein weiterer mentaler Abbau konnte durch die erfolgreiche Epilepsiebehandlung verhindert werden, der IQ bei Retestung lag bei 78.

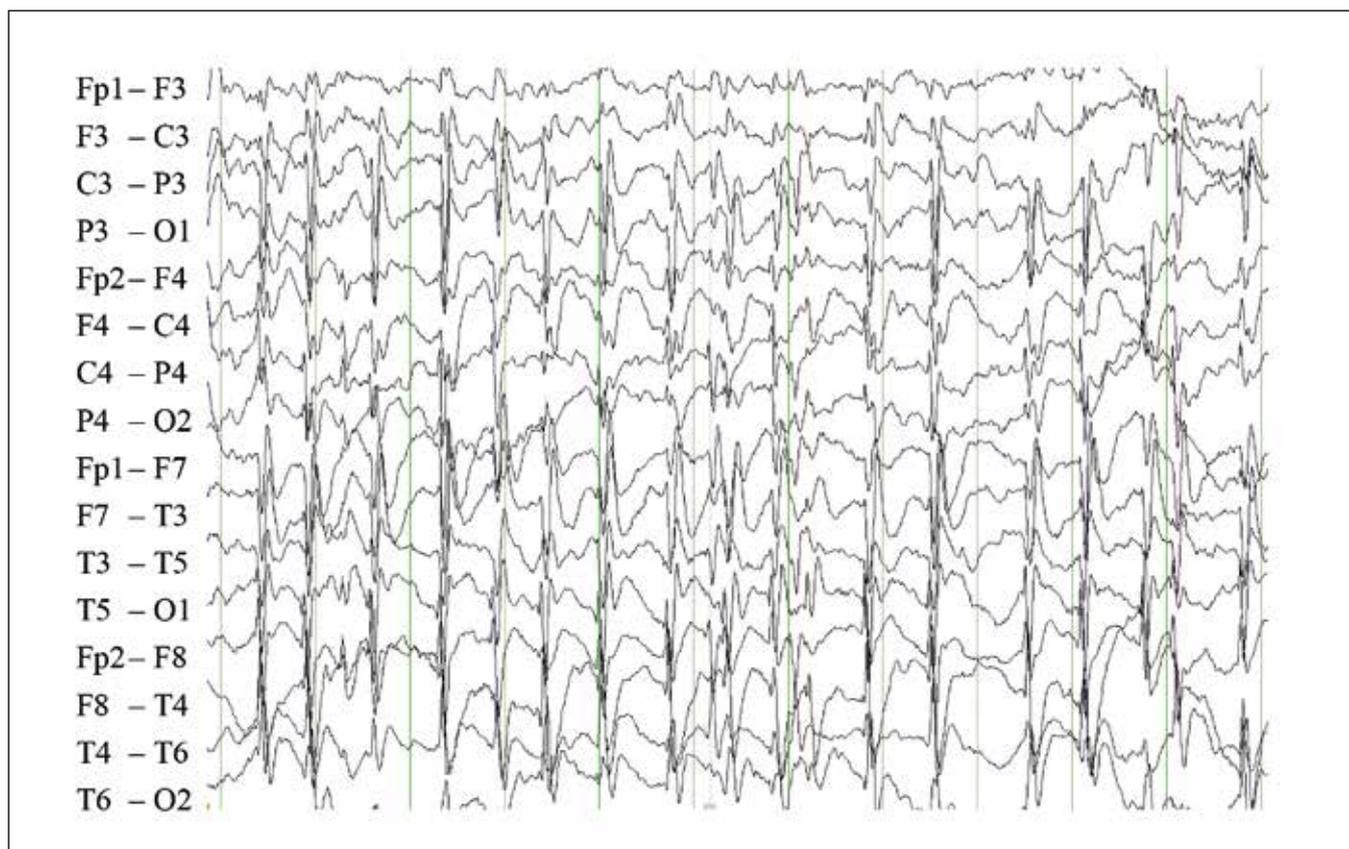


Abb. 1: EEG zu Fall Nr. 1: Das Schlaf-EEG zeigt hochamplitudige, generalisierte sharp waves in rhythmischer Folge. Solch ein Befund wird als subklinischer Status epilepticus interpretiert, wenn der Patient klinisch keine Anfallsymptome zeigt.

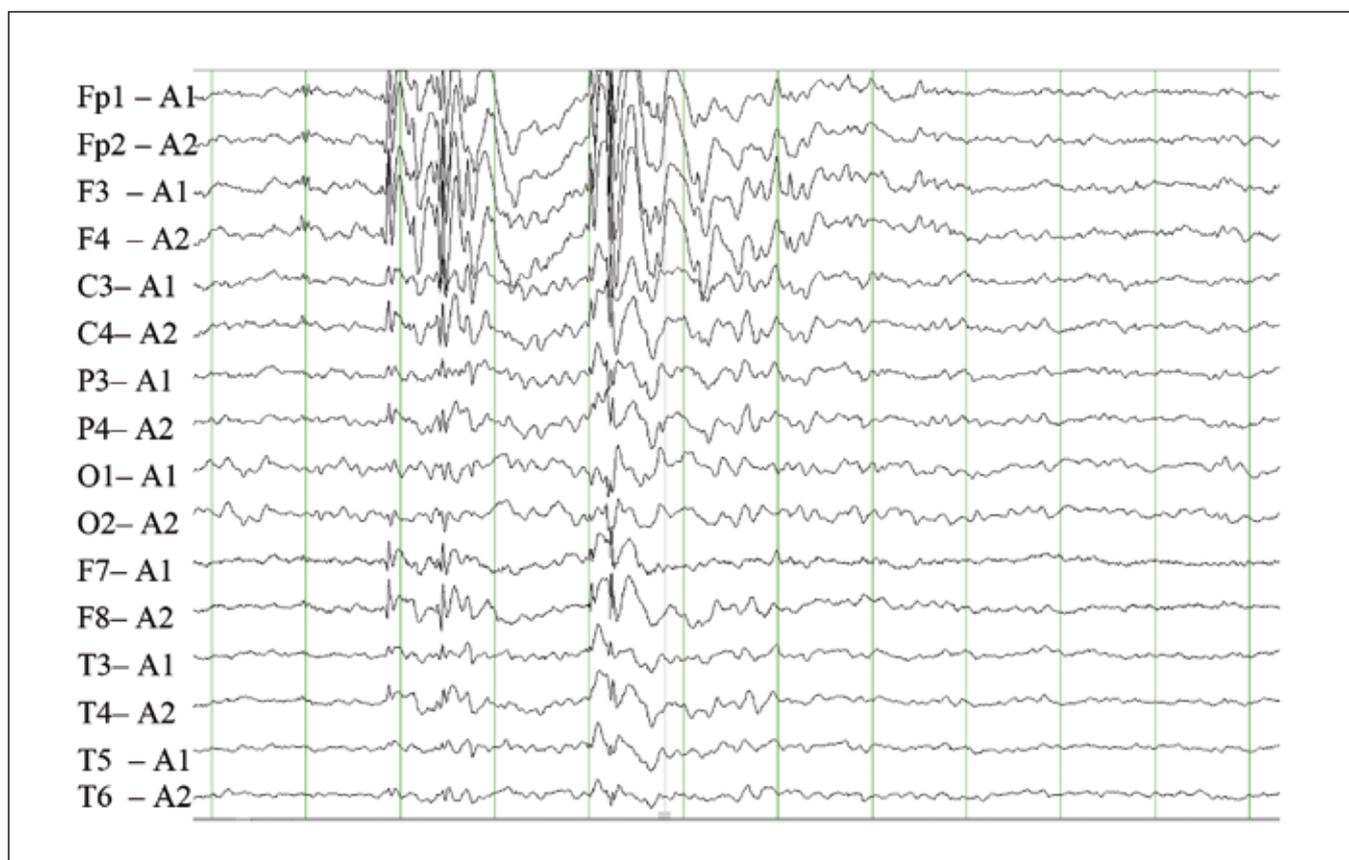


Abb. 2: Das EEG mit irregulären spike wave-Komplexen führte zur Diagnose einer Absencen-Epilepsie (Fall 2)

Fall 3

Ein Mädchen zeigt im Alter von 6;8 Jahren einen nächtlichen, tonisch-klonischen Anfall. Das Wach-EEG zeigte häufige benigne epilepsietypische Potenziale des Kindesalters (BEPKA). Im Schlaf-EEG waren diese fokalen Entladungen sogar in statusartiger Häufung zu sehen (Abbildung 3). Es gab keinerlei Hinweise auf mentalen Abbau, im Gegenteil: Bei zwei Tests schnitt das Mädchen im Bereich der Hochbegabung ab. Wir leiteten keine Therapie ein, sondern kontrollierten lediglich das EEG in großen Abständen. Das abschließende EEG im Alter von 11;6 Jahren zeigte nur noch gelegentliche sharp waves (0-2/min).

Fall 4

Ein Junge (9 Jahre) zeigte mehrfach vor Mitternacht aus dem Schlaf heraus einen Anfall, bei dem sein Mund unkontrolliert zuckte. Er lief zu seiner Mutter. Als er merkte, wie entsetzt sie reagierte, wollte er ihr, weil er nicht sprechen konnte, einen Zettel schreiben auf dem stehen sollte „Es geht mir gut!“ Der Anfall sistierte rasch, die Unfähigkeit zu sprechen dauerte aber noch über eine Minute an. Das EEG zeigte zentrotemporale sharp waves (Abbildung 4) und passt somit gut zur klinischen Verdachtsdiagnose Rolando-Epilepsie. Nach dem dritten Anfall begannen wir eine Therapie mit Sultiam, die zu promptem Anfallsfreiheit führte.

Bedeutung von Verlangsamungen

Das EEG zeigt das Gehirn in seiner Funktion, jede EEG-Pathologie muss daher weiter abgeklärt werden. Leider kann man von der Art der EEG-Pathologie nur selten auf die Ursache schließen. Fokale Verlangsamungen im Kindesalter sind meist postiktal, können aber auch eine strukturelle Ursache wie Raumforderung oder Gliose haben.

Eine generalisierte Verlangsamung belegt eine diffuse Hirnfunktionsstörung und erzwingt eine weitere Abklärung. Auch dieser Befund ist unspezifisch, das heißt, eine Verlangsamung sieht bei diabetischer Stoffwechsellentgleisung nicht anders aus als bei Enzephalitis, Hirndruck oder globaler Retardierung.

Spezifische Befunde bei seltenen Erkrankungen

Die große Bedeutung des EEG bei Kindern mit mentalem Abbau gilt nicht nur für die epileptischen Enzephalopathien, sondern auch für eine Reihe weiterer Erkrankungen, die typische, wegweisende EEG-Befunde aufweisen können(6): Bei Mitochondriopathien gibt es neben sehr flachen EEGs auch EEGs mit einer sehr hochamplitudigen, monomorphen Delta-Aktivität (0,5-3,5/s) oder Theta-Aktivität (3,5-7,5/s) und in Einzelfällen ein burst-suppression-EEG (Abbildung 5).



Abb. 3: Fall 3: Das EEG zeigt sehr häufige fokale sharp waves im Schlaf. Da die Patientin sich aber trotz dieses EEG-Musters hervorragend entwickelte und da sie keine weiteren Anfälle zeigte, leitet sich aus diesem Befund keine Therapieindikation ab.



Abb. 4: Fall 4: Das EEG zeigt die für die Rolando-Epilepsie typischen zentrotemporalen sharp waves über rechts. Sie werden als BEPKA (benigne epilepsietypische Potenziale des Kindesalters) bezeichnet.



Abb. 5: Das hier gezeigte burst-suppression-Muster zeigt eine schwere Hirnfunktionsstörung an. Mögliche Ursachen sind schwere Asphyxie, tiefe Narkose oder eine Stoffwechselstörung, wie im vorliegenden Fall eine Mitochondriopathie

Bei neuronaler Ceroid-Lipofuzinose (NCL) zeigt die Fotostimulation mit Einzelblitzen große, mehrphasige spikes mit langsamer Nachschwankung. Eine sehr monomorphe, hochamplitudige Theta-Aktivität ist typisch für das Rett-Syndrom. Lange Ketten fokaler spike-wave („running spikes“) sieht man beim Angelman-Syndrom. Für die subakute sklerosierende Panenzephalitis sind in regelmäßigem Abstand auftretende kurze, hochamplitudige Wellen, sogenannte Rademecker-Komplexe pathognomonisch.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass er seit 10 Jahren in Oberhausen EEG-Kurse abhält, die von den Firmen Desitin, Jansen-Cilag, Medice, Novartis und Ucb durch eine Standgebühr unterstützt wurden.

Dr. med. Joachim Opp
Chefarzt des Sozialpädiatrischen Zentrums mit
Neuropädiatrie

Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
Virchowstr. 20, 46047 Oberhausen

Tel.: 0208/881-1390, E-Mail: joachim.opp@eko.de

Red.: Huppertz

Chronische Hepatitis B und C – ein Update



Prof. Dr.
Stefan Wirth

O bwohl die Meldezahlen des Robert-Koch-Instituts für die Hepatitis B und C in den letzten Jahren gesunken sind, sind die Erkrankungen aufgrund der Prävalenz bei Erwachsenen von ca. 0,4% auch bei Kindern relevant; umso mehr, als der Zuzug von Migranten aus Hochrisikoländern die Situation zur Zeit aktualisiert. Die Hepatitis B ist bei Kindern, die fast ausschließlich vertikal infiziert werden, zunächst durch eine immuntolerante Phase charakterisiert, die irgendwann in die immunreaktive Phase übergehen kann. In dieser Zeit kann dann eine Serokonversion zu anti-HBc eintreten, die in der Regel mit der Normalisierung der Transaminasen und einer drastischen Reduktion der Viruslast verbunden ist. Die Therapie, die bisher nur in der immunreaktiven Phase indiziert ist, kann immunstimulierend mit Interferonen oder replikationsmindernd mit einem Nukleosid- oder Nukleotidanalogen durchgeführt werden. Entecavir und Tenofovir sind für Kinder bzw. Jugendliche zugelassen. Es gibt viele offene Fragen zur Therapiedauer, da eine Heilung (Serokonversion zu anti-HBs) nur in wenigen Fällen eintritt.

Die Hepatitis C wird ebenfalls fast ausschließlich vertikal übertragen und ist zunächst eine wenig aktive Erkrankung. Es kann bis zum vierten Lebensjahr bei ca. 20% zu einer spontanen Viruseliminierung kommen. Die Therapie mit alfa-Interferonen ist ab dem vollendeten dritten bzw. fünften Lebensjahr zugelassen und zeigt bei Genotyp 1 eine Erfolgsrate von ca. 50%, bei den Genotypen 2 und 3 über 90%. Die Behandlung ist mit erheblichen unerwünschten Wirkungen verbunden. Die medikamentöse Weiterentwicklung war in den letzten Jahren rasant und eine beispiellose Erfolgsgeschichte. Erwachsene werden aktuell mit interferonfreien, allerdings sehr teuren, Therapieoptionen in über 90% erfolgreich behandelt. Für Kinder- und Jugendliche starten in diesen Monaten Zulassungsstudien. Bis zur Zulassung sollten daher nur noch dringende Fälle mit der zugelassenen Kombination Peg-Interferon und Ribavirin behandelt werden.

Die chronischen Hepatitis B und C Infektionen sind unverändert weltweit epidemiologisch bedeutsame Erkrankungen. Für die chronische Hepatitis B werden Zahlen zwischen 250 und 300 Mio. infizierte Menschen, für die chronische Hepatitis C zwischen 200 und 250 Mio. angegeben. Die Verteilung ist in den einzelnen Regionen erwartungsgemäß sehr unterschiedlich und hängt, bezogen auf die Hepatitis B, auch von den lokalen Impfprogrammen der Staaten ab. In der aktuellen Übersicht werden die epidemiologische Situation in Deutschland, der Übertragungsweg, der Spontanverlauf und die gegenwärtigen Therapieoptionen dargestellt.

Epidemiologie

Die Bundesrepublik Deutschland zählt bezüglich der Hepatitis-B- und C-Infektionen zu den Ländern mit niedriger Prävalenz. Man geht davon aus, dass ca. 40 % der chronischen Hepatitis-B-Fälle auf Personen entfallen, die einen Migrationshintergrund haben und dementsprechend aus Regionen mit einer im Vergleich zu Deutschland höheren Prävalenz für die Hepatitis-B-Infektionen stammen. Aus der KiGGS-Studie ergab sich bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 und 17 Jahren in Deutschland eine Seroprävalenz für Antikörper gegen das Hepatitis-B-Virus-Core-Antigen (anti-HBc) von 0,5 %. 38,7 % davon waren gleichzeitig Hepatitis-B-Surface-Antigen positiv (HBsAg) und hatten damit eine manifeste Infektion [1].

Die Meldezahlen, die vom Robert-Koch-Institut regelmäßig veröffentlicht werden, zeigen einen deutlichen Rückgang der Hepatitis-B-Virus (HBV)-Infektionen in den letzten 20 Jahren. 1997 wurden noch 6.135 Meldungen, im Jahre 2014 755 registriert. Auffallend ist, dass das Niveau seit 2008 in etwa gleichbleibend ist. Die perinatale Übertragung als Ätiologie wird mit etwa 1 % in der Gesamtverteilung der Infektionen angegeben [2]. Dieser Rückgang erklärt sich vor allem mit der weit verbreiteten, im STIKO Impfplan für Säuglinge vorgesehenen, Hepatitis-B-Impfung und der Impfung von Neugeborenen HBsAg-positiver Mütter. Die Durchimpfungsrate bei Einschulung liegt zwischen 85 und 90 % [1].

Bei der Hepatitis C sind die Meldezahlen um ein vielfaches höher. 1997 wurden 6.272 Fälle, 2004 am meisten mit 9.040 und 2014 5.817 Meldungen registriert. Hier sind die Meldezahlen über die letzten sechs Jahre weitgehend konstant. Die Inzidenz der Hepatitis-C-Erstdiagnosen bei Kindern unter 15 Jahren liegt mit 0,2 pro 100.000 Einwohner sehr niedrig und entspricht 20 – 25 Fällen pro Jahr. Allerdings muss man von einer unbekanntem Dunkelziffer ausgehen [3]. Aufgrund des hohen Flüchtlingsaufkommens in den letzten Jahren muss man damit rechnen, dass auch im Kindesalter wieder häufiger Hepatitis-B und -C infizierte Kinder und Jugendliche identifiziert werden.

Der fast ausschließliche Infektionsweg für beide Erkrankungen ist die vertikale Transmission. 2014 wurden in Deutschland 715.000 Kinder geboren. Bei einer angenommenen Prävalenz von 0,3 – 0,4 % HBsAg-positiver Schwangeren können wir mit einer Zahl von ca. 2.000 Risikomüttern und einer vertikalen Infektionsrate von ca. 5 % trotz aktiver und passiver Immunisierung, rechnen und gehen damit von etwa 70 bis 100 Fällen pro Jahr aus. Diese Kalkulation deckt sich nicht mit den Meldezahlen, was wahrscheinlich daran liegt, dass die Diagnosen zunächst gar nicht gestellt werden. Bei der Hepatitis C ist die vertikale Übertragungsrate mit 1 – 6 % variabel aber insgesamt

wahrscheinlich etwas geringer als bei der chronischen Hepatitis B. Bei etwa gleicher epidemiologischer Situation gehen wir von ca. 50 neuen Fällen perinataler Transmissionen pro Jahr aus.

Chronische Hepatitis B

Der chronische Verlauf der Hepatitis B ist vor allem bei Kleinkindern zunächst durch einen in der Länge nicht absehbaren immuntoleranten Status charakterisiert. Im Serum sind HBsAg, HBeAg und HBV-DNA nachweisbar. In der immuntoleranten Phase sind die Serumtransaminasen im Normbereich. Die HBV-DNA hat sehr hohe Konzentrationen um Werte von 10^7 bis 10^9 Virionen/ml. Wenn das Immunsystem irgendwann im Verlauf der ersten oder zweiten Lebensdekade reagiert, geht die Erkrankung in die immunreaktive Phase über, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Serumtransaminasen ansteigen. Am Serostatus ändert sich nichts. Für den Einzelfall nicht prognostizierbar kann es zur Serokonversion zu anti-HBe kommen. HBsAg ist unverändert nachweisbar und die HBV-DNA erfährt eine drastische Reduktion auf Werte zwischen 10^2 und 10^5 Virionen/ml Serum. Dieser Status ist mit der Normalisierung der Transaminasen verbunden und repräsentiert eine deutliche Verbesserung für den Langzeitverlauf. In wenigen Fällen (ca. 0,3 % pro Jahr) kommt es zur Serokonversion zu anti-HBs, was die Ausheilung der Erkrankung bedeutet. Die spontane Serokonversionsrate zu anti-HBe liegt bei ca. 10–12% pro Jahr, vorausgesetzt, dass es sich nicht um eine vertikale Transmission handelt. Bei Patienten mit vertikaler Transmission liegt sie niedriger zwischen 2,5 und 5 % pro Jahr. Das Risiko, eine Leberzirrhose bis zum Erwachsenenalter zu bekommen liegt nicht höher als 3 – 5 % [4,5].

Therapie der chronischen Hepatitis B

Grundsätzlich gibt es zwei Therapieprinzipien zur Behandlung der chronischen Hepatitis B im Kindes- und Jugendalter. Über eine Immunstimulation mit Interferon können T-Zell-stimulatorische, antiproliferative und antivirale Effekte ausgelöst werden. Obwohl keine offizielle Zulassung für ein Interferon in Deutschland vorliegt, hat man mit dem Medikament doch viel Erfah-

rung und kann einen Therapieversuch leitliniengerecht durchführen. Aufgrund der besseren Verträglichkeit und Handhabung würde man Peginterferon- $\alpha 2b$ oder Peginterferon- $\alpha 2a$ einsetzen. Die Behandlungsdauer wird nach Leitlinie noch mit 24 Wochen angegeben; nach der vorliegenden Erfahrung und der Literatur bei Erwachsenen ist aber eine Behandlungsdauer von 48 Wochen deutlich aussichtsreicher. Die zu erwartenden Nebenwirkungen sind häufig und teilweise mit einer erkennbaren Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens verbunden. Die Tolerabilität der Therapie bei Kindern ist aber durchaus akzeptabel. Auf jeden Fall muss die Schilddrüsenfunktion (Autoimmunthyreoiditis) und bei Jugendlichen auch die Stimmungslage (Depression) besonders beachtet werden. Die Wahrscheinlichkeit einer Serokonversion zu anti-HBe im Rahmen einer Interferontherapie liegt bei 25 – 35 %. Auf lange Sicht werden etwa 10 % der behandelten Patienten zu anti-HBs serokonvertieren, was deutlich mehr als im Spontanverlauf ist, aber natürlich keine überzeugende Anzahl, um die Behandlung als wirklich erfolgreich zu bezeichnen [6,7].

Zurzeit wird mit Peginterferon $\alpha 2a$ eine Zulassungsstudie weltweit durchgeführt. Die Behandlungsdauer ist hier 48 Wochen. Mit dem Abschluss ist in den nächsten 1 – 2 Jahren zu rechnen. Die Indikation zur Therapie ist bisher erst dann gegeben, wenn der Patient in der immunreaktiven Phase ist, serologisch also HBsAg, HBeAg, HBV-DNA und erhöhte Serumtransaminasen aufweist.

In diesem Jahr hat ebenfalls eine weltweit angelegte klinische Studie bei Kindern und Jugendlichen in der immuntoleranten Phase mit Peginterferon- $\alpha 2a$ in Kombination mit Lamivudin begonnen. Es bleibt abzuwarten, ob die Serokonversionsrate auch bei diesen Patienten, die bisher als besonders niedrig galt, durch die Behandlung erhöht werden kann.

Das zweite Therapieprinzip ist die Therapie mit replikationsmindernden Substanzen, den Nukleosid- oder Nukleotid-Analoga. Für Erwachsene sind Lamivudin, Adefovir, Telbivudin, Entecavir und Tenofovir zugelassen. Nachdem man in Deutschland lange Zeit Off-Label behandeln musste, hat sich die Situation in den letzten Jahren erfreulich verändert. Tenofovir ist ab 12 Jahren zugelassen und seit August 2014 Entecavir ab dem Alter von 6 Jahren. Die Medikation von Lamivudin gilt als

obsolet aufgrund der hohen Resistenzrate und Adefovir wird aufgrund seiner doch recht geringen Wirksamkeit ebenfalls nicht gerne eingesetzt. Für Telbivudin laufen aktuell noch Studien. Die Serokonversionsrate liegt erfahrungsgemäß zwischen 15 - 25 % im Studienzeitraum und damit etwas niedriger als für Interferon. Das Problem bei den Studien mit Nukleosid- oder Nukleotid-Analoga ist, dass die Behandlung maximal zwei Jahre durchgeführt wurde und die Beobachtungszeit danach abbricht. Für Tenofovir lag die anti-HBs Serokonversion nach 72 Wochen bei 21 % und für Placebo bei 15% (nicht signifikant) [8]. Ganz aktuell wurde die Entecavir-Studie, die zur Zulassung des Medikaments geführt hat, publiziert [9]. Die Behandlung erfolgte für maximal 96 Wochen. Die anti-HBe-Serokonversionsrate lag für die Verumgruppe bei 36,7 % und für die Placebo-Gruppe bei 20 %. Nach 48 Wochen lag sie für die Entecavir-Gruppe bei 24,2 % und die Placebo-Gruppe bei 10 %. Hier wird bereits deutlich, dass eine längerfristige Therapie auch mit einer höheren Serokonversionsrate verbunden ist. Eigene Erfahrungen bei 30 langzeitbehandelten Kindern mit Nukleosid- bzw. Nukleotid-Analoga ergaben eine Serokonversion zu anti-HBe von 55,6 % nach einer Therapiedauer von bis zu 116 Monaten.

Für die Zukunft muss sicherlich noch einiges geklärt werden. Man muss abwarten, ob die laufenden Interferonstudien eine Verbesserung der aktuell zu erwartenden Serokonversionsraten bringen. Des Weiteren muss geklärt werden, wie lange eine begrenzte Dauertherapie mit einem Nukleosid- oder Nukleotid-Analagon durchgeführt werden soll, um eine deutlich Steigerung der Serokonversionsrate zu anti-HBe zu

erreichen. Das Ziel der Serokonversion zu anti-HBs ist leider weit entfernt. Der Vorteil der Nukleosid- und Nukleotid-Analoga-Therapie sind die geringen Nebenwirkungen und die einfach zu handhabende tägliche orale Gabe, so dass bei gesicherter Compliance eine Behandlung bis zu fünf Jahren sicherlich möglich ist. Leider ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht davon auszugehen, dass revolutionäre neue Medikamente die Aussicht auf eine Verbesserung der Serokonversion zu anti-HBs erbringen werden. Es ist daher sinnvoll, mit den Patienten und Angehörigen die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen umfänglich und kompetent zu besprechen.

Chronische Hepatitis C

Die chronische Hepatitis C wird in Industrieländern fast ausschließlich vertikal übertragen. Die Krankheitsprogredienz ist gering und man findet in fast allen Fällen eine histologisch milde entzündliche Aktivität. Die Leberzirrhoserate liegt unter 5 % bis zum Erwachsenenalter, wobei es durchaus Fälle gibt, die einer Lebertransplantation zugeführt werden müssen [10]. Bis zum Alter von 4 Jahren kann es in 10–25% der infizierten Kinder zu einer spontanen Viruselimination kommen. Diese wird vom Genotyp beeinflusst und ist bei Infizierten mit Genotyp 3 höher als bei Genotyp 1 [11].

Zur Diagnostik ist neben der Bestimmung der Serumtransaminasen als Screening die Testung auf Hepatitis-C-Virus-Antikörper (anti-HCV) sinnvoll. Beweisend für eine HCV-Infektion ist der Nachweis der

Therapieoptionen zur Behandlung der chronischen Hepatitis B im Kindes- und Jugendalter (Tabelle 1)

	Immunstimulation	Replikationsmindernd
Wirkung	Antiviral, T-Zell-Stimulation, antiproliferativ, antifibrotisch	antiviral
Präparate	Interferon- α (obsolet), Peg-Interferon- α	Nukleosid/Nukleotidanaloga: Lamivudin, Adefovir (beide in den USA zugelassen, nur noch in wenigen Fällen indiziert, an sich obsolet), Telbivudin (noch keine Zulassung), Entecavir (ab 6 Jahre seit August 2014 zugelassen, geringe Resistenzrate), Tenofovir (ab 12 Jahre zugelassen, geringe Resistenzrate)
Charakteristika	Häufige Nebenwirkungen, anti-HBe-Serokonversionsrate 25-35%, Zulassungsstudie mit Peg-Interferon- α 2a wird aktuell durchgeführt	Selten Nebenwirkungen, Anti-HBe-Serokonversionsrate 15-25% im Behandlungszeitraum der Studien, Cave: Resistenzentwicklung, Therapiedauer bisher nicht konsentiert

Therapieentscheidung individuell: Peg-Interferon als limitierte Behandlung mit potentiell spürbaren Nebenwirkungen; Nukleos(t)idanaloga als „Dauertherapie“ bei gesicherter Compliance oral ohne signifikante Nebenwirkungen

HCV-RNA, die quantitativ bestimmt werden muss. Gleichzeitig wird eine Genotypisierung vorgenommen. Ca. 70 – 75 % der europäischen Patienten sind mit Genotyp 1, 15 % mit Genotyp 2, 5 – 10 % mit Genotyp 3 und eine sehr kleine Anzahl mit Genotyp 4 infiziert.

Therapie

Anders als bei der chronischen Hepatitis B ist der primäre Endpunkt der HCV-Therapie die Heilung der Erkrankung (Sustained Viral Response, SVR). Auch mit den bisherigen Therapieoptionen war das Ziel nicht die Behandlung einer schweren progredienten Lebererkrankung, sondern die Prävention einer zukünftigen. Die momentan für Kinder und Jugendliche zugelassenen Optionen bestehen in der Behandlung mit konventionellem α -Interferon, welches als obsolet betrachtet werden kann. Peginterferon- α 2b ist ab 3 Jahre und Peginterferon- α 2a ab fünf Jahre jeweils in Kombination mit Ribavirin zugelassen. Erst 2011 erschien eine pädiatrische Studie aus den USA, die eindeutig nachwies, dass die Kombination von Peginterferon mit Ribavirin einer alleinigen Peginterferon-Therapie deutlich überlegen ist [12]. Zu diesem Zeitpunkt waren die Entwicklungen in der Erwachsenenmedizin schon viel weiter fortgeschritten. Mit den beschriebenen Kombinationstherapien konnten bei Kindern mit Genotyp 1 eine stabile Erfolgsrate (SVR) von etwa 50 % erreicht werden, Genotyp 2 und 3 konnten in über 90% der behandelten Patienten erfolgreich therapiert werden. Bei Genotyp 4 lag die SVR etwa bei 60% [13-15].

Mit dem aktuell zugelassenen Therapieregime bewegt sich die Behandlung in der Pädiatrie etwa auf dem Niveau von 2001 verglichen mit der Entwicklung bei Erwachsenen. 2011 wurden neue Kombinationen mit Proteaseinhibitoren wie Boceprevir und Telaprevir für Erwachsene zugelassen. Bereits zwei Jahre später waren sie obsolet. 2014 kamen weitere Präparate zur Zulassung mit dem Ergebnis, dass der Behandlungsstandard jetzt interferonfreie Kombinationsmedikamente darstellt. Die Kombination von Ledipasvir mit Sofosbuvir hat aufsehenerregende Ergebnisse gezeigt. Es wurden

zwischen 97–99% der Patienten erfolgreich behandelt [16]. Die Kombination von Ritonavir, Ombitasvir und Dasabuvir mit und ohne Ribavirin ergab ebenfalls hohe SVR-Raten zwischen 97–99%, wobei bei HCV Genotyp 1a zu der Dreier-Kombination Ribavirin hinzugegeben werden muss [17].

Mittlerweile sind verschiedene Kombinationsmöglichkeiten bei Erwachsenen möglich. Sofosbuvir und Simeprevir wurden zunächst mit Peginterferon kombiniert, Daclatasvir mit Sofosbuvir und Ledipasvir ebenfalls mit Sofosbuvir. Daclatasvir (Daklinza®) wurde im August 2014, die Kombination Ledipasvir mit Sofosbuvir (Harvoni®) im November 2014 und die Kombination Ritonavir, Ombitasvir, Paritaprevir (Viekirax®) mit Dasabuvir (Exviera®) im Januar 2015 zugelassen. Diese Kombination wird bei Genotyp 1a mit Ribavirin kombiniert. Für April 2016 wird eine weitere Kombination von Grazoprevir mit Elbasvir erwartet. Auch hier finden sich Heilungsraten für Genotyp 1 von über 95 % bei einer Behandlungszeit von 12 Wochen.

Man unterscheidet bei den interferonfreien Präparaten zwischen Proteaseinhibitoren, NS5A-Inhibitoren sowie Polymeraseinhibitoren. Die Nomenklatur wurde wie folgt vereinbart: Endungen auf -previr sind Proteaseinhibitoren, Endungen auf -asvir NS5A-Inhibitoren und Endungen auf -buvir Polymeraseinhibitoren. Es muss immer eine Kombination verabreicht werden, um die genannten Erfolge zu erzielen. Der Nachteil der neuen Therapien liegt im hohen Preis. Man muss aktuell je nach Therapiedauer, die zwischen 12 und 24 Wochen liegt, mit Beträgen von ca. 50.000 bis 90.000 € rechnen. Hier wird sicherlich in Zukunft durch zunehmende Konkurrenz und Einfluss der Kostenträger eine Preisreduktion erfolgen [18].

Alle Experten sind der Auffassung, dass auch für Kinder möglichst schnell interferonfreie Therapieoptionen zur Verfügung stehen müssen. Im Dezember 2014 fand eine Expertenkonferenz der EMA (European Medicines Agency) in London statt, bei der konsentiert wurde, eine rasche Weiterentwicklung zu unterstützen. Zulassungsverfahren können etwas vereinfacht werden, indem grundsätzliche Daten von Ergebnissen bei Er-

Zulassung aktueller Kombinationen und interferonfreier Therapieoptionen bei Erwachsenen mit chronischer Hepatitis C (Tabelle 2)

Januar 2014: Sofosbuvir (Sovaldi) (mit Peg-Interferon)

Mai 2014: Simeprevir (Olysio) (mit Peg-Interferon)

August 2014: Daclatasvir (Daklinza) (mit Sofosbuvir oral, 12 Wochen)

November 2014: Ledipasvir mit Sofosbuvir (Harvoni) (eine Tablette/Tag oral), 12 Wochen

Januar 2015: Ritonavir, Ombitasvir, Paritaprevir (Viekirax), Dasabuvir (Exviera), ev. mit Ribavirin (12 Wochen)

In Erwartung: Grazoprevir/Elbasvir (Heilungsrate >95% G1, Therapie über 12 Wochen) im April 2016

wachsenen auf Kinder übertragen werden. Pharmakokinetische Untersuchungen müssen allerdings immer durchgeführt werden. Ein wichtiges Problem besteht darin, dass die Anzahl der zu behandelnden Kinder relativ klein ist, und man nicht für alle potentiellen Kombinationen Patienten haben wird. Zum Beispiel wurden Studien mit Peginterferon und Boceprevir und Telaprevir gar nicht erst gestartet bzw. abgebrochen, weil die Entwicklung diese längst überholt hatte. Im Juni 2015 wurde eine Zulassungsstudie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Genotyp 2 und 3-Infektionen mit Sofosbuvir und Ribavirin nach den Erfahrungen bei Erwachsenen gestartet[19]. Individuen mit Genotyp 2 werden 12 Wochen therapiert. Genotyp 3-Infektionen erwiesen sich als schwieriger zu therapieren und werden daher für 24 Wochen behandelt. Es ist davon auszugehen, dass die Kombination von Sofosbuvir mit Ledipasvir auch für Kinder mit Genotyp 1-Infektionen zur Anwendung kommen wird; eine Zulassungsstudie ist aber nicht vor Ende 2016 zu erwarten. Anders ist die Sachlage mit den Medikamenten Viekirax® und Exviera®. Hier ist der Therapiestart für Anfang 2016 für Kinder und Jugendliche mit Genotyp 1- und 4-Infektionen vorgesehen. Die Behandlungsdauer wird 12 Wochen betragen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die bisher zugelassene Behandlung für Kinder und Jugendliche mit chronischer Hepatitis C nicht mehr dem aktuellen Therapiestandard Erwachsener entspricht und daher nur in dringenden Fällen angewandt werden sollte. Die Behandlung von Kindern mit Genotyp 2 und 3 ist durchaus sinnvoll, da die SVR sehr hoch ist; trotzdem wird in absehbarer Zeit eine interferonfreie Kombination für diese Genotypen zur Verfügung stehen. Nicht dringende Patienten mit einer Genotyp 1-Infektion können warten, bis die in Gang kommenden Zulassungsstudien abgeschlossen sind. Alternativ können die Kinder im Rahmen dieser Studien behandelt werden. Man muss allerdings davon ausgehen, dass die Anzahl der durchführbaren Zulassungsstudien bei neu eingeführten Medikamenten limitiert ist, da die Anzahl der dann nicht erfolgreich behandelten Patienten bzw. neu auftretenden Infektionen in diesem Alter sehr gering ist. Es ist also wichtig, dass jetzt die „richtigen“, d. h. die sichersten und erfolgreichsten Präparate zugelassen werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Studienteilnahme für Roche, Gilead, Abbvie, BMS; Beratung für Roche, Gilead, Abbvie, Novartis, BMS

Prof. Dr. med. Stefan Wirth
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
HELIOS Klinikum Wuppertal
Universität Witten/Herdecke
Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal
Tel.: 0202/896-3833 / -3831
E-Mail: stefanwirth@helios-kliniken.de

Red.: Huppertz

VZV-Impfung nach durchgemachten Windpocken

consilium

Prof. Dr. med.
Volker Schuster

Frage

Ich betreue in unserer kinder- und jugendärztlichen Gemeinschaftspraxis einen weiblichen Säugling, der im Alter von 7 Monaten an Windpocken erkrankte. Die Krankheitssymptomatik war hierbei recht milde ausgeprägt mit zwar typischen, aber eher vereinzelter Effloreszenzen am Stamm, Extremitäten, Kopfhaut, Gesäß. Die Mundhöhle war nicht betroffen, das Mädchen hatte nur initial leicht erhöhte Temperaturen, trank und aß gut und war auch sonst in gutem Allgemeinzustand. Keine Superinfektion oder sonstige Komplikationen, übliche Lokalbehandlung. Eine Impfung gegen MMR-V war aufgrund des jungen Alters noch nicht erfolgt. Die Mutter hatte die Windpocken im Alter von 7 Jahren durchgemacht.

Sollte das Mädchen gegen Varizellen geimpft werden – oder ist davon auszugehen, dass auch eine mild verlaufende Varizelleninfektion im Säuglingsalter einen ausreichenden Titer aufbaut? Falls eine Empfehlung zur Impfung besteht – sollte noch einmal oder zweimal geimpft werden?

Sollte generell ein Titer bestimmt werden, wenn ja wann (vorpubertär vor etwaiger Schwangerschaft?) – falls auf eine Impfung verzichtet wird?

Antwort

Man geht davon aus, dass eine VZV-Wildvirusinfektion (Windpocken), egal in welchem Lebensalter, bei einer immunkompetenten Person einen ausreichenden immunologischen Schutz induziert, d.h. neben VZV-spezifischen Antikörpern auch eine VZV-spezifische zelluläre Immunität.

Bzüglich der oben geschilderten Situation von Windpocken bei einem 7 Monate alten Säugling erläutert die Sächsische Impfkommision (SIKO): „Geimpft werden sollen nur „empfängliche“ Kinder mit negativer Varizellenanamnese oder negativer Antikörper-Testung. Bei positiver Varizellenanamnese (wie im vorliegenden Fall) oder bei ärztlich dokumentierter überstandener Erkrankung erfolgt keine Impfung gegen Varizellen (www.slaek.de). Die Ständige Impfkommision

(STIKO) nimmt zu dem o. g. Problem nicht gezielt Stellung, aber auch sie verweist (bei den Indikationsimpfungen) auf „empfängliche Personen“ (= keine frühere Varizellen-Impfung und anamnestisch keine Varizellen, bei serologischer Testung kein Nachweis spezifischer Antikörper) (www.rki.de).

In den USA ist die Empfehlung (ACIP, 2007) praktisch identisch: “Two 0.5-ml doses of varicella vaccine administered subcutaneously are recommended for children aged > 12 months, adolescents, and adults without evidence of immunity.” (Marin et al, 2007; <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>)

Die Anamnese von Windpocken ist bei Kleinkindern (1-4 Jahre, 99 % Spezifität) ein recht guter Marker für Varizellen-Immunität (Perella et al., 2009). Daher ist nur in unklaren Fällen eine serologische Untersuchung gerechtfertigt.

Fazit

Sofern im vorliegenden Fall die Anamnese von Windpocken eindeutig ist, ist keine Serologie und keine VZV-Impfung erforderlich. Ist die Anamnese nicht sicher, sollten baldmöglichst VZV-spezifische Antikörper bestimmt werden. Nur wenn diese negativ sind, ist eine VZV-Immunsierung (hier: 2 Gaben) erforderlich.

PS: Es gibt im US-amerikanischen „Pink book“ noch eine „pragmatische“ Variante: „Varicella virus vaccine is recommended for all children without contraindications at 12 through 15 months of age. The vaccine may be given to all children at this age regardless of prior history of varicella.“ (<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/varicella.html>). Die Varizellen-Impfung von bereits „VZV-immunen“ Kindern scheint also keine Probleme mit sich zu bringen. Ob diese „Boosterung“ allerdings einen Vorteil bringt, ist nicht erwiesen.

Prof. Dr. med. Volker Schuster
Universitätsklinik und Poliklinik
für Kinder und Jugendliche
Liebigstr. 20a, 04103 Leipzig

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.



Suchtforum

Steckbrief zu:

Fentanyl

Chemische Bezeichnung: N-(4-Phenethyl-4-piperidyl) propionanilid; synthetisches Opioid zur Narkose und Behandlung chronischer Schmerzen; fällt unter das Betäubungsmittelgesetz, ist somit verschreibungspflichtig.

Dosierung(en): Therapeutische Dosis 0,01mg/kg Körpergewicht oder 10 µg/kg; Wirkeintritt bei i.v. – Gabe in 2 – 5 Minuten, die HWZ beträgt 3 – 12 Stunden; die transdermalen Pflastersysteme geben 150 µg /Stunde ab.

Einnahmeform: i. v. als Heroinersatz, hierzu werden auch gebrauchte Pflaster (Durogesic®) ausgekocht und injiziert, oder gekaut; daneben gibt es transbukale Lutschtabletten (Actiq®) und Nasenspray (PecFent® oder Instanyl®); als mögliche Letaldosis gelten 3,1 mg/kg Körpergewicht, aber lebensbedrohliche Atemstillstände sind mit niedrigeren Dosen möglich.

Interaktionen: Wirkungsverstärkung durch Alkohol und andere Beruhigungsmittel, besonders durch MAO-Hemmer;

Cyp 3A4-Inhibitoren wie Ketoconazol, Erythromycin, Diltiazem, aber auch Grapefruchtsaft verlangsamen den Abbau von Fentanyl und erhöhen dessen Wirkstärke; bei gleichzeitiger Einnahme von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern droht ein Serotonin-Syndrom.

Straßenpreis(e): kostenlos aus Müllabfällen von Krankenhäusern oder Pflegeheimen; Verschreibung der transdermalen Systeme durch Doctorhopping.

Erwünschte Wirkung(en): Rauschsymptome (eher „langweiliger“ als Heroin), Schmerzlosigkeit.

Unerwünschte Wirkung(en): typisch ist Neigung zur Obstipation, vereinzelt auch Missstimmungen.

Symptome bei Überdosierung: Miosis, Müdigkeit und Bewusstseinsstörungen, die nahtlos in verlangsamte Atemfrequenz bis Atemstillstand übergehen können; dabei sinken Herzfrequenz und Blutdruck; der Popsänger Prince starb am 21. April 2016 an einer Überdosis Fentanyl; bei Kindern sind auch zerebrale Anfälle möglich; in 3% der Fälle kann sich ein toxisches Lungenödem entwickeln.

Nachweismethoden: in Opiat-Schnelltests nicht nachweisbar, quantitativ durch HPLC in Urin und Fettgewebe.

Therapieoptionen akut: Naloxon (Narcanti®) als Antidot initial 10 µg /kg Körpergewicht i.v. fraktioniert alle 2 – 5 Minuten bis Effekt eintritt = biologische Titration und Atemhilfe unter Pulsoxymetrie.

Langzeitfolgen: Es entwickelt sich rasch eine physische Abhängigkeit mit hohem stoffgebundenen Suchtpotential; chronische Hirnschäden sind beschrieben.

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

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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



Welche Diagnose wird gestellt?

Katharina Meier und Peter H. Höger

Anamnese

Ein 15-jähriges Mädchen stellt sich mit seit Geburt bestehenden depigmentierten Linien im Gesicht vor. Diese ziehen beidseits vom Kiefergelenk entlang des Unterkiefers zu den Mundwinkeln. Bereits im Alter von sechs Jahren entwickelten sich innerhalb dieser hellen Streifen kleine dunkle Maculae. Im weiteren Verlauf hätten sich auch helle Streifen im Bereich der Wangen sowie am Hals gebildet. Eine vermehrte Sonnenexposition wird verneint. Die übrige Anamnese ist unauffällig.

Untersuchungsbefund

15-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Gesicht zieht beidseits vom Kiefergelenk entlang des Unterkiefers zu den Mundwinkeln ein scharf begrenzter depigmentierter Streifen mit multiplen braunen Maculae. Die rechte Wange und die linke Halsseite bieten einen ähnlichen Befund. Der pädiatrische und neurologische Befund sowie das übrige Integument ist unauffällig.



Abb. 1: Streifige Depigmentationsherde mit darin liegenden multiplen hellbraunen Maculae (Lentiginos) auf beiden Wangen.

Welche Diagnose wird gestellt?

Segmentale Vitiligo mit solaren Lentiginen

Die Vitiligo ist eine Autoimmunerkrankung, die mit einer Zerstörung von Melanozyten und zunehmender Depigmentierung einhergeht. Sie manifestiert sich meist zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr, in 25% der Fälle bereits vor dem 10. Lebensjahr (1,2). Mit einer Prävalenz von 0,5% zählt die Vitiligo zu den häufigeren Hauterkrankungen (3). Eine segmentale Vitiligo liegt bei ca. 5% der Vitiligopatienten vor. Sie verläuft entlang der embryonalen Blaschko-Linien und beruht auf einem somatischen Mosaizismus. Meist ist sie – wie in unserem Fall – bereits bei Geburt oder im 1. Lebensjahr manifest. Gelegentlich treten segmentale und nicht-segmentale Vitiligo gemeinsam auf (4). Das Fehlen der „eingebauten“ Lichtschutzfaktoren der Haut begünstigt bei ungeschützter UV-Exposition die Entstehung solarer Lentiginen. Bei Kindern kommt es in bis zu 60% im Verlauf einiger Jahre zu einer zumindest partiellen Repigmentation (5).

Die Ursache der Vitiligo ist noch weitestgehend ungeklärt; ein vermehrtes familiäres Vorkommen deutet auf eine genetische Disposition hin und es besteht eine Assoziation mit Autoimmunerkrankungen wie der Hashimoto-Thyreoiditis.

Diagnostik

Die Diagnose der Vitiligo wird klinisch gestellt. Die neu entstehenden Lentiginen sollten regelmäßig auflichtdermatoskopisch kontrolliert werden und bei Auffälligkeiten exzidiert werden. Eine Probenentnahme der Vitiligo ist bei meist eindeutigem klinischem Befund nicht notwendig. Sollte eine Histologie entnommen werden, so zeigt diese klassischerweise ein Fehlen von Melanozyten, bzw. Tyrosinase-negative Melanozyten. Zum Ausschluss bzw. Nachweis der häufigen Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen insbesondere der Schilddrüse empfiehlt sich die Bestimmung von TSH und der Schilddrüsen-Antikörper.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch sollte bei segmentaler Vitiligo an einen Naevus depigmentosus wie auch an ei-

nen Naevus anaemicus gedacht werden. Auch das Initialstadium einer segmentalen Sklerodermie sowie ein sekundärer Piebaldismus kann zeitweise ein ähnliches klinisches Bild zeigen

Therapie

Eine in allen Fällen wirksame und verträgliche Behandlung der Vitiligo steht bisher nicht zur Verfügung. Wichtigste Maßnahme zur Prävention von Sonnenbrand ist ein wirksamer Lichtschutz (LSF30-50). Die Behandlung mit Tacrolimus (Protopic® Salbe 0.1%) über 6-8 Monate führt in etwa 60% zu einer Repigmentation. Bei älteren Kindern kommt auch eine Lichttherapie mittels UVB 311 in Frage (6). Bei Auftreten von Lentiginen ist ein konsequenter Lichtschutz unabdingbar. Wiederholt ist ein vermehrtes Auftreten von Lentiginen in Folge einer intensivierten UV-Therapie beschrieben worden. Aufgrund einer sozialen Stigmatisierung geht die Vitiligo mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität einher. Daher sind auch Verfahren wie die Camouflage, bei der mit einer medizinischen Kosmetikanwendung die betroffenen (Gesichts-) Areale der normalen Hautfarbe angepasst werden, wichtige Instrumente, um die Patienten vor einer sozialen Isolation zu bewahren (7).

Literaturangaben

1. Gauthier Y et al. A critical appraisal of vitiligo etiologic theories. Is melanocyte loss a melanocytorrhagy? *Pigm Cell Res* 2003;16: 322-332.
2. Hann SK, Lee HJ. Segmental vitiligo: clinical findings in 208 patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 671-674.
3. Taieb A, Picardo M. Clinical practice: Vitiligo. *N Engl J Med* 2009; 360: 160-169
4. Ezzedine K et al. Segmental vitiligo associated with generalized vitiligo (mixed vitiligo): a retrospective case series of 19 patients. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65: 965-971.
5. Gan EY et al. Clinical repigmentation patterns in paediatric vitiligo. *Br J Dermatol* 2016 Apr 1. doi: 10.1111/bjd.14635. [Epub ahead of print]
6. Van Driessche F, Silverberg N. Current Management of Pediatric Vitiligo. *Paediatr Drugs*. 2015;17:303-13
7. Ramien ML et al. Quality of life in pediatric patients before and after cosmetic camouflage of visible skin conditions. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 71:935-40

Katharina Meier und Prof. Dr. Peter H. Höger
 Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Liliencronstraße 130
 22149 Hamburg

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.

Hepatitis B exponierte Neugeborene – Vervollständigung der Impfserie bei Versorgungsgespässen

Versorgungsgespässe mit Impfstoffen (und anderen Medikamenten) begleiten uns im Alltag, siehe auch Impfforum 12/2015 (*Kinder- und Jugendarzt* 2015;46:757). Sie betreffen nicht nur Deutschland oder die Schweiz, sondern sind ein globales Problem, mit dem sich auch die WHO beschäftigt. Deren strategisches Impfberatungsgremium SAGE hat dazu kürzlich einen lesenswerten Beitrag veröffentlicht (http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/april/1_Siegrist_shortages_SAGE_Apr2016.pdf). Ich bin in diesem Kontext in letzter Zeit wiederholt gefragt worden, wie man bei einem Hepatitis B Virus (HBV) exponierten Neugeborenen die Impfserie komplettieren soll, wenn kein pentavalenter Impfstoff (DTPa-IPV/Hib ohne HBV-Komponente) verfügbar ist. Zur Erinnerung: etwa 1% aller schwangeren Frauen in Deutschland sind Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) positiv, der Marker für eine infektiöse Hepatitis B. Um die Übertragung des Virus während der Geburt von der Mutter auf das Neugeborene zu verhindern, sollte der HBsAg-Status aller Gebärenden den Geburtshelfern bekannt sein und ggf. das Kind so bald als möglich nach der Geburt (idealerweise in den ersten 24 Stunden) aktiv mit einem monovalenten HBV-Impfstoff und zusätzlich passiv mit einem anti-HBs-Immunglobulin geimpft werden. Die Hepatitis B-Impfserie wird mit 2 weiteren aktiven HBV-Impfungen im Alter von 1 und 6 Monaten komplettiert. Die anderen Standardimpfungen incl. DTPa, IPV und Hib sind für diese Kinder im üblichen Alter von 2, 3 und 4 Monaten *ohne* HBV-Komponente empfohlen. Wie nun also vorgehen, wenn kein solcher DTPa-IPV/Hib-Impfstoff verfügbar ist?

Handelt es sich um die erste Kombinationsimpfung bei einem 2 Monate alten Kind, so würde ich es hexavalent impfen und im Alter von 3 und 4 Monaten dann wieder

5-fach (sofern verfügbar). Die monovalente HBV-Impfung im Alter von 6 Monaten ist dann nicht nötig und im Alter von 12 Monaten wird wiederum hexavalent geimpft. Das entspricht aus Sicht der Hepatitis B-Komponente einem „0-1-2-12 Monate“ Impfschema, welches eine gute Alternative zum 0-1-6 Monate Impfschema bei HBsAg exponierten Säuglingen darstellt, nicht nur aber auch bei Frühgeborenen (*Waitz et al; Am J Perinatol Rep* 2015;5:e67–e72). Wenn zu einem oder beiden der weiteren Impfzeitpunkte immer noch kein DTPa-IPV/Hib-Impfstoff verfügbar sein sollte, so würde ich lieber erneut hexavalent impfen als die Impfung zu verschieben und auf einen pentavalenten Impfstoff zu warten. In Analogie dazu kann man bei einem 3 oder 4 Monate alten Kind, welches zuvor schon ein- oder zweimal DTPa-IPV/Hib erhalten hat, bei Nichtverfügbarkeit eben entsprechend auch hexavalent impfen, die monovalente HBV-Impfung im Alter von 6 Monaten dann weglassen, und im Alter von 12 Monaten wiederum hexavalent impfen. Daraus resultiert dann eben z.B. ein „0-1-3-12 Monate“ oder „0-1-4-12 Monate“ HBV-Impfschema. Das ist im Hinblick auf lokale Nebenwirkungen unbedenklich, denn die Verträglichkeit der penta- und hexavalenten Kombinationsimpfstoffe ist sehr ähnlich. Die serologische Erfolgskontrolle (d.h. die anti-HBs Antikörperbestimmung im Serum), beim 0-1-6 Monate Impfschema 4-8 Wochen nach der 3. Dosis empfohlen, sollte entsprechend nach der letzten Dosis der Impfserie, also im Alter von 13 (-14) Monaten erfolgen.



Impfforum

Meningokokken Gruppe B im nationalen Impfprogramm Englands

Im September 2015 begann das nationale Meningokokken-Gruppe B Impfprogramm in England. Anders als es die Zulassung erfordert, werden nur 2 (im Alter von 2 und 4 Monaten) statt 3 Impfdosen im 1. Lebensjahr verabreicht, gefolgt von einer abschließenden 3. Dosis im Alter von 12 Monaten („2+1“ Impfschema). Wegen des relativ hohen Fieberpotentials des verwendeten Impfstoffs Bexsero® wird für alle geimpften Kinder die dreimalige Gabe von Paracetamol empfohlen: unmittelbar vor und zwei weitere Male im Abstand von jeweils 4-6 Stunden. Wir sind gespannt, welche epidemiologischen Auswirkungen das Impfprogramm mit bislang sehr guter Akzeptanz (1 Dosis: 94%, 2 Dosen: 85%; *Ladhani et al, ESPID 2016*) mit sich bringen wird. Seit Beginn des Impfprogramms sind bis Mai diesen Jahres 15 Fälle von invasiver Meningokokken Gruppe B Infektion bei Säuglingen <4 Monaten erfasst worden, davon 12 bei Ungeimpften, 3 bei 1x Geimpften, und kein Fall bei 2x Geimpften (die erste Kohorte 3x Geimpfter wird es erst im Juli geben, wenn die im September 2015 geimpften 2 Monate alten Säuglinge 12 Monate alt werden). Ein optimistisch stimmender Auftakt.

Neu: 9-valenter HPV-Impfstoff

Seit kurzem ist ein um 5 HPV-Genotypen erweiterter 9-valenter HPV-Impfstoff in Deutschland verfügbar. Er ist wie sein 4-valenter Vorgänger (Gardasil®) für Mädchen und Jungen ab dem Alter von 9 Jahren zugelassen - bis zum Alter von 14 Jahren im 2-Dosen-Schema (0-6 Monate), ab dem Alter von 15 Jahren im 3-Dosen-Schema (0-2-6 Monate). Für die sequentielle Gabe des Impfstoffs (d.h., Komplettierung einer mit dem 4-valenten Impfstoff begonnenen oder abgeschlossenen Impfserie) gibt es bislang keine Zulassung. Darauf haben STIKO (*Epidem Bull* 16/2016) und die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ (www.dakj.de) hingewiesen. Damit die mit dem bisherigen 4-valenten Impfstoff begonnenen Impfserien zulassungskonform vervollständigt werden können, wird dieser vom Hersteller voraussichtlich bis Anfang 2017 weiterhin parallel zum neuen, erweiterten Impfstoff zur Verfügung gestellt. Die spannende und relevante Frage, inwieweit bereits mit 2- (Cervarix®) oder 4-valentem Impfstoff vollständig geimpfte junge Mädchen und Frauen von einer zusätzlichen Impfung oder Impfserie mit dem 9-valenten Impfstoff profitieren

können, bleibt zunächst offen. Um dies fundiert beurteilen zu können, müssen die Krankheitslast durch die jetzt zusätzlich impfpräventablen HPV-Genotypen 31, 33, 45, 52 und 58 und spezifische Merkmale des Impfstoffs wie Immunogenität und Verträglichkeit bei sequentieller Impfung sowie die Frage der Kostenerstattung beleuchtet werden. Die bereits erwähnte DAKJ Kommission wird sich bald mit diesem Thema beschäftigen und eine Stellungnahme erarbeiten. In der Zwischenzeit ist es ratsam, begonnene Impfse-

rien produkttreu zu komplettieren und neue Impfserien bei Mädchen und jungen Frauen nicht mehr mit dem 4-valenten Impfstoff zu beginnen.

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

Red.: Huppertz



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Stationäre Aufnahmen wegen schwerer Akuter Mastoiditis sind nicht die Folge verzögerter Antibiotika-Gabe zur Behandlung der vorausgehenden Akuten Otitis media

Severe Acute Mastoiditis Admission is Not Related to Delayed Antibiotic Treatment for Antecedent Acute Otitis Media

Grossmann Z, Zehavi Y, Leibovitz E, et al., *Pediatr Infect Dis J*, 35:162-165; Februar 2016

Die Autoren aus verschiedenen Pädiatrie-Zentren Israels analysierten in einer prospektiven Beobachtungs-Studie die stationären Aufnahmen in 8 Kliniken wegen schwerer akuter Mastoiditis (AM) von 2007-2012. Definitionsgemäß wurden Patienten in die Studie aufgenommen, die ≥ 1 der folgenden Komplikationen aufwiesen: Subperiostalen Mastoid Abszess(SA), Hirn-Abszess, Sagittal-Venen-Thrombose, Notwendigkeit einer chirurgischen Massnahme, stationäre Behandlung > 6 Tage.

Schwere AM Fälle mit vorausgehender sofortiger Antibiotika-Gabe wegen AOM wurden verglichen mit Fällen verzögerter Antibiotika-Gabe.

Bei 216 (42,1 %) von 512 erfassten AM Fällen wurde eine vorausgehende AOM diagnostiziert. 159 (73 %) erhielten bereits ambulant eine sofortige Antibiotika-Behandlung, 57 (27 %) eine verzögerte. In der sofort antibiotisch behandelten Gruppe wurde häufiger eine rezidivierende AOM diagnostiziert als bei den verzögert behandelten 29 % vs 8,7 %, $P = 0.0021$). Die Komplikationsrate lag bei 29,5 % vs 10,5 %, $P = 0.12$. Die Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe betrug 30 % vs. 10 % ($P = 0.28$). In der logistischen Regressionsanalyse hatten die sofort antibiotisch behandelten AOM Patienten mit einem Adjustment für die rezidivierenden AOM-Erkrankungen ein relatives Risiko von 3.2, bei einem CI von 1.4-7.0

Kommentar

Diese umfangreiche Studie aus Israel möchte nachweisen, dass die schweren Fälle akuter Mastoiditis nicht die Folge einer verzögerten Antibiotika-Behandlung vorausgehender AOM Erkrankungen sei. Dabei bleiben aber eine Reihe Fragen ungeklärt:

Was war prospektiv erfasst worden?

1. Bei der Mehrzahl der erfassten AM-Fälle (57,9 %) wurde keine vorausgehende AOM diagnostiziert (oder wurden diese Patienten aus anderen Gründen nicht in die Analyse einbezogen?).
2. Wie wurde die sofortige und wie die verzögerte Antibiotika-Behandlung der AOM definiert?
3. Wurde in allen Fällen die nationale Empfehlung (Amoxicillin 60 mg/kg/Tag eingehalten und auch tatsächlich zuverlässig gegeben?)
4. Es ist bemerkenswert, dass nur ein relativ geringer Teil der Patienten chirurgische Eingriffe erforderte. Wurden harte Diagnosekriterien angewendet?
5. Es ist schwer verständlich, warum die verzögert antibiotisch behandelten Patienten so viel weniger Komplikationen und Operationen erforderten als die sofort behandelten.

Es bleibt ein ungutes Gefühl bei der Bewertung dieser Studie. So drängt sich der Verdacht auf, dass das Ergebnis der Wunsch der Autoren war, worauf schon der Titel der Arbeit hinweisen kann. Die vielen Fragezeichen erlauben jedenfalls nicht, den Schlussfolgerungen der Autoren zu folgen, dass eine verzögerte Antibiotika-Behandlung vorausgehender AOM nicht zur Entstehung der AM beitragen. Um dies zu klären sind Studien mit härteren Kriterien erforderlich.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Verschiedene Verläufe von wählerischem Essverhalten während der Kindheit

Trajectories of Picky Eating during childhood: A General Population Study.

Cardona Cano S et al., *Int J Eat Disord*, 48 (6):570-9, September 2015

Mit dem Begriff des Picky Eating (PE) werden Auffälligkeiten bei Kindern aller Altersstufen beschrieben, die sich in einer hohen Selektivität gegenüber der Aufnahme von Nahrungsmitteln und in eingeschränkter Akzeptanz von Mahlzeiten (bezogen auf Textur, Kombination, Geschmack, Menge) zeigen, in der entschiedenen Ablehnung unvertrauter Speisen (Neophobie) sowie in vergleichsweise geringem Interesse am Essen überhaupt. Es herrscht Unklarheit in der Frage, ob es sich bei solchen Auffälligkeiten um normale, transiente Entwicklungsphänomene handelt oder um Vorläufer einer störungswertigen Symptomatik, wie sie im neuen DSM-5 als Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) beschrieben wird.

Methoden: Die Untersuchung von Cardona Cano et al. ist Teil der Generation R Study der Erasmus Universität in Rotterdam, Holland, einer prospektiven Kohortenstudie zu genetischen und Umwelteinflüssen auf die Kindesentwicklung und Gesundheit ab der Fetalzeit. 4018 Einlingskinder der Kohorte, Jungen und Mädchen zu gleichen Anteilen, wurden mit 1 ½, 3 und 6 Jahren in Hinblick auf ihr Essverhalten untersucht. In Ermanglung eines Goldstandards in der operationalisierten Erfassung von frühkindlichen Essproblemen orientierten sich die Untersucher an zwei Skalen der *Child Behaviour Checklist* (CBCL 1 ½-5 Jahre). Die Mütter wurden gefragt, ob ihr Kind „nicht gut esse“ oder „das Essen ablehne“ mit drei Antwortmöglichkeiten („trifft nie, manchmal, oft zu“). Alle Kinder, für die „manchmal“ und/oder „oft“ auf beiden Skalen zutraf, wurden als *Picky Eater* klassifiziert. Die CBCL-Scores wurden mit Fragebogenergebnissen korreliert, die mit 14 Monaten bzw. 4 Jahren zur detaillierten Erfassung des Nahrungsmittelkonsums bzw. Essverhaltens der Kinder eingesetzt worden waren. Zudem wurden mittels logistischer Regression Zusammenhänge zwischen kindlichen und familienbezogenen Faktoren und Verlaufswegen des PE ermittelt. Die Probanden ohne Auffälligkeiten beim Essen dienten als Referenzgruppe.

Ergebnisse: Picky Eating (PE) fand sich zu mindestens einem Zeitpunkt in der frühen Entwicklung bei 46 % der Kinder in der Altersgruppe von 1 ½ bis 6 Jahren mit einem Gipfel im dritten Lebensjahr. Die Punktprävalenz des PE betrug nach Angaben der Mütter 26,5 % mit

1 ½ Jahren, 27,6 % mit 3 Jahren und 13,2 % mit 6 Jahren. Über den gesamten Erhebungszeitraum definierten die Untersucher vier abgrenzbare Verlaufswege: a.) kein PE zu allen drei Zeitpunkten (55 %); b.) abnehmend (32 %); c.) später Beginn (nur mit 6 Jahren PE, 4 %) und d.) persistierend (PE zu allen drei

Zeitpunkten, 4 %). Bei zirka zwei Dritteln der im Alter von 1 ½ Jahren oder 3 Jahren identifizierten PE erwiesen sich die Auffälligkeiten beim Essen als passager und klangen im Verlauf von 3 Jahren ab.

Die Kinder der kleinen Untergruppe, die persistierend vom Kleinkind- bis ins Schulalter mit PE imponierten, waren häufiger männlich, hatten ein geringeres Geburtsgewicht, einen geringeren Sozialstatus und häufiger eine Mutter mit Migrationshintergrund als die bezüglich des Essverhaltens unauffälligen Kinder. Bei denjenigen Kindern, deren PE sich im Entwicklungsverlauf zurückbildete, ließen sich hingegen keine entsprechenden Prädiktoren eruieren. Dieses Ergebnis stützt die Hypothese, dass es sich beim PE um ein Phänomen im Normbereich der Entwicklung handelt, das nicht mit sonstigen bekannten Risikofaktoren für die Entwicklung assoziiert ist.

Kommentar

Diese Untersuchung der holländischen Kollegen ist eine von wenigen populationsbasierten Studien zur Thematik. Sie belegt, dass das selektive Essverhalten oder Picky Eating die frühe Kindheitsentwicklung oft begleitet und in den meisten Fällen spontan remittiert. Geschmacksbezogene Vorlieben und Abneigungen sind genetisch präformiert und haben potentiell eine Schutzfunktion. Die Genese des Phänomens der Neophobie z. B. lässt sich hypothetisch evolutionsbiologisch begründen: Während der Säugling zunächst noch wenig wählerisch isst und alles Greifbare in den Mund steckt, lehnt das Kleinkind mit fortschreitender Lokomotion die Aufnahme unvertrauter Speisen häufiger ab und verringert somit seine Gefährdung durch die Ingestion giftiger oder unbedenklicher Nahrungsbestandteile, solange sein kognitives Verständnis für Ungenießbares noch unentwickelt ist.

Jeder Kinder- und Jugendarzt kann aus seiner klinischen Erfahrung bestätigen, dass sich selektives Essverhalten meist auswächst. Diese Sicht kontrastiert mit der oft hohen Besorgnis vieler Eltern von „schlechten Essern“, die um das Gedeihen, die Nährstoffversorgung und die generelle Entwicklung ihres Kindes bangen, z. T. schon dessen Schulerfolg gefährdet sehen und die Frage stellen, ob sich hier eine spätere Magersucht oder – bei aktiv verweigerndem Kind - Bulimie ankündigt.

Lassen sich die Sorgen nicht beschwichtigen und tragen Eltern durch bedrängendes Verhalten am Esstisch ihrerseits dazu bei, dass das Kind die Mahlzeiten als Zwang und Kampf erlebt, wird aus einem passageren PE nicht selten eine manifeste Fütter- oder Essstörung mit entsprechendem Interventionsbedarf. Nahrungsmittelselektivität und erhöhte sensorische Empfindlichkeit gegenüber Geschmäckern, Gerüchen oder Texturen sind u. U. auch als Frühsymptome von Autismusspektrum- und anderen syndromalen Störungen in Betracht zu ziehen. Persistieren Nahrungsselektivität und PE bis ins Schulalter, sind sie häufig unspezifisch vergesellschaftet mit anderen emotionalen Auffälligkeiten und sollten in der Regel kinderpsychiatrisch abgeklärt werden. Einzelne Studien beschreiben PE als Risikofaktor für die Entwicklung einer Anorexia nervosa in der Adoleszenz, die diesbezügliche Datenlage ist jedoch widersprüchlich und lässt noch viele Fragen offen.

(Carola Bindt, Hamburg)

Praxisteams erfolgreich führen – Konflikte frühzeitig erkennen und abwenden

Wo Menschen zusammen arbeiten, läuft es nicht immer rund, denn jeder gibt zwar sein Bestes, aber niemand ist perfekt und jeder hat seine eigenen Vorstellungen von „richtig“ und „falsch“. Deshalb sind Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten im täglichen Praxisablauf normal. Werden sie souverän angesprochen und behoben, kann sich die Praxis weiterentwickeln und ihre Leistungskraft steigern. Aber wie führt man als Chef oder Chefin ein solches Konfliktgespräch? Darüber sprach mit unserer Zeitschrift Kommunikationscoach Dietmar Karweina.



Karikatur: © Christine Ball

Manchmal herrscht im Praxisteam schlechte Stimmung, aber alle wursteln sich weiter durch den Alltag? Wann ist es Zeit für ein klärendes Gespräch?

So früh wie möglich. Am besten noch, bevor überhaupt manifeste Konflikte auftauchen. Die beste Form des Konfliktmanagements ist die gezielte Vorbeugung, denn jeder Konflikt bedeutet Schaden in Bezug auf Leistungsfähigkeit und -bereitschaft des gesamten Teams. Das hat wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsatmosphäre und insgesamt auf den wirtschaftlichen Erfolg einer Arztpraxis. Deshalb hat die Konfliktvorbeugung menschlich und finanziell gesehen die größte Bedeutung.

Woran kann ich denn als Chef oder Chefin merken, dass sich Konflikte im Team zusammenbrauen?

Die Vorboten von Konflikten sind Interessenlosigkeit und kommunikative Verweigerung. Auslöser dieser Vorboten ist fast immer, dass zu wenig Zeit und kein angemessener Rahmen gegeben sind, um Probleme in Ruhe zu besprechen, gute Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. Eine zentrale Bedeutung dafür hat die Teambesprechung. Hier sollte das besprochen werden, was die Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit spürbar beeinträchtigt. Das Motto muss heißen: „**Störungen haben**

Vorrang!“ Denn die nicht ausgesprochene Störung breitet sich aus und mündet in Interessenlosigkeit und Verweigerung. Und diese wirken wie ein Virus: ansteckend. Am Ende ist das ganze Team „infiziert“. Eine gut vorbereitete Teambesprechung ist also ein wichtiger Beitrag zur Konfliktvorbeugung.

Und wie bereite ich solche Gespräche konkret vor?

Folgende Struktur hat sich bewährt:

- Dauer: 45 bis maximal 60 Minuten.
- Ein fester, wiederkehrender Zeitpunkt.
- Vorbereitung: Eine Agenda wird eine Woche vorher bekannt gegeben, damit alle wissen, was im Einzelnen besprochen wird.
- Gesprächsführung: Die Praxismanagerin moderiert – das unterstreicht die Bedeutung ihrer Position in der Praxis.
- Nachbereitung: Das Besprechungsprotokoll und der Maßnahmenplan – wichtig für die verbindliche Umsetzung der besprochenen Punkte.

Und wie und wann spricht man im Praxisalltag an, wenn ein Verhalten oder eine Arbeitsleistung einer einzelnen Mitarbeiterin nicht in Ordnung ist?

Hier die wichtigsten Punkte für ein souveränes Kritikgespräch:

- Die Situation, bzw. das Thema sollte sehr konkret sein.
- Bringen Sie die Kritik zeitnah an, d.h. möglichst am selben Tag.

- Besprechen Sie das kritische Thema immer unter vier Augen.
- Achten Sie dabei auf einen konstruktiven Modus.
- Fünf Minuten – mehr nicht! Wenn das im ersten Schritt nicht reicht, braucht das Thema ein Mitarbeitergespräch

Für einen konstruktiven Gesprächsmodus ist es wichtig, dass Sie „Ich-Botschaften“ statt „Du-Botschaften“ formulieren. Ich-Botschaften ermöglichen Lösungen, Du-Botschaften greifen an und schaffen Abwehr.

Haben Sie ein Beispiel?

Beispiel Du-Botschaft: „Immer kommen Sie zu spät zu unseren Teambesprechungen!“

Beispiel Ich-Botschaft: „Mir ist aufgefallen, dass Sie bei den letzten Teambesprechungen unpünktlich waren – was ist der Grund?“

Typische Ich-Botschaften beginnen mit:

- „Mir ist aufgefallen, dass ...!“
- „Es hat mich ärgert, dass ...!“
- „Ich wünsche mir, dass ...!“

Je nach Thema, benötigen Sie mal mehr und mal weniger Führungs-„Kraft“. Ein immer größeres Ärgernis in Arztpraxen ist z. B. die private Handynutzung im Anmeldebereich. Hier können Sie zum Beispiel so formulieren:

„Wir hatten in unserer letzten Teambesprechung vereinbart, dass keiner sein Handy im Anmeldebereich privat nutzt. Ich wünsche mir, dass das eingehalten wird!“

Wichtig ist also: Kurze, klare Sätze – keine Konjunktive, keine Erklärungen, weil diese nur Diskussionen auslösen, die kein besseres Ergebnis nach sich ziehen.

Soll man denn auch Gespräche führen, wenn es eigentlich nichts zu kritisieren gibt?

Unbedingt! Das regelmäßige Mitarbeitergespräch ist sehr wichtig:

- Es geht über eine rein sachliche Diskussion hinaus – es öffnet Raum für Persönliches.
- Es bezieht somit persönliche Bewertungen, Wünsche und Befürchtungen mit ein.

- Es ist die beste Prävention von Konflikten, weil sie bereits im Entstehen auf den Tisch kommen „dürfen“.
- Es fördert das Entstehen einer lösungsorientierten Konfliktkultur, da der Konflikt selbst seinen Schrecken verliert.

Das Mitarbeitergespräch ist ein Gespräch unter vier Augen. Es sollte ein Zeitrahmen von einer Stunde möglich gemacht werden. Es kann geführt werden, wenn persönliche Probleme in der Teambesprechung nicht gelöst werden können, wenn das Kritikgespräch keine Verbesserung ergeben hat oder auch routinemäßig einmal pro Jahr.

Dietmar Karweina arbeitet seit vielen Jahren mit dem BVKJ zusammen. Infos zu seinen Workshops unter: www.denpraxisalltagleichtermeistern.de

ReH

Kindernotfälle trainieren

Kindernotfälle sind selten und stellen eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Daher ist ein intensives und praxisorientiertes Training notwendig, um im Ernstfall richtig und leitlinienkonform zu handeln.

Üben hilft

Studien zeigen, dass nicht nur der Stresslevel sinkt und sich die Performance verbessert – auch die Überlebensrate der Kinder steigt, wenn das Team trainiert hat.

Das Ulmer Universitätsklinikum hat daher beschlossen, alle Ärzte und Pflegekräfte, die kritische kranke Kinder betreuen, über das gesetzlich geforderte Maß hinaus regelmäßig speziell für Notfallsituationen zu schulen. Dabei werden unter anderem folgende Themen

behandelt: Wie lässt sich ein bedrohlicher Zuckerwert bei einem Kind mit Diabetes erkennen? Woran erkennt man, dass Atemnot gefährlich wird? Wie ist ein Defibrillator speziell bei Kindern einzusetzen? Wie erkennt man eine mögliche Suizidgefahr?

Eine Besonderheit dieses in Süddeutschland in dieser Form einzigartigen Kurses ist, dass Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam schulen und lernen. Ungewöhnlich ist zudem die interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinderheilkunde, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Anästhesie mit dem Fokus auf die Notfallversorgung von Kindern.

Die neuen Kurse, die nun mehrmals im Jahr angeboten werden, sind von der Landesärztekammer



Foto: © Universitätsklinikum Ulm

Reanimationsübung an einem medizinischen Dummy

anerkannt und werden mit zwölf Fortbildungspunkten eingestuft.

Red.: ReH

BVKJ mit 2. Kooperationspartnertag in Berlin

Netzwerke bauen für Kinder

Kindergesundheit ist eine Aufgabe für viele Professionen: für Kinder- und Jugendärzte, aber auch für Ärzte anderer Fachrichtungen, für Therapeuten, ehrenamtliche Organisationen, Selbsthilfegruppen, Politiker und Pharmaunternehmen. Je besser sie zusammenarbeiten, desto mehr können sie dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland möglichst gesund aufwachsen und ihre individuellen Entwicklungschancen wahrnehmen können. Um die unterschiedlichen Professionen besser als bisher miteinander zu vernetzen, veranstaltete der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte bereits im vergangenen Jahr einen Kooperationspartnertag. Dieser hatte bei allen Beteiligten so großen Erfolg, dass schnell klar war, dass es auch in diesem Jahr eine Neuauflage geben würde.



„Eine wirklich gelungene Veranstaltung, zu der ich den BVKJ nur beglückwünschen kann. Diese Plattform zum gegenseitigen Kennenlernen, fachlichem Austausch im Rahmen von Workshops und Möglichkeit zum Netzwerkaufbau ist meines Wissens einzigartig in dieser Form. Die Diskussion mit den unterschiedlichsten Berufsgruppen, Verbandsvertretern und Geschäftspartnern ist sehr bereichernd gewesen und hat mir neue Perspektiven der Zusammenarbeit eröffnet. Dafür ganz herzlichen Dank!“

Dietlinde Schrey-Dern, Präsidentin,
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Am 3. Juni war es also wieder soweit. Der Präsident des BVKJ, Dr. Thomas Fischbach, eröffnete den 2. Kooperationspartnertag in Berlin. 39 Partner – unter anderem die pädiatrischen Schwestergesellschaften des BVKJ, die KBV, die BÄK, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Marburger Bund und die Vereinigung der Medizinstudie-

renden Deutschlands - hatten sich dazu im Hotel Ramada eingefunden, präsentierten ihre Arbeitsfelder und loteten in ungezwungener Atmosphäre mögliche Kooperationen aus.

„Ganz besonders gefreut hat uns in diesem Jahr die Teilnahme vieler neuer Partner, denn wir wollen auf allen Ebenen die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller mit dem

Kindeswohl befassten Professionen verstärken, um weiterhin gemeinsam die bestmögliche gesundheitliche Versorgung aller Kinder in Deutschland zu gewährleisten,“ so BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum.

Mit dem Kooperationspartnertag ist dieses Ziel nun wieder ein großes Stück näher gerückt. Angelegt wurde der Kooperationspart-

„Vielen Dank für diese tolle Veranstaltung. Das Konzept, Netzwerken mal ganz in den Vordergrund zu stellen, war für die Teilnehmer lohnend. Man hat selten die Gelegenheit, innerhalb so kurzer Zeit so viele interessante Gesprächspartner zu treffen. Und durch die Workshops kamen auch die gemeinsamen politischen Anliegen nicht zu kurz.“

Margit Golfels, Politologin M.A.
Leiterin Koordinierungsstelle Berlin
Kindernetzwerk e.V.

Vielen Dank für die Einladung zum Kooperationspartnertag des BVKJ – eine inhaltlich und organisatorisch rundum gelungene Veranstaltung! Die Workshops und die Gespräche mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren sehr konstruktiv und bereichernd. An unserem Stand erhielten wir zudem viele interessierte und positive Rückmeldungen zu den Materialien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, beispielsweise zum „Pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf“.

Gisela Hartmann-Kötting, Wissenschaftliche Referentin Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

nergtag als interdisziplinäres Forum mit dem Schwerpunkt auf sozialpädiatrischen Themen. Workshops behandelten die Themen „Kinderschutz“, „Flüchtlinge“ und „Medienkompetenz“. Im Mittelpunkt der Veranstaltung, zu der sich über 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet hatten, darunter die

Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, stand jedoch der informelle Austausch der Ärzte, Gesundheitspolitiker und Industrievertreter. Das Fazit des zweiten Kooperationspartnertags zogen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer: **Rund um gelungen.**

Regine Hauch

„Der Kooperationspartnertag war für mich wieder ein echter Erfolg. Er ist eine wunderbare Gelegenheit, mit interessanten Menschen ins Gespräch zu kommen, Kontakte zu knüpfen, sich wieder zu sehen oder erstmals persönlich kennen zu lernen. Auch der inhaltliche Workshop war sehr anregend und wurde durch die Beiträge der unterschiedlichen Teilnehmer bereichert. Danke für die Einladung!“

Beate Schwittay
Geschäftsführerin der Bundesvereinigung
Stottern & Selbsthilfe e.V.

„Für uns, die Osnabrücker Beratungsstelle für Umweltmedizin (Kinderumwelt gGmbH) war der Kooperationspartnertag des BVKJ eine große Bereicherung. Wir konnten zwanglos mit den unterschiedlichsten Partnern dieses großen Netzwerks zum Wohle des Kindes zusammenkommen und Ideen austauschen. Ganz besonders gelungen ist dies im 3. Workshop, der von Dr. Büsching gestaltet wurde. Im nächsten Jahr sind wir wieder dabei.“

Dr. Matthias Otto
Kinderumwelt, Osnabrück

„Wir haben es als MOGiS e.V. sehr begrüßt, an diesem Tage Kontakte mit Kooperationspartnern zu intensivieren als auch die Möglichkeit zunutzen, weitere Organisationen kennenzulernen und diesen wiederum unsere Arbeit vorzustellen. Vielen Dank an den BVKJ, mit durchdachter Organisation und Durchführung sowie herzlicher Atmosphäre dafür ideale Bedingungen geschaffen zu haben.“

Victor Schiering, Mogis e.V.

Trotz steigender Transplantationsbereitschaft: Kein Herz für Kinder

Die Organspendebereitschaft in Deutschland ist laut Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO) im Bereich „Herz“ im Vergleich zum Vorjahr ungefähr auf gleichem Niveau geblieben. Den vielen Kindern in Deutschland, die auf ein neues Herz warten, nützt das aber nichts. Denn die meisten der knappen Spenderherzen kommen von Erwachsenen und gehen an Erwachsene. Der Bundesverband Herzkrankte Kinder (BVHK) forderte daher anlässlich des Tages der Organspende am 04.06.2016, dass sich Kliniken verstärkt für Organspenden einsetzen, insbesondere für Kinder und Jugendliche.

„Derzeit sterben viele Kinder und Jugendliche, während sie auf ein neues Herz warten. Das liegt nicht nur an dem Mangel an Spenderherzen für Kinder,“ so Hermine Nock vom Bundesverband Herzkrankte Kinder (BVHK), „Kliniken setzen sich auch nicht genug für Or-



ganspenden ein. In den Krankenhäusern fehlen vor allem geschulte Transplantationsbeauftragte, die mögliche Organspender identifizieren und das sensible Gespräch mit den Angehörigen potentieller Spender kompetent und ohne Zeitdruck führen.“

Derzeit werden in den meisten Kliniken schwerstkranke Patienten oder Unfallopfer auf vollbelegten Intensivstationen versorgt. Nach einem Hirntod überbringen die Ärzte den Angehörigen die Todesnachricht gleichzeitig mit der Frage nach einer Organspende. Das ist für die Familien – erst recht, wenn

es um ein Kind geht – traumatisch und die wenigsten können sich in einer solchen Situation zu einer Organspende durchringen. Nock: „Wir brauchen daher standardisierte klinikinterne Prozesse, um frühzeitig mit den Angehörigen potentieller Spender behutsame und ergebnisoffene Gespräche zu führen. Denn eine Organspende ist ein Geschenk, ein Akt der Nächstenliebe. Niemand darf dazu genötigt werden. Andererseits darf aber etwas so kostbares wie ein Spenderorgan nicht wegen mangelnder Strukturen „verschenkt“ werden.“

Info:

In Deutschland kommt jedes 100. Kind mit einem angeborenen Herzfehler zur Welt.

Angeborene Herzfehler gehören daher zu den häufigsten Behinderungen

www.bvhk.de und www.herzklick.de

Red.: ReH

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).



Varianten der Geschlechtsentwicklung – die Vielfalt der Natur von Dr. Jörg Woweries et al., KiJuA 2016, Heft 5, S. 318 ff.

Ich begrüße den guten Artikel „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ im „Kinder- und Jugendarzt“ Nr. 5-2016.

Zur Einwilligung der betroffenen Kinder und ›Informed Consent‹ möchte ich als Biologe, der bundesweit sowie international zum Thema arbeitet, ein paar wichtige Anmerkungen machen.

Gegenüber dem ›Informed Consent‹ nach amerikanischem Vorbild fällt die deutsche ›Patientenaufklärung‹ in der Praxis ungleich schwächer aus, was die tatsächliche umfassende Selbstbestimmung betrifft. Beim Informed Consent werden mehr Informationen verlangt als in Deutschland üblich sind: persönliche Entscheidung für eine gegebene Möglichkeit nach Erklärung anderer Verfahren, Vorteilsabwägung der bevorzugten Methode gegenüber anderen Methoden, Risikoabwägung gegenüber mehreren Methoden einschließlich des Nichtstuns! Erfolgsbeurteilung aller Methoden, Information über Kosten und Rekonvaleszenzdauer, Zweitsitzung. Die Dokumentation der ›präoperativen Beratung‹ muss (hand)schriftlich erfolgen. Dazu zählen auch diagnostische Verfahren wie laparoskopische Untersuchungen von

im Bauchraum liegenden Keimdrüsen. Dem Anerkennungsgrad des geplanten Verfahrens kommt dabei wesentliche Bedeutung zu. Neben der Indikation und damit verbundener Dringlichkeit der Behandlung spielen auch Häufigkeit und Schwere der eingriffsspezifischen Risiken eine Rolle. Hier ist zu beachten, dass bei angeborenen Variationen der körpergeschlechtlichen Entwicklung in der Regel weder von einem eigentlichen Heilerfolg (der zum Beispiel genetisch bedingten Variation) noch von einem medizinischen Notfall ausgegangen werden kann. Zumeist ist von einer elektiven Indikation auszugehen. Die hierzulande verwendeten standardisierten Aufklärungsbögen sind keine umfassende schriftliche Dokumentation im Sinne des ›Informed Consent‹.

Aufteilungen in geschlechtszuordnende oder geschlechtsverein deutigende Maßnahmen – wie sie der Deutsche Ethikrat im Jahr 2012 empfahl – sind weder aus ethischer noch aus rechtlicher Sicht vertretbar. Weiterhin können bei elektiver Indikation ausnahmslos alle Minderjährigen mitwirken und zwischen dem 14. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr allein rechtswirksame Entscheidungen treffen, wenn von Einsichts- und sachgemäßer Urteilsfähigkeit ausgegangen werden kann.

Simon Zobel, CEng Biologe
Eisenacher Str. 80, 10823 Berlin
Tel.: 0173/799 32 49

Sexuelle Vielfalt und damit auch das Thema Intersexualität war eines der großen Themen der letzten Jahre und fand damit Niederschlag in vielen Publikationen, Fachtagungen, Beratungsleitfäden und in

den unterschiedlichen Arbeits- und Beratungsschwerpunkten der pro familia. Pro familia setzt sich für die Rechte intersexueller Menschen ein und fordert, dass mit Operationen und medikamentösen Behandlungen

gen, die nicht medizinisch begründet sind, bis zur Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Personen gewartet wird.

In diese Diskussion reiht sich nun für uns der so wunderbar unaufgeregte und interdisziplinär besetzte Artikel der drei Autor_innen ein:

Unter der Überschrift „Varianten der Geschlechtentwicklung: die Vielfalt der Natur“, machen die Auto_Innen Mut, die Zwischengeschlechtlichkeit nicht als angenommene medizinisch definierte ‚körperliche‘ Störung zu begreifen, sondern sie als Komplexität der

Natur zu erfassen und damit einer vorschnellen Pathologisierung entgegenzuwirken.

Er macht Eltern Mut und fordert geradezu dazu auf, nach der Diagnose in Ruhe im Rahmen umfassender Betreuung und Beratung einen auf körperliche Selbstbestimmung und Integrität des Kindes beruhenden Weg einzuschlagen und es den Kindern im späteren Lebensalter (12-14 J.) nach umfassender Aufklärung und Beratung selbst zu überlassen, ob und wann sie einer Operation zustimmen, also geschlechtsbestimmende, ge-

schlechtszuweisende medizinische Eingriffe bis zur Einwilligungsfähigkeit des betroffenen intersexuellen Kindes aufzuschieben.

Er fordert eine angemessene, wertschätzende Beratung für alle Betroffenen und langen Atem.

Gut so!

Birgit Schoppmeier-Krügener
Leiterin der *pro familia*
Recklinghausen

Rita Kühn (GF)
pro familia NRW

Red.: WH

Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut)

StillLeben e.V. (<http://www.selektiver-mutismus.de/stilleben-e-v/>) fördert als gemeinnütziger Verein die **Früherkennung von selektivem Mutismus** (Informationen für Ärztinnen und Ärzte unter: <http://www.selektiver-mutismus.de/informationen/fu-r-aerzt-innen/>).

Dieser stillen, unhörbaren, jedoch keineswegs überhörbaren Besonderheit von Menschen sollte frühzeitig Augenmerk geschenkt werden. Es geht dem Verein

vor allem um eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit sowie um die Verknüpfung von Institutionen, die mit selektiv mutistischen Kindern arbeiten.

Der Deutsche Mutismus Test kann sowohl als Grundlage des interdisziplinären Austauschs als auch als Verlaufs- oder Erfolgskontrolle von Interventionen benutzt werden und ebenfalls bei der Beratung der Bezugspersonen hilfreich sein.

Der Test ist für Eltern, Erzieher, Therapeuten, Ärzte und anderen mit schweigenden Kindern in Kontakt stehenden Kindern und Jugendlichen konzipiert, um eine erste unverbindliche Einschätzung über das Kind oder den Jugendlichen zu bekommen.

Link zum Test: <http://www.selektiver-mutismus.de/deutscher-mutismus-test/>

Red.: WH

Sport auf Sendung – Was Kinder gucken

Vor den beiden sportlichen Großereignissen Fußball-EM und Olympische Sommerspiele hat FLIMMO in einer seiner regelmäßigen Kinderbefragungen 6- bis 13-Jährige zum Thema „Sport und Medienkonsum“ interviewt. Dabei zeigt sich: Die Sportbegeisterung der befragten Kindern ist groß – egal ob sie ihn real betreiben oder in den Medien verfolgen.

Wichtig für Kinder: das Gemeinschaftserlebnis

Die soziale Interaktion, das Mitredenkönnen und das emotionale Mitfiebern machen dabei für die Mädchen und Jungen den Reiz aus. Fußball-Events werden von ihnen mit Abstand am liebsten gesehen.

Auch Kinder, die sonst wenig Interesse an Sport in den Medien zeigen, sind bei Spielen der Fußball-WM oder -EM voll dabei. Besonders wichtig ist den Befragten bei solchen Großereignissen das Gemeinschaftserlebnis.

Sportleridole: der Charakter zählt

Zwei Drittel der befragten Mädchen und Jungen gaben an, dass es eine Sportlerin oder einen Sportler gibt, die oder den sie besonders mögen. Bei ihren Idolen achten die Kinder nicht nur auf die sportlichen Fähigkeiten, sondern auch auf die charakterlichen Eigenschaften.

Sport im Fernsehen oder in anderen Medien ist Kindern auch als

Über FLIMMO

Der FLIMMO ist ein Projekt des Vereins Programmberatung für Eltern e.V. und bietet Eltern und Erziehenden konkrete Orientierungshilfe bei der Fernseherziehung ihrer Kinder.

Motivationshilfe, Informationsquelle und Anregung für die eigenen sportlichen Aktivitäten wichtig.

Info: Welche Sendungen und Sportarten sich die Kinder gerne ansehen, wie relevant Großereignisse wie die Fußball-EM für sie sind und weitere Ergebnisse liefert der ausführliche Bericht zur Kinderbefragung. Online abrufbar unter www.flimmo.tv/kinderbefragung.

Red.: ReH

Kommentar zum aktuellen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung



Foto: © onetouchpunch - Fotolia.com

Einer liest, drei daddeln

Mit schöner Regelmäßigkeit gibt die Bundesregierung ihre Drogen- und Suchtberichte heraus. Damit rückt auch das Thema jedes Mal in den Fokus der Berichterstattung, der Missbrauch illegaler Drogen, aber auch von Alkohol und Nikotin und die Unmöglichkeit, ihn mit den Mitteln des Rechtsstaates einzudämmen, werden beklagt, die skrupellosen Drogenproduzenten und Dealer werden an den medialen Pranger gestellt. In der Öffentlichkeit entsteht dadurch der Eindruck, dass Sucht allein etwas mit dem Konsum von Substanzen zu tun hat. Eher stiefmütterlich behandelt wurde bisher das Thema der Internet- und Computerspielsucht, im diesjährigen Drogenbericht wird es nun endlich als besonders relevant hervorgehoben. 560.000 Menschen in Deutschland sind onlinesüchtig, steht in dem Bericht. Von den Medien wurde diese Zahl zwar teilweise aufgegriffen. Der Aufschrei blieb jedoch aus.

Das weitgehende Schweigen beim Thema „Online-Sucht“ überrascht nicht: welcher Journalist verfügt schon über das Wissen, dessen es bedarf, um sich mit Spieleprodu-

zenten für Spielhallen oder Internet oder gar mit Mediengiganten anzulegen. Zumal diese über eine gut geölte Lobby-Maschine verfügen, die ihre „Sachverständigen“ auf jedes Podium, in jede Anhörung zum Thema schicken. Welche Redaktion will es sich auch mit finanzkräftigen Werbekunden verscherzen?

Dabei ist das Elend, das Spiel- und Mediensucht folgt, nicht weniger grausam als die Folgen des Substanzmissbrauchs. Doch während Alkohol bei Jugendlichen unter 16 Jahren in unserem Land verboten ist, dürfen Erzieherinnen in Kitas ungehindert Medientage planen, damit die Kids endlich lernen, mit Medien umzugehen. Wie würden Eltern und Kommunen reagieren, wenn Kitas einen Rotweintag planen, damit die Kids endlich lernen, mit der Droge umzugehen. Spielsucht ist schon mehr als 20 Jahre ein Thema, viel können wir von der fags (Fachverband Glücksspielsucht) lernen, wenn wir uns um Mediensucht kümmern wollen. In dem Jahresbericht zu Drogen und Sucht der Bundesregierung wird viel Papier bedruckt, auch wenn die beiden letzten beiden Veranstaltungen der fags in unmittelbarer Nähe des BMG stattfanden, Mitarbeiter/Innen der Drogenbeauftragten wurden schmerzlich vermisst!

Die Geschichte des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland (kurz Glücksspielstaatsvertrag oder *GlüStV*) (bundes einheitliche Rahmenbedingungen für die Veranstaltung von Glücksspielen) liest sich wie eine Posse. Spielhallen kümmern sich weder um Jugendliche noch um Spielsüchtige. Kontrollen: Fehlanzeige. Inzwischen weiten die Anbieter von Glücksspielen ihre Aktivitäten mehr und mehr ins Internet aus. Das allmähliche Verschwinden der Spielhallen aus den Hauptstraßen unserer Städte sollte daher niemanden beruhigen. Der Feind ist nicht tot, er hat lediglich das Schlachtfeld gewechselt.

Durch das WWW hat jeder seine eigene Spielhalle zum Mitnehmen.

Und wer kontrolliert und schützt die Minderjährigen? Die Eltern sind es jedenfalls nicht. Das hat die DAK-Studie (telefonische Befragung von Eltern), die auch im Drogenbericht erwähnt wird, gezeigt. Nur 29 Prozent der Eltern haben Regeln zur örtlichen Nutzung (Regeln ohne Smartphone) des Internets, nur 42 Prozent halten diese ein. Mit anderen Worten: Fast 88 Prozent aller Jugendlichen können Tag und Nacht auf ihren Smartphones daddeln, ohne dass ihre Eltern dies in irgendeiner Weise limitieren!

Weil sie vielleicht auch nicht wissen, welchem Einfluss sie da ihre Kindern überlassen? Die negativen Auswirkungen von digitalen Medien werden ungern dargestellt. Acht Jahre nach Einführung von Smartphones ist zudem auch nur wenig über die Gefahren digitaler Medien wissenschaftlich gesichert. Die deutsche Industrie, die vom BVKJ gefragt wurde, hat Forschungen zu negativen Auswirkungen abgelehnt. War es Angst vor den Mediengiganten?

Ein Jahr haben wir mit dem BMG diskutiert und letztlich überzeugt! Marlen Mortler, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, und ihr Team haben sich entschieden, eine Studie zur Auswirkung von digitalen Medien auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu finanzieren. Dafür sind wir sehr dankbar!

Info: Hier geht es zum Drogenbericht von Marlen Mortler und ihren Mitarbeitern: <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemittellungen/2016-02/dsb-2016.html>

Uwe Büsching
33611 Bielefeld
E-Mail: ubbbs@gmx.de
Der Autor ist Sprecher des Ausschusses Jugendmedizin im BVKJ

Red.: ReH

$$83 - 79 =$$



„Ich glaube, das ergibt 16!?“ – Aufgaben wie diese im Kopf zu lösen sind für rechenschwache Kinder eine Tortur.

Rechenschwäche/Dyskalkulie

Wenn der Einstieg in die Welt der Zahlen bei Kindern im Grundschulalter nicht klappen will

U10 / U11-Vorsorgeuntersuchungen – Symptomfragebogen bei Hinweis auf eine Rechenproblematik

„Mein Kind tut sich mit dem Rechnen furchtbar schwer. Hat es vielleicht eine Rechenschwäche?“ Mit dieser und ähnlichen Fragen sind Kinder- und Jugendärzte häufig in der täglichen Praxis befasst. Mit der Einführung der Vorsorgeuntersuchung U10 für sieben- bis achtjährige bzw. der U11 für neun- bis zehnjährige Kinder gehört diese Fragestellung seit einiger Zeit nun auch offiziell in den Fragenkanon von Kinder- und Jugendärzten.

Rund fünf Prozent aller Grundschul Kinder gelten nach neuesten Studien als massiv rechenschwach.

Sie sind trotz schulischer Fördermaßnahmen und zeitaufwendigem Üben nicht in der Lage einfache mathematische Kenntnisse vorzuhalten. Das führt bei vielen Kindern nicht nur zu Problemen beim Rechnen in der Schule, sondern auch zu psychosomatischen Beschwerden.

Die Einschulung ist ein wichtiger Meilenstein im Leben eines Kindes und eine große Herausforderung. Nicht allen Kindern gelingt der Schulstart. Vor allem dann nicht, wenn der Einstieg in die Welt der Zahlen nicht klappen will. Rechenschwache Kinder weisen große Probleme im mathematischen Grundlagenbereich auf, wie beim Mengenverständnis, dem Zahlbegriff, den Grundrechenarten wie plus und minus und in der Folge daraus

beim Verständnis des dezimalen Stellenwertsystems. Ein frühzeitiges Erkennen von elementaren Leistungsschwierigkeiten beim Rechnen und eine gezielte Förderung sind wesentlich, um rechtzeitig der Rechen-Problematik und deren Auswirkungen zu begegnen.

Bei der U10 stehen mögliche schulische Leistungsschwächen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen und AD(H)S im Focus der Untersuchung. Kinder- und Jugendärzte schauen, ob eine Lese- und Rechtschreibschwäche oder eine Rechenschwäche vorliegen könnte, um große Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben und Auffälligkeiten beim Rechnen im Ansatz zu erkennen und weitere Schritte einzuleiten.



Hans-Joachim Lukow



Nehmen die mathematischen Schwierigkeiten zu, folgen häufig psychosomatische Probleme.

Sollte eine Teilleistungsschwäche nicht frühzeitig erkannt werden, dann könnten als Folge daraus Ängste und andere psychosomatische Auffälligkeiten beim Kind auftreten. Schulleistungsprobleme führen häufig zu Beschwerden wie Bauchschmerzen, Schlaflosigkeit oder Übelkeit, aber auch zu Symptomen wie Nägelkauen und Zurückgezogenheit. Deshalb ist es wichtig, dass diese belastenden Symptome und die Auffälligkeiten im Sinne einer Rechenproblematik von den Eltern festgehalten und mit der behandelnden pädiatrischen Praxis besprochen werden.

„Auch wenn die Dyskalkulie als sogenannte Teilleistungsstörung nicht als Krankheit gewertet wird, verhindert eine nicht diagnostizierte schwere Rechenstörung oftmals eine gesunde kindliche Entwicklung auf allen Ebenen bis ins Erwachsenenalter hinein. Solche verpassten Lebenschancen machen Körper und Seele krank. Die U10 und U11 bieten dem Kinder- und Jugendarzt durch gezielte Befragung die Möglichkeit, Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer Dyskalkulie zu finden und eine weitergehende Diagnostik durchzuführen bzw. zu veranlassen“, erklärt Dr. Thomas Fischbach, Präsident des BVKJ.

Was ist Rechenschwäche?

Rechenschwache Kinder haben keine oder nicht ausreichende Vorstellungen von Mengen und Anzahlen entwickelt und bleiben dadurch lange beim Abzählen haften, während andere Kinder schon kleine Aufgaben wie $[6 + 3 =]$ oder $[8 - 7 =]$ automatisiert zur Lösung bringen. Wenn abgezählt wird, geschieht dies in der Regel mit Hilfe der Finger. Reichen diese nicht aus, stellen sie sich häufig „Luftfinger“ vor. Solange Kinder Rechenaufgaben zählend lösen, egal ob offen oder heimlich, ist kein Grundgerüst für das Erlernen von „Plus und Minus“ gelegt.

„Selbst der in der Schule angebotene Förderunterricht bringt oft nicht die erwarteten Fortschritte. Ein Kind, das im Mathematikunterricht ständig ein mangelhaft oder ungenügend schreibt, reagiert zunehmend mit Unlust und Missmut. Verständlich ist, wenn das Kind versucht alles zu vermeiden, was mit dem unliebsamen Rechnen zu tun hat. Psychosomatische Probleme können die Folge sein und sich verfestigen“, sagt Alexander von Schwerin, Leiter des Mathematischen Instituts zur Behandlung der Rechenschwäche in München und Autor von verschiedenen Publikationen.

Ursachen einer Rechenschwäche

Die Gründe können vielfältig sein, wie beispielsweise eine allgemeine Entwicklungsverzögerung, eine unangemessene Beschulung durch zu heterogene und zu volle Klassen. Bei einer Anhäufung von Auffälligkeiten beim Kind geht es darum, mit einer förderdiagnostischen Untersuchung festzustellen, ob die Vorläuferfertigkeiten für das Rechnen entwickelt sind, wie der mathematische Lernstand des Kindes aussieht bzw. was hat der junge Schüler nicht und was hat er falsch abgebildet? Anschließend sind die festgestellten Defizite Schritt für Schritt aufzuarbeiten. Es gibt keinen Nachteilsausgleich dafür, der später einen jungen Erwachsenen davor schützt, wenn er sein Wechselgeld nicht kontrollieren kann.

In kleinen Lernschritten die mathematischen Grundlagen erarbeiten

Eine integrative Lerntherapie setzt bei den Problemen des jeweiligen Kindes an. Integrative Dyskalkulie-Therapie bedeutet, die mathematischen Fehlurteile in dem Spannungsbogen „Schule – Elternhaus – verzweifertes Kind“ aufzulösen und so weitere Lernschritte und Lernerfolge für das Kind möglich zu machen. Dabei werden die Problematiken des Kindes ganz offensiv ins Blickfeld gerückt. Hier gilt es zunächst kleinschrittig die Grundlagen beim Zahlaufbau der Zahlen bis 10 zu erschließen. Ganz wichtig ist es, dem Kind bzw. dem Jugendlichen wieder die Lust an Schule zu vermitteln, damit die belastenden Faktoren reduziert werden und sich ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln kann.

Vorsorge für sieben- bis achtjährige U10 und neun- bis zehnjährige Kinder U11

Die U10 und U11 schließen die Lücke zwischen der U9 für Fünfjährige und der J1 für Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren. Seit

geraumer Zeit werden die U10 (7. bis 8. Lebensjahr) und U11 (9. bis 10. Lebensjahr) ab dem Schulalter als erste Vorsorgeuntersuchungen von einer großen Zahl an Krankenkassen finanziert. Anhand eines Fragebogens erhält der Arzt wichtige Informationen von den Eltern und kann damit gezielt auf mögliche Probleme des Kindes eingehen. In diesem Zusammenhang prüft die pädiatrische Praxis auch das Vorliegen möglicher Teilleistungsstörungen, wie der Lese-Rechtschreibschwäche, der Rechenschwäche oder anderer körperlicher Entwicklungsstörungen. Diese Vorsorgeuntersuchungen sind freiwillig.

Neu: Symptomfragebogen bei Hinweis auf eine Rechenproblematik für Kinder- und Jugend- arztpraxen

Der Arbeitskreis des Zentrums für angewandte Lernforschung gemeinnützige GmbH hat in Zusammenarbeit mit dem Mathematischen Institut zur Behandlung der Rechenschwäche in München einen Symptomfragebogen – bei Hinweisen auf eine Rechenproblematik beim Kind – entwickelt. Die in dem Fragebogen aufgeführten Symptome stellen eine Auswahl von Auffälligkeiten dar, die aufgrund von langjährigen Erfahrungen mit rechenschwachen Kindern und Jugendlichen häufig zu beobachten sind. Dieser Symptomfragebogen ist weder ein standardisiertes Diagnostikum, noch ersetzt er eine förderdiagnostische Untersuchung, welche Auskunft über die spezifischen Denkweisen und Lösungsstrategien des Kindes ermöglicht. Er ist ebenfalls nicht dazu geeignet, eine allgemeine Lernschwäche anzunehmen oder auszuschließen. Der Fragebogen ist vielmehr eine Zusammenstellung von typischen Symptomen und Merkmalen elementarer Lernschwierigkeiten im Grundlagenbereich der Mathematik. Die aufgeführten Fragen und Aufgabestellungen sollen dabei helfen, Hinweise auf eine „Rechenschwäche“ auch als solche zu erkennen.

Eine Entscheidung, ob Eltern den gesamten Bogen mit insgesamt 40 Fragen aus den Bereichen – mathematischer Bereich, Lernverhalten, sowie Alltagsverhalten und psychosomatische Auffälligkeiten – ausfüllen sollten, kann häufig schon nach dem Beantworten der ersten fünf mathematischen Items gefällt werden. Wenn ein Kind in der 2. Klasse noch weitgehend auf zählende Verfahren angewiesen ist, sollte genauer geschaut werden. Die Rückgabe des ausgefüllten Bogens erfolgt an die behandelnde pädiatrische Praxis, die Weiteres auf dieser Grundlage mit den Eltern besprechen kann.

Wie kommt der Symptomfragebogen in die Praxen von Kinder- und Jugendärzten?

1. Als Kopiervorlage bzw. als fertig gedruckte und geheftete Exemplare gegen Gebühr über: www.os-rechenschwaecheshop.de
2. Beim Store des BVKJ: www.bvkj-shop.de/infomaterial/bro-

[schueren.html](http://www.os-rechenschwaecheshop.de) oder bei den beteiligten Einrichtungen

3. Als PDF-Datei unentgeltlich für die „papierlose Praxis“ unter fragebogen@arbeitskreislernforschung.de

Warum ein Symptomfragebogen?

Die auf das Mathematik-Lernen spezialisierten Einrichtungen aus Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Bayern engagieren sich für die Lösung der mathematischen Probleme von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit anhaltenden Lernschwierigkeiten im Grundlagenbereich der Mathematik. Der Arbeitskreis Lernforschung hat aus diesem Grunde diesen Symptomfragebogen für eine effiziente Vor-Diagnostik entwickelt.

Ein erster Schritt, dem Kind aus seinen Rechen-Problemen herauszuhelfen, bedeutet zu ermitteln, welche Defizite im Grundlagenbereich der Zahlen, Stellenwerte



Nicht allen Kindern in der Kita fallen Zahlen-Spiele leicht.

und Rechenoperationen vorhanden sind. Es soll mit den umfangreichen Items ein Augenmerk auf folgende Fragestellungen gerichtet werden:

- Welche mathematischen Stoffgebiete haben Kinder nicht verstanden, wenn sie sich beispielsweise vom zählenden Rechnen nicht lösen können?
- Welche Auswirkungen hat dies für den Alltag?
- Welche psychosomatischen Auswirkungen können sich einstellen, wenn ein Kind in diesem wichtigen Hauptfach versagt?

„Wenn festgehalten wird – mit Hilfe dieses Fragebogens – in welchen Bereichen die Defizite und Missverständnisse beim Rechnen lernen vorliegen, kann das der Auftakt sein, diese Schritt für Schritt aufzuarbeiten. „Rechnen kann man lernen!“ auch wenn ein zweiter Anlauf von Eltern und Kind hierfür nicht immer einfach ist, weil zusätzlich psychische Probleme mit aufgearbeitet werden müssen,“ sagt Dr. Burkhard Lawrenz, Sprecher im Ausschuss Prävention und Frühtherapie des BVKJ. „Der vorliegende Symptomfragebogen kann nicht zur Diagnose einer Dyskalkulie dienen. Er kann jedoch in pädiatrischen Praxen benutzt werden, um unter den

Kindern, bei denen Probleme beim Rechnen oder im Mathematik-Unterricht auftreten und/oder bei denen Eltern, Lehrer oder andere Personen den Verdacht auf eine Dyskalkulie / Rechenschwäche äußern, ein Screening durchzuführen. Der Bogen hilft die Frage zu beantworten, ob eine weitere Diagnostik im Hinblick auf eine mögliche Dyskalkulie notwendig ist. Dies ist ähnlich, wie bei den Esser-Fragebögen, die helfen vor zu sortieren. Der BVKJ hält den Fragebogen für ein mögliches Instrument zum Einsatz in der Praxis. Dies ist keine Empfehlung im engeren Sinne. Ob die weitere Diagnostik und Therapieplanung dann eher in einem SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) oder in einer pädagogischen Einrichtung erfolgen soll, muss sich nach den regionalen Gegebenheiten und Kapazitäten richten“, führt Lawrenz weiter aus.

Die überregionalen Arbeitsschwerpunkte des AK Lernforschung:

Zahlen, Fakten und Informationen: In den zehn Einrichtungen des Arbeitskreises am Zentrum für angewandte Lernforschung werden aktuell 1300 Kinder, Jugendliche

und Erwachsene therapiert. Bisher wurden ca. 10.000 therapeutische Interventionen erfolgreich durchgeführt. Das Zentrum für angewandte Lernforschung ist eine gemeinnützige GmbH. Die Ziele des Arbeitskreises Lernforschung – Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Forschung und Qualitätsförderung, umfassende Beratung und genaue Diagnostik, fundierte und erfolgreiche Therapie – sind richtungweisend für die Qualität der Versorgung rechenschwacher Menschen in Deutschland.

Für weitere Informationen für Eltern, Schulen, Arztpraxen und Beratungsstellen stehen wir gerne zur Verfügung. Bei Anfragen zu Fortbildungen für Erzieher/Innen, Lehrer, Ärzte im Rahmen von Qualitätszirkeln erreichen Sie uns unter: www.arbeitskreis-lernforschung.de bzw. www.rechenschwaeche.de.

*Der Autor ist Leiter des Zentrums für angewandte Lernforschung gemeinnützige GmbH
Hans-Joachim Lukow
49074 Osnabrück
E-Mail: arbeitskreis-lernforschung@t-online.de*

Red.: WH

Kommentar zum Beitrag von Hans-Joachim Lukow:

„Wenn der Einstieg in die Welt der Zahlen bei Kindern im Grundschulalter nicht klappen will“ (Rechenschwäche/Dyskalkulie)

In dem Beitrag stellt Hans-Joachim Lukow eine relevante Problematik vor. Neben den Lese-/Rechtschreibproblemen gehören Probleme bei der Aufmerksamkeit und beim Rechnen zu den häufigsten Entwicklungsauffälligkeiten des Schulalters in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. In dem Beitrag wird korrekt die Problematik geschildert. Als Gründe der Rechenschwäche wird beispielsweise bei vorliegender Vielfältigkeit angegeben: „Allgemeine Entwicklungs-

verzögerung, eine unangemessene Beschulung durch zu heterogene und zu volle Klassen“.

Eine der häufigsten Ursachen bei unserer Überweisungsdiagnose „Rechenschwäche“ ist jedoch die Überforderung des Kindes bzw. Jugendlichen durch den Schulzweig, den er gerade besucht.

Lukow schlägt den Einsatz eines Symptomfragebogens bei Hinweisen auf eine Rechenproblematik für die Kinder- und Jugendarztpraxen vor. Der Fragebogen ist sicher eine

Möglichkeit sich der Problematik anzunähern. In der Regel ist es jedoch so, dass die Eltern das Problem von sich aus schildern und die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose ohne Symptomfragebogen bereits bekannt ist.

Die Rechenstörung ist laut ICD-10 eine der zahlreichen umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Kapitel F81). Der Verdacht einer Störung aus diesem Bereich bedarf einer umfassenden Abklärung.

Medizinische Diagnostik erforderlich

Diese Abklärung hat die Entwicklung, medizinische, psychologische und soziale Faktoren einzubeziehen und bedarf dementsprechend der **mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS) (alternativ multi-axiale Diagnostik der Kinder- und Jugendpsychiatrie- MAS)**. Die Kinder- und Jugendmedizin hat zur Vorgehensweise die IVAN-Empfehlungen (Kinder- und Jugendarzt März 2015, Seite 80-91) konsentiert. Nach diesen Empfehlungen wird eine diagnostische Einordnung erforderlich, die nicht alleine auf pädagogischer oder psychologischer Ebene erfolgen darf. Nach dem IVAN-Papier hat der Kinder- und Jugendarzt in der Praxis die Möglichkeit die Abklärung als Basis-Diagnostik selbst zu leisten oder eine Überweisung an eine Institution vorzunehmen, die eine mehrdimensionale Diagnostik durchführt.

Die **Basisdiagnostik** würde im Wesentlichen in der angesprochenen Altersstufe die BUEGA

umfassen. Daraus wären die Grundbegabung aber auch die Rechenstörung und die wichtigsten Komorbiditäten diagnostizierbar und somit unter Einbeziehung der ärztlichen Untersuchungsergebnisse der mehrdimensionalen Diagnostik Rechnung getragen. Falls die Basisdiagnostik nach Entscheidung des Praxisinhabers nicht in der Praxis selbst durchgeführt werden soll oder keine ausreichend klaren Ergebnisse erbringt, ist alternativ eine Überweisung an eine Institution möglich, die eine MBS-(MAS)-Diagnostik durchführt.

In allen Fällen muss eine standardisierte Entwicklungs-/Intelligenztestung erfolgen, der körperlich-neurologische Befund, der soziale Befund und der psychologische Befund erstellt werden. Erst dadurch ist die Einordnung der Problematik möglich.

Falls dieser Weg nicht beschritten wird, ist die Wahrscheinlichkeit der Fehldiagnose einer Rechenstö-

rung bei in Wirklichkeit vorliegender absoluter/relativer (bezogen auf Schulzweig) Minderbegabung oder einer komplexen Erkrankung auf mehreren Ebenen hoch. In der Konsequenz besteht die Gefahr einer sekundären psycho-emotionalen oder psychosomatischen Erkrankung durch die kontinuierliche Überforderung auf der Basis einer fehlerhaften Einordnung der Rechenprobleme.

In Abweichung zu den Empfehlungen des Beitrages von Lukow ist nach der ICD-10, der WHO und auch den für Deutschland angepassten IVAN-Empfehlungen bei Verdacht auf eine Dyskalkulie eine diagnostische Abklärung in einer mehrdimensional arbeitenden medizinischen Institution (wie z. B. in Spezialambulanzen, SPZ, KJP) zu empfehlen. Das häufig angeführte Argument von „Wartezeiten“ auf einen Untersuchungstermin muss in Anbetracht der Risiken einer Fehldiagnose, aber auch der fehlenden akuten Grundlage des Problems relativiert werden.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
84503 Altötting
E-Mail: bvkj@schmid-altoetting.de

Red.: WH

Buchtipps

Ulrich Sachsse (Hrsg.)
Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom: Die Mutterliebe und das Böse

Schattauer Verlag 2015,
 152 Seiten,
 ISBN 978-3-7945-3153-0
 € 24,99



Ein mutiges, beeindruckendes und bedrückendes Buch ist „Proxy – dunkle Seite der Mütterlichkeit“, der Erfahrungsbericht einer Mutter, die unter diesem Pseudonym offen ihre – es bleibt unklar, ob fiktive oder authentische – Geschichte und ihr Erleben als „Monster-Mutter“ beschreibt. Selbst in „behüteten Verhältnissen“ unter Duldung der Mutter massivem sexuellem Missbrauch durch den Stiefvater ausgesetzt, war erst die eigene Schwangerschaft die scheinbare Möglichkeit der Befreiung aus einem Teufelskreis – um den Preis der Verlagerung der Selbstverletzung auf das Kind, zunächst auf das erste, behinderte, dann schon in der Schwangerschaft des zweiten der Wunsch, dieses bereits intrauterin so zu beeinträchtigen, dass sie als liebevoll pflegende Mutter eines behinderten Kindes brillieren kann. Die Beschreibungen sind kaum auszuhalten: wie sie

ihre Kinder zunächst dosiert und kalkuliert in Lebensgefahr bringt, um sie dann als kompetente, fachkundige, vorbildliche Mutter zu retten. Dieses Funktionieren, ihr Kompetenzerleben versetzte sie in einen psychischen Ausnahmezustand, einen rauschhaft-lustvollen „Flow“, der die Alltagsprobleme vergessen ließ. 15 Jahre hat es gedauert, bis sie den Mut fasste, in einer Therapie die Kindsmisshandlungen zu gestehen – nach vielen weiteren Zwischenfällen, Suizidversuch, Therapien, Klinikaufenthalten. Täter und Opfer? „Die Gute und die Böse kannten sich nicht“. Die Handlungen als Symptom der eigenen Traumatisierung – zu Lasten der Kinder.

Traumatisieren, um zu retten

Nach diesem Bericht wird der Fallbericht von verschiedenen ausgewiesenen Fachleuten aus ethischer, psychoanalytisch-feministischer, juristischer, pädiatrischer und psychotherapeutischer Sicht analysiert und aus diesen unterschiedlichen Perspektiven mit überraschenden Einsichten und Schwerpunkten diskutiert und reflektiert. Das Münchhausen by Proxy Syndrom (MBPS) ist eine seltene, sehr tiefgreifende Störung der Eltern-Kind-Beziehung, die sich auf Kinder verhängnisvoll auswirkt. Meist sind es die Mütter, die aus eigener Not ihren Kindern erheblichen Schaden zufügen, um sie dann behandlungsbedürftig zu machen, eine Krankenhausbehandlung einzuleiten und an dieser selbst intensiv zu partizipieren. Die Psychodynamik ist sehr unterschiedlich. In dem beschriebenen Fall inszeniert die Mutter ihr inneres Drama: sie externalisiert ihr traumatisiertes Inneres Kind in ihre realen Kinder hinein, traumatisiert sie, um ihnen sie dann zu wiederum zu erretten. In dieser Rolle gerät sie in eine als hochbe-

glückend erlebte Gefühlslage, die geradezu süchtig macht. Dadurch sind der Leidensdruck und die Therapiewilligkeit zunächst gering. Die bisherigen Erfahrungen in der Psychotherapie können nicht auf größere Fallzahlen zurückgreifen. Eine Behandlung wird sehr individuelle Wege finden müssen, falls eine Psychotherapie überhaupt zustande kommt.

Ärzte glauben zunächst, was ihnen die Patienten oder die Angehörigen mitteilen. Ohne Misstrauen zu sehen und zu sähen, sind gerade wir Kinder- und Jugendärzte aufgerufen, die (Not-) Lagen der Eltern, die Eltern- Kind Interaktionen besonders zu beachten und beschriebene Symptome in ihren Wertigkeiten zu prüfen. Leider haben wir bei diesen Patienten gar nicht die Gelegenheit dazu, denn der im Buch übrigens nicht erwähnte häufige Arztwechsel (Doctor hopping) ist eines der Hauptcharakteristika dieser Störung. So entgleiten einem diese Patienten – wenn man nicht aktiv der Sache nachgeht. Unsere Bereitschaft, aber auch unsere Möglichkeit, da nachzuschauen, hält sich in Grenzen – übrigens auch die von Kliniken, seien es Kinderkliniken oder Kinder- und Jugendpsychiatrien.

Einen wichtigen Aspekt möchte ich noch erwähnen: Proxy „light“ sehen wir in den Praxen sehr häufig: beim Wunsch nach Zirkumzision Dreijähriger nach Trennung der Eltern, bei vielen Adenotomien, Appendektomien und anderen Eingriffen, sowie Wünschen nach Blut- und anderen Untersuchungen, deren Notwendigkeit strittig ist. Ärzte machen sich auf diese Weise zu willfährigen Komplizen wie immer motivierter pathologischer elterlicher Wünsche und werden so missbraucht und zu Mittätern bei seelischen und körperlichen Verletzungen.

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

Red.: ReH

BVKJ-Medienpreis

Chancenungerechtigkeit im Mittelpunkt der preisgekrönten Berichte

Am 3. Juni wurde in Berlin zum achten Mal der BVKJ-Medienpreis verliehen. Der Preis zeichnet Beiträge aus, die sich mit dem Problem der „vergessenen Kinder“ auseinandersetzen, mit Kindern, die im sozialen Abseits stehen.

Safet tanzt

In der Kategorie TV wurde in diesem Jahr der WDR-Beitrag „Safet tanzt“ ausgezeichnet, ausgestrahlt am 9.5.2015. „Safet tanzt“ erzählt die Geschichte eines jungen Mannes aus dem Volk der Roma, der seinen Weg sucht: vom Hauptschüler zum Tanz-Studenten an der renommierten Folkwang-Universität der Künste. Roma haben in der öffentlichen Wahrnehmung kein Gesicht. In dem Beitrag geht es um jedoch um den Menschen Safet und seine Geschichte. Wie Safet seine schlechten Startchancen in etwas Gutes verwandelt. Weil es da Menschen gibt, die sich nicht damit abfinden, dass einer da stecken bleiben soll, wo ihn die Geburt hin verschlagen hat, Menschen, die

an Safet glauben, die sich für ihn einsetzen. Es geht darum, dass es manchmal nur einen einzigen engagierten Lehrer braucht, um alles zu ändern.

Mein ungerechtes Land

In dem Feature „Mein ungerechtes Land“, das der Bayerische Rundfunk am 11. April 2015 zum ersten Mal ausgestrahlt hat, erzählt Marco Maurer seine eigene Lebensgeschichte:

Ein junger Mann hat den Traum Sportreporter zu werden. Dagegen stehen eine Hauptschulempfehlung, der Mann vom Arbeitsamt und auch das eigene Milieu. Dennoch ist er, Sohn einer Friseurin und eines Kaminkehrers, entgegen der Prognose seiner Lehrer Journalist

geworden. Seinen eigenen Marsch durch die Bildungsinstitutionen war für Marco Maurer der Ausgangspunkt, sich in einer drei Jahre langen Recherche einmal gründlich die deutsche Bildungswirklichkeit anzuschauen: Von 100 Akademiker-Kindern schaffen 77 den Sprung auf die Universität, von 100 Nichtakademiker-Kindern sind es nur 24. Mit dem Aufnahmegerät besuchte Marco Maurer Arbeiterkinder in „Problemvierteln“ genauso wie vorbildhafte finnische Regelschulen; er trifft Sozialaufsteiger wie Bahnchef Grube und gescheiterte Schulreformer wie den ehemaligen Hamburger Bürgermeister Ole von Beust. Er erlebt ein Land, in dem die Chancenreichen und Chancenarmen getrennt voneinander aufwachsen und leben.



Die Preisträger mit den Jury-Mitgliedern und den Sponsoren

...Und raus bist du

Das Rennen in der Kategorie Print machten in diesem Jahr zwei Beiträge. Ann-Katrin Müller und Alexander Neubacher haben in ihrer Spiegel-Titelstory „...und raus/raufbist du“, erschienen am 9.5.2015 beschrieben, wie sich Lebensschicksale schon auf der Säuglingsstation, ja sogar schon vor der Geburt unterscheiden und wie mit mehr früher und kompensatorischer Bildung in Kitas die Chancengerechtigkeit zumindest verringert werden kann.

Den anderen preisgekrönten Beitrag schrieb Karl Grünberg: „**Ene, mene muh und raus bist du**“, erschienen am 4.7.2015 im Tagespiegel. Grünberg hat sich seinem Thema genähert, indem er mitten rein ging und ein Praktikum machte in der Brennpunktkita, in der ein kluges Mädchen davon träumt, später einmal Verkäuferin bei Primark zu werden. Und er ging in die Akademiker-Kita, in der die Kinder Biomöhren bekommen und Sprachförderung, und in der die Eltern alles dafür tun, dass die Kinder später Abitur machen und studieren können. Zwischen beiden Kitas liegen nur 800 Meter Luftlinie. In Wirklichkeit trennen sie Welten. Aus dem Miterleben des Autors und den vielen Gesprächen ist eine bewegende Reportage entstanden.

Die Dotierung der journalistischen Beiträge betrug jeweils 5000 €.

Sonderpreis für den Bayerischen Rundfunk

Den undotierten Sonderpreis für Redaktionen erhielt in diesem Jahr der Bayerische Rundfunk für sein Eintreten für die Schattenkinder. Weil er für dieses wichtige Thema Sendeplätze außerhalb der Nachrichten reserviert und damit den Zuschauerinnen und Zuschauern, den Hörern und Hörerinnen die Auseinandersetzung damit möglich macht.

Die Preisverleihung fand im Ramada-Hotel in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Rund 40 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen Tageszeitungen und öffentlich-rechtlichen Sendern – entsprechend schwer war die Arbeit der Jury: BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach, die beiden „Erfinder“ des BVKJ-Medienpreises, die Rundfunkjournalistin Regine Hauch und Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher Hermann Josef Kahl, die Kinder- und Jugendärztin Dr. Gunhild Kilian-Kornell und der langjährige BVKJ-Begleiter, Verleger und BVKJ-Medienpreis-Sponsor Norbert Beleke.

19 Prozent oder 2,47 Millionen aller Mädchen und Jungen in Deutschland wachsen in Familien mit so wenig Geld auf, dass sie als arm oder armutsgefährdet gelten.

Das ist eine bittere Nachricht. Aber der eigentliche Skandal ist, dass diese Kinder kaum Entwicklungschancen haben. Sie stecken mit ihren Familien in der Armut fest,“ BVKJ-Präsident Thomas Fischbach in seiner Ansprache an die Gewinner des Medienpreises. Seit dem letzten Jahr habe sich das Bild der Kinderarmut in Deutschland noch einmal stark verändert aufgrund der vielen Flüchtlinge: „Welchen Einfluss der starke Zuzug auf die Kinderarmut haben wird, lässt sich nur erahnen. Aber wir müssen damit rechnen, dass viele Flüchtlingskinder ein hohes Risiko haben, in Armut aufzuwachsen. (...) Wir müssen also darüber reden, wie aus der ohnehin relativ hohen Kinderarmut in Deutschland trotz massiver Zuwanderung eine nicht noch höhere wird und was getan werden muss, um aus armen Kindern nicht auch noch kranke und schlecht geförderte Kinder zu machen, die aufgrund ihrer schlechten Startbedingungen lebenslang unter ihren Möglichkeiten bleiben, die in der Schule versagen, keine Jobs finden, delinquent werden und ihre Armut in die nächste Generation vererben.“

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten der Sponsor, Verleger Norbert Beleke und durch eine Spende die Pfizer Pharma GmbH.

Regine Hauch



Geburtstage im August 2016

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Margarete Ventulett-Wilbert, Tübingen, am 01.08.
Herr Waldemar Christ, Aalen, am 05.08.
Frau Dr. med. Angelika Henkel, Leipzig, am 07.08.

Herr Dr. med. Bernd Grunwald, Heide, am 08.08.

Herr Dr. med. Reinhard Müller, Deggendorf, am 10.08.

Frau Christiane Deringer, Stuttgart, am 13.08.

Frau Maria Moschko-Milka, Heidelberg, am 14.08.

Frau Dr. med. Barbara Zissel, Bad Säckingen, am 14.08.

Frau Dr. med. Monika Kaiser, Augsburg, am 22.08.

Frau Dr. med. Astrid Georgi, Kirkel, am 24.08.

Frau Anita Lehmann, Ostritz, am 26.08.

Frau Dr. med. Claudia Behn, Singen, am 26.08.

Herr Dr. med. Reiner Hüsing, Lingen, am 26.08.

Herr Siegfried Höcker, Immenstadt im Allgäu, am 27.08.

Herr Dr. med. Richard Haaser, Feucht, am 27.08.

Frau Dr. med. Christiane Seefeldt-Abraham, Bremen, am 28.08.

Frau Dipl.-Med. Gabriele Schübb, Olfen, am 30.08.

Herr Dr. med. Wolfgang H. Fessler, Leutkirch, am 30.08.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Wilhelm Kuper, Bonn, am 01.08.

Frau Dr. med. Ursula Knauer, Oberasbach, am 03.08.

Herr Dr. med. Wulf Höller, Hameln, am 03.08.

Frau Dr. med. Rita *Wörrlein*,
Ansbach, am 04.08.
Herr Dr. med. Helmut *Büingener*,
Hambühren, am 07.08.
Frau Dr. med. Christel *Unsel*,
München, am 10.08.
Herr Dr. med. Wolfgang *Weidner*,
Weingarten, am 12.08.
Frau Christiane *Emmig*,
Mülheim, am 22.08.
Herr Dr. med. Kurt *Matthes*,
Weiterstadt, am 26.08.

75. Geburtstag
Herr Dr. med. Najah *Rahman*,
Frankfurt, am 03.08.
Frau Dr. med. Ursula *Müller*,
Löbau, am 05.08.
Herr Dr. med. Günter *Wemhöner*,
Witten, am 06.08.
Herr Dr. med. Wolfram *Singendonk*,
Berlin, am 07.08.
Herr Dr. med. Jürgen *Stehling*,
Bramsche, am 08.08.
Frau Margrit *Knoch*,
Hof, am 08.08.
Herr Prof. Dr. med. Rolf Peter *Willig*,
Hamburg, am 10.08.
Herr Dr. med. Klaus *Albrecht*,
Bremen, am 11.08.
Frau Dr. med. Edelgard *Enge*,
Berlin, am 12.08.
Herr Dr. med. Helmerich *Jühe*,
Hennef, am 14.08.
Frau Dr. med. Gertrud *Meyer*,
Mainz, am 17.08.
Herr Dr. med. Klaus *Hanke*,
Rüsselsheim, am 18.08.
Herr Dr. med. Rolf *Sternberg*,
Bonn, am 19.08.
Frau Dr. med. Friedrun *Walter*,
Wipfratal, am 23.08.
Frau Dr. med. Elisabeth *Will*,
Potsdam, am 23.08.
Herr MR Dr. med. Gerhard *Schulz*,
Krakow, am 27.08.

Frau Dr. med. Ute *Feuling*,
Kaiserslautern, am 27.08.

80. Geburtstag
Frau Dr. med. Christa *Spieth*,
München, am 01.08.
Frau Dr. med. Hannelore *Cramer*,
Waren, am 07.08.
Frau Dr. med. Helga *Brützel-Schröder*,
Lübeck, am 09.08.
Herr Dr. med. Eberhard *Scholle*,
Stuttgart, am 10.08.
Herr Dr. med. Bernd *Schubert*,
Horb, am 18.08.
Frau Dr. med. Marianne *Schönknecht*,
Winsen, am 24.08.
Herr Dr. med. Dankward *Marx*,
Schongau, am 28.08.
Herr Dr. med. Heinrich *Lehn*,
Dachau, am 30.08.

81. Geburtstag
Frau Dr. med. Edith *Kurek*,
Dinslaken, am 07.08.
Herr Dr. med. Franz Josef *Lang*,
Groß-Umstadt, am 19.08.
Frau Dr. med. Anne *Gettmann*,
Saarbrücken, am 31.08.
Frau Dr. med. Heidi *von Leszczynski*,
Frankfurt, am 31.08.

82. Geburtstag
Herr Dr. med. Jaroslav *Cermak*,
Prag, am 01.08.
Herr Dr. med. Klaus *Schönfelder*,
Berlin, am 04.08.
Frau Dr. med. Elisabeth *Happe*,
Rheine, am 07.08.
Herr Prof. Dr. med. Helmut *Bartels*,
Würzburg, am 10.08.
Herr Dr. med. Raul *Chavez*,
Alfter, am 11.08.
Frau Dr. med. Eva *Gliesche*,
Berlin, am 18.08.

83. Geburtstag
Herr Dr. med. Georg *Schüler*,
Hannover, am 04.08.
Herr Dr. med. Manfred *Schwerdtfeger*,
Flein, am 05.08.

Frau Dr. med. Käthe *Deutsch*,
Schöneiche, am 19.08.

84. Geburtstag
Herr Dr. med. Sigmar *Seimer*,
Hamburg, am 30.08.

85. Geburtstag
Frau Dr. med. Gabriele *Maus*,
Gießen, am 05.08.
Frau Dr. med. Gerlinde *Otto*,
Dessau, am 12.08.
Herr Schapur *Aliani*, Saarburg, am 16.08.

86. Geburtstag
Herr Dr. med. Hans Georg *Esche*,
Pinneberg, am 24.08.

87. Geburtstag
Herr Dr. med. Harald *Zoepffel*,
Würzburg, am 05.08.

88. Geburtstag
Herr Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. Hans Wolfgang
Schmidt, Zorneding, am 13.08.

89. Geburtstag
Herr Dr. med. Ahmad *Nikpour*,
Essen, am 18.08.
Herr Dr. med. Meinolf *Bartscher*,
Schwalbach, am 27.08.

92. Geburtstag
Frau Dr. med. Inge *Tropf*,
Tiefenthal, am 28.08.

93. Geburtstag
Frau Dr. med. Renate *Scheier*,
Wermelskirchen, am 01.08.

96. Geburtstag
Herr Dr. med. Armin *Unterberg*,
Moers, am 02.08.
Herr Med.Dir.Dr. med. Horst *Chomse*,
Soest, am 03.08.

103. Geburtstag
Frau Dr. med. Lotte *Baertz*,
Münster, am 15.08.

Wir trauern um:

Frau Dr. Rudgild *Haschke*, Passau
Herrn Dr. Thomas *Maack*, Haslach
Herrn Dr. Ömer *Özüak*, Lehrte

Im Monat Mai durften wir 13 neue Mitglieder begrüßen.

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

**Baden-Württemberg**

Herrn Dr. med. Nicolas *Allgaier*
Frau Dr. med. Julia *Dörr*

**Brandenburg**

Frau Dr. med. Katharina *Birkner*

**Sachsen**

Herrn Dr. med. Karoly *Bako*

**Berlin**

Frau Julia *Thormann*

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

August 2016

24. August 2016
Immer etwas Neues
VERDEN
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

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

31. August 2016
Immer etwas Neues
JENA
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

September 2016

7. September 2016
Immer etwas Neues
LEVERKUSEN
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

7. September 2016
Jahrestagung des LV
Mecklenburg-Vorpommern
des BVKJ e.V. in Rostock
Leitung: Dr. Andreas Michel,
Greifswald, Auskunft: ①

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

28. September 2016
Immer etwas Neues
HAMBURG
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

Oktober 2016

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

26. Oktober 2016
Immer etwas Neues
MÜNCHEN
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

November 2016

5. November 2016
bvkj Landesverbandstagung
Niedersachsen
im Hotel Niedersachsenhof, Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/
Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn
Auskunft: ③

9. November 2016
Immer etwas Neues
NÜRTINGEN
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg

Leitung:
Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach/Dr. Martin
Lang, Augsburg
Auskunft: ③

26. November 2016
Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt
des BVKJ e.V. in Magdeburg
Leitung: Dr. Roland Achtzehn
Auskunft: ①

30. November 2016

Immer etwas Neues BIELEFELD

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

Dezember 2016

3. Dezember 2016
7. Pädiatrie zum Anfassen
in Berlin

Leitung:
Prof. Dr. V. Stephan, Berlin/
Dr. B. Ruppert, Berlin
Auskunft: ①

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

HPV-Symposium

Die Impfung gegen HPV sollte selbstverständlich sein

Welche Rolle spielen Pädiater bei der HPV-Impfung und wie lässt sich die Impfquote in den Kinder- und Jugendpraxen steigern? Diese Fragen wurden auf dem HPV-Symposium vor dem Hintergrund diskutiert, dass ab sofort mit Gardasil®9 ein Impfstoff zur Verfügung steht, der zusätzlich zu den vier Impfstoff-HPV-Typen in Gardasil® fünf weitere Impfstoff-HPV-Typen enthält.¹

Mit den bisher erhältlichen HPV-Impfstoffen konnten etwa 50 % der Krebsvorstufen und etwa 70 % der HPV-assoziierten Karzinome an Zervix, Vulva, Vagina und Anus potentiell vermieden werden. Der neue nonavalente Impfstoff enthält zusätzlich zu den in Gardasil® enthaltenen HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 die Hochrisiko-HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58. Damit lässt sich die Prävention von Zervix- und Anuskarzinomen auf etwa 90 % und der Schutz vor Vulva- und Vaginakarzinomen auf 85 % bzw. 80 % erweitern.^{2,3,4}

„Eine Forderung der Gesundheitsbehörden war, dass der neue Impfstoff bei den weiterhin enthaltenen HPV-Impfstoff-Typen 6, 11, 16 und 18 die gleiche Immunogenität erreichen muss, wie der bisherige Impfstoff“, berichtete Univ.-Prof. Elmar Armin Joura, Wien. Dies wurde im Rahmen eines umfangreichen Studienprogramms bestätigt: Die Immunantwort von Frauen im Alter von 16 bis 26 war einen Monat nach der dritten Impfdosis nicht unterlegen, sondern mindestens gleichwertig.^{1,5} Zudem erwies sich die Immunantwort von 9- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen als mindestens so gut wie die der Älteren.⁶

Beeindruckend ist laut Joura die konstante Wirksamkeit des neuen Impfstoffs bei den fünf zusätzlich erfassten HPV-Typen.⁵ „Unabhängig davon, ob man alle dysplastischen Veränderungen oder die Krebsvorstufen an Zervix, Vulva oder Vagina betrachtete, lag die Risikoreduktion bei rund 97 %. Auch gegenüber persistierenden Infektionen ermittelte man eine 96 %-ige Risikoreduktion“, betonte Joura.

Abgesehen von etwas stärkeren lokalen Reaktionen an der Injektionsstelle von Gardasil®9 im Vergleich zu Gardasil® unterschieden sich die Nebenwirkungen der beiden Impfstoffe nicht.

Frühe sexuelle Erfahrung erfordert frühzeitige Impfung

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfiehlt die HPV-Impfung als Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Somit obliegt die Durchführung der Impfung hauptsächlich den Pädiatern. Bis zum Alter von einschließlich 14 Jahren wird nach dem 2-Dosen-Schema geimpft, ab 15 Jahren nach dem 3-Dosen-Schema.

„Da die Impfung an Effektivität verliert, wenn bereits eine Infektion mit HPV stattgefunden hat, ist es wichtig, die Kinder und Jugendlichen zu impfen, bevor sie mit HPV in Kontakt kommen“, erklärte Dr. Burkhard Ruppert, Berlin. Dass dieser Kontakt irgendwann stattfindet, ist aufgrund der hohen HPV-Durchseuchungsrate sehr wahrscheinlich. Wie früh er aufgrund erster sexueller Erfahrungen erfolgen kann, wird laut Ruppert von vielen Eltern unterschätzt. So ergab eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebene Umfrage, dass 46 % der 14-Jährigen noch keine körperlichen Kontakte zum anderen Geschlecht hatte.⁷ „Umgekehrt bedeutet das aber auch, 54 % der 14-Jährigen hatten bereits sexuelle Erfahrungen!“, konstatierte der Pädiater.

Demgegenüber stehen sehr magere Impfquoten insbesondere in den alten Bundesländern: Nur 26,5 % der 15-Jährigen und 39,1 % der 17-Jährigen haben eine vollständige Impfung gegen HPV erhalten. In den neuen Bundesländern sieht es mit 43,8 % und 57,2 % bei den 15- bzw. 17-Jährigen etwas besser aus.⁸ „Hier besteht Nachholbedarf, eigentlich sollte die frühzeitige HPV-Impfung selbstverständlich sein“, betonte der Experte.

Ärztlicher Rat ist entscheidend

Das entscheidende Kriterium für oder gegen eine HPV-Impfung ist der ärztliche Rat. Dies zeigte eine Elternbefragung, in welcher die Ärzte als primäre Informationsquelle zu Impffragen genannt wurden.⁹ Gleich nach den Ärzten rangierten die Medizinischen Fachangestellten (MFA) als zweitwichtigste Ansprechpartner. Erst an dritter und vierter Stelle standen Broschüren oder das Internet. „Seit wir das wissen, setzen wir in unserer Praxis häufiger MFAs zur Impfberatung ein“, betonte Ruppert. Seiner Meinung nach ist vor allem die eigene positive Überzeugung der entscheidende Moment bei der Frage ob Eltern ihr Kind impfen lassen oder nicht. „Je selbstsicherer wir in dieser Frage sind, desto eher können wir von der Wichtigkeit der HPV-Impfung überzeugen“, erklärte der Pädiater. Als wichtigste Argumente für die Impfung gelten die Empfehlung der STIKO und dass erstmals ein Schutz vor einer Krebserkrankung möglich ist. Gut bewährt hat sich laut Ruppert, die Patienten per App an ausstehende Impftermine zu erinnern.

Autorin

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Quelle

HPV-Symposium „Prävention konsequent weitergedacht“, 22.-23.4.2016 in Berlin, veranstaltet von Sanofi Pasteur MSD

Literatur

- 1 SPMSD Fachinformation Gardasil®9 Stand: April 2016
- 2 De Sanjose S et al. Lancet Oncol 2010;11:1048-56
- 3 Joura EA et al. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2014;23:1997-2008
- 4 Serrano B et al. Infect Agent Cancer 2012;7:38
- 5 Joura EA et al. N Engl J Med 2015;372:711-723
- 6 Van Damme P et al. Pediatrics 2015;136(1):e28-e39
- 7 Heßling A, Bode H 2015; Jugendsexualität 2015. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 8 Epi Bull 1/2016 Datenstand 11.1.2016
- 9 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Elternbefragung zum Thema „Impfen im Kindesalter“, Mai 2011

Aktuelle STIKO-Empfehlung verdeutlicht notwendige Erstimmunisierung bei bislang Ungeimpften

Neue Empfehlung: Erstimmunisierung mit Repevax® ab 12 Jahren

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat im Februar 2016 eine Stellungnahme zur Anwendung von Tdap- bzw. Tdap-IPV-Impfstoffen* für die Erstimmunisierung von Personen ab dem Alter von 14 Jahren mit unbekanntem Impfstatus veröffentlicht. Laut STIKO sollten Personen mit unklarem Impfstatus im Interesse eines umfassenden individuellen Impfschutzes unabhängig vom Alter mit einer Erstimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis beginnen. Für die Erstimmunisierung ab dem Alter von 12 Jahren empfiehlt die STIKO unter anderem den Tdap-IPV-Impfstoff Repevax®.¹

NEU: Erstimmunisierung mit Tdap-/Tdap-IPV-Impfstoffen von Zulassung abgedeckt

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) stellt fest, dass bei Personen mit unbekanntem oder unvollständigem Impfstatus bezüglich Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis u. a. der Tdap-IPV-Impfstoff Repevax® zur Erstimmunisierung ab dem jugendlichen Alter† verwendet werden kann. Der Tdap-IPV-Impfstoff ist gut verträglich und zeichnet sich durch ein gutes Sicherheitsprofil aus.² Aufgrund der STIKO-Empfehlung ist auch eine Kostenerstattung der Erstimmunisierung mit Repevax® bei Personen ab 12 Jahren gegeben.¹ Denn gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erstatten die gesetzlichen Krankenkassen die Erstimmunisierung von Personen mit unbekanntem oder unvollständigem Impfstatus gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis bei entsprechender Indikation.^{3‡}

Praxisorientiertes Impfmanagement für Auffrischimpfungen

Laut aktuellem Impfkalendar der STIKO sollten Kinder bei erfolgter und dokumentierter Grundimmunisierung die erste Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphthe-



rie und Pertussis im Alter von 5 bis 6 Jahren erhalten. Die zweite Auffrischimpfung sollte im Alter von 9 bis 17 Jahren mit einem Impfstoff erfolgen, der ebenfalls IPV enthält.⁴ Für die Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis stehen mehrere Impfstoffe zur Verfügung¹, so z. B. Repevax®. Da Repevax® zeitgleich mit anderen Impfstoffen gegeben werden kann, lässt sich der Vierfachimpfstoff gut ins Impfmanagement integrieren und kann beispielsweise Jugendlichen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen wie der J1 bei Bedarf z. B. zeitgleich mit Impfungen gegen HPV oder Hepatitis B verabreicht werden.²

Für Erwachsene ab dem Alter von 18 Jahren empfiehlt die Ständige Impfkommission zudem alle 10 Jahre eine Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie durchzuführen. Die nächste fällige Td-Impfung sollte einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation, wie z. B. eine bevorstehende Reise in eine Region mit Poliomyelitis-Infektionsrisiko, als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung durchgeführt werden.⁴

Referenzen:

- 1 Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Stand: Februar 2016. Epid Bull 2016;04:31–36.
- 2 SPMSD. Fachinformation Repevax®. Stand: Februar 2016.
- 3 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL). Stand: Februar 2016. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/> (letzter Aufruf: 12.05.16).
- 4 Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Stand: August 2015. Epid Bull 2015;34:327–3623.

Nach Informationen von
Sanofi Pasteur MSD, Berlin

* Abkürzungen: Td = Tetanus-Diphtherie-Impfstoff (mit reduziertem Antigengehalt), ap = azellulärer Pertussisimpfstoff, IPV = inaktivierter Poliomyelitis-Impfstoff

† Der Begriff jugendliches Alter beginnt analog zur Regelung der Vorsorgeuntersuchungen von Jugendlichen (J1) mit 12 Jahren.

‡ Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie ist die Kostenerstattung durch die GKV zur Erstimmunisierung von Personen mit unbekanntem (fehlendem) oder unvollständigem Impfstatus bezüglich Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis bei entsprechender Indikation abgedeckt: Für Jugendliche bis zum 18. Geburtstag: Der Leistungsanspruch umfasst die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes bei Jugendlichen spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Schutzimpfungs-Richtlinie §11 Abs. 2). Für Erwachsene: Leistungsanspruch durch die GKV für alle Erwachsene mit unbekanntem oder unvollständigem Impfstatus (Schutzimpfungs-Richtlinie, s. Indikation Diphtherie und Tetanus).

ADHS: Methylphenidat ist und bleibt auch in den neuen Leitlinien Therapie der ersten Wahl

Leitlinien sind zwar für den niedergelassenen Arzt wichtig und hilfreich, jedoch nicht bindend, stellte Dr. med. Kirsten Stollhoff, Hamburg, anlässlich des Lunchsymposiums zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG auf dem 22. Kongress für Jugendmedizin in Weimar klar. Bestehen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie eines Krankheitsbildes, muss der Arzt im Einzelfall dokumentieren, warum er von den vorgegebenen Handlungs- und Entscheidungskorridoren abweicht. Dabei sind Stimulanzien bei ADHS Therapie der Wahl und erreichen ebenso erfolgversprechend Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV). Letztere ist auch noch eine häufige Komorbidität von ADHS.



Ländern. In Deutschland gelten derzeit Amphetamine (unretardiert/retardiert) sowie Nicht-Stimulanzien wie Atomoxetin und Guanfacin als Zweitlinientherapie. Die multimodale Behandlung besteht aus Psychotherapie und individuell eingestellter Pharmakotherapie. In der medikamentösen Behandlung der ADHS haben sich Psychostimulanzien seit Jahrzehnten bewährt. Methylphenidat (MPH) ist zur Behandlung der ADHS Mittel der ersten Wahl bei Kindern ab sechs Jahren. Es hat sich gezeigt, dass eine Umstellung von kurzwirksamem MPH auf retardiertes Methylphenidat (z. B. Medikinet® retard) bereits ab dem siebten Lebensjahr zu gleichen oder besseren Behandlungsergebnissen führt. Für Kinder und Jugendliche mit ADHS steht beispielsweise mit dem Dexamfetamin-haltigen Fertigarzneimittel Attentin® eine effektive und gut verträgliche Alternative zur Verfügung, wenn die Erstlinientherapie mit Methylphenidat nicht ausreichend anschlägt oder nicht optimal vertragen wird.

Skrodzki erinnerte daran, dass ADHS die häufigste Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter ist. Betroffen sind etwa eine halbe Million Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren. ADHS liegt vor, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit und ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist, nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt. Um die diagnostischen Kriterien einer ADHS zu erfüllen, müssen diese Auffälligkeiten länger als 6 Monate bestehen und beeinträchtigende

Bisher gab es zur Therapie von ADHS nur S1-Leitlinien. Nun soll noch 2016 für die S3-Leitlinie ein Konsens erarbeitet werden, berichtete der Kinder- und Jugendarzt Dr. med. Klaus Skrodzki, Forchheim. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) besteht darauf, dass jeweils nur eine Leitlinie zu einem Thema existiert, obwohl ADHS Kinder- und Jugendärzte, aber auch Kinder- und Jugendpsychiater und ebenso Erwachsenenpsychiater und Erwachsenenpsychologen beschäftigt. Darüber hinaus bestehen

nationale und internationale Leitlinien, die sich inhaltlich nur wenig unterscheiden. Als S3-Hauptquell-Leitlinie wird die NICE-Guideline dienen, so Skrodzki.

Methylphenidat in allen Ländern akzeptiert zur Erstlinientherapie

Unzweifelhaft, fuhr Skrodzki fort, ist in allen Ländern Methylphenidat (unretardiert/retardiert) zur Erstlinientherapie akzeptiert, bei den anderen Substanzen bestehen Unterschiede zwischen den

Symptome von Hyperaktivität-Impulsivität und Unaufmerksamkeit bereits vor dem Alter von 12 Jahren vorhanden gewesen sein. Neu beschrieben wurde im DSM-V („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association), dass sich ADHS und eine autistische Störung nicht ausschließen.

Häufige Komorbidität zu ADHS: Störung des Sozialverhaltens (SSV)

Prof. Dr. med. Oliver P. Fricke, Lehrstuhlinhaber für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Witten-Herdecke, beschrieb die nicht altersgemäßen Leitsymptome der Störung des Sozialverhaltens (SSV): Ungehorsam, Streiten, Tyrannisieren, Wutausbrüche, Grausamkeit gegenüber Lebewesen, Destruktivität gegenüber Eigentum, Zündeln, Stehlen, Lügen, Schule schwänzen, Weglaufen. „Schul-Absentismus ist ein enormes Problem“, sagte Fricke.

Unterschiedliche Nomenklaturen erschweren die Harmonisierung der Leitlinien, welche ebenfalls in 2016 publiziert werden sollen und deshalb divergieren auch die Prävalenzen: In den USA sind bis zu 16 % der Jungen und bis zu 9 % Mäd-

chen betroffen; laut Kindergesundheits-survey (KIGGS) sind es in Deutschland etwa 7,6 %, in Großbritannien bis zu 7 % der Jungen und bis zu 3 % der Mädchen. Die Ätiologie ist multifaktoriell und reicht vom „inkonsistenten Erziehungsstil mit harschen Strafen und/oder gewährender Haltung“ bis „Broken-home“ bei niedrigem sozioökonomischen Status. Neurobiologische Gründe im Monoamin-Haushalt liegen vor, welche die Bildung bereits durch Messung des lokalen Energieverbrauchs im Gehirn sichtbar machen konnte. „Kindern mit SSV fehlt die Verbindung zwischen Kognition und Emotion, die normalerweise bei Kindern im gleichen Alter zu sehen sind“, erläuterte Fricke. Betrachten Kinder mit SSV ein trauriges Gesicht am Bildschirm, zeigen sie keine starke Amygdala-Aktivierung wie gesunde Kinder, sondern eine Aktivierung der Insula und im ventromedialen Kortex.¹ Die Diagnostik läuft über standardisierte Fragebögen (DISYPS oder Connor) ab.

Früh behandeln, Stimulantien sind erfolgversprechend

Je früher man behandelt, desto erfolgreicher ist die Therapie. Dabei stehen Sozio- und Psychotherapie in der langfristi-

gen Wirksamkeit vor der Pharmakotherapie. Für letztere sind zwar Stimmungsstabilisierer (Carbamazepin, Lamotrigin, Topiramat, Valproat), Antidepressiva (keine positiven Effekte), Antipsychotika, v.a. atypische Neuroleptika (z. B. Risperidon), Lithium und alpha-adrenerge Substanzen wie Clonidin Optionen, aber nach Fricke haben „Stimulantien hier einen klaren Benefit und es lassen sich damit auch Verhaltensbesserungen erreichen.“ Stimulantien erzielen hier Evidenzgrad II, Evidenzgrad I ist nicht vergeben. Bei Störungen der Impulskontrolle und niedrigem IQ kann man Risperidon geben < 3 mg/d. Für SSV in Verbindung mit Aggressivität kann Valproat aus persönlicher Erfahrung sehr gute Effekte haben, erklärte Fricke, und bezog sich auf eine Meta-Analyse aus dem vergangenen Jahr.²

Quelle:

Lunchsymposium „ADHS“ anlässlich des 22. Kongresses für Jugendmedizin veranstaltet von der MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG am 12. März 2016 in Weimar

- 1 Blair RJ, Leibenluft E, Pine DS. N Engl J Med 2014; 371(23):2207-2216
- 2 Pringsheim T et al. Can J Psychiatry 2015; 60(2): 42-61

**Nach Informationen von
Medice Arzneimittel Pütter GmbH,
Iserlohn**

Beginn einer neuen Ära in der Behandlung der Krätze (Scabies)

Orales Ivermectin in Deutschland zugelassen und ab Mai verfügbar

InfectoPharm führt in Deutschland Scabioral® 3 mg Tabletten mit dem verschreibungspflichtigen Wirkstoff Ivermectin ein. Damit steht erstmals eine orale Behandlungsoption der Scabies zur Verfügung. Bislang musste die durch Krätzemilben hervorgerufene stark juckende und ansteckende Hauterkrankung mittels einer topischen Ganzkörperbehandlung

therapiert werden – eine Herausforderung für den Patienten, die nicht selten mit Therapieversagen im Sinne von Rezidiven verbunden ist. Die Gabe von Tabletten stellt demgegenüber einen Innovationssprung dar, denn die Einmalgabe verbessert in erheblichem Maße die Patienten-Compliance. Scabioral® 3 mg Tabletten (PZN 11654302, 4 Stück) sind voll erstattungsfähig und werden zur Behandlung der Scabies in einer Dosis von 200 Mikrogramm pro kg Körpergewicht verabreicht. Die orale Behandlungsoption eignet sich her-



vorragend zur synchronen Behandlung aller engen Kontaktpersonen der Patienten sowie zum Einsatz in Gemeinschaftseinrichtungen.

**Nach Informationen von InfectoPharm
Arzneimittel und Consilium GmbH,
Heppenheim**

Praxis-Wissen für die Sonnenschutz-Beratung

Spezieller Sonnenschutz für die besonderen Bedürfnisse von Kinderhaut von Ladival

Kinderhaut ist grundsätzlich empfindlicher als die Haut von Erwachsenen, denn die körpereigenen Schutzmechanismen der Haut sind im frühen Lebensalter noch nicht vollständig ausgeprägt. Daher benötigen Kinder in der Sonne einen besonderen Schutz.



Die Kinder-Produkte von Ladival sind speziell auf die empfindliche Kinderhaut abgestimmt, um vor Sonnenbrand und sonnenbedingten Rötungen zu schützen. Ein spezieller Infrarot-A-Zellschutz aus ausgewählten Antioxidantien schützt die Haut vor sonnenbedingter Hautalterung. Vitamin E und Öle wirken pflegend und versorgen die Haut mit Fett. Als Alternative ohne synthetische Filter steht Ladival Für Kinder Sonnenschutz Creme mit reinen Mikropigmenten LSF 30 zur Verfügung. Die mineralischen Filter dieses Spezialproduktes reflektieren die UV-Strahlen der Sonne wie kleine Spiegel.

Die Produkte Ladival Für Kinder sind extra wasserfest (Spray: wasserfest) und dermatologisch getestet, enthalten weder Konservierungsstoffe noch PEG-Emulgatoren und sind parfum- und farbstofffrei. Sie schützen sofort nach dem Auftragen. Für die Pflege nach der Sonne gibt es die extra pflegende Ladival Für Kinder Après Milch.

Darüber hinaus können auch Kinder schon zu Sonnenallergie neigen. Eine Sonnenallergie kann durch das Zusammenwirken von UV-A-Strahlung und von

den in vielen Sonnencremes und Körperpflegeprodukten enthaltenen Emulgatoren, Duft- oder Konservierungsstoffen ausgelöst werden. Dann bilden sich Bläschen, Quaddeln oder fleckige Rötungen und die Haut juckt. Für Kinder, die zu Sonnenallergie neigen, empfiehlt sich Ladival Für Kinder bei Allergischer Haut LSF 30. Dieses Produkt ist zu 100% emulgatorfrei.

2015 hat die Zeitschrift Öko-Test verschiedene Sonnenschutzprodukte für Kinder getestet¹. Das Produkt Ladival Sonnenschutz Milch für Kinder 50+ war das beste getestete Apothekenprodukt und erhielt die Gesamtbewertung „gut“. Die 23 getesteten Sonnenschutzmittel wurden auf Inhaltsstoffe wie Parfüm, Nanopartikel, bedenkliche UV-Filter, entzündungshemmende Stoffe, Duftstoffe, die Allergien auslösen können, PEG und PEG-Derivate sowie weitere umstrittene und bedenkliche Stoffe untersucht. Das getestete Ladival-Produkt konnte Öko-Test überzeugen und erhielt die Gesamtbewertung „gut“. Damit erhält Ladival ein deutlich besseres Testurteil als alle anderen getesteten Kinder-Sonnenschutzprodukte, die in der Apotheke erhältlich sind.

Grundsätzlich gilt bei Sonnenschutz: Viel hilft viel! Denn nur wenn eine ausreichende Menge Sonnenschutzmittel aufgetragen wird, kann der entsprechende Lichtschutzfaktor erreicht werden. Vor jedem Sonnenbad sollte daher Sonnenschutz großzügig auf alle unbedeckten Hautstellen aufgetragen und sanft verrieben werden. Mit der „11-Finger-Regel“, kann die benötigte Menge einfach an der Kinderhand abgemessen werden: Ein Cremestrang von der Spitze des Mittelfingers bis zur Handgelenkwurzel ist als Strichlänge definiert. Für einen guten Schutz sollten zwei Strichlängen je Bein und für den Rücken eingecremt werden, für Brust/Bauch und je Arm eine Strichlänge sowie eine weitere Strichlänge für Gesicht, Nacken und Hals. Beim Eincremen besonders auf die sogenannten „Sonnenterrassen“ achten: Schultern, Nase, Ohren und Fußrücken sind besonders der Sonnenstrahlung ausgesetzt. Um den Sonnenschutz zu erhalten, sollte das Eincremen regelmäßig wiederholt werden.

Kinder, die jünger als ein Jahr sind, sollten niemals der direkten Sonne ausgesetzt werden. Vor allem zwischen 11 und 15 Uhr, wenn die Sonne am stärksten strahlt, bleiben Kinder besser im Haus, denn der Schatten bietet keinen ausreichenden Schutz. Sowohl beim Spaziergang als auch im Auto sollten unbedeckte Hautstellen mit einem speziellen Kindersonnenschutzmittel geschützt werden. Sonnenhütchen, langärmelige Kleidung, Sonnenschirm und Sonnenbrille sind für Kinder im Sommer unerlässlich.

Quelle

- 1 ÖKO-Test Magazin 06/2015, S. 109ff., insgesamt 23 Sonnenschutzmittel aus Apotheke, Drogeriemarkt, Parfümerie und Einzelhandel (Discounter) getestet, davon 1 sehr gut, 5 gut.

**Nach Informationen von
Stada GmbH, Bad Vilbel**

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