

# bvkJ.

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

Heft 12/16+1/17 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT

**Berufsfragen:**  
Berichte der Ausschüsse

**Fortbildung:**  
Von der Umwertung  
der Werte

**Forum:**  
Das erste Mal  
in Bad Orb und  
sehr begeistert

**Magazin:**  
Den Armen  
einen Platz sichern

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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © Irina Schmidt - Fotolia.com



## Den Armen einen Platz sichern

S. 883

Inhalt 12 | 16 + 1 | 17

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

- 817 **Delegiertenversammlung**
- 822 **Arzthaftung, Teil 1**  
*Christian Maus,  
Kyrill Makoski*
- 828 **Ist Ihre Praxis online  
zu finden?**
- 830 **Kinderkardiologie  
in der Praxis**  
*Stefan Renz*
- 834 **Ankündigung  
14. Assistentenkongress**
- 835 **Honorarentwicklung der  
Kinder- und Jugendärzte**  
*Reinhard Bartzky*
- 838 **Kinder- und Jugend-  
lichenrehabilitation**  
*Alwin Baumann*
- 840 **Impressum**
- 841 **Neues aus  
der Geschäftsstelle**
- 844 **Korrektur der Beitrags-  
ordnung zum 01.01.2017**  
*Tilman Kaethner*



### Fortbildung

- 846 **Umwertung der Werte**  
*Giovanni Maio*
- 853 **Die Wirbelsäulen-Ampel**  
*Daniel Herz,  
Urs von Deimling,  
Björn-C. Vehse,  
Ralf Stücker,  
Bettina Westhoff*
- 859 **Impfforum**  
*Ulrich Heininger*
- 860 **consilium: Zeitpunkt  
einer operativen  
Korrektur einer  
Gehörgangatresie**  
*Stefan Volkenstein*
- 862 **Suchtforum**  
*Matthias Brockstedt*
- 864 **Review aus englisch-  
sprachigen Zeitschriften**
- 865 **Welche Diagnose  
wird gestellt?**  
*Anne Schindler*



### Forum

- 865 **Das erste Mal in Bad Orb**  
*Sabine Schade*
- 872 **Vermischtes**
- 873 **Kinderschutz-Hotline  
für Ärzte**
- 874 **Hilft Hokuspokus  
beim Zahnen?**  
*Uwe Büsching*
- 876 **Wann müssen wir  
den Stecker ziehen?**  
*Uwe Büsching*
- 878 **AAP National Meeting  
and Exhibition**  
*Georg Bingel*
- 879 **Vermischtes**
- 880 **Grundschulen vor  
neuem Schüleransturm**
- 881 **Turnbeutel und Schul-  
anfänger-Infomagazin**



### Magazin

- 883 **Den Armen  
einen Platz sichern**  
*Monika Golembiewski*
- 885 **Bundesverdienstkreuz  
an Dr. Klaus Volmer**  
*Wolfram Hartmann*
- 886 **Die Welt der Kinder  
im Blick der Maler**  
*Peter Scharfe*
- 887 **Ehrungen in  
Bad Orb 2016**  
*Wolfram Hartmann*
- 888 **Buchtipps**
- 888 **Pädindex**
- 889 **Fortbildungstermine  
des BVKJ**
- 890 **Personalia**
- 892 **Pädindex**
- 894 **Nachrichten der Industrie**
- 901 **Wichtige Adressen  
des BVKJ**

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe sind Beilagen der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V., München und der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin sowie die Programmhefte zum 23. Kongress für Jugendmedizin in Weimar und zur 26. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock (Teilaufgabe) beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

## Delegiertenversammlung 2016 ● ● ●

(Die vollständigen Ausschussberichte finden Sie in PädInform im Ordner BVKJ Aktuell)

### Ausschuss Pädiatrische Subdisziplinen

#### Mitglieder:

Dr. Stefan Renz (Sprecher), Dr. Folkert Fehr, Dr. Christoph Runge, Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeyer-Metzdorf (kooptiert)

Der Ausschuss Subdisziplinen vertritt die Fachpädiater im BVKJ. Folgende Themen wurden bearbeitet:

#### EBM:

- 1) Forderung nach einer SP Gesprächsziffer, diese ist mehrfach bei der KBV eingefordert worden, soll analog zur GOP 04230 vergütet werden, allerdings ohne die Begrenzung auf 50% der Fälle (in reinen Facharztpraxen nicht praktikabel)
- 2) Angemessene Vergütung des Schweißtests, wichtig nach der Änderung der Kinder Richtlinien mit Mucoviszidose Screening,
- 3) Änderung der Anlage 5 des Bundesmantelvertrags Ärzte: Hierzu fand im März 2016 eine Sitzung in der KBV statt, die KO Liste wurde gekippt (Wegfall der Vorhaltepauschale bei Erbringung fachärztlicher Leistungen) und die Überweisung von Hausarzt zu Hausarzt wird mit der vollen Versichertenpauschale honoriert. Dies ist bis jetzt aber noch nicht verhandelt.

Die **Gastroenterologen** haben das Problem, dass sie in einigen KV Bezirke keine F Kennzeichnung ihrer Patienten abrechnen können.

**Kooperationen mit Kliniken** laufen sehr unterschiedlich, die Zukunft, so meine persönliche Einschätzung, wird nur mit einer engeren Vernetzung möglich sein. Es gibt viele Beispiele wie die CF Ambulanz am Altonaer Kinderkrankenhaus, genauso wie die Kinderkardiologie ebendort, die Hämatologie in Schwabing im Moment noch durch Angebot und Nachfrage geregelt. Weiterbildungsverträge können ein Modell für die Zukunft sein.

**Bedarfsplanung:** Die SP Pädiatrie ist zu inhomogen, um zentral geplant zu werden. In Ballungsgebieten kann es sinnvoll sein, bei Mischpraxen den SP Anteil herauszurechnen, da in den Großstädten eine Bewegung von der AP zur SP Pädiatrie stattfindet, die kompensiert werden muss.

**Weiterbildung:** Die Situation ist günstig, da bundesweit 1.000 WB Stellen gefördert werden, im Moment

tobt in den KVen ein Verteilungskampf (Gynäkologie, Augen, Pädiatrie).

**Telemedizin:** PaedExpert® ist seit dem 1.7.2016 bundesweit verfügbar. Die Meinung des Ausschuss ist zwiespalten. Der Autor sieht das Projekt als große Chance, das aber seine Zeit braucht, um sich zu bewähren.

*Dr. Stefan Renz*

### Ausschuss Jugendmedizin

#### Mitglieder:

Dr. Uwe Büsching (Sprecher), Michael Achenbach, Dr. Burkhard Ruppert, Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (kooptiert)

**Kongress Jugendmedizin:** Der Ausschuss Jugendmedizin setzt sich dafür ein, das Programm des Kongresses so zu gestalten, dass Teilnehmer / Innen auch nach über 20 Jahren Kongresse in Weimar gerne kommen werden. Diejenigen, die bislang vielleicht noch unentschlossen waren, sollen sagen können: „da muss ich dieses Mal hin!“

Weiter Fortbildungsaktivitäten waren die **Psychosomatische Grundversorgung** (21. Kurs in Bad Orb im Herbst 16) und die **Sozialpädiatrie** Fortbildung. Für Absolventen des Kurses zur psychosomatischen Grundversorgung des BVKJ (bundesweit) genügt eine Ein-Tags- Fortbildung zur Sozialpädiatrie, damit diese Kolleginnen und Kollegen dann auch die spezielle Sozialpädiatrie abrechnen können.

**Kommission Jugendmedizin der DAKJ** (Kom. Ju-Med.): Dort bearbeiten wir weiterhin mehrere Schwerpunkte: Weiterbildungsordnung, e-learning und Basisseminare Jugendmedizin für Klinikassistenten, Fortbildung MFAs. Transition: Die DGKJ hat sich dem Thema angenommen und kümmert sich gemeinsam mit anderen Gesellschaften und dem Berliner Transitionsmodell um Tagungen und Konzepte. Der AJM nimmt an den jährlichen Tagungen der DGfTM teil.

Der **Schwerpunkt des AJM** lag in den letzten Monaten neben der Fortbildungsaktivität und dem BLIKK Projekt in der Entwicklung von Infomaterialien für Jugendliche. Es gibt und gab Flyer von verschiedenen Anbietern. Die Suche nach Geldgebern für Entwurf und Druck wird immer schwieriger. Viele Flyer werden bereits nicht mehr vertrieben. Deshalb möchten wir mit der Unterstützung des BVKJ Visitenkarten entwickeln, bei der die eine Seite zur freien Gestaltung für die Praxis ist und auf der anderen Seite acht einfache Bildern ty-

pische Erkrankungen im Jugendalter, bei der J1 thematisieren. Unter den Bildern soll eine Internetseite vermerkt sein, die weitergehend informiert. Immer dann, wenn der User auf der Seite ist, wird auf die weiteren Themen hingewiesen und eben welche „Infolyer“ hinterlegt sind. Dazu sollen alle bisher vorhandenen Infos gesichtet und ggf. eingescannt werden.

*Dr. Uwe Büsching*

## Ausschuss Kind, Schule und öffentlicher Gesundheitsdienst

### Mitglieder:

Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues (Sprecherin), Dr. Matthias Brockstedt, Dr. Gunnar Hiesgen, Frau PD Dr. Erika Sievers (kooptiert)

1. Stärkung der Kooperation von BVKJ und ÖGD u.a. durch regelmäßige **Kongress-Veranstaltungen**, sowohl bei den Kongressen des BVKJ, z.B. Jugendmedizin in Weimar, die jährlichen BVKJ-Tagung in Berlin sowie auf den BVÖGD Kongressen, die jährlich im Mai stattfinden.
2. Entschlüsseungen der **Gesundheitsministerkonferenz auf Bundesebene zur Stärkung des ÖGD**.
3. Kooperationsverbund „**Gesundheitliche Chancengleichheit**“
4. **Präventionsgesetz**. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting – hier relevant in Kindertagesstätten und Schulen – sind als Querschnittsaufgabe festgeschrieben. Welche Bedeutung dann in der Realität die Kooperation von Pädagogik und Gesundheitswesen hat, wird sich noch beweisen müssen. Die Mitglieder des Ausschusses arbeiten hier eng mit der Verbandsspitze im Sinne der Kinder zusammen.
5. Die **BzGA** und das **nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** wurden durch das Präventionsgesetz gestärkt. Die alleinige Finanzierung über die Jugendhilfe bleibt ein Problem für die Pädiatrie, gleichwohl ist den Verantwortlichen die Notwendigkeit der Vernetzung zur Pädiatrie und auch zum ÖGD bewusst.
6. Die **Neugestaltung des Bundesteilhabegesetz und des SGB VIII** – insbesondere im Hinblick auf die geplante umfassende Zuständigkeit der Jugendhilfe für alle Leistungen der Eingliederungshilfe mindestens bis zum 18. Lebensjahr.
7. **Schwerpunktthema** des BVKJ in 2016 zum Thema „**Kinder- und Jugendschutz**“, ein wichtiges Thema des Ausschusses.
8. Ein übergreifendes und sehr schwierig zu koordinierendes Thema / Problem sind die zahlreichen **Zuwanderer** mit verschiedenen Gesundheitsproblemen.

Der Blick in die anderen europäischen Länder zeigt die Richtung für eine überwiegend gut funktionierende öffentliche „Schulgesundheit“ und schulärztliche Betreuung, dies sollte durchaus parallel zu unserer guten ambulanten wie stationären Pädiatrie

möglich sein. Hier sind auch die Entwicklungen zur Schaffung von „**school nurses**“ anzusprechen, die in einem inklusiven Schulsystem mit mindestens 15% chronisch kranken und behinderten Kindern eine entsprechende Systemversorgung sicherstellen könnten.

Innerhalb des Ausschusses erfolgt regelmäßig der Austausch zu aktuellen Fragen und Entwicklungen, zu Gesetzesentwürfen, zu zukünftigen Entwicklungen und der gemeinsamen Suche nach entsprechenden Lösungen.

*Dr. Gabriele Trost-Brinkhues*

## Ausschuss Prävention und Frühtherapie

### Mitglieder:

Dr. Burkhard Lawrenz (Sprecher), Dr. Wolfgang Kamrodt, Dr. Thomas Kauth

Zur Fertigstellung des **Manuals zum Paed.plus®-Heft** fehlte die Konsentierung der Kernbotschaften zur primären Prävention. Das „Netzwerk Junge Familie“ bot uns an, diese in professionellem Layout mit Piktogrammen zu gestalten. Leider war der Konsentierungs- und Freigabeprozess im Netzwerk wesentlich langwieriger als geplant.

Zur **neuen Kinder-Richtlinie des GBA** haben wir zahlreiche Vorträge gehalten. In Anhörungen des GBA hatte ich die Möglichkeit, die Anliegen der niedergelassenen Pädiater zu den neuen Vorsorgen zu vertreten. Leider konnte ich nur kleine Korrekturen erreichen.

Das **Paed.plus®-Heft** muss an die neue Kinder-Richtlinie angepasst werden. In Abstimmung mit Vorstand und Länderrat haben wir beschlossen, das Heft als Add-on zum gelben Vorsorgeheft weiterzuführen, damit es nicht jedes Mal bei Änderungen der Kinder-Richtlinie neu gedruckt werden muss. Bislang ohne Erfolg haben wir versucht, Finanzmittel für eine elektronische Version des Paed.plus®-Heftes zu akquirieren.

In Zusammenarbeit mit der „**Plattform Ernährung und Bewegung**“ haben wir uns an Diskussionen über Adipositas, Bewegungsmangel, gesunder Ernährung und Mediensucht beteiligt. In der Entwicklung der **Leitlinien „Vitamin-K-Prophylaxe beim Neugeborenen“, „Fissuren- und Grübchen-Versiegelung“ und Redeflussstörungen** konnte ich die präventiven Anliegen der ambulanten Pädiatrie einbringen.

Mit den Kinderophthalmologen habe ich an neuen Konzepten zum **Sehscreening** in der pädiatrischen Praxis gearbeitet.

An der Planung eines **sonografischen Nierenscreenings** als Leistung in Selektivverträgen ist der Ausschuss beteiligt.

Seit Jahren vertrete ich den BVKJ im „**Arbeitskreis Folsäure**“.

*Dr. Burkhard Lawrenz*

## Ausschuss Für Psychosomatik und Psychotherapie

### Mitglieder:

Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf (Sprecher), Dr. Alfred Freund, Frau Dr. Petra Kapoun

### Was ist uns wichtig?

Praktische Pädiatrie braucht Beziehungs- und Gesprächsmedizin um Eltern und Kind ganzheitlich begegnen und ihnen gerecht werden zu können. Dazu benötigen wir niedergelassenen Pädiater Wissen um psychische und psychosomatische Störungen, sollten in der Gesprächsführung geübt sein und über die notwendige Feinfühligkeit verfügen. Der EBM behandelt die Gesprächsleistungen derart stiefmütterlich, dass damit höchstens die Praxisunkosten zu erwirtschaften sind. Was aber schlecht honoriert wird, das wird auch wenig gemacht.

### Ziele und Aktivitäten:

Wir beteiligen uns aktiv an Fortbildungsveranstaltungen und halten Vorträge oder führen Seminare durch. Wir beraten Mitglieder bei individuellen Fortbildungsfragen. Unser Fachwissen bringen wir in Leitlinienkonferenzen mit ein, so jüngst bei der Leitlinie „Dyskalkulie“. Bei der Neuregelung einer grundständigen Psychotherapieausbildung tragen wir Informationen zusammen und versuchen uns einzumischen. Praktisch geschieht das in der „Ständigen Konferenz ärztlich-psychotherapeutischer Verbände“ (STÄKO), die die Bundesärztekammer berät. Beteiligt sind wir auch an der Entwicklung der neuen GOÄ, in dem wir uns konstruktiv bei den Beratungen zum Kapitel G mit den Inhalten Neurologie/Neuropädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie mit einbringen. So streben wir eine abrechenbare Leistung zur Teilnahme an extramuralen Fallkonferenzen mit der Jugendhilfe an, deren Implementierung ein erster Schritt zur Übernahme in den EBM sein kann.

Mit dem Vorsitzenden des **Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)**, Gundolf Berg, haben wir die Bildung einer Arbeitsgruppe vereinbart, die eine bessere Zusammenarbeit der beiden Fachgruppen zum Ziel hat. Statt Abgrenzungsproblemen sollen die Potentiale für eine Konvergenz in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und der Vertretung in politischen und Standesgremien gesucht werden. Dazu ist derzeit ein gemeinsames Grundsatzpapier in Arbeit.

Das letzte Jahr stand unter den Zeichen des großen **Flüchtlingsstroms**. Verschiedene Veranstaltungen beschäftigten sich dabei auch mit den psychischen und psychosomatischen Folgen, wovon der Ausschussprecher im entsprechenden PädInform-Ordner „Psychotherapie“ und auch im „Kinder- und Jugendarzt“ berichtete.

Das ist ein Ausschnitt von unseren Bemühungen, die auch dem Ziel dienen, dass Kinder- und Jugendärzte nicht nur in dem spannenden Bereich der Gesprächsmedizin tätig sind, sondern dass sie und der BVKJ auch in den ärztlichen Standesvertretungen der Politik und in den Medien so wahrgenommen werden und Gehör finden.

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

## Ausschuss Qualitätsmanagement

### Mitglieder:

Dr. Ralf Moebus (Sprecher), Dr. Christoph Bornhöft, Dominik A. Ewald

### CIRS-Pädiatrie:

Der Vorschlag der ÄZQ wurde im Ausschuss diskutiert, der Nutzen der Fortführung des CIRS Pädiatrie erschien zu gering für die erwarteten Kosten. Blick auf „Jeder Fehler zählt“ ergibt zwar Ideen für z.B. Aktionsmonate, es zeigte sich aber auch hier eine sehr geringe „Berichtsfreudigkeit“. Dem Vorstand wurde nahegelegt, CIRS Pädiatrie nicht weiter zu finanzieren. Projekt 2016: Im Rahmen der Fort- und Weiterbildungen zur Patientensicherheit CIRSmedical bewerben. Einbindung in Pädiatrie und Praxisfieber.

### COSI

Der Excel-Fragebogen zur Erfassung der Anwendbarkeit der COSI-Indikatoren wurde Mitte Juli 2016 an die Länder-Koordinatoren von 16 Ländern geschickt. Sie wurden gebeten, den Fragebogen als Prä-Pilot-Test jeweils in einer Ausfertigung auszufüllen und bis Ende Juli zurückzusenden. Angeschrieben wurden zunächst 16 Länder, von denen 15 ECPCP Mitgliedsländer sind, die sich zur Mitarbeit verpflichtet oder Interesse signalisiert haben (Österreich, Zypern, Ungarn, Tschechische Republik, Finnland, Frankreich, Deutschland, Israel, Italien, Litauen, Holland, Portugal, Slowenien, Slowakei, Spanien, Schweiz) Es besteht eine gute Chance, dass nach der Realisierung des Aufwandes dann mindestens 10 Länder übrigbleiben, die an der Studie mit jeweils 10 Praxen teilnehmen.

Dominik Ewald ist der nationale Koordinatoren für Deutschland. Wie in anderen Ländern wurden 10 Praxen ausgewählt und bekamen den Fragebogen zugeschickt.

### eZAP

Projekt der KBV startete nach zweimaliger Verschiebung vom März in den April, Informationsfluss aus der KBV zu KVH sehr unbefriedigend.

### Beteiligung am Projekt „Zertifizierungskommission Kinderonkologie“

Inhalte der 1. Sitzung wurden über ein Protokoll vermittelt, die Schnittstelle zur ambulanten Medizin ist nicht klar genug dargestellt.

## Kongress Aktionsbündnis Patientensicherheit

Im Rahmen der alljährlichen Jahrestagung des APS wurden aus dem ambulanten Bereich kaum Themen zur Patientensicherheit vorgestellt.

*Dr. Ralph Moebus*

## Fortbildungsausschuss

### Mitglieder:

Prof. Dr. Klaus-Michael Keller (Sprecher), Dr. Herbert Schade, Dr. Steffen Lüder

Die angebotenen Tagungen werden weiterhin sehr gut bis gut angenommen mit TN-Zahlen in etwa wie in den Vorjahren, wobei die TN in Berlin und Bad Orb rückläufig sind.

**Der 43. HSK vom 9.10.-14.10.15 stand unter dem Oberthema Fehlbildungen.**

Die TN-Zahl führte zu intensiven Diskussionen über die Zukunft des HSK in Bad Orb. Tagungsort, -zeitpunkt, Dauer, Tagungsablauf etc.

Bad Orb erscheint den Jüngeren wenig attraktiv, die Dauer heutzutage zu lang (jüngere bevorzugen 1-Tages-Veranstaltungen an attraktiven Orten mit Skript, mehr Seminare, weniger Frontalvorträge).

Beschlossen wurde im FoBi-Ausschuss: der Ort Bad Orb ist für den BVKJ mit seinen Gremien, Platzbedarf und aus Kostengründen z.Zt. konkurrenzlos, weil größere Städte zu teuer sind. Wir können und wollen vom BVKJ mit den Industriegesponserten Veranstaltungen nicht konkurrieren.

Bad Orb wurde bereits 2016 umstrukturiert: 1 Tag kürzer, d.h. ein Tag weniger Praxisschluss und Vertreterkosten. Mehr Seminare, weniger Vorträge, d.h. weni-

ger dicht, mehr Platz für Diskussionen, kollegialer Austausch und work-life-balance. Der Zeitpunkt erscheint z.Zt. ebenfalls unveränderbar, d.h. fällt für manche Bundesländer immer mal in die Herbstferien.

**Der 13. Assistentenkongress in München 07.-10.4.16** unter der Leitung von Prof. R.G. Schmidt, Altötting, in hervorragender Kooperation mit den Direktoren der Münchner Kinderkliniken, verlief wieder sehr erfolgreich mit anhaltend steigenden sehr guten Teilnehmerzahlen. Hier wurde im Fortbildungsausschuss kritisch angemerkt, dass in diesem Kongress wie auch schon im Jahr zuvor in Köln von über 50 Vortragenden oder Seminarleitern nur eine Handvoll aus den pädiatrischen Praxen stammten. Das erscheint uns in einem Kongress für Assistenten der Pädiatrie, die ja überwiegend später in die Niederlassung gehen werden, zu wenig, um die ambulante Kinder- und Jugendmedizin in der Niederlassung ausreichend und als prospektive Chance für die jungen Ärzte/Innen darzustellen und zu repräsentieren, und auch die künftige Rolle des BVKJ für die Niedergelassenen aufzuzeigen.

**Der 46. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin fand vom 17.-19.6.2016 statt.** Die TN-Zahlen bei den ärztlichen TN als auch bei den MFAs waren rückläufig. Wir kamen trotz schon hervorragenden Presseechos in den letzten Jahren dieses Jahr auch wieder auf sehr gute Reaktionen in den Medien.

Auch für Berlin wird das Thema heißen: **das chronisch kranke Kind – gesellschaftliche Herausforderungen.** Ein Schwerpunkt wird ein Vortrag zur fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) sein. Im Fortbildungsausschuss sind wir überein gekommen, dieses große Thema in Abweichung von sonstigen Gepflogenheiten auch als das Oberthema für den HSK Bad Orb 2017 zu nehmen.

*Prof. Dr. K.-M. Keller*

*Red.: WH*

# Arzthaftung für den Kinder- und Jugendarzt

## Teil 1

Zwischen 2004 und 2014 hat sich die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle um 152 Mio. auf 688 Mio. Fälle erhöht. Im Jahr 2015 wurden von Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bundesweit insgesamt 7.215 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. Dabei lag in 2.132 Fällen ein Behandlungsfehler vor; in 1.774 Fällen wurde ein Behandlungsfehler/Risikoaufklärungsmangel als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete.



Dr. Christian Maus

**A**uch wenn damit das statistische Risiko eines Verfahrens gegen einen Arzt gering ist und sich auch nur in wenigen Fällen der Vorwurf bestätigt, fürchten viele Ärzte den Vorwurf eines Behandlungsfehlers, zumal manche Fälle von den Patienten auch an die Öffentlichkeit getragen werden, so dass – unabhängig von der Bestätigung des Behandlungsfehlers – die Reputation des betroffenen Arztes geschädigt wird.

### I. Rechtsgrundlagen: Das Patientenrechtegesetz

Bis zum Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes am 26.02.2013, welches das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) um die §§ 630a bis 630h ergänzte, basierte das Arzthaftungsrecht auf den bestehenden Vorschriften des BGB und der dazu ergangenen Rechtsprechung.

#### • Der Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag ist als Dienstvertrag einzuordnen. Durch § 630a Abs. 1 BGB wird der Behandelnde verpflichtet, die versprochene Behandlung zu leisten, während der Patient zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet wird, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist. Die Einschränkung gilt insbesondere für gesetzlich krankenversicherte Patienten.

§ 630a Abs. 2 BGB bestimmt, dass die **Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards** zu erfolgen hat, soweit nicht etwas Anderes vereinbart ist. Den „Standard“ definiert das Gesetz nicht. Man versteht darunter „diejenige Behandlung, die ein durchschnittlich qualifizierter Arzt des jeweiligen Fachgebietes nach dem jeweiligen Stand von medizinischer Wissenschaft und Praxis an Kenntnissen, Wissen, Können und Aufmerksamkeit zu erbringen in der Lage ist“.

Da § 630a Abs. 2 BGB die Möglichkeit einer vom Standard abweichenden Behandlung vorsieht, können Heilversuche, Neulandmethoden oder auch medizinisch nicht notwendige Behandlungen und

die Unterschreitung allgemein gültiger Standards vereinbart werden.

#### • Informations- und Aufklärungspflichten des Arztes

§ 630c Abs. 2 BGB verpflichtet den Behandelnden, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

**Neu ist die in § 630c Abs. 2 S. 3 BGB eingeführte Verpflichtung des Behandelnden, den Patienten über erkennbare eigene Behandlungsfehler sowie Fehler des vorbehandelnden Arztes zu informieren, allerdings nur dann, wenn er ausdrücklich danach gefragt wird, oder wenn eine entsprechende Information zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren für den Patienten erforderlich ist.**

Erfolgt die Information durch denjenigen, dem der Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf diese Information zu Beweis Zwecken in einem gegen ihn geführten Strafverfahren nur mit seiner Zustimmung verwendet werden. Diese Verpflichtung steht in einem Spannungsverhältnis zur Vorgabe aus den Haftpflichtverträgen, nicht ohne Zustimmung der Versicherung die Schuld anzuerkennen; andererseits bedeutet nicht jeder Fehler auch gleich eine Haftung. § 630c Abs. 3 BGB regelt die „wirtschaftliche Aufklärungspflicht“ des Behandelnden. Weiß dieser, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er dem Patienten vor Beginn der Behandlung die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform mitteilen. Für die Wahrung der Textform reicht eine E-Mail. Die Anforderungen an die wirtschaftliche Aufklärung sind bei gesetz-



Dr. Kyrill Makoski

lich krankenversicherten Patienten höher, da der Arzt üblicherweise die für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Richtlinien kennt.

Wenn also der Arzt weiß oder wissen muss, dass die GKV die Kosten der geplanten Behandlung nicht übernehmen wird, hat er den Patienten hiervon in Textform zu informieren. Ist der Patient hingegen privat versichert, ist es in der Regel dessen Aufgabe, sich zu vergewissern, welche Leistungen seine Versicherung übernimmt.

Ist die Behandlung unaufschiebbar oder verzichtet der Patient ausdrücklich darauf, bedarf es der Information des Patienten nicht (§ 630c Abs. 4 BGB).

### • Einwilligung und Aufklärung

#### • Einwilligung

Grundsätzlich stellt ein medizinischer Heileingriff eine Körperverletzung nach § 223 Strafgesetzbuch (StGB) dar. Dieser Eingriff ist nur dann nicht rechtswidrig, wenn der Patient vor dem Eingriff wirksam eingewilligt hat. Dies setzt voraus, dass der Patient (oder bei einem einwilligungsunfähigen Patienten der zur Einwilligung Berechtigte) nach Maßgabe von § 630e Abs. 1 bis 4 BGB aufgeklärt worden ist (§ 630d Abs. 2 BGB). Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen formlos widerrufen werden (§ 630d Abs. 3 BGB).

#### • Aufklärung

Die Aufklärungspflichten des Behandelnden regelt § 630e BGB. Er ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, zu denen insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie gehören. Auch ist auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können (§ 630e Abs. 1 BGB).

Gemäß § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB muss die Aufklärung mündlich durch eine kompetente Person, also entweder durch den Behandelnden selbst oder eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; **eine Übertragung der Aufklärung auf nichtärztliche Mitarbeiter ist damit ausgeschlossen!** Es kann – muss aber nicht – auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält. Die mündliche Aufklärung kann durch eine kurze Notiz in der Patientenakte dokumentiert werden. In diesen Fällen ist es allerdings sinnvoll, die mündliche Aufklärung in Anwesenheit eines Zeugen (z.B. MFA) durchzuführen, um sie in einem möglichen Gerichtsverfahren im Zweifel beweisen zu können.

Bei umfangreicheren und insbesondere riskanteren Eingriffen sollte eine Dokumentation der Aufklärung durch ein standardisiertes Aufklärungsformular gewährleistet werden, das der Patient zu unterzeichnen hat. Hiervon ist dem Patienten eine Abschrift auszuhändigen. Bestreitet ein Patient in einem Gerichtsverfahren die Aufklärung, wird durch eine vom Patienten unterzeichnete Urkunde (widerlegbar) vermutet, dass die Aufklärung tatsächlich stattgefunden hat. Fügt der Aufklärende in das Formular über den standardisierten Text hinaus noch handschriftliche Anmerkungen ein, die sich auf den individuellen Fall beziehen, ist es für das Gericht in der Regel noch plausibler, dass die Aufklärung im dokumentierten Umfang tatsächlich stattgefunden hat.

Die Aufklärung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann (§ 630e Abs. 2 Nr. 2 BGB) und muss für den Patienten verständlich sein (§ 630e Abs. 2 Nr. 3 BGB). Sind Patienten der deutschen Sprache nicht mächtig, sollte ein Dolmetscher hinzugezogen werden, dessen Kosten vom Patienten zu tragen sind. Nur bei Hörbehinderten gibt es einen Anspruch auf Erstattung von Dolmetscherkosten (siehe § 17 Abs. 2 S. 1 SGB I). Hinsichtlich der Rechtzeitigkeit gilt bei größeren Eingriffen eine Faustregel von 24 Stunden. In jedem Fall muss die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient noch „Nein“ sagen kann; dies gilt auch im Rahmen der ambulanten Versorgung.

Insbesondere bei der Behandlung Minderjähriger ist die Frage des Aufklärungsadressaten praxisrelevant. § 630d Abs. 2 BGB setzt voraus, dass der Erziehungsberechtigte aufgeklärt worden ist und in den Eingriff einwilligt. Dies bestimmt auch § 630e Abs. 4 BGB. **Allerdings sind die wesentlichen Umstände der Aufklärung auch dem minderjährigen Patienten zu erläutern, sobald dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft (§ 630e Abs. 5 BGB).** Je älter und einwilligungsfähiger der nicht volljährige Patient ist, desto mehr ist er in den Aufklärungs- und Einwilligungprozess einzubeziehen. Besonderheiten der Aufklärung bei Kindern und Jugendlichen werden in Teil 2 dargestellt.

### • Dokumentation der Behandlung

§ 630f Abs. 1 BGB bestimmt, dass der Behandelnde verpflichtet ist, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine **Patientenakte in Papierform oder elektronisch** zu führen. Berichtigungen und Änderungen sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Diese Voraussetzung

ist auch für eine elektronisch geführte Patientenakte sicherzustellen.

Ziel dieser Regelung war die Sicherstellung „einer fälschungssicheren Organisation der Dokumentation in Anlehnung an die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung, wie sie bereits im Handelsgesetzbuch sowie in der Abgabenordnung geregelt sind.“ (BT-Drs. 17/10488, S. 26).

Will der Behandelnde also einen Passus der Patientenakte ändern, kann er diesen nicht mehr ersatzlos herausnehmen; der Passus ist erkennbar durchzustreichen und die geänderte Eintragung ergänzend hinzuzufügen.

**Zu dokumentieren hat der Behandelnde** gemäß § 630f Abs. 2 BGB sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen. Die Dokumentation hat der Behandelnde **10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB)**. Bei Kindern sollte die Dokumentation erst 10 Jahre nach Volljährigkeit vernichtet werden, da so lange noch Haftungsansprüche drohen.

#### • **Einsichtnahme in die Patientenakte**

- Nach § 630g Abs. 1 BGB ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist durch den Behandler zu begründen. Grundsätzlich hat die Einsichtnahme an dem Ort stattzufinden, an dem sich die Akte befindet (§ 811 BGB). Der Patient ist aber berechtigt, selber oder durch einen Beauftragten (z.B. Rechtsanwalt) gegen Kostenerstattung (Porto- und Kopierkosten) Kopien oder auch elektronische Abschriften aus der Patientenakte zu verlangen.
- Verstirbt der Patient, geht das Einsichtnahmerecht gemäß § 630g Abs. 3 BGB auf die Erben über, falls diese die Wahrnehmung vermögensrechtlicher Interessen beabsichtigen. Gleiches gilt für nächste Angehörige des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Der Arzt hat für sich zu prüfen, ob der verstorbene Patient ihn mutmaßlich von der Schweigepflicht entbunden hätte (**OLG München**, Beschl. v. 19.09.2011 – 1 W 1320/11, GesR 2011, 674, 675). Allerdings wird diese Bereitschaft des verstorbenen Patienten vermutet; nimmt der Arzt etwas Anderes an, muss er dies beweisen.
- **Das Einsichtsrecht steht beiden Erziehungsberechtigten gemeinsam zu.** Macht nur ein Elternteil

ein Akteneinsichtsrecht geltend (was gerade in Trennungsfällen häufig ist), darf der Kinder- und Jugendarzt diese Erfüllung des Begehrens davon abhängig machen, dass der andere Elternteil zustimmt. Erfolgt dies nicht, haben die Eltern ihren Streit gesondert auszutragen, aber bitte ohne den Kinderarzt.

#### • **Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler**

§ 630h BGB bildet die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht ab. Es ist nicht zu einer Beweislastumkehr zugunsten des Patienten gekommen, wie häufig gefordert wurde.

Der Patient muss den Behandlungsfehler, den dadurch entstandenen Schaden an Körper oder Gesundheit (sog. Primärschaden) sowie alle darauf basierenden Folgeschäden (Sekundärschäden) einschließlich des Kausalzusammenhangs beweisen.

Ausnahmen von dieser Grundregel beinhaltet § 630h Abs. 1 BGB. Danach wird ein Fehler des Behandelnden vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. In diesen Fällen muss der Arzt widerlegen, dass er einen Fehler gemacht hat bzw. beweisen, dass eine andere Ursache den Schaden beim Patienten verursacht hat.

Daneben hat der Behandelnde gemäß § 630h Abs. 2 BGB zu beweisen, dass er den Patienten ordnungsgemäß aufgeklärt und dieser in den Eingriff eingewilligt hat.

§ 630h Abs. 3 BGB betrifft die bereits in der Rechtsprechung entwickelte Beweiserleichterung für den Patienten, wenn der Behandelnde eine medizinisch gebotene Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet hat oder aber die Patientenakte entgegen der Fristvorschrift nicht aufbewahrt. In diesen Fällen wird (widerlegbar) vermutet, dass der Behandelnde die Maßnahme gar nicht durchgeführt hat.

Wird ein Eingriff durch einen für die vorgenommene Behandlung nicht befähigten Behandelnden durchgeführt („Anfängereingriff“), wird ebenfalls vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten ursächlich war.

§ 630h Abs. 5 BGB kodifiziert erstmals den juristischen Begriff des sogenannten „groben Behandlungsfehlers“. Ein Behandlungsfehler ist vom Gericht (nach sachverständiger Beratung) als grob zu beurteilen, wenn dieser aus objektiver Sicht bei Anlegung des für den Behandelnden geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes schlichtweg unverständlich erscheint. In diesen Fällen tritt eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten ein. Der Arzt muss beweisen, dass der Behandlungsfeh-

ler nicht ursächlich für den eingetretenen Primärschaden war.

Die Beweislastumkehr greift auch ein, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

#### • Zusammenfassung und Ausblick

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung hieß es, lückenhafte Regelungen, auch die Komplexität der Medizin und die Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten verlangten nach einem gesetzlichen Rahmen, der Patienten und Behandelnde „auf Augenhöhe“ bringe. Das Gesetz solle mehr Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bestehenden Patientenrechte und eine bessere Rechtsdurchsetzung und verbesserte Gesundheitsversorgung gewährleisten. Inhaltlich enthält das Patientenrechtegesetz im Vergleich zur jahrzehntelangen Rechtsprechung jedoch wenig Neues. Arzt und Patient wissen allerdings nun, wo ihre Rechte und Pflichten niederge-

schrieben sind. Auf die Auseinandersetzung mit der einschlägigen arzthaftungsrechtlichen Rechtsprechung kann jedoch nicht verzichtet werden.

*Fortsetzung erfolgt in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift*

**Dr. Christian Maus, Dr. Kyrill Makoski, Rechtsanwälte,  
Fachanwälte für Medizinrecht  
Möller und Partner, Düsseldorf**

*Red.: WH*

### Neue Materialien

Stuhlfarbkarten und eine Tischvorlage „Musterbeispiele für Vorsorgeabrechnungen“ werden zurzeit mit freundlicher Unterstützung von Norgine erstellt und sind bald im Online-Shop der BVKJ-Service GmbH zu beziehen.

Zusätzlich werden alle niedergelassenen Mitglieder im Februar 2017 jeweils ein Muster dieser beiden neuen Materialien erhalten.

Immer mehr Patienten suchen ihren Arzt online –  
Optimieren Sie Ihren Praxisauftritt bei [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

## Ist Ihre Praxis online zu finden?

**M**ehr als die Hälfte aller Internetnutzer sucht inzwischen online nach ihrem Arzt. In den jüngeren Altersgruppen informieren sich bis zu 70% im Web über Ärzte und Praxen (GfK-Studie). Die Patientenseite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte – [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) – wird jeden Monat von mehr als 800.000 Nutzern besucht – bis zu 86.000 Suchanfragen werden monatlich in der Rubrik Arztsuche registriert. Deshalb ist es besonders wichtig, regelmäßig zu überprüfen, ob der eigene Internetauftritt noch aktuell ist und wichtige Informationen zu Ansprechpartnern und Praxis auch verfügbar sind. Nachfolgend haben wir die wichtigen Informationen für einen guten Praxisauftritt im Internet für Sie zusammengestellt.

### Welche Inhalte sollten auf jeden Fall in der Homepage stehen?

- **Wie und wann erreiche ich die Praxis?**  
Zu den grundlegenden Informationen der Startseite gehören die Adresse, die Kontaktdaten sowie die Öffnungszeiten- bzw. Sprechzeiten Ihrer Praxis. Informieren Sie an dieser Stelle auch rechtzeitig über mögliche Ferien-/Urlaubszeiten und geben Ihre Urlaubsvertretung an.  
Sprechen Sie und/oder Ihr Praxisteam mehrere Fremdsprachen? Auch dieser Punkt sollte unbedingt erwähnt werden.
- **Was müssen Patientinnen/Patienten beachten?**  
Teilen Sie den Patientinnen/Patienten mit, ob sie z.B. bestimmte Unterlagen zum (Erst-)Termin mitbringen müssen (z.B. Untersuchungsergebnisse, Impfausweis etc.). Generelle Praxis-Informationen oder Fragebögen zur Erstanmeldung können auf der Homepage auch als Download hinterlegt werden, so können Eltern die Anmeldung schon ausgefüllt mitbringen.
- **Mit wem habe ich es zu tun?**  
Geben Sie dem Besucher die Chance, sich ein Bild von Ihnen, Ihren Fähigkeiten und Ihrem Team zu machen. Informationen zu Ihrer Person und Ihren Spezialgebieten/Schwerpunkten sind sinnvoll. Stellen Sie sich selbst und – zumindest die wichtigsten – Team-Mitglieder, mit denen Eltern mit ihren Kindern immer wieder in Kontakt kommen, vor. Dabei sind auch Bilder immer gern gesehen.
- **Welche Leistungen bieten Sie an?**  
Verschaffen Sie dem Besucher entsprechend den Vorgaben der Berufsordnung einen Überblick über Ihre Praxis, Ihr Leistungsspektrum und Ihre Spezialgebiete – halten Sie diese übersichtlich, allgemeinverständlich und fügen Sie nähere Informationen zu einzelnen Punkten erst im Anschluss ein. Besonders Praxisschwerpunkte und spezielle Behandlungsfor-

men verdienen eine ausführliche Präsentation, ein ideales Thema, um Ihre Stärken ausführlich auf einer eigenen Inhaltsseite der Homepage zu vorzustellen.

- **Stellen Sie die Besonderheiten Ihrer Praxis heraus**  
Dazu gehören neben Fremdsprachen z.B. Kursangebote, Kooperationen, individuelle Gesundheitsleistungen, Qualitätsmanagement etc.
- **Wo finde ich die Praxis?**  
Ein Stadtplan wird bei unseren Plattformen automatisch ergänzt, aber wir empfehlen noch nähere Angaben zu Parkplätzen, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie zum Zugang zur Praxis (Gibt es einen Lift? Ist das Haus behindertengerecht ausgestattet und für Kinderwagen geeignet?). Ist Ihre Praxis schwer aufzufinden, überlegen Sie, eine detaillierte Skizze anzufügen. Auch Hinweise zu Einkaufsmöglichkeiten/Apotheken in der Nähe sind möglich.

### Mehr als eine elektronische Visitenkarte

Bei einer Praxis-Homepage sollte es sich nicht einfach um eine elektronische Visitenkarte, sondern um ein vielseitiges und wichtiges Kommunikationsmittel handeln. Gerade die jüngere Eltern generation ist neuen Medien gegenüber aufgeschlossen und weiß, wie sie das Internet nutzen kann, um sich Informationen zu beschaffen – auch hinsichtlich des richtigen medizinischen Ansprechpartners. Stellen Sie also sicher, dass Sie sich, Ihr Team und Ihre Praxis mit dem gebührenden Umfang an Informationen präsentieren – denn: nur was in der Homepage drin steht, kann von Interessenten auch gefunden werden!

- „Fasse Dich kurz“ mag also an vielen Stellen gelten, jedoch nur begrenzt im Internet.  
Je ausführlicher Sie sich und Ihre Praxis präsentieren, desto bessere Chancen hat Ihre Praxishomepage, auch im Internet gefunden zu werden.

#### Sie haben noch Fragen?

Unser Support-Team beantwortet gerne Ihre Fragen rund um Ihre Homepage und steht Ihnen mit Rat und Tat zur Seite. Falls Sie mit Ihrer Praxis noch nicht bei [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) registriert sind, sollten Sie sich zeitnah anmelden. Bei Anmeldungen bis zum 31.01.2017 entfällt die Einrichtungsgebühr.

**Kontakt: Steven Monks, Tel.: 00 49 89/64 24 82 - 12**  
**E-Mail: [support@kinderaerzte-im-netz.de](mailto:support@kinderaerzte-im-netz.de)**  
**Joachim Hecht**

Red.: WH

# Ihre Praxis-Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de



Herausgegeben vom  
**BVKJ.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Ihre Anmeldung

- Einzelpraxis**  
8,- € monatlich zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis/Praxismgemeinschaft\***  
12,- € monatlich zzgl. MwSt.

### Aktivieren Sie folgende kostenlose Extras:

- Aktuelle Meldungen von  
www.kinderaerzte-im-netz.de
- Vorsorge- und Impferinnerungsdienst
- BMI-Rechner

**Sonderaktion  
bis 31.01.2017**

Kostenfreie Erstellung  
Ihrer Praxis-Homepage

Im Rahmen der Sonderaktion entfällt die einmalige Erstellungsgebühr.  
\* Preis für MVZs mit mehreren Standorten auf Anfrage

Titel, Name, Vorname

Internetadresse (falls vorhanden)

weitere Ärzte

Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister,  
Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

Straße, Hausnummer

- Ich/Wir bestätige/n, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.
- Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unsere bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

PLZ, Ort, Stadtteil

Sprechstunden, Besonderheiten, Schwerpunkte, Fremdsprachen

Telefon

Fax

E-Mail für Korrespondenz

E-Mail für Ihre Praxis-Homepage

### So können Sie sich anmelden:



per Fax an:  
089 / 64 20 95 29



Monks - Ärzte im Netz GmbH  
"Kinderärzte im Netz"  
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



Sie haben Fragen?  
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12/17  
E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de

### Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ0000700791  
Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks - Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks - Ärzte im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden Sie unter:  
[www.monks-aerzte-im-netz.de](http://www.monks-aerzte-im-netz.de)



Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

▶ **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“**  
Infos und Anmeldung unter  
[www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp)

Datum, Ort und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich Ihre AGB (siehe: [www.monks-aerzte-im-netz.de/agb](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/agb)).  
Widerrufrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160885, USt-IdNr.: DE 246543509

Wir senden mit den von Ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post oder E-Mail von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. Fotos, Praxis-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail zuschicken. Bis zu 10 Bilder und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.

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

# Kinderkardiologie in der Praxis

Die Kinderkardiologie ist das Spezialgebiet innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin, welches sich mit der Diagnose und Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems beschäftigt. Der Kinderkardiologe ist aber oft auch Arzt für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern.



Dr. Stefan Renz

Der **Erwerb der Schwerpunktbezeichnung** baut auf der Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin auf und dauert **36 Monate**, davon können 12 Monate während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden, 18 Monate im ambulanten Bereich.

**Angeborene Herzfehler** gehören zu den häufigsten angeborenen Anomalien des Menschen. Etwa 0,8-1% aller Neugeborenen haben einen angeborenen Herzfehler. Das sind in Deutschland **jedes Jahr 6.500-7.500 Kinder**. Dabei handelt es sich in 61% um sog. einfache Herzdefekte, die spontan ausheilen oder mit einem einzelnen Eingriff kuriert werden können. 27% der Kinder haben einen mittelschweren und 12% einen schweren Herzfehler. Hier sind häufig mehrfache Herzoperationen und Herzkatheterisierungen erforderlich.

Da die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht haben, erreichen mehr als 90 % unserer Patienten das Erwachsenenalter. Wir gehen von etwa 200.000 Erwachsenen mit operierten angeborenen Herzfehlern in Deutschland aus.

### Die aktuelle Situation

Die Kinderkardiologische Versorgung erfolgt (Stand 2014) durch

30 Kinderherzzentren,  
67 Kinderkliniken und  
171 Kinderkardiologische Praxen, in denen etwa  
273 niedergelassene Kinderkardiologen tätig sind.

Die meisten von ihnen finden sich in den Ballungszentren, nur wenige in Flächenstaaten. Sie übernehmen den Hauptanteil der ambulanten kinder-kardiologischen wohnortnahen Versorgung.

In den Zentren wurden 2014 insgesamt 8.565 Herzkatheteruntersuchungen und 7.923 Operationen am Herzen und den herznahen Gefäßen durchgeführt.

60% der getätigten Herzkathetermaßnahmen waren interventioneller Natur. Diese Eingriffe betrafen alle Altersgruppen vom Neugeborenen- bis zum Erwachsenenalter.

Alle Praxen sind mit einem 12 Kanal EKG, einem elektronischen Blutdruckgerät, Pulsoxymetrie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG und Langzeit-RR sowie einem Farbdopplerechokardiographiegerät ausgestattet. Ein sog. Event Recorder gehört ebenfalls bei vielen zum Praxisinventar. Einige bieten darüber hinaus eine Spiroergometrie oder Schrittmachereinstellung an. Wenige Kollegen führen MRT Untersuchungen durch, in der Regel in Kooperation mit Kliniken oder radiologischen Praxen.

### Untersuchungsablauf

Bei Neugeborenen oder symptomatischen Kindern versuchen wir eine Untersuchung am selben Tag anzubieten, bei älteren Kindern ohne Symptome sind Wartezeiten einzukalkulieren. In der Regel ist die Untersuchung strukturiert und beginnt nach kurzer Anamnese mit 12 Kanal EKG; RR Messung an allen 4 Extremitäten und Pulsoxymetrie. Danach erfolgt die ausführliche Eigen- und Familienanamnese, die körperliche Untersuchung, oft schon gefolgt von einer Verdachtsdiagnose. Anschließend die Echokardiographie.

### Gründe für die Überweisung

- Im Neugeborenenalter sind Anfragen aus den Geburtskliniken oder von Kolleginnen und Kollegen bei der U2 häufig. Durch ein nahezu flächendeckendes Pulsoxymetriescreening werden hämodynamisch relevante **Herzfehler** oft schon postpartal detektiert. Die häufigste und harmloseste Diagnose ist ein kleiner muskulärer Ventrikelseptumdefekt, der ein charakteristisches Geräusch macht, so dass man in der Regel schon nach der klinischen Untersuchung die aufgeregten Eltern beruhigen kann. Es finden sich aber natürlich zu diesem Zeitpunkt auch alle relevanten Vitien, wie Klappenstenosen, Trans-

position der großen Arterien, Fallot-Tetralogie und Aortenisthmusstenose. Ein offenes Foramen ovale ist beim Neugeborenen normal und verursacht - anders als oft den Eltern vermittelt - kein Geräusch. Harmlose systolische Geräusche mit Ausstrahlung in den Rücken entstehen durch Turbulenzen an den peripheren Pulmonalarterien, häufig links.

- Bei älteren Kindern überwiegen die sog. **akzidentellen Geräusche**. Hier gilt es zunächst, die Eltern nicht zu sehr zu verunsichern, je älter das Kind bei erstmals aufgetretenen Herzgeräusch, umso unwahrscheinlicher, dass es sich um einen Herzfehler handelt. **Zwei Ausnahmen** von dieser Regel: Der Vorhofseptumdefekt, bei dem man oft nur die relative Pulmonalstenose und den gespaltenen zweiten Herzton hört. Und die Aortenisthmusstenose, die, wenn man nicht regelhaft nach den Leistenpulsen sucht, leider zu oft erst spät erkannt wird, entweder am Geräusch im Rücken zwischen den Scapulae oder am arteriellen Hypertonus. Verminderte Belastbarkeit und Schmerzen im Thorax sind häufige - und oft harmlose - Vorstellungsanlässe im Jugendalter.
- Die Abklärung und Behandlung eines **erhöhten Blutdrucks** ist ein weiterer zentraler Teil der Arbeit. Die Inzidenz der Hypertonie ist steigend.
- Viele Kinder und Jugendliche stellen sich mit „**Herzrasen**“ vor. Durch eine sorgfältige Anamnese, unterstützt durch Langzeit EKG und manchmal Ereignis Rekorder gelingt es in der Regel, zwischen Reentry- oder ektopen Tachykardien und funktionellen Störungen zu unterscheiden. Die Therapie erfolgt oft in Zusammenarbeit mit einem Zentrum.
- Die anspruchsvollste, aber auch am meisten befriedigende Aufgabe ist die Betreuung der **chronisch kranken Herzpatienten** und - das ist sehr wichtig - ihrer Familien. Das ist Sozialpädiatrie im eigentlichen Sinne. Viele unserer Patienten müssen mehrfach operiert werden, vereinfacht ausgedrückt „einmal Herzfehler - immer Herzfehler“, wir begleiten sie vom Kindergarten über die Schule bis zur Berufswahl. Oftmals sind die Auswirkungen des Herzfehlers auf die Lebensqualität bedeutender, als es die Eltern ursprünglich geahnt haben.
- Eine besondere Gruppe stellen die **Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler** (EMAH) dar. Wie schon oben angeführt, leben in Deutschland durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten der letzten Jahre etwa 200.000 Erwachsene, die im Kindesalter am Herzen operiert wurden (und danach oft noch mehrmals). Durch eine sinnvolle und konstruktive Kooperation von Kardiologen und Kinderkardiologen wurde schon frühzeitig eine Zertifizierung geschaffen, so dass es jetzt in Deutschland etwa 273 EMAH zertifizierte Kardiologen gibt, die man unter [www.emah.de](http://www.emah.de) finden kann. Zusammen mit den EMAH Zentren ist eine Struktur geschaffen,

die in der Regel eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht. Leider ist die Abrechnung der EMHA Sprechstunde in vielen KV Bezirken nicht endgültig geklärt.

- Die Telemedizin ist ein neues Gebiet auch für die Kardiologie. In **Paedexpert**® ist bis jetzt (und auch das nur in Bayern) einzig das unklare EKG als Modul vorhanden. Es sind weitere Module in Arbeit, wie Synkopen und unklare Tachykardien.

## Honorarsituation

Die „typische“ kinder-kardiologische Untersuchung wird mit der Komplexleistung nach 04410 abgerechnet. Darin ist obligatorisch die Dopplerechokardiographie eingeschlossen, und bei Bedarf auch die Langzeit EKG- oder RR-Messung sowie die Ergometrie. Unterfinanziert ist die postoperative Betreuung von Patienten, die nach der Herzoperation ambulant weiterbehandelt werden. Die Pauschale ist nur einmal im Quartal abzurechnen, manche der operierten Patienten müssen wegen der Gefahr von Perikardergüssen alle zwei Wochen kontrolliert werden. Hier besteht Nachbesserungsbedarf. Ebenso wie bei der Betreuung der EMAH.

## Zusammenfassung

Die Pädiatrische Kardiologie ist ein lebendiges Fach, das großartige Möglichkeiten in der Niederlassung bietet. Die niedergelassenen Kinderkardiologen übernehmen den Großteil der wohnortnahen ambulanten spezialisierten Versorgung. Alle nichtinvasiven Untersuchungen werden in den Praxen angeboten, die weitergehende Diagnostik und Therapie erfolgt in der Regel in enger Kooperation mit einem Zentrum.

## Organisation

Die Pädiatrischen Kardiologen sind in der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) organisiert. <http://www.kinderkardiologie.org>, in Europa in der Association for European Pediatric and congenital Cardiology (AEPC) <http://www.aepc.org/>

Die niedergelassenen Kinderkardiologen haben ihre eigene Arbeitsgemeinschaft: Die ANKK: <http://ankk.de/>

Kardiologen mit der Zertifizierung für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern finden Sie unter: <http://emah.dgk.org/index.php?id=356>

*Dr. med. Stefan Renz*  
20357 Hamburg  
E-Mail: [s.renz@hamburg.de](mailto:s.renz@hamburg.de)

Red.: WH

**Päd-Ass 2017**  
Assistent/Innen in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin  
Fachärzte/Innen zum Check des aktuellen Wissens

**14. Assistentenkongress**  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.  
06. bis 09. April 2017 in Berlin

**Donnerstag, 06. April 2017**

**Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):**

Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie, Neugeborenenreanimation, Kinderkardiologie, Hospitation in einer Praxis. Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Berlin und Umgebung statt.

**Freitag, 07. April 2017**

**Plenarvorträge** Päd-Ass Basiswissen: angeborene Herzfehler; pädiatrische In-

fektiologie; Gerinnungsstörungen; pädiatrische Epileptologie; pädiatrische Dermatologie; pädiatrische Pneumologie; Bauchschmerzen; Neuropädiatrie; Harnwegsinfektionen; Arbeit des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis; Übermittlung von Bad News

*Referenten: PD Dr. K. Schmitt; Dr. S. Landwehr-Kenzel; Dr. S. Holzauer; Prof. F. Aksu; Prof. U. Blume-Peytavi; Prof. V. Stephan; Prof. M. Radke; PD Dr. A. von Moers; Prof. R. Rossi; S. Sturm; Prof. W. Kölfen*

**Samstag, 08. April 2017**

Wachstumsstörungen; Rheumatologie; Hyposensibilisierung; Jugendmedizin; Beruf des Kinder- und Jugendarztes; neonatologischer Notfall

*Referenten: Dr. D. Schnabel; Prof. H. Girschick; Prof. S. Lau; Dr. B. Stier; Dr. T. Fischbach; Prof. C. Bühner*

**Sonntag, 09. April 2017**

Televoting-Quiz: Röntgenbilder: Beurteilung und Differenzierung von Normalbefunden und Pathologie; Sonographie des Urogenitaltrakts und der Oberbauchorgane

*Referenten: Dr. G. Hahn; Dr. J. Schulz*

**Samstag, 08.04. und Sonntag, 09.04.2017**

**Seminare zur Erweiterung des Basiswissens:**

Hämatologie, Kinderkardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie, Kinderendokrinologie, Onkologie, Neonatologie, Reanimationstraining, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie, Hämatologie und Onkologie

**Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse:**

Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Berechnung Infusionsplan in Neonatologie u. Intensivmedizin, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Tatort Haut, Einführung in die EEG-Diagnostik, Praktische Therapie des Diabetes, Vorsorgeuntersuchungen, Praxisalltag, akutes und chronisches Fieber, Kindstod, Kenntnisse in der Jugendmedizin, Hirntod, neuropädische Untersuchung, Radiologie, Sonographie, Rheumatologie, Säuglingsernährung, Bauchschmerzdiagnostik, Kinderurologisches Basiswissen, Medienkonsum, Entwicklungs- u. Verhaltensstörungen, Kinderchirurgische Erkrankung des Abdomens, Beatmung Früh- u. Neugeborener, Kindesmisshandlung, Schmerzbehandlung, hämatologische Basisdiagnostik

**Wissenschaftliche Leitung:**

Prof. Dr. R. Schmid, Dr. D. Schnabel

**Ausführliches Programm:**

www.bvkj.de

**Infos und Anmeldung:**

BVKJ e.V., Team Fortbildung  
per Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

**Teilnehmergebühren:**

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 06.04.2017: 95,-€
  - Teilnahme vom 07.-09.04.2017: 290,-€
- Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:
- Teilnahme am 06.04.2017: 190,-€
  - Teilnahme vom 07.-09.04.2017: 490,-€

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist im ersten Jahr der Weiterbildungszeit kostenlos, danach beträgt der Beitrag 30,-€ pro Jahr.

**Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78**

**ANMELDUNG zum 14. Assistentenkongress in Berlin vom 06.-09.04.2017**

- ich bin Mitglied im BVKJ       ich bin kein Mitglied im BVKJ       Bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

**Ich möchte teilnehmen:**

- am Donnerstag, 06.04.2017      Mein Klinik-Seminarwunsch: \_\_\_\_\_  
 für Mitglieder 95,-€       für Nichtmitglieder 190,-€
- von Freitag, 07.04. bis Sonntag, 09.04.2017  
 für Mitglieder 290,-€       für Nichtmitglieder 490,-€  
 an der Rallye, Freitagabend       Restaurant Nolle, Samstagabend

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_; Alternativ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum / Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_

## Der Honorarausschuss informiert ●●●

# Honorarentwicklung der Kinder- und Jugendärzte im Jahr 2015

Der Honorarausschuss möchte Ihnen einen kurzen Überblick geben, wie das letzte vollständig angerechnete Kalenderjahr – und das ist erst 2015 – honorartechnisch gelaufen ist: Im Honorarausschuss werden die Honorardaten jedes Quartal von den Länder-Honorarbeauftragten zusammengetragen. So erhalten wir eine bundesweite Übersicht über die Honorarentwicklung etwa eineinhalb Jahre früher, als professionelle Institutionen wie die KBV oder das ZI Daten zusammengetragen haben.



Dr. Reinhard Bartzky

### Positive Honorarentwicklung aus GKV-Tätigkeit

Die Gesamthonorarentwicklung ambulant tätiger Kinder- und Jugendärzte war 2015 wie auch in den Vorjahren unverändert positiv. Dies liegt natürlich nur zum Teil an den Honorarzuwächsen, die aufgrund von „echten“ Honorarerhöhungen – also Zunahme des Orientierungspunktwertes. In der Zunahme unseres Honorars sind vielmehr **Leistungsausweitungen**, also eine Zunahme der Leistungsmenge, versteckt. Als Beispiele seien hier

- steigende Fallzahlen,
- steigende Konsultationsfrequenzen,
- Zunahme von Morbidität,
- neue Leistungen,
- Ausweitung der Prävention und auch die Zunahme von Teilerwerbspraxen genannt!

Anfang der 90er Jahre war es nach Einführung der sogenannten Bedarfsplanung noch zu zahlreichen Niederlassungen gekommen. Betrachtet man die Fallzahlen (GKV) der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte nach Beendigung dieses Effektes, so sehen wir in den letzten 15 Jahren eine leichte, aber kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen pro niedergelassenem Pädiater. Mittlerweile gibt es deutlich steigende Geburtenzahlen insbesondere in den Ballungszonen

trennen aber auch in Gesamtdeutschland.

### Honorarsteigerungseffekt aufgrund von Leistungssteigerungen

Die Effekte der ansteigenden Geburtenzahlen und auch Auswirkungen der gegenwärtigen Migrationsbewegung finden bis heute keinen Eingang in Bedarfsplanung und Honorarverhandlungen.

In dieser Zunahme der Fallwerte sind zunehmende Leistungsumfänge bei den Vorsorgen, viele neue Impfungen, sowie eine erhöhte

Konsultationsfrequenz versteckt. Würden diese Zahlen um den Faktor der ärztlichen Mehrarbeit bereinigt, bliebe mit Sicherheit kein Anstieg übrig. Bei der aktuellen Versichertenbefragung der KBV (2016) gaben 17% der Befragten an, mehr als 10x/Jahr zum Arzt zu gehen, die Anzahl dieser „multiuser“ steigt von Jahr zu Jahr kontinuierlich an.

Die GKV-Umsätze der Kinder- und Jugendärzte stiegen 2015 erneut um 3,0% (2014: 237.149 €; 2015: 244.225 €), wobei der Anstieg der Erhöhung der Fallwerte (2014: 57,29 €; 2016: 58,16 €) nur 1,5% ausmacht.

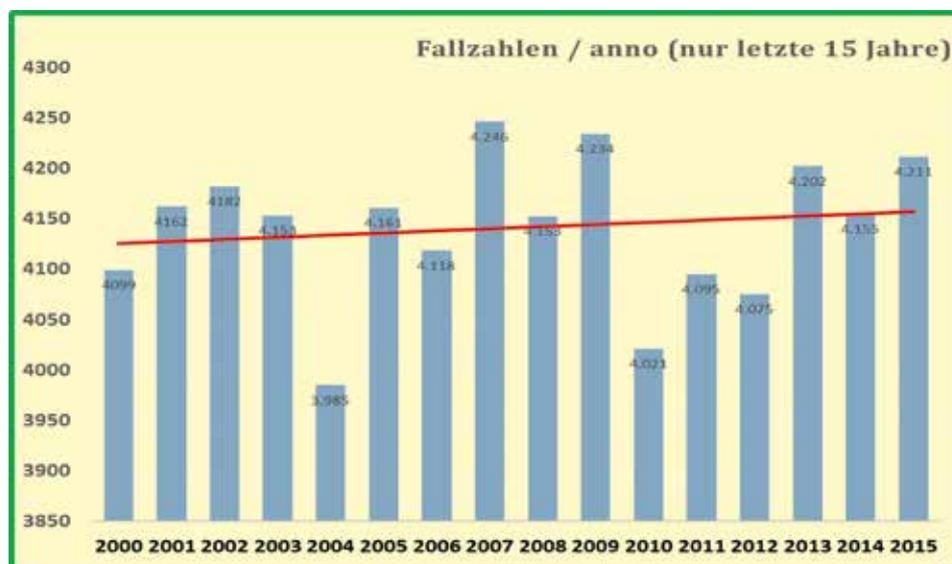


Abb. 1: Fallzahlen Kinder- und Jugendärzte, letzte 15 Jahre, GKV, Quelle: Honorarausschuss



Abb. 2: Anstieg der Geburtenzahlen, Datenquelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2016

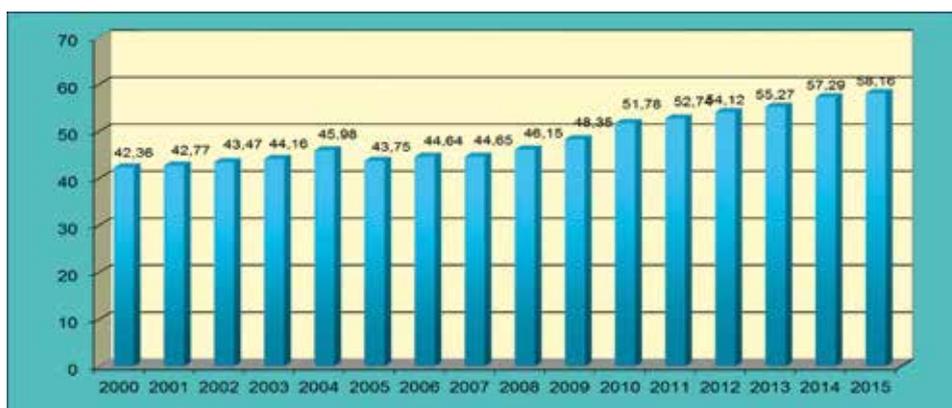


Abb. 3: Fallwerte; Kinder- und Jugendärzte in €, Quelle: Honorar Ausschuss



Abb. 4: GKV-Umsätze Kinder- und Jugendärzte (Quelle: Honorar Ausschuss) im Vergleich mit den ZIPP-Einnahmen (über alle Einnahmequellen: GKV, Privat, BG, Sonstige)

### Sonstige Umsätze

Aus Plausibilitätsgründen hier der Vergleich unserer Daten mit den des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) (Träger sind die KBV und die Länder-KVen). Die Differenz zu den ZIPP-Einnahmen ergibt sich aus Privat-, BG- und Sonstigen Liquidationen. Hervorzuheben sind hier die steigenden Einnahmen, die aufgrund von Selektivverträgen erzielt werden können. Da es sich zum Teil um regionale Verträge handelt, partizipieren nicht alle Kinder- und Jugendärzte gleichermaßen an den Erfolgen der Service-GmbH.

### Vergütung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen nach den geänderten Kinderrichtlinien

Leider ist es bis Redaktionsschluss nicht gelungen, eine rasche Regelung bezüglich der Vergütung der neugestalteten Vorsorgeuntersuchungen nach den geänderten Kinder-Richtlinien zu bewirken. Seit Bekanntwerden der neuen Leistungsinhalte (im Sommer 2015) sind BVKJ und Honorar Ausschuss kontinuierlich aktiv und versuchen, „unsere Verhandler (KBV)“ zu beeinflussen. Es ist uns gelungen auf Sacharbeiterebene in der KBV den Mehraufwand Minute für Minute darzustellen (vom Abdunkeln wegen des Brückner-Testes bis zur Anschaffung neuer Apparaturen). Bei den Verhandlungen, bei denen kein Vertreter des BVKJ anwesend ist, haben die Kassen (nach Angaben der KBV) zunächst keinerlei Mehraufwand für die Vertragsärzte gesehen. So kam es zur Situation des In-Kraft-Tretens ohne eine Honorarvereinbarung, woraufhin die KBV feststellte, dass die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen bei altem Honorar auch noch nach alten Inhalten zu erbringen seien. Nach SGB-V haben Kassen und KBV 6 Monate Zeit für eine Einigung im Bewertungsausschuss, erst danach könnte ein Systemversagen festgestellt und die Empfehlung zur Abrechnung nach GOÄ gegeben werden.

Mittlerweile ist das Institut des Bewertungsausschusses angerufen worden und hat natürlich einen Mehraufwand festgestellt. Die Verhandlungen kamen auf Sachbearbeiterebene zu keinem Ergebnis, sodass nun in einem „Spitzengespräch“ zwischen Dr. Gassen (KBV), DM Feldmann (KBV) und Herrn v. Stackelberg (GKV-Spitzenverband) versucht werden soll, eine Einigung zu erzielen.

**Dr. med. Reinhard Bartzky**  
10967 Berlin  
E-mail: [dr@bartzky.de](mailto:dr@bartzky.de)

Red.: WH



Abb. 5: Einnahmen Selektivverträge; Quelle: BVKJ-Service GmbH

### Pädiatref à la carte – Schnittstellen der Pädiatrie & PRAXIS fieber-live Regio Kongress am 01.04.2017 & Ergänzungskurs Sozialpädiatrie am 31.03.-01.04.2017

**Jubiläum  
40 Jahre**



**D**er 40. „Pädiatref“ des BVKJ-Landesverbands Nordrhein und die 15. „Pädiatrie à la carte“ des BVKJ-Landesverbands Westfalen-Lippe finden 2017 erstmals gemeinsam an der **Ruhr-Universität Bochum** an der Grenze der beiden Landesverbände statt.

**Online-Anmeldung** unter: <http://www.paediatreff.de/>

## Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ● ● ●

# Bundestag beschließt, die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gesetzlich auszuweiten

Der Deutsche Bundestag hat am 21.10.16 mit Wirkung ab 01.01.17 im Rahmen des Flexirentengesetzes beschlossen, die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation gesetzlich grundsätzlich aufzuwerten, um mehr gesundheitlich beeinträchtigten oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen zu einer besseren Schul-, Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit zu verhelfen. Die Regelungen treten am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft und damit vermutlich noch in diesem Jahr. Damit werden die Rechte der Kinder und Jugendlichen von Versicherten der Rentenversicherung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gestärkt. Der Gesetzgeber rechnet pro Jahr mit zusätzlichen 7.000 Anträgen. Nun gilt es, die Kinder- und Jugendärzte bei der Entwicklung der neuen Möglichkeiten mit ins Boot zu holen.

### Die Kinder- und Jugendreha im Flexirentengesetz \*)

- Eigenständige gesetzliche Ausgestaltung der Kinder- und Jugendreha
- Kinder- und Jugendreha wird Pflichtleistung bei der DRV
- Leistung wird stationär und ambulant erbracht
- DRV erbringt Leistungen zur Nachsorge, wenn sie zur Sicherung des Erfolgs einer durchgeführten Rehabilitation erforderlich sind
- Indikationsbeschränkungen werden aufgehoben, Anspruch bei der DRV betrifft insbesondere alle chronisch kranken Kinder und Jugendlichen
- Ziel der späteren Erwerbsfähigkeit wird gesetzlich festgelegt und umfasst auch Schul- und Ausbildungsfähigkeit
- Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn zur Durchführung oder für den Erfolg notwendig (Elternteil, Vertrauensperson, Wechsel während der Reha möglich) und
- Anspruch auf Mitaufnahme der Familienangehörigen, wenn Einbeziehung der Familie in den Rehabilitationsprozess notwendig (Familienorientierte Rehabilitation) stehen nun im Gesetz
- Gesonderte Begrenzung der Ausgaben entfällt
- Stationäre Leistungen werden für **mindestens vier Wochen** erbracht
- Vierjahreswiederholungsfrist findet keine Anwendung mehr bei Kindern und Jugendlichen
- DRV erstellt bis 31.07.18 eine Richtlinie zur Kinder- und Jugendreha

\*) Zusammenstellung des Verfassers nach den Regelungen im Flexirentengesetz mit Begründung und im Zusammenhang mit den neuen § 15a u.a. im SGB VI

Neu ist, dass die Kinder- und Jugendreha künftig eine Pflichtleistung der DRV ist und Nachsorge und ambulante Reha-Angebote möglich sind. Für das Bündnis Kinder- und Jugendreha, das sich seit Jahren für eine gesetzliche Besserstellung eingesetzt hat, hat das neue Gesetz eine geradezu historische Bedeutung, **weil damit Kinder und Jugendliche bei der DRV wie erwachsene Versicherte einen eigenständigen Pflichtanspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten**. Die neuen gesetzlichen Ansprüche gehen auf die spezielle gesundheitliche Situation der jungen Menschen ein. Die Anwendung in der Praxis soll leichter und zielgerichteter werden und die Rehabilitation soll möglichst frühzeitig erfolgen.

### Gesetz soll zu mehr Anträgen und einem besseren Image der Kinder- und Jugendreha führen

Bisher nimmt nur ein kleiner Teil der zunehmend mehr chronisch und psychosomatisch kranken Kinder und Jugendlichen eine Reha in Anspruch. Durch die umfassende gesetzliche Ausgestaltung des Anspruchs wird die Verwechslung gegenüber anderen Leistungen wie etwa der Mutter-Kind-Maßnahmen vermindert. Die Irritation, was denn die DRV mit zum Beispiel zweijährigen Neurodermitikern zu tun hat, wird durch die Erweiterung des Begriffs der „Erwerbsprognose“ auf die „**Schulprognose**“ reduziert. Beide Änderungen werden zu einer höheren Inanspruchnahme führen. Dadurch dass der Bundestag den Anspruch auf eine Begleitperson und eine familienorientierte Rehabilitation

bei vorliegender Notwendigkeit ins Gesetz geschrieben hat, erhält die Kinder- und Jugendreha ein zeitgemäßes Image. Wie wichtig der Politik die stärkere Inanspruchnahme dieser Leistung ist, zeigt sich daran, dass die Budgetbeschränkung und die Vierjahreswiederholungsfrist aufgehoben wurden und eine Mindestdauer in Gesetz geschrieben wurde.

### Neue Angebote und Strukturen durch Nachsorge und ambulante Kinder- und Jugendreha?

Die Kinder- und Jugendrehabilitation sah sich bisher dem Vorwurf ausgesetzt, dass der Erfolg der mehrwöchigen stationären Maßnahmen nach einem Jahr verpuffe. Mit einer zielgerichteten Nachsorge in Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten kann der Erfolg der Reha nachhaltig gesichert werden. Schwieriger wird die ambulante Leistungserbringung sein, schon weil es bezogen auf ein akzeptiertes Ein-

Wichtige Veränderungen sind, dass die DRV nunmehr auch ambulante Leistungen und Leistungen zur Nachsorge für die Kinder im Bedarfsfall auf Antrag erbringen muss. Die DRV ist in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendärzten und den Fachleuten der Kinder- und Jugendrehabilitation aufgefordert, hierfür neue Konzepte zu entwickeln und neue Strukturen zu schaffen.

zugsgebiet außer in Großstädten zu wenig betroffene Kinder und Jugendliche für ein wirtschaftlich sinnvolles Angebot gibt.

**Alwin Baumann**  
**Bündnis Kinder- und Jugend-Reha**  
**88239 Wangen/Allgäu**  
**E-Mail: alwin.baumann@wz-kliniken.de**  
**www.kinder-und-jugendreha-im-netz.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).

**Im Titel und in unseren Artikeln verwenden wir das »generische Maskulinum«: Kinder- und Jugendarzt.**

ISSN 1436-9559

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

**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel.: (0221) 68909-14, Fax: (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de, Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-17, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

**Verantw. Redakteure für „Fortbildung“:** Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremenmitte.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@kkh-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 We-nigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

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

Druckauflage 12.933  
 lt. IVW III/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, 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. 50 vom 1. Oktober 2016

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

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

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

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

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



## Eine Frage an ● ● ●

### Armin Wölbeling, der seit dem 01. Oktober 2016 die BVKJ-Geschäftsstelle in Köln leitet



**Zum ersten Mal hat jetzt die Geschäftsstelle einen Manager. Was bringt Ihre Arbeit den BVKJ-Mitgliedern? Was wird sich künftig ändern bzw. verbessern?**

Wölbeling: „Mein oberstes Ziel wird eine optimierte Arbeitsorganisation in der Geschäftsstelle sein, sodass am Ende mehr Zeit für die Mitgliederbetreuung besteht. Bei meiner bisherigen Tätigkeit bei der Content Management AG habe ich gesehen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am besten und effizientesten arbeiten, wenn bei einer offenen und transparenten Unternehmenskultur auch Verbesserungsvorschläge willkommen sind. Ich werde also zeitnah versuchen, in persönlichen Gesprächen die jeweiligen Wünsche und Vorstellungen aufzunehmen, so dass eine optimale Grundlage für ein gutes Betriebsklima geschaffen wird. In Bad Orb, auf dem 44. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ habe ich bereits die ersten Kontakte zu unseren Mitgliedern knüpfen können und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit den

#### Persönlich

Armin Wölbeling, 1972 in Bonn geboren, Diplom-Kaufmann (FH), hat vor seinem Wechsel in die BVKJ-Geschäftsstelle als Leiter von Marketing und Vertrieb bei ServiCon Service & Consult eG in Köln gearbeitet sowie als Partnermanager in der Content Management AG. Bei beiden Jobs lagen seine Arbeitsschwerpunkte im Bereich des indirekten Vertriebs sowie bei der Mitglieder- und Partnerbetreuung. Zudem gehörten auch die Umsetzung von Vermarktungskonzepten sowie die Projektleitung bei der Einführung neuer Software, wie zum Beispiel CRM Lösungen, zu seinen Aufgaben.

Kinder- und Jugendärzten im Berufsverband. Zudem freue ich mich auf eine konstruktive Verbandsarbeit, die letztlich immer den Nutzen für die Mitglieder im Fokus haben wird.“

Red.: ReH

## Drei Fragen an ● ● ●

### Kathrin Jackel-Neusser, die seit dem 1. November 2016 als politische Referentin in der Berliner Geschäftsstelle des BVKJ arbeitet



**Der BVKJ hat zum ersten Mal eine politische Referentin in Berlin. Worin besteht Ihre Tätigkeit?**

Der BVKJ ist ein starker Berufsverband mit wichtigen Anliegen: Sich für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen einzusetzen, aber auch dafür zu sorgen, dass die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte unter guten Bedingungen arbeiten können. Daher muss man die politischen Entscheidungen auf Bundesebene immer gut im Blick behalten. In den letzten Jahren wurden in Berlin viele Entscheidungen getroffen, die große Auswirkungen für die Kinder- und Jugendärzte sowie für die behandelten Kinder und Jugendlichen haben. Ich werde mein Bestes geben, um hier frühestmöglich gut informiert zu sein und die Entscheidungsträger im BVKJ schnell zu informieren. Voraussetzung hierfür ist es, gut vernetzt zu sein mit Akteuren aus Politik und themenverwandten Verbänden.

Auch die politische Kindermedizin, die Anwaltschaft für Kinder, Jugendliche und Familien hat für den BVKJ in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Der

#### Persönlich

Kathrin Jackel-Neusser, geboren 1978, hat an der Ludwig-Maximilians-Universität in München Politikwissenschaft studiert, war danach zunächst als freie Journalistin und dann sieben Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin der heutigen parlamentarischen Staatssekretärin MdB Caren Marks tätig. Von 2013 bis 2016 hat sie drei Jahre als Referentin für politische Kontakte bei der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) gearbeitet. Kathrin Jackel-Neusser ist verheiratet und hat zwei Söhne (5 und 8 Jahre).

BVKJ ist ein wichtiger Gesprächspartner der Politik geworden, nicht nur wenn es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geht, sondern auch wenn es um Themen wie Frühe Bildung, Kinderarmut oder Gewalt in Familien geht. Auch auf diesem Feld werde ich arbeiten und den BVKJ unterstützen.

**Welche Schwerpunkte haben Sie sich im Einzelnen vorgenommen?**

Ich sehe mich als ausgebildete Politikwissenschaftlerin als „politische Dienstleisterin“ mit vielen Schwerpunkten.

Ein wichtiger Teil meiner Arbeit wird es nach dem Wunsch des BVKJ-Vorstandes bzw. allen voran des Präsidenten Dr. Fischbach sein, die für den BVKJ relevanten gesundheits- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen zu beobachten und zu analysieren, sowie die Funktionsträger des BVKJ hierüber auf dem Laufenden zu halten. Es ist mir wichtig, nicht „in der Blase Berlin“ mein eigenes Süppchen zu kochen, sondern transparent und mit Mehrwert für den BVKJ tätig zu sein.

Darüber hinaus möchte ich dabei behilflich sein, politische Stellungnahmen zu verfassen und mit einem einheitlichen professionellen Erscheinungsbild in Politik und Öffentlichkeit bekannt zu machen. Auch möchte ich dazu beitragen, die schon jetzt sehr gute Lobbyarbeit des BVKJ zu perfektionieren und auf der Höhe der Zeit zu halten.

Häufiger Schwerpunkt meiner Arbeit wird die inhaltliche Vorbereitung politischer Termine sowie die Konzeption und inhaltliche Vorbereitung politischer Veranstaltungen des BVKJ sein.

Neu etablieren werde ich außerdem einen Twitter-Auftritt des Verbandes.

#### **Wozu soll der Twitter-Auftritt dienen?**

Twitter ist ein wichtiges Mittel der politischen Kommunikation. Politikerinnen und Politiker, aber natürlich auch viele Journalisten sowie viele Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nutzen Twitter intensiv. Daher hat sich der Präsident des BVKJ dazu entschlossen, dies künftig auch zu tun, natürlich auch um seine Mitglieder hierdurch zusätzlich erreichen zu können. Leserinnen und Leser, die einen Twitter-Account haben, bitte ich daher herzlich, dem neuen BVKJ-Account zu folgen. Er lautet <https://twitter.com/bvkj>.

Red.: ReH

### **Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!**

In den letzten Wochen haben Sie viele Spendenaufträge erhalten. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf die **Stiftung Kind und Jugend des BVKJ** lenken. Zu deren Zielen gehört die **Förderung der ambulanten Versorgungsforschung in der Pädiatrie**. Dazu braucht die Stiftung Ihre konkreten Fragestellungen, Vorschläge, persönliche Kompetenz und Spende.

Die Stiftung unterstützte zum Beispiel die **„Repräsentative Befragung zu den Erziehungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen“**, bei der Einstellungen und Erfahrungen mit Hinblick auf Körperstrafen in der Erziehung untersucht wurden, und das **COSI-Projekt** (core set of indicators for pediatric primary care) der ECPCP, in dem die ambulante pädiatrische Versorgung mit neuen Indikatoren in Hinblick auf die Qualität der Versorgung in den Ländern überprüft und bewertet wurde.

Das Mitwirken der Stiftung an der vom BVKJ initiierten **BLIKK Studie zur Erfassung des Umgangs mit elektronischen Medien und der Auswirkungen bei Kindern und Ju-**

**gendlichen** wurde mit Hilfe von über achtzig Kinder- und Jugendarztpraxen möglich. Geplant ist die Unterstützung des Projekts „Filmgestützte Informationen zur medizinischen Versorgung für Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten sowie Helferinnen und Helfer“ im nächsten Jahr. Leider konnten andere interessante Projekte aufgrund der Finanzausstattung der Stiftung nicht gefördert werden.

*Ist die Förderung von wissenschaftlicher Arbeit und Versorgungsprojekten in den Praxen nicht eine Spende wert? Sie könnten helfen, neue Projekte der Stiftung zu unterstützen. Ich bitte Sie daher, die steuerlich als gemeinnützig anerkannte Stiftung Ihres Berufsverbands durch eine Spende zu fördern.*

Im Namen des Stiftungsrats

Dr. Ulrich Kohns, Stiftungsvorsitzender



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

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



# Notwendige Korrektur der Beitragsordnung zum 01.01.2017

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Beitragserhöhung ab Januar 2016 hat zu Diskussionen und Nachfragen v.a. bei denjenigen Kollegen geführt, die in der ambulanten Praxis oder im MVZ – häufig in Teilzeit – angestellt sind. Wir haben versucht, aus den Nachfragen zu lernen und die Beitragshöhen nach ausführlicher Diskussion in der Delegiertenversammlung im niedergelassenen Bereich weiter gespreizt und auch in anderen Gruppen Anpassungen vorgenommen.

- Bei den im **ambulanten Versorgungsbereich angestellten Ärztinnen und Ärzten** gibt für uns zunächst überraschende sehr große Unterschiedlichkeit sowohl der Arbeitsstunden als auch der Einkommen. Vielen der angestellten Kolleginnen und Kollegen ist nicht bewusst, dass die Arbeit als Angestellter in der Kassenarztpraxis oder in einem an der Versorgung gesetzlich versicherter Kinder teilnehmendem MVZ grundsätzlich nur dann möglich ist, wenn eine oder ein Teil einer Kassenzulassung besetzt werden kann.
- Die Systematik, den **höheren Nutzen der ambulanten Praxis an den Leistungen des BVKJ** entsprechend zu berücksichtigen, haben wir belassen.
- Daher haben wir die Beitragshöhe für die **leitenden Ärztinnen und Ärzte** etwas modifiziert und dort ebenfalls die Arbeitszeit berücksichtigt.

Beitragsordnung			
Kategorie	Gruppe	Bezeichnung	Beitrag
<b>Ambulant tätig</b>	<b>Gruppe 1</b>	<b>Ambulant tätige Ärzte</b> mit eigener KV-Zulassung/Privatärztl. Tätig angestellte Ärzte in Praxis/ MVZ auch ohne eigenen KV-Sitz	
	Grp. 1.1.1	> 20,5 Wochenstunden	460,00 €
	Grp. 1.1.2	10,5-20 Wochenstunden	230,00 €
	Grp. 1.1.3	< 10,5 Wochenstunden	150,00 €
	Grp. 1.2	Ärzte gemäß Gruppe 1.1 im 1. Jahr ihrer Niederlassung entsprechend der Stundenzahl 75% der Beitragsgruppen 1.1.1 bis 1.1.3, max. 310 €	310,00 €
<b>im KH tätig</b>	<b>Gruppe 2.1</b>	<b>Chefärzte/Leitende Ärzte</b>	
	Grp. 2.1.1	> 20 Wochenstd.	390,00 €
	Grp. 2.1.2	bis einschl. 20 Wochenstunden	195,00 €
	<b>Gruppe 2.2</b>	<b>Angestellte Ärzte im Krankenhaus oder Institut</b>	
	Grp. 2.2.1	in Vollzeit/ > 20 Wochenstd.	195,00 €
	Grp. 2.2.2	bis einschl. 20 Wochenstd.	150,00 €
<b>im ÖGD tätig</b>	<b>Gruppe 2.3</b>	<b>Ärzte im ÖGD</b>	
	Grp. 2.3.1	in Vollzeit > 20 WoStd.	150,00 €
	Grp. 2.3.2	bis einschl. 20 WoStd.	100,00 €
<b>Rentner/o. Beruf</b>	<b>Gruppe 3</b>	<b>Ärzte im Ruhestand o. d. r. Ärzte ohne Berufseinkommen</b> mit Transfereseinkommen (z.B. ALG, Elterngeld) Ärzte ohne Einkommen / Ärzte ohne Berufsausübung (Hartz IV, Sozialhilfe)	
	Grp. 3.1.1	Beitrag für Rentner und Ärzte ohne Berufseinkommen (s.o.)	95,00 €
	Grp. 3.1.2	Ermäßigung auf Antrag und Nachweis des Einkommens 800- 1500€/Monat	30,00 €
	Grp. 3.1.3	Ermäßigung auf Antrag und Nachweis des Einkommens < 800€/Monat	0 €
	Grp. 3.2.	Grundbeitrag ohne Zeitschrift	30,00 €
<b>Assistenten</b>	<b>Gruppe 4</b>	<b>Assistenten in Weiterbildung</b>	
	Grp. 4.1	im 1. Jahr der Mitgliedschaft	0 €
	Grp. 4.2	ab 2. Jahr der Mitgliedschaft bis max. zum Abschluss einer Facharztweiterbildung	30,00 €
<b>Beitragsfrei</b>	<b>Gruppe 5</b>	<b>Beitragsfreie Mitglieder</b>	
	Grp. 5.1	Mitglieder im Ausland ohne Zeitschrift	0 €
	Grp. 5.2	Ehrenmitglieder	0 €
	Grp. 5.3	Mitglieder im hohen Alter ohne Beitrag (ab 80) (auf Antrag)	0 €
<b>Ausserord. M.</b>	<b>Gruppe 6</b>	<b>Außerordentliche Mitglieder gemäß Satzung (Juristische Personen, Gesellschaften)</b>	650,00 €
		Außerordentliche Mitglieder gemäß Satzung	250,00 €
		Natürliche Personen, Nicht-KJÄ und nicht in der hausärztlichen Versorgung tätig; ohne Zeitung	
<b>Besonderheiten</b>		Bei Nachweis von Schwerbeschädigung > 50% Rückstufung um 1 Position innerhalb der Tätigkeitsgruppe Bei Unverhältnismäßigkeit Einzelfallentscheidung des Schatzm./GF Vorstand nach Ermessen möglich	

- Bei den **nicht berufstätigen Ärztinnen und Ärzten** und bei **den Rentnern** wird eine verbindliche **Differenzierung nach der Höhe der Einkünfte** eingeführt, um unverhältnismäßige Belastungen zu vermeiden.
- Die **Mitgliedschaft von angestellten Ärzten im BVKJ** gibt dem Praxisinhaber die Möglichkeit dadurch zusätzliche Praxiseinnahmen (Leistungen aus Selektivverträgen etc.) zu erwirtschaften. Wir können uns deshalb vorstellen, dass sich Praxisinhaber ggf. an den Beitragskosten ihrer angestellten Kinder- und Jugendärzte beteiligen. Diese Kosten werden für den Praxisinhaber in der Regel wahrscheinlich steuerlich geltend gemacht werden können. Hierzu sollte der Rat des Steuerberaters eingeholt werden.

Es gibt zunehmend sehr große Praxen mit vielen in Teilzeit angestellten Ärzten. Der Einführung einer sog. Institutsmitgliedschaft für diese großen Praxen hat die Delegiertenversammlung nicht zugestimmt

**Dr. Tilman Kaethner**  
**Bundesschatzmeister**  
 26954 Nordenham  
 E-Mail: [dr.tilman.kaethner@ewetel.net](mailto:dr.tilman.kaethner@ewetel.net)

Red.: WH

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kennen Sie auf der Homepage unserer Verbandszeitschrift [www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de) auch die folgende Rubrik?

### **Artikel-Favoriten**

An dieser Stelle veröffentlichen wir für Sie, liebe Leserinnen und Leser, Beiträge aus der Zeitschrift, die Ihnen besonders wichtig waren und sind.

Wenn Sie besonderes Interesse an bestimmten Artikeln haben (z.B. die Serie zum Arbeitsrecht in diesem Jahr), wenden Sie sich bitte an Frau Daub-Gaskow vom Verlag (E-Mail: [daubgaskowkija@beleke.de](mailto:daubgaskowkija@beleke.de)), die besonders nachgefragte Artikel dann einstellt.

Dr. Wolfram Hartmann  
 57223 Kreuztal

## Einleitung zum Artikel

**Umwertung der Werte in einer ökonomisierten Pädiatrie**

Für die Einführungsveranstaltung der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin konnte Herr Prof. Giovanni Maio aus Freiburg vom dortigen Institut für Ethik und Geschichte der Medizin gewonnen werden. Herr Maio zog seine Zuhörer schon bei den ersten Worten in seinen Bann: Er hatte die Seele der Pädiatrie in vollkommene Worte gefasst. Die Bedrohung durch das Primat der Ökonomie gegenüber dem Wohl des Kindes und seiner Familie wurden erfahrbar. Manche der Zuhörer haben sich sicherlich an vielfältigen Zeitstress, übervolle Wartezimmer, in Überstunden diktierte Arztbriefe, Wirtschaftsplangespräche mit Verwaltungsdirektoren und Gutachten von Beratern erinnert gefühlt. Das Empfinden war sicherlich bei manchen: „endlich steht mal einer auf und sagt, wie es wirklich ist“.

Herr Maio hat uns sozusagen aus der Seele gesprochen. Dies ändert die Situation noch nicht, die Verbesserung müssen wir selber erkämpfen. Die Herausgeber des Kinder- und Jugendarztes und der Monatsschrift für Kinderheilkunde waren sich einig, dass diese feine Festschrift allen Pädiatern zugänglich gemacht werden müsse und deshalb gleichzeitig in beiden Zeitschriften veröffentlicht werden sollte. Deshalb bin ich Herrn Prof. Maio sehr dankbar, dass er innerhalb so kurzer Zeit ein druckfertiges Manuskript erstellt hat.

*Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Prof. Hess-Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen*

## Von der Umwertung der Werte in einer ökonomisierten Pädiatrie



Prof. Dr. Giovanni  
Maio, M.A. phil

**W**ir leben in einer Zeit, in der die Identität der Kinder- und Jugendmedizin weggespült zu werden droht, denn die moderne Medizin wird heute vollkommen unreflektiert nach dem Modell der industriellen Produktion gesteuert und nach rein ökonomischen Gesichtspunkten bewertet. Dadurch gerät die Pädiatrie in einen Strudel, der ihre eigenen Werte geradezu auf den Kopf stellt, denn in einem ökonomisierten und industrialisierten System wird das Anliegen der Ärzte, weswegen sie sich für einen Helferberuf entschieden haben, immer mehr zur Nebensache. In einen existenzbedrohenden Verdrängungswettbewerb zueinander gestellt sind es nur die Erlöse, die am Ende über das Schicksal des Hauses entscheiden. Folge dieser Entwicklung ist eine sukzessive Entwertung der sozialen Zielsetzung der Ärzte. Die prosoziale Einstellung, die die Grundlage des Berufswunsches Arzt war, erscheint in einem komplett monetarisierten Kontext, in dem es primär um Erlös-optimierung geht, geradezu als dysfunktional, weil sie als etwas gesehen wird, was den ganzen Betrieb nur aufhält. Wenn im Zuge einer Kapitalisierung der ärztlichen Tätigkeit die Behandlung nur noch unter dem Gesichtspunkt einer betrieblichen Investition gesehen wird, dann verliert die ärztliche Betreuung ihren ursprünglichen und eigentlichen Sinn. Wie diese politisch zu verantwortende Umwertung der gesamten

Medizin, auch der ambulanten, konkret aussieht, sei im folgenden anhand dreier problematischer Vorannahmen umrissen, um diese in einem zweiten Teil mit dem zu kontrastieren, was die Arbeitsweise in der Kinder- und Jugendmedizin in ihrem Kern ausmacht.

### 1. Produktionslogische Umwertung der Werte in der Medizin

#### a. Negativierung der Zeit

Unter der Perspektive einer industriellen Produktionslogik wird die personalintensive Kontaktzeit zum Patienten als ein zu minimierender Aufwand betrachtet; der Ruf nach einer Effizienzsteigerung ist im Grunde nichts anderes als eine Legitimation zur Verknappung der Zeit. Das mag unter produktionstechnischem Gesichtspunkt auch rational erscheinen, denn es ist selbstverständlich, dass man in der Industrie versucht, ein Ergebnis mit einem Minimum an Aufwand zu erzielen. In der Industrie liegt der einzige Wert, der generiert wird, im Produkt selbst, das verkauft werden kann. Den Weg zum Produkt zu beschleunigen oder abzukürzen ist unter dieser Prämisse auch tatsächlich rational, weil man damit den Ressourcenverbrauch minimieren kann. Überträgt man nun diese Denkweise auf die Behandlung von kranken Kindern und die Betreuung ihrer Eltern, so gerät derjenige, der sich Zeit

nimmt und somit Ressourcen verbraucht, automatisch in Verdacht, nämlich in den Verdacht der Verschwendung, in den Verdacht der Ineffizienz. Innerhalb einer produktionstechnischen Logik findet also nicht nur eine Verknappung, sondern noch gravierender eine Negativierung der Zeit statt; den Ärzten wird vom System her ein schlechtes Gewissen eingeimpft, wenn sie sich Zeit nehmen, Zeit für ein beruhigendes Gespräch, Zeit für eine zweite Erklärung, Zeit für ein Zeichen der Hoffnung, Zeit für ein persönliches Signal des Mitfühlens. Und genau an diesem Punkt ist unschwer zu erkennen, wie unangemessen der Versuch der Angleichung des ärztlichen Berufs an die Selbstgesetzlichkeiten der produzierenden Industrie ist. Denn in der Medizin ist die Zeit, also die Kontaktzeit, die Sprechzeit, die Zeit zum Aufbau einer Vertrauensbeziehung gerade nicht ein zu minimierender Verbrauch wie in der Industrie, sondern sie ist genau das Gegenteil, nämlich sie ist die zentrale Investition in eine erfolgreiche Therapie. Nur über die Kontaktzeit können das Kind und seine Eltern am Therapieprozess beteiligt werden, mitgenommen werden auf einem oft mühsamen Weg, auf dem sie Ermunterung und motivierende Gespräche brauchen. Gerade in der Pädiatrie hat die Zeit schlichtweg einen Mehrwert. Spart man an der Kontaktzeit, so spart man am Kern der Pädiatrie. Die zeitverknappende Ökonomisierung und Industrialisierung der Kinder- und Jugendmedizin ist daher keine Steigerung von Effizienz, sondern sie ist vielmehr ein Abbau der Ermöglichungsbedingungen von Medizin. Die gegenwärtigen Anreize sind daher gerade nicht effizienzfördernd, sondern im Gegenteil geradezu kontraproduktiv für die Verwirklichung einer guten Medizin.

#### **b. Linearisierung von Komplexität**

Etwas anderes kommt hinzu. Unter dem vorherrschenden produktionstechnischen Paradigma wird den stationär wie ambulant tätigen Kinderärzten suggeriert, sie würden umso effizienter und qualitätsvoller arbeiten, je mehr sie sich an die vorgegebenen Algorithmen und normierten Abläufe hielten und je mehr sie ihre Therapie nach festen Schemata vorausplanten. Das streng planmäßige Vorgehen wird zum alles beherrschenden Ideal, und immer mehr verfestigt sich die Vorstellung einer Therapieentscheidung als Algorithmus. Das liegt daran, dass es beim industriellen Herstellen um das Hervorbringen eines Produktes geht, das schon am Anfang der Herstellung bereits bis im Detail vorentworfen ist. Daher ist bei der Produktionslogik die Schematisierung und die strenge Befolgung das qualitätssichernde Kriterium. Durch die unreflektierte Übernahme einer solchen Logik wird nun auch in der Medizin eine Verfahrensrationalität etabliert, innerhalb derer alles danach bemessen wird, inwiefern eine verfahrensgerechte Umsetzung einer Norm erfolgt, die in Form eines Algorithmus im vorgegebenen worden ist. Letztes Ziel einer solchen Industrialisierung von Therapie ist die Sicherung des reibungslosen Ablaufs des Betriebs Medizin. Wenn aber im Interesse der Reibungslosigkeit der Plan zum

Ideal erhoben wird, dann ist es logische Konsequenz, dass der einzelne Patient diesem Plan unweigerlich untergeordnet und somit normiert wird. Die Abläufe werden also nicht am Patienten ausgerichtet, sondern der Patient den vorgegebenen Ablaufschemata angepasst.

Prozesse kann man optimieren, das ist unbestritten, und das sollte man auch tun, aber die Optimierung der Prozesse ist nicht der Kern der Behandlung von kranken Menschen, sondern das ist nur der Handlungsrahmen, innerhalb dessen die eigentliche Therapie als Handlungsinhalt erst ermöglicht werden kann. Wenn man aber die Rationalität der Prozessoptimierung nun auf die Therapie selbst überträgt, so sitzt man einem Kategorienfehler auf, den man innerhalb eines produktionstechnischen Paradigmas schlichtweg übersieht. Während die organisatorischen Hintergrundprozesse personen- und kontextunabhängig standardisiert werden können, besteht das Wesen der Therapie gerade darin, dass sie das Resultat eines Adaptationsprozesses darstellt. Das industrialisierte System geht von einer Interaktionsunabhängigkeit der Therapieschritte aus und etabliert daher das Ideal der kompletten Austauschbarkeit des Arztes, der demzufolge nicht als persönliches Gegenüber eingeplant wird, sondern letzten Endes als Erfüller einer vorgegebenen betrieblichen Funktion.

Deutlich wird: Das Ideal der industriellen Produktion ist die eingeschulte Routine, der geordnete Ablauf des Immer-Gleichen. Überträgt man dieses Ideal auf die Medizin, geht das unweigerlich mit einer Sinnentleerung einher. Routine ist notwendig, aber sie ist nicht der Kern der Therapie, sondern die Basis, auf der die individualisierte Behandlung aufbauen kann. Wird aber die Individualisierung zur Verschwendung umstilisiert und die Routinisierung zum Ideal erhoben, so ist das nicht weniger als ein Ansatz zur sukzessiven Demotivierung der Heilberufe, weil sie für so einen Umgang mit Menschen nicht angetreten sind.

### c. Delegitimierung des Nichtmessbaren

Durch die unreflektierte Übernahme produktionstechnischer Rationalitätsmuster findet eine Überformalisierung und damit eine bedrohliche Verarmung der Kultur der Medizin statt. Wir erleben eine sukzessive Umerzierung der Ärzte, die dazu angehalten werden, allein dem Formalisierbaren Beachtung zu schenken und alles andere für irrelevant zu erachten. Natürlich muss eine Kontrolle sein, aber je mehr politisch verordnet die Kontrolle überbordend wird und damit die gesamte Medizin einer Bürokratisierungsspirale unterworfen wird, desto mehr wird die Aufmerksamkeit der Heilberufe allein auf das Dokumentierbare und Kontrollierbare umgelenkt. Das Dokumentierbare zieht alle Aufmerksamkeit auf sich und lässt keinen Raum für das Nicht-Messbare – die grundsätzlich sinnvolle Dokumentation wird in ihrer Extremvariante immer mehr zum Aufmerksamkeitsverzehr, wodurch eine scheuklappenartige Fixierung auf partikuläre Parameter stattfindet. Dass es zu einer sol-

chen Bürokratisierungsspirale kommen konnte, liegt an einem fatalen Gedankenfehler; so hat man aus der Erkenntnis, dass die Dokumentation des Messbaren etwas Sinnvolles ist, kurzerhand geschlossen, dass alles Sinnvolle auch dokumentierbar sein muss. Dass dies ein Fehlschluss ist und einer mechanistischen Verengung des Denkens entspringt, wird auch hier einfach übersehen, und diejenigen, die sich diesem strukturell verhängten Postulat der restlosen Abbildbarkeit ärztlicher Leistungen widersetzen, geraten unweigerlich in die Defensive und werden nicht nur dem Vorwurf der Ineffizienz, sondern noch gravierender dem Vorwurf der Beliebigkeit ausgesetzt. Vollkommen verkannt wird hier, dass Professionalität gerade nicht darin besteht, strikt nach Schema F vorzugehen, sondern die Professionalität kommt gerade dadurch zum Zuge, dass der Professionelle befähigt ist, auch dort, wo ein Rest an Unbestimmtheit bleibt, dennoch handlungsfähig zu sein. Die Kontrolle, die über die Ärzte verhängt wird, behandelt Ärzte so, als wüssten sie von sich aus gar nicht, wie zu entscheiden ist, und als müssten sie daher unterfüttert werden mit formalen Modellen. Die Vorgaben sind aber als formale Modelle vom Grundsatz her zu abstrakt, um dem einzelnen kranken Menschen wirklich gerecht zu werden. Daher macht gerade die Fähigkeit zur reflektierten Abweichung vom statischen Modell die eigentliche Könnerschaft des Arztes als Vertreter einer Profession aus.

Das wären beispielhaft drei Umwertungen der Werte in einer industrialisierten Medizin. Diese Entwicklung ist gerade für die Kinder- und Jugendmedizin verhängnisvoll, weil das Eigentliche der Pädiatrie in einer produktionslogischen Denkweise keinen Raum mehr findet. Daher ist es gerade heute umso wichtiger, neu darauf zu reflektieren, was das Besondere der Kinder- und Jugendmedizin ausmacht und worin ihre spezifische Arbeitsweise besteht. Dies sei in drei exemplarischen Punkten herausgearbeitet.

## 2. Die unterbewertete Leistung des Pädiaters

### a. Situative Kreativität

Die Pädiatrie braucht Zahlen, sie braucht Studiendaten, sie braucht Statistik und externe Evidenz, aber die Qualität pädiatrischer Behandlung bemisst sich nicht allein nach Zahlen – so wichtig diese auch sind – sondern sie bemisst sich danach, ob die direkte Interaktion mit dem Kind und seinem sozialen Umfeld im Hier und Jetzt auch gelingt. Allein durch die Statistik kann man einen evidenzgestützten Behandlungsplan entwerfen, aber das ist nur der erste Schritt. In der Pädiatrie geht es nicht nur um das Was, sondern ganz besonders um das Wie. Der in der Pädiatrie vorherrschende Modus ist immer ein Modus der Unmittelbarkeit. Erfolgsversprechend in der Pädiatrie ist es gerade nicht, sich fest entschlossen des Kindes zu bemächtigen und das Geplante an ihm zu vollziehen, sondern es gilt herantastend auf das Kind zuzugehen, um herauszufinden, wie zu vollziehen ist, und zwar vollziehen nicht im Sinne eines

Abarbeitens eines Plans, sondern vollziehen im Sinne eines Arbeitens in der Begegnung. Pädiatrie ist nichts anderes als ein Vollzug in der Begegnung. Und weil sich pädiatrische Behandlung unhintergebar innerhalb einer Begegnung realisieren muss, ist die Kinder- und Jugendmedizin unweigerlich mit etwas konfrontiert, was sehr wenige andere Disziplinen in dieser Form zu bewältigen haben, nämlich dem Phänomen der nicht restlosen Planbarkeit. Pädiatrisch zu arbeiten bedeutet gerade nicht ein striktes Umsetzen eines vorgegebenen Plans, sondern es bedeutet, eine unmittelbare und passende Reaktion auf die Befindlichkeit des Kindes zu finden, auf seine Gemütslage, auf seine Bedürfnisse in seiner Situation des Jetzt und Hier. Pädiatrie ist daher ein Prozess der immer wieder neuen Adaptation; sie ist jederzeit gefordert, sich der Besonderheit des Kindes, seiner Situation, seines Umfeldes anzupassen, sie adaptiert Zug um Zug, und auf diese Weise ist sie angehalten, einen Arbeitsmodus zu finden, der gerade nicht im Abarbeiten einer Checkliste aufgehen kann.

Die unsichtbare Leistung der Kinder- und Jugendärzte besteht darin, dass sie immer wieder neu das individuell Passende erkunden müssen, und damit ist ihre Arbeit genau das Gegenteil der Wiederkehr des Immer-Gleichen. Therapie realisiert sich in der passenden Reaktion, und daher kann gute Therapie nie in einer reinen Routinisierung aufgehen, denn ein Handeln in der Begegnung lebt gerade nicht von der Schematisierung, sondern von dem jeweils individuellen Eingehen (Maio 2015). Nur im Modus einer grundsätzlichen Aufgeschlossenheit, in der Bereitschaft, sich ansprechen zu lassen, kann man dem Kind und seinen Eltern gerecht werden.

Das Entscheidende in der Pädiatrie ist somit das interaktiv-dialogische Vorgehen, das bestimmt ist durch die Haltung des Herantastens. Der Pädiater agiert daher unweigerlich tentativ. Identitätsstiftend für die Pädiatrie ist daher eine Praxeologie der Behutsamkeit. Pädiatrie ist eine Disziplin des behutsamen Herantastens und der feinen Balance. Das Finden der Balance ergibt sich aus der direkten Wahrnehmung des Kindes und vor allem aus dem Dialog mit dem Kind und seinen Eltern. Die unverzichtbare Könnerschaft in der Pädiatrie liegt in der Kunst des richtigen Abstimmens, und gerade deswegen gehört zu den unverzichtbaren Grunddispositionen die Pädiatrie die Disposition der Offenheit und der Neugier. Nur so kann die Pädiatrie dazu befähigt werden, etwas zu verwirklichen, was nicht hoch genug geschätzt werden kann, nämlich situative Kreativität. Die Behandlung in der Kinder- und Jugendmedizin ist ein hochkreativer Prozess, der das Zusammenkommen vieler Arbeitsleistungen notwendig macht. Die kreative Erschließung der Situation Gemäßen ist der entscheidende Punkt der Pädiatrie, und genau deswegen geht die Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin nicht in der Kategorisierung von Kindern auf, sondern in der Erkundung der Besonderheit eines jeden Kindes und der Besonderheit einer jeden Situation, in der sich die professionelle Interaktion vollzieht.

### **b. Erfahrungsgesättigtes Handeln**

Die Herausforderungen, vor denen die Kinder- und Jugendärzte stehen, können nicht durch detaillierte Regelvorgaben oder Anweisungen gemeistert werden, und so kann auch nicht in Vorschriften das gefasst werden, was gute Pädiatrie ausmacht. Das hängt damit zusammen, dass jede Situation grundsätzlich komplex ist und sie daher nicht durch lineare Modelle adäquat bewältigt werden kann. Es kann bei der Bewältigung der Probleme, vor denen die Kinder und ihre Eltern stehen, nicht um die Umsetzung eines vorgegebenen Algorithmus gehen, weil der Pädiater gefordert ist, die Vielschichtigkeit der Probleme zu erkennen und einen professionellen Umgang zu finden mit den vielen Unberechenbarkeiten und Ungewissheiten, die jede Krankheit unweigerlich mit sich bringt. Diese Ungewissheit der Zukunft gilt es gerade in der Pädiatrie als etwas Normales anzuerkennen, sie aber zugleich als Ermöglichung von Hoffnung anzugehen. All das kann aber nur verwirklicht werden durch die Implementierung impliziter Wissensformen, wie Erfahrungswissen, Beziehungswissen, Interaktionswissen. All diese Wissensformen lassen sich nicht formalisieren, und deswegen fallen sie immer mehr aus dem Raster der heutigen Medizin heraus, aber ohne diese impliziten Wissensformen ist der Kern der ärztlichen Betreuung in der Kinder- und Jugendmedizin nicht zu verwirklichen, nämlich die professionelle Begleitung, die immer auch eine zwischenmenschliche Begleitung sein muss. Die eigentliche Leistung der Pädiater besteht darin, dass sie sich jeden Tag durch das Sich-Einlassen auf das kranke Kind und sein familiäres Umfeld erfahrungsgesättigte singuläre Lösungsvorschläge ausdenken müssen, die nicht vorgegeben sein können und die nicht algorithmisch im Sinne eines zweckrationalen Planens einfach abgeleitet werden können, sondern die man sich im Dialog mit dem Kind und seinem Umfeld nach und nach hermeneutisch-kommunikativ erarbeitet. Die Arbeit, die sich die Pädiater zur Lösung der Probleme ihrer ihnen anvertrauten Kinder und deren Eltern machen, bleibt im System oft unerkannt, weil diese tagtägliche Mühe und das damit in Anschlag gebrachte Erfahrungswissen aber auch das notwendige Fingerspitzengefühl und der Feinsinn als notwendige Bedingung und eigentliche Qualitätsvoraussetzung vom produktionstechnisch denkenden System schlichtweg nicht anerkannt wird.

### **c. Integratives Denken**

In der Kinder- und Jugendmedizin geht es immer um alles. Es geht immer um das Ganze des Lebens, das dem Kind bevorsteht, es geht um Entscheidungen, die Auswirkungen haben auf eine ganze Biographie. Kinder- und Jugendmedizin ist daher ein Gebiet, das schon von seinem Adressatenkreis her eine Ganzheitlichkeit beansprucht. Denn wenn es um das Ganze des Lebens geht, dann wird sofort klar, dass der Pädiater selbst an das Ganze denken und das rein Technische unweigerlich übersteigen muss, weil er sich hineinversetzen muss in das zukünftige Leben dieses

Kindes und seiner Familie. Und so ist der Kinderarzt wie kein anderer immer angewiesen auf einen ganzen Blick, ist ihm doch zu sehr bewusst, dass die primär medizinische Versorgung allein nicht ausreicht, um dem Kind zu helfen; die gute medizinische Versorgung muss eben zwangsläufig gekoppelt werden an eine gute Betreuung, an eine gute Beratung der Eltern, an eine pädagogische Begleitung. Kinder werden nicht allein durch die Medizin zu einem guten Leben befähigt, sondern erst durch die Kombination von Medizin und familiärem Beistand, pädagogischer Unterstützung und sozialer Anerkennung. Es geht somit in der Kinder- und Jugendmedizin immer um das Erfassen des gesamten Problemzusammenhangs, und dieser Zusammenhang macht ein integratives Denken notwendig, ein Denken, das die Vielfalt der Aspekte zusammenführen kann. Der Pädiater ist grundsätzlich ein integrativ denkender Mensch, sonst kann er seinen Beruf gar nicht ausüben. In der Pädiatrie geht es um ein multiperspektivisches Sehen von Ganzheiten, weil man nur so das Gesamtempfinden des Kindes erfassen kann. Die Pädiatrie braucht multikontextuelles Verstehen, das Vielschichtigkeit und Vieldeutigkeit zulässt, sie braucht ein Denken in Komplexität – und das ist genau das Gegenteil der Stromlinienförmigkeit, die unter der produktionslogischen Perspektive der gesamten Medizin als vermeintlich neuer Wert übergestülpt wird.

### Schlussfolgerungen

Die Behandlung in der Kinder- und Jugendmedizin ist von Grund auf eine verständigungsorientierte Arbeit, die nicht in der Umsetzung von Ablaufprotokollen aufgehen kann. Gute pädiatrische Behandlung kann eben nicht reduziert werden auf die Optimierung der Prozessqualität, sondern Prozessqualität muss in den Dienst der entscheidenden Beziehungsqualität gestellt werden, denn ohne die Qualität der Beziehung kann auch das beste Behandlungsregime nicht fruchten. Daher ist es umso wichtiger, sich neben dem Dokumentierten gerade der nicht sichtbaren

und nicht bezifferbaren Leistung der Pädiater neu zu vergewissern und sich gegen eine produktionslogische Umformung der Medizin zu wehren. Der Arztberuf ist ein freier und damit gemeinwohlorientierter Beruf, dessen Hauptcharakteristikum in der Ausrichtung auf das Wohl der ihm Anvertrauten liegt. Es gehört daher zur Verantwortung eines jeden Arztes dazu, sich gegen eine privatwirtschaftliche Vereinnahmung und gegen eine kontraproduktive Deprofessionalisierung seiner Tätigkeit zur Wehr zu setzen. Aller begrifflich und strukturell vorgenommenen Umwertungen der Werte in der Medizin zum Trotz gilt es, sich zu vergegenwärtigen, dass Medizin kein Wirtschaftsunternehmen ist, kein Produktionsbetrieb und kein Marktfaktor (Maio 2014). Medizin ist professionelle Hilfe durch gelingende Interaktion auf der Basis von wissenschaftlicher Expertise in Verknüpfung mit verstehender Zuwendung. Und deswegen sollte die Kinder- und Jugendmedizin gerade heute im Zeitalter einer ökonomischen Überformung der gesamten Medizin entschieden dafür kämpfen, dass in ihrem Hoheitsgebiet nicht primär produktionstechnische Werte gefördert werden, sondern vor allem beziehungsstabilisierende Werte wie Zuhörbereitschaft, Geduld, Behutsamkeit, Reflexivität, Aufmerksamkeit und tiefe Wertschätzung für jedes Kind. Diesen zentralen Schlüssel zum Erfolg pädiatrischer Behandlung darf man in unserer durchökonomisierten Zeit nicht aus dem Auge verlieren – im Interesse aller kranken Kinder.

*Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.  
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Stefan-Meier-Straße 26, 79104 Freiburg i.Br.  
E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de*

#### Literatur:

Maio, Giovanni: Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Frankfurt: Suhrkamp 2014  
Maio, Giovanni: Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg: Herder 2015

*Red.: Huppertz*

## 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.



# Die Wirbelsäulen-Ampel – ein Instrument zur Früherkennung von Wirbelsäulendeformitäten bei Cerebralpareesen (CP)

Patienten mit Cerebralparese, insbesondere der GMFCS Level 4 und 5 entwickeln häufig eine Wirbelsäulendeformität – insbesondere eine Skoliose. Die Diagnose wird vielfach erst spät gestellt und/oder notwendige Behandlungsschritte werden verzögert eingeleitet. Die Folgen sind schwerwiegend und vielfältig, letztendlich führen sie zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität dieser Patienten. Aus diesem Grund kommt der Früherkennung ein hoher Stellenwert bei. Vom Netzwerk Cerebralparese e. V. wurde in Zusammenarbeit mit der Vereinigung für Kinderorthopädie eine Wirbelsäulen-Ampel entwickelt. Deren Ziel ist das Augenmerk der behandelnden Ärzte und Therapeuten auf die Wirbelsäule zu lenken. Anhand der Kriterien „Funktionslevel nach GMFCS“ und „Ergebnis klinische Untersuchung“ kann dem Patienten eine Ampelfarbe zugeordnet werden. „Grün“ führt zu einem Kontrollintervall von 1 Jahr, „gelb“ von 6 Monaten und „rot“ zu einer zeitnahen Vorstellung beim Kinder-, Neuro- oder spezialisierten Wirbelsäulenorthopäden.

**B**ei der Cerebralparese (CP) handelt es sich um ein Erkrankungsbild, dem eine nicht progrediente Schädigung des Gehirns in der prä-, peri- oder postnatalen Phase zu Grunde liegt. Neben anderen Symptomen bestehen maßgeblich Beeinträchtigungen der motorischen Fähigkeiten. Ca. 2-3 Kinder von 1000 Lebendgeburten sind betroffen [1]. CP geht einher mit dem Verlust der selektiven motorischen Steuerungsmechanismen, der Muskeltonus ist verändert – meist spastisch, seltener dyston oder ataktisch. Typischerweise kommt es zu einer muskulären Dysbalance zwischen den Agonisten und Antagonisten um ein Gelenk. In Abhängigkeit vom Schweregrad sind die funktionellen Auswirkungen unterschiedlich und werden heute standardmäßig nach dem Gross Motor Function Classification System (GMFCS) klassifiziert [6,16]. Ursprünglich wurde die Klassifizierung nach Altersgruppen getrennt durchgeführt. Im klinischen kinderorthopädischen Alltag wird aber auch häufig ab dem Kleinkindalter die folgende vereinfachte Einteilung genutzt [6, 26] (Tab. 1).

Ziel sämtlicher therapeutischer Konzepte ist das Erreichen der bestmöglichen Funktion, der maximalen Partizipation und bestmöglichen Integration, sowie Lebensqualität.

In den vergangenen 20 Jahren wurde der zentralen Rolle des Hüftgelenkes bei Patienten mit Cerebralparese viel Beachtung geschenkt. Es ist bekannt, dass sich bei 35% der Betroffenen eine Hüftdezentrierung entwickelt [23], wobei die Inzidenz unmittelbar mit dem Schweregrad korreliert: bei Patienten mit GMFCS Level 1 zeigt sich eine Dezentrierung äußerst selten, während bei Patienten mit GMFCS Level 5 die Rate bei fast 90 % liegt.

1994 wurde zunächst in Süd-Schweden ein Präventionsprogramm (CPUP) etabliert [4], das direkt nach Stellung der Diagnose „Cerebralparese“ regelmäßige klinische und radiologische Kontrollen der Hüftgelenke unter konsequenter Anwendung einer „Hüftampel“ garantiert. Schon bei einer beginnenden Dezentrierung können hierdurch frühzeitig konservative und/oder operative Maßnahmen eingeleitet werden, um eine Hüftluxation zu vermeiden. Mit diesem Programm konnte in Skandinavien die Inzidenz der Hüftluxation in den ersten zehn Jahren des Projektes statistisch hochsignifikant von 8 % auf unter 0,5 % reduziert werden [2,5]. In den letzten zehn Jahren wurde überhaupt keine Hüftluxation mehr diagnostiziert [3].

In Deutschland wurde die „Hüftampel“ [8] aufgegriffen, modifiziert, 2009 im Rahmen des interdisziplinären Cerebralparese-Experten-Treffens (ZEBRA-Meeting) in München konsentiert und 2011 publiziert [10]. Die dreistufige Ampel ermöglicht es dem behandelnden Arzt anhand einfacher radiologischer Kriterien zu entscheiden, ob ein Risiko für eine Hüftluxation besteht und damit eine Betreuung durch einen Kinderorthopäden indiziert ist. Durch Verbreitung der „Hüft-Ampel“ konnte in den vergangenen zehn Jahren auch in Deutschland eine erhöhte Sensibilisierung für die Problematik „Hüftluxation“ mit all ihren Auswirkungen auf Funktion und Lebensqualität erzielt werden.

Auch wenn in Deutschland bislang kein systematisches Surveillance-Programm etabliert werden konnte, wird die Hüftampel in vielen spezialisierten Zentren angewendet. In Analogie zu den nachgewiesenen Erfolgen in Skandinavien ist davon auszugehen, dass die Rate der frühzeitig erkannten Hüftdezentrierungen auch hierzulande gestie-



Dr. Daniel Herz

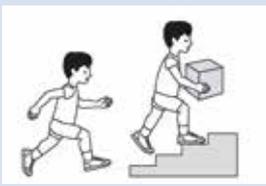
Priv.-Doz. Dr.  
Urs von Deimling

Dr. Björn-C. Vehse

Carol Hasler

Prof. Dr. Ralf Stücker

Prof. Dr.  
Bettina Westhoff

<b>Level 1</b>	Frei gehfähig, leichte Beeinträchtigung bezüglich Ganggeschwindigkeit, Balance und Koordination.	
<b>Level 2</b>	Frei gehfähig, Schwierigkeiten auf unebenem Boden. Festhalten bei Treppenauf-/Treppenabsteigen.	
<b>Level 3</b>	Gehen mit Gehhilfe, UA-Gehstützen, Rollator, für längere Strecken Aktivrollstuhl.	
<b>Level 4</b>	Nicht gehfähig, Gewichtsübernahme bei Transfers, Rollator allenfalls für Übungszwecke.	
<b>Level 5</b>	Nicht gehfähig, keine funktionell einsetzbare Gewichtsübernahme, keine Willkürkontrolle, vollständige Pflegebedürftigkeit.	

Tab. 1: **Gross Motor Function Classification System** (Pictogramme mit freundl. Genehmigung Prof. Florian Heinen, München)

gen ist, wodurch mehr Kinder rechtzeitig – also bevor es zu einer vollständigen Hüftluxation gekommen ist – einer suffizienten Therapie zugeführt werden konnten.

### Unterschätztes Problemfeld Wirbelsäule

Obwohl Wirbelsäulendeformitäten (Skoliose, Kypho-Skoliose, Kyphose) bei Patienten mit CP häufig auftreten und mit relevanten funktionellen Einschränkungen vergesellschaftet sein können, steht die Wirbelsäule zu wenig im Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit.

Die Angaben zur Inzidenz von Wirbelsäulendeformitäten schwanken in der Literatur erheblich und reichen bis zu nahezu 100 % – abhängig von Alter, Risikoprofil und Definition [9, 11, 20]. Eindeutig nachweisbar ist eine Abhängigkeit des Skolioserisikos von der funktionellen Beeinträchtigung ähnlich der Hüftluxation: Während Skoliosen bei Patienten mit GMFCS-Level 1 und 2 eher selten sind, liegt die Inzidenz bei Patienten mit GMFCS-Level 4 und 5 über 50% [17]. Patienten mit bilateraler CP sind in aller Regel deutlich häufiger von einer Skoliose betroffen als Kinder mit einer unilateralen CP [21]. Bei diesen Patienten zeigt sich oft eine erhebliche Progredienz der Deformität, insbesondere

während des präpubertären Wachstumsschubes – aber auch nach Wachstumsabschluss [12, 20].

Neben einem hohen GMFCS-Level sind als weitere Risikofaktoren das Vorliegen einer Hüftluxation und eine Seitverkipfung des Beckens in der Frontalebene („Pelvic tilt“) zu identifizieren [14].

### Skoliosen vermindern die Lebensqualität und führen zu Komplikationen

Bedingt durch die Kombination von motorisch-kordinativen Defiziten, muskulärer Schwäche und Dysbalancen entwickelt sich aus einer zunächst dynamischen Fehllage eine zunehmend rigide strukturelle Deformität der Wirbelsäule. Diese führt mit zunehmender Ausprägung zu progredienten funktionellen Einschränkungen, z. B. des aufrechten und ausdauernden Sitzens als Voraussetzung für viele Aktivitäten, des suffizienten Einsatzes von Armen und Händen sowie der Kopfkontrolle als Basis der Kommunikation und Partizipation. Eine fortschreitende Wirbelsäulendeformität erschwert zunehmend die Möglichkeiten der passiven Vertikalisierung, z. B. im Stehständer. Die Stabilisierung des Rumpfes durch orthopädiotechnische Maßnahmen wie Korsette und Sitzschalen wird immer aufwendiger und problematischer.

Eine progrediente Skoliose bedingt eine zunehmende Einschränkung der respiratorischen Kapazität, die sich im fortgeschrittenen Stadium in einer erhöhten Rate pulmonaler Infekte manifestiert. In diesem Stadium sind die Patienten häufig nicht mehr operationsfähig. Bei sehr ausgeprägten Skoliosen kann die respiratorische Insuffizienz sogar lebensbegrenzend sein.

Klinisch relevant ist außerdem das costo-iliacale Impingementsyndrom bei schweren Skoliosen. Durch ein Aufstützen der Rippen am Beckenkamm entstehen massive Schmerzen [27]. Diese Symptomatik zeigt sich insbesondere unter Einfluss der Schwerkraft beim Sitzen und Stehen.

Auf Grund dieser gravierenden klinischen Auswirkungen hochgradiger Wirbelsäulendeformitäten ist eine frühzeitige Diagnosestellung und Einleitung einer suffizienten Therapie dringend erforderlich.

Sind CP-Patienten durch eine hochgradige Skoliose erheblich beeinträchtigt, kann die Lebensqualität durch eine operative Aufrichtung verbessert werden [13, 15, 22]. Dies deckt sich mit der langjährigen Erfahrung des Autors (vD) auf Basis von mehreren hundert durchgeführten operativen Interventionen bei neuromuskulären Skoliosen. Hervorzuheben sind insbesondere eine postoperativ verbesserte Sitzposition, längere Sitztoleranz, verbesserte Nahrungsaufnahme sowie Kopfkontrolle und dadurch eine aktivere Teilhabe am Leben. Diese Einschätzung fußt insbesondere aus den Rückmeldungen der Eltern bzw. Bezugspersonen.

### Sind Früherkennung und rechtzeitige Therapie effektiv?

Rutz et al. [19] konnten bei 21 Kindern und Jugendlichen mit spastischer bilateraler Cerebralparese zeigen,

dass eine Korsettversorgung zu einer signifikanten Reduktion des lumbalen Cobb-Winkels führt.

Eine weitere Erhebung von Terjesen et al. [25] stellte heraus, dass diejenigen Patienten, die bereits initial eine sehr gute Aufrichtung nach Anpassung eines Korsetts zeigten, besonders von der konservativen Therapie profitieren und eine signifikant geringere Progression im Verlauf aufweisen.

Andere Autoren bewerten jedoch das Potenzial konservativer Maßnahmen skeptisch [11] und bezweifeln, dass dadurch die Progression einer Wirbelsäulendeformität beeinflusst werden kann.

## Wie sieht es in Deutschland aktuell aus?

In Deutschland machen Neuro-, Kinder- und Wirbelsäulenorthopäden die Erfahrung, dass Wirbelsäulendeformitäten bei Patienten mit CP häufig zu spät und oft überhaupt nicht erkannt bzw. therapiert werden: Regelmäßig werden Kinder erst mit bereits extrem fortgeschrittenen Skoliosen und Wirbelsäulendeformitäten vorgestellt. Dann ist eine Verbesserung mit konservativen Therapiemaßnahmen nicht mehr zu erzielen; eine operative Korrektur ist aber auch nur noch unter großem chirurgischem Aufwand mit deutlich erhöhtem Operationsrisiko möglich. In manchen Fällen ist die Deformität dann schon so rigide, dass nur noch eine Teilkorrektur möglich ist, oder die funktionellen Auswirkungen sind so weit fortgeschritten, dass aufgrund der respiratorischen Insuffizienz eine operative Aufrichtung überhaupt nicht mehr vertretbar ist.

## Es besteht Handlungsbedarf!

Das Netzwerk Cerebralparese e. V., das ein langfristiges, vollständiges, auf internationalen Standards und Leitlinien beruhendes modulares Versorgungsmodell entwickelt hat [24], sieht aufgrund der beschriebenen erheblichen Auswirkungen einer Skoliose einen dringenden Handlungsbedarf.

Es bestand Konsens, ähnlich der Hüftampel eine Wirbelsäulen-Ampel zu entwickeln, die folgende Kriterien erfüllen sollte:

- rechtzeitige Erkennung derjenigen Patienten durch Kinderärzte und Therapeuten, die für eine Wirbelsäulendeformität gefährdet sind und eine zeitnahe fachorthopädische Vorstellung unbedingt benötigen
- einfache, schnelle Anwendbarkeit.

Hierzu soll ein Instrument etabliert werden, das sicher stellt, dass:

- eine standardisierte klinische Untersuchung der Wirbelsäule bei jeder ärztlichen Routinekontrolle vorgenommen wird und
- bei klinischer Auffälligkeit frühzeitig die Weiterleitung zum Orthopäden, im Idealfall zum Kinder- oder Wirbelsäulenorthopäden, erfolgt.

Auf diesem Wege sollen schwerste, nicht mehr therapeutisch zu beherrschende Deformitäten vermieden werden können.

## Die Wirbelsäulen-Ampel

Von den Mitgliedern der Modulgruppe Kinder-/Neuroorthopädie des Netzwerk Cerebralparese e. V. wurde in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Kindliche Wirbelsäule der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) eine Wirbelsäulen-Ampel entwickelt, die primär ein Instrument für betreuende Ärzte und Physiotherapeuten sein soll [7].

Die Ampel (Abb. 1) basiert auf der Zuordnung des Patienten zu einem funktionellen Schweregrad nach der GMFCS-Klassifikation (Tab. 1) sowie einer einfachen klinischen Untersuchung. Sie kann ab dem 3. Geburtstag angewandt werden.

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Sitzen – auch beim stehfähigen Patienten. Hierdurch werden die Einflüsse einer funktionellen und/oder reellen Beinlängendifferenz ausgeschlossen. Beurteilt wird die Stellung der Wirbelsäule beim aufrechten Sitz. Ist ein Patient aus eigener Kraft nicht sitzfähig, so sollte eine Hilfsperson soweit Stütze geben, dass eine Vertikalisierung gerade eben möglich ist.

Dabei soll – besonders in der Frontalebene – auf eine Verkippung des Beckens geachtet werden (pelvictilt). Durch gleichzeitiges Tasten beider Beckenkämme kann ein Niveau-Unterschied erkannt werden. Wird eine Verkippung vermutet, ist diese leicht zu objektivieren, indem die flache Hand beim sitzenden Patienten unter beide Sitzbeinhöcker geschoben wird. Bei relevantem „pelvictilt“ ist die Druckverteilung links zu rechts nicht symmetrisch. Auf das Vorliegen einer langbogigen Kyphose (Globalkyphose) ist zu achten.

Anschließend beugt sich der Patient im Sitzen nach vorne. Es wird beurteilt, ob ein Rippenbuckel oder ein Lendenwulst vorliegen. Diese werden durch eine Zwangsrotation der Wirbelkörper verursacht und beweisen eine Skoliose (Abb. 2 und 3).

Aufgrund der Parameter „funktioneller Schweregrad nach GMFCS-Klassifikation“ und dem „Ergebnis klinische Untersuchung“ ist eine Zuordnung zu den Ampelfarben grün – gelb – rot möglich.

Dabei bedeutet:

- **Grün:** Es liegen keine Risikofaktoren für die Entwicklung einer Wirbelsäulendeformität vor. Eine klinische Kontrolluntersuchung durch das betreuende Behandlungsteam sollte 1x/Jahr erfolgen.
- **Gelb:** Es liegen keine klinischen Zeichen für eine Skoliose vor, aber durch das erhöhte Risiko bei GMFCS-Level 3 sollte eine klinische Kontrolluntersuchung durch das betreuende Behandlungsteam 2x/Jahr erfolgen.
- **Rot:** Es bestehen klinische Auffälligkeiten im Bereich der Wirbelsäule und/oder das Risiko ist per se durch Vorliegen eines GMFCS-Level von 4 oder 5 stark erhöht. Hier ist eine Vorstellung beim Kinder-, Neuro- oder Wirbelsäulenorthopäden zeitnah geboten.

# Wirbelsäulen-Ampel

(Anwendung ab 3. Geburtstag)



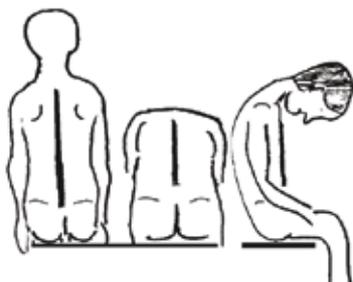
Vereinigung für  
Kinderorthopädie



Netzwerk  
Cerebralparese e.V.

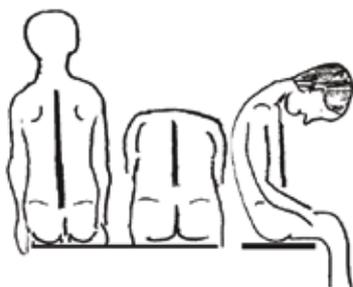
## Klinische Untersuchung:

(wenn möglich im Sitzen)



- Keine Rumpfasymmetrie
- Kein Rippenbuckel / Lendenwulst im Vorbeugetest
- Keine Beckenverkipfung (Pelvic tilt)

**GMFCS I + II:**  
klinische Kontrolle  
1x/Jahr



- Keine Rumpfasymmetrie
- Kein Rippenbuckel / Lendenwulst im Vorbeugetest
- Keine Beckenverkipfung (Pelvic tilt)

**GMFCS III:**  
Klinische Kontrolle  
2x/Jahr



- Ein- oder mehrbogige Skoliose
- Rippenbuckel
- Lendenwulst
- Pelvic tilt (im Sitzen/ im Stehen)
- ausgeprägte Hypotonie + Kyphose

**Orthopädische Vorstellung:**

- Bei klinischer Auffälligkeit
- GMFCS IV / V



Röntgenuntersuchung **durch Orthopäden** unter den im „Netzwerk Cerebralparese e.V.“ ausgearbeiteten standardisierten Qualitätskriterien

### Risikofaktoren:

- ⇒ Schweregrad der CP:
  - GMFCS III: erhöhtes Skoliose-Risiko
  - GMFCS IV+V: > 50% Skoliose-Risiko (rollstuhlpflichtige Patienten)
- ⇒ Frühe Skoliose-Entwicklung vor 5. Geburtstag (Early-Onset-Skoliosen): schlechte Prognose
- ⇒ Präpubertäre Entwicklungsphase, spastische bilaterale CP

Entwickelt von der Modulgruppe Neuroorthopädie / Netzwerk Cerebralparese e.V. in Zusammenarbeit mit dem AK Wirbelsäule der VKO (Version 19.06.16)

Abb. 1: Die Wirbelsäulen-Ampel



Abb. 2: Thorakal linkskonvexe Skoliose im Sitzen. Man beachte auch den Scapula- und Schulterhochstand links.



Abb. 3: Rippenbuckel links beim Vorbeugegetest als Zeichen einer thorakal linkskonvexen Skoliose

## Risikofaktoren

Neben funktionellem Schweregrad nach GMFCS gibt es weitere Faktoren, die das Risiko für eine Skoliose bzw. deren Progression erhöhen, die aber keinen direkten Eingang in das Ampel-System gefunden haben. Die Kenntnis dieser Faktoren ist wichtig und sollte ggf. die Untersuchungshäufigkeit erhöhen.

Dazu zählen:

- sehr frühe Skolioseentwicklung, also vor dem 5. Geburtstag („Early-onset-Skoliose“): Risiko der raschen Progredienz mit schlechter Prognose auch bei adäquater Therapie [18]
- ausgeprägte Globalkyphose bei Rumpfhypotonie: Risiko einer raschen Progression, da die Wirbelsäule besonders schlecht muskulär stabilisiert wird
- präpubertäres Alter: Risiko der beschleunigten Progression durch den hormonell eingeleiteten Wachstumsschub
- Bilaterale CP korrelieren mit einem höheren Skolioserisiko als unilaterale CP [10]

## Warum keine radiologischen Kriterien?

Die im Netzwerk Cerebralparese e. V. konsentierten Anforderungen an den Standard einer Röntgenaufnahme der Wirbelsäule beim CP-Patienten (siehe Tab. 2) sind deutlich komplexer als bei einer Röntgenaufnahme des Beckens zur Beurteilung der Hüften. Diese Bildgebung kann in der Regel nur in Spezialabteilungen zufriedenstellend durchgeführt werden. Der klinische Alltag zeigt, dass zu viele Röntgenaufnahmen angefertigt werden, die diese Qualitätskriterien nicht erfüllen. Damit sind diese Aufnahmen für eine Deformitätenbeurteilung der Wirbelsäule nicht ver-

### Erstaufnahme in 2 Ebenen

Grundsätzlich Wirbelsäulen-Ganzaufnahme mit Abbildung vom zervikooccipitalen bis zum lumbosakralen Übergang

wenn möglich Aufnahme unter Einfluss der Schwerkraft, das heißt im Stehen, sonst im Sitzen, ggf. in röntgenstrahlendurchlässigem Stuhl

Falls Patient nicht steh- oder sitzfähig ist, Unterstützung durch Hilfsperson, aber ohne passive Aufrichtung

Film-Detektorabstand 3 m

Streustrahlenraster, Rasterkassette (Viellinienraster)

Seitaufnahme erst nach Ansicht der ap-Aufnahme durch die MTA: Konvexe Seite der Hauptkrümmung sollte am Detektor/Film anliegen

Tab. 2: Auswahl an Qualitätskriterien für eine Ganzaufnahme der Wirbelsäule nach Netzwerk Cerebralparese e. V.

wertbar. Dies ist aus strahlenhygienischer Sicht nicht akzeptabel.

## Aussichten

Aktuell wird eine Praxiserprobung der Wirbelsäulenampel durch ausgewählte neuropädiatrische Einrichtungen in Kooperation mit der Gesellschaft für Neuropädiatrie vorbereitet. Um eine Evaluation zu ermöglichen wurde ein Fragebogen für die behandelnden Kinderärzte und Therapeuten entwickelt, der die Praxistauglichkeit bewertet und objektiviert. Die Ergebnisse werden im Rahmen des Netzwerk Cerebralparese e. V. in der Arbeitsgruppe Kinderorthopädie ausgewertet, um die Wirbelsäulen-Ampel gemäß des klinischen Bedarfs zu optimieren.

## Fazit für die Praxis

1. Patienten mit Cerebralparese – insbesondere ehemalige Frühgeborene – bedürfen einer regelmäßigen Kontrolle für Statik und Wachstum der Wirbelsäule.
2. Die deutschen Kinderorthopäden schlagen hierzu eine Wirbelsäulenampel vor, mit der ein Kind rasch und praxisnah beurteilt werden kann.
3. Mit dieser Wirbelsäulenampel kann die Versorgung der Kinder in Zusammenarbeit von Praxispädiatrie, Kinderorthopädie, Kinderneurologie und Sozialpädiatrie erleichtert und verbessert werden.

Die Wirbelsäulenampel sollte tägliches Praxisinstrument sein.

## Danksagung

Wir bedanken uns bei den Mitgliedern der Modulgruppe Neuroorthopädie des Netzwerks Cerebralparese e.V. für die konstruktive Zusammenarbeit und

die fruchtbaren Diskussionen, die zur Erarbeitung der Wirbelsäulen-Ampel maßgeblich beigetragen haben (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. Kell Behrens, Bad Neuenahr; PD Dr. Urs von Deimling, St. Augustin; Dr. Daniel Herz, Arnstadt; Dr. Melanie Horter, Münster; Reza Pasha, Krefeld; PD Dr. Richard Placzek, Bonn; Dr. Tamara Seidl, Bielefeld; Dr. Björn-C. Vehse, Siegen; Prof. Dr. Bettina Westhoff, Düsseldorf.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Text folgt, Text folgt

**Korrespondenzautor:**  
**Dr. med. Daniel Herz**  
**Klinik für Kinderorthopädie**  
**Marienstift Arnstadt**  
**Wachsenburgallee 12, 99310 Arnstadt**  
**Tel.: 03628/ 720 480**  
**E-Mail: herz@ms-arn.de**

Red.: Heinen

## 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](http://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](http://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](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)

## Rotavirusimpfung bei Fehlbildungen im Gastrointestinaltrakt

Ich bin in jüngster Zeit wiederholt gefragt worden, ob Kinder mit Fehlbildungen im Gastrointestinaltrakt – es handelte sich jeweils um eine Gastroschisis – gegen Rotavirusinfektionen geimpft werden dürfen. Hintergrund der Frage ist vermutlich der warnende Text in den Fachinformationen der beiden verfügbaren oralen Lebendimpfstoffe, wo es bei Rotarix® unter „Kontraindikationen“ u. a. heißt: „*Invagination in der Anamnese; Säuglinge mit unbehandelter angeborener Fehlbildung des Gastrointestinaltrakts, die möglicherweise für eine Invagination prädisponieren könnte.*“ Ähnlich lautet es bei den Kontraindikationen für Rotateq®: „*Invagination in der Anamnese; Angeborene Fehlbildung des Gastrointestinaltrakts, die möglicherweise für eine Invagination prädisponieren könnte.*“ Interessant beim Textvergleich ist das Wort „unbehandelt“ im Text bei Rotarix® was impliziert, dass nach chirurgischer Korrektur das Risiko für Invaginationen wohl nicht mehr erhöht ist. Ein Basisrisiko für eine Invagination, ganz unabhängig von der Impfung, bleibt selbstverständlich bestehen. Es betrug in Deutschland vor Einführung der Rotavirusimpfstoffe jährlich ca. 1 Fall auf 1650 Säuglinge [Jenke et al; JPGN 2011; 52: 446–451] und es gibt bislang keine überzeugenden Hinweise dafür, dass sich dies seit Einführung der Rotavirus-Impfempfehlung durch die STIKO im Jahr 2013 bedeutsam geändert hätte. Zurück zur eingangs erwähnten Frage: Mir ist bei Kindern mit Z.n. Gastroschisis kein erhöhtes Risiko für Invaginationen bekannt. Auch in einer Fallserie aus den USA (frei im Internet verfügbar: <http://jpid.oxfordjournals.org/content/3/1/57.full.pdf+html>), in der Kinder mit gastrointestinalen Fehlbildungen gegen Rotavirus geimpft wurden, konnte ein solches nicht nachgewiesen werden. In dieser Fallserie befanden sich u.a. auch 8 Säuglinge mit Z.n. Gastroschisis. Das Spektrum an unerwünschten Ereignissen incl. Nebenwirkungen war nicht grundsätzlich anders oder häufiger als bei gesunden Kindern und in keinem Fall trat ein „ernstes unerwünschtes Ereignis“ (in der Pharmakovigilanz als „serious adverse event“ bezeichnet) auf. Deshalb grünes Licht für die Impfung auch bei Patienten nach Gastroschisis und anderen korrigierten Fehlbildungen im Magen-Darmbereich.

Wie immer aber sollte man im Aufklärungsgespräch grundsätzlich die Möglichkeit des Auftretens von Invagination erwähnen und die typischen Krankheitszeichen erläutern, damit die Eltern diese im Fall des Falles erkennen und reagieren können.

## Meningokokken – Die aktuelle Lage in Deutschland

Sie kennen ja mittlerweile mein Faible für Epidemiologie und Zahlen, sind sie doch ein wesentlicher Pfeiler bei der Bewertung des potentiellen Nutzens von Impfungen. Im Epidemiologischen Bulletin 43/2016 erschien der Bericht zur aktuellen (Zeitraum 2012–2015) Situation von gemäß Infektionsschutzgesetz gemeldeten invasiven Meningokokken-Erkrankungen (IME) in Deutschland. Hier eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Fakten für Sie: Im Vergleich zum Vorbericht (2009–2011) ist die Inzidenz aller IME weiterhin rückläufig. In 2014 war mit 284 Fällen die absolut niedrigste Fallzahl zu verzeichnen, 2015 lag sie mit 293 nur geringfügig höher, wobei aber – Cave! – in den ersten 40 Kalenderwochen diesen Jahres mit 257 Fällen im Vergleich zu 217 Fällen zum gleichen Zeitpunkt in 2015 eine weitere Zunahme zu verzeichnen ist. Es dominieren weiterhin IME durch Serogruppe B mit jährlich durchschnittlich 196 Fällen (Inzidenz in der Bevölkerung pro 100.000 Einwohner und Jahr: 0,27), gefolgt von 56 Fällen Serogruppe C (Inzidenz 0,08), 20 Fällen Y (0,03) und 11 Fällen W (0,02), wobei der Anteil von IME durch Serogruppe B bei den jüngsten Altersgruppen überproportional hoch ist. Die Gesamtinzidenz an IME ist bei Säuglingen mit 6,1 am höchsten, gefolgt von 1-Jährigen (3,4) und 15–19-Jährigen (0,9). Die Letalität der IME hängt einerseits von der Serogruppe ab (13,6% bei Serogruppe C, 9,4% bei Serogruppe B), andererseits besonders stark von der Krank-



## Impfforum

heitsmanifestation (2% bei Meningitis, 18% bei Sepsis). Interessant ist auch, dass vom Rückgang an IME durch Serogruppe C vor allem die Altersgruppe <19 Jahre profitierte – und dies überproportional stärker als der Rückgang an IME durch Serogruppe B war. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf die Auswirkung des Meningokokken-Gruppe C Impfprogramms (seit 2006) in dieser Altersgruppe. Beruhigend ist auch, dass nur sehr wenige IME durch Serogruppe C bei MenC-geimpften Kindern und Jugendlichen auftraten, nämlich 11, wovon 98,6% der Erkrankten nicht geimpft waren.

Zahlreiche weitere Details zur Meningokokkenepidemiologie finden Sie unter [www.nrz.mhi.de](http://www.nrz.mhi.de).

## Erfolgreiches Meningokokken Gruppe B Impfprogramm in England

Der im Impfforum im Juli (Seite 473) erwähnte ESPID-Kongressbeitrag zum Meningokokken Gruppe B Impfprogramm in England ist nun seit 27. Oktober peer-reviewed und online publiziert [Lancet: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31921-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31921-3)]. Neben der bereits berichteten hohen Durchimpfung (95,5% für 1 Dosis, 88,6% für 2 Dosen bei empfohlenem 2+1 Impfschema im Alter von 2, 4 und 12 Monaten, eingeführt im September 2015 und hier ausgewertet bis einschliesslich Juni 2016) liegen nun auch Wirksamkeitsdaten vor. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die unterschiedliche Antigenzusammensetzung der Meningokokken Gruppe B Stämme einen Abdeckungsgrad von maximal 88% aller Gruppe B Stämme in England vermuten lässt. Vor diesem Hintergrund entspricht die errechnete totale Wirksamkeit nach 2 Impfdosen von 82,9% (95% CI 24,1–95,2) einer respektablen Wirksamkeit von 94,2% gegen impfpräventable Stämme. Nach 1 Dosis war die Schutzrate nur 22,0% (95% CI –105–67,1), was die Bedeutung der zeitgerechten Gabe der 2. Dosis für den Impfschutz unterstreicht. Auch wenn Bexsero® bislang nur für das 3+1 Impfschema bei Beginn im Alter von 2 Monaten zugelassen ist, so lassen diese ersten Ergebnisse doch Optimismus im Hinblick auf ein ebenfalls effizientes 2+1 Impfschema aufkommen, wie wir es ja auch für das Pneumokokken-Impfprogramm im Säuglingsalter kennen. In den ersten 10 Monaten des Impfprogramms kam es in der Zwischenbilanz mit 10 statt 20 Meningokokken Gruppe B Fälle in den Vorjahren zu einer Halbierung der Fallzahl in der geimpften Säuglingskohorte.

**Impfen nützt, impfen schützt.**

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

Red.: Huppertz

# Zeitpunkt einer operativen Korrektur einer Gehörgangatresie

## consilium

Dr. med.  
Stefan Volkenstein

### Frage

Ich betreue eine 3-jährige Patientin mit Gehörgangatresie.

- Wann wäre der richtige Zeitpunkt um sie zu operieren?

### Antwort

Die Inzidenz einer Gehörgangatresie (GGA) – isoliert oder mit Fehlbildungen des äußeren und/oder Mittelohres – wird mit 1:10.000 angegeben (1). Die Innenohrfunktion ist bei den betroffenen Patienten aufgrund des unterschiedlichen entwicklungsgeschichtlichen Ursprungs meist normal, jedoch entsteht durch den Verschluss des Gehörgangs eine Schalleitungsschwerhörigkeit von bis zu 60 dB. Bei der Beantwortung der oben genannten Frage müssen zwei Gesichtspunkte berücksichtigt werden: Die funktionelle und die kosmetische Rehabilitation.

Bei der funktionellen Rehabilitation müssen Patienten mit einer einseitigen GGA von den Patienten mit einer beidseitigen GGA unterschieden werden. Während einseitig betroffene Patienten auch unversorgt zunächst eine normale Laut- und Sprachentwicklung zeigen, müssen beidseitig betroffene Patienten so früh wie möglich mit Knochenleitungshörssystemen (KLHS) versorgt werden, bis eine definitive (operative) Therapie durchgeführt werden kann. Erst Ende des letzten Jahrhunderts wurde erkannt, dass bei Patienten mit einseitiger GGA im unversorgten Zustand erhebliche Probleme beim räumlichen Hören oder beim Hören im Störgeräusch auftreten und einseitig schwerhörige Kinder zum Beispiel öfter eine Schulklasse wiederholen müssen (2), so dass auch bei Patienten mit einseitiger GGA schon im 1. Lebensjahr eine Versorgung mit einem KLHS zu empfehlen ist. Zur definitiven funktionellen Versorgung für Kinder stehen neben implantierbaren KLHS auch aktive Mittelohrhörssysteme (AMHS) zur Verfügung. Für welches System der einzelne Patient geeignet oder ob auch eine operative Gehörgangplastik mit Mittelohrrekonstruktion sinnvoll möglich ist, ist unter anderem von den anatomischen Gegebenheiten abhängig. Mittels eines hochauflösenden Felsenbein-CT kann der Jahrsdoerfer-Score bestimmt werden (3). Bei Werten unter 4 sollte

eine Versorgung mit einem KLHS erfolgen, bei Werten von 4 und mehr kann ab dem 2. Lebensjahr über die Implantation eines AMHS diskutiert werden, bei Patienten mit Werten von 7 und mehr kann auch über eine spätere operative Gehörgangsanlage mit Mittelohrrekonstruktion nachgedacht werden.

Die Erfahrung hierbei zeigt allerdings eine hohe Re-Stenosierungsrate, wiederholte operative Eingriffe und die Notwendigkeit, trotz erfolgreicher Operation in mehr als 30 % der Fälle doch weiter ein Hörgerät tragen zu müssen. Die sicherste funktionelle Rehabilitation bei geringem operativen Aufwand ist mit einem KLHS zu erzielen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass durch KLHS im Gegensatz zu AMHS beide Seiten stimuliert werden, was in bestimmten Hörsituationen dann oft zu Interferenzen führt, so dass aus funktioneller Sicht eine Rehabilitation mit einem AMHS anzustreben ist, wenn dies anatomisch erfolgsversprechend erscheint (4, 5).

Die kosmetische Rehabilitation kann auf unterschiedliche Arten durchgeführt werden. Neben magnet-getragenen, knochenverankerten sowie Klebe-Epithesen kann eine vollständige chirurgische Rekonstruktion aus autologem, körpereigenem Material (v. a. Rippenknorpel) oder mit Unterstützung von Implantaten aus porösem Polyethylen (6) angestrebt werden. Hier ist eine eingehende Beratung der Patienten und Eltern über die jeweiligen Vor- und Nachteile zu besprechen.

Im vorliegenden Fall kann somit bei Auftreten von funktionellen Defiziten in den regelmäßigen Verlaufskontrollen bei einseitiger GGA in Abhängigkeit von den anatomischen Voraussetzungen eine funktionelle Rehabilitation mit einem aktiven Mittelohrhörssystem oder einem Knochenleitungshörssystem angeraten werden. Bei gleichzeitig vorliegender Mikrotie oder Dysplasie der Ohrmuschel kann eine einzeitige ästhetische Rehabilitation mit einer epithetischen Versorgung oder einer chirurgischen Ohrmuschelrekonstruktion mit Implantaten aus Polyethylen oder Rippenknorpel erfolgen.

**Dr. med. Stefan Volkenstein**  
**Univ.-HNO-Klinik, St. Elisabeth-Hospital**  
**Bleichstr. 15, 44787 Bochum**

Literatur bei InfectoPharm

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

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



## Suchtforum

## Steckbrief zu:

## Ayahuasca

**Chemische Bezeichnung:** Die Harman-Alkaloide aus dem Sud der Liane *Banisteriopsis caapi*, die als Monoaminoxidase-Hemmer wirken, hemmen den Abbau des halluzinogen N,N-Dimethyltryptamins (DMT) in der Kaffeepflanze *Psychotria viridis* und ermöglichen so erst die Rauschwirkung des Trankes; der halluzinogene Wirkstoff DMT unterliegt dem deutschen Betäubungsmittelgesetz, so dass der Umgang damit ohne Erlaubnis strafbar ist; Beimengungen von *Brugmansia suaveolens* (Engelstropfete) enthalten L-Hyoscyamin und Atropin und können ein zentrales anticholinerges Syndrom auslösen;

**Straßennamen(n):** Ayahuasca-Tee, Hoasca-Tee, Yayé, Yagé, Natem, Cipó, Chacruna, scherzhaft auch: Bio-LSD

**Dosierung(en):** als Trank völlig unsichere Wirkstoffmenge (0,1-0,6 % DMT in Blättern von *Psychotria viridis*) abhängig auch von Aufgusszeit zwischen 3 Minuten, 10 Stunden oder traditionell bis zu 3 Tagen; Synthetisches DMT – Pulver: z. B. 35 mg als Einzeldosis geraucht oder geschluckt;

**Einnahmeform:** halluzinogener Trank aus Pflanzensud, Wirkungseintritt nach 30-45 Minuten, Wirkmaximum nach 1,5 bis 2 Stunden, Wirkdauer bis zu 4 Stunden. Synthetisches DMT geraucht wirkt sofort und heftig, Wirkdauer ohne zusätzliche Einnahme von MAO-Hemmern 15-20 Minuten;

**Interaktionen:** Gleichzeitige Aufnahme anderer serotoninerger Substanzen (SSRI, Clomipramin, TCAD) kann im Einzelfall zum lebensbedrohlichen *Serotonin-Syndrom* führen, wobei Hyperthermie > 39 Grad, Schwitzen, Zittern, Tachykardie und wechselnde Bewusstseinsstörungen mit Verwirrheitszuständen und eine typische Hyperreflexie und Myoklonien auftreten.

**Straßenpreis(e):** Ayahuasca-Fertigmischungen über Internet (Azarius) für 13,00 – 18,00 Euro; jeweils 50 g Blätter von *Psychotria viridis* für 18,50 Euro und *Banisteriopsis caapi* für 12,50 Euro – 0,2 Gramm synthetisches DMT gibt es für 22,00 Euro, reicht für 6 Einzeldosen.

**Erwünschte Wirkung(en):** gesteigerte Selbstwahrnehmung und Bewusstseinerweiterung, verstärkte Hörwahrnehmungen, rauschartige Zustände; bei Langzeitgebrauch werden sogar verbesserte Gedächtnisleistungen beschrieben;

**Unerwünschte Wirkung(en):** Übelkeit, Erbrechen und Durchfall treten beim Teetrinken fast immer auf; Blutdruckerhöhung; Schweißausbrüche, Gleichgewichtsstörungen und Schwindel, angstbesetzte Psychose, auch Nah-Todeserfahrungen;

**Nachweismethoden:** im üblichen Drogenscreening nicht enthalten; wegen kurzer Wirkdauer des DMT Nachweis forensisch über GC-MS im Urin;

**Therapieoptionen akut:** Talking down, bei klinischen Zeichen für Serotonin-Syndrom externe Kühlung, Sedierung mit Benzodiazepinen und Notfalltransport auf Intensivstation;

**Therapieoptionen chronisch:** wegen typischen Musters des experimentellen Drogenkonsums schwer für Therapieangebote erreichbar;

**Langzeitfolgen:** keine bisher bekannt, keine körperliche Abhängigkeit

**Dr. Matthias Brockstedt**

Suchtbeauftragter bvkJ e.V.

Ärztlicher Leiter

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Berlin - Mitte

Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin

Tel 030 9018 46132 / 30

Matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen

## Liebe Leserin, lieber Leser des Kinder- und Jugendarztes,

im Titel und in unseren Artikeln möchten wir männliche und weibliche Pädiater gleichermaßen und in knapper Form ansprechen. Daher verwenden wir das verallgemeinernde „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ReH



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Ist halb verdünnter Apfelsaft eine Behandlungs-Alternative zu Elektrolytlösungen mit Apfelschmack?

#### Effect of Dilute Apple Juice and Preferred Fluids vs Electrolyte Maintenance Solution on Treatment Failure Among Children with Mild Gastroenteritis: A Randomized Clinical Trial

Freedman SB et al. *JAMA*, 315 (18): 1966-1974, April 2016

Die akute Gastroenteritis (AGE) mit und ohne Erbrechen gehört mit zu den häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Die Behandlung konzentriert sich vor allem bei den für Flüssigkeitsverlust und Elektrolytlösungen besonders anfälligen Säuglingen und Kleinkindern auf die Gabe oraler Rehydrationslösungen (ORS). In der Praxis verweigern jedoch viele Kinder diese Therapie wegen ihres salzigen Geschmacks. Damit ist die elterliche und kindliche Compliance begrenzt. Jetzt haben kanadische Autoren in einem „Non-Inferiority Trial“ untersucht, ob ein verdünnter Apfelsaft bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter zwischen 6 und 60 Monaten mit einer leichten Dehydratation nicht ebenso oder vielleicht auch besser wirksam ist als eine Therapie mit ORS.

Diese verblindete, randomisierte Studie wurde in der Notfallaufnahme eines tertiären medizinischen Zentrums in Toronto jeweils in den Monaten Oktober bis April zwischen 2010 und 2015 durchgeführt. Die Teilnehmer wurden auf zwei Behandlungsarmerandomisiert und erhielten entweder mit Leitungswasser auf die halbe Stärke verdünnten Apfelsaft und danach ihre bevorzugte Flüssigkeit (n=323, applejuice/preferredfluids (APF)) oder eine ORS mit Apfelschmack (n=324). Nach der Entlassung aus der Notfall-Aufnahme konnte die APF-Gruppe die von ihr bevorzugte Flüssigkeit weiter nehmen, die ORS-Gruppe glich den Flüssigkeitsverlust weiter mit Elektrolytlösungen aus. Primäre Ergebnis-

ziele waren die Erfassung des Therapieversagens innerhalb von 7 Tagen auf Grund folgender Ereignisse: erforderliche intravenöse Rehydratation, Krankenhausaufnahme, Wiedervorstellung bei einem Arzt, verzögerte Rückbildung der Symptome, ein „crossover“ in der Therapie, ein Gewichtsverlust von 3 % und mehr und eine signifikante Exsikkose bei der Wiedervorstellung. Bei den sekundären Ergebniszielen wurden die intravenösen Infusionen, die Krankenhausaufnahmen, die Häufigkeit der dünnen Stühle und des Erbrechens erfasst. Die Grenze für die Nicht-Unterlegenheit (Non-Inferiority) der Therapie mit halb verdünntem Apfelsaft im Vergleich zur ORS wurde bei 7,5 % festgelegt. Von den 647 randomisierten Probanden (mittleres Alter 28,3 Monate; 331 Jungen, 51,1 %) wiesen 441 (68,2 %) keine Zeichen für eine Dehydratation auf. Insgesamt 644/647 Teilnehmern konnten bis zum Studienende begleitet werden. Kinder, die verdünnte APF erhalten hatten, wiesen ein geringeres Therapieversagen auf als Kinder mit einer ORS (16,7 % vs 25 %). Sie benötigten auch weniger häufig eine intravenöse Rehydratation (2,5 % vs 9,0 %). Die Krankenhaus-Aufnahmeraten, die Frequenz dünner Stühle und des Erbrechens waren in beiden Gruppen in etwa gleich.

Eine leichte Gastroenteritis mit einem geringen Flüssigkeitsverlust kann mit 1:1 verdünntem Apfelsaft und im Anschluss mit den vom Kind bevorzugten Flüssigkeiten behandelt werden. Im Vergleich zur ORS-Therapie führt dieses Vorgehen zu einem geringeren Therapieversagen.

### Kommentar

Obwohl in den amerikanischen und europäischen Leitlinien die orale Rehydratationstherapie (ORT) bei Kindern mit leichtem bis mäßigem Flüssigkeitsverlust empfohlen wird, zeigen Untersuchungen, dass diese Empfehlungen nicht hinreichend umgesetzt werden. Etwa 30 % der praktizierenden Kinderärzte verordnen erbrechenden und leicht bis mäßig dehydrierten Kindern keine orale Rehydrationslösungen (ORS). Eine Studie von amerikanischen Notärzten zeigt, dass zu wenig oral rehydriert wird. Dabei ist die orale Rehydratation einfach zu Hause durchzuführen, wirksam und preiswert. Die Rate der mit einer Infusionstherapie behandelten Kinder ist mit 23 % in der Studie von Freedman et al. niedriger als mit 43 % in einer europäischen prospektiven Multicenter-Studie. Die große therapeutische Varianz in der Behandlung von Durchfallerkrankungen lässt sich wahrscheinlich durch eine mangelhafte Compliance erklären. Trotz vieler Versuche ist es bisher nicht gelungen, den Geschmack der salzig schmeckenden ORS entscheidend zu verbessern. Deshalb wählten nach Aufklärung und Nachfrage 260 Eltern von Kindern im Alter zwischen 6 Monaten und 5 Jahren zu 62 % (162) die intravenöse und nur zu 38 % (98) die ORT. Die aktuelle Studie von Freedman et al. zeigt, dass besser schmeckende Alternativen, wie zum Beispiel halbverdünnter Apfelsaft, zumindest bei leichten Erkrankungen mindestens ebenso und vielleicht noch besser wirksam sein können. Ob der klinische Erfolg der APF-Therapie (applejuice/preferred fluid) im Verhältnis 25 versus 16 auf eine bessere Compliance oder andere Faktoren zurückgeführt werden muss, lässt sich aus dieser Studie nicht entnehmen. Daten zum Elektrolytgehalt des verdünnten Apfelsaftes werden nicht angegeben. Den Kindern in der APF-Gruppe war es erlaubt, ihre präferierten Getränke zu konsumieren, was nach den meisten Leitlinien kontraindiziert ist. Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Ergebnisse bei leichten Gastroenteritiden erfolgreich in die täg-

liche Praxis übertragen werden können, wenn die Eltern mit der üblichen ORS nicht zurechtkommen. Auf die Stuhlfrequenz und das Erbrechen scheint die APF-Therapie, wie die ORT auch, keinen wesentlichen Einfluss zu besitzen. Von den Eltern, die eine Infusionstherapie bevorzugten, äußerten 53 %, dass sie die orale Therapie wählen würden, wenn sich damit auch das Erbrechen reduzieren ließe. Vielleicht müssen Eltern noch besser über den Wert der ORT aufgeklärt werden, um deren Akzeptanz im Interesse ihrer Kinder zu erhöhen. Die australischen Erfahrungen

belegen, dass mit der Implementierung eines ORT-Protokolls die Rate der Krankenhausaufnahmen von 23 % auf 5 % und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes von 7 Stunden 54 Minuten auf 2 Stunden 17 Minuten reduziert werden kann.

Literatur beim Verfasser

(Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr)

E-Mail: juergen.hower@gmail.com

## Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Schindler

### Anamnese

Ein 4-jähriges Mädchen wird mit multiplen Papeln und Plaques im Bereich der rechten Körperhälfte ambulant vorgestellt. Die Hautveränderungen seien nach kutanen Entzündungen (Acne neonatorum, Windeldermatitis, Mückenstichen) aufgetreten. Der Befund sei progredient. Subjektive Beschwerden werden bis auf eine kosmetische Beeinträchtigung verneint. Die Familienanamnese bezüglich Hauterkrankungen ist negativ.

### Untersuchungsbefund

4-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Bereich der rechten oberen und unteren Extremität, der rechten Wange sowie des Genitalbereichs finden sich multiple, entlang der Blaschkolinien angeordnete, rötlich braune Papeln und Plaques mit hyperkeratotischem Rand und eingesunkenem, atrophem Zentrum (Abb. 1a-c). Übriges Integument sowie allgemeinpädiatrische Untersuchung unauffällig.

Histologisch zeigt sich eine schmale, säulenförmige, parakeratotische Verhornung in Form einer sogenannten „kornoiden Lamelle“ (Abb. 2, Pfeil). Seitlich davon finden sich eine atrophe Epidermis und ein diskretes Rundzellinfiltrat.

### Welche Diagnose wird gestellt?

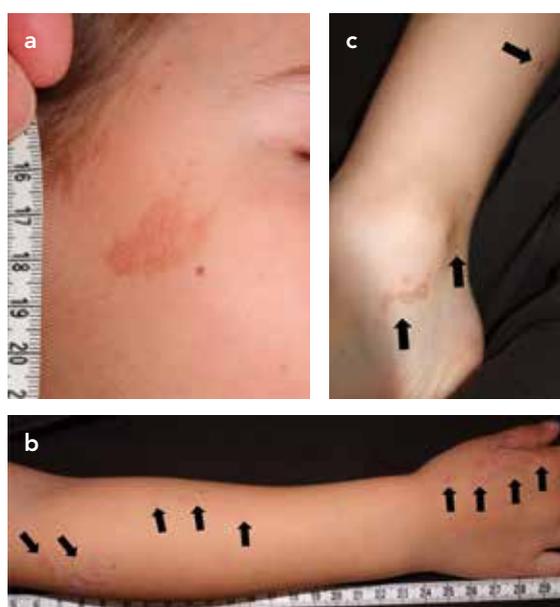


Abb. 1 a-c: Linear angeordnete rötlich-braune Papeln und Plaques mit hyperkeratotischem Rand und atrophem Zentrum. Die Läsionen sind mit → Pfeilen markiert. a) rechte Wange, b) rechter Unterarm und Hand, c) Rechter Unterschenkel.

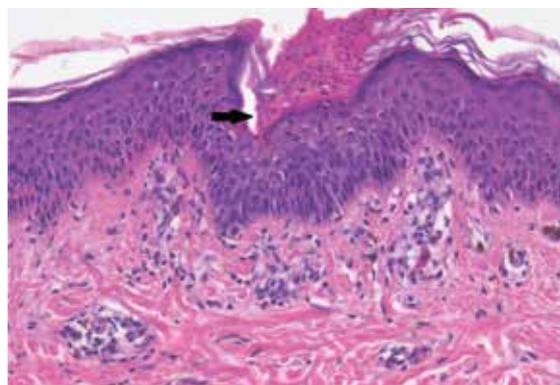


Abb. 2: Histologie: Kornoid Lamelle (→ Pfeil), seitlich Atrophie der Epidermis und diskretes Rundzellinfiltrat (Quelle: PD Dr. med. Heinz Kutzner, Dermatopathologie Friedrichshafen, Bodensee)

**Diagnose:****Lineare Porokeratose**

Die lineare Porokeratose (LPK) ist eine seltene Form der Porokeratose. Sie wurde 1974 erstmals von Rahbari et al. beschrieben (1) und tritt meist sporadisch auf. Das Auftreten der Hautveränderungen entlang der Blaschko-Linien ist Ausdruck eines somatischen Mosaizismus. Porokeratosen entstehen durch die klonale Expansion mutierter epidermaler Keratinozyten entlang der embryonalen Wanderungslinien der Stammzellen. Diverse Triggerfaktoren wie Infektionen, UV-Strahlung, Traumen, Immunsuppression oder Medikamente wurden beschrieben. Die LPK manifestiert sich meist kongenital oder in der frühen Kindheit, nur selten erst im Erwachsenenalter (2). Mädchen sind etwas häufiger betroffen als Jungen (Verhältnis 1,63:1) (3). Der klassische klinische Befund zeigt unilateral, entlang der Blaschko-Linien angeordnete, anuläre oder lineare, rötlich-braune Papeln und Plaques mit hyperkeratotischem Rand und eingesunkenem, atrophem Zentrum. Betroffen sind vor allem die Extremitäten, seltener Gesicht, Stamm und Genitalbereich. Eine Assoziation der LPK an den Extremitäten mit Nagel- und Fingerdystrophien wird in seltenen Fällen beobachtet (2). Der Verlauf ist meist chronisch progredient. In der Regel bestehen keine subjektiven Beschwerden. Gelegentlich werden leichter Juckreiz und eine kosmetische Beeinträchtigung angegeben. Bei 7-11 % der Patienten wird in der 3. und 4. Lebensdekade ein Übergang der Porokeratoseherde in spinözelluläre Karzinome, M. Bowen und selten in Basalzellkarzinome beschrieben (3).

**Diagnostik**

Die Diagnose wird meist klinisch gestellt und durch eine Hautbiopsie gesichert. Die Histologie zeigt die für alle Porokeratosen typische PAS-positive kornoide Lamelle (umschriebener, schlotförmiger Hyperparakeratosekegel) im Bereich des Stratum corneum, die Epidermis ist fokal eingesunken und das Stratum granulosum

verdünnt. Dermal findet sich ein unterschiedlich stark ausgeprägtes lymphozytäres Entzündungsinfiltrat.

**Differenzialdiagnosen**

Differenzialdiagnostisch kommen ein epidermaler Nävus, Lichen striatus, eine lineare Psoriasis, fokale dermale Hypoplasie und eine Ichthyosis linearis circumflexa in Betracht. Eine sichere Abgrenzung bei klinisch unklarem Befund sollte histologisch erfolgen.

**Therapie**

Die Therapie der LPK gestaltet sich schwierig. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung fehlen kontrollierte Therapiestudien, sodass die Empfehlungen auf Einzelfallberichten beruhen. Kleinere, kosmetisch störende Herde können exzidiert werden. Bei größeren Herden kommen die Kryotherapie, die Ablation mittels CO<sub>2</sub>- oder Rubinlaser sowie die topische Anwendung von Imiquimod, 5-Fluoruracil, Vitamin D-Derivaten, Tacrolimus oder Retinoiden in Frage. Bei ausgeprägtem Befund kommen auch systemische Retinoide zum Einsatz (2). Des Weiteren zeigt die photodynamische Therapie in Einzelfällen ein zufriedenstellendes Ergebnis (4). Aufgrund des Risikos der malignen Entartung sollten regelmäßige klinische Kontrollen erfolgen sowie auf die konsequente Anwendung eines hohen Lichtschuttfaktors geachtet werden.

**Literaturangaben**

1. Rahbari H et al. Linear porokeratosis. Arch Dermatol 1974; 109: 526-8.
2. Kanitakis J. Porokeratoses: an update of clinical, aetiopathogenetic and therapeutic features. Eur J Dermatol 2014; 24: 533-44.
3. Sertznig P et al. Kongenitale lineare unilaterale Porokeratose. Hautarzt 2009; 60: 949-952.
4. Curkova AK et al. A case of linear porokeratosis treated with photodynamic therapy with confocal microscopy surveillance. Dermatol Ther 2014; 27: 144-7.

**Dr. Anne Schindler**

**Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie**

**Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**

**Liliencronstraße 130**

**22149 Hamburg**

*Red.: Höger*

# Das erste Mal in Bad Orb und sehr begeistert

**M**ein erster Eindruck: eine Kurstadt mit schönem Park, eine gute Kongressorganisation mit freundlichen, hilfsbereiten Mitarbeiterinnen, gut gelaunte Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte.

Dazu ein gut eingehaltener Zeitplan bei Vorträgen und Seminaren, interessante Vorträge mit guter An- und Abmoderation, jede Menge Möglichkeiten, sich mit Kollegen auszutauschen und auch mit den Referenten im persönlichen Gespräch fachliche Fragen zu klären.

Der Einstieg in das Kongressstema „Prävention“ war direkt ein kritischer. Prof. Dr. Hannah Permien vom Deutschen Jugendinstitut, München, stellte in ihrem Vortrag in Frage, ob Prävention bei ausgewählten Gruppen nicht gleichzeitig auch Ausgrenzung bedeute und die eigentlich zu Fördernden gar nicht erreicht werden. Ob die Angebote also nur von denen angenommen werden die sowieso schon gut gestellt sind und keine Prävention benötigen. Dies bestätigte sich im Vortrag von Privatdozent PD Andreas Jud, Hochschule Luzern, zur Chance für Prävention von Kindesmisshandlung. Er betonte, dass es genügend Instrumente zur Früherkennung gebe, diese aber zielgerichtet angewendet werden müssen. Dabei sollte der Fokus immer auf das Kindeswohl und dessen Verbesserung nach Intervention gesetzt werden – und nicht alleine auf die oft täuschende elterliche Kooperation.

Möglichkeiten der vorausschauenden Beratung, die mit dem neuen Präventionsgesetz Eingang in die Vorsorgeuntersuchungen halten, wurden von Prof. Peter Paulus, Leuphenia Universität Lüneburg, mit Beispielen aus der Praxis belegt. Anschließend stellte Dr. Burkhard Lawrenz die Änderungen der Früherkennungsuntersuchung mit zusätzlichem Augenmerk auf Mutter-Vater-Kind-Interaktion, psycho-soziale Risikofaktoren und dem obligaten Brückner-Test zur Katarakt-Früherkennung dar.

Das Symposium „Prävention von Infektionen“ am 8.10. beschäftigte sich mit der neuen HPV-Impfung und stellte die Frage, ob nicht auch Jungen als Überträger sinnvollerweise geimpft werden sollten. Weiterhin ging es auch um die Pertussisimpfung.

Nach den aktuellen Empfehlungen besteht nach einigen Jahren kein hinreichender Schutz mehr, sodass eine Anpassung des Schemas nötig wird.

Die „Bauernhof-Studie“, die ergab, dass die Allergiehäufigkeit bei Kindern sinkt, die auf einem Bau-

Prof. Manfred Müller, Uni Kiel, einen eindrucksvollen Vortrag zur Adipositas Prävention. Er betonte, dass neben der Verhaltensprävention die Verhältnisprävention erforderlich sei und forderte mindestens eine Stunde Bewegung pro Tag im Kindergarten und die Besteuerung von adipogenen Lebensmittel, eine Optimierung der Ernährung sowie ein Verbot von Werbung für Kinder-Lebensmittel.

Der festliche Ausklang des Wochenendes fand am Sonntagabend mit den Ehrungen durch den Präsidenten des BVKJ, Dr. Thomas



Dr. Sabine Schade



ernhof aufwachsen und dort mit einem vielfältigen Keim-Spektrum Kontakt haben, stellte PD Dr. Oliver Fuchs, OA am Haunerschen Kinderspital München, dar. Er betonte auch die geänderten Ernährungsempfehlungen für Schwangere und stillende Frauen, die keine Eliminationsdiät durchführen sollten. Und er empfahl die frühe gezielte Einführung von potentiellen Allergenen über die Beikost.

“Most Medicine is failed Prevention” – mit diesem Slogan begann

Fischbach, statt. Geehrt wurden Dr. Roland Klingspor (Ehrennadel in Silber), Dr. Nikolas Weißenrieder (Ehrennadel in Gold) sowie Dr. Karl Heinz Leppik (August Steffen Preis).

Den Preis für Pädiater für Kinder in Krisenregionen erhielt Dr. Matthias Röbbelen für seine Unterstützung in der Ausbildung von Kinder- und Jugendärzten in Eritrea (Mehr zu den Ehrungen siehe S. 887.).

Die Bedeutung der frühen Hilfen, die eigentlich allen jungen Fa-

milien zur Verfügung stehen sollte, erläuterte aus politischer Sicht S. Stahl, Hessisches Sozialministerium Wiesbaden, aus Sicht des Niedergelassenen erläuterte sie Dr. Lutz Müller, LV Vorsitzender des BVKJ Hessen aus Offenbach. Er betonte, dass sich die seelische Gesundheit des Kindes nur im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung entwickeln könne, wichtig sei und bleibe die Netzwerkarbeit der verschiedenen Hilfsorganisationen. Ansprechpartner für erste Meldungen sei zunächst immer das Jugendamt.

Zum Thema Kinder und Jugendliche mit Flüchtlingshintergrund gab es drei aufrüttelnde Vorträge. Täglich machen sich über 30.000 Menschen auf den Weg aus dem Heimatland. Über die Hälfte von

ihnen sind Kinder. Klinisch psychiatrische Symptome zeigen sich bei 40 Prozent der syrischen Kinder zwischen null und 14 Jahren, eine posttraumatische Belastungsstörung finde man bei 22 Prozent, eine Anpassungsstörung bei 16 Prozent der Kinder. Die hervorragende Arbeit der RefuDocs, einer ehrenamtlichen Gruppe von Ärzten in einer Erstaufnahmeeinrichtung in München, hat mich persönlich sehr bewegt, die musikalische Einstimmung auf das Thema über *Forgotten People* machte nicht nur mir Gänsehaut! Ich war jedenfalls froh, dass ich mich beim Besuch der kleinen, aber feinen Industrie-Ausstellung mit Taschentüchern versorgt hatte.

Die Impfempfehlungen für Asylsuchende richten sich nach den

aktuellen STIKO-Empfehlungen. Prioritäten in den Erst-Aufnahmeeinrichtung haben MMRV-Impfung, dann Diphtherie-, Tetanus-, Polio- und Keuchhusten-Impfung, gefolgt von Meningokokken-, ACWY- und zum Abschluss Pneumokokken- und HPV-Impfung. Unter der Toolbox „Migranten-Medizin“ findet man viele interessante Informationen zum Thema: <http://malteser-migranten-medizin.de/>.

Zurück zu den deutschen Jugendlichen. Wie eine gelungene Transition ins Erwachsenenalter gelingen kann, zeigte Jana Findorff, DRK Klinik Berlin, anhand des Berliner Transitionsprogramm.

Der Abschluss des Tages wurde von Dr. jur. Andreas Meschke mit aktuellen Rechtsfragen und Reinhard Bartetzky, Berlin, mit Honorarinformationen gestaltet.

Dr. Hans Böhmann, Delmenhorst, legte in seinem Symposium über Unfallprävention die Betonung auf Eltern- und Multiplikatoren-Arbeit, er berichtete sehr eindrücklich, dass es darum gehe, Erwachsene für mögliche Gefahren zu sensibilisieren und die Eltern als Experten für ihr Kind zu würdigen: „Wie viele Unfälle haben Sie wodurch schon verhindert?“ Auch hier gilt: die Verhältnisprävention ist oft wirksamer als die Verhaltensprävention.

Am letzten Kongresstag wurde das Präventionsgesetz beleuchtet, das verabschiedet, aber noch nicht wirklich umgesetzt ist. Hierzu wurde das Seminar zur Weiterbildung als Präventionsassistenten vorgestellt. Die Präventionsassistentin wirkt unterstützend und zeitlich entlastend bei der ärztlichen Präventionsarbeit in der Praxis mit.

Da Kinder mit soziogenen Entwicklungsstörungen zum Alltag gehören (15 bis 20 Prozent der Vorschulkinder) gewinnen Familienzentren als Möglichkeit der Unterstützung immer größere Bedeutung.

Beim abschließenden Vortrag von Dr. Uwe Büsching, Bielefeld, zeigte sich, dass trotz Neuer Kinder-Richtlinien noch die endgültige Zustimmung der Finanzierung der Umsetzung nicht geregelt ist. Eini-



ges hat sich durch die neuen Vorsorgeleitlinien verbessert wie etwa neue Themen der vorausschauenden Beratung und standardisierte Untersuchungsvorgaben zur Qualitätssicherung. Fragen bleiben jedoch immer noch bestehen, vor allem die fehlende sichere Finanzierung der Vorsorgeuntersuchung U 10, U11, J1 und J2.

Die abschließenden Worte des Leiters des Kongresses, Professor Klaus Michael Keller, waren ein Apell an uns Kinder- und Jugendärzte, politisch aktiv zu werden und damit auch in der Medizin etwas zu verbessern.

## Die Seminare

Im Seminar teil spannte sich der Bogen der Themen in den vier Tagen von Adipositas-Prävention über Hygiene, Notfall-Medizin in der Praxis, Diagnostik von Sprachstörungen, ADS, bis hin zu aufbauenden Seminaren zur Testdiagnostik.

Einige der Seminarleiter waren sehr gut vorbereitet, boten einen strukturierten Vortrag, der auch noch Zeit zur Diskussion ließ, und hatten auch gute Unterlagen für die Seminarteilnehmer zum Mitnehmen vorbereitet – was bei dem Preis für die Seminare eigentlich selbstverständlich sein sollte. Andere wirkten ein wenig chaotisch und

weniger gut strukturiert, boten aber netterweise an, Informationen auf Antrag per Mail zu versenden. Hier ist bei einigen Referenten noch Verbesserung möglich.

Der PädInform-Stammtisch am Montagabend war ein gemütliches Beisammensein, bei dem neue Kollegen gerne gesehen waren und spontan Tische zusammengerückt wurden, um in der Runde mit aufgenommen zu werden.

## Nächstes Jahr wieder

Mein Fazit nach vier ausgefüllten Kongresstagen: Der erste Eindruck hat mich nicht getäuscht, der Kongress in Bad Orb lohnt sich, der nächste Kongress über chronische Krankheiten bei Kindern im Herbst 2017 steht schon in meinem Kalender. Einigen Vorträgen, besonders den beiden auch von dem Tagungspräsidenten Professor Klaus Michael Keller als hervorragend gelobten Präsentationen über Adipositas und Unfallprävention wäre ein größeres Auditorium mit Vertretern aus Wirtschaft und Politik zu wünschen gewesen.

In den Pausen, an den Abenden und bei den begleitenden Veranstaltungen habe ich Bad Orb genossen. Im Kurpark bin ich joggt, in der Therme hatte ich ein



wenig Wellness, sodass die vier Tage Bad Orb sich wirklich rundum gelohnt haben.

**Dr. Sabine Schade**  
**Auf der Kier 61**  
**53894 Mechernich**  
**E-Mail: dr.schade@gmx.net**

*Red.: ReH*

## Kinder und Jugendliche erhalten seltener ADHS-Medikamente



Foto: © S.Kobold - Fotolia.com

**ADHS: Eine Frage von viel oder wenig – oft hilft Bewegung**

**W**eniger Kinder und Jugendliche nehmen Medikamente gegen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Das hat

der Gesundheitsdienstleister Insight Health auf Basis von Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermittelt. Demnach wurden zwischen 2013 und 2015 15 Prozent weniger Patienten unter 20 Jahren mit ADHS-Therapeutika behandelt. Auch in den Abverkäufen des pharmazeutischen Großhandels ging der Absatz der ADHS-Therapeutika gegen die Störung um fünf Prozent zurück.

Im ersten Halbjahr 2016 wurde fast die Hälfte der GKV-Verordnungen in diesem Segment von Neurologen ausgestellt. Gut ein Viertel der Medikation wird von Kinder- und Jugendärzten verordnet, und an dritter Stelle folgen mit knapp 15 Prozent Kliniken und Institute. Immer noch sind laut Insight Health bei der Pharmakotherapie von ADHS deutliche regionale Unterschiede festzustellen. So werden in den neuen Bundesländern

pro Versichertem unter 20 Jahren deutlich weniger Arzneimittel zur ADHS-Therapie verordnet als in den alten Bundesländern.

88 Prozent der verordneten Tabletten zur ADHS Therapie entfielen seit Jahresbeginn auf die Standardmedikation Methylphenidat, doch seit der Marktzulassung von Lisdexamfetamin verordnen immer mehr Ärzte auch den Alternativwirkstoff, während weniger Methylphenidat verordnet wird. Aufgrund der jährlichen Zunahme erreichte Lisdexamfetamin 2015 erstmalig einen höheren Ordnungsanteil als Atomoxetin. Dagegen entfällt auf Dexamfetamin, das zur Therapie einer schwer zu behandelnden ADHS bei Kindern und Jugendlichen zugelassen ist, weniger als ein Prozent der Verordnungen.

Quelle: Insight Health

Red.: ReH

## Bündnis um die Nationale Armutskonferenz (nak) fordert drei Schritte gegen Kinderarmut

**K**öln. Rund 3 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland sind von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen, so Erhebungen des Statistischen Bundesamtes. Jedes fünfte Kind lebt in Armut. Materielle Armut ist zentraler Risikofaktor für ein gutes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Anlässlich des Internationalen Tages für die Beseitigung der Armut (17. Oktober) fordert ein Bündnis aus 40 Sozial- und Familienverbänden und Kinderschutzorganisationen um die Nationale Armutskonferenz von der Politik drei Schritte gegen Kinderarmut:

1. Das Existenzminimum von Kindern muss realistisch ermittelt werden. Der Bedarf, der im Regelsatz festgelegt ist, darf nicht

einfach aus Ausgabepositionen der ärmsten Haushalte abgeleitet werden. Es gilt die tatsächlichen Bedürfnisse u.a. für Kleidung und Schulmaterial zu erheben.

2. Die Ungerechtigkeiten in der Familienförderung müssen abgebaut werden. Aktuell werden Kinder gutverdienender Eltern durch die Kinderfreibeträge stärker unterstützt als Kinder Erwerbsloser oder mittlerer Einkommensbeziehender.

3. Leistungen müssen einfacher gestaltet und leichter zugänglich sein. Langfristig sollten Familien alle Leistungen für ihre Kinder über eine Stelle in einem Auszahlungsbetrag beziehen.

Die Bündnispartner betonen: „Die unterzeichnenden Organisationen werden aufmerksam verfolgen, welchen Stellenwert die Beseitigung

von Kinderarmut in den Wahlprogrammen erhält.“

Veröffentlicht: 17. Oktober 2016

Weitere Informationen

<http://caritas.erzbistum-koeln.de/export/sites/caritas/dicv-koeln/content/galleries/downloads/diverses/hintergrundinfo-kinderarmut.pdf>

<http://caritas.erzbistum-koeln.de/export/sites/caritas/dicv-koeln/content/galleries/downloads/diverses/erklarung-kinderarmut.pdf>

Nationale Armutskonferenz –  
c/o Diözesancaritasverband für  
das Erzbistum Köln e.V.  
Bartholomäus-Schink-Str. 6  
50825 Köln (Ehrenfeld)

Red.: WH

## Kinderschutz-Hotline für Ärzte

# BMFSFJ startet Förderung zum 1. Oktober 2016

**V**ierundzwanzig Stunden – sieben Tage die Woche soll es künftig eine „Medizinische Kinderschutz-Hotline“ geben. An diese zentrale und kostenfreie Beratungsnummer können sich Ärztinnen und Ärzte, Medizinerinnen und Mediziner wenden, wenn sie in ihrem Arbeitsalltag auf mögliche Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch stoßen. Experten beraten die Kollegen bei Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung in medizinischen Not- und Akutsituationen in Kliniken und Praxen. Ab Oktober wird das Universitätsklinikum Ulm hier die Vorbereitungsarbeiten zur Einrichtung der Hotline starten.

Ärztinnen und Ärzte spielen im Kinderschutz eine wichtige Rolle“, macht **Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig** deutlich. „Oft sind sie die ersten, die eine mögliche Gefährdung feststellen. Sie müssen schnell erkennen und reagieren, wenn ein Kind Schutz braucht, wenn sie eine Misshandlung vermuten, wenn sie bei einem Säugling ein Schütteltrauma diagnostizieren. Dafür brauchen sie Unterstützung und Rechtssicherheit.“

Die Ergebnisse der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes zeigen, dass das Gesundheitswesen eine besonders wichtige Rolle beim Aufdecken von Gefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern spielt. Bei der Kinderschutzhotline erreichen Assistenzärzte in den Aufnahmestationen, Klinikmitarbeiter, aber auch Hausärzte und andere Angehörige der Heilberufe künftig kompetente Kollegen, die mit ihrem Wissen helfen sollen, mehr Verdachtsfälle von Misshandlung und Missbrauch aufzuklären.

Die Beratungstätigkeit soll von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten mit einschlägigem Hintergrundwissen in Kinderschutzfragen ausgeübt werden. Sie sollen schnell

medizinische und rechtliche Orientierung geben. Die Anruferinnen und Anrufer sollen Rechtssicherheit erhalten und das mögliche weitere Vorgehen im konkreten Fall pseudonymisiert besprechen können. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Beraterinnen und Berater über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um medizinische Problemschilderungen verstehen zu können. Sie müssen darüber hinaus aber auch den rechtlichen Rahmen im Kinderschutz kennen und über die Möglichkeiten des Hilferепertoires, insbesondere in der Jugendhilfe, informieren können.

Um einen hohen fachlichen Standard zu gewährleisten, wird ein mit einer Fachärztin oder einem Facharzt besetzter Hintergrunddienst für die Hotline eingerichtet werden.

Das Angebot soll dabei helfen, die unterschiedlichen Fachsprachen und Herangehensweisen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe zusammenzuführen. Verständigungsprobleme, die zu Lücken im Kinderschutz führen können, sollen so geschlossen werden.

Das Projekt „**Medizinische Kinderschutz-Hotline**“ startet am 1. Oktober 2016. Nach einer **sechsmonatigen Vorbereitungsphase** wird die „Medizinische Kinderschutz-Hotline“ **voraussichtlich ab April 2017** für Medizinerinnen und Mediziner im Pilotbetrieb zur Verfügung stehen. Das Projekt läuft bis Herbst 2019.

Neben einer begleitenden Forschung zur Qualitätssicherung wird am Ende der Projektlaufzeit eine externe Evaluation des Projektes erfolgen.

*<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/kinderschutz-hotline-fuer-aerzte/111634>*

Red.: WH

# Hilft Hokuspokus beim Zahnen?



Illustration: Christine Ball

**D**ie Monatszeitschrift *Kinderheilkunde* hat sich im Oktoberheft einem brennenden Thema gewidmet: „Symptome beim Zahndurchbruch – eine Metaanalyse“. Unser Autor Uwe Büsching hat sich ebenfalls Gedanken zum Thema gemacht.

Ganz viele Lebewesen bekommen Zähne, aber nur bei Menschen führt das Zahnen auch zu Komplikationen. In meiner Praxis höre ich täglich teilweise dramatische und mich immer wieder aufs Neue erschütternde Berichte von Eltern und Großmüttern. Zahnen bedeutet nicht nur, dass sich irgendwann ab dem fünften Monat ein kleiner weißer Zacken im rosa Babykiefer zeigt und dann nach und nach die ersten Milchzähne kommen. Nein, der ganze Körper zahlt und die Seele auch. Das Kind sabbert, es weint, es bekommt Infekte, es schläft weder ein noch durch und es brüllt, wenn die Oma es auf den Arm nehmen will. Und so ähnlich wie die werdenden Väter, die angeblich mit ihren Frauen schwanger sind, d. h. an Gewicht zulegen,

so zahlen auch Eltern und Großeltern mit dem Nachwuchs. Nicht dass sie neue Zähne bekämen, das Zahnen der Kinder verursacht bei den Erwachsenen eher tiefe Augenringe und leichte bis mittelschwere Erschöpfungsdepressionen. Zum Glück müssen die Betroffenen ihre Symptome nicht lange erklären. „Der/die Kleine zahlt“, reicht als Erklärung aus. Freunde und Verwandte, aber auch Hebammen und Ärzte nicken wissend mit dem Kopf. Klar, kann ja gar nicht anders sein: Zahnen verursacht regelhaft auftretende Probleme.

## Unwirksames gegen nicht existierendes Leiden

Für die Pharmaindustrie ist das Zahnen ein Geschenk der Natur. Ihr Geschäft durch den Verkauf von Mundtherapeutika wegen Zahnungsproblemen blüht. Besonders freuen sich die Hersteller homöopathischer Globuli. Sie verdienen Geld, indem sie etwas völlig Unwirksames herstellen, mit dem ein nicht existierendes Leiden behandelt wird.

Die Folgen des Zahnens bei Säuglingen interessieren aber auch die Wissenschaft. In einem Artikel in dem wissenschaftlichen Organ der deutschen Pädiatrie, der *MoKi* (10 – 2016 Seite 835) ging es nun auch um das so wichtige Thema. Die *MoKi* zitiert: „Symptome beim Zahndurchbruch – eine Metaanalyse“ einen Bericht aus den USA. 1179 Artikel zum Zahnen haben die amerikanischen Wissenschaftler gefunden. Das Problem scheint auch in den USA eines der dringlichsten in der Pädiatrie zu sein. In die Metaanalyse seien allerdings viele Artikel wegen ihrer Unwissenschaftlichkeit nicht aufgenommen worden – na sowas! Auch der Schluss enttäuscht ein wenig: eigentlich nichts Neues. Der Mangel an neuen Erkenntnissen wird wahrscheinlich Ansporn für Wissenschaftler sein, das Thema Zahnen auch in den nächsten Jahren intensiv zu beackern. Voller Spannung sehen wir Kinder- und Jugendärzten den nächsten Metaanalysen entgegen.

Bis es so weit ist, betreibe ich meine private Forschung zum Zahnwechsel. Ich staune, dass der Zahnwechsel zu Beginn des Grundschulalters noch nicht zum Problemfall geadelt wurde. Dass er sogar sehr positiv erlebt wird. Kita- Kinder sind stolz auf ihren ersten Schulzahn, Grundschulkinde freuen sich über einen „Wackelzahn“, über Zahnschmerzen bei Zahnwechsel hat sich in meiner Sprechstunde seltsamerweise noch niemand beklagt. Keine Mutter, kein Vater hat bisher Zahnungshilfen mit lokalwirkenden Betäubungsmitteln verlangt. Ganz anders die Eltern der Kinder, die zum ersten Mal zahnene. Ihnen erkläre ich dann möglichst verständlich, was mir als jungem Medizinstudenten im Pflichtfach Pathophysiologie erklärt wurde. Dass Prostaglandine im Gewebe Rötung und Schwellung verursachen. Erreichen die Prostaglandine die Nervenendigungen, dann lösen diese dort Schmerzen aus und kommen Prostaglandine in großer Zahl zum Temperaturzent-

rum des Gehirns, führt dies u. a. zur Temperatursteigerung. Wenn rotes, verdicktes Zahnfleisch (Prostaglandine) nicht zu sehen ist, dann kann Zahnen weder Schmerzen noch Fieber machen. Alles klar???

„Ja, aber warum schreit der denn so?“

Ja, warum? Vorsichtig und so taktvoll wie möglich erkläre ich dann: Ein Säugling ist nicht nur ein biologisches ES. Da gibt es psychologische Einflüsse und eben auch soziale Faktoren. Mit dem Zahnen endet bald die Stillzeit, eben noch freuten sich die Eltern auf das Baby, nun wird es groß und bekommt

Zähne. Das verunsichert vor allem die Mütter. Manche Mütter dauern auch, dass sich die Erziehungszeit dem Ende nähert. Bei wieder anderen hat das Elternsein die Beziehung zum Partner in einer Krise gestürzt. Und manchmal ist es einfach auch eine generelle Bindungsstörung oder ganz banal ein ungünstiger Schlafplatz, ein Infekt oder ein Nachtschreck, die dem Kind den Schlaf rauben und es zum Schreien bringen.

Wie einfach und bequem für alle, wenn es dann doch das Zahnen sein soll. Mütter wissen dann mit Zahnungshilfen, wie sie dem Feind

begegnen können. Und tatsächlich wirken die Mittel auch manchmal, denn ritualisiertes Verhalten reduziert Ängste, und das „Einschmieren“ mit Zahnungshilfen ist ein solches Ritual. Trotzdem empfehle ich die Mittel nicht – jedenfalls nicht, solange es keine neue Metaanalyse gibt, die beweist, dass bei der Beseitigung von Mythen Hokuspokus hilfreicher ist als Elternaufklärung durch den Kinder- und Jugendarzt.

**Dr. Uwe Büsching**  
33611 Bielefeld  
E-Mail: [ubbbs@gmx.de](mailto:ubbbs@gmx.de)

Red.: ReH

## ● Nachgefragt

# Was tun, wenn Kleinkinder sehr wählerisch beim Essen sind?

Zeitweise essen viele Kleinkinder nur einige wenige Lebensmittel. Unbekanntes möchten sie nicht einmal probieren. Manche Kinder verlangen tagelang Nudeln ohne Soße, andere sortieren selbst winzige Gemüsestückchen fein säuberlich aus dem Essen aus. Für Eltern kann diese Phase zur Geduldsprobe werden. Schließlich soll das Kind an Familienmahlzeiten teilnehmen und die Vielfalt der Lebensmittel kennenlernen. Welche Empfehlungen können Kinder- und Jugendärzte Eltern geben, wenn ihr Kind neue Lebensmittel oft ablehnt?

**H**äufig handelt es sich um eine vorübergehende Phase. Hier ist bei den Eltern Geduld gefragt – und das Vertrauen, dass ihr Kind seine Lebensmittel- und Speisenauswahl mit der Zeit und mit ihrer Unterstützung erweitern wird. Geschmacksvorlieben entstehen durch wiederholtes Probieren. Das Netzwerk Gesund ins Leben empfiehlt deshalb, neue Lebensmittel oder Speisen mehrfach und ohne Zwang anzubieten. Damit helfen Eltern ihrem Kind, sich an das (neue) Essen zu gewöhnen. Lehnt das Kind etwas ab, ist das in Ordnung. Das abgelehnte Lebensmittel wird aber nicht vom Speiseplan gestrichen, sondern kommt immer mal wieder auf den Tisch und das Kind wird zum Kosten ermuntert. Lebensmittel verschieden zuzubereiten (z. B. Gemüse roh fein reiben, kochen, braten, Stücke

zum Dippen, püriert als Suppe, in Smoothies) oder mit einem vertrauten Lebensmittel zu kombinieren, kann die Akzeptanz von neuen Lebensmitteln erleichtern; ebenso wenn das Kind das Lebensmittel mit allen Sinnen erkunden kann.

**Info:** Die Langversion dieser Meldung finden Sie unter: <https://www.gesund-ins-leben.de>

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

### Über Gesund ins Leben:

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden, die sich mit jungen Familien befassen. Das

Ziel ist, Eltern einheitliche Botschaften zur Ernährung und Bewegung zu vermitteln, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fördert Gesund ins Leben als Teil des Nationalen Aktionsplans IN FORM: [www.gesund-ins-leben.de](http://www.gesund-ins-leben.de)

### Über IN FORM:

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

Red: ReH

Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2016 zum Thema Internetsucht

# Wann müssen wir den Stecker ziehen?



## Generation Internetsüchtig –

unter diesem Titel fand die Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marlene Mortler am 9.11.16 in Berlin statt. Prof. Rainer Riedel vom Institut für Medizinökonomie und Medizinische Versorgungsforschung der Rhein. Fachhochschule Köln, Prof. Matthias Brand, General Psychology: Cognition Center for Behavioral Addiction Research (CeBAR) University Duisburg-Essen, und Dr. Uwe Büsching als Vertreter des BVKJ, der Stiftung Kind und Jugend und der DGAAP, konnten erste wesentliche Ergebnisse der BLIKK-Studie vorstellen. Die BLIKK-Studie wertet Daten zum Lebensumfeld und zum Medienverhalten in Familien aus, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen erhoben werden. Ziel des Projekts ist die zielgerichtete Beratung der Eltern, um eine Mediensucht ihrer Kinder zu verhindern und ihnen Informationen zu geben, wie sie ihre Kinder medienkompetent erziehen können.

Die auf der Basis von 2.955 valider Datensätzen (96,9%) erhobenen zentralen Erkenntnisse der ersten BLIKK Projektphase, die nun auf der Jahrestagung vorgestellt wurden, bestätigen, was Experten erwarten:

1. Fehlende elterliche digitale Mediennutzungs-Kompetenz bedeutet häufig auch fehlende digitale Mediennutzungs-kompetenz der Kinder.
2. Eltern sind bestrebt, ihren Wissensbedarf zum Thema „Digitale Mediennutzung“ in der Kinder-Erziehung im Rahmen von Eltern-Gesprächen zu decken.

3. 75 Prozent der Kinder im Alter von zwei bis vier Jahren (U7-U9) spielen bereits bis zu 30 Minuten am Tag mit Smartphones bei fehlender digitalen Medien-Nutzungs-Kompetenz.
4. Zwischen Sprachentwicklungs-Störungen und der Nutzungsdauer digitaler Medien der Kinder bzw. der Eltern besteht ein Zusammenhang.
5. Zwischen der Nutzungsdauer digitaler Medien und dem BMI des Kindes, des Bewegungsumfangs sowie dem Genuss von Süßgetränken besteht ein Zusammenhang.
6. Bei Kindern im Alter von acht bis 14 Jahren (U10, U11, J1) besteht ein Zusammenhang zwischen Lese-/Rechtschreib-Schwäche, Aufmerksamkeitschwäche, Aggressivität sowie Schlafstörungen und einer fehlenden Kompetenz im Umgang mit digitalen Medien.

Bei der Jahrestagung wurden weitere wichtige Themen vorgestellt: **„Internet Gaming Disorder“ in Deutschland – wie groß ist das Problem?** (Dr. Florian Rehbein, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen) und der **Online Ambulanz Service für Internetsüchtige (OASIS)** (PD Dr. Bert te Wildt, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Psychosomatische Medizin & Psychotherapie). Herauszuheben ist der **Statusbericht: Was weiß die Wissenschaft, was rät sie?** Empfehlungen der Arbeitsgruppe des Drogen- und Suchtrates beim BMG zu Prävention und Frühintervention. Referent: PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) / Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Auch dieser Bericht machte deutlich, dass es an Früherkennung und Frühinterventionskonzepten beim Thema Medienkompetenz und -erziehung fehlt. Ansonsten wurde viel Bekanntes

vorgetragen, es ist eben noch immer zu wenig Konkretes überhaupt wissenschaftlich belegt. Enttäuscht waren die Teilnehmer von dem Beitrag von Dr. Volker Wanek vom GKV Spitzenverband, der im Rahmen einer Podiumsdiskussion erklärte, die Regelung der Versorgung Internetsüchtiger sei weitestgehend geklärt, Kitas und Schulen käme eine zentrale Rolle bei der Prävention zu. Lobend zu erwähnen ist die aktive Teilnahme von Alexander Müller (professioneller Computerspieler, Gründer von SK Gaming), der in einer weiteren Podiumsdiskussion und bei einer Befragung durch Marlene Mortler die Spielehersteller, also seine eigene Branche, auf ihre soziale Verantwortung bei der Prävention hinwies. Er forderte die Spielehersteller auf, mehr zu tun, um junge Menschen vor der Internetsucht zu bewahren und vor damit eventuell ausgelösten anderen Süchten wie Kaufsucht und ungezügelter Konsum von Pornographie. Ein Appell, den die Drogenbeauftragte auch noch einmal in ihrem Schlusswort aufgriff. Gleichzeitig wies sie auch noch einmal – verbunden mit Dank an die Initiatoren und Mitarbeiter – auf die Bedeutung des BLIKK-Projektes hin. Das Problem Mediennutzung sei ein gesamtpolitisches Thema, also auch ein Thema des Familien-, Wirtschafts-, Verkehrs- und Bildungsministeriums. Wir, die wir für qualifizierte Beratung unserer Eltern und Patienten einstehen, sehen diesen Wunsch eher als Verschieben der Probleme. Was also bleibt von dieser Jahrestagung? Zunächst Anerkennung und Lob für unsere Arbeit. Und es bleibt die Gewissheit, der BVKJ, die Stiftung und die DGAAP werden weiter an unserem BLIKK-Projekt arbeiten.

**Dr. Uwe Büsching**  
**33611 Bielefeld**  
**E-Mail ubbbs@gmx.de**

Red.: ReH

# San Francisco AAP National Meeting and Exhibition

**Z**um wiederholten Male fand das „National Meeting and Exhibition“ der American Academy of Pediatrics (AAP) vom 21. bis 25.10.2016 in San Francisco statt. Eine Rekordteilnehmerzahl von über 12000 Pädiater und Pädiaterinnen, davon fast 20 Prozent aus dem Ausland, nahmen an der Veranstaltung teil. Schwerpunkte u.a. waren Impfungen, gastroenterologische Erkrankungen, Infektionen, neue Medien, Hauterkrankungen etc.

## Impfungen

Dr. Joseph Boccini (Louisiana) referierte zur geringen Durchimpfungsrate von Jugendlichen gegen Humanes Papillomavirus (HPV) und betonte die Schlüsselrolle des Pädiaters, Jugendliche vor dem Kontakt mit dem Erreger durch Impfung schützen zu können. Bis 2020 sollte es Ziel sein, 80 Prozent der Jungen und Mädchen bis zum Alter von 17 Jahren geimpft zu haben, ideal im Alter von elf bis zwölf Jahren. Mit dem seit 2015 in den USA zugelassenen neun Subtypen umfassenden Impfstoff (Gardasil 9) könnten 90 Prozent der HPV bezogenen Krebsfälle verhindert werden. Basierend auf 79 Millionen Dosen Gardasil 4 und zwölf Millionen Dosen Gardasil 9 wurden keine bedeutsamen Nebenwirkungen beobachtet.

Bei INFLUENZA sind Schwangere, gesunde Kinder unter sechs Monaten sowie Kinder unter zwei Jahren und Personen mit chronischen Erkrankungen am schwersten betroffen. Egal sei, ob man dreier- oder viervalenten Impfstoff nehme, nasaler Impfstoff wird in den USA aufgrund geringer Effizienz nicht mehr verwendet. Eine Hühnereiallergie stelle kein Hindernis für die Influenzaimpfung dar.

Aufgrund nachlassenden Impfschutzes des azellulären PERTUSSIS-impfstoffes steigen die Fallzahlen der Erkrankung deutlich an. Rele-

vant ist der Schutz junger Säuglinge. Schwangere sollten zwischen 27. und 36. SSW. gegen Tdap (Tetanus, Diphtherie, Pertussis) geimpft werden.

## Gastroenterologische Erkrankungen

Michelle Pietzack aus Los Angeles beschäftigte sich mit dem sehr populären Thema glutenfreie Ernährung. Während früher glutenfreie Ernährung nur für Zöliakie empfohlen war, glauben heute viele Menschen, dass man generell ohne Gluten gesünder lebe. Die Referentin hob hervor, dass Menschen mit einer Zöliakie nicht immer gastrointestinale Probleme haben müssen. Viele Kinder würden durch Eisenmangel, Kleinwuchs und verzögerte Pubertät auffallen. Bei pathologischer Serologie sollte eine endoskopische Abklärung erfolgen.

Glutenfreie Ernährung stellt in den USA mittlerweile ein Milliardengeschäft dar. Jedoch können Menschen unter glutenfreier Diät Mangel an Ballaststoffen, Folsäure sowie anderer Mineralien und Vitamine bekommen.

Zu Lebererkrankungen wusste David Brumbaugh aus Colorado zu berichten, dass diese über Jahre oder gar Jahrzehnte ohne klinische Symptome bleiben können. Acht bis zwölf Prozent der 12- bis 18-Jährigen in den USA seien von einer Nichtalkoholischen Fettlebererkrankung betroffen. Er empfiehlt ein Laborscreening z. B. der ALT bei Elf- bis Zwölfjährigen mit Adipositas.

## Infektionen

Als Beispiel soll die von David Conrad aus San Francisco erörterte Otitis media dienen. 77 bis 92 Prozent der etwa jährlichen neun Millionen Otitiden treten bis zum Alter von fünf Jahren auf. Wichtigster Gesichtspunkt ist die klare Diagnosestellung. Dabei sei in Studien das immobile

Trommelfell als sehr zuverlässiger Indikator gefunden worden. Firstline Therapie sei Amoxicillin in einer hohen Dosierung von 90mg/kg KG, aufgeteilt auf zwei Mal täglich über 7 Tage. Kriterien für eine antibiotische Therapie sind reduziertes Allgemeinbefinden, Kinder unter zwei Jahren und beidseitige Otitis.

## Zusammengefasst noch einige kurze Topics

- 1) Wer die junge Generation erreichen möchte, müsse soziale Medien nutzen, ohne gleich Dr. Google zu werden (Dr. Richard Besser ABC News Healthchief).
- 2) Wichtigste Maßnahme bei der Behandlung von Essproblemen sei die (Wieder-)Einführung gemeinsamer Mahlzeiten in den Familien (Dr. Irene Chatoor, Washington).
- 3) Unabhängig von der Hautfarbe benötigt jeder Sonnenschutz bei Exposition. Dazu gehören Schutzkleidung, Sonnenbrille und Sonnencreme mit LSF 50 mehrfach am Tage appliziert (Dr. Susan Boiko, San Diego).
- 4) Neben topischer Behandlung der atopischen Dermatitis gelingt Juckreizlinderung mit z.B. Cetirizin- dies ist klinische Erfahrung ohne wissenschaftliche Evidenz. Topische Behandlung mit Crisaborole – einen Phosphodiesterase-4 Inhibitor (Entzündungshemmer) – ist eine vielversprechende zukünftige Behandlungsoption bei atopischem Ekzem (Anthony Mancini, Chicago).

Der Blick über den Tellerrand hinaus erweiterte den eigenen Horizont erneut.

Die nächste Jahrestagung der AAP findet nächstes Jahr vom 16. bis 19.09.2017 in Chicago statt.

**Dr. Georg Bingel**  
E-Mail: [georg.bingel@t-online.de](mailto:georg.bingel@t-online.de)

Red: ReH

## Pilotprojekt in Brandenburg

# Verkehrstraining für Flüchtlingskinder und -eltern

**A**us Sicht von Asylsuchenden und Flüchtlingen ist der hektische deutsche Straßenverkehr mit seinen vielen Regeln häufig rätselhaft, gefährlich oder auch einfach nur kurios. Sich darin zurechtzufinden, zu wissen, welche Verkehrsregeln in Deutschland gelten und welche Verhaltensweisen üblich sind, ist aber besonders für Eltern und Kinder wichtig, manchmal lebenswichtig.

Das Land Brandenburg hat daher als erstes Bundesland ein Pilotprojekt „Verkehrssicherheitsarbeit für Geflüchtete und Asylsuchende“ aufgelegt.

Für ihre interkulturelle Aufgabe haben sich die brandenburgischen Verkehrswachten neben der Einführung in die wichtigsten Verkehrsregeln drei Themen ausgesucht: Fahrradkurse, ÖPNV-Schulungen sowie Eltern-Kind-Kurse.

In den Eltern-Kind-Kursen geht es darum, mit Kindern spielerisch zu üben, wie sie sich auf dem Gehweg,

am Zebrastreifen oder an der Ampel richtig verhalten, ferner einige für sie wichtige Verkehrszeichen kennenzulernen. Den Eltern (zumeist Mütter) wird vermittelt, was Kinder im Vorschulalter wissen und können sollten und wie sie ihre Kinder auf eine möglichst sichere Verkehrsteilnahme vorbereiten können.

Auch die ÖPNV-Schulungen sind sehr lebensnah. Die Asylsuchenden lernen, wie der ÖPNV vor Ort aufgebaut ist, wie man Fahrpläne von Bussen und Bahnen liest und wie die Fahrkartenautomaten funktionieren. Die Schulungen finden in den Unterkünften oder im direkten Umfeld statt und beziehen wichtige Alltagswege ein – zum Beispiel zum Arzt oder zu sozialen Einrichtungen.

Fahrräder sind bei Asylsuchenden oft genutztes, erstes individuelles Verkehrsmittel, um den Mobilitätsradius zu erweitern. Dies wurde schon von mehreren Initiativen erkannt, und die bisherigen Angebote fokussieren oftmals auf



Foto: © majonit - Fotolia.com

die Bereitstellung von Fahrrädern und Fahrradkursen. Die Verkehrswachten zeigen Asylsuchenden, wie ein verkehrssicheres Fahrrad nach StVZO aussieht, wie man einfache Reparaturen selbst erledigen kann und welche die wichtigsten Verkehrs- und Verhaltensregeln für Radfahrer sind.

Red.: ReH

## Weltweit sterben täglich 400 Kinder an Masern

**W**eltweit gelang es, zwischen 2000 und 2015 die Zahl der Masern-Todesfälle um 79 Prozent zu senken. Dank Impfkampagnen sind in diesem Zeitraum mehr als 20 Millionen Menschenleben gerettet worden.

Dennoch sterben weltweit noch jeden Tag etwa 400 Kinder an der Infektionskrankheit. Diese Zahlen

veröffentlichten am 10. November in einem gemeinsamen Masernlage-Bericht die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das UN-Kinderhilfswerk (Unicef) die US-Gesundheitsbehörde CDC und die Impfallianz Gavis.

Lückenlose Impfkampagnen könnten die 400 Todesfälle täglich verhindern, heißt es in dem Masern-Lagebericht weiter.

Die meisten Todesfälle gibt es demnach weiter in armen Ländern Afrikas und Asiens. In Deutschland sei 2015 wegen einer zu geringen Impfquote ein Anstieg von Maserninfektionen verzeichnet worden. Vor allem ältere Menschen seien erkrankt – ein Hinweis auf die Notwendigkeit, auch Erwachsene ohne ausreichenden Impfschutz zu impfen.

Red.: ReH

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

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

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



Der demografische Abwärtstrend ist zu Ende

## Grundschulen vor neuem Schüleransturm

In verschiedenen Medien war in diesem Frühjahr zu lesen, dass die Zahl der Schüler/innen an allgemeinbildenden Schulen auch im letzten Schuljahr wieder leicht zurückgegangen ist – zum fünfzehnten Mal nacheinander. Doch nun gibt es eine Trendwende: In den letzten vier Jahren hat die Zahl der Geburten bundesweit um fast 75.000 zugenommen – das waren 2015 gut zehn Prozent mehr als 2011. Angesichts dieser eigentlich erfreulichen Zahlen schlägt der Grundschulverband Alarm. Wie der Bildungsökonom Professor Klemm anhand der aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes (2015) errechnet hat, haben etwa die Stadtstaaten in den nächsten Jahren mit Schülerzuwächsen von 15 bis 20 Prozent zu rechnen. Aber auch in einigen Flä-

chenstaaten wie Bayern, Rheinland-Pfalz und Sachsen zeichnet sich ein deutlicher Mehrbedarf an Räumen und Personal ab.

Diese Entwicklung belastet die Grundschulen zusätzlich, obwohl sie nach einer im Juli 2016 vorgelegten Analyse schon jetzt unzureichend ausgestattet seien, klagt der Grundschulverband. Zurzeit können die Zuwächse durch die geburtenstärkeren Jahrgänge teilweise noch kompensiert werden, weil in den aufrückenden dritten Klassen weniger Kinder sind als in den abgehenden vierten Klassen. Aber schon 2020 werden in sieben Bundesländern mehr Räume und Lehrkräfte benötigt und 2021 muss sogar in elf der 16 Länder Platz für mehr Grundschülerinnen und Grundschüler geschaffen werden.

Nach den Berechnungen von Professor Klemm bedeuten diese Zahlen, dass „bei konstanter Klassenfrequenz 2021/22 deutschlandweit zusätzlich insgesamt 2.356 Grundschulklassen gebildet werden müssen. Der Grundschulverband fordert daher Länder und Kommunen eindringlich auf vorausschauend zu planen:

- kurzfristig die Standortplanung für Grundschulen zu aktualisieren,
- unverzüglich die erforderlichen Neu- und Umbauten in Angriff zu nehmen,
- die Ausbildungsquote deutlich zu erhöhen,
- schon vorbereitend das Personal schrittweise aufzustocken.

Red.: ReH

### Eine Frage an ● ● ●

#### Maresi Lassek

Bundvorsitzende des Grundschulverbandes  
und an

#### Prof. Dr. Hans Brügelmann

Fachreferent für Qualitätsentwicklung



Maresi Lassek



Prof. Dr. Hans  
Brügelmann

#### Was bedeuten übergroße Klassen für die Kinder?

Im Bundesländervergleich sind die Klassengrößen in Grundschulen sehr unterschiedlich, wie eine Studie von Prof. Klemm zum Vergleich der Bildungsausgaben für die Grundschulen vom Juni 2016 belegt. Dabei zeigt sich, dass in städtischen Ballungsräumen mehr Kinder in einer Klasse sind als in ländlichen Gebieten. In Bayern haben z. B. 6,4 Prozent aller Klassen nur bis zu 15 Schülerinnen und Schüler.

Nach unserer Einschätzung sind die Bedingungen für Kinder und

Lehrkräfte je nach Klassengröße durchaus sehr unterschiedlich. Je kleiner eine Klasse ist, desto mehr Zeit kann die Lehrkraft dem einzelnen Kind widmen, desto geringer ist im Regelfall auch der Lärmpegel, der ein wesentliches Stressmoment für Kinder und Erwachsene darstellt und die Lernatmosphäre beeinflusst. Sollen die individuellen Lernvoraussetzungen berücksichtigt werden und im Unterricht ihren Niederschlag finden, macht es einen Unterschied, ob dies für 15, 20 oder 26 Kinder zu leisten ist. Von der Anzahl der Kinder leitet sich der Vor- und Nachbereitungs-

aufwand für den Unterricht ab, ebenso für das Erstellen von Lernberichten und die Beratung der Eltern. Was bleibt im Laufe eines Schultages an Kommunikationszeit für das einzelne Kind, wenn es mit 25 anderen die Zeit teilen muss? Pro Stunde sind dies etwa 2,3 Minuten. Zudem fordert die Vielfalt der Herkunftskulturen und Sprachen in Verbindung mit Armutslagen in Schulen in Ballungsräumen das pädagogische Engagement der Lehrkräfte in besonderer Weise. Dafür gibt es jedoch kein Zeitbudget und selten kleinere Klassen als Entlastung.

US-amerikanische Längsschnittstudien zeigen: Kleinere Grundschulklassen führen unmittelbar zu besseren fachlichen Leistungen, darüber hinaus haben sie auch lang-

fristig positive Wirkungen, zum Beispiel machen die Schüler/innen bessere Abschlüsse und erzielen höhere Einkommen im Beruf. Der Bildungsökonom Alan Krueger

kommt sogar zu dem Schluss, dass der volkswirtschaftliche Nutzen den finanziellen Aufwand für kleinere Klassen überwiegt.

Red: ReH

## Turnbeutel und Schulanfänger-Infomagazin zur U9: Erfolgreicher Start bei Pädiatern und Patienten



**S**eit wenigen Monaten gibt es das Projekt „Fit für deine Schule“. Schulanfänger bekommen bei der U9 von ihrem Kinder- und Jugendarzt oder ihrer -ärztin einen Turnbeutel zur U9, Eltern erhalten das KoSoMo-Magazin mit vielen Gesundheits- und Fitness-Tipps für ihr Kind. Sowohl die Wareninhalte des Turnbeutels als auch die redaktionellen Inhalte

des Magazins sind vom BVKJ geprüft und freigegeben.

Die ersten 10.000 Turnbeutel und Magazine sind verteilt. Nun wurden die Kinder- und Jugendärzte sowie die Eltern nach ihren Erfahrungen mit dem Projekt „Fit für deine Schule“ befragt.

Ergebnis: 86 Prozent der Praxisinhaber, die an der Befragung teilnahmen, gaben an, der Turnbeutel „Fit für deine Schule“ sei eine Bereicherung für ihre Sprechstunde. Mit der Gesamtnote 1,5 (Schulnotensystem) erreichte das Projekt eine überdurchschnittlich gute Bewertung.

Auf Seiten der Verwender befanden 100 Prozent die erhaltenen Informationen als seriös, 93 Prozent bestätigten, ihr Arzt habe sie direkt auf den Inhalt aufmerksam gemacht.

Aufgrund der hohen Nachfrage der Kinder- und Jugendarztpraxen und des überaus positiven Feedbacks der Verwen-



der wird das Projekt „Fit für deine Schule“ von der DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GmbH auch 2017 fortgeführt.

Die Turnbeutel „Fit für deine Schule“ zur U9 gibt es gegen eine Gebühr von 0,50 Cent pro Beutel.

**Kontakt:** [info@direct-to-patient.de](mailto:info@direct-to-patient.de)

**Tel.:** 07243-5232862

**Fax:** 07243-5232864

ReH



## NRW: Clearingstelle zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Zuwanderer startet in Münster

In Münster startet nach Köln, Duisburg, Dortmund und Gelsenkirchen die landesweit fünfte Clearingstelle zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Zuwanderern mit ungeklärtem Versicherungsstatus. Bei Personen, die aus anderen EU-Ländern einreisen, aber auch bei Menschen aus Drittstaaten ergeben sich immer wieder Probleme bei der medizinischen Versorgung im Regelsystem, weil unklar ist, wer die Kosten trägt. Mit der Einrichtung von insgesamt fünf durch das Land geförderten Clearingstellen soll in NRW modellhaft erprobt werden, wie die Gesundheitsversorgung für diesen Personenkreis schneller verbessert und der Versicherungsstatus zügiger geklärt werden kann.

Eingerichtet haben die Clearingstelle die Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e. V. in Kooperation mit dem Caritasverband und der Stadt Münster.

Ziel der Clearingstellen ist es, vor allem für Flüchtlinge und Men-

schen ohne definierten Aufenthaltsstatus sowie Zugewanderte aus anderen EU-Mitgliedsstaaten, u. a. aus Südosteuropa, den Zugang zum regelhaften System der Gesundheitsversorgung durch Absicherung über eine Krankenversicherung oder Klärung der sonstigen Kostenträgerschaft herbeizuführen.

„Selbstverständlich müssen auch Zuwanderer aus EU-Staaten im Krankheitsfall bei uns kurzfristig angemessen gesundheitlich versorgt werden. Eigentlich wäre es Aufgabe des Bundes, bei EU-Bürgerinnen und -Bürgern einen unbürokratischen Zugang zu unserem Gesundheitssystem zu ermöglichen. Doch entsprechende Forderungen der Länder und Kommunen nach einer bundeseinheitlichen Lösung hat der Bund bisher leider immer abgelehnt“, sagte Gesundheitsministerin Barbara Steffens bei der Vorstellung des Projekts. „Neben konkreter Hilfe für die Betroffenen vor Ort erhoffen wir uns von der Münsteraner Clearingstelle auch Erkenntnisse und Daten, mit denen

wir dem Bund die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Lösung noch einmal verdeutlichen können.

Die Fragen, die im Zusammenhang mit der Klärung eines eventuell vorhandenen Versicherungsschutzes im Heimatland oder dem Zugang zur hiesigen Krankenversicherung bzw. zu Sozialleistungssystemen entstehen, stellen nicht nur viele Migrantinnen und Migranten, sondern auch Leistungserbringer und Fachkräfte in den Hilfestrukturen häufig vor Probleme. Mit der Clearingstelle, die die Klärung aller Fragen zentral koordiniert, sollen die Menschen gezielte Beratung und Unterstützung erhalten; für Leistungserbringer werden dadurch klare Finanzierungsstrukturen geschaffen.

Das Land NRW fördert landesweit insgesamt fünf Clearingstellen modellhaft über drei Jahre mit rund 2,5 Millionen Euro. In Münster wird die Clearingstelle zwei Standorte mit jeweils einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter haben.

Red.: ReH

### Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen fordert, Kinderschutz und Prävention auszubauen, damit Kinder gut aufwachsen können. Einen dazu vorgelegten Antrag (18/9054 – s. auch **Päd-Inform-Ordner Kinder- und Jugendarzt**) hat der Bundestag am Freitag, 21. Oktober 2016, erstmals beraten. Er soll nun im federführenden Familienausschuss weiterberaten werden.

#### „Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe regeln“

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf einzubringen, „mit dem die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen einschließlich Qualitätsvorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten

verbindlicher geregelt wird“. Außerdem sollen auch freie Träger der Jugendhilfe in die Pflicht zur Qualitätsentwicklung einbezogen werden.

Des Weiteren soll nach den Vorstellungen der Grünen die Regelung zur Vorlage des erweiterten Führungszeugnisses für ehrenamtlich Engagierte praktikabler gestaltet und entbürokratisiert werden, sodass unnötige Hürden für die Engagierten – bei gleichzeitig hohen Kinderstandards – vermieden werden.

Link: <http://www.bundestag.de/familie-bt-tagesordnungspunkt-reden-collapse>

Red.: WH



## Den Armen einen Platz sichern

### Ein ganz normaler Monat in einem indischen Hilfsprojekt

Unsere Ambulanz füllt sich täglich mehr. Es hat sich nun herumgesprochen, dass die Armen bei uns versorgt und nötige Operationen von uns organisiert werden. Bishu, ein vierjähriger Junge mit einer schweren Lungenentzündung, hat sich nach seiner Genesung mit Blumengruß und Kuss verabschiedet.

Einem zweijährigen Jungen mit Hydrocephalus konnten wir die notwendige Shuntoperation zukommen lassen, nachdem er von einer anderen Klinik zweimal abgewiesen wurde. Zuletzt schien es daran zu scheitern, dass die Mutter ihre Unterschrift zur Operation verweigerte – aus Unverständnis,

Angst? Zum Glück unterschrieb am nächsten Tag der Vater.

Ein sechsjähriger Junge hat seit seiner Geburt einen zunehmend krummen Unterschenkel und humpelt. Bisher wurde kein Arzt aufgesucht, da dafür kein Geld vorhanden war. Wir haben ihn in das Universitätskrankenhaus nach Kalkutta gebracht, wo eine seltene Glasknochenkrankheit festgestellt wurde. Er wird dort nun kostenlos behandelt und mehrere Korrekturoperationen sind schon geplant.

### Fan und Fun Club

Seit drei Monaten haben wir den griechischen Kinderarzt Iannis bei uns, der allen sehr ans Herz gewachsen ist. Mit seinen Späßen hat er die Kinder schnell für sich gewonnen. Die Internatsschüler von nebenan

kommen täglich, um Wunden von ihm versorgen zu lassen. Mit viel Begeisterung geht er auch in die Dörfer, um dort die Kinder medizinisch zu versorgen.

### Wenn Patienten selbst ihre Blutspender mitbringen müssen

Ein Kind kommt in unsere Ambulanz mit sehr niedrigen Blutzellzahlen und einer schweren Anämie. Nach den ersten nötigen Bluttransfusionen stellt sich heraus, dass das Kind an einer aplastischen Anämie leidet und Blutplättchen braucht, da ausgedehnte Blutungen beginnen. Wir organisieren die Weiterverlegung und sind bereit mitzugehen. Die Eltern wollen zuerst nach Hause, dann werden sie nicht mehr gesehen...



Dr. Monika Golembiewski

Wir suchen die Familie und finden sie in einem Dorf etwa 70 Kilometer entfernt. Sehr blass sitzt der Junge auf einem Stuhl, die Eltern gehen ihrem Tagesgeschäft nach und ahnen nicht, dass das Leben ihres Kindes an einem seidenen Faden hängt. Erst nach viel Zureden sind sie bereit, sich von uns mit dem Auto nach Kalkutta in das Universitätskrankenhaus bringen zu lassen. Zuvor wurden sie dort

waren. Wir sollen 150 Kilometer entfernt in unseren Dörfern doch bitte gleich vier Spender herbeirufen, welche die gleiche Blutgruppe haben. Alles Mögliche versuchen wir und können doch nur einen jungen Mann überreden mitzukommen, doch dessen Blutgruppe passt nicht. Ein Freund in Kalkutta startet einen Aufruf über Facebook und findet tatsächlich zwei Spender. Der Freund selbst steht am nächsten

verschiedenen Ernährungsprogrammen abgeschlossen und hoffen sehr, dass der Nahrungszusatz mit Moringa und Amaranth den gewünschten Erfolg bringt. Dazu hatten wir die Studentin Daniela von der Universität Hohenheim da und die Doktorandin Caroline. Nun sollen die neuen Gemüsegerichte die Familien dazu bringen, den Kindern statt nur Reis auch Gemüse und Obst anzubieten. Vor allem soll eine gemeinsame Mahlzeit in der Familie eingenommen werden, damit die Tiere auf dem Hof nicht aus der gleichen Schüssel wie das Kind essen.

### Neues EEG-Gerät...?

Wir hatten eine Kinderneurologin aus Deutschland bei uns, die ein neues EEG-Gerät einführen und sich für die vielen neurologischen Kinder einsetzen wollte. Dafür hatten wir eine indische Schwester zuvor ins EEG-Training geschickt, jedoch scheiterte der Beginn an den abgeleiteten Umgebungsströmen. Wir bauten Batterie mit Inverter dazwischen, um vom Stromnetz unabhängig zu sein, auch wechselten wir die Zimmer... Nichts zu machen... Nach endlosen Anrufen bei der Firma kam schließlich ein Ingenieur, der das neue Gerät mitnahm, um es zu reparieren.

Kurzfristig angekündigt bekamen wir Besuch vom deutschen Generalkonsul, Herrn Schrod aus Kalkutta, der sich unsere Entwicklungsarbeit anschauen wollte.

### Die Geschichte des Shining Eyes-Projekts

Seit 22 Jahren ist die Kinder- und Jugendärztin Monika Golembiewski in den indischen Stammesdörfern der Santals unterwegs, um eine medizinische Gesundheitsvorsorge aufzubauen. Die Santals sind Ureinwohner Indiens und haben eine eigene Sprache, Naturreligion und eigene kulturelle Bräuche und unterscheiden sich von der bengalischen, hinduistischen Gesellschaft. Sie hatten damals keinen Zugang zu städtischen Ärzten oder Krankenhäusern. Die Kinder- und Jugend-



schon einmal abgelehnt. Das hat sie so verunsichert, dass sie diesen Weg nicht noch einmal wagten. Unser Koordinator bleibt fünf Tage an der Seite des Kindes im, da die nötigen Blutkonserven bei einer Blutbank in Kalkutta besorgt werden müssen. Plötzlich sind alle Blutbanken leer, da Dengue Fieber ausgebrochen war und alle Konserven mit Blutplättchen aufgebraucht

Tag vor der Türe des Krankenhauses und übernimmt den Dienst an dem kranken Kind.

### Gemüse auf die Kinderteller

Mangelernährung und Anämie bleiben die Hauptprobleme in den Dörfern. Nun haben wir bald unsere Studie in 21 Dörfern mit

ärztin lebte anfangs mit den Santals zusammen im Dorf und konnte ihre Lebensbedingungen und ihre Nöte kennen lernen und teilen. Vor 20 Jahren gab es keine Handys oder elektrisches Licht, so erfolgte die medizinische Versorgung unter freiem Himmel und aus dem im Koffer mitgebrachten Medikamenten. Zunächst wurden Dorfhelfer angelehrt und hygienische Verbesserungen eingeführt, Toiletten und Brunnen gebaut. Da die Mangelernährung eine Hauptursache der vielen Infektionen ist, sind Gemüsegärten mit Obstbäumen angelegt worden. Ernährungsprogramme für die Schwangeren und kleinen Kinder sollten das Defizit an Eiweiß und Vitaminen ersetzen. Das erste Ernährungsprogramm brachte nicht den erwarteten Gewichtsanstieg, jedoch erzählten die Mütter ganz begeistert, dass sie nun ganz andere Kinder haben, die lachten und fröhlich waren und aufgeweckt. Ihre Augen leuchteten. So ist der Name Shining Eyes für das Projekt entstanden. Sogleich erklärten die Mütter, jetzt auch besonders in den Gemüsegärten aktiv werden zu wollen. 2011 wurde der Traum

eines Krankenhauses wahr, nachdem sich eine indische Ärztin und Nonne mit Monika Golembiewski und ihrem Sohn Nico und Freundin Silvia zusammentat und die Planungen begannen. Seit fünf Jahren steht nun das Krankenhaus für die Santals, es bietet Schwangerschaftsvorsorge, Kindersprechstunde und Erwachsenen-Ambulanz. 40 Betten hat das Krankenhaus für Kinder mit Mangelernährung, Infektionen, extrapulmonaler Tuberkulose und neurologischen Erkrankungen. Sozialarbeiter betreuen die Patienten in den Dörfern weiter. Dazu bilden sie Dorfgesundheitshelfer aus, welche die verschiedenen Dorfprojekte mitbetreuen. Im Krankenhaus finden wöchentlich Mütterseminare zu Ernährung, Kinderkrankheiten, Notfällen und Familienplanung statt. Kleine Patienten, die eine Operation benötigen, werden von einem Koordinator begleitet bis zur Entlassung und Versorgung mit Folgemedikamenten. Das Vertrauen, das durch die vielen Jahre gewachsen ist, ist die Brücke zu den Menschen und öffnet neue Wege für die Santals, um aus ihrer Armut herauszukommen.



**Kontakt:**

**Dr. med. Monika Golembiewski**

**Buchernstr. 5/2, 74223 Flein**

**Tel.: 07131/250221**

**E-Mail: [Monika.golembiewski@gmx.de](mailto:Monika.golembiewski@gmx.de)**

**[www.shiningeyes.de](http://www.shiningeyes.de)**

**[www.shiningeyes.de](http://www.shiningeyes.de)**

*Red.: Hauch*

## Bundesverdienstkreuz an Dr. Klaus Volmer für seinen jahrelangen Einsatz im Dienste der Hilfsorganisation „Ärzte ohne Grenzen“

**D**er Kinder- und Jugendarzt **Dr. Klaus Volmer** aus Amtzell und seine Ehefrau Dr. Amy Neumann-Volmer (Allgemeinärztin) haben für ihre seit 2003

regelmäßigen Einsätze im Auftrag der Hilfsorganisation „Ärzte ohne Grenzen“ in Haiti, Pakistan, Irak, Äthiopien, Zentralafrika, Syrien und im Sudan am 04. Oktober

2016 in Berlin von Bundespräsident Gauck das Bundesverdienstkreuz erhalten. Dazu gratuliert der BVKJ ganz herzlich.

*Red.: WH*

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Die Welt der Kinder im Blick der Maler ● ● ●

# Gabriel Metsu, Das kranke Kind



Gabriel Metsu, Das kranke Kind, 1660, Rijksmuseum, Amsterdam

**B**ehutsam, liebevoll wendet sich die Mutter dem auf ihren Oberschenkeln liegenden Jungen zu. Der hat sich offenbar eine Kopfwunde zugezogen, unter dem Verband quillt in der Mitte noch etwas Blut hervor. Er mag jetzt keinen Blickkontakt mit der Mutter

aufnehmen, er wirkt frustriert: erst die Verletzung, dann der Verband, jetzt die Fürsorge der Mutter, statt dass er draußen mit anderen Kindern spielen könnte.

Man hat dieses Werk mit dem „Milchmädchen“ von Vermeer verglichen, ähnlich die Neigung des

Kopfes der beiden Frauen, die Haltung der Hände, die nachdenkliche Miene. In beiden Gemälden sind die Farben blau, rot, gelb, grün auf die Mitte und die rechte untere Ecke konzentriert, abgesetzt gegen die Monochromie der übrigen Szene. Aber bei Vermeer wirken die Figuren zurückhaltend, verschwiegen, während bei Metsu Empfindsamkeit, ja Zärtlichkeit zu spüren sind. Mit den Gestalten Metsus kann sich der Betrachter einlassen, ja sympathisieren.

Der Künstler gehört zu jenen Malern aus Hollands Goldenem Zeitalter, die im Lauf der Zeit in den Schatten von Rembrandt, Hals und Vermeer gerückt sind und erst heute wieder angemessen gewürdigt werden. Zu ihrer Zeit wurden sie sehr geschätzt und ihre Bilder auch von Fürsten in Paris, Deutschland und Italien erworben.

Seine erste Ausbildung erhielt Metsu bei seinen Eltern, die beide Maler waren. Er widmete sich zunächst historischen, biblischen, mythologischen und allegorischen Themen. Nach 1650 malte er Interieurs und Genreszenen, wobei er das Leben des Bürgertums mit warmem Kolorit und weicher Linienführung schilderte. Unter dem Einfluss der Leidener Feinmalerei verfeinerte er seine Technik und bemühte sich besonders um die sorgfältige Ausführung des Details. Der Künstler war ein fröhlicher Mensch, in vielen Werken finden sich spöttische Töne. „Das lebendige Wort triumphiert über das ehernen Gesetz“ (Benedikt Erenz). Ihm war nur eine Lebensspanne von 38 Jahren beschieden.

*Dr. Peter Scharfe  
Kinder- und Jugendarzt  
Wilhelm-Weitling-Str. 3  
01259 Dresden*

*Red.: ReH*

## Ehrungen in Bad Orb 2016 ● ● ●

### Preis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ an Dr. med. Matthias Röbbelen

Seit 2008 zieht es Matthias Röbbelen regelmäßig 2x im Jahr für mehrere Wochen nach Eritrea in die Hauptstadt Asmara und die Provinzhauptstadt Keren. Dort hat er für den Verein Archemed beim Aufbau eines pädiatrischen Facharztausbildungsprogramms mitgearbeitet und eritreische Kollegen qualifiziert. Er mobilisierte Gelder vom Rotary-Hilfswerk Müllheim in Baden für den Neubau und die Renovierung von Räumen der Kinderabteilung in Keren. Seine Tätigkeit konzentrierte sich auf Koordination, Mobilisierung von Mitteln und Bewegung humaner Ressourcen – d. h. Motivation von europäischen Spezialisten für die pädiatrische Facharztausbildung der eritreischen Kollegen. In Zusammenarbeit mit dem in Eritrea operierenden Kinderherzchirurgen Dr. Urban hat er dort ein landesweites Programm zur Früherkennung von angeborenen Herzfehlern aufgebaut und für Nachhaltigkeit bei der Gesundheitsversorgung von Kindern in der Region gesorgt.



### Goldene Ehrennadel für Dr. med. Nikolaus Weissenrieder

Nikolaus Weissenrieder, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Facharzt für Frauenheilkunde war 8 Jahre von 2007 bis 2015 Vorstand im BVKJ, er war der Mitbegründer der Jugendmedizin im BVKJ und hat die ersten Kongresse zu diesem Thema zusammen mit Bernhard Stier in Weimar organisiert. Seit 2003 gehört er dem damals neugegründeten QM-Ausschuss (lange Jahre als dessen Sprecher) an und hat wesentliche Beiträge zur Umsetzung des gesetzlichen QM-Auftrags in pädiatrischen Praxen geleistet. Zudem hat er sich mit großem Engagement für die Jahresschwerpunktthemen des BVKJ eingesetzt und wichtige Beiträge geliefert. Auch in der DAKJ hat er den BVKJ repräsentiert und wichtige Impulse gegeben. Daneben ist er unermüdlich als Vortragsredner überall in Deutschland unterwegs. Seine Themen: Kinder- und Jugendgynäkologie, Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, Sexualität bei Kindern und Jugendlichen, Prävention bei Kindern und Jugendlichen, Sexualität und Behinderung, Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen. Und natürlich schreibt er auch über seine Themen sehr lesenswerte Bücher.



### Silberne Ehrennadel für Dr. med. Roland Klingspor

Roland Klingspor hat seinen Landesverband Rheinland-Pfalz von 1993 bis 2007 als Delegierter in der Delegiertenversammlung vertreten und sich intensiv für den BVKJ auf den verschiedensten Ebenen eingesetzt. Sein besonderes Interesse galt der Prävention. Daher war er auch viele Jahre der Präventionsbeauftragte seines Landesverbands. Nach Ende seiner Praxistätigkeit engagierte er sich als ehrenamtlicher Berater bei medizinischen Fragen und Problemen bei Kindern in einer großen Flüchtlingsunterkunft in Mainz. Sicher haben bei der Entscheidung, Flüchtlingen zu helfen, auch die eigenen Erlebnisse geholfen.



### August-Steffen-Preis an Dr. med. Karl-Heinz Leppik

Karl-Heinz Leppik engagierte sich schon früh für die Aus- und Weiterbildung der jungen Kollegen. 2001 wurde er in den Prüfungsausschuss der Bayerischen Landesregierung berufen, gleichzeitig wurde er Mitglied der Prüfungsstelle Ärzte Bayern. 2004 war er einer der Mitbegründer des PaedNetz Bayern. Auch als Berufspolitiker war und ist Karl-Heinz Leppik aktiv: unter anderem als Obmann im Bezirk Mittelfranken, in der AG Sozialpädiatrie auf Bundesebene, in der AG Zukunft des BVKJ und in der AG Weiterbildung im Landesverband Bayern, sowie als Delegierter seines Landesverbands in der Delegiertenversammlung und als stellvertretender Sprecher der Satzungskommission des BVKJ, seit 2012 auch als zweiter Landesverbandsvorsitzender in Bayern.



Red.: WH

## Buchtipps

Claudia Burkhardt-Mußmann  
(Hrsg.)  
**Räume, die Halt geben.  
Psychoanalytische Früh-  
prävention mit Migrantinnen  
und ihren Kleinkindern**  
Verlag Brandes und Apsel 2015  
192 Seiten, € 19,90  
ISBN 978-3-95558-112-1



**D**er nicht endende Zustrom von Flüchtlingen macht das vorliegende Buch besonders wichtig: Die in der Regel traumatischen Flucht- und Migrationserfahrungen prägen die werdenden Mütter ebenso wie die das Aufwachsen der Kinder. Schon vor der Geburt Schwangeren Räume und Raum zu geben, in denen diese Erfahrungen aufgearbeitet werden können, ist für die seelische Ge-

sundheit der jungen Familien nicht nur Hilfe zur Integration, sondern essentielle Bewältigungsmöglichkeit. Wir Kinder- und Jugendärzte, vor allem aber die die Schwangeren betreuenden Frauenärzte und Geburtskliniken, könnten hier eine Schlüsselfunktion wahrnehmen, um diese Hilfen anzubieten. Leider kennen wir uns trotz aller wohlge-meinten Vernetzungen im Bereich der Frühen Hilfen zu wenig aus, und es gelingt nicht, die Frauenärzte und Geburtskliniken in die Netzwerke der vielfältigen Angebote, ja nicht einmal in die Schwangerenbera-tungsstellen einzubinden. So fanden schwangere Frauen und Mütter mit Kleinkindern eher über Sprach- und Integrationskurse, Mundpropagan-da oder durch aktive Rekrutierung zu dem Frankfurter Frühpräventi-onsprojekt „Erste Schritte“, welches in dem Buch eingehend beschrieben wird. Bisherige Integrationsbemü-hungen fokussierten hauptsächlich auf den nun auch elementar wichti-gen Spracherwerb, um zu kommuni-zieren und damit Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten über-haupt erst verbalisieren zu können. Aus dem Praxisalltag wissen wir, dass junge Migrantinnen mit Baby oder Kleinkind gar nicht an derartigen Angeboten teilnehmen können, wenn nicht auch eine Kinderbetreu-ung mit angeboten wird. Und auch dann sind die Hemmungen groß. Umso wichtiger ist es, Konzepte wie eben das beschriebene Frühpräven-

tionsprojekt „Erste Schritte“ als Be-gegnungsort für Schwangere und Mütter mit Kleinkindern zu entwi-ckeln. Vierterorts gibt es zwar inzwi-schen Krabbelstuben, Mütterzent-ren, offene Treffs oder PEKiP-Grup-pen, diese werden jedoch selten von Müttern frequentiert, die erst seit kurzem in Deutschland sind. So ist es unsere Aufgabe, entsprechende Angebote zu kennen oder zu initiie-ren, denn wir sehen die jungen Fa-milien mit ihren Kindern in unseren Praxen. Ein interdisziplinärer Qua-litätszirkel zu „Frühen Hilfen“, wie er vielerorts existiert und wie ihn auch der Rezensent seit fünf Jahren anbietet, ist eine große Hilfe zum gegenseitigen Kennenlernen, Vor-urteile abbauen und konstruktiver Zusammenarbeit – nur ist es schwer, die Kollegen zu erreichen und zu in-teressieren, vor allem kommen wir häufig zu spät: eine gute Lösung, die Gynäkologen von Diagnosestellung der Schwangerschaft an im Sinne einer „Pränatalen Prävention“ mit einzubeziehen, ist noch nicht gefun-den. Im Übrigen: Teil eines „holding environment“ (Winnicott), eines stabilen Rahmens mit strukturge-benden Elementen kann auch eine entsprechend geschulte und interes-sierte Kinder- und Jugendärztliche Praxis sein.

**Dr. Stephan Heinrich Nolte**  
E-Mail: [shnol@t-online.de](mailto:shnol@t-online.de)

Red.: ReH

# Fortbildungstermine



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

## Januar 2017

18. Januar 2017

### 41. Traditionelle Winterveranstaltung in Bielefeld

Anmeldung per Fax: 05241/20864

Auskunft: Dr. Frank-Peter Drobntizky,  
Gütersloh

## März 2017

3.-5. März 2017

### 23. Kongress für Jugendmedizin in Weimar

Leitung: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Auskunft: ⑤

11. März 2017

### 26. Pädiatrie zum Anfassen in Rostock

des BVKJ LV Mecklenburg-Vorpommern

Leitung: Dr. A. Michel, Greifswald/  
St. Büchner, Güstrow, Auskunft: ①

18. März 2017

### Seminar für Medizinische Fachange-

stellte in Dresden des BVKJ LV Sachsen

Leitung: Dipl.-Med. Stefan Mertens,  
Radebeul, Auskunft: ①

## April 2017

1. April 2017

### Pädiatreff à la carte – Schnittstelle

der Pädiatrie des BVKJ LV Nordrhein

und LV Westfalen-Lippe

und 9. Kongress PRAXISfieber-regio für

MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

in Bochum

Leitung:

Dr. Burkhard Lawrenz, Arnsberg/

Dr. Herbert Schade, Mechernicht/

Dr. Andreas Weckelmann, Mülheim a. d.

Ruhr, Auskunft: ④

6.-9. April 2017

### Päd-Ass 2017

14. Assistentenkongress des BVKJ

in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid/

Dr. Dirk Schnabel, Berlin, Auskunft: ⑤

22.-23. April 2017

### 6. Praxismotivationsworkshop

Auskunft: [www.sprung-in-die-praxis.de](http://www.sprung-in-die-praxis.de)

## Mai 2017

6. Mai 2017

### 30. Pädiatrie zum Anfassen in Worms

des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland

Leitung:

Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms

Auskunft: ①

19.-20. Mai 2017

### 27. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt

des BVKJ LV Thüringen

Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt

Auskunft: ①

## Juni 2017

23.-25. Juni 2017

### 47. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des Berufsverbandes

der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Berlin

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,

Wiesbaden, Auskunft: ⑤

23.-25. Juni 2017

### 12. PRAXISfieber-live Kongress für

MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

in Berlin

Leitung:

Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen

Auskunft: ⑤

## September 2017

16. September 2017

### Jahrestagung des LV Sachsen des BVKJ e.V. in Dresden, Sächsische LÄK

Leitung:

Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul

Auskunft: ①

## Oktober 2017

5.-8. Oktober 2017

### 45. Herbst-Seminar-Kongress

des BVKJ in Bad Orb

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller,

Wiesbaden, Auskunft: ⑤

## November 2017

4. November 2017

### BVKJ Landesverbandstagung

in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham /

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn

Auskunft: ③

11.-12. November 2017

### 15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ

LV Bayern in Bamberg

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer,

Gaißach / Dr. Martin Lang, Augsburg

Auskunft: ③

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



## Geburtstage im Januar 2017

### 65. Geburtstag

Frau Paulina *Ruppel*, Hof, am 01.01.  
 Herr Wolfgang *Hüttner*, Coburg, am 01.01.  
 Frau Dipl.-Med. Corry *Aspe*, Halle, am 01.01.  
 Frau Eva von *Davier*, Berlin, am 02.01.  
 Herr Dr. med. Hans-Friedrich *Kobel*, Korbach, am 04.01.  
 Herr Eugeniusz *Ziola*, Düsseldorf, am 04.01.  
 Herr Dr. phil. nat. Reiner *Valentin*, Grafing, am 06.01.  
 Frau Dr. med. Anke *Wildberg*, Freiburg, am 07.01.  
 Herr Karl *Stiller*, Homburg, am 13.01.  
 Herr Manfred *Kersten*, Nördlingen, am 13.01.  
 Herr Dr. med. Burkhard *Mehl*, Bremen, am 14.01.  
 Frau Dr. med. Renate *Schlemminger*, Bonn, am 19.01.  
 Frau Dr. med. Magdalena *Kühlwein-Bauer*, Sulzbach, am 20.01.  
 Frau Dipl.-Med. Undine *Kern*, Görlitz, am 20.01.  
 Frau Dr. med. Elisabeth *Boschenrieder*, Rüsselsheim, am 24.01.  
 Frau Dr. med. Gisela *Janssen*, Aurich, am 25.01.  
 Herr Dr. med. Andreas *Busse*, Tegernsee, am 25.01.  
 Frau Dr. med. Lieselotte *Simon-Stolz*, Homburg, am 28.01.  
 Herr Dr. med. Gunther *Brüggemann*, Tübingen, am 29.01.  
 Frau Dr. med. Susanne *Neumann*, Bielefeld, am 30.01.

### 70. Geburtstag

Frau Dr. med. Leonita *Winarto*, Wilhelmshaven, am 01.01.  
 Frau Dr. med. Renate *Kaminski*, Neustrelitz, am 02.01.  
 Herr Dr. med. Abiodun *Ogundare*, Kevelaer, am 06.01.  
 Frau Dr. med. Marlis *Kaulhausen*, Bonn, am 08.01.  
 Herr Winfried *Stoekel*, Berlin, am 11.01.  
 Herr Dr. med. Henning *Hake*, Flensburg, am 11.01.  
 Frau Dr. med. Brigitte *Wille*, Schwedt, am 15.01.

Herr Dr. med. Karl *Pölzelbauer*, Leingarten, am 21.01.

Frau Dr. (BG) Maria *Helou*, Gelsenkirchen, am 25.01.

Herr Michael *Krause*, Königstein, am 27.01.

Frau Dr. med. Dörte *Würfel*, Loxstedt, am 31.01.

Frau Eva-Maria *May*, Duderstadt, am 31.01.

### 75. Geburtstag

Herr Hassan-A. *Mohamed*, Essen, am 01.01.

Frau MR Dr. med. Gisela *Böhme*, Priestewitz, am 02.01.

Herr Dieter *Uibel*, Köln, am 04.01.

Herr Dr. med. Hartmut *Schirm*, Müllheim, am 06.01.

Frau Heide *Schwendy*, Berlin, am 07.01.

Frau Dr. med. Helga-Siegrun *Peter*, Greußen, am 09.01.

Herr Dr. med. Wolfgang *Zürcher*, Weiden, am 12.01.

Herr Dr. med. Ulrich *Kühner*, Dittelbrunn, am 18.01.

Frau Dr. med. Gisela *Arcari-von Dessien*, Mettmann, am 21.01.

Herr Dr. med. Günter Otto *Fischer*, Großelnöder, am 22.01.

Frau Margot *Franke*, Schwansee, am 24.01.

Herr Dr. med. Horst *Gelhart*, Essen, am 27.01.

Frau Dr. med. Heidemarie *Beer*, Altdorf, am 27.01.

Frau Dr. med. Krista *Hartmuth*, Zwingenberg, am 27.01.

Herr Dr. med. Bernd *Müller*, Königslutter, am 28.01.

### 80. Geburtstag

Herr Dr. med. Bernd v. *Landwüst*, Leverkusen, am 01.01.

Herr Dr. med. Franz *Deilmann*, Berlin, am 06.01.

Herr Dr. med. Peter *Bonfils*, Lengerich, am 16.01.

Frau Dr. med. Gisela *Lottermoser*, Ismaning, am 25.01.

Herr Dr. med. Reiner *Thieme*, Marienberg, am 28.01.

Frau Dr. med. Gisela *Stanescu*, Hundsangen, am 28.01.

### 81. Geburtstag

Frau Dr. med. Christa *Umlauf*, Detern, am 04.01.

Frau Dr. med. Barbara *Forsch*, Bergisch Gladbach, am 07.01.

Herr Dr. med. Harald *Dönch*, Haltern, am 13.01.

Frau Dr. med. Christa *Leiber-Willemsen*, Krefeld, am 16.01.

Herr Dr. med. Thomas *Kandler*, Nürnberg, am 18.01.

Frau MR Sigrid *Allmert*, Berlin, am 21.01.

Herr Dr. med. Claus *Ramge*, Dortmund, am 28.01.

Herr Prof. Dr. med. habil. Joachim *Oppermann*, Halle, am 28.01.

### 82. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Roswitha *Schingnitz*, Lübben, am 07.01

Frau Dr. med. Wilma *Bockelmann*, Schorndorf, am 15.01.

Herr Dr. med. Eberhardt *Krüger*, Schönwalde, am 20.01.

Herr Dr. med. Hans-Joachim *Wagner*, Siegen, am 23.01.

Frau SR Sieglind *Todtenhaupt*, Sömmerda, am 25.01.

Herr Prof. Dr. med. Bodo-Knut *Jüngst*, Mainz, am 26.01.

Herr Dr. med. Otto *Zinsser*, Herbolzheim, am 26.01.

Frau MR Brigitte *Karge*, Finsterwalde, am 26.01.

### 83. Geburtstag

Frau Dr. med. Käthe *Heber*, Goslar, am 13.01.

Frau Dr. med. Ingeborg *Baßler*, Ladenburg, am 15.01.

Herr Dr. med. Peter *Scharfe*, Dresden, am 20.01.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Hackel*, Bad Nauheim, am 01.01.

Herr Dr. med. Harald *Hückstädt*, Hamburg, am 05.01.

Frau Dr. med. Helena *Reich*, Baden-Baden, am 19.01.

Frau Dr. med. Irene *Seltsam*, Gemünden, am 25.01.

Herr Dr. med. Hans Ludger *Heidtman*, Hildesheim, am 25.01.

### 86. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Spranger*, Sinzheim, am 01.01.

Frau Prof. Dr. med. Ingeborg *Brandt*, Königswinter, am 19.01.

### 87. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Helmut *Hettmer*, Torgau, am 02.01.

### 88. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Ruth *Schnürer*, Berlin, am 01.01.

Herr Dr. med. Anton *Oster*, Köln, am 09.01.

### 89. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Wolf *Berg*, Rotenburg, am 21.01.

### 91. Geburtstag

Frau Dr. med. Else *Trautwein*, Volxheim, am 01.01.

Frau Dr. med. Eva *Joeden*,  
Neustadt, am 06.01.

### 92. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria E. *Gertkemper*,  
Detmold, am 28.01

### 93. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Prechtel*,  
Egloffstein, am 07.01.

Herr Dr. med. H.-Helmut *Schmidt*,  
Worms, am 19.01.

### 101. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Tiemann-Hebsaker*,  
Frankfurt, am 10.01.

## Geburtstage im Februar 2017

### 65. Geburtstag

Herr Reinhart *Freund*, Köln, am 01.02.

Herr Dipl.-Med. Reinhard *Beuthan*,  
Dingolfing, am 05.02.

Herr Ulrich *Hesse*, Bremen, am 06.02.

Frau Dr. med. Claudia *Schumacher*,  
Wermelskirchen, am 14.02.

Frau Renate *Köhler*, Papenburg, am 16.02.

Herr Dr. med. Hermann *Oesterle*,  
Untermünkheim, am 17.02.

Frau Teresa *Kalinowski*,  
Weingarten, am 19.02.

Frau Dr. med. Sabine *Schraut*,  
Wiesbaden, am 22.02.

Herr Dr. med. Bernhard *Stier*,  
Hamburg, am 24.02.

Herr Dr. med. Dipl.-Chem. Joachim  
*Rechmann*, Euskirchen, am 26.02.

Herr Dr. med. Berthold *Weiner*,  
Konstanz, am 27.02.

### 70. Geburtstag

Frau Dr. med. Gudrun *Schönborn*,  
Kleinmachnow, am 05.02.

Frau Dipl.-Med. Regina *Schmidt*,  
Niederwürschnitz, am 09.02.

Herr Dr. med. Hans W. *Gerharz*,  
Freiburg, am 15.02.

Frau Dr. med. Helga *Sander*,  
Dresden, am 16.02.

Herr Dr. med. Rainer *Stier*,  
Oberkirch, am 17.02.

Herr Dr. med. Werner *Behrmann*,  
Neustadt, am 17.02.

Herr Dr. med. Hubert *Fischer*,  
Parkstetten, am 21.02.

Frau Dipl.-Med. Elisabet *Leonhardt*,  
Chemnitz, am 23.02.

### 75. Geburtstag

Herr Dr. med. Eckart *Theil*,  
Leonberg, am 02.02.

Herr Dr. med. Reinhard *Siegel*,  
Lauffen, am 02.02.

Frau Margarete *Niemann*,  
Sprockhövel, am 04.02.

Herr Dr. med. Robert-Peter *Heil*,  
Rottenburg, am 04.02.

Frau Dr. med. Heidemarie *Sixt*,  
Weiden-Theisseil, am 07.02.

Herr Dr. med. Hermann *Malter*,  
Völklingen, am 09.02.

Herr Dr. med. Michael *Füchtner*,  
Lennestadt, am 10.02.

Herr Dr. med. Norbert *Wunderle*,  
Lörrach, am 10.02.

Herr Dr. med. Alfred *Heinrich*,  
Olzheim, am 13.02.

Frau Dr. med. Hiltrun *Molewski*,  
Stephanskirchen, am 14.02.

Frau Dr. med. Edith *Klecker*,  
Freiburg, am 15.02.

Herr Prof. Dr. med. Gunther *Scheer-*  
*schmidt*, Kirchheim, am 15.02.

Herr Dr. med. Thomas *Rautenstrauch*,  
München, am 17.02.

Frau Dr. med. Edith *Vogelsang*,  
Niederau, am 18.02.

Herr Dr. med. Alf v. *Minckwitz*,  
Dobersdorf, am 19.02.

Frau Dr. med. Carola *Börner*,  
Berlin, am 27.02.

### 80. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans-Werner *Waldmann*,  
Höxter, am 14.02.

Herr Dr. med. Harald *Stefan*,  
Neckargemünd, am 17.02.

Herr Dr. med. Heinrich *Beckmann*,  
Hildesheim, am 17.02.

### 81. Geburtstag

Frau Dr. med. Pari *Seyyedi*,  
Schlangenbad, am 05.02.

Herr Dr. med. Zuhair *Allouni*,  
Bremen, am 19.02.

Frau Dr. med. Rosemarie *Bucke*,  
Hamburg, am 23.02.

Herr Dr. med. Detlev *Eggert*,  
Odenthal, am 27.02.

### 82. Geburtstag

Herr Dr. med. Adolf *Wagener*,  
Coesfeld, am 08.02.

Frau Dr. med. Brigitte *Frieling*,  
Arnsberg, am 17.02.

Herr Heinrich *Hundt*,  
Berlin, am 19.02.

Herr Dr. med. Claus *Prüfer*,  
Mainz, am 24.02.

Frau Dr. med. Luise *Bangert*,  
Esens, am 24.02.

### 83. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Hans *Jacobi*,  
Freiburg, am 19.02.

Herr Dr. med. Klaus *Passian*,  
Gronau, am 19.02.

Frau Dr. med. Maria *Grips*,  
Willich, am 26.02.

### 84. Geburtstag

Herr Dr. med. Helmut *Volkers*,  
Bremen, am 05.02.

Herr MR Dr. med. Peter *Hein*,  
Potsdam, am 09.02.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Haas*,  
Mannheim, am 07.02.

Frau Dr. med. Rita *Musiat*,  
Bautzen, am 13.02.

Herr MR Dr. med. Nikolaus *Kleinau*,  
Rostock, am 17.02.

Herr Dr. med. Friedrich *Voß*,  
Berlin, am 20.02.

Frau Dr. med. Hildegard *Boland*,  
Essen, am 26.02.

### 86. Geburtstag

Herr SR Dr. med. Ludwig *Herzfeld*,  
Halle, am 06.02.

Frau SR Dr. med. Felicitas *Kühne*,  
Magdeburg, am 06.02.

Herr Dr. med. Dietrich *Mueller*,  
Hagen, am 07.02.

Frau Dr. med. Jutta *Spieß*,  
Braunschweig, am 15.02.

### 87. Geburtstag

Herr Dr. med. Eberhard *König*,  
Pinneberg, am 20.02.

### 89. Geburtstag

Frau Dr. med. Helene I. *Metzger*,  
Erkrath, am 28.02.

### 90. Geburtstag

Herr Dr. med. Oskar *Felkel*,  
München, am 12.02.

Frau Dr. med. Elisabeth-Charlotte  
*Garmann*, Sonthofen, am 20.02.

### 91. Geburtstag

Frau Dr. med. (B) Marieta *Constandache*,  
Aachen, am 02.02.

Frau Dr. med. Erika *Schröder-Habeth*,  
München, am 18.02.

### 92. Geburtstag

Herr Dr. med. Anton *Mössmer*,  
Landshut, am 03.02.

Frau Dr. med. Viola *Privat*,  
Bielefeld, am 20.02.

### 95. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Hanna *Tron*,  
Ettlingen, am 06.02.

Frau Dr. med. Barbara *Borkowsky-Fehr*,  
Weiden, am 07.02.

Herr Dr. med. Hans Joachim *Ganzel*,  
Berlin, am 19.02.

### 97. Geburtstag

Frau Med.Dir.Dr. med. Ingeborg *Otto*,  
Hagen, am 02.02.

#### Wir trauern um:

Herrn Dr. Ferdinand *Müller*, Grafing

## Im Monat Oktober durften wir 25 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. Peter *Kohl*  
Frau Christina *Schommer*



### **Bayern**

Frau Mailin *Schoening*



### **Berlin**

Herrn Tom *Haeusler*



### **Brandenburg**

Frau Jana-Jennifer *Dathe*



### **Hessen**

Herrn Dr. med. Dominik *Dunsch*  
Frau Dr. med. Sandra *Henrich*

## Impfung bei Schwangeren

# Mit einer maternalen Tdap-Impfung auch Neugeborene vor Keuchhusten schützen

Die Impfstoffe Boostrix® und Boostrix® Polio erhielten vom Paul-Ehrlich-Institut eine europaweite Zulassungserweiterung für den Einsatz im 3. Trimenon der Schwangerschaft. Damit haben werdende Mütter nun die Möglichkeit, nicht nur sich selbst, sondern auch das ungeborene Kind mit dem Tdap-Impfstoff vor Diphtherie, Tetanus und vor allem Keuchhusten zu schützen. Eine Pertussis-Infektion kann vor allem bei Säuglingen schwerwiegend oder tödlich verlaufen. Basis der Zulassungserweiterung sind Sicherheitsdaten bei knapp 800 Schwangeren.<sup>1</sup>

In der Kinder- und Jugendmedizin gehört der Einsatz von Tdap-Vakzinen zur Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis zum täglichen Praxisalltag. Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt nach der Grundimmunisierung mit einem Sechsfach-Impfstoff (beispielsweise Infanrix hexa®) solche Kombinationsimpfstoffe mit Pertussis-Komponente:<sup>2</sup> Boostrix® ist zur Auffrischimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis bei Personen ab dem vollendeten vierten Lebensjahr indiziert,<sup>3</sup> das gilt auch für Boostrix® Polio, das zusätzlich den Impfschutz gegen Poliomyelitis-Viren umfasst.<sup>4</sup> Seit der Einführung von Boostrix® und Boostrix® Polio wurden in mehr als 15 Jahren Erfahrungen beim Einsatz von mehr als 100 Millionen Dosen weltweit gesammelt.<sup>5</sup> Mit der Zulassungserweiterung können die beiden Impfstoffe nun auch zur Verabreichung im 3. Trimenon der Schwangerschaft in Betracht gezogen werden.<sup>3,4</sup>

### Maternale Immunisierung zum Schutz von Neugeborenen

Die Impfung von Schwangeren verfolgt zwei Wirkansätze: Ein Ziel ist der Schutz von Mutter und Ungeborenem im Verlauf der Schwangerschaft. Über maternale Antikörper, die von der Mutter an das ungeborene Kind weitergegeben werden, wird auch ein Schutz des Neugeborenen in den ersten Wochen nach der Geburt erreicht, bis die Säuglinge mit der Grundimmunisierung selbst einen Impfschutz aufbauen können (siehe Abb. 1).<sup>6</sup> Die maternale Impfung wird bei einigen Infektionskrankheiten als Präventionsstrategie eingesetzt. In Deutschland empfiehlt die STIKO z. B. die Influenza-Impfung für



werdende Mütter.<sup>2</sup> Seit der Empfehlung im Jahr 2010 konnten Geburtsmediziner Erfahrungen mit der Grippe-Impfung bei Schwangeren sammeln.<sup>7</sup>

### Sicherer Einsatz bei Mutter und Kind

Basis für die Zulassungserweiterung von Boostrix® sind vor allem die Ergebnisse einer Studie in Neuseeland, in der Schwangere den Impfstoff im dritten Trimenon erhielten: In dieser bisher größten Studie zum Einsatz einer Tdap-Vakzine wurden 793 Frauen zwischen der 28. und der 38. Schwangerschaftswoche geimpft, 27,9% der Frauen erhielten zeitgleich auch einen tetravalenten Grippe-Impfstoff. Die Impfungen wurden von den Schwangeren gut vertragen, die Ergebnisse zeigten keine schwerwiegenden Nebenwirkungen für den Verlauf der Schwangerschaft oder die Gesundheit des ungeborenen bzw. des neugeborenen Kindes.<sup>1</sup> Die Frauen waren

im Mittel 32 Jahre alt, 73,5% hatten europäische Wurzeln, so dass die Studienpopulation mit schwangeren Frauen in Europa vergleichbar ist.

### Langjährige Erfahrungen mit maternaler Impfung in Großbritannien

Eine breite Datenbasis gibt es für den Einsatz der Pertussis-Impfung in Großbritannien, wo immer wieder Ausbrüche von Keuchhusten beobachtet worden waren. Nachdem im Jahr 2012 insgesamt 14 Kinder unter drei Monaten an Pertussis verstorben waren, wurde ein temporäres Impfprogramm für werdende Mütter eingeführt. Diese erhielten am Ende der Schwangerschaft einen Vierfach-Impfstoff (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio), um zur Geburt möglichst hohe Titer maternalen Antikörper zu erzielen. Die Sicherheit wurde beim Einsatz an mehr als 20.000 Schwangeren beobachtet: Im Ver-

gleich zu Daten einer historischen, nicht geimpften Vergleichsgruppe wurden bei den geimpften Schwangeren keine auffälligen Sicherheitssignale beobachtet, insbesondere kein Anstieg der Geburtensterblichkeit.<sup>8</sup>

Mit einer Impfabdeckung von über 60% konnte durch das britische Impfprogramm die Rate der Pertussis-Infektionen gesenkt werden.<sup>9</sup> Die Dreijahres-Daten zeigen eine Wirksamkeit gegenüber laborbestätigten Infektionen von über 90%, wobei der Schutz durch maternale Antikörper nach bisheriger Datenlage nicht mit dem Impfschutz der Säuglinge selbst interferiert.<sup>10</sup>

## Geboren mit Schutz gegen Pertussis

Die Pertussis-Impfung während der Schwangerschaft gilt als beste Strategie, Neugeborene ab dem Zeitpunkt der Geburt über maternale Antikörper vor einer Infektion zu schützen. Auch die WHO empfiehlt zum Schutz von Schwangeren und Neugeborenen eine maternale Immunisierung.<sup>11</sup> Nach den positiven Erfahrungen mit der Pertussis-Impfung in Großbritannien wurde das Impfprogramm für alle Schwangeren im Juli 2016 weiter verlängert.<sup>12</sup> Die maternale Impfung wurde inzwischen in einer Reihe von Ländern eingeführt, z. B. in Belgien und Spanien<sup>10</sup>, in Argentinien, Israel, Neuseeland und in den USA.<sup>11</sup> In den letzten vier Jahren führten mehr als 25 Länder Empfehlungen für eine maternale Pertussis-Impfung ein, um kindliche Erkrankungen zu vermeiden.<sup>13</sup> In den USA empfiehlt das Impfkomitee der Gesundheitsbehörden (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) seit 2012

## Fachgruppenübergreifendes Impfen: Impfen Sie auch Mütter und Schwangere in der Praxis

Der STIKO-Grundsatz, bei jedem Arztbesuch auch den Impfschutz zu überprüfen, impliziert eine Einbindung aller Ärzte: „Jeder Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollte dazu genutzt werden, die Impfdokumentation zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen.“<sup>42</sup> In der Praxis sind die Regelungen der KVen hier jedoch widersprüchlich.

Laut einer Umfrage der Ärzte Zeitung erlauben die KVen Niedersachsen, Brandenburg, Saarland, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz auch die Impfung Erwachsener durch Kinder- und Jugendärzte. Bremen, Sachsen und Bayern erlauben die Impfung mit dem Ziel der Impfmotivation des Kindes.<sup>19</sup> Auch in Baden-Württemberg ist eine Impfung fachgruppenübergreifend möglich.<sup>20</sup>

Eine Arbeitsgruppe der Nationalen Impfkongferenz 2015 beschreibt, dass einschränkende Regelungen der KVen ein Impfhindernis darstellen und dass aus Sicht des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fachübergreifendes Impfen möglich ist, wenn es nur in geringem Umfang erfolgt.<sup>21</sup>

zum Schutz vor Keuchhusten, bei jeder Schwangerschaft eine Tdap-Vakzine einzusetzen, auch wenn die werdende Mutter vor der Schwangerschaft bereits mit einem Tdap-Impfstoff geimpft wurde.<sup>14</sup>

## Säuglinge besonders gefährdet – Mütter häufigste Infektionsquelle

Pertussis-Infektionen bleiben besonders gefährlich für Kleinkinder, die schwersten Fälle treten in den ersten Lebensmonaten auf, in den ersten Lebenswochen ist die Todesrate am höchsten.<sup>15</sup> Infektiologen aus ganz Europa appellierten beim diesjährigen ESPID-Kongress in Brighton, möglichst frühzeitig in den ersten Lebensmonaten gegen Pertussis zu impfen und eine hohe Durchimpfungsrate anzustreben.<sup>16</sup> Auch wenn in vielen Ländern weltweit Pertussis-Impfprogramme eingeführt wurden, bleibt der Erreger *Bordetella pertussis* weiter endemisch. Schwankungen in der Inzidenz und Ausbrüche z. B. in den USA und in Großbritannien hatten in den letzten Jahren gezeigt, dass das Bakterium auch asymptomatisch weiter verbreitet werden kann.<sup>17</sup> Mütter gelten als häufigste Infektionsquelle bei

Pertussis-Infektionen.<sup>18</sup> Geimpfte Mütter fallen als Infektionsquelle in den ersten Lebensstadien des Kindes aus und tragen zum Schutz der Neugeborenen bei.

### Referenzen

- Petousis-Harris H et al. *BMJ Open* 2016;6:e010911. doi:10.1136/bmjopen-2015-010911
- Robert Koch-Institut, *Epidemiol Bulletin* 2016;34:301-340
- Fachinformation Boostrix®, GSK, Stand Dezember 2016
- Fachinformation Boostrix® Polio, GSK, Stand Dezember 2016
- GSK. Data on File, DNG 2014N222721-00. 2014
- Jones C et al. *Hum Vaccin Immunother* 2014;10:2118-2122
- Robert Koch-Institut, *Epidemiol Bulletin* 2010;31:299-309
- Donegan K et al. *BMJ* 2014;349:g4219 doi: 10.1136/bmj.g4219
- Amirthalingam G et al. *Lancet* 2014;384(9953): 1521-1528
- Amirthalingam G *Clin Infect Dis* 2016;63(suppl 4):S236-S243
- WHO *Wkly Epidemiol Rec* 2015;90:433-460, <http://www.who.int/wer/2015/wer9035.pdf>
- [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/541694/Guidelines\\_for\\_the\\_Public\\_Health\\_Management\\_of\\_Pertussis\\_in\\_England.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/541694/Guidelines_for_the_Public_Health_Management_of_Pertussis_in_England.pdf)
- GSK-interne Daten
- CDC *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013;62(7):131-135, <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6207a4.htm>
- Tiwari TS et al. *Pediatrics* 2015;135(6):990-999
- Symposium im Rahmen des ESPID-Kongress (European Society for Paediatric Infectious Diseases): „Pertussis Resurgent: Maximizing Protection Strategies in the 21st. Century“, am 10.5.2016 in Brighton, Großbritannien, Veranstalter Medscape Education
- Althouse BM et al. *BMC Med* 2015;13:146
- Wiley KE et al. *Vaccine*. 2013;31(4):618-625
- [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/vertragsarztrecht/article/880867/fachfremde-leistung-darf-impfen.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/vertragsarztrecht/article/880867/fachfremde-leistung-darf-impfen.html)
- Impfvereinbarung der KV Baden-Württemberg vom 01.10.15 und 01.01.16 [https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/vertraege-von-a-z/impfen\\_3](https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/vertraege-von-a-z/impfen_3)
- Berichtsband Nationale Impfkongferenz 2015, <http://nationale-impfkongferenz.de/veroeffentlichungen>

Nach Informationen von  
GlaxoSmithKline GmbH, München

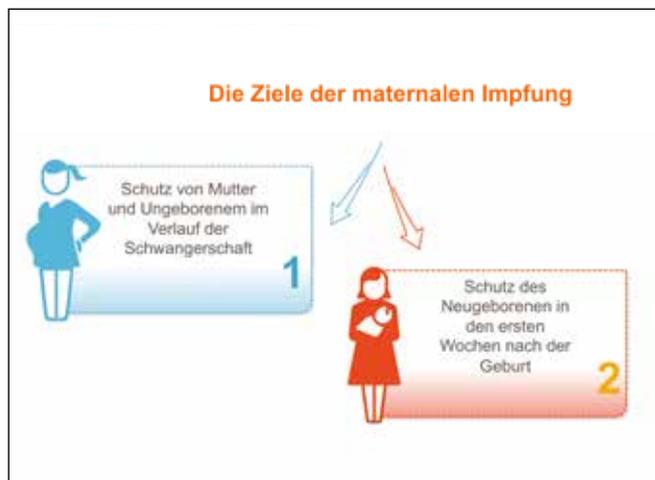


Abb. 1: Ziele der maternalen Impfung: Schutz von Mutter und Neugeborenem<sup>6</sup>

# Vitamin-D-Mangel auf den ersten Blick: Neue Übersicht zu Risiko-Patienten unterstützt Anamnese

Über 60 Prozent der 3- bis 18-Jährigen haben eine Vitamin-D-Unterversorgung<sup>1</sup>

Täglich 500 I.E. bzw. 1.000 I.E. Vitamin D sind effektiv und sicher

Vitamin-D-Substitution bis zum 18. Lebensjahr empfohlen

**M**erck, ein führendes Wissenschafts- und Technologieunternehmen, unterstützt Kinder- und Jugendärzte in der Vitamin-D-Anamnese: „Risiko-Patienten für Vitamin-D-Mangel in Ihrer Praxis“ fasst die häufigsten Risikogruppen für Vitamin-D-Mangel und deren Vitamin-D-Bedarf für einen schnellen Überblick in der Sprechstunde zusammen.

## Deutschlands Kindern und Jugendlichen mangelt es an Vitamin D

Einige Faktoren tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland mit Vitamin D unterversorgt sind: Ernährungsgewohnheiten, Lebensstil und der für Kinder so notwendige Sonnenschutz. Auswertungen des vom Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS) zeigen, dass bereits im zweiten Lebensjahr bis zu 17 Prozent der Kinder defizitäre Vitamin-D-Spiegel (< 25 nmol/l) aufweisen.<sup>1</sup>

Risikopatienten für eine unzureichende Vitamin-D-Versorgung sind neben Säuglingen mit Supplementationspflicht zur Rachitis-Prophylaxe und der sogenannten Computergenera-

tion mit wenig Sonnenexposition auch Kinder und Jugendliche mit häufigen Infekten und Heuschnupfen sowie Übergewichtige. Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche mit dunkler Hautpigmentierung. In der Gruppe ab drei Jahren stachen mit über 30 Prozent insbesondere Mädchen mit sehr niedrigen Werten ins Auge.<sup>1</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) empfiehlt, gezielt auf solche Risikogruppen zu achten und schon bei leichter Insuffizienz (< 75 nmol/l) mit Vitamin D zu sup-

plementieren. Bei fehlender Sonnenlichtexposition sollte die Supplementation für die Dauer des gesamten Kinder- und Jugendalters weitergeführt werden.<sup>2</sup>

## Risiko-Patienten auf einen Blick erkennen

Welche Patienten zu den Risikogruppen für eine Vitamin-D-Unterversorgung gehören, wird im neuen Servicetool von Merck übersichtlich in Form von Patientenbildern dargestellt. Typische Aussagen von Eltern zu Anzeichen einer möglichen Unterversorgung runden den Patientenbilder-Fächer ab und zeigen auf einen Blick, welche Patienten von einer täglichen Vitamin-D-Gabe von 500 I.E. bzw. 1.000 I.E. profitieren könnten.

## Patientenprofile kostenfrei bestellen

Die Patientenprofile „Risiko-Patienten für Vitamin-D-Mangel in Ihrer Praxis“ können jetzt kostenfrei unter der **Faxnummer 089/1250-40209-88** oder per EMail an [vitaminddiskurs@merckgroup.com](mailto:vitaminddiskurs@merckgroup.com) angefordert werden.

### Literatur:

1. Kunz C, Zittermann A. Vitamin D im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2015;163:776-782.
2. Wabitsch M, Koletzko B, Moß A. Vitamin-D-Versorgung im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2011;159:766-774

Nach Informationen von Merck Selbstmedikation GmbH, Darmstadt



## Zweitlinientherapie bei ADHS

# Gezielte Dokumentation schafft Verordnungssicherheit

Die mittlerweile über dreijährige Behandlungserfahrung mit Lisdexamfetamindimesilat (Elvanse®, LDX) zeigt, dass etliche Kinder und Jugendliche mit ADHS von dem lang wirksamen Prodrug-Stimulans als Zweitlinienoption profitieren können. Im Rahmen eines Expertengesprächs verdeutlichte Dr. Georg Lübben, Arzt und Experte für Dokumentation und Abrechnung aus Berlin, dass die Sorge bezüglich Anfragen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Regressforderungen in den meisten Fällen unbegründet ist. Den besten Schutz bei der Umstellung in die Zweitlinie bietet Lübben zufolge das gezielte Dokumentieren der Umstellungsgründe.

**E**lvanse® ist für Kinder und Jugendliche mit ADHS ab 6 Jahren geeignet, die nicht zufriedenstellend auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit Methylphenidat (MPH) ansprechen<sup>1,2</sup>. Die Beurteilung des Ansprechens auf MPH liegt im Ermessen des Arztes. Lübben betonte, dass die Erstlinientherapie mit MPH dabei nicht bis zur maximal zugelassenen Dosis auftriiert werden müsse, um eine unzureichende Wirkung zu dokumentieren. „Der behandelnde Arzt kann anhand des Behandlungsverlaufs unter MPH einschätzen, wann der erwünschte Erfolg nicht mehr zu erwarten ist“, so der Abrechnungsexperte.

## Weiter Weg bis zum tatsächlichen Regress

Lübben erklärte, dass der Weg von einer Überschreitung der Richtgröße bis zu einem tatsächlichen Regress sehr weit sei. Die vorherrschende Regress-Angst stehe nicht im Verhältnis zum wirklichen Risiko. Unter den mehr als 7.000 Ärzten der KV Berlin, die an der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2011 teilnahmen, kam es im Rahmen der Richtgrößenprüfung lediglich zu sechs tatsächlichen Regressen<sup>3</sup>. Dennoch habe das Prüfsystem in etlichen Facharztgruppen, unter anderem bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie bei Kinder- und Jugendärzten, durch ein beständiges Nicht-Ausschöpfen der Richtgrößen zu einer unnötigen Beschneidung der Therapiemöglichkeiten geführt – „zum Nachteil von Ärzten und Patienten“, merkte Lübben an.

## Wirtschaftlichkeitsprüfung im Umbruch

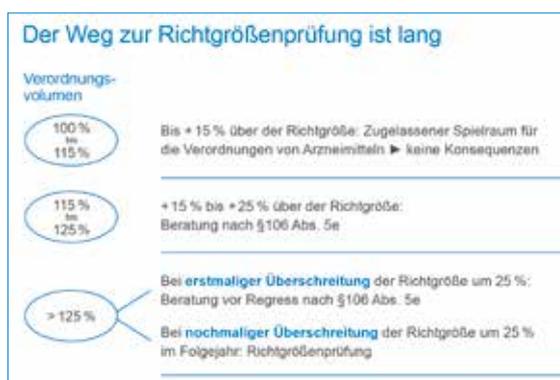
Gegenwärtig befindet sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Umbruch: Ab

2017 soll gemäß des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes die Wirtschaftlichkeit verordneter Arzneimittel anhand von Vereinbarungen geprüft werden, die von den Krankenkassen und den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) getroffen werden. Die Verhandlungen hierzu laufen. Absehbar ist bereits, dass die Richtgrößenprüfung sehr wahrscheinlich in vielen KV-Bezirken durch eine wirkstoffbezogene Prüfung anhand festgelegter Verordnungsquoten abgelöst werden wird, wie sie in Bayern bereits Praxis ist.

Auch in den neuen Systematiken werden jedoch bestimmte aktuelle Regelungen bestehen bleiben, etwa Auffälligkeitsgrenzen, Praxisbesonderheiten und der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Grundsätzlich verbinden viele KVen mit der Wirkstoffprüfung die Hoffnung, dass Innovationen schneller die Patienten erreichen.

## Gezielte Dokumentation schafft Sicherheit

Unabhängig von den künftig eingesetzten Systematiken wird es auch weiterhin neben den statistisch basierten Prüfungen die seltener durchgeführten Einzelfallprüfungen geben. Dabei wird geprüft, ob der Einsatz eines Medikaments indikationsgerecht erfolgte (kein *Off-label use*) und ob das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten wurde. Um dies belegen zu können, ist eine gute Dokumentation unerlässlich. Mit Blick auf die ADHS-Therapie empfahl Lübben, die Dokumentation zur klinischen Begründung für eine Umstellung von MPH auf LDX durch eine standardi-



sierte Kurzfassung zu ergänzen, die folgende Angaben enthält: Indikation und ggf. Komorbiditäten kodiert nach ICD-10, Vortherapie mit MPH klinisch unzureichend wirksam und/oder unverträglich sowie eventuell aufgetretene Nebenwirkungen. Ein Hinweis auf schlechte Therapieadhärenz und/oder den Bedarf einer Abdeckung des gesamten Tags (z. B. Ganztagschule) könne ggf. ergänzt werden.

Eine gut dokumentierte, indikationsgerechte Umstellung in die Zweitlinie gibt Sicherheit mit Blick auf mögliche Überprüfungen des Verordnungsvolumens oder einzelner Verordnungen. Sie erbringt den Nachweis, dass die Umstellung medizinisch begründet und somit innerhalb der Zulassung ist. „Bei einer Einzelfallprüfung wird die medizinische Begründung in der Regel nicht in Frage gestellt, wenn die Dokumentation vollständig ist“, betonte Lübben.

### Referenzen

1. Elvanse® Fachinformation 30mg/50mg/70mg, Stand Januar 2015.
2. Elvanse® Fachinformation 20mg/40mg/60mg, Stand Juli 2015.
3. Berliner Ersatzkassen für mehr Sachlichkeit. Ärzte Zeitung online vom 20.08.2014 ([www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/regress/article/867081/regress-berliner-ersatzkassensachlichkeit.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/regress/article/867081/regress-berliner-ersatzkassensachlichkeit.html)).

**Nach Informationen von**  
**Shire Deutschland GmbH, Berlin**

# Für ein befreites Hautgefühl: die medizinische Systempflege bei sehr trockener Haut und Neurodermitis

Sich wohl fühlen in seiner Haut. Für Menschen mit sehr trockener Haut oder gar Neurodermitis keine Selbstverständlichkeit. Weil die Hautbarriere gestört ist, kann bei ihnen der Zustand der Haut sehr schnell wechseln. Mal ist diese scheinbar gesund, dann kann sie wieder gerötet sein und stark jucken. Betroffene wissen: Ihre Lebensqualität ist eingeschränkt und selbst das familiäre Umfeld leidet mit.

Eine Erleichterung für alle ist deshalb eine medizinische Pflege, die für jeden Zustand der Haut das passende Produkt bietet. Dr.Hauschka Med hat für die verschiedenen Phasen der Haut eine Systempflege entwickelt: die Basispflege für sehr trockene und schuppige Haut, die Intensivpflege für sehr trockene und juckende Hautstellen und die Akutpflege für gerötete, gereizte und juckende Hautstellen. Die Dr.Hauschka Med Systempflege ist mit ihren Rezepturen aus Heilpflanzen und natürlichen Ölen genau auf die Anforderungen der sehr trockenen und neurodermitischen Haut abgestimmt. Die Produkte sind bewusst unparfümiert und auch bereits für Säuglinge und Kleinkinder sehr gut verträglich. Sie schenken spürbar mehr Lebensqualität – schon nach dem ersten Auftragen.

Grundlage für die Dr.Hauschka Med Pflege sind umfangreiche klinische Anwendungsstudien, die zum einen den Erfolg durch die regelmäßige Pflege mit den Dr.Hauschka Med Produkten untersucht, zum anderen die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen einbezogen haben. So hat beispielsweise die Berliner Universitätsklinik Charité untersucht, wie die Dr.Hauschka Med Pflege Lotion Mittagsblume und Dr.Hauschka Med Intensiv Creme Mittagsblume die Haut von Säuglingen und Kleinkindern mit atopischer Disposition stärken und stabilisieren. Ergebnis:

Trockenheit und Juckreiz wurden positiv beeinflusst. Die Hautfeuchtigkeit stieg innerhalb von zwölf Wochen stetig an und stabilisierte sich zu Studienende auf hohem Niveau. Darüber hinaus wurde

ein weiterer wichtiger Aspekt analysiert: Der positive Einfluss einer regelmäßigen Hautpflege konnte von den Ärzten belegt werden. Das Hautbild verbesserte sich zusehends. Lästiger Juckreiz, ein Indiz für eine geplagte Haut, nahm unter Anwendung der Präparate rasch und anhaltend ab. Dadurch reduzierten sich auch deutlich die Sorgen der Eltern, dass ihr Kind an Neurodermitis erkranken könne. Auch das Durchschlafen in der Familie wurde positiv beeinflusst: Bei Studienende gaben 90 Prozent der Kleinkindereltern an, fast nie oder nur manchmal durch ihr Kind geweckt zu werden.

## Basispflege

Sofort entspannte und spürbar gepflegte Haut Tag für Tag. Dafür stehen die beiden Mittagsblumepräparate Dr.Hauschka Med Gesichtscrème Mittagsblume und Dr.Hauschka Med Pflege Lotion Mittagsblume. Die reichhaltigen Kompositionen der beiden Produkte unterstützen gezielt die Haut und stärken ihre Barrierefunktion. Die Basispflege zieht bereits beim Cremieren ein, reduziert langanhaltend das Spannungsgefühl und beugt Juckreiz vor.

## Intensivpflege

Für Zeiten, in denen die Haut extrem trocken ist und dadurch juckt, speziell an empfindsamsten Stellen wie im Gesicht, in Armbeugen oder Kniekehlen, ist die Intensiv Creme Mittagsblume konzipiert. Sie pflegt die Haut intensiv und verbessert

ihren Feuchtigkeitsgehalt. Gleichzeitig reduziert sie den Juckreiz und stabilisiert die natürliche Barrierefunktion der Haut.

## Akutpflege

Gereizte Hautpartien, die nur schwer von alleine abklingen, bringt die Akut Creme Potentilla wieder ins Gleichgewicht. Sie hilft, den Kreislauf aus Juckreiz und Aufkratzen nachhaltig zu durchbrechen. Der Juckreiz lässt schnell nach – schon bei ersten Anzeichen geröteter Haut.

## Wissen aus der Natur

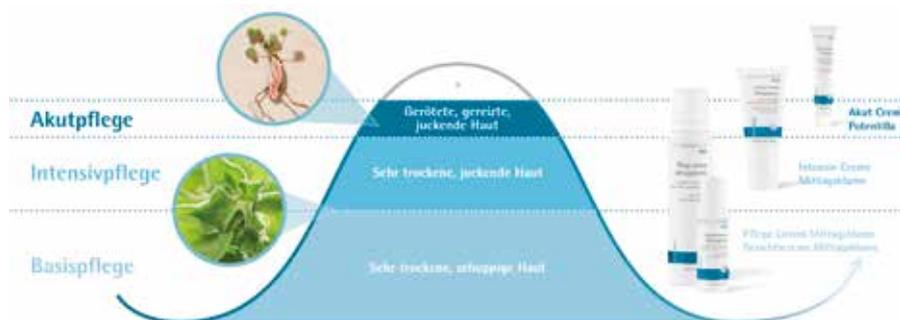
### Mittagsblume: Entspannt bei Trockenheit

Die Mittagsblume hat es als Bewohnerin heißer Länder gelernt, sich gegen Trockenheit und Stress abzugrenzen. Damit ist sie Vorbild für die Haut, die von diesen Fähigkeiten lernen kann. Der aus der vitalen Pflanze gewonnene frische Presssaft pflegt und beruhigt die trockene Haut nachhaltig.

### Potentilla: Beruhigt gezielt

Die Pflanze Potentilla officinalis (Blutwurz) konzentriert ihre Kräfte unter der Erde. Ihr Wurzelextrakt setzt strukturierende Impulse, die gereizte Haut wieder ins Gleichgewicht bringen.

**Nach Informationen von  
WALA Heilmittel, Bad Boll**



Alle herein gezeigten Informationen sind nur eine Orientierung und ersetzen nicht die Beratung eines Arztes.

# Erkältete Kinder einfach mal drücken

Das ganze Jahr über besteht die Gefahr, dass Kinder an einem grippalen Infekt erkranken – sieben bis zehn Mal gelten als unbedenklich. Trotz der Häufigkeit wissen viele Eltern nicht, wie sie mit ihrem erkälteten Nachwuchs umgehen sollen. Was jetzt wichtig ist, erklärt Jörn Voigt, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde aus Groß-Umstadt.

## **Herr Voigt, warum sind viele Eltern unsicher, wenn der Nachwuchs erkältet ist?**

Vielen Eltern fällt es schwer, sich in ihre Kinder hineinzusetzen. Dass die Kleinen auf scheinbar leichte Erkältungsbeschwerden heftig reagieren – Wutausbrüche, schlechte Laune und Weinkrämpfe sind keine Seltenheit –, stößt bei den Eltern manchmal auf Ratlosigkeit. Grund dafür ist ein Kommunikationsproblem. Eltern ist oft nicht bewusst, dass Kinder Krankheiten anders als Erwachsene empfinden und ihre Beschwerden je nach Alter noch nicht kommunizieren können. Erst mit der Zeit lernen sie, ihr Leiden zuzuordnen und zu bewerten. Je jünger also ein Kind ist, desto unpräziser und diffuser ist die Wahrnehmung – kleine Beschwerden können dann großen Raum einnehmen.

## **Können Eltern denn etwas tun, um ihre Kinder zu beruhigen?**

Auf jeden Fall. Wenn Kinder krank sind, brauchen sie Ruhe. In manchen Fällen bedeutet das Bettruhe, in anderen reicht es, wenn Eltern für einen unaufgeregten Tagesablauf sorgen. Auch durch körperliche Nähe können sie viel zur Linderung der Erkältungsbeschwerden ihrer kranken Sprösslinge beitragen. Zum Beispiel führen Berührungen dazu, dass der Körper verschiedene Hormone wie Oxytocin oder Endorphin ausschüttet, was langfristig die Bindung zwischen Elternteil und Kind festigt. Kurzfristig lösen sie beim Kind ein besonderes Wohlgefühl aus, das einen Gegenpol zu seiner diffusen Krankheitswahrnehmung bildet. Die Symptome verschwinden dadurch natürlich nicht sofort, auch die Schlafqualität kann zum Teil eingeschränkt bleiben. Deswegen empfehle ich immer zusätzlich ein linderndes Erkältungspräparat.

## **Worauf sollten Eltern bei der Wahl eines Erkältungsmittels achten?**

Für mich kommen vor allem Erkältungsmittel auf pflanzlicher Basis in Frage. Diese verschaffen Linderung, sind arm an Nebenwirkungen und strapazieren den kindlichen Körper nicht noch zusätzlich. Außerdem haben sich etliche pflanzliche Inhaltsstoffe seit Jahrzehnten bei grippalen Infekten bewährt und werden in Monographien<sup>1</sup> ausdrücklich genannt.

## **Welche Phytopharmaka empfehlen Sie?**

Am liebsten eine Kombination aus Eukalyptusöl und Kiefernadelöl. Schon vor über 20 Jahren hat die Kommission E die Fixkombination der beiden ätherischen Öle zur äußerlichen Anwendung und Inhalation bei Erkältungskrankheiten der Atemwege empfohlen.<sup>1</sup>

## **Gibt es denn Belege für die Wirksamkeit von Eukalyptus und Kiefernadel bei Erkältungen?**

Ja, die gibt es. Zum Beispiel bestätigt eine Anwendungsbeobachtung zu Eucabal®-Balsam S die Wirksamkeit der beiden Inhaltsstoffe. Dabei war den Patienten freigestellt, ob sie den Balsam als Einreibung, Vollbad oder Inhalation verwendeten. Schon nach 49 Stunden stellte sich die erste Wirkung ein, nach einer Woche hatte sich der Allgemeinzustand bei fast 90 % der behandelten Kinder und Jugendlichen deutlich gebessert. Und das ohne unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Auch die Schlafqualität, die bei Erkältungen in Mitleidenschaft gezogen wird, hatte sich deutlich gebessert.<sup>2</sup>

## **Worauf sollte man noch achten?**

Inhaltsstoffe wie Campher und Menthol können gefährliche Glottiskrämpfe, Bronchospasmen oder asthmaähnliche Zustände auslösen. Deshalb sind entsprechende Präparate erst ab einem höheren Alter zugelassen. Eucabal®-Balsam S verzichtet sowohl auf Campher und Menthol



als auch auf Konservierungsstoffe und ist deshalb schon für Säuglinge ab sechs Monaten zur Rückeneinreibung geeignet. Bei Kindern ab zwei Jahren kann man die wohltuende und kühlende Erkältungscreme auch auf der Brust verreiben – oder, wie ich es besorgten Müttern gern empfehle, „liebvoll auftragen“... Denn damit kommen wir wieder zu den Berührungen, die in Bezug auf die Heilung eine so wichtige Rolle spielen.

## **Herr Voigt, vielen Dank für das Gespräch!**

### **Quellen**

- 1 Monographie Kommission E (BGA/BfArM), Fixe Kombination aus Eukalyptusöl und Kiefernadelöl, Bundesanzeiger 128 (14.7.1993).
- 2 Cooperative Clinical Drug Research and Development GmbH. Anwendungsbeobachtung. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Eucabal-Balsam S bei Patienten mit Infektionen der oberen Luftwege. (Projekt Nr. 402-17-97-08-0000), 03.07.2000.

**Nach Informationen von  
Aristo Pharma GmbH, Berlin**

## Kinderlax elektrolytfrei – völlig geschmacksneutral gegen Verstopfung



- Seit dem 01.11.16 bietet InfectoPharm Kinderlax elektrolytfrei als geschmacksneutrale Alternative bei Obstipation im Kindesalter an
- Kinderlax elektrolytfrei ist frei von Farb-, Konservierungs- und Aromastoffen und erstattungsfähig von 6 Monaten bis 11 Jahre<sup>1</sup>.

InfectoPharm Arzneimittel erweitert sein Portfolio zur Behandlung der Obstipation im Kindesalter. Mit dem apotheken-

exklusiven Medizinprodukt Kinderlax elektrolytfrei (Macrogol 4000) steht ab sofort ein völlig geschmacksneutrales Präparat zur leitliniengerechten Therapie der chronischen Obstipation bei Kindern von 6 Monaten bis 12 Jahren zur Verfügung<sup>2</sup>.

Kinderlax elektrolytfrei ist ein Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen und frei von Farb-, Konservierungs- und Aromastoffen. Ein Beutel wird in mindestens 50 ml Wasser oder andere Flüssigkeiten (z.B. Fruchtsäfte) eingerührt. Nicht verbrauchte Trinklösung ist im Kühlschrank bei 2-8 °C bis zu 24 Stunden haltbar.

Kinderlax elektrolytfrei ist als 30-Beutel- (PZN 11952181) und 3x30-Beutel-Packung

(PZN 11952703) erhältlich und erstattungsfähig für Kinder von 6 Monaten bis 11 Jahre<sup>1</sup>.

„Gerade bei oralen Laxantien stellt der Geschmack oftmals eine große Herausforderung für die Therapietreue

dar“, so Philipp Zöller, Apotheker und Geschäftsführer von InfectoPharm. „Wir freuen uns daher sehr, dass wir mit Kinderlax elektrolytfrei endlich auch eine völlig geschmacksneutrale Alternative anbieten können, die z.B. durch das Ansetzen mit Fruchtsäften ganz dem Geschmack des Kindes angepasst werden kann!“

### Literatur:

- 1 gemäß Anlage V zur Arzneimittel-Richtlinie, Stand: 15.09.2016;
- 2 Leitlinie „Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN“, Tabbers et al., JPGN 2014;58:258-74

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

### Informationsmaterial und Erklärhilfen auch für Elterngespräche geeignet

## Effektive Unterstützung im Praxisalltag – für mehr Zeit in der Behandlung von ADHS-Patienten

Um Ärzte bei der Beratung und im Gespräch mit ADHS-Patienten und deren Angehörigen sinnvoll zu unterstützen und zu entlasten, bietet Janssen diverse Servicematerialien an. Mediziner können die Unterlagen direkt über die Seite [www.janssen-med.de/concerta](http://www.janssen-med.de/concerta) kostenfrei anfordern. Als anschauliche Erklärhilfe dienen z.B. die übersichtlichen Broschüren *Fragen & Antworten* sowie *Wissenswertes – kurz erklärt*. Im Fokus stehen hier Erläuterungen zur Ursache, Symptomatik und Diagnose der Indikation sowie Antworten auf die häufigsten Fragen zum Krankheitsbild, zu Therapiemöglichkeiten und unterstützenden Maßnahmen.

Im handlichen Format finden sich in der Broschüre *Auslandsreisen mit ADHS-Medikamenten* neben Ratschlägen zum Mitführen verschreibungspflichtiger Medikamente auch wichtige europäische und internationale Notrufnummern sowie ein kleines Deutsch-Englisch-Wörterbuch für unterwegs.

Verfügbar ist zudem die Broschüre *Bewegung & Sport bei ADHS*. Sie enthält u.a. Empfehlungen zu Sport und Bewegung als Therapieergänzung und Teil des Alltags zu integrieren.

Zur visuellen Unterstützung von Erläuterungen medizinischer Fachbegriffe im Patientengespräch können Mediziner das

neue *Info-Schaubild & Glossar* ebenfalls kostenfrei anfordern.

### Umfassender Behandlungsansatz

Neben der Forschung und Entwicklung innovativer Therapien bietet Janssen Informationsmaterialien zu komplexen und erklärungsintensiven Krankheitsbildern mit dem Ziel, Unterstützung und Entlastung für Ärzte im Praxisalltag zu schaffen.

**Nach Informationen von Janssen-Cilag GmbH, Neuss**

## 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@kinderaerzte-lauf.de

## Pressesprecher des BVKJ e.V.

**Dr. med. Hermann Josef Kahl**

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

## Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

**Dr. med. Reinhard Bartzky**

E-Mail: dr@bartzky.de

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

## Redakteure

### „KINDER- UND JUGENDARZT“

#### Fortbildung:

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

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

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

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

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

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

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

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

#### Forum, Berufsfragen, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann**

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

**Regine Hauch**

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

#### Geschäftsführerin:

**Christel Schierbaum**

Tel.: 0221/68909-11

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

#### Geschäftsstellenleiter:

**Armin Wölbeling**

Tel.: 0221/68909-17

[armin.woelbeling@uminfo.de](mailto:armin.woelbeling@uminfo.de)

#### Büroleiterinnen:

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

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

**Martina Wegner**

Tel.: 0221/68909-10

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

#### Bereich

Tel.: 0221/68909-0

#### Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

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

#### Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

#### Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

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

## BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

#### Geschäftsführerin:

**Anke Emgenbroich**

Tel.: 0221/68909-24

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

#### Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

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

## Sonstige Links

#### Kinderärzte im Netz

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

#### Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

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

#### Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

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

#### Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

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