

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 04/17
46. (64.) Jahr

bvkg.

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



Berufsfragen

Patienten wünschen sich Arzt als Lotsen im Gesundheitswesen

Fortbildung

Vergleich verschiedener europäischer Medizinsysteme: Erstaunliche Einblicke!

Forum

Sag mir wo Du wohnst

Magazin

Chemische Gewalt gegen Heimkinder

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

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

INHALT 04 | 2017

Editorial

Kooperation zwischen dem BKJPP und dem BVKJ // Ronald G. Schmid 157

Berufsfragen

Impressum 158
Praxis und Klinik // Ronald G. Schmid 160
Kauf/Verkauf einer Praxis (Teil 1) // Karl-Heinz Möller 164
Patienten wünschen sich Arzt als Lotsen // Thomas Fischbach 168
Aktuelle Informationen aus der BVKJ Service GmbH 170
Gemeinsame pädiatrische Forderungen an die Parteien zur Bundestagswahl // Kathrin Jackel-Neusser 173
Vier Fragen an Dr. Michael Stehr // Regine Hauch 175
Neue EBM-Ziffern in der Notfallversorgung // Reinhard Bartecky 176
PaedCompenda ist da! // Ulrich Fegeler, Folkert Fehr 180
Vorstand 2016 183

Fortbildung

Wege zu verbesserten Versorgungssystemen // Jochen H.H. Ehrich 185
Highlights aus Bad Orb: Offene fetale Chirurgie bei Spina bifida // Ueli Möhrli, Martin Meuli 195
consilium: Plazentagängigkeit von Zöliakie-spezifischen Antikörpern // Klaus-Michael Keller 198
Suchtforum // Matthias Brockstedt 200
Impfforum // Ulrich Heininger 203
Review aus englischsprachigen Zeitschriften 204
Welche Diagnose wird gestellt? // Maren Fließner 206
Kinderumwelt zieht um 206

Forum

Sag mir, wo du wohnst... // Ulrich Fegeler 209
Die Betreuung in deutschen Kitas soll besser werden // Uwe Büsching 216
15 Jahre wellcome 221
Neues Nationales Gesundheitsziel // Wolfram Hartmann 222
Pädindex 223
Personalien 224



Impfstofftests für die Industrie

S. 225

Magazin

Impfstofftests für die Industrie // Sylvia Wagner 225
Personalien 228
Pädindex 229
Fortbildungstermine des BVKJ 230
Nachrichten der Industrie 231
Wichtige Adressen des BVKJ 237

Titelbild: ©ArtMarie - iStock.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind Beilagen der Firmen Diepharmex und Pari GmbH, ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG sowie das Vorprogramm zum Kongress für Kinder- und Jugendmedizin der DGKJ im September in Köln der vollen Auflage und als Teilbeilage das Programm zur PZA in Baden-Württemberg im Juli in Markgröningen beigefügt. Wir bitten um Beachtung.

Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und der Kinder- und Jugendmedizin

Die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und die Kinder- und Jugendmedizin haben zahlreiche Berührungspunkte bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen auf allen Ebenen der Versorgung. Zur Klärung der anstehenden Fragen erfolgte eine Abstimmung von Vertretern der Fachgesellschaften in den Jahren 2016/2017 auf drei Arbeitsebenen.



Prof. Dr. Ronald G. Schmid

Der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP), vertreten durch Dr. Anja Walczak und Dr. Kornelia Pauke und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), vertreten durch Dr. Klaus Rodens, Dr. Harald Tegtmeyer und Prof. Dr. Ronald Schmid erstellten ein Kooperationspapier, welches im Folgenden veröffentlicht wird.

Eine Stellungnahme der medizinischen Fachverbände für die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde unter der Koordination des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Herrn Dr. Karl-Josef Eßer, erstellt. Die Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern:

- der AGPPS (Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik, Dr. Guido Bürk)
- des BVKJ (Dr. Thomas Fischbach, Prof. Dr. Ronald Schmid)
- der DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Prof. Dr. Ertan Mayatepek, Dr. Karl-Josef Eßer)
- der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Prof. Dr. Jörg Fegert)
- der DGSPJ (Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Dr. Christian Fricke, Dr. Helmut Hollmann)
- des VLKKD (Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen, Prof. Dr. Andreas Trotter, Prof. Dr. Gernot Sinnecker)

Das von allen Gesellschaften unterzeichnete und nachfolgend veröffentlichte Papier definiert die optimale psychosomatische Versorgung der Kinder und Jugendlichen als Kooperationsmodell.

Die Zusammenarbeit und Definition der Fachgebiete wurde in einer Arbeitsgruppe der DAKJ (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin) durch den Vorstand unter der Leitung des Generalsekretärs Prof. Dr. Gahr (DGKJP) vertreten u. a. durch Prof. Dr. Tobias Banaschewski, Prof. Dr. Hans-Henning Flechtner, Prof. Dr. Veit Roessner) thematisiert. Im Mittelpunkt dieser Arbeitsgruppe steht die Diskussion der Arbeitsinhalte der Fachgebiete bis hin zu den

Beratungen mit der Bundesärztekammer zur Definition der Fachgebiete. Die Erstellung der Konzepte und Abstimmung erfolgt in regelmäßigen Sitzungen. Die Erstellung eines Papiers ist nicht primärer Inhalt.

Allen drei Arbeitsgruppen gemeinsam war und ist eine äußerst offene und kooperative Diskussionsebene. Das gemeinsame Anliegen aller Beteiligten ist die optimale Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch speziell dafür ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in einem altersgerechten Setting. Ausdruck findet dies neben der Abstimmung von Konzepten z. B. auch durch eine gegenseitige Einladung zu Diskussionsveranstaltungen bei den Fachkongressen.

Der derzeitige Vorstand des BVKJ mit dem Präsidenten Dr. Thomas Fischbach hat sich als ein Ziel die Aufnahme von Gesprächen mit allen Organisationen und Verbänden gesetzt, die Kinder und Jugendliche versorgen. Die Kontakte mit den Verbänden der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigen, nicht zuletzt durch die gute Kooperation mit den Verbänden und die Unterstützung durch die anderen pädiatrischen Gesellschaften, einen äußerst positiven Verlauf.

Prof. Dr. Ronald G. Schmid

Vizepräsident BVKJ

84503 Altötting

E-Mail: bvkj@schmid-altoetting.de

Red.: WH

Kooperationspapier des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

- Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendärzte versorgen aufgrund ihrer Weiterbildung die Gruppe der 0-21 bzw. der 0-18-Jährigen ärztlich.
- In beiden Fachgruppen werden Kinder mit psychosomatischen Krankheiten, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen betreut.
- Kompetenzen und Schwerpunkte unterscheiden sich sowohl zwischen den beiden Disziplinen als auch innerhalb der jeweiligen Fachgruppe.
- Beide Berufsverbände geben einer ambulanten Versorgung – wo immer möglich – Vorrang vor einer stationären Diagnostik und Behandlung.
- Die Mitglieder beider Fachgruppen sollen angeregt werden, sich regional in Form von Qualitätszirkeln, Fallbesprechungen, gemeinsamer Fortbildung mit dem Ziel zu vernetzen, den Kindern und jugendlichen Patienten und deren Familien die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.
- Beide Fachgruppen regen eine rechtzeitige Kooperation im Sinne des Patienten an, um Chronifizierung von psychischen Störungen/Krankheiten und oder gravierendere Ausprägungen zu vermeiden oder somatische Krankheitsbilder differentialdiagnostisch abzuklären.
- Beide Fachgruppen halten eine Verbesserung der gegenseitigen Kommunikation für wichtig.
- Aus der unterschiedlichen Versorgungslage können sich in den Regionen unterschiedliche Kooperationen ergeben, die im Gesamtkontext für die Behandlung der Patienten sinnvoll sind und regional durch die Vernetzung miteinander konzipiert werden sollten.
- Teilweise finden sich in den Leitlinien beider Fachgruppen unterschiedliche Herangehensweisen an Störungsbilder, hier insbesondere beim ADHS. Durch Vertiefung der gemeinsamen Versorgung der Patienten dieser Altersgruppe und Störungsbilder können und sollen Behandlungswege unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Vorgehensweisen der Fachgruppen weiterentwickelt werden.
- Im Interesse der bestmöglichen Versorgung der jungen Patienten sollte versucht werden, gemeinsame Ziele beider Fachgruppen miteinander abzustimmen, um bei gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern das notwendige Gehör zu finden.

Korrespondenzadresse:

Anja Walczak und Kornelia Paucke
für den BKJPP

Klaus Rodens, Harald Tegtmeier
und Ronald G. Schmid für den BVKJ

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, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woebeling@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130,

22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@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 Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.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“ (Vi.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 13.367
lt. IVW IV 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 (Vi.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: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „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 € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- 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

© 2017. 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.

Praxis und Klinik

Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Stellungnahme der medizinischen Fachverbände // Die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin haben bei der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Beschwerden bzw. Störungen zahlreiche Berührungspunkte. Die auch durch die KiGGS-Studie des RKI dokumentierte zunehmende Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten erfordert in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mehr denn je eine bio-psychosoziale Sichtweise. Aus den KIGGS Daten kann heute eine erhebliche Belastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hinsichtlich chronischer somatischer sowie psychischer Auffälligkeiten abgelesen werden, die sich ggfs. auch gegenseitig verstärken.

Handlungsbedarf

Daher benötigen Kinder und Jugendliche und ihre Familien nicht nur eine somatisch ausgerichtete medizinische Versorgung, sondern auch eine, die der komplexen Interaktion von Entwicklungsverläufen und deren Störung in Bezug auf die Organsysteme und Motorik, die Kognition und Emotion, die schulischen Fertigkeiten sowie die psychosoziale Entwicklung gerecht wird. Kinder- und Jugendmedizin als zuständiges Fachgebiet der Primärversorgung muss daher im Gegensatz zur häufig geübten Praxis der so genannten „Organfächer“ in der Erwachsenenmedizin der Einheit, Zusammengehörigkeit und den Wechselbeziehungen von Leib und Seele im Entwicklungsalter unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, Rechnung tragen.

Die Gesellschaften für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie sehen als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung die Notwendigkeit einer intensiven Kooperation der auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Fachgebiete zur Behandlung psychosomatisch erkrankter Patienten im Entwicklungsalter.

Die kinder- und jugendspezifischen Fachgebiete der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ergänzen sich. Gemeinsam vermögen sie das gesamte Spektrum von Störungen und Erkrankungen im Kindes und Jugendalter komplementär von klassischen organischen Krankheiten über psychosomatische Störungen bis hin zu genuin psychiatrischen Erkrankungen zu diagnostizieren und therapeutisch zu versorgen. Sie unterstützen sich dabei gegenseitig und kooperativ in der flächendeckenden ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung. Regional ist die Versorgung durch diese beiden Fachgebiete sehr unterschiedlich und zum Teil nicht ausreichend.

Grundlagen der Weiterbildungsordnung

Die aktuelle Musterweiterbildungsordnung legt die entsprechenden Weiterbildungsinhalte für beide Fachgebiete fest:

„Das **Gebiet Kinder- und Jugendmedizin** umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und

Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie und Sozialpädiatrie.“

„Das **Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld.“

Somit handelt es sich bei der **Kinderpsychosomatik um eine gemeinsame Teilmenge**, welche integraler Bestandteil sowohl der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, als auch der Kinder- und Jugendmedizin ist.

Was ist Psychosomatik?

Die Psychosomatik wurde z. B. von Thure von Uexküll definiert als ein Konzept, welches psychische Faktoren und Konflikte in der Entstehung und/oder der Entwicklung organbezogener, läsioneller oder funktioneller physischer Krankheiten einbezieht. Damit ist eine Betrachtungsweise von Krankheit gemeint, die gleichermaßen **biologische, psychologische und soziale** Bedingungen einschließlich ihrer Wechselwirkungen als Ursache ansieht. Es handelt sich also nicht um ein Spezialfach oder eine Subspezialität der Medizin. Daher existiert international auch keine wissenschaftlich gültige Definition der Kinderpsychosomatik (im anglo-amerikanischen Bereich werden zahlreiche Fragestellungen unter dem Schlagwort *pediatric psychology* bearbeitet). Für das Säuglings-, Kindes- und Jugendalter ist der Begriff der Psychosomatik aber ein integraler Bestandteil der Kompetenzen der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin.

Mit jeweils unterschiedlichen Kompetenzschwerpunkten (siehe Musterweiterbildungsordnungen der beiden Fachgebiete) eint die Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein **gemeinsames ärztliches Grundverständnis** in Bezug auf die **altersadäquate und familienorientierte Prävention, Behandlung und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen**.

Versorgungsaspekte

Zu einer guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen in Klinik und Praxis gehört neben einer bio-psychozialen Sichtweise auch ein **interdisziplinäres Arbeiten in einem multiprofessionellen Team**.

Zum therapeutischen Team gehören:

- Kinder- und Jugendärzte,
- Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen,
- (Sozial)pädagogen,
- Sozialarbeiter,
- Erzieher und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

- sowie Heilerziehungspfleger und andere therapeutische Berufe wie z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Musiktherapeuten, Arbeitstherapeuten etc.

Des Weiteren sind in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen umfassende Kenntnisse im Bereich Psychopharmakotherapie und Differenzialdiagnostik zu anderen kinder- und jugendpsychiatrischen sowie zu somatischen Störungsbildern erforderlich. Nur auf dieser Grundlage kann eine Einschätzung des Schweregrades, der Prognose und des psychosozialen Unterstützungsbedarfs erfolgen.

Stationärer Bereich:

In der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt die stationäre Behandlung in spezialisierten Stationen, in denen ein entsprechend zusammengesetztes therapeutisches Team (s. o.) vorgehalten werden muss. Dabei sind die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen ohne formale kinder- und jugend(lichen) psychotherapeutische Kompetenz nicht denkbar. Generell sind kinder- und jugendmedizinische sowie kinder- und jugend-psychiatrische Kompetenz erforderlich. Daher muss das multiprofessionelle Team ärztlich geleitet werden. Bei allen Beteiligten muss (übereinstimmend mit den Vorgaben der UN-KRK) eine fachliche Qualifikation für die Behandlung von Kindern vorliegen, d. h. Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit den für Kinder und Jugendlichen elementaren Systemen Jugendhilfe und Schule. Zusätzlich sind Kenntnisse und Fähigkeiten in der Versorgung behinderter Kinder sowie in der Einbeziehung der Eltern erforderlich.

Krankenhausplanerisch obliegt es der länderspezifischen Richtungsgebung des jeweiligen für Gesundheitsfragen zuständigen Landesministeriums, ob die Betten der psychosomatischen Stationen formal der Kinder- und Jugendmedizin und/oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuzuordnen sind. Die Leistungen lassen sich sowohl über OPS für den Bereich des DRG-Systems als auch den Bereich der BpflV abrechnen, es existieren unterschiedliche Modelle in verschiedenen Bundesländern (Festlegungen oder auch Optionsmodelle).

Deziiert psychosomatische Abteilungen können keine kinder- und jugend-

psychiatrischen Pflichtversorgungsaufgaben wahrnehmen und müssen ggf. gesondert geplant werden. Die räumliche Struktur einer psychosomatischen Station oder Abteilung muss ein eigenes, den Entwicklungsbedürfnissen der Patienten entsprechendes therapeutisches Milieu und Räume für Wohnen, Schule, Einzel- und Gruppentherapie und -arbeit sowie Rückzugsmöglichkeiten aufweisen. Schulunterricht muss gewährleistet sein. Im Einzelfall ist die individuelle Gewichtung psychischer und somatischer Komorbiditäten entscheidend. Daher verbieten sich strukturelle Patientenaufteilungen nach so genannten Indikationenlisten.

Ambulanter Bereich:

Die **bio-psychoziale Grundversorgung** und Familienbetreuung findet in kinder- und jugendärztlichen Praxen statt. Bei psychosomatischen Erkrankungen sind die Praxen für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrische Zentren und die neu entstehenden Facharztverbände für die Diagnostik und Klärung der Behandlungsindikation ansprechbar. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie realisiert diese Angebote in erster Linie über spezialisierte fachärztliche Praxen, Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche. Letztere befinden sich in der Regel am Ort einer stationären oder teilstationären Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sehen die unbedingte Notwendigkeit, dass die ambulante Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen in beiden auf das Entwicklungsalter spezialisierten Arbeitsgebieten gefördert und sichergestellt wird und möglichst kooperativ erfolgt.

Unterzeichner:

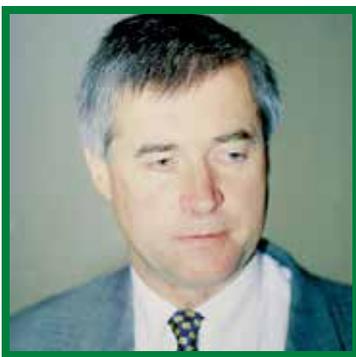
G. Bürk (AGPPS e. V.), Dr. T. Fischbach (BVKJ e. V.), Prof. Dr. E. Mayatepek (DGKJ e. V.), Prof. Dr. Dr. T. Banaschewski (DGKJP e. V.), Dr. C. Fricke (DGSPJ e. V.), Prof. Dr. A. Trotter (VLKKD e. V.)

Zusammenstellung: Prof. Dr. Ronald Schmid, Vizepräsident BVKJ

Red.: WH

Kauf/Verkauf einer Kinder- und Jugendarzt-Praxis oder eines Praxisanteils (Teil 1)

Die Niederlassung und die Beendigung der Praxistätigkeit sind für jeden Kinder- und Jugendarzt von erheblicher Bedeutung. Beide Vorhaben müssen in vielerlei Hinsicht gut geplant werden. Dies gilt insbesondere, wenn eine Praxis oder eine Praxisbeteiligung gekauft oder verkauft werden. Die meisten niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind auch vertragsärztlich tätig. Vertragsarztsitze sind knapp und werden dies auf absehbare Zeit bleiben. Kauf und Verkauf einer kinder- und jugendärztlichen Praxis oder einer Praxisbeteiligung können deshalb nur unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Nachbesetzung erfolgen.



Dr. Karl-Heinz Möller

Vorbemerkung

Die Veräußerung einer **Einzelpraxis** oder einer **Praxisbeteiligung** weisen eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten auf. In rechtlicher Hinsicht besteht ein bedeutender Unterschied jedoch darin, dass bei der Einzelpraxis das Unternehmen Arztpraxis insgesamt mit sämtlichen oder einer Vielzahl von Gegenständen (Juristen sprechen von einem „asset-deal“) verkauft und übertragen wird. Die Praxisverträge müssen beim Verkauf einer Einzelpraxis – mit Ausnahme von Arbeitsverträgen (hierzu sogleich) – mit Zustimmung der Vertragspartner auf diese übergeleitet werden.

Beim Verkauf eines Gesellschaftsanteils (juristisch: „share-deal“) ist das Mitgliedschaftsrecht an der Gesellschaft Vertragsgegenstand. Die Gesellschaft selbst hat Verträge mit Dritten – z.B. Arbeitsverträge, einen Mietvertrag über die Praxisräume, Kreditverträge etc. – geschlossen. Der Austausch von Gesell-

schaftern oder die interne Änderung der Beteiligungsquoten ist für die Beziehung zu Dritten regelmäßig unerheblich. Die bestehenden Verträge bleiben meist unverändert.

• Grundsätzliches – Rechtzeitige Planung

Abgabe

Die Abgabeplanung sollte etwa **zwei bis drei Jahre vor dem voraussichtlichen Abgabezeitpunkt** beginnen. Dabei versteht es sich von selbst, dass diese Überlegungen vor den Patienten bzw. deren Erziehungsberechtigten und dem Personal geheim zu halten sind. Gerade bei Eltern von (potentiellen) Patienten spricht sich ein solches Vorhaben schnell herum und kann dazu führen, dass diese sich einen anderen Kinder- und Jugendarzt suchen. Die rechtzeitige Planung ermöglicht es, die Praxis in einen optisch ansprechenden Zustand zu bringen, defekte Geräte zu ersetzen und vermeidbare Kosten abzubauen. Der Abgeber muss berücksichtigen, dass der **Ertragssituation der Praxis während der letzten drei Jahre** vor der Übergabe maßgebliche Bedeutung bei der Bestimmung der Kaufpreishöhe zukommt.

Seit dem 1. Januar 2013 kann der Zulassungsausschuss die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn „eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“ (§ 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V). Wird der Versorgungs-

grad um mehr als 140 % überschritten, muss der Zulassungsausschuss die Durchführung der Nachbesetzung sogar ablehnen, sofern die Praxis nicht versorgungsrelevant ist.

Es ist festzustellen, dass von der Einziehung des Vertragsarztsitzes vor allem Praxen oder Gesellschafter mit geringen Fallzahlen betroffen sind. Manche Zulassungsausschüsse lehnen die Ausschreibung ab, wenn die Fallzahl weniger als die Hälfte des Fachgruppendurchschnitts beträgt. Ziel muss es in solchen Situationen sein, die Fallzahlen frühzeitig zu erhöhen, um die „Einziehung“ des Vertragsarztsitzes zu vermeiden. Unabhängig hiervon haben manche Zulassungsausschüsse die Beteiligten auf eine deutlich längere Verfahrensdauer als bisher eingestimmt. Im Falle der „Einziehung“ der Vertragsarztzulassung hat der Gesetzgeber zwar eine Entschädigungspflicht vorgesehen, ohne vorzugeben, wie sich die Entschädigungssumme errechnet. Es ist damit zu rechnen, dass die Beträge deutlich unter den Summen liegen, die niederlassungswillige Kinder- und Jugendärzte – oftmals aus strategischen Gründen – zu zahlen bereit sind.

Niederlassung

Auch die Niederlassung muss mit gehörigem Vorlauf geplant werden. **Eine Tätigkeit in der „Zielpraxis“ kann wichtige Erkenntnisse liefern**, ob dort eine erfolgreiche und zufriedenstellende Tätigkeit ausgeübt werden kann. Der niederlassungswillige Kinder- und Jugendarzt sollte im Übrigen

möglichst **häufig Praxisvertretungen** übernehmen, um sich mit den Gegebenheiten der Freiberuflichkeit und dem komplexen und keinesfalls logisch strukturierten GKV-Versorgungssystem vertraut zu machen. Die möglichst **frühzeitige Eintragung in die bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführte Warteliste** ist dringend zu empfehlen.

• Verhandlungshilfe

Es hat sich bewährt, die Verhandlungen nicht allein zu führen. Gerade wenn es um Bewertungsfragen geht, ist die Unterstützung des Steuerberaters und/oder Rechtsanwalts oftmals hilfreich. Manche Abgeber reagieren bei Preisverhandlungen emotional, weil sie das Gefühl haben, ihre Praxis werde schlecht gemacht. Die Führung der maßgeblichen Verhandlungen durch Dritte wird häufig zur atmosphärischen Entspannung beitragen. Aber: Nicht jeder Berater kennt sich mit den Besonderheiten ärztlich geführter Unternehmen aus!

• Verschwiegenheitsverpflichtung

Es kann im wechselseitigen Interesse der Parteien liegen, eine mit einer Vertragsstrafe versehene Verschwiegenheitspflicht zu vereinbaren.

• Herausgabe von Unterlagen

Wirtschaftliche Unterlagen, insbesondere

- aktuelle betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA),
 - Jahresabschlüsse der vergangenen drei Jahre, evtl. Steuerbescheide
 - aktuelles Anlageverzeichnis
 - KV-Abrechnungsbescheide
 - RLV-Zuweisungen
 - Lohnjournale und Verträge
 - Arbeitsverträge
 - Mietvertrag
 - sonstige Verträge: Leasing, Wartung, praxisbezogene Versicherungen, Abos etc.
- sollten ordentlich kopiert zum Zwecke der Prüfung an ernsthaft interessierte Bewerber herausgegeben werden können.

• Kein Vorvertrag

Vorverträge wiegen die Vertragsparteien in einer Scheinsicherheit. Oftmals sind maßgebliche Punkte nicht geklärt mit der Folge, dass keine rechtliche Bindungswirkung eingetreten ist. Vorzugswürdig ist es, sämtliche Vertragspunkte durch zu verhandeln und bei noch ungewissen Punkten Bedingungen aufzunehmen.

• Kaufpreis

Es hat sich bewährt, dass der Verkäufer eine Berechnung des von ihm verlangten Kaufpreises aushändigen kann. Der Käufer muss analysieren, ob es ihm voraussichtlich gelingen wird, den bisherigen Umsatz zumindest beizubehalten oder sogar noch zu steigern. Das kann von der Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen abhängen. Kontakte zu Privatpatienten sind häufig personengebunden. Gleiches gilt für die Tätigkeit als Gutachter oder Konsiliararzt. Ob eine Aufteilung des Kaufpreises in Anteile für den **materiellen** und **ideellen Wert** (goodwill) erfolgt, sollte der Entscheidung des Steuerberaters des Erwerbers überlassen bleiben. Für den Abgeber ist diese Frage unerheblich.

• Absicherung der Zahlungsverpflichtung

Regelmäßig erfolgt die Zahlung des Kaufpreises Zug um Zug gegen Übereignung der Praxis oder der Abtretung des Gesellschaftsanteils. Es sollte vereinbart werden, dass eventuelle Teilleistungen zuerst auf den immateriellen Teil des Kaufpreises verrechnet werden, sofern dieser gesondert ausgewiesen ist. Dies hat seinen Grund darin, dass ein Zurückbehaltungsrecht am immateriellen Vermögen – anders als beim Inventar – nicht möglich ist. Üblich ist die Absicherung des Kaufpreises durch eine **Bankbürgschaft**. Die bürgende Bank sollte der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen unterliegen. Die Bürgschaft hat unbedingt und unbedingtermaßen zu sein und muss auf die Einreden der Vorkläger und Aufrechenbarkeit verzichten. Oftmals zögert der Erwerber, wenn er von den Kosten der

Bürgschaft erfährt. Für den sicherheitsorientierten Abgeber kann es zur Beruhigung beitragen, wenn er sich – etwa hälftig – an den Bürgschaftskosten beteiligt.

• Regelungen zur Patientenkartei

Wird die Patientenkartei mit verkauft, ohne dass Sicherungselemente in den Vertrag aufgenommen werden, kann dies wegen Verstoßes gegen die ärztliche Schweigepflicht zur Nichtigkeit des gesamten Vertrages führen. **Geboten ist es, die Patientenunterlagen separat aufzubewahren und dem Erwerber erst dann Zugriff zu gewähren, wenn die Patienten hierzu – möglichst in Schriftform – ihr Einverständnis erklärt haben.** Gleiches gilt im Falle der elektronischen Speicherung der Patientendaten. Die Vorgaben zum Patientendatenschutz sind auch beim Eintritt in eine bestehende Praxis zu beachten. Bei einer vor der endgültigen Übergabe ausgeübten Job-Sharing-Praxis oder einer Gemeinschaftspraxis bestehen diese Probleme in der Regel nicht.

• Auftreten von Mängeln

Zu regeln ist der Umgang mit auftretenden Mängeln. Regelmäßig werden gebrauchte Gegenstände verkauft und übertragen. Diese sollten zumindest funktionsfähig sein. Aus der Sicht beider Parteien erscheint es sachgerecht, zum Zeitpunkt der tatsächlichen Übergabe der Praxis eine **Funktionsprüfung der wesentlichen Gegenstände** vorzunehmen. Festgestellte Mängel sollten auf Kosten des Veräußerers beseitigt werden oder zu einer einvernehmlichen Minderung des Kaufpreises führen. Im Übrigen sollte vereinbart werden, dass die Übergabe der Praxis „wie besichtigt“ unter Ausschluss jeglicher Gewährleistungsansprüche erfolgt. Noch bestehende Gewährleistungsansprüche sind abzutreten.

• Todesfallrisiko, Berufsunfähigkeit

Im Interesse des Veräußerers ist es, dass der Kaufvertrag im Falle seines

Todes nicht ungültig wird, sondern der Übergabestichtag vorgezogen wird. Sofern möglich, sollte der Erwerber für die Zeit bis zur Übergabe der Praxis die Vertretung übernehmen, um ein Abwandern der Patienten zu vermeiden. Entsprechendes gilt bei Eintritt von Berufsunfähigkeit. Für den Fall, dass entsprechende Störungen auf der Seite des Erwerbers eintreten, sollte der Vertrag seine Wirksamkeit verlieren. Alternativ können Rücktrittsrechte vorgesehen werden.

• Vertragsstrafe

Aus der Sicht des Abgebers kann die Vereinbarung einer Vertragsstrafe für den Fall sachgerecht sein, dass der Erwerber ohne Vorliegen eines hierzu berechtigenden Grundes vom Vertrag zurücktritt. Aus Paritätsgründen sollte die Regelung indes für jede Vertragspartei aufgenommen werden.

• Wettbewerbsverbot

In jeden Kaufvertrag gehört ein **Wettbewerbsverbot für die nachvertragliche kinder- und jugendärztliche Tätigkeit des Abgebers**. Regelmäßig wird die Dauer des Wettbewerbsverbots mit zwei Jahren bestimmt, da längere Zeiträume von der Rechtsprechung nicht akzeptiert werden. Der örtliche Geltungsbereich des Verbots darf den maßgeblichen Einzugsbereich der Praxis nicht überschreiten. Bei einer räumlich zu weit gefassten Klausel droht die Nichtigkeit des gesamten Verbots. Das Wettbewerbsverbot ist mit einer Vertragsstrafe zu versehen. Aus der Sicht des Erwerbers sollten eventuelle Vertretungen für andere Ärzte innerhalb der räumlichen Verbotszone auf eine bestimmte Anzahl von Tagen begrenzt werden.

• Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes

Soll der Erwerber – was regelmäßig der Fall ist – auch Nachfolger auf den Vertragsarztsitz werden, sind die Besonderheiten des Nachbesetzungsverfahrens zu berücksichtigen. In der

Vergangenheit wurde zur Umgehung des Nachbesetzungsverfahrens häufig empfohlen, die Vertragsarztzulassung in eine Arztstelle umzuwandeln und diese mit dem Wunschkandidaten zu besetzen. Die Arztstelle wurde dann nach einer Schamfrist in eine Vertragsarztzulassung rückumgewandelt. Das Bundessozialgericht hat diesen Weg mit Urteil vom 4. Mai 2016 (Aktenzeichen: B 6 KA 21/15 R) erschwert und eine im Grundsatz dreijährige Dauer des Anstellungsverhältnisses verlangt. Eine stufenweise Reduktion der Arbeitszeit wurde als zulässig angesehen. Die erfolgreiche Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens/Umwandlung der Arztstelle in eine Vertragsarztzulassung ist als Bedingung für die Wirksamkeit des Vertrages zu regeln.

• Formvorschriften

Der Abschluss eines Kaufvertrages über eine Praxis oder einen Gesellschaftsanteil bedarf regelmäßig keiner besonderen Form, könnte mithin sogar mündlich geschlossen werden. Hiervon ist jedoch angesichts der existentiellen Bedeutung des Vorhabens dringend abzuraten. Eine notarielle Beurkundung ist insbesondere dann erforderlich, wenn gleichzeitig mit der Praxis die Praxis-Immobilie veräußert wird. Manche Berufsordnungen bestimmen, dass die Ärzte sämtliche berufsbezogenen Verträge der Ärztekammer vorlegen müssen. Ein Unterlassen führt aber nicht zur zivilrechtlichen Unwirksamkeit des Vertrages, sondern kann allenfalls berufsrechtlich geahndet werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Ärztekammern angesichts der Vielzahl von geschlossenen Verträgen mit der Überprüfung in angemessener Zeit überfordert sein dürften. Ob die Praxiskaufverträge im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens den Zulassungsgremien vorgelegt werden müssen, ist regional unterschiedlich. Verträge, die den Beitritt zu einer Berufsausübungsgemeinschaft regeln, werden indes nahezu ausnahmslos von den Zulassungsausschüssen inhaltlich überprüft.

• Musterverträge

Musterverträge sind hilfreich, um sich mit den im Vertrag zu regelnden Punkten vertraut zu machen. Sie ersetzen nicht die individuelle Vertragsverhandlung und -gestaltung.

• Berufshaftpflichtversicherung – Nachversicherung

Dem Abgeber wird empfohlen, mit dem Versicherungsunternehmen, bei dem seine Berufshaftpflichtversicherung besteht, zu klären, ob Versicherungsschutz für ihm zurechenbare beruflich bedingte Schäden besteht, deren Ursache vor dem Zeitpunkt der Praxisabgabe gesetzt wurde, die jedoch erst nach Abgabe der Praxis eintreten. Besteht kein Versicherungsschutz, ist eine **Nachversicherung** abzuschließen.

• Steuer

Im Interesse des Abgebers sollte die Übergabe regelmäßig für den Beginn eines Kalenderjahres geplant werden, damit der Veräußerungserlös nicht den laufenden Jahresgewinn progressionssteigernd erhöht. Der Verkäufer muss wissen, dass er den Kaufpreis sofort in voller Höhe versteuern muss, auch wenn er ihn in Teilbeträgen erhält! Auf den Kaufpreis für die Praxis oder den Gesellschaftsanteil ist im Regelfall keine Mehrwertsteuer geschuldet. Abgeber und Erwerber wird empfohlen, sich unbedingt steuerlich beraten zu lassen.

Der zweite Teil folgt in Heft 5-2017 dieser Zeitschrift

Korrespondenzadresse:

*Dr. Karl-Heinz Möller, Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
Mediator im Gesundheitswesen, Lehrbeauftragter der Heinrich-Heine-Universität
Möller und Partner Kanzlei für Medizinrecht Düsseldorf*

Red.: WH

Patienten wünschen sich Arzt als Lotsen im digitalen Gesundheitswesen

Mit der Verabschiedung des E-Health-Gesetzes möchte das Bundesgesundheitsministerium die digitale Entwicklung im Gesundheitswesen vorantreiben. Noch in diesem Jahr werden auch erste telemedizinische Angebote in die Regelversorgung aufgenommen. Ab April 2017 wird es die im E-Health-Gesetz geforderte EBM-Ziffer für Telekonsile geben – zunächst nur für radiologische Telekonsile – ab Juli auch eine Ziffer für Video-Sprechstunden.

Neue Wege in der Patientenbetreuung auch für die Pädiatrie

Immer mehr Patienten nutzen digitale Gesundheitsangebote. Laut einer Umfrage unter 50 Mio. Gesundheitssurfern (Quelle: EPatient Survey 2016, 9.165 Teilnehmer) kommen auch immer häufiger Gesundheits-Apps zum Einsatz. Von der mobilen Diagnostik bis zur digitalen Zweitmeinung reicht das breite Spektrum der Anwendungen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass fast die Hälfte der befragten Patienten sich digitale Angebote vom eigenen Arzt wünscht.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) hat bereits vor zwei Jahren die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ eingeführt. Mehr als 700 Pädiater bieten ihren Patienten diese neue mobile Kommunikationsmöglichkeit aus der Praxis an. Diese App, die bisher vor allem für Terminerinnerungen oder zur Ankündigung von Urlaubszeiten eingesetzt wird, erhält in Kürze ein neues Angebot:



Die Online-Video-Sprechstunde (OVS).



Was bietet sich an?

Ärzte können ihren Patienten zukünftig via App das Angebot machen, ob sie z. B. eine Befundbesprechung in Form einer Video-Sprechstunde abhalten möchten, statt einer Einbestellung des Patienten in die Praxis. Auch für chronisch kranke Patienten (z. B. Therapiebesprechung) oder Jugendliche, die ungern in die Praxis kommen, bietet sich die OVS an. Im Gegensatz zu den bisherigen Angeboten kann die Praxis bei der Online-Video-Sprechstunde über die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ selbst festlegen, für welche Patienten die OVS freigeschaltet wird und für welchen Zeitraum dieses Angebot für den Patienten verfügbar ist.

Das Fernbehandlungsverbot ist nicht betroffen, da es sich ja immer nur um Patienten handelt, die in der Praxis bekannt sind und mit denen dieser neuen Service vorab in der Praxis besprochen wurde. Viele Kassen sind interessiert daran, dies

für ihre Versicherten anzubieten, und damit könnte dieses Angebot auch Teil von Selektiv-Verträgen sein.

Ablauf

Der BVKJ wird Sie über die aktuellen Entwicklungen diesbezüglich zeitnah informieren. Sollten Sie die PraxisApp noch nicht für Ihre Praxis verwenden, können Sie sich online anmelden (<https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt>). Alle Praxen, die die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ bereits im Einsatz haben, können die Online-Video-Sprechstunde voraussichtlich ab Mai 2017 dazubuchen. Der Preis dafür beträgt 2,50 €/Monat (zzgl. gesetzl. MwSt.). Der BVKJ wird alle Mitglieder darüber informieren, sobald der neue Service verfügbar ist.

Ihr Thomas Fischbach

Red.: WH



PraxisApp Mein Kinder- und Jugendarzt

www.kinderaerzte-im-netz.de
Das Netz & Fachhilfe von Dr. Gert von Holtzhausen 18. Lahnweg



Die PraxisApp – exklusiv für BVKJ-Mitglieder
mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von www.kinderaerzte-im-netz.de

Ihre Vorteile

- Für Ihre Patienten ist die PraxisApp kostenlos
- Mit aktuellen Meldungen von Kinderärzten im Netz
- Versenden Sie Termin- und Therapie-Erinnerungen sowie individuelle und allgemeine Informationen aus der Praxis
- Über einen passwortgeschützten Online-Zugang können Sie alle Nachrichten einfach und übersichtlich verwalten



Monatliche Kosten

- 5,00 € für Einzelpraxen
- 10,00 € für Gemeinschaftspraxen mit bis zu 3 Ärzten
- 15,00 € für Gemeinschaftspraxen mit mehr als 3 Ärzten

alle Preise zzgl. MwSt.

Demnächst zubuchbar:
ONLINE-VIDEO-SPRECHSTUNDE

Ihre Anmeldung

Titel, Name, Vorname

weitere Ärzte

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

E-Mail-Adresse (diese E-Mail-Adresse wird für den Login in die PraxisApp-Verwaltung benötigt sowie zur Korrespondenz mit Ihnen)

Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791

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

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

PraxisApp - exklusiv für Ärzte mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von www.kinderaerzte-im-netz.de

- Ich bestätige, dass ich bereits eine Praxis-Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de habe

Wenn Sie noch keine Praxis-Homepage haben, können Sie sich hier anmelden:
www.monks-aerzte-im-netz.de/homepage-im-aerzteverzeichnis/anmeldung/

- Ich bin damit einverstanden, dass die Fa. Monks im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes zum Thema „Recall J1“ anonymisierte Daten meiner Praxis an ein unabhängiges wissenschaftliches Institut übersendet.

Einverständniserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die AGB (www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/agb) gelesen habe und akzeptiere. Ich bestätige, dass ich die datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen einhalte. Für die von mir in der Applikation eingestellten Inhalte bin ausschließlich ich verantwortlich.

Datum, Ort und Unterschrift

**Sie erhalten einmalig das PraxisApp Starter-Paket
(2 Plakate, 50 Flyer) kostenlos.**

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



Im Internet unter:
www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp



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

BARMER

Zukünftige Dokumentation der BARMER Paed.Check®-Vorsorge-Untersuchungen:

Das neue Paed.Plus®-Heft der BARMER wird, anders als bisher, ein **Add-on-Heft** sein, das die Untersuchungen der Regelversorgung ergänzt. **Die Dokumentation der Untersuchungen U1 – U9 erfolgt im gelben Untersuchungsheft des G-BA**, die zusätzlichen Untersuchungen **U10, U11 und J2** sind vollumfänglich im **neuen Paed.Plus®-Heft** enthalten. Auch die **J1** ist komplett im **Paed.Plus®-Heft** zu dokumentieren, da es vom G-BA keine Dokumentationsvorlagen gibt. Die jeweils zu den Früherkennungsuntersuchungen gehörenden Fragebögen sind weiterhin Bestandteil des KJP und werden im Rahmen aller Früherkennungsuntersuchungen (U1 – J2) wie bisher bearbeitet.

Das neue Heft wird nur an die Versicherten der BARMER ausgegeben, die sich neu in das Kinder- und Jugendprogramm einschreiben. Für bereits eingeschriebene Versicherte behält das bisherige Heft seine Gültigkeit. Die Dokumentation in den „alten“ Heften erfolgt in diesem Fall weiterhin wie oben beschrieben.

.....
ACHTUNG: die Adresse für die Bestellung von Unterlagen für das BARMER Kinder- und Jugendprogramm (Vorsorgehefte, Flyer etc.) hat sich geändert:

BARMER, Logistik-Medienservice, 42271 Wuppertal

Barmer – Doppelabrechnung

Immer wieder haben wir seit Umstellung des Vertrages mit der BARMER auf die Paed.Plus-Vorsorgen darauf hingewiesen, dass Vorsorgen bei Kindern und Jugendlichen, die in den Vertrag eingeschrieben sind, ausschließlich über den Vertrag abgerechnet werden dürfen, also

nicht zusätzlich über die KV-Abrechnung. Leider gibt es immer noch eine Vielzahl von Praxen, die die Leistungen doppelt – über den Abrechnungsdienstleister und zusätzlich über die KV – abrechnen (seit Umstellung des Vertrages in Q3/2013 genau 3480 KJÄ). In den meisten Fällen handelt es sich sicherlich um ein Versehen und einen Einzelfall. Insgesamt belaufen sich die Doppelabrechnungen seit Q3/2013 auf mehr als 900.000,- €, die nach Prüfung durch die BARMER nun zurückgefordert werden. Trotz laufender Information nimmt leider die Anzahl der doppelt abgerechneten Leistungen nicht ab – in den letzten zwei geprüften Quartalen 1/2016 und 2/2016) ist sogar wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen!

.....
Wir bitten Sie daher eindringlich, bei der Abrechnung darauf zu achten, dass jede Leistung nur einmal abgerechnet wird!

Bitte nutzen Sie zur Prüfung unbedingt auch den Abrechnungs-Check, der Ihnen in Paed.Selekt zur Verfügung steht!

PädExpert – Extrabudgetäre Vergütung für den konsiliaren Austausch unter KollegInnen

Modul „unklares EKG“ – ab 1.4.2017 im BARMER Kinder- und Jugendprogramm

Zum 1.4.2017 wird in das BARMER Kinder- und Jugendprogramm die PädExpert®-Indikation „unklares EKG“ aufgenommen. Bei auffälligen EKG-Befunden kann für BARMER-Versicherte zukünftig auch die telemedizinische Expertenmeinung von Kinderkardiologen eingeholt werden.

Immer mehr PädiaterInnen bieten ihren Patienten über das Expertenkonsil „PädExpert®“ schnelle und umfassende Hilfe bei unklaren Krankheitsbildern an (s. dazu auch die entsprechenden Artikel

in den Heften 2/16, 4/16, 7/16 und 11/16 dieser Zeitschrift).

Profitieren auch Sie in Ihrer Praxis von diesen Vorteilen. Melden Sie sich an bei PädExpert®. Das geht ganz einfach unter www.paedexpert.de – Ihre BVKJ-Mitgliedsnummer und Ihre LANR genügen.

Die beleghafte Abrechnung von Selektivverträgen – ein Auslaufmodell!

Die Teilnahme an den Selektivverträgen bedeutet für die Praxen leider auch immer „viele Formulare“! Das führt im Alltag häufig dazu, dass ein falsches Formular verwendet wird. Die kostenfreie (!) Abrechnungsoftware „Paed.Selekt“ schafft hier Abhilfe. Direkt beim Einlesen der Versichertenkarte werden alle für diesen Patienten abrechenbaren Selektivleistungen angezeigt. Die Datenschutz- und Teilnahmeerklärungen der Patienten werden vorausgefüllt ausgedruckt und die Abrechnungsbögen entfallen komplett, da die Abrechnung (wie bei der KV-Abrechnung) elektronisch erfasst wird. Der Versand von fehlerhaften Belegen wird so erheblich minimiert. **Praxen, die immer wieder fehlerhafte Belege übermitteln, müssen zukünftig mit höheren Kosten rechnen.** Die Abrechnungsdatei wird mittels „Abrechnungs-Check“ (s. oben) auf Korrektheit geprüft und anschließend online an HCMB übermittelt.

.....
 Ab dem 01.01.2018 wird die elektronische Abrechnung über Paed.Selekt verbindlich – stellen Sie Ihre Abrechnung schon jetzt darauf um!

Über das HCMB Servicecenter unter 0911/9292-400 (oder per Mail: Servicecenter@helmsauer-gruppe.de) erhalten Sie alle erforderlichen Unterlagen und Informationen.

Red.: WH

Aktuelle politische Informationen

Gemeinsame pädiatrische Forderungen an die Parteien zur Bundestagswahl



Kathrin Jackel-Neusser

Zur Vorbereitung auf die Bundestagswahl am 24.09.2017 haben der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) Ende Februar ein gemeinsames politisches Forderungspapier verabschiedet, das unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) herausgegeben wird. Unter dem Titel „Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland“ haben die Verbände Missstände in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dargelegt und daraus konkrete politische Handlungsvorschläge für die nächste Legislaturperiode abgeleitet. Die Zusammenfassung bzw. erste Seite des 7-seitigen Papiers finden Sie hier (siehe Balken). Das ganze Forderungspapier können Sie auf unserer Homepage (www.bvkj.de) sowie im neuen Ordner „Politische Informationen“ (in **PädInform**) nachlesen.

Der gemeinsame Abstimmungsprozess geht auf eine Absprache zwischen den Präsidenten des BVKJ, der DGKJ und der DGSPJ zurück. „Unser Ziel ist, dass die Pädiatrie geschlossen auftritt“, so Präsident Dr. Fischbach. „Dankbar sind wir darüber hinaus auch allen Mitgliedern

der DAKJ-Zukunftskommission für die wichtigen Impulse, die durch diese Arbeit gesetzt wurden, auch für unser Wahlpa-

pier. Ich begrüße es daher sehr, dass unser Papier nun unter dem Dach der DAKJ veröffentlicht wird“, so Dr. Fischbach.

Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland

Vorschläge zur Umsetzung in der 19. Wahlperiode

Die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen und gesundheitliche Chancengleichheit sind entscheidend für die zukünftige Entwicklung der gesamten Gesellschaft. Von der Verwirklichung gleicher Chancen sind wir aber noch weit entfernt. Ohne sie wird eine perspektivisch bessere Integration gerade auch sozial benachteiligter und bildungsferner Schichten der Bevölkerung kaum gelingen.

Zusammengefasst sehen wir vordringlichen Bedarf zum politischen Handeln in folgenden Bereichen

1. **Sicherstellung der Versorgung:** Eine qualifizierte und flächendeckende Normal- und Notfallversorgung muss im ambulanten, stationären und öffentlichen Gesundheitswesen gewährleistet sein. Gefordert werden die Entkopplung der Kinder- und Jugendmedizin aus dem Fallvergütungssystem der Erwachsenenmedizin bzw. Sicherstellungszuschläge für die stationäre Versorgung, neue Planungsvorgaben zur Sicherung spezialisierter personeller Strukturen, eine neue Bedarfsplanung, die die aktuellen Rahmenbedingungen (höherer Betreuungsaufwand, geringerer Arbeitsstundenumfang pro Kinder- und Jugendarzt/-ärztin, demografischer Wandel) berücksichtigt und eine bessere Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch verbindliche Vorgaben auch auf Bundesebene.
2. **Forschung und Ausbildung:** Wir fordern die finanzielle Förderung in der ambulanten Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie ein Forschungszentrum für Kindergesundheit (wie in vielen anderen Ländern bereits vorhanden) durch Ausbau und eine bessere Vernetzung von spezialisierten Zentren für die vielfältigen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters.
3. **Vernetzung:** Die Finanzierung der Versorgungsstrukturen und Sicherungssysteme für Kinder und Jugendliche muss sektorenübergreifend und unbürokratischer erfolgen. SGB V und SGB VIII sind den Erfordernissen einer besseren Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen (ganzheitlicher Ansatz) anzupassen, wobei auch Translation und Transition optimiert werden müssen.
4. **Prävention:** Gesundheitsförderung und Prävention müssen im Leistungskatalog der Krankenversicherung gestärkt werden, wobei die Akteure des Gesundheitswesens bei der Versorgung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien eng einbezogen werden müssen. Vorgeburtlich, in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren sollten neue Schwerpunkte gesetzt werden mit Kommunikationsbrücken, case management, Schulpflegefachkräften und Ernährungsrichtlinien.
5. **Kinderrechte und Kinderschutz:** Wir fordern die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz, eine vollständige Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention, die Einsetzung eines Bundeskinderbeauftragten sowie die Aufwertung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages.

Neben diesen Wahlforderungen hat der BVKJ auch noch eigene **Wahlprüfsteine mit Fragen an die Parteien** formuliert. Diese Forderungen, die wir an CDU/CSU, SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE und FDP übermitteln werden, die Antworten der Parteien hierzu und später auch die Wahlprogramme der Parteien finden Sie auf unserer Internetseite.

Neue Serviceangebote für Sie – der Ordner „Politische Informationen“

In **PädInform** haben wir neue Service-Angebote für Sie etabliert: So wurde nun ein neuer Ordner „Politische Informationen“ mit dem eingängigen Bundesadler-Symbol eingerichtet, auf dem Sie künftig Informationen, insbesondere aus der Bundespolitik, finden werden. Gerne können Sie auch Informationen mailen, so dass ich diese einstellen kann (Mailadresse siehe unten).

Aktuelle politische Informationen finden Sie auch auf unserem **Twitter-Auftritt** <https://twitter.com/bvkj>, der mittlerweile 245 Follower hat – darunter auch viele wichtige Entscheider und Multiplikatoren aus Politik, Selbstverwaltung und Medien – und natürlich erfreulicherweise auch die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte selbst. Ziel ist, dass unser Twitter-Auftritt noch deutlich erfolgreicher läuft, denn Twittern wird zunehmend ein wichtiges Mittel der politischen Kommunikation. Wegzudenken sind die sozialen Medien heute nicht mehr. Deshalb: Unterstützen Sie uns bitte und teilen („retweeten“) Sie bitte unsere Beiträge, falls Sie einen Twitter-Auftritt haben!

Gespräche rund um das Wahlprogramm

Dr. Fischbach und weitere Mitglieder des BVKJ-Vorstandes führen derzeit Gespräche mit den relevantesten Politikerinnen und Politikern auf Bundesebene, insbesondere aus dem Bereich Gesundheits- und Familienpolitik. Als politische Referentin des BVKJ führe ich darüber hinaus auch Gespräche mit wichtigen Mitarbeitern aus Fraktionen, Ministerien und den Parteien auf Bundesebene, die wesentlich zur Positionierung ihrer jeweiligen Partei in der Gesundheitspolitik beitragen. Falls hier wie bei Hintergrundgesprächen üblich keine Vertraulichkeit vereinbart wur-

de, finden Sie die Protokolle hierzu auch im Ordner „Politische Informationen“.

Politische Aktivitäten

Austausch mit Staatssekretärin Fischbach

In einem sehr guten Gespräch mit der parlamentarischen Staatssekretärin Ingrid Fischbach (BMG) am 13. Januar konnten Dr. Fischbach und Prof. Dr. Schmid die Positionen des Berufsverbandes verdeutlichen. So plädierte Dr. Fischbach gegenüber der Staatssekretärin dafür, dass diese sich auch im **Kollektivvertragssystem** für die Aufrechterhaltung der drei Vorsorgeuntersuchungen **U10, U11 und J2** im Schul- bzw. Jugendalter einsetzen möge. Auch verdeutlichte der BVKJ erneut die Auffassung, dass (**psychosoziale**) **Elternfragebögen** Inhalt der **Vorsorgeuntersuchungen** sein sollten, um den Pädiatern wichtige Anhaltspunkte für ihre Arbeit am Patienten zu geben.

Kritik äußerte Dr. Fischbach zudem an der Arbeitsweise und der Zusammensetzung des **Nationalen Präventionsforums**, das zum einen völlig überdimensioniert sei und zum anderen nahezu ohne ärztlichen Sachverstand auskomme. Zu der von Dr. Fischbach geäußerten Forderung, dass die Politik besser gegen die **Impfmüdigkeit** angehen müsse, sowie auch nach einem neuen **„Runden Tisch“** hierzu auf Bundesebene, versprach die Staatssekretärin, dass der BVKJ hier künftig stets eng einbezogen werden solle.

Dr. Fischbach kritisierte zudem die Praxis der **Umsetzung der Regelungen des § 75a SGB V** bei der Förderung der ambulanten fachärztlichen Grundversorgung in den Regionen: Es würden zu wenig **Weiterbildungsstellen für Pädiater im ambulanten Bereich** finanziell gefördert. Problematisch sei in diesem Zusammenhang, dass der Begriff „Grundversorger“ im Gesetz nicht definiert werde (analog zur Allgemeinmedizin). Staatssekretärin Fischbach konnte diese Kritikpunkte gut nachvollziehen. Bezüglich des **Pflegeberufereformgesetzes** machten Dr. Fischbach und Prof. Dr. Schmid die Erwartung deutlich, dass die **Kinderkrankenpflegeausbildung erhalten** bleiben muss.

Einsatz für die sozialmedizinische Nachsorge

Dr. Fischbach setzte sich in Kooperation mit den Vorständen des Bundesverbandes Bunter Kreis e.V. – 1. Vorsitzender

Andreas Podeswik und 2. Vorsitzender Dr. Theodor Michael – dafür ein, die **sozialmedizinische Nachsorge** in der jetzigen Form zu erhalten. In einem Entwurf des GKV Spitzenverbandes war die Leistungserbringung mit minimal 2/3 in der Häuslichkeit geplant. Diese Konkretisierung hätte die Anzahl der Hausbesuche unverhältnismäßig erhöht und bei weit entfernt wohnenden Patienten deutlich erschwert. Dieser Entwurf wird laut Angaben des GKV Spitzenverbandes auf Grundlage der vorgebrachten Argumente des Vorstands des Bundesverbandes Bunter Kreis und des BVKJ wie z. B. der Notwendigkeit der Begleitung zu Kinder- und Jugendarzt und Fachtherapeuten erneut beraten. Hierzu zählt auch die Möglichkeit, bei Bedarf Information zur Vernetzung in das Sozialwesen wie Jugendhilfe und ÖGD zu geben. „Dies ist eine erfreuliche Entscheidung, die der BVKJ allerdings im Blick haben und begleiten wird“, so Dr. Fischbach.

Einsatz für die Rehabilitation

„Gerade die **stationäre Rehabilitation** ist geeignet, um bei komplexen chronischen Erkrankungen die soziale Teilhabe zu gewährleisten und zu sichern. Die stattdessen häufig verordneten und von den Krankenkassen genehmigten Mutter-Kind-Kuren stellen keinen adäquaten Ersatz für eine Rehabilitationsmaßnahme dar“, so Dr. Fischbach, der kritisiert, dass die Zahl der bewilligten Anträge für Kinder- und Jugendreha in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. „Sicherlich spielt die Bürokratie des Antragverfahrens eine abschreckende Rolle und wurden in der Vergangenheit viele Anträge ohnehin abgelehnt, was weder Pädiater noch Eltern motiviert haben dürfte“. In Briefen an die Kinderkommission sowie die Ausschüsse für Arbeit und Soziales sowie für Gesundheit im Bundestag hat der BVKJ daher gefordert, die **Reha für Kinder und Jugendliche zu stärken** durch 1. eine Ausweitung der Möglichkeit Begleitpersonen bis 12 Jahre mitzunehmen, durch 2. ein Einwirken auf die Krankenkassen, mehr Mutter-Kind-Anträge als Kinder-Rehabilitationen zu genehmigen, wenn die betroffenen Kinder einen Reha-Bedarf haben und 3. durch die Verschlan- kung des mehrseitigen Antragverfahrens.

Einsatz für Kinderrechte im Grundgesetz

Die Aufnahme der **Kinderrechte in das Grundgesetz** ist für den BVKJ schon

lange eine Herzensangelegenheit. Auch für die Einsetzung einer bzw. eines Bundeskinderbeauftragten und die Aufwertung der Kinderkommission im Bundestag setzt sich der Berufsverband ein – dies wird auch in den gemeinsamen pädiatrischen Forderungen zur Bundestagswahl deutlich artikuliert. Um hier weiter voran zu kommen, nahm Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter für den BVKJ an einem Treffen mit dem zuständigen Referatsleiter des Familienministeriums teil, in dem sie sich für die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz stark machte, gemeinsam mit der Präsidentin der DGSPJ, Prof.

Thyen, dem Generalsekretär der DAKJ, Prof. Huppertz, sowie dem Generalsekretär der DGKJ, Dr. Eßer. Erfreulich ist, dass sich nach den Landesfamilienministern nun auch die Landesjustizminister für die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz ausgesprochen haben. Auch hat die SPD-Bundestagsfraktion jüngst den Beschluss „Die Zeit ist reif – Kinderrechte ins Grundgesetz“ gefasst, in dem es unter anderem heißt: „Jetzt ist die Zeit zu handeln! Die SPD-Bundestagsfraktion will daher noch in dieser Legislaturperiode einen Gesetzentwurf zur Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz auf den

Weg bringen. Wir fordern unseren Koalitionspartner auf, sich dem Kreis der UnterstützerInnen anzuschließen und mit uns für eine breite Mehrheit für starke Kinderrechte zu sorgen.“

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser

Politische Referentin BVKJ

10115 Berlin

E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Twitter: <https://twitter.com/BVKJ>

Red.: WH

Vier Fragen an ...

Dr. Michael Stehr, seit zwei Wochen Geschäftsführer des BVKJ

Seit zwei Wochen sind Sie der Neue an Bord des BVKJ. Welche Erfahrungen und Kompetenzen bringen Sie mit für Ihre Position?

Vorrangig meine Erfahrungen aus mehr als elf Jahren Tätigkeit für den VDB-Physiotherapieverband, Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie. Dort war ich bis Ende März als Bundesgeschäftsführer verantwortlich für die Geschäftsführung des Verbandes und seiner Wirtschafts-GmbH, für das politische Lobbying, die Öffentlichkeitsarbeit und das Verbandsorgan „Therapie+Praxis“. Daneben war ich für Mitglieder des Verbandes als Ansprechpartner für rechtliche Auskünfte u. a. im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie im Arbeits-, Gesellschafts- und Mietrecht erreichbar.

Davor habe ich Erfahrungen gesammelt als Redakteur vom Dienst der Fachzeitschrift „Marine Forum“ des Deutschen Maritimen Instituts in Bonn und in den Wissenschaftlichen Diensten der Verwaltung des Deutschen Bundestages.

Zu meinen Stärken gehören die Fähigkeit zur effektiven Einarbeitung in neue Aufgabenfelder, das Aufbereiten komplexer Problemstellungen und das leicht verständliche Erläutern juristischer Themen.

Mit Ihnen leitet zum ersten Mal ein Jurist den BVKJ. Was bringt das den Mitgliedern?

In Absprache mit dem Vorstand ist vorgesehen, dass ich ebenso wie beim VDB den Mitgliedern eine Erstberatung in rechtlichen Fragen per Telefon bzw. E-Mail anbiete. Damit kann durch die Geschäftsstelle ein neuer Mehrwert für die Mitglieder geschaffen werden.

Man kann Sie also einfach bei Problemen anrufen?

Ja, bzw. per E-Mail anfragen und vorhandenes schriftliches Material, z.B. Vertragsentwürfe, die zum Gegenstand der Beratung werden sollen, mitsenden. Da ich als Syndikus-Anwalt zugelassen bin, gilt für alle Beratungen, also auch den Schriftverkehr, die anwaltliche Verschwiegenheitspflicht.

Sie engagieren sich ehrenamtlich für maritime Verbände. Werden wir künftig im Abendprogramm der BVKJ-Kongresse Shanty-Chöre hören?

Seit einigen Jahren bin ich einer von vier Vizepräsidenten des Deutschen Marinebundes (DMB). Im DMB, der an der Kieler Förde ein Hotel und eine Gedenk- und Museumsstätte unterhält,



habe ich als „Ehrenamtler“ Verbands- erfahrung auch „auf der anderen Seite des Besprechungstisches“. Meine Lieblingsaussicht auf die Kieler Förde vom 80 Meter hohen Turm der Gedenkstätte kann man auch per Webcam genießen: <https://deutscher-marinebund.de/marine-ehrenmal-u-995/live-webcam/>. Wenn bei der Planung eines Kongresses einmal der Wunsch nach einem maritimen Rahmenprogramm bestünde, könnte ich einige herausragende und professionelle Chöre anfragen.

Zur Person:

Dr. Michael Stehr, Jahrgang 1966, verheiratet, drei Kinder. Sein Ausgleich zur Berufstätigkeit ist die sportlich engagierte und überaus lebhaftige Familie.

Die Fragen stellte Regine Hauch.

Der Honorarausschuss informiert

Neue EBM-Ziffern in der Notfallversorgung – Wettbewerb zwischen Kliniken und Niedergelassenen

Ab dem 1. April gibt es neue Ziffern für den Notdienst und eine Neubewertung einiger alter Ziffern. Seit Jahren wird an der ambulanten Notfallvergütung rumgewerkelt. Ein roter Faden ist nicht zu sehen. Änderungen in der Vergütungssystematik ergeben sich aus der Politik, gelegentlich aus Einsicht, zuletzt durch den Gesetzgeber.



Dr. Reinhard Bartzky

Hintergrund

Das zu Grunde liegende Problem ist: Zu viele Patienten suchen eigenmächtig Notfall-Rettungsstellen auf oder werden von ihnen angelockt. Die geschieht auch, wenn ein Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht und Praxen niedergelassener Kollegen den Bedarf zur Regelzeit abdecken könnten. In die Klinik-Rettungsstellen gehören nur die akut schwer kranken Patienten. Tatsächlich aber verstopfen Bagatellfälle das Notfallsystem Klinik.

Vor nicht allzu langer Zeit hatten sich die Kliniken die gleichen Vorhaltepauschalen, wie die Niedergelassenen vor Gericht erstritten, was zu einer Anpassung der Vergütung nach Tageszeit geführt hatte. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (Dez. 2015) müssen die KVen an Kliniken nun Notdienstpraxen (sogenannte

Portalpraxen) einrichten. Dieses Konstrukt war erst auf Druck der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in das Gesetz geraten. Die DKG klagt an, dass die durchschnittliche EBM-Vergütung von 32 € die Rettungsstellenfallkosten von 120 € nicht decken und somit ein Defizit in Deutschland pro Jahr von 1 Milliarde € bestünde.

Noch lautet der Grundsatz: ambulant vor stationär – so steht's im SGB V

Nun ist für leichte Fälle die Klinik nicht da und wir sollten nicht müde werden, den Finger in diese Wunden des Systems zu legen: Kliniken werben im Wettbewerb rund um die Uhr, es werden Sprechstunden auf Notfallscheinbasis abgehalten von den Selbsteinweisungen ganz zu schweigen.

Das ambulante System braucht sich nicht zu verstecken! Das **ZI** hält interessante Zahlen vor:

- Jährlich werden 580 Mio. Behandlungsfälle im ambulanten System betreut.
- Allein im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (also außerhalb der Praxisöffnungszeiten) behandeln die Niedergelassenen 10 Millionen Patienten pro Jahr
- Die Notaufnahmen der Krankenhäuser behandeln etwa 20 Millionen Patienten pro Jahr, von denen die Hälfte stationär aufgenommen werden (diese Patienten stellen die Hälfte aller stationären Patienten dar)

- Die verbleibenden 10 Millionen Patienten in Deutschlands Klinikrettungsstellen ließen sich in drei Gruppen einteilen:
 - 10 % benötigen weder dringliche Diagnostik noch Therapie
 - 87 % werden wie in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt
 - 3 % haben schwerwiegende Erkrankungen

Was die Kliniken im Notdienst verdienen

Da der Wettbewerbskampf zwischen Kliniken und Niedergelassenen nach ASV und Spezialambulanzen nun auch auf dem Feld Notfallpatienten ausgetragen wird, muss ein Blick auf die Finanzierung der Klinikrettungsstellen erfolgen.

Das **Institut für Gesundheitsökonomik (IFG)** berechnet die Entgelte der Kliniknotfälle wie folgt:

- Expliziter Zuschlag auf die DRG-Pauschalen 5-10 €/Fall
- Implizite Finanzierung durch die DRG-Vergütung für Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen: 33,6 bzw. 51 €
- Von KVen gezahlte Vergütungen durchschnittlich 32 €

Laut IFG ist den Krankenhäusern eine Finanzierung zwischen 70,6 und 93 € zuzurechnen, was die unterstellten Krankenhauskosten von 120 € pro Fall zwar auch nicht deckt, aber im Vergleich mit den Erlösen der Niedergelassenen das Dilemma der unattraktiven Notdienste mehr als verdeutlicht.

BERUFSFRAGEN

Mit den Neue Regelungen im EBM wird ein Gesetzesauftrag zur Differenzierung der Schweregrade im EBM aus dem Krankenhausstrukturgesetz umgesetzt.

Ab dem 1.4.2017 erhalten Ärzte im Notfall- und Bereitschaftsdienst für schwere und aufwendige Fälle eine höhere Vergütung, außerdem wird es eine Abklärungspauschale für Patienten geben, die keine dringende Behandlung benötigen.

I – Schwerezuschläge

Die Schweregradzuschläge werden als Zuschläge zu den bekannten Notfallpauschalen (GOP 01210 und GOP 01212) gezahlt. Der **erste Schwerezuschlag ist fest an bestimmte Diagnosen** (wie zum Beispiel Pneumonie) gebunden. In Ausnah-

mefällen wird er auch gewährt, wenn der erhöhte Behandlungsaufwand wegen einer schweren Erkrankung begründet wird. Für diesen Zuschlag gibt es eine unterschiedliche Bewertung am Tag oder in der Nacht und am Wochenende. Der **zweite Schwerezuschlag vergütet den erhöhten Aufwand, der aufgrund schwieriger Kommunikation** bei bestimmten Erkrankungen (z. B. Demenz) und in bestimmten Altersklassen (**bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern**) entsteht. (Anmerkung: *Kleinkind im EBM: bis einen Tag vor dem 3. Geburtstag*). **Diese Zuschläge gelten sowohl für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, als auch für Notaufnahmen.**

II – Abklärungspauschale

Zur Entschlackung der Notfallambulanzen (also vor allem in den Kliniken) sind **zwei neue GOP eingeführt worden,**

wenn ein Patient in die reguläre vertragsärztliche Versorgung weiter geleitet werden kann, weil er kein Notfall ist. Mit diesen Pauschalen werden die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit und die Koordination der weiteren Behandlung vergütet.

III – Finanzierung

Die Finanzierung der neuen Notdienstziffern erfolgt mit den Geldern, die für die Vergütung ambulanter Notfalleleistungen bereit stehen – gemäß den gesetzlichen Vorgaben punktsummenneutral. Salopp formuliert: Die Verschiebungen in den stationären Sektor zahlen Sie alle im Vorwegabzug. Aus diesem Grunde ist im Beschluss des erweiterten ergänzten Bewertungsausschusses die Behandlung am Tag (GOP 01210) zum 1. April um 70ct von 127 auf 120 Punkte abgesenkt worden.

Die bisherigen Notdienstziffern (kursorisch)

GOP		Punkte	Vergütung 2017
01210	Pauschale im organisierten Notfalldienst am Tag (7-19 Uhr; außer an Wochenenden, Feiertagen, sowie am 24. und 31.12.)	127 ab 1.4. 120	13,37 € ab 1.4.: 12,63 €
01212	Pauschale im organisierten Notfalldienst in der Nacht (19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen , sowie 24., 31.12.)	195	20,53 €
01214	Weiterer Kontakt im organisierten Notfalldienst	50	5,27 €
01216	Weiterer Kontakt im organisierten Notfalldienst (19-22 Uhr; an Wochenenden, Feiertagen, sowie am 24. und 31.12. von 7-19 Uhr)	140	14,74 €
01218	Weiterer Kontakt im organisierten Notfalldienst (22-7 Uhr; an Wochenenden, Feiertagen, sowie am 24. und 31.12. von 19-7 Uhr)	170	17,90 €
01418	Besuch im organisierten Notfalldienst	778	81,92 €

Die Schweregradzuschläge (NEU)

GOP		Punkte	Vergütung 2017
01223	Zuschlag für bestimmte Diagnosen am Tag (7-19 Uhr; außer an Wochenenden, Feiertagen, sowie am 24. und 31.12.)	128	13,48 €
01224	Zuschlag für bestimmte Diagnosen in der Nacht (19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen , sowie 24., 31.12.)	195	20,53 €
	<i>Diagnosen zu 01223 und 01224:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus • SHT mit Bewusstlosigkeit < 30 min (S06.0, S06.70) • Akute tiefe Beinvenenthrombose • Hypertensive Krise • Angina pectoris • Pneumonie • Akute Diverticulitis • Analog komplexe Erkrankungen, dafür ist dann aber eine „ausführliche schriftliche Begründung notwendig“ 		
01226	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern , sowie bei Patienten mit schweren kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen in der Nacht (19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen , sowie 24. und 31.12.)	90	9,48 €

Die GOP 1226 ist nicht neben der GOP 01224 berechnungsfähig

Die Abklärungspauschalen (NEU) [hauptsächlich für Kliniken]

GOP		Punkte	Vergütung 2017
01205	Abklärung und Koordination am Tag (7-19 Uhr; außer an Wochenenden, Feiertagen, sowie am 24. und 31.12.)	45	4,74 €
01207	Abklärung und Koordination in der Nacht (19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen , sowie 24., 31.12.)	80	8,42 €

Neben diesen Abklärungspauschalen darf auch keine bildgebende Diagnostik abgerechnet werden.

Was bedeutet das für die Pädiatrie?

Die Bereitschaftsdienste in der Nacht und am Wochenende, die nach EBM vergütet werden, was längst nicht in allen KV-Bezirken die Regel ist, erfahren

durch den Zuschlag für schwierige Kommunikation bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern eine erfreuliche Aufwertung. Insgesamt bleibt die Notdienstvergütung aber unattraktiv. Die Pädiatrie kann nur bestehen, wenn sie sich im Wettstreit zwischen Kliniken und Ambulanz nicht spalten lässt. Das System der Portalpraxen ist, würde es auf die Pädiatrie umgesetzt werden, realitätsfern: Das ZI hat berechnet, dass jeder Pä-

diater **158 Dienste pro Jahr** absolvieren müsste, wenn an jedem Klinikstandort in Deutschland eine pädiatrisch besetzte Portalpraxis eingeführt würde.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: WH

PaedCompenda ist da!

Das Curriculum der DGAAP zur kompetenzbasierten Weiterbildung in der pädiatrischen Grundversorgung ist nach fünfjähriger Entwicklung fertig und steht für den Einsatz in der Praxis zur Verfügung.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde im Juli 2015 das „Förderprogramm Weiterbildung“ Allgemeinmedizin in das SGB V aufgenommen. Bundesweit werden jetzt 7.500 allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen für den ambulanten Bereich finanziell gefördert. Für die Weiterbildung von Fachärzten anderer Fächer, die eine spezialisierte ambulante Behandlung anbieten, werden erstmals weitere 1.000 Stellen gefördert. Die Weiterbildungszeit in der Praxis beträgt mindestens zwölf zusammenhängende Monate in einer zur Weiterbildung ermächtigten Praxis. Insbesondere die Fächer Augenheilkunde, Dermatologie, Frauenheilkunde, HNO, Orthopädie, Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie und Pädiatrie wurden in diesem Sinne für förderungsbedürftig erklärt, wobei die Fächer Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Pädiatrie besonders hervorgehoben wurden.

Die Anzahl und die Verteilung der Weiterbildungsstellen auf die verschiedenen Fachgruppen wurden pro Bundesland nach einem bestimmten Schlüssel errechnet. Für das Fach Pädiatrie wurden außer in Berlin und Bremen in allen übrigen Bundesländern Weiterbildungsstellen zur Verfügung gestellt¹. Der monatliche Gehaltszuschuss für Ärzte in Weiterbildung beträgt im ambulanten Bereich je Vollzeitstelle 4.800 Euro. Neben den an die KVen angegliederten Koordinierungsstellen zur Verteilung der Weiterbildungsstellen sollen sogenannte Kompetenzzentren gegründet werden. Hierbei handelt es sich um meist universitär angebundene Zentren der Allgemeinmedizin nach dem Vorbild der Einrichtungen in Baden-Württemberg und Hessen, die sich mit zusätzlichen didaktischen An-

geboten an Weiterzubildende und Weiterbilder richten (weitere Informationen: www.kbv.de/html/themen_2861.php).

Summa summarum: Die geförderte Weiterbildung in der Praxis als Teil der Weiterbildung zum Facharzt/Ärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin ist nicht mehr zu stoppen.

Da trifft es sich gut, dass das vom Arbeitskreis „Weiterbildung“ der DGAAP in fünfjähriger Arbeit entwickelte „Curriculum für die ambulante pädiatrische Weiterbildung“ fertiggestellt und sofort beziehbar ist (PaedCompenda). Dieses Curriculum wurde nach dem aktuellen, international akzeptierten CanMeds-Konzept einer „Kompetenzbasierten Weiterbildung“ entwickelt. Was möglicherweise für den Einen oder die Andere fremd klingt, ist in Wirklichkeit eine für Weiterbilder wie auch Weiterzubildende über die gesamte Weiterbildungszeit verlaufende strukturierte Form der Beobachtung des zunehmenden Kompetenzerwerbes des/der Weiterzubildenden. Hierzu wurden etwa 50 in sich abgeschlossene Versorgungsaufgaben für die ambulante pädiatrische Grundversorgung ermittelt, die in etwa die Versorgungsanlässe und das Tätigkeitsspektrum in der pädiatrischen Grundversorgung beschreiben. Diese wurden in zwölf große thematische Felder gegliedert (z. B. Vorstellung eines zuvor gesunden Kindes mit einem häufigen akuten Symptom; Erkennen und Betreuen von Kindern mit auffälligem Verhalten u./o. Entwicklung etc.) und mit hierfür spezifischen Lernzielen beschrieben. Wenn die verschiedenen Tätigkeitsbereiche von dem oder der Weiterzubildenden kompetent ausgeführt werden, sind sie „anvertraubar“. Von da aus werden die verschiedenen Tätigkeitsbereiche auch kurz „APT“ genannt (Anvertraubare Professionelle Tätigkeit). Wer alle zwölf APT-Bereiche gut ausführen kann, ist für die Grundversorgung in der Praxis gerüstet.

Jede APT

- ist ein Teil entscheidender professioneller Arbeit in einem gegebenen Kontext

- erfordert angemessenes Wissen, Fähigkeiten und Haltungen
- führt zu einem anerkannten Ergebnis professioneller Arbeit
- ist beschränkt auf qualifiziertes Personal
- ist weitgehend unabhängig von anderen Tätigkeiten ausführbar
- ist ausführbar in einem gegebenen Zeitrahmen
- ist in Prozess und Ergebnis beobachtbar & messbar (gut gemacht bzw. nicht gut gemacht)
- reflektiert eine oder mehrere generelle ärztliche Kompetenzen

Die Kernkompetenzen PaedCompenda der ambulanten allgemeinen Pädiatrie liegen aktuell in der Pilotversion Gempp 1.3 vor. Das gut 160 Seiten starke Werk besteht aus einem allgemeinen Teil von 25 Seiten, der in den Gebrauch einführt, einem Schnellstart für die Nutzung als Curriculum für die Weiterbildung in der grundversorgenden Praxis und die o. a. zwölf „Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten (APT)“. Wem die 160 Seiten zu viel sind: Es gibt auch eine Kurzversion.

PaedCompenda 1.3 kann als Ausdruck oder PDF über die Adresse weiterbildung@dgaap.de bestellt werden. Um die Pilotversion zu verbessern, wird dazu auf Anfrage eine Selbstverpflichtung verschickt. Die Schutzgebühr beträgt für DGAAP-Mitglieder € 20,- und für Nichtmitglieder € 500,-.

Korrespondenzadressen:

Dr. Ulrich Fegeler
16515 Oranienburg
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Dr. Folkert Fehr
74889 Sinsheim
E-Mail: folkert.fehr@t-online.de

Red.: ReH

¹ Pädiater wurden von den KVen höchst unterschiedlich bedacht. Eine entsprechende Tabelle wurde am 15.10.16 in das Forum BVKJ-Weiterbildung eingestellt und soll fortlaufend mit Informationen aus den Ländern aktualisiert werden

Vorstand 2016 – Berichte der stimm-berechtigten gewählten Vorstände



Dehtleff Banthien
Bad Oldesloe
Mitglied im Vorstand

Übergang Länderrat zu Vorstand

- Übergabe des Amtes des Länderratvorsitzenden an Martin Lang
- Antritt des ehrenamtlichen Vorstands November 2015
- Vorbereitung des **Obleuteversammlung 2016**: Vermittlung von berufspolitischen Informationen, Stärkung der Obleute als Multiplikatoren, Wahrnehmen von Themenbereichen in den Bezirken
- **DAKJ**: Wahl zum **2. stellvertretenden Generalsekretär**, Förderung der Ko-

operation aller pädiatrischer Versorgungsbereiche, auch des ÖGD

- **AG Bedarfsplanung**: Konzepte für die Definition eines flächendeckenden, lebenswelt- und wohnortnaher Zuganges aller Kinder und Jugendlichen zu allen Bereichen einer pädiatrischen Versorgung

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: dehtleff.banthien@uminfo.de



Dr. Christoph Bornhöft
Bensheim
Mitglied im Vorstand

Auf dem Weg in die Vorstandsarbeit

- Vorstandsmitglied seit November 2015
- **Vertreter** der Delegierten Karin Geitmann bei der ECPCP, Teilnahme an der Frühjahrssitzung in Budapest
- Begleitung des Themas **Schulgesundheitspfleger/-in**:
 - Treffen mit Vertretern des VBE (Verband Bildung und Erziehung)
 - Mitglied der Steuerungsgruppe des Pilotprojektes Hessen/Brandenburg
- Mitglied der **Expertengruppe des ECDC** über Immunisierungsinformationssysteme (IIS):
 - Telcos und zweimalige Treffen in Stockholm, Erarbeitung eines Handbuchs ist im Gange

interne Kommunikation:

- Konzeptionelle Arbeit in den Bereichen Videokonferenzen, Newsletter aus dem Vorstand, Möglichkeiten von Twitter für den Verband intern, u.a.: hier müssen wir uns verbessern, um die Zusammenarbeit und den Zusammenhalt der Pädiater zu stärken
- **Ausschuß „Qualitätsmanagement“**: COSI, Vorbereitung der nächsten Mitgliederbefragung

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: christoph.bornhoeft@uminfo.de



Dr. Uwe Büsching
Bielefeld
Mitglied im Vorstand

Jugendmedizin – viele Baustellen

- Bindeglied zwischen Vorstand und **Ausschuß Jugendmedizin**
- jährliches **Vorbereiten des Kongress Jugendmedizin** in Weimar
- **Transition** als Thema der DGKJ und der DGSP, Teilnahme am Jahrestreffen der Deutschen Gesellschaft für Transitionsmedizin e. V. (DGfTM)
- Fortführung der vom BVKJ initiierten **Kommission Jugendmedizin bei der DAKJ**: Weiterbildungsordnung, Ausbildung von MFAs und pädiatrischen Krankenschwestern und um E-Learning
- Mitwirken bei LÄK und KV Westfalen-Lippe

- **Deutsche STI-Gesellschaft**: Kontakte zur BZgA, der ÄGGF, der AG **Jugendgynäkologie** und vielen anderen, Mitarbeit an einem Fortbildungscurriculum zu STIs
- **Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**, stellvertr. Vorsitzender: Konzeption und Durchführung des **BLIKK-Projektes**, BMG-finanziert
- **Kurs zur Psychosomatischen Grundversorgung**, AG Glücksspielsucht, „SCHAU-HIN“, ...

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: uwe.buesching@uminfo.de



Karin Geitmann
Hagen
Mitglied des Vorstandes

BVKJ im Grenzbereich zu Europa

- Delegierte in der **EAP (European Academy of Paediatricians)**: in sehr guter Zusammenarbeit mit Prof. P. Hoyer als Delegierten der DGKJ
- Arbeitsgruppe „**Primary and Secondary Care**“: gemeinsame Erklärung von EAP, EPA und ECPCP: verbesserte ärztliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in der Zukunft auf europäischer Ebene
- Delegierte in der **ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians)**, in der jedes Mitglied des BVKJ automatisch auch Mitglied ist
- Mitglied **des Europaausschusses der SpiFa** (Spitzenverband Fachärzte

Deutschlands): Die SpiFa stellt den dt. Vertreter in der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) – ein Zusammenschluss von mehr als 50 medizinischen Fachgebieten auf höchster europäischer Ebene mit dem Ziel, z.B. medizinische Ausbildung zu definieren und zu vereinheitlichen.

- Mitarbeit in der Redaktion des **Schwerpunktheftes**
- Mitglied in der **AG Kooperation Pädiatrie - Allgemeinmedizin**

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: karin.geitmann@uminfo.de



Dr. Klaus Rodens
Langenau
Mitglied des Vorstandes

BVKJ-Kontakte wollen gepflegt sein

- **Vorstand** der wissenschaftlichen Schwesterfachgesellschaft **DGKJ**
- **Leitlinienarbeit**, z.B. Thema Kleinkwuchs, Verankerung der Primärdiagnostik beim grundversorgenden KJA
- **AG** Eruiierung von ‚Kooperation(sfeldern) mit dem **Hausärzterverband**‘. Themen: Einführung eines PJ-Quartals in einer Primärversorger-Praxis, Transitionsmedizin aus der Perspektive der Grundversorger, einfacherer Zugang zu den Fortbildungen des BVKJ für Hausärzte, hausarztzentrierte Verträge unter einem Dach
- AG Kooperation mit den Kinder- und JugendpsychiaternInnen
- **Logopädenverband**: Stotterbroschüre begleitet
- **BVKJ-Schwerpunktheft**: gute Resonanz auf 2016, neues Thema: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche

- **Vertragskommission**: Lenkungsausschussmitglied für den BKK-Starke Kids-Vertrag (Bund) und die HzV mit der AOK (Baden-Württemberg)
- **Mastervortrag** „**Neue Kinderrichtlinien**“,
- **Vorträge** über den rationalen Umgang mit **sprachauffälligen Kindern**
- **Beiratsmitglied** beim BMG-geförderten **Projekt** „**Entwicklung eines E-Learning Programms** „**Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe**“
- Mitglied des **Ehren-Komitees**

Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor: klaus.rodens@uminfo.de

Red.: WH



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

0800 1011 495 zur Verfügung.

Wege zu verbesserten Versorgungssystemen zur Behandlung von Kindern in Europa

Sind es wirklich nur Fragen des Geldes und der „top down“ Management-Strategien? // Die Gesundheitssysteme vieler europäischer Länder haben offensichtlich große Probleme, die notwendigen Änderungen der Versorgungsleistungen von der Theorie in die Praxis umzusetzen. Als Hindernisse werden häufig Finanzierungsprobleme und Kompetenzprobleme der Führungskräfte („top-down“ Management Strategien“) angesehen. Aus Sicht der Pädiater stehen auch viele andere Problembereiche bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Kindern im Zentrum ihrer Analysen. Diese Probleme beziehen sich auf die von unten nach oben laufenden Mitbestimmungs-Wege („bottom-up“ Management Strategien) und beeinflussen die pädiatrische Motivation zur Teilhabe an Veränderungen negativ. Im vorliegenden Beitrag werden Voraussetzungen und Hindernisse für die Erneuerung des Gesundheitservice für Kinder aus pädiatrischer, systemischer, deutscher und europäischer Sicht dargestellt.



Prof. em. Jochen H.H. Ehrich

Einleitung

Staatliche und private Gesundheitsversorgungssysteme haben in den verschiedenen europäischen Ländern zunehmend Probleme, sich an die Komplexität der medizinischen, sozialen, ökonomischen, politischen und kulturellen Veränderungen anzupassen (1). Dabei stellen das Recht der Kinder auf Gesundheit und die vom Europarat geforderten Kriterien wie kindgerechte/r Schutz, Prävention, Partizipation und medizinische Versorgung die gesetzliche Grundlage für die Anpassung der Versorgungssysteme an zukünftige Herausforderungen dar (2). In vielen Ländern besteht aber zu Ungunsten der Kinder eine Kluft zwischen internationalem Wissen und Erfahrung einerseits

und nationalen politischen Strategien und medizinischen Praktiken andererseits. Daraus ergibt sich, dass viele Länder Europas nicht mit globalen Entwicklungen Schritt halten und versäumen, die notwendigen Anpassungen in ihr eigenes Gesundheitssystem einzuführen. Dies gibt in Europa Anlass zur Sorge, zumal wenn die Rechte der Kinder nicht ausreichend beachtet werden (<http://philosophieindebate.de/2149/pro-und-contrasollen-kinderrechte-in-die-verfassung-aufgenommen-werden/#more-2149>).

Die Gesundheit von Kindern hängt – von mir geschätzt – zu ca. 85 % von allgemeiner Gesundheitsvorsorge („child health care“) ab und zu 15 % von medizinischer Versorgung („paediatric care“). Als Maß für den Vergleich der Qualität der Kindergesundheit in verschiedenen Ländern wurden **Mortalitätsstatistiken** verwendet (3). Diese zeigten, dass in den letzten 30 Jahren die Mortalität der Kinder bis zum Jahr 2010 in 15 Ländern der Europäischen Gemeinschaft (EU) sank. Im Jahr 2010 lag sie im Mittel bei ca. 25 Todesfällen pro 100.000 Kinder unter 15 Jahren (3). Es bestanden aber immer noch beachtenswerte Unterschiede der Mortalität in den Ländern der EU. Die Unter-15 Jahre-Kindersterblichkeit war am niedrigsten in Schweden (20/100.000). Hätten z. B. Deutschland und Großbritannien ähnliche Voraussetzungen ihrer Gesundheitssysteme wie Schweden geboten, wären pro Jahr in Deutschland 815 und in Großbri-

tannien 1951 Kinder möglicherweise entweder nicht tödlich erkrankt oder verletzt worden oder hätten ihre Krankheiten überlebt (3). Die noch wichtigeren **Morbiditätsstatistiken** zeigen in zahlreichen nationalen Veröffentlichungen die Länder-abhängige Abnahme von akuten Infektionskrankheiten und die Zunahme von organischen (z. B. Adipositas, Asthma) und psychomentalen Erkrankungen in Europa. Hinsichtlich der Behandlungs-Leitlinien wurden verbindliche Empfehlungen von den mehr als 30 verschiedenen europäischen Sub-Spezialitäts-Gesellschaften wie z. B. der European Society of Paediatric Nephrology vorgeschlagen, die allerdings bisher nicht von allen Ländern komplett in die Praxis umgesetzt wurden. Letztlich finden sich in Ländern der EU Hinweise auf die immer noch bestehenden Unterschiede der Qualitätsstandards bei der Behandlung von einzelnen Erkrankungsgruppen wie den onkologischen Krankheiten (4). Allerdings wären die Unterschiede der Mortalität und Morbidität viel ausgeprägter, wenn nicht nur westeuropäische Länder sondern alle 53 europäischen Länder – laut WHO Definition von Europa – miteinander verglichen würden. Die Ursachen der Unterversorgung von Kindern in einigen europäischen Ländern sind vielfältig und beinhalten den Mangel an Gleichheit und Gerechtigkeit im Vergleich zur Versorgung von Erwachsenen und Unwirksamkeit der angewandten Therapien („Lack of Equality, Equity, Efficacy“).

Die Ursachen der unterschiedlichen Kindergesundheit in Europa liegen stärker im sozialen Umfeld begründet als in der medizinischen Versorgung (3). Der Gesundheitszustand von Kindern korrelierte beispielsweise positiv mit dem Bruttonozialprodukt der Länder, also der wirtschaftlichen Stärke eines Landes (3). Diese Korrelation bedeutet aber nicht, dass wohlhabende Nationen gezielt und auch relativ mehr Geld für die richtigen Aktivitäten zum Erreichen einer guten Kindergesundheit ausgegeben hatten als ärmere Länder. Insbesondere Länder wie Schweden mit höheren **Sozialausgaben** wiesen niedrigere Mortalitätszahlen auf (3). Es sind offensichtlich **komplexe Investitionen zur Vermeidung von sozialer Ungerechtigkeit** – wie z. B. Armut, Bildungsnotstand, mangelnde Sicherheit, gestörte psychomentele Entwicklung – die zusammen mit finanzieller Förderung der medizinischen Versorgung zur verbesserten Gesundheit von Kindern beitragen (Tab. 1).

Das Anstreben einer „idealen“ **individuellen medizinischen Versorgung** erfordert, dass sie überall 1. ausreichend vorhanden sein sollte, 2. zugänglich für alle Kinder, 3. qualitativ angemessen und 4. bezahlbar, also die sogenannten vier „A“: „Available, Accessible, Adequate, Affordable“ beinhalten sollte. Diese Investitionen erfordern **finanzielle Mittel** seitens des Staates und der Krankenversicherungen, **Kompetenz und Kooperation** aller Behandelnden und selbstverständlich **Verantwortung und Empathie** der Eltern und der Gesellschaft. Der Erfolg der Maßnahmen hängt von **Koordination und Konsens** aller Beteiligten ab.

Fragestellung

Es stellt sich die Frage, warum die Gesundheitssysteme in vielen europäischen Ländern offensichtlich so große Probleme haben, die notwendigen Änderungen vorzunehmen, um die Theorie in die Praxis umzusetzen. Bei der Beantwortung dieser komplizierten Frage ist zu beachten, dass so wie der Fragesteller seine Frage

Tab. 1: Beispiele für sozio-kulturelle und medizinische Barrieren, die einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Kindern entgegenstehen, sowie Vorschläge zur Beseitigung der Hindernisse.

A. Sozio-kulturelle Notstände und Barrieren
<i>a. Pathogene Faktoren</i>
1. Armut
2. Bildungsnotstand
3. Mangelnde Sicherheit
z. B. Umweltverschmutzung (Pollution)
z. B. Straßenverkehr
z. B. nicht adäquate Ernährung
4. Psychomentele Bedrohung
z. B. mediale Verrohung
z. B. Sucht
4. Kinder stehen nicht im Zentrum der nationalen Interessen
5. Rechte der Kinder stehen nicht im Grundgesetz
<i>b. Fehlende salutogene Faktoren</i>
Mangel an:
körperlicher Aktivität
musischer Betätigung
kindgerechter Freizeit
kultureller Aktivität
Sozialverhalten
familiärer Bindung
Vertrauensmangel der betroffenen Familien gegenüber der Medizin
B. Pädiatrische Versorgungsprobleme
1. Pädiatrische Versorgungslücken an Wochenenden und Feiertagen
2. Versorgungslücken zur Nachtzeit
3. Fragmentierung der medizinischen Versorgung
z. B. zwischen niedergelassenen und Krankenhaus-Kinderärzten
z. B. zwischen Generalisten und Spezialisten
4. Mangelnde ärztliche Adhärenz
z. B. an Leitlinien und Qualitätsstandards
z. B. an Empfehlungen zur Kommunikation mit Kindern
z. B. zu den Rechten der Kinder
z. B. an Empfehlungen zur Partizipation von Kindern
5. Professioneller Egoismus der unterschiedlichen Kinderarzt-Typen wie z.B. Generalisten und Spezialisten
6. Ungerechte Ressourcen-Verteilung

* **Systemdenken** bedeutet konkret, alle Elemente eines Problems oder Projekts System „Mensch-Technologie“ sein, das unter finanziellen Aspekten besondere

Problemlösungs-Vorschläge	Verantwortlich für die Umsetzung von Theorie in die Praxis
ausreichende materielle Versorgung	Sozialämter
Gesundheitserziehung	Schulen
Mehr Schutz (Protektion) und Prävention, z. B. Gefahren-Prävention	Politik und Medien
Umweltschutz	
Verkehrsberuhigung	
Einflußnahme auf Lebensmittel-Werbung	
Aufklärung durch Anleitung und Verpflichtung	Politik und Medien
altersgerechte Aufklärung zum Risiko der neuen Medien	Politik und Medien
altersgerechte Aufklärung über Suchtgefahren	Politik und Medien
Kulturwandel, im Sinne von mehr Förderung (Promotion), d. h. mehr soziale Stärkung des Kindes	Politik und Medien
Änderung des Grundgesetzes	Politik und Medien
Schaffung eines Kinderbeauftragten im Parlament	
Mehr Vermittlung (Provision) von gesunden Faktoren, d. h. Investitionen in	Politik und Medien
Sport	Schulen, Sportvereine, Schwimmbäder
Musische Aktivität	Schulen und Musikschulen
Freizeitgestaltung	Jugendzentren, Medien
Kulturelle Interessen	Theater und Museen
Politische Interessen	Politische Parteien
Familiäre Stabilität	Psychologische
Familien-freundliche Versorgung	und philosophische Beratung zur Resilienzbildung
Problemlösungs-Vorschläge	Verantwortlich für die Umsetzung von Theorie in die Praxis
Kompetente ortsgebundene Versorgungsmodelle	Ärztliche Selbstverwaltung
Kompetente ortsgebundene Versorgungsmodelle	Ärztliche Selbstverwaltung
Multidisziplinäre Teamversorgung an einem Ort	Ärztliche Selbstverwaltung
Gestaltung von Patientenpfaden	Ärztliche Selbstverwaltung
Gestaltung von Patientenpfaden	Ärztliche Selbstverwaltung
	Fortbildungen
Information zu Evidenz-basierten Daten	Interne Qualitätskontrolle durch Ärzteteam-Bildung
Information zu Evidenz-basierten Daten	Fortbildungen
Information zu Evidenz-basierten Daten	Fortbildungen
Information zu Evidenz-basierten Daten	Fortbildungen
Vermeidung der Ökonomisierung der Pädiatrie	Politische Parteien
System-Denken*	Ärztliche Selbstverwaltung
System-Denken*	Politik und ärztliche Selbstverwaltung

zusammenzufassen und dieses Gesamtsystem unter bestimmten Gesichtspunkten zu analysieren. Dies kann z.B. das Anforderungen an die Problemlösung stellt, ohne soziale und kulturelle Probleme zu vernachlässigen.

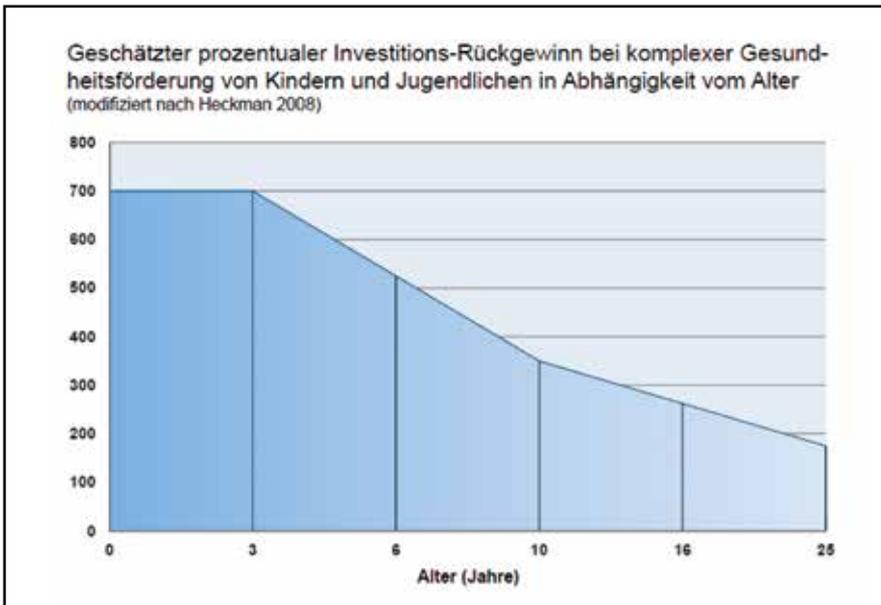


Abb. 1: Die Investition in frühkindliche Entwicklung bei Kindern unter drei Jahren führt bei Investition von einem US-Dollar zur Versiebenfachung des prozentualen Rückgewinns im späteren Alter (y-Achse in Prozent investierten Geldes) (modifiziert nach J. J. Heckmann (10))

formuliert, er schon die Weichen für einen Weg des Denkens stellt. Wenn die Antwortenden sich selbst außerhalb der Frage stellen, also **über** etwas diskutieren, ohne **von** etwas zu reden, das sie selbst berührt, dann werden auch die Antworten der Komplexität nicht gerecht. Die Antworten sollten daher keine abstrakte Redeweise für etwas verwenden, für das die Antwortgeber selbst keine Verantwortung aufbringen müssen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der internationale Management-Slogan „Bessere medizinische Versorgung mit weniger Geld“ („Better care for less money“). Wenn die Diskussion zur Verbesserung der Kindergesundheit vorwiegend bereits im Ansatz auf eine Ökonomisierung der medizinischen Versorgung ausgerichtet wird, dann kann im Endergebnis kein allseitig befriedigendes Ergebnis herauskommen. In diesem Artikel ordne ich daher meine Sichtweise und meine Antworten in Ich-Form mir selbst als einem noch aktiven Teil des Gesundheitssystems zu. Abweichend von der sonst üblichen medizinisch-wissenschaftlichen Formulierungsweise ist der vorliegende Artikel daher bewusst in einem persönlichen und nicht in einem strengen wissenschaftlichen Schreibstil gehalten.

Wie sollte also die Zukunft der Pädiatrie aussehen? Mir wurde kürzlich die spezielle Frage gestellt, wie die Zukunft der Versorgungssysteme zur Behandlung von **schwerstkranken Kindern** in

Europa aussehen könne. Meine Antwort lautete (5), dass eine **hoch spezialisierte Kindermedizin in Kompetenzzentren** der Verbesserung von kindgerechter Gesundheitsversorgung bei Kindern mit komplizierten und seltenen Erkrankungen dienen muss. **Kompetenzzentren** haben sich in allen europäischen Ländern vorwiegend dort spontan entwickelt, wo jemand arbeitet, der in besonderem Maße qualifiziert ist und nicht unbedingt dort, wo sie gebraucht werden. **Sie berücksichtigen in der Regel daher mehr individuelle Bedürfnisse der Experten als allgemeingesellschaftliche Erfordernisse.** Dabei hat sich nicht die Konzeption von Infrastruktur und Behandlungsprozessen individueller Kompetenzzentren als Problem erwiesen, sondern deren Koordination. Folglich scheint das Hauptproblem darin zu liegen, dass die Etablierung von kinderfreundlichen, überregional ausgewogenen und ökonomisch tragbaren Modellen aufgrund einseitiger Sichtweisen behindert wurde. Diese allzu menschlichen Hindernisse können wahrscheinlich nur durch eine Kombination von „Unten nach Oben“ (bottom up) und von „Oben nach Unten“ (top down)-Entscheidungen beseitigt werden. Die Verbindung der beiden Ansätze setzt ein kluges politisches und ärztliches Management voraus. Es kann erfolgreich werden, wenn subjektive, objektive, interaktionelle und systemische Sichtweisen von politisch Verantwortli-

chen und von medizinisch Handelnden berücksichtigt werden. Die Organisation von Kompetenzzentren setzt eine dem Ganzen gegenüber verantwortliche sozio-ökonomische Haltung aller Meinungsmacher voraus und deren Kooperation und entscheidenden Willen zum zügigen Konsens.

Warum brauchen wir in Europa grundsätzlich bessere medizinische Versorgungssysteme zum Schutz von gesunden und zur Behandlung von kranken Kindern? Meine Antwort auf diese allgemeine Frage lautet, dass sowohl die vermeidbaren Unterschiede der Qualität der medizinischen Versorgung von europäischen Kindern als auch die unnötige Diversifizierung der pädiatrischen Versorgungssysteme zu beseitigen sind (5). Im vorliegenden Text weise ich auf die Hindernisse und Fallstricke bei derartigen Projekten und Prozessen hin, die in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedlich wirksam sind. Damit möchte ich das europäische Dilemma konkreter und deutlicher machen, und ich versuche der Komplexität der Herausforderungen gerecht zu werden.

Verbesserung von Gesundheitsversorgungssystemen für Kinder

Die Verbesserung von Versorgungssystemen setzt voraus, zunächst den Ist-Zustand zu klären, danach was in der Zukunft sein wird und schließlich wie dringlich das Anliegen ist, Defizite zu beseitigen. Leider ist die Datenlage zum Ist-Zustand vieler Details zur Qualität der Versorgung in vielen europäischen Ländern unklar, wie z. B. bei Frühgeborenen-Versorgung, Gesundheitszustand bei Einschulung, oder Behandlungspfade für häufige Infektionskrankheiten. Ein in Kürze fertig gestellter Supplementband der European Paediatric Association – Union of National Paediatric Societies and Associations (EPA-UNEPSA) im Journal of Pediatrics wird hier Besserung schaffen. Zukunftskonzepte zu 1. Vorsorgeheften für Migranten-Kinder oder chronisch kranke Kinder und 2. für die Kinderkliniken in Europa werden derzeit in vielen Länder diskutiert und in begrenztem Maße auch durch die EU europäisch harmonisiert. Die Dringlichkeit der Implementierung von neuen Strukturen in den europäischen Gesundheitssystemen

wird von vielen in Politik und Medizin maßgeblich tätigen Akteuren akzeptiert. Bei diesen Prozessen ist zu beachten, dass **Zukunft** keine zeitliche Ferne sein darf – also nicht nur eine zeitliche Dimension ist –, sondern vor allem einen unmittelbaren Bruch mit der Gegenwart erfordern kann.

Die gegenwärtigen Qualitätsunterschiede der Gesundheitsversorgung haben ihre Ursachen nicht nur in ökonomischen Krisen wie z. B. der vom Jahr 2008, sondern liegen sehr viel länger zurück und haben vor allem ihre Ursachen 1. in der mangelnden Anwendung des Gedanken-Modells von „**Wurzel-Ursache-Wirkung-Folge**“ (Tab. 2), 2. zu geringer Berücksichtigung des „**Lebenszyklus-Modells**“ (Abb. 1, Tab. 3) und 3. im „*unvermeidlichen*“ Verhalten von „**wir machen es so, wie wir es immer gemacht haben**“. Ein **wesentliches Problem bei der Umsetzung von neuen Versorgungstheorien in die Praxis liegt darin**, dass sich zwar alle Betroffenen und Beteiligten einig sind, dass etwas geschehen muss, aber festgestellt haben, dass – egal was sie tun – die Krise so weiter geht, ohne dass sich etwas ändert.

Die Mehrheit der europäischen Länder lebt bereits in der Gesundheits-Krise (wie auch in der Klima- und Umweltkrise) und verhält sich nach dem Prinzip „business as usual“. Alle Verantwortlichen scheinen zu wissen, dass es nicht so weiter gehen kann, aber sie wissen wohl nicht, wie es genau weitergehen könnte und sollte. Die daraus folgende Konsequenz wird sein, dass Länder entweder ihre Gesundheitssysteme verändern und die negativen Umstände sofort beseitigen, oder beim weiteren Hinauszögern von Veränderungen später größere Katastrophen spüren müssen und – erst wenn der Leidensdruck zu groß wird – dann zu noch größeren Veränderungen und Investitionen gezwungen werden.

Wo liegen unsere eigenen **Motivationen** als Kinderärzte, etwas im Gesundheitssystem des eigenen Landes und anderer europäischer Ländern zu ändern? Es ist verständlich, dass immer eigene Interessen vorhanden sind, aber es ist zu berücksichtigen, dass eine unmittelbare **Befriedigung der eigenen Bedürfnisse der Behandelnden** dem Ganzen schadet. Daher sollte nicht die Bedrohung der Existenz von pädiatrischen Praxen bei der

Primärversorgung von europäischen Kindern im Vordergrund der Interessen stehen, sondern das Wohl der Kinder. Daraus kann unter Umständen in einzelnen Ländern die Forderung nach einem Bedürfnisverzicht der betroffenen Kinderärzte resultieren. Auf europäischer Ebene ist zu fordern, dass nationale Kinderarztorganisationen im Sinne der „international social responsibility“ zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ganz Europa beitragen und nicht nur auf das eigene Land fokussiert bleiben. Es bedeutet aber auch, dass übergeordnete und internationale Entscheidungsträger wie die Europäische Union und die Weltbank mit ihren Empfehlungen und Maßnahmen national gewachsene Entwicklungen berücksichtigen müssen. So hat beispielsweise die „top-down“-Entscheidung zum Ersatz der pädiatrischen Primärversorgung durch Allgemeinärzte in zwei Drittel der osteuropäischen Länder nicht zu einer von den nationalen pädiatrischen Präsidenten als positiv beurteilten Neuorganisation der Erstversorgung von Kindern geführt, sondern eher zur Verschlechterung der Versorgungsqualität.

1. Beispiel: Postnatale Fehlernährung kann die **Wurzel** für eine Adipositas sein, die wiederum die Ursache für ein metabolisches Syndrom sein kann, das sich als kardiovaskuläre Erkrankungen **auswirken** kann und Langzeitkomplikationen zur **Folge** haben kann.

2. Beispiel: Intrauterine Fehlernährung des Fötus durch Rauchen der Schwangeren kann die **Wurzel** eines gestörten „fetal programming“ sein, das wiederum **Ursache** für eine verminderte Nephronbildung ist, die sich im mittleren Alter als arterieller Hypertonus **auswirken** kann und später zu kardiovaskulären **Spätfolgen** führt.

Fazit: Gesundheitsversorgungsstrategien müssen die Komplexität und Logik dieses Modells berücksichtigen und Lücken zwischen den einzelnen Versorgungsstufen und den verschiedenen Behandelnden bei Diagnostik und Therapie vermeiden.

Tab. 2: Beispiele für das Wurzel-Ursache-Wirkung-Folge-Modell in der Kinderheilkunde

Viele Erkrankungen haben ihre Wurzeln und Ursachen in Störungen der Fetalzeit und frühen Kindheit (z. B. Armut, mangelnde Protektion und Prävention). Wenn sie früh erkannt und während der Schwangerschaft, Neonatal- und Säuglingszeit gut behandelt werden, sind die entstehenden Kosten für das Gesundheitssystem sehr viel niedriger, als wenn sie unerkannt und unbehandelt bleiben und mit einer Latenz von 50 Jahren und mehr zu Spätfolgen mit daraus resultierenden hohen Behandlungskosten führen. Jeder in die Frühförderung investierte Euro ist gut investiert und zahlt sich nach Heckman (10) nach vielen Jahren durch ein Vielfaches aus.

Tab. 3: Das Lebenszyklus-Modell als Beispiel für die positiven Aspekte einer breiten Frühförderung von Kindern

Grundsätzliche Voraussetzungen für Änderungen der Gesundheitsversorgung

Wenn die **kognitive Dissonanz**, d. h. fehlende Übereinstimmung von Überzeugung (Wollen) und Handeln (Können) den Akteuren bewußt wird, kann sie zur Klärung und zu Änderungen führen, also die „Chance in der Krise wahrnehmen“. Selbst Überdruß aufgrund mangelnder Umsetzungsgeschwindigkeit von neuen Konzepten kann zur Bewusstseinsänderung führen. Notwendige Veränderungen sind in der Praxis nur zu erreichen, wenn „besser Lehren“ und „besser Verstehen“ geübt werden. Salutogen ist für das Gesundheitssystem die allseitige Erstellung von Wünschen, die des Wünschens wert sind, also Wünsche erster Ordnung, d. h. sie beziehen sich auf Abläufe und Umstände der Patientenversorgung, nicht aber auf anderweitige Wünsche. Beispielsweise sollte für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/Innen die Verbesserung der ambulanten Versorgung bei Tag und Nacht ein Wunsch erster Ordnung sein

und ihr verständliches Streben nach einer für sie selbst auch befriedigenden Lösung eines Dienstes ohne Nacht- und Wochenenddienste ein Wunsch zweiter Ordnung. Die Erstellung dieser Wünsche erfordert Kreativität und Suche nach Neuem sowie Abstimmung des Neuen mit Bewährtem. Positive Antriebe im Bereich der Kindergesundheit entstehen auf der Basis einer Kultur des Zusammenlebens von Erwachsenen und Kindern. Ist die Kultur des allgemeinen Zusammenlebens nicht ausreichend vorhanden wie z. B. in Zeiten der Krisen oder drohenden Dekadenz, dann besteht die Notwendigkeit zu einem **Kulturwandel**. Kinder sind in Krisenzeiten die schwächsten Glieder unserer Gesellschaft und bedürfen eines besonderen Schutzes. Bei der Durchsetzung eines Kulturwandels müssen diejenigen jungen Erwachsenen durch Kritik und durch Ausprobieren neuer Wege eine zentrale Rolle spielen, die nicht unter Alternativlosigkeit leiden. **Junge Kinder- und Jugendärzte/Innen müssen mehr Einfluss auf ihre medizinische Umwelt nehmen können.** Während meiner Seminare zur Karriereplanung an einer medizinischen Fakultät fiel mir

auf, dass deutsche Medizinstudenten des letzten Studienjahres eine große **Entscheidungs- und Entschlusslosigkeit** bei der Planung ihres Berufsweges und -bildes und ihrer Karriere zeigten. Grundsätzlich erscheint mehr Anregung zur Eigeninitiative von jungen Menschen in Deutschland geboten zu sein, da bei ihnen Schmerzvermeidungsstrategien und eine Normativität der Alternativlosigkeit zu dominieren scheinen (6). Eine dringend notwendige **Fehlerkultur** scheint sich in der deutschen Gesellschaft wie auch in anderen westeuropäischen Ländern nicht durchzusetzen, obwohl allen klar sein müsste, dass Scheitern im Einzelnen ein wichtiger Bestandteil des Fortschritts im Ganzen und der Innovation ist. Es muss also ein Wechsel von der Zivilgesellschaft im Allgemeinen und in den medizinischen Fachgesellschaften im Speziellen mit ihren jeweiligen Regeln hin zur Kulturgesellschaft stattfinden, d. h. mit Bereitschaft zum Ausprobieren und zum Wechsel. Kulturwandel und Fortschritt erfolgen vor allem durch „Lernen über Grenzen hinweg“ und durch neue Theorien und Erfahrungen, bei denen nicht nur Wissenschaft, sondern auch Künste u. v. a. m. beteiligt sind. Bei der Verbesserung von allgemeiner und medizinischer Gesundheitsversorgung geht es darum, sich mit komplexen systemischen Faktoren zu befassen, die für alle Menschen wichtig und sinnvoll sind, d. h. das Prinzip des „systems thinking“ anzuwenden. Hierzu gehört die aufwendige Planung von Krankheits-abhängigen **Behandlungs-Pfaden**, die bereits den Gesamt Ablauf von erster Patienten-Vorstellung, Wiedervorstellung, konsiliarischer Betreuung, Patiententransfer, Rehabilitation und Re-Integration berücksichtigen.

Notwendige Faktoren für den erforderlichen Wandel und „Ruck“ sind Mit-Leidenschaft, Be-Geisterungsfähigkeit und soziales Lernen, unter Verwendung von sozialer Teilhabe und Kompetenz beim Suchen nach Lebenssinn-Fragen. In Osteuropa sind die Voraussetzungen für innovative Entwicklungen der Gesundheitssysteme anders als im Westen, d. h. die neun neu in die EU der 28 Länder aufgenommenen Länder wie die Tschechische Republik mussten und konnten sich teilweise sehr schnell an EU-Richtlinien anpassen, während andere ehemalige Länder der Sowjetunion wie z. B. Armenien ohne die Hilfe der EU auskommen mussten und eigene Lösungswege mehr oder weniger

erfolgreich beschritten haben. Auf die besonderen gesundheitspolitischen Probleme dieser 18 von 53 europäischen Länder kann aus Platzgründen an dieser Stelle nicht eingegangen werden und es wird auf die in Kürze erscheinenden 23 Artikel der EPA/UNEPSA im Supplementband „Diversity of child Health Health Care Services in Europe“ im Journal of Pediatrics verwiesen, sowie auf die Übersichtarbeit von McKee (7).

Hemmende Faktoren, die unsere Motivation als Kinderärzte blockieren, etwas sofort im Gesundheitssystem zu ändern

Zahlreiche allgemeine Faktoren stellen Hindernisse für die Überwindung von Problemen dar. Depression und **Burn-Out** führen zur Lähmung in der Leistungs-Gesellschaft. Die fortschreitende, zwanghafte Individualisierung fordert und fördert eine übermäßige Selbstverantwortung bis zur Selbstaubeutung, und der Gemeinsinn geht verloren. Es kann die Erkenntnis trüben, dass **Werte nicht immer eindeutig** sind, bzw. dass konkurrierende Werte gleich gültig sein können. Daraus entsteht eine **kollektive Gleich-Gültigkeit** (6). Die Erkenntnis, dass das **Leben widersprüchlich** ist, kann fälschlich zur **Erklärung der eigenen Passivität** dienen. **Einzel-Perspektiven** führen in eine Sackgasse der Funktionalisierung („Hauptsache, es klappt bei mir“) und des **Schmerzvermeidungs-Verhaltens** („Hauptsache, es tut mir nicht weh“). Die unkritische Verwendung von **Ideologemen**, also Gedankengebilden oder Vorstellungen, die sich auf einen nur vermeintlich konkreten Gegenstand beziehen, können zur Verwirrung führen. Die Verwendung der Ideologeme „**Nachhaltigkeit**“ oder „**Globalisierung**“ löst noch keine Probleme in der Gesundheitsvorsorge, wenn keine konkreten Vorschläge zur Umsetzung von der Theorie in die Praxis gemacht wurden.

Die **existenzielle Angst vor der Zukunft** hat angesichts zahlreicher sozialer und politischer Gründe in Deutschland zugenommen. Angst kann nur solange als etwas Positives angesehen werden, wenn sie als **Warn-Signal** verstanden wird und eine Gesundheits-Politik das „Wehret den Anfängen“ zur Basis hat und nicht ein „Wir warten erst einmal ab“. Es be-

steht bei vielen Meinungsmachern in der Gesundheitspolitik auch ein Mangel an Erkenntnis, **dass Änderungen universell erforderlich sind**. Universalität ist das Maß aller Dinge und nicht Globalisierung, d.h. es geht nicht nur um internationale Verflechtungen zwischen Gesellschaften, Institutionen und Staaten in dem Bereich der Medizin, sondern um unveränderliche Gültigkeit und Generalisierbarkeit von umfassendem Wissen, Bildung und wissenschaftlichen Aussagen.

Zur Situation in Deutschland im Speziellen und in Europa im Allgemeinen

Zu den **allgemeinen medizinisch-organisatorischen Ursachen mangelnder, ineffektiver oder kontraproduktiver Innovationen** gehören mangelhaftes Lernen über nationale Ländergrenzen hinweg. Dies führt in vielen europäischen Ländern zu Verzögerungen und zur Etablierung von sogenannten „innovativen Lösungen“, die sich bereits in anderen Ländern nicht bewährt haben. Eine unkritische transatlantische Übernahme von Versorgungsmodellen ist allerdings problematisch zu bewerten, erst recht wenn die Versorgungssysteme grundsätzliche Differenzen aufweisen, wie z.B. in Deutschland und den USA (8). **Fehlende internationale soziale Verantwortung** bedeutet, dass sich nationale pädiatrische Gesellschaften in Europa nicht ausreichend für die Lösung medizinischer Versorgungsprobleme in anderen europäischen Ländern einsetzen. Es besteht meiner Erfahrung nach eine **schlechte Kooperation und teilweise ein eifersüchtiger Wettbewerb zwischen einzelnen europäischen pädiatrischen Dachorganisationen**. Es gibt nach wie vor keine übergreifende „Europäische Gesellschaft für Kinderheilkunde“. Die europäischen Pädiater sprechen nicht mit einer gemeinsamen Stimme, wenn sie den Politikern der Europäischen Union in Brüssel gegenüberstehen. Die mangelnde Förderung von wissenschaftlichen Projekten zur Kindergesundheit im Rahmen von „Horizon 2020“ wurde zurecht vom „European Observatory“ kritisiert (9).

Eine Verbesserung der **Kooperation zwischen den nationalen pädiatrischen Gesellschaften untereinander** und von **pädiatrischen Gesellschaften mit anderen medizinischen Gesellschaften**, denen das Wohl des Kindes eine Berufung ist,

wäre mir wünschenswert. In Deutschland und in anderen europäischen Ländern konkurrieren mehr als eine Kinderarztgesellschaft ständig um die führende Rolle, ohne dass der daraus resultierende sportlich anmutende Wettbewerb zu einer Stärkung der gesamten Kinderärzteschaft führt. Die in Deutschland konkurrierenden drei großen Kinderarztgesellschaften haben sich zwar in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zusammen geschlossen, diese konnte sich aber meines Erachtens noch nicht zu einer national durchsetzungsfähigen und international ausstrahlenden Akademie entwickeln. Es ist sicher die gute Absicht aller dieser Organisationen, immer die Sache des Kindes ins Zentrum ihrer Aktivitäten zu stellen und den Lobbyismus einzelner Institutionen, Verbände und Gesellschaften zu vermeiden, aber diese Absicht hat sich nicht immer in der Wirklichkeit durchgesetzt. UNICEF forderte 2013 die deutsche Politik auf, die **UN-Kinderrechtskonvention** (UNCRC) aus dem Jahre 1989 im Deutschen Grundgesetz zu verankern. Dies ist bisher nicht erfolgt. Deutschland hat bisher auch keinen „Child Commissioner“ (Kinderbeauftragten) im Parlament etabliert, und das Endergebnis der dazu eingereichten Petition bleibt abzuwarten.

Fazit

Zu den Voraussetzungen für Lösungswege und anschließendem Konsens aller Beteiligten gehört die Erkenntnis, dass wir Kinder- und Jugendärzte diejenigen Meinungsmacher und Vertreter wählen, die das „Handwerkszeug“ der medizin-soziokulturellen Grundfähigkeiten zur Entwicklung von Bewältigungsmechanismen beherrschen. Zu diesen Qualitäten gehören u. a. Konsensfähigkeit und Durchsetzungsvermögen, um aus der Erstarrung im Gesundheitswesen herauszukommen.

Kernaussagen

Zur Planung von Lösungswegen zur Verbesserung der Kindergesundheit in Europa gehören 1. das Verständnis von Resilienz-Mechanismen, 2. die Vermeidung von Betriebsblindheit, also von „Apokalypse-Blindheit“, d.h. nach dem österreichischen Philosophen Günter Anders-Stern die Fähigkeit, sich das Schlimme vorstellen zu können, und 3. kognitive Dissonanz.

Resilienz ist in der Pädiatrie ein wohl-bekanntes Phänomen bei denjenigen Kindern, die trotz ungünstigster Umweltbedingungen ihren positiven Weg gehen. Resilienz bei Individuen ist keine ererbte Eigenschaft und sie bezieht sich nicht generell auf alle Konfliktsituationen, sondern ist in einem Individuum selektiv für bestimmte Konstellationen gelernt worden. Im Zusammenhang mit dem Thema der Verbesserung der Versorgungssysteme in Europa bedeutet Resilienz das Handlungsfähig-Bleiben der Länder in der Krise. Voraussetzung für eine **kollektive Resilienz** aller Interessengruppen (stakeholders) im Gesundheitswesen der Länder ist die **Netzwerkbildung** und die **Bindung** aller an das Netzwerk. **Individuelle Resilienz** beruht auf Selbstvertrauen, Neugierde und Zweifel, und sie erfordert die frühzeitige Übernahme von Verantwortung der Behandler von Kindern.

Das Empowerment zur Resilienz des einzelnen Pädiaters dient der Klärung seiner/ihrer Fragen: 1. „Was kann **ich selbst** machen bzw. verändern?“ und 2. „Was sollte ich lieber **nicht** machen?“ Das Sich-Verlassen auf Andere ist dagegen ein schlechtes Lösungsprinzip für Krisen des Gesundheitssystems. Letztlich bedeutet dies für Deutschland, dass sich alle Kinder- und Jugendärzte/Innen eng kooperierend für die Sache der Kinder einsetzen sollten und dass bestehende Konflikte zwischen 1. Kinder- und Jugendärzte/Innen in Praxen einerseits und Krankenhaus andererseits, sowie 2. zwischen pädiatrischen Generalisten und Organ-Spezialisten bzw. 3. zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Behandelnden umgehend konstruktiv beendet werden müssen. Die Probleme der Ermächtigung von sub-spezialisierten Krankenhausärzten zur ambulanten Behandlung von Kindern mit seltenen und chronischen Erkrankungen müssen zum Wohl der betroffenen Kinder gelöst werden. Die Kontroversen zu den Spezialambulanzen (§116b/Ermächtigung), Tageskliniken und Notfallambulanzen an Kinderkrankenhäusern werden bei ihrem Fortbestehen allen Kinder- und Jugendärzte/Innen schaden. Last but not least droht ein Mangel an attraktiven Positionen für pädiatrische Sub-Spezialisten, wenn Allgemeinärzte ihre jungen Patienten unter 18 Jahren an internistische Spezialisten überweisen und die Sprechstunden der spezialisierten Kinderärzte leer bleiben. Beispielsweise droht auch ein Mangel an jungen Padiatern mit

Interesse an der Neuropädiatrie, wenn Sozialpädiatrische Zentren immer mehr Akutneurologen einstellen. Die Notfallversorgung neurologisch kranker Kinder kann angesichts fehlender Neuropädiater in Kinderkliniken zu Nacht- und Wochenenden gefährdet werden, zumal wenn Neuropädiater in den Sozialpädiatrischen Zentren keinen Notdienst anbieten.

Einzelne europäische Länder leiden bereits jetzt an einem drohenden Mangel an Kinder- und Jugendärzte/Innen im Allgemeinen, weil junge Ärzte die Weiterbildung zum Pädiateur nicht vergütet bekommen und sogar selbst bezahlen müssen (z. B. Mazedonien).

Die Vermeidung von Betriebsblindheit erfordert die Identifizierung von Denk- und Handlungsblockaden. Das Zitat „Der Mensch ist kleiner als er selbst“ bedeutet, dass der Mensch Atombomben bauen kann, aber er kann sich schlecht vorstellen (und will es auch nicht), welche Folge der Bombenabwurf für die Menschheit hat (Apokalypse-Blindheit). Nach Hegel ist das „Bekannte noch lange nicht erkannt“ und es bedarf des „esprit de finesse“, um Komplexität und Einzelheiten von Prozessen zu durchschauen. Die sinnliche Wahrnehmung und Erfahrung des all umfassenden Problemkreises bedarf der Nähe. Ohne geistige und emotionale Nähe gibt es keine sinnliche Wahrnehmung. **Abstrakte Lösungsvorschläge führen auch in der Kinderheilkunde nicht zum Ziel, sondern es bedarf der emotionalen Intelligenz und Kooperation auf europäischer Ebene.**

Kognitive Dissonanz bedeutet, dass Widersprüchlichkeiten in der Krise akzeptiert und zusammengehalten werden sollten. **Das Herausbrechen von Teilscheinlösungen wird in der Regel dem Ganzen nicht gerecht.** In wie weit dabei das Prinzip der „Dekonstruktion der Gegensätze als Denkmethode“ einsetzbar ist, sollte von konkreten Krisen und Herausforderungen abgeleitet werden. Dekonstruktion bedeutet, dass bei scheinbar unvereinbaren Gegensatzpaaren wie z. B. „modern und alt“ bzw. „Generalist und Spezialist“ nach dem dennoch vorhandenen Gemeinsamen gesucht wird, z. B. was als Positives und Modernes im Alten oder im Differenzierten zu entdecken ist. Bezogen auf die Frage der Primärversorgung von Kindern durch **entweder Pädiateur oder Allgemeinärzte** würde dies bedeuten, dass nach vorhandenen gemeinsamen

und übergeordneten Interessen gesucht werden muss. Im Einzelnen kann dies bedeuten, dass der Kompromiss nicht in einer „one fits all“ Lösung liegt, sondern als abhängig von verschiedenen Faktoren angesehen werden sollte. Beispielsweise könnte die Versorgung von Kindern auf dem Lande durch Allgemeinärzte mit spezieller pädiatrischer Weiterbildung erfolgen und in sozialen Brennpunkten von Großstädten durch fahrbare Praxismobile, während in den übrigen Städten ausschließlich von Padiatern geleitete Teams sowohl an Werktagen für 24h als auch an Wochenenden für Kinder rund um die Uhr zuständig sein könnten. Dabei sollte nicht aus den Augen verloren werden, dass in vielen europäischen Ländern ein bedrohlicher Anstieg des mittleren Alters praktizierender Kinderärzte festzustellen ist und dass in einem Drittel aller Länder in zehn Jahren ein Mangel an allgemeinen und spezialisierten Padiatern droht. Dieser Mangel sollte nicht durch die Migration ausländischer Ärzte kompensiert werden, da dies wiederum in deren Heimatländern zu einer Versorgungskrise führen wird.

Die Ehrfurcht insbesondere vor dem Leben des Kindes muss immer im Zentrum kinderärztlichen Handelns sein. Albert Schweitzer schrieb zum Sinn des Lebens, vor dem er ja so viel Ehrfurcht hatte:

„Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will.“

Danksagung: Der Autor dankt Jürgen Manemann für die vorausschauende Anregung und für die nachdenkliche Diskussion des Themas.

.....
Interessenkonflikt: Der Autor gibt keinen Interessenkonflikt an.

.....
Literatur beim Verfasser

.....
Korrespondenzadresse:
 Prof. em. Dr. Jochen H. H. Ehrlich
 Kinderklinik der Medizinischen
 Hochschule Hannover
 Chairman of the Scientific Advisory
 Committee of the European Paediatric
 Association-Union of National Paediatric
 Societies and Associations (EPA-
 UNEPSA)

Höhenblick 13, 38104 Braunschweig
 E-Mail: ehrlich.jochen@mh-hannover.de
 Red.: Huppertz

Highlights aus Bad Orb

Offene fetale Chirurgie bei Spina bifida

Bei der Myelomeningocele (MMC) handelt es sich um eine schwere, komplexe Fehlbildung aus dem Formenkreis der Spina bifida. Mit entsprechender postnataler medizinischer Versorgung überleben die meisten MMC Patienten mit unterschiedlich schweren, vom Level der Läsion abhängenden Behinderungen. Mit der Publikation der Daten des MOMS-Trials im Dezember 2010, hat sich die Versorgung von Patienten mit Spina bifida grundlegend verändert. Bei Patienten mit dieser Diagnose kann bei entsprechender Qualifikation ein offener fetaler Eingriff zwischen der 19. und 26. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Dabei wird der offene Rücken anatomiegerecht verschlossen und so das Rückenmark vor weiteren Schäden bewahrt. Damit können die zu erwartenden Behinderungen signifikant gemildert oder im besten Fall sogar vermieden werden.



Priv.-Doz. Dr. med.
Ueli Möhrli^{1,2}



Prof. Dr. med. Martin Meuli^{1,2}

Einleitung

Die Myelomeningocele (MMC) ist eine der schwersten Fehlbildungen aus dem Kreise der Spina bifida (Abb. 1). Assoziiert mit dieser Fehlbildung des Neuralrohres sind: ein shuntpflichtiger Hydrozephalus, eine schwere Paraparese oder Paraplegie abhängig vom Niveau und Ausmass der Läsion. Ebenfalls zeigen praktisch alle dieser Patienten eine schwere neuropathische Blasen- und Darmentleerungsstörung.

Pathogenese

Früher bestand die Theorie, dass die ausbleibende Neurulation und die zusätzlich bei einer vaginalen Geburt entstehenden traumatischen Schäden am Rückenmark für die schweren neurologischen Ausfälle verantwortlich sind. In den 90er-Jahren konnte anhand von verschiedenen tierexperimentellen Arbeiten, aber auch anhand von an humanen Feten durchgeführten Studien erstmals die fötale Anatomie der humanen MMC-Läsion detailliert beschrieben werden. Daraus entwickelte sich die neue sogenannte „two hit pathogenesis“. Diese besagt, dass die erste Anomalie des Rückenmarks durch die fehlende Neurulation (=first hit) entsteht. Diese malformative Komponente führt jedoch nicht zwingend, bestenfalls sogar zu keinen neurologischen Defiziten. Der zweite Hit ist sekundärer, d.h. in utero erworbener Natur und erfolgt während

der Schwangerschaft. Durch die Exposition des ungeschützten Rückenmarkes an der Körperoberfläche wird dieses durch das Fruchtwasser chronisch progressiv geschädigt (toxische und inflammatorische Faktoren). Daneben führen auch mechanische Faktoren zu traumatischen Schäden. Die erwähnten Schädigungen treten vor allem im letzten Drittel der Schwangerschaft auf [1-3].

Im Tiermodell und später auch bei humanen Feten konnte gezeigt werden, dass durch die frühzeitige intrauterine Deckung des freiliegenden Rückenmarkes die sekundär auftretenden, intrauterin erworbenen Schädigungen weitgehend verhindert werden können [4-7]. Die ersten publizierten Serien haben dabei insbesondere gezeigt, dass die fötale Operation bei gegebener mütterlicher als auch fetaler Sicherheit die Shuntrate bei Hydrozephalus halbiert und zu einer Verbesserung der Gehfähigkeit führt.

MOMS-Trial

Aufgrund dieser ermutigenden Resultate wurde in den USA zwischen 2003 und 2010 der MOMS Trial (Management Of Myelomeningocele Study) durchgeführt [8]. In dieser prospektiv-randomisiert durchgeführten Studie sollte sowohl das mütterliche als auch das kindliche Outcome von je 100 pränatal bzw. postnatal operierten Kindern verglichen werden. Nach Einschluss von 183 Patienten wurde die Studie vorzeitig abgebrochen, da das

1 Chirurgische Klinik, Universitäts-Kinderhospital Zürich, Schweiz

2 Zentrum für fetale Diagnostik und Therapie, Universität Zürich, Schweiz

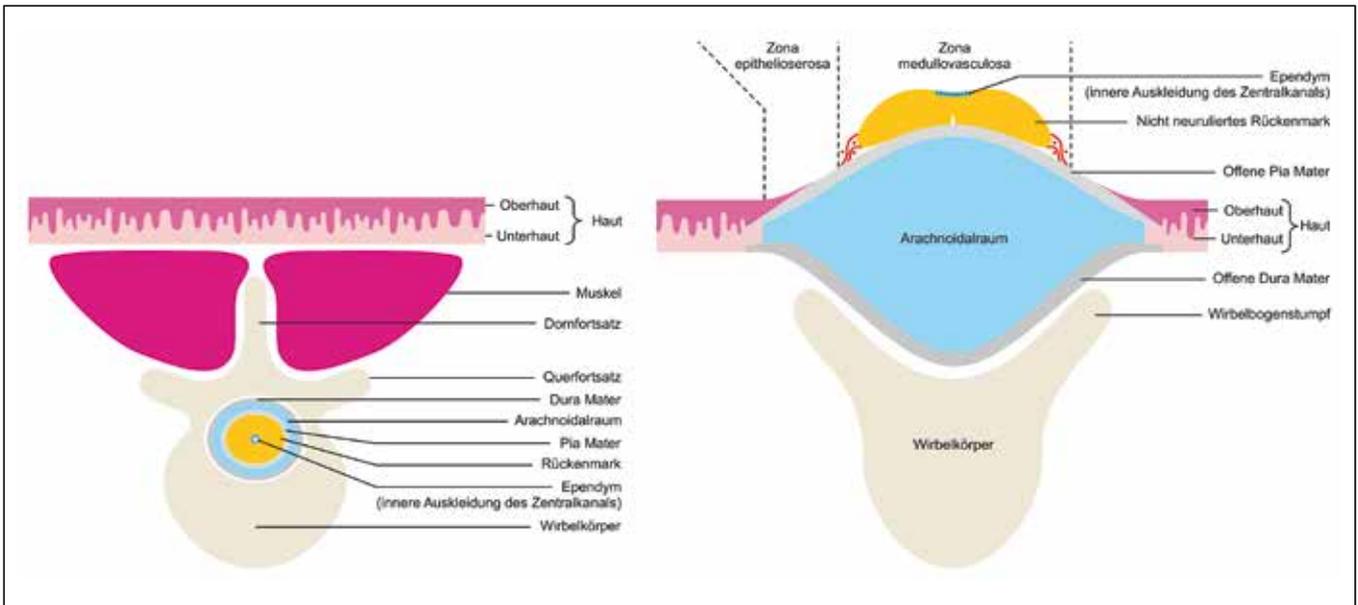


Abbildung: © Georg Thieme Verlag KG

Abb. 1: Schematischer Querschnitt durch einen gesunden Rücken sowie durch eine Myelomeningocele.



Abb. 2: MMC Läsion in Hysterotomie



Abb. 3: Fetaler Hautverschluss

Outcome der fetal operierten Gruppe soviel besser war, dass eine weitere Randomisierung ethisch nicht mehr vertretbar war.

Resultate des MOMS-Trials

Durch die fetale Operation der MMC reduzierte sich die Anzahl der Kinder mit Hindbrain Herniation (Chiari II Fehlbildung) von 96% bei postnataler

Operation auf 64% ($p < 0.001$). Ebenfalls reduzierte sich die Shuntpflichtigkeit von 82% auf 40% (postnatal versus fetale Operation; $p < 0.001$). Ausserdem zeigten die pränatal operierten Patienten eine signifikant bessere Gehfähigkeit im Alter von 30 Monaten als die postnatal operierten Kinder. Auch zeigten die pränatal operierten Kinder in diversen Outcometests (kognitive, bzw. psychomotorische Entwicklung) im Alter von 30 Monaten signifikant bessere Resultate als die postnatal operierten Kinder.

In beiden Gruppen zeigte sich keine mütterliche Sterblichkeit. Jedoch zeigte der Uterus nach intrauteriner Operation im Bereich der Hysterotomienarbe in 25% eine Ausdünnung und in 10% eine Dehizens, jedoch nie eine Ruptur. Folgende Komplikationen waren in der pränatal operierten Gruppe signifikant häufiger: vorzeitiger Blasensprung (46% vs 8%), Oligohydramnion (21% vs 4%) und Frühgeburtlichkeit (79% vs 15%), wobei das mittlere Gestationsalter bei 34+1 SSW bei den pränatal operierten Kindern verglichen mit 37+3 SSW bei den postnatal operierten Kindern lag.

Der MOMS-Trial hat mit diesen überzeugenden Resultaten eine hochsignifikante Evidenz dafür geschaffen, dass unter Berücksichtigung der verschiedenen Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) die offene pränatale Operation der MMC der postnatalen Versorgung klar überlegen ist. Aus diesen Gründen ist es aus heutiger medizinischer und ethi-

scher Sicht richtig, bei qualifizierenden Feten, die offene fetale Operation zum neuen Behandlungsstandard zu erklären. Es muss jedoch dem betroffenen Paar, und insbesondere der werdenden Mutter klar bewusst sein, dass auch diese neue Therapiemöglichkeit keine vollständige Heilung bewirkt, im besten Falle jedoch eine signifikant verbesserte Prognose für die betroffenen Organsysteme bedeutet. Wichtig ist auch, dass die mütterliche Sicherheit bei diesen Eingriffen gewährleistet ist [9, 10].

Fetale Operation und Geburt

Die fetale Operation findet zwischen der 19. und 26. Schwangerschaftswoche statt und wird in tiefer Allgemeinnarkose kombiniert mit einer epiduralen Anästhesie durchgeführt. Durch eine Laparotomie wird der Uterus exponiert und anschliessend wird mittels Ultraschall die Lage des Fetus und der Plazenta bestimmt. Nach der optimalen Positionierung des Fetus erfolgt die Hysterotomie direkt über der MMC-Läsion. Die Eröffnung des Uterus geschieht mit Hilfe eines speziellen Staplers, welcher einerseits die Eihäute sichert und eine effektive Blutstillung bewirkt (Abb. 2). Das Fruchtwasser muss während der Operation fortlaufend durch warmes Ringerlaktat ersetzt werden. Das Monitoring des Feten erfolgt während der gesamten Operation durch eine kontinuierliche echokardiografische Überwachung. Die fetale MMC



Abb. 4: Rücken mit Narbe unmittelbar nach der Geburt

wird anschliessend auf die gleiche Weise wie bei einer postnatalen Operation verschlossen. Dazu wird zuerst die Zona epithelioserosa exzidiert. Dadurch sinkt das Myelon in den offenen Spinalkanal zurück. Anschliessend wird die Dura verschlossen. Um einen ausreichenden Schutz des Rückenmarkes zu erreichen werden nachfolgend beidseitig paravertebral myofasziale Türflügel-Lappen gehoben, über das Rückenmark geschwenkt und vernäht. Zum Schluss erfolgt der fetale Hautverschluss (Abb. 3). Danach Verschluss des Uterus und des mütterlichen Abdomens.

Aufgrund der während der Schwangerschaft erfolgten Hystertomie muss die spätere Geburt zwingend mittels Sectio erfolgen (Gefahr der Uterusruptur bei Spontangeburt (Abb. 4)).

Fetale Chirurgie in Zürich

Nach Publikation der MOMS-Trial Resultate wurde in Zürich im Dezember 2010 die erste fetale Operation bei MMC durchgeführt. Dabei wurden die Richtlinien des MOMS-Trial exakt übernommen [11]. Zusätzlich war ein amerikanischer Kollege aus dem Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), einem der MOMS-Zentren, bei den ersten Operationen als Supervisor anwesend. So konnte die „learning curve“ sehr kurz und steil gestaltet werden und es fand ein optimaler Wissens- und Befähigungstransfer statt, von welchem die werdenden Mütter

Wichtigste Einschlusskriterien
Myelomeningocele (oder Myeloschisis) zwischen T1 und S1 mit Hindbrain-Herniation (bestätigt durch Ultraschall und MRI)
Mutter älter als 18 Jahre
Gestationsalter für Operation zwischen 19. SSW und 25. SSW
Normaler Karyotyp des Feten.
Wichtigste Ausschlusskriterien
Mehrlingsschwangerschaft
Weitere schwere fetale Anomalien ausser MMC
Cerclage oder Anamnese für inkompetente Zervix
Plazenta praevia oder Plazentaablösung
Frühere oder aktuelle Frühgeburtsprobleme
Maternal-fetale Rh-Isoimmunization, Kelly Sensibilisierung oder Anamnese einer neonatalen alloimmunen Thrombozytopenie
Mit fötaler Operation interferierende Uterusanomalien
Mütterliche Kontraindikationen für einen elektiven Eingriff
Psycho-soziale Auffälligkeiten der Mutter (in der Familie)

Tab. 1: Wichtigste Ein-/Ausschlusskriterien für einen fetalen MMC-Verschluss

und die ungeborenen Kinder zweifelsfrei profitieren konnten.

Seit Dezember 2010 sind in Zürich bis dato 43 Fälle operiert worden. Die in Zürich erzielten Resultate liegen dabei qualitativ im Bereich der im MOMS-Trial publizierten Daten, welche mit breiter internationaler Akzeptanz als aktuell gültiger Benchmark gelten [12, 13].

Fazit für die Praxis

Gemäss heutiger Datenlage stellt die fötale Chirurgie bei ausgewählten Fällen von MMC einen neuen Behandlungsstandard dar. Dies, obwohl die fetale Operation keine vollständige Heilung bewirkt und auch nicht komplikationsfrei oder risikolos ist. Durch die fetale Operation werden dem Ungeborenen jedoch die heute bestmöglichen Voraussetzungen für ein Leben mit signifikant weniger Behinderungen gegeben. Diese höchst anspruchsvolle, klar dem high end des Spektrums der Spitzenmedizin zuzuord-

nende Therapie sollte nur an wenigen entsprechend qualifizierten Zentren mit dann vergleichsweise hoher Fallzahl angeboten werden, wo für diese MMC Patienten auch postnatal ein umfassendes, multidisziplinäres Behandlungsangebot besteht, um so auch langfristig eine optimale Betreuung zu gewährleisten.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:
 Priv.-Doz. Dr. med. Ueli Möhrle
 Klinik für Chirurgie,
 Universitäts-Kinderspital Zürich
 Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich, Schweiz
 Tel.: 0041/44/266 77 59
 Fax: 0041/44/266 80 30
 E-Mail: ueli.moehrlen@kispi.uzh.ch

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

Plazentagängigkeit von Zöliakiespezifischen Antikörpern sowie Übertragung in der Stillzeit

Frage

Ich habe zwei Fragen im Rahmen der Zöliakie:

- Schwangerschaft: Sind die im Rahmen der Zöliakie auftretenden typischen Antikörper (besonders gegen Endomysium und Transglutaminase) plazentagängig?
- Stillzeit: Können besagte Antikörper (relevant besonders nach Diätfehlern) in die Muttermilch übergehen und können diese beim gestillten Kind Gewebeschäden initiieren?

Antwort

Die Zöliakie ist eine T-Zellvermittelte chronische Entzündung mit einer autoimmunen Komponente. Voraussetzungen für diesen Inflammationsprozess des Dünndarms mit multiplen Folgen für den Organismus sind glutenhaltige Nahrungsmittel, eine bestimmte genetische Prädisposition (HLA-DQ2 und/oder HLA-DQ8) sowie nach neuesten Erkenntnissen das Vorhandensein besonders Glutenaffiner T-Zellen.

Bei einer schwangeren oder stillenden Frau kommen die Endomysium- und Transglutaminase-IgA-Antikörper sowie potentiell die Gliadin-Dipeptid-IgG-Antikörper nur dann vor, wenn die

Diagnose Zöliakie bei ihr noch nicht oder gerade gestellt ist oder wenn sie bei gesicherter Diagnose sehr grobe Diätfehler macht, also nicht diätadhärent ist. Kleinere gelegentliche Diätfehler entgehen der serologischen Diagnostik leider.

Laut Codex Alimentarius darf der Prolaminateil „glutenfreier“ Nahrung bis zu 10 mg Gliadin pro 100 g Trockenmasse (200 ppm Gluten) enthalten. Durchschnittlich werden pro Tag maximal 300 g Getreidemehl verzehrt. Entscheidend für die Pathogenese des Dünndarmmukosachadens bei Zöliakie ist die oral-enterale Zufuhr von Gluten.

Generell sind nur Antikörper der IgG-Klasse plazentagängig, nicht die der IgA- und IgM-Klasse. Sollte der obige Fall einer noch nicht diagnostizierten Zöliakie bei der Schwangeren vorliegen und sie bis zur Geburt des Kindes dann keine glutenfreie Diät eingehalten haben, ist es denkbar, dass beim Säugling während der ersten Monate die passiv übermittelten IgG-Antikörper von der Mutter nachweisbar sind – ganz in Analogie z. B. zu passager nachweisbaren Röteln-IgG-Antikörpern maternalen Ursprungs. Solange das Kind kein Gluten oral bekommt, ist auch kein Dünndarmmukosachaden zu erwarten, ganz abgesehen vom nicht bekannten genetischen Risiko für eine Zöliakie.

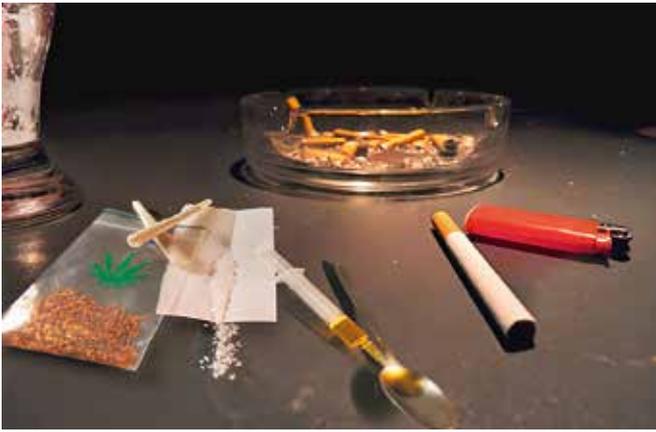
Ähnliches gilt für die Stillzeit, wenn wir den obigen Fall einer noch nicht diagnostizierten mütterlichen Zöliakie unterstellen. Studien zu Endomysium- bzw. Transglutaminase-IgA-Antikörpern in der Muttermilch sind mir zwar nicht bekannt, aber mit sensitiven Methoden sind nachweisbare Spuren von Gluten in der Muttermilch zu erwarten. Mukosachäden des Dünndarms bei ausschließlich gestillten Kindern sind jedoch nicht zu befürchten, da die beim Säugling ankommende Glutenmenge nicht ausreichen dürfte. Kleine gelegentliche mütterliche Diätfehler während der Stillzeit dürften beim Säugling ebenfalls nicht nachweisbar sein. Stillende mit gesicherter Diagnose einer Zöliakie sollten sich natürlich strikt an eine glutenfreie Diät halten.

Anekdotisch ist mir lediglich das Vorkommen einer Zöliakie beim „voll gestillten“ Säugling bekannt geworden, wenn glutenhaltige Löffelbiskuits in Unkenntnis durch die Großmutter verfüttert wurden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller
Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH
Aukammallee 33
65191 Wiesbaden

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.



Steckbrief zu: Trinkalkohol

Chemische Bezeichnung: Äthylalkohol, Äthanol

Straßennamen(n): Alk, Schnaps

Dosierung(en): als „risikoarmer Konsum“ werden 12 Gramm Trinkalkohol pro Tag bei Frauen und 24 Gramm pro Tag bei Männern eingestuft unter der Voraussetzung, dass nicht täglich getrunken wird; für Kinder und Jugendliche gibt es keinen „sicheren Konsum“.

Einnahmeform: oral als Getränk oder Mischgetränk mit Säften, (intravenös als Antidot bei gesicherter Methanol- oder Äthylen-glykolvergiftung).

Interaktionen: Wirkverstärkung vieler Psychopharmaka, von Paracetamol, INH, Methadon, über äthanolbedingte Induktion von Cyp2E1 in hepatischen Mikrosomen.

Straßenpreis(e): nach Jugendschutzgesetz Verkaufsverbot für Jugendliche unter 16 Jahren, bei Spirituosen bis 18 Jahren; eine 0,7 Literflasche Schnaps ist für < 5 Euro erhältlich und stellt bereits mit 224 Gramm reinem Alkohol eine Letaldosis für einen Jugendlichen dar.

Erwünschte Wirkung(en): Enthemmung, Heiterkeit, körperliche Entspannung, soziale Kontaktfreude, Problemvergessen.

Unerwünschte Wirkung(en): motorische Unruhe. Ataxie, Übelkeit und Erbrechen, Gereiztheit und Aggression, undeutli-

ches Sprechen; bei Kindern bereits ab BAK von 1 Promille Hypoglykämie; jeglicher Alkoholkonsum während einer Schwangerschaft beinhaltet das Risiko einer Fetalen Alkoholspektrumstörung FASD.

Symptome bei Überdosierung: Schläfrigkeit bis hin zum Koma (ab BAK von 2 Promille), zerebrale Krampfanfälle, zusätzlich Hypothermie (ab BAK 3 Promille), dann auch Atemdepression, Kreislaufversagen und Hirnödem; metabolische Azidose.

Nachweismethoden: in der Ausatemluft mit Prüfröhrchen, quantitativ als Blutalkoholbestimmung BAK im Vollblut.

Therapieoptionen akut: Blutzuckerbestimmung, Glukoseinfusion, symptomorientierte Intensivmedizin.

Therapieoptionen chronisch: nach jeder Akutvergiftung kinder- und jugendpsychiatrische Frühintervention (Projekt „Hart am Limit“ unter www.halt-projekt.de).

Erste eigene Trinkerfahrungen beginnen zwischen 10. – 14. Lebensjahr, je früher desto schlechtere Prognose; regionale Suchtberatungsstellen (www.dhs.de/einrichtungssuche.html) bieten wirksame familienbasierte Interventionen und stets auch effektive auf Peer-Gruppen basierte Therapieoptionen.

Langzeitfolgen: Schädigungen der Leber (Fettleber, Hepatitis, Leberzirrhose), Pankreatitis, Kardiomyopathie, Muskelatrophie und Schädigungen des peripheren und zentralen Nervensystems (Hirnatrophie, Polyneuropathie), Neigung zu Gewalttätigkeiten, erhöhtes Suizidrisiko; generell erhöhtes Krebsrisiko (Mund-, Rachen-, Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs).

Korrespondenzadresse:

Dr. Matthias Brockstedt

Suchtbeauftragter BVKJ e.V.

Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Berlin-Mitte

Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin

Tel.: 030/901846132/30

E-Mail: Matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de

Red.: Heinen

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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





Foto: © stalinnyk - Fotolia.com

Amerika ist frei von Masern!

Die Pan American Health Organization (PAHO) hat dies im September 2016 verkündet [Reuters, 27.9.2016]. Damit ist Amerika die erste Region der Welt mit diesem Gütesiegel, welches ihr verliehen wurde, weil dort in den letzten drei Jahren keine autochthon erworbenen Masernfälle mehr auftraten. Frei von Masern? Nun ja, da weltweit 2016 noch ca. 250.000 Masernfälle registriert wurden, wird es wohl in Nord-, Mittel, und Südamerika auch weiterhin importierte Fälle aus anderen Regionen und Ländern geben. Und diese können durchaus von Zeit zu Zeit auch Kleinraumepidemien verursachen, wie es vom Disneyland in Los Angeles ausgehend Kalifornien jüngst erlebt hat. Aber vorsichtig gratulieren darf man dennoch zu diesem Impferfolg. Mal sehen, ob er unter der neuen Regierung in den USA anhält, von der einzelne Vertreter (einschließlich des Präsidenten selbst) sich ja öffentlich sehr impfkritisch geäußert haben. Das finde ich besorgniserregend.

Pertussis – Mutter und Kind

Apropos Kalifornien. Im Januar erschienen Seite-an-Seite zwei interessante Artikel der Gruppe um Kathleen Winter und Jim Cherry [Winter et al, *Clin Infect Dis* 2017;64:3-8 und 9-14], dem Grandseigneur der klinischen Pertussisforschung, dessen Mentoring ich als junger Arzt erfahren durfte und den einige von Ihnen aufgrund seiner Studienaufenthalte und Vorträge in Deutschland in den 1990er-Jahren kennen. Im ersten Beitrag verglichen die Autoren bei Säuglingen das Risiko, in den ersten zwei Lebensmonaten an Pertussis zu erkranken, in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Pertussisimpfung ihrer Mütter: entweder in der Schwangerschaft (27-36 Gestationswochen) oder in den ersten 14 Tagen nach Entbindung. Der Unterschied war beeindruckend: wurden die Mütter in der Schwangerschaft geimpft, so war dies um 85% wirksamer, als wenn die Impfung erst im Wochenbett erfolgte. Wohlgermerkt, Komparativ, *wirk-samer*, denn beide Maßnahmen haben sich in der Vergangenheit bereits als effizient erwiesen. Dieser deutliche Unterschied überrascht aber eigentlich nicht, denn durch die präpartale Impfung profitiert das Kind ja doppelt, nämlich direkt (transplazentärer

Pertussistoxin-IgG-Antikörpertransfer) und indirekt (reduziertes Expositionsrisiko durch Impfschutz der Mutter).

Im zweiten Beitrag untersuchten die Autoren alle Pertussisfälle bei Säuglingen, welche 2011 bis 2015 in Kalifornien geboren wurden und zum Erkrankungszeitpunkt jünger als 63 Tage waren. Pertussis ist dort meldepflichtig und bei Fällen im Säuglingsalter führen die Gesundheitsbehörden systematisch eine detaillierte Befragung der betroffenen Familien durch. Die Fragestellung der retrospektiven Studie war der Einfluss einer mütterlichen Pertussisimpfung mit 27-36 Gestationswochen auf den Schweregrad der Pertussis des jungen Kindes. Von insgesamt 752 gemeldeten Fällen konnten 420 dank vollständiger Daten ausgewertet werden. Von den 49 jungen Säuglingen, die trotz Impfung ihrer Mütter in der Schwangerschaft an Pertussis erkrankten, mussten nur 43% hospitalisiert werden. Hingegen betrug die Hospitalisationsrate 73% bei den 371 erkrankten Säuglingen, deren Mütter in der Schwangerschaft nicht gegen Pertussis geimpft worden waren ($p < 0.001$). Und wenn es zur Hospitalisation wegen Pertussis kam, so dauerte diese im Median nur drei Tage im Vergleich zu sechs Tagen in der Vergleichsgruppe ($p = 0.02$). Kein Kind einer geimpften Mutter starb an Pertussis, im Vergleichskollektiv waren es sechs (2%). Das ist zwar statistisch nicht signifikant, aber in welcher Gruppe hätten Sie Ihr Kind lieber?

Impfungen in der Schwangerschaft sind laut STIKO bisher nur zum Schutz von Influenza vorgesehen.

Rasend Schnelle Virusausbreitung (RSV)

Sicherlich haben Sie in den letzten Monaten eine Vielzahl von jungen Säuglingen mit Zeichen einer Bronchiolitis (Fieber, Tachypnoe, und einziehende, stoßende oder pfeifende Atmung) behandelt. Während im ambulanten Bereich nur in Ausnahmefällen ein Erregernachweis angestrebt wird, so suchen viele Kliniken bei derartigen hospitalisierten Patienten mittels Antigennachweis oder PCR im Nasopharynx nach dem auslösenden Agens. Daher wissen wir, dass wir es im Winter 2016/2017 mit einer sehr ausgeprägten RSV (Respiratory Syncytial Virus) Epidemie zu tun hatten. Während die Medien in vorhersehbarer Regelmäßigkeit Jahr für Jahr die Influenzaepidemie thematisieren, bisweilen auch dramatisieren, fristet die RSV Problematik in der Öffentlichkeit eher ein Schattendasein. Das könnte sich in naher Zukunft aber ändern, denn die jahrzehntelangen Bemühungen um die Entwicklung von Impfstoffen scheinen nun endlich Erfolg zu zeigen. Neugierig geworden? Mehr davon dann im nächsten Impfforum.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: Huppertz



Review aus
englischsprachigen Zeitschriften

Die Bedeutung hereditärer Thrombophilien für das Auftreten thromboembolischer Ereignisse in Schwangerschaft und Wochenbett: Wann besteht die Indikation zur Thromboembolieprohylaxe?

Hereditary Risk Factors for Thrombophilia and Probability of Venous Thromboembolism During Pregnancy and the Puerperium

Gerhardt A, Scharf RE, Greer IA, Zotz RB; *Blood* 128: 2343-2349, November 2016

Venöse Thromboembolien sind eine der Hauptursachen mütterlicher Morbidität und Mortalität in der westlichen Welt. Eine Schwangerschaft erhöht das Risiko für venöse thromboembolische Ereignisse um den Faktor 60 verglichen mit nicht-Schwangeren einer ähnlichen Altersgruppe, mit dem höchsten Risiko gegen Ende der Schwangerschaft und im Wochenbett. Dieses erhöhte Risiko beruht auf der veränderten Plasmakonzentration von prokoagulatorischen Faktoren in der Schwangerschaft sowie auf der vermehrten Stase im venösen System der unteren Extremität. Die Inzidenz schwangerschafts-assoziiertes venöser Thromboembolien liegt bei 1,2-1,72/1000 Geburten, wobei tiefe Beinvenenthrombosen häufiger auftreten als Lungenembolien. Neben der Schwangerschaft als eigenständigem Risikofaktor erhöhen unter Anderem ein hohes maternales Alter (≥ 35), Multiparität (> 4 Geburten), eine Entbindung per Kaiserschnitt, Adipositas (BMI > 25) und eine positive Eigen- oder Familienanamnese für venöse Thromboembolien das Thromboembolierisiko in Schwangerschaft und

Wochenbett. Zudem existieren einige hereditäre Thrombophilien und genetische Polymorphismen, die zu einem erhöhten Thromboembolierisiko inner- und außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett beitragen.

Die deutschen Empfehlungen zur Thromboembolieprophylaxe in und nach der Schwangerschaft fußen derzeit auf dem bloßen Vorhandensein einer positiven Familienanamnese oder hereditären Thrombophilie, lassen jedoch die Klassifizierung der hereditären Thrombophilie, abgesehen von der homozygoten Faktor V Leiden Mutation (G1691A), außer Acht. Auch die Datenlage zum schwangerschafts-assoziierten Thromboembolierisiko bei hereditären Thrombophilien ist begrenzt: Bisher konnten vor Allem die Faktor V Leiden Mutation (G1691A; homo- und heterozygot) sowie die Prothrombin 20210A Mutation (heterozygot) als unabhängige Risikofaktoren für Thromboembolien in der Schwangerschaft nachgewiesen werden.

Andrea Gerhardt et al. ermitteln in der kürzlich in der Fachzeitschrift „Blood“ erschienenen Publikation „Hereditary risk factors for thrombophilia and probability of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium“ (Gerhardt, Scharf, Greer, & Zotz, 2016) die individuelle Rolle einzelner hereditär bedingter thrombophiler Risikofaktoren (Heterozygote und homozygote Faktor V Leiden Mutation G1691A, heterozygote Prothrombin G20210A Mutation, compound heterozygote Faktor V Leiden und Prothrombin 20210A Mutation, Antithrombinmangel, Protein C- und Protein S-Mangel) für thromboembolische Ereignisse in Schwangerschaft und Wochenbett, um langfristig ein spezifisches evidenzbasiertes Thromboembolieprophylaxe-Management etablieren zu können.

Ziel der Studie ist die Einschätzung des individuellen schwangerschafts-assoziierten venösen Thromboembolierisikos einzelner hereditärer thrombophiler Risikofaktoren sowie die Prüfung der Abhängigkeit dieser hereditären Risikofaktoren von einer positiven Familienanamnese bei Verwandten ersten Grades.

Es wurden 243 Patientinnen mit venösem thromboembolischem Ereignis (tiefe Beinvenenthrombose oder Lungenembolie) in Schwangerschaft oder Wochenbett (≤ 6 Wochen postpartal) mit 243 altersadaptierten Kontroll-Patientinnen verglichen.

Es ergeben sich folgende Risikofaktoren:

Alter: Unabhängig der einzelnen Defekte konnte ein höheres Thromboembolierisiko bei Patientinnen ≥ 35 Jahren festgestellt werden.

Genetische Defekte: Patientinnen mit homozygoter und heterozygoter Faktor V Leiden Mutation (G1691A) sowie mit heterozygoter Prothrombin G20210A Mutation haben eine signifikant erhöhte Odds Ratio für Venöse Thromboembolische Ereignisse (17,2; 4,6; 3,1). Bei den dreizehn Patientinnen mit compound heterozygoter Mutation von Faktor V Leiden und Prothrombin G20210A ergibt sich eine überproportionale Zunahme des Thromboembolierisikos mit einer geschätzten Odds ratio von 47.

Endogener Mangel an Koagulationsinhibitoren: Hier wird zwischen milden und schweren Mängeln unterschieden. Ein milder Antithrombin III-Mangel scheint allenfalls mit einem gering erhöhten Thromboembolierisiko einherzugehen, während eine Antithrombin III-Aktivität von $\leq 60\%$ mit einer Odds

Ratio von 49 ein sehr hohes Thromboembolierisiko birgt. Auch eine verminderte Protein C- und Protein S-Aktivität sowie ein vermindertes Protein S-Antigen werden mit einer erhöhten Odd's ratio für venöse Thromboembolien assoziiert.

Positive Familienanamnese und thrombophile Risikofaktoren: Eine positive Familienanamnese bei Verwandten ersten Grades für venöse Thromboembolien bedingt ein zwei- bis vier-fach erhöhtes venöses Thromboembolierisiko mit einer Odd's Ratio vom 3,3. Das Thromboembolierisiko durch eine positive Familienanamnese ist ein eigenständiger Risikofaktor und unabhängig vom Thromboembolierisiko durch eine homozygote Faktor V Leiden Mutation oder eine compound heterozygote Faktor V Leiden Prothrombin G20210 A Mutation.

Zusammenfassend belegt diese Studie, dass Frauen mit homozygoter Faktor V Leiden-Mutation, compound heterozygoter Faktor V Leiden und Prothrombin G20210A Mutation und schwerem Antithrombin III-Mangel ($\leq 60\%$) ein hohes Risiko für schwangerschaftsassozierte Thrombosen oder Embolien haben, vor Allem bei einem Alter von ≥ 35 Jahren. Da dieses Risiko unabhängig vom Risiko durch eine positive Eigen- oder Familienanamnese ist, sollte für diese Patientinnen unabhängig von der Familienanamnese eine routinemäßige antepartale Thrombembolieprophylaxe angedacht werden.

Vor einer definitiven Empfehlung sollten die Sicherheit und der Nutzen einer solchen antepartalen Thromboembolieprophylaxe in einer klinischen Studie gesichert werden. Patientinnen mit zusätzlichen thrombophilen Risikofaktoren (z. B. Adipositas) könnten von einem Thrombophiliescreening profitieren.

Wir Kinder- und Jugendärzte werden häufig zu gesundheitsrelevanten Problemen während der Schwangerschaft gefragt, vor allem, wenn sie eine Auswirkung für die Gesundheit des Kindes haben können. Daher sollte sich der an der optimalen klinischen Versorgung von Mutter und Kind interessierte Kinderarzt mit der Inzidenz, Prävalenz und Prophylaxe von thromboembolischen Ereignissen in Schwangerschaft und Wochenbett auseinandersetzen. Auch die Bedeutung von Thrombosen in der Schwangerschaft für ein Thromboserisiko beim Kind kann klinisch eine Rolle spielen, zum Beispiel bei der Vorbereitung von Jugendlichen für größere Operationen, während der antileukämischen Chemotherapie im Kindes- und Jugendalter und bei der Beratung von Jugendlichen über die hormonelle Antikonzeption. In all diesen Fällen raten wir zu einer sorgfältigen standardisierten und erweiterten Thromboseanamnese von Eltern und Kind sowie Fragen zu Thrombosen bei erst- oder zweitgradigen Verwandten im Alter von < 40 Jahren. Ein Hinweis auf ein möglicherweise erhöhtes Thromboserisiko von Müttern mit weiterem Kinderwunsch durch den Kinder- und Jugendarzt kann – bei Vorhandensein o.g Risikofaktoren – das Vertrauen der werdenden Eltern zu ihrem Kinder- und Jugendarzt stärken.

Korrespondenzadresse:

Alexandra Wagner
und Stefan Eber, München

Welche Diagnose wird gestellt?

Dr. Maren Fließner

Anamnese

Die sieben Jahre alte Patientin wird mit deutlich ausgedünnten Wimpern an den Ober- und Unterlidern vorgestellt. Erstmals seien plötzlich alle Wimpern vor etwa neun Monaten aufgefallen. Kurz vorher hätte sich das Mädchen die Wimpern mit der Bastelschere gekürzt. Seither seien die Wimpern immer mal wieder nachgewachsen und kurze Zeit später wieder ausgefallen. Zwischenzeitlich seien auch die Augenbrauen betroffen gewesen. Am Capillitium hätten hingegen nie kahle Areale bestanden. Therapeutische Maßnahmen wurden nicht ergriffen. Eine atopische Prädisposition oder Autoimmunerkrankungen bestehen nicht.

Untersuchungsbefund

Die Wimpern der oberen Lidkante sind beidseits vollständig ausgefallen und an der unteren Lidkante deutlich ausgedünnt (Abb. 1). Die auflichtmikroskopische Untersuchung zeigt, dass Haarfollikel erhalten sind. Augenbrauen, Haupthaar, Capillitium und die Nägel sind ohne pathologischen Befund.



Abb. 1: Völliges bzw. partielles Fehlen der Wimpern am Ober- bzw. Unterlid

Welche Diagnose wird gestellt?

Kinderumwelt zieht um PädInform[®], Praxisfieber und Allu[®] bleiben am gewohnten Platz im Netz

Die Kinderärztliche Beratungsstelle für Umweltmedizin (gemeinnützige Kinderumwelt GmbH) zieht zum 01.05.2017 in neue Geschäftsräume nach Georgsmarienhütte in der Nähe von Osnabrück. Das Kinderärztliche Intranet PädInform[®], das MFA-Intranet Praxisfieber und das allergologisch/umweltmedizinisch ausgerichtete Portal Allum[®] (www.allum.de) sind wie gewohnt über Internet erreichbar.

Die neuen Kontaktdaten ab 01.05.2017 lauten:

Kinderumwelt gGmbH
Heinrich-Stürmann-Weg 7, 49124 Georgsmarienhütte
Tel.: 05401-noch nicht bekannt, Fax: 05401-noch nicht bekannt
Interims-Telefonnummer: Ab 26.04.2017 bis zur Freigabe der end-

gültigen Telefonnummer erreichen Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinderumwelt unter der Nummer: 0176-98800050, E-Mail: info@uminfo.de

Auf der Firmen-Website www.kinderumwelt.de finden Sie weitere aktuelle Informationen zur Erreichbarkeit, zu den für Ihr Anliegen zuständigen persönlichen Ansprechpartnern und natürlich auch zur fachlichen Arbeit.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Karl Ernst von Mühlendahl,
Dr. rer. nat. Matthias Otto

Red.: ReH

Diagnose:

Alopecia areata der Augenbrauen

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 1-2 % gehört die Alopecia areata zu den häufigsten Haarerkrankungen. Bei 60 % der Patienten findet die Erstmanifestation im Kindesalter statt (1). Es handelt sich dabei um eine zellulär vermittelte Autoimmunerkrankung, bei der es zu einer Invasion von Lymphozyten im Bereich der Haarfollikel kommt. Durch die Entzündungsreaktion am Haarfollikel werden die Anagenhaare dystroph und fallen schließlich aus. Die Alopecia areata ist häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert, insbesondere mit der Vitiligo und der Autoimmunthyreoiditis. In 60-80 % der Fälle liegt eine atopische Disposition vor. Ein gehäuftes familiäres Vorkommen und die hohe Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen sprechen für eine genetische Prädisposition.

Die Erkrankung ist durch einen akut auftretenden, vollständigen oder umschriebenen Verlust von Haaren gekennzeichnet. Typisch sind multiple Alopezie-Herde am Capillitium. Aber auch die übrige Körperbehaarung kann betroffen sein. Ein isolierter Befall der Wimpern und Augenbrauen ist nicht untypisch, kann aber Schwierigkeiten bei der Diagnosefindung bereiten (2). Im betroffenen Areal ist die Haut typischerweise nicht entzündlich verändert und die Haarfollikel bleiben erhalten. Bei Beteiligung der Okzipitalregion spricht man vom Ophiasis-Typ. Der Befall der gesamten Kopfhaut wird als Alopecia areata totalis, der Befall aller Körperhaare als Alopecia areata unversalis bezeichnet. Nagelveränderungen treten bei etwa einem Drittel der Patienten in Form kleiner Dellen in der Nagelplatte oder einer „Twenty-nail-dystrophy“ auf.

Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt. In der Auflichtmikroskopie sind dystrohe Haare, sogenannte „Ausrufezeichen-Haare“, erkennbar. Auf Grund der häufigen Assoziation mit einer Autoimmunthyreoiditis sollte eine Untersuchung von TSH und Schilddrüsen-Antikörpern erfolgen.

Differenzialdiagnose

Bei einer umschriebenen, erworbenen Alopezie muss im Kindesalter neben der Alopecia areata insbesondere an eine Trichotillomanie und an eine Tinea capitis gedacht werden. Die Trichotillomanie ist durch die Anamnese (habituelles Drehen/Zupfen der Haare, andere Verhaltensstörungen), die Tinea durch Schuppung/Pusteln auf meist erythematösem Grund, die (häufig) positive Anamnese für Tierkontakt und letztlich durch das Ergebnis der mykologischen Diagnostik zu verifizieren. Ein postinfektiöses Effluvium kann nach schweren generalisierten Infektionen, z.B. einer Varizelleninfektion, beobachtet werden. Eine postinflammatorische Alopezie im Rahmen eines Lupus erythematodes oder eines Lichen ruber ist durch die Vernarbung der Follikel gut abgrenzbar.

Therapie und Prognose

Bei einer Erstmanifestation nach dem zehnten Lebensjahr ist die Prognose grundsätzlich gut. Bei 95 % der Patienten wachsen die Haare innerhalb eines Jahres nahezu komplett nach. 30 % der Patienten erleiden allerdings ein Rezidiv. Bei etwa 7 % ist der Verlauf chronisch rezidivierend. Auf Grund der häufigen Spontanregression und mangelnder Evidenz der gängigen Therapieverfahren (3) ist Zuwarten die Therapie erster Wahl. Gegebenenfalls ist eine kinderpsychologische Betreuung zur sinnvoll, um der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Ins-

besondere bei isoliertem Befall der Wimpern sind irritierende Lokalthérapien wie die Dithranol-Minutentherapie und die Kontaktimmuntherapie mit Diphenylcyclopropenon (DCP) auf Grund der Nähe zum Auge nicht möglich. Für die in Deutschland und Holland weit verbreitete DCP-Methode liegen wie für nahezu alle anderen Therapieverfahren nur wissenschaftlich mangelhafte Studienergebnisse vor, die einer kritischen Überprüfung (Kontrollgruppen, Nachuntersuchungen) nicht standhalten (4). Auch topische Steroide der Klasse III und Therapieansätze mit systemischen Steroiden oder neuerdings auch JAK-Inhibitoren (5) haben allenfalls nur einen vorübergehenden Effekt auf das Haarwachstum und können mit schwerwiegenden Nebenwirkungen behaftet sein. Unter Berücksichtigung von Nutzen und Risiko für den Patienten ist gegenwärtig von Therapieversuchen mit nicht evidenzbasierten Systemtherapeutika insbesondere bei Kindern dringend abzuraten.

Literaturangaben

1. Biran R et al. The genetics of alopecia areata: new approaches, new findings, new treatments. *J Dermatol Sci.* 2015;78:11-20
2. Modjtahedi BS et al. Eyelash alopecia areata: case series and literature review. *Can J Ophthalmol.* 2012; 47:333-8
3. Hordinsky M, Donati A. Alopecia areata: an evidence-based treatment update. *Am J Clin Dermatol.* 2014;15:231-46
4. Kuin RA et al. Diphenylcyclopropenone in patients with alopecia areata. A critically appraised topic. *Br J Dermatol.* 2015;173:896-909
5. Liu LY et al. Tofacitinib for the treatment of severe alopecia areata and variants: A study of 90 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 76:22-28.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maren Fließner
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 Abt. Pädiatrische Dermatologie /
 Allergologie
 Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
 Red.: Höger

Sag mir, wo du wohnst...

Der Sozialraum als Bedingung für gesundes Aufwachsen



Dr. Ulrich Fegeler

In der kinder- und jugendärztlichen Grundversorgung werden nachweislich in knapp neun und geschätzt in ca. 15 Prozent aller Vorstellungen Probleme der frühkindlichen Kindesentwicklung, des Kindesverhaltens, der schulischen Leistungen, der Konzentrationsfähigkeit oder immer wieder auftretender Schmerzen (vor allem Kopf- oder Bauchschmerzen) angesprochen. Die meisten dieser Störungsbilder haben eine psychosoziale, „soziogene“ Ursache, sie gehören zum Kanon der „Neuen Morbidität“ (Tab. 1).

Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (SES), aber vielfach auch Kinder aus Familien bestimmter Migrationsmilieus zeigen teilweise um ein Mehrfaches häufiger bereits frühkindlich Störungen der Sprachentwicklung, der kognitiven Entwicklung oder des Verhaltens und – später – Konzentrations- und Lernstörungen oder verschiedene somatoforme Befindlichkeitsstörungen. Betroffen sind etwa 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen. Wir haben es also mit einem Massenproblem zu tun. Diese Kinder haben aufgrund ihrer Entwicklungsstörungen eine signifikant schlechtere Schul-, Bildungs- und Sozialprognose. Die Ursache dieser Störungsbilder wird bei einem Großteil

der betroffenen Kinder u. a. in der kindheitsbegleitenden Anregungs-, „armut“ der entsprechenden Familien gesehen, die nicht in der Lage sind, ihren Kindern frühkindlich adäquat auf deren Stimulations-, „anfragen“ zu antworten. Es besteht keine adäquate elterliche Responsivität, die in der interaktiven Kommunikation mit dem Kind und dem feinfühligem Aufgreifen der kindlichen Bedürfnisse die jeweiligen Kompetenzentwicklungen stimuliert.

Sozialraum

Insbesondere in großstädtischen Ballungsräumen finden sich Bereiche, die als so genannte soziale Brennpunkte gelten. Hiermit sind Areale gemeint, in denen überwiegend Familien mit niedrigem SES leben. Entlang der Einwohner- (und damit Kinder-)dichte solcher Sozialräume, der sozialen Schichtung, der teilweise schlechten Wohnsituation, dem städtebaulichen Umfeld sowie der spezifischen regionalen Sozialprobleme arrangieren sich psychosoziale Probleme und Störungen.

Der Begriff „Sozialraum“ beschreibt nicht einfach eine Wohngegend oder einen Stadtteil, sondern eine Lebenswelt, die in der Regel geprägt ist durch ähnliche soziale Bedingungen und in der kontinuierlichen und grundlegenden sozialen Interaktionen der dort Lebenden stattfinden. Er fungiert auch als wichtiger Rahmen für strukturierte gesundheitsbildende Versorgungskonzepte.

Erstaunlich ist, dass dieser Lebensweltbezug gesundheitsbildender, -erhaltender oder -fördernder Versorgungsstrukturen im SGB V nicht erwähnt wird und damit keinen gesetzlichen Niederschlag findet. Infolgedessen ist es nicht verwunderlich, wenn Sozialraumadressierungen weder in der diagnostischen noch therapeutischen Orientierung der medizinischen Grundversorger im Vordergrund stehen. Allerdings hat jüngst die CDU/CSU-SPD-Koalition im Juni 2015 „Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheit und der Prävention – Präventionsgesetz (PrävG)“ verabschiedet, in dem das Lebensumfeld der Menschen ausdrücklich als Bereich der Gesundheitsförderung festgeschrieben wird.

Als „kommunale Gegenreaktion“ erweitert sich häufig das Angebot an spezifischen familiären Hilfen und besonderen Versorgungs- und Förderangeboten für die dort lebenden Kinder und Jugendlichen.

Die spezifischen, lebensweltlichen Einflussgrößen auf Kinder und Jugendliche

Das gesamte Aufwachsen und die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen finden in Sozialräumen statt. Auf sie wirken dabei unterschiedliche lebensweltliche Einflussgrößen in unterschiedlicher Stärke ein (Abb. 1).

Die alles dominierende Einflussgröße ist die Familie. Andere starke Einflussgrößen sind die physikalische, soziale und

Auffälligkeiten und Störungen

der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung

im Sinne von Verhaltensauffälligkeiten u/o psychischen Problemen/Somatisierungen

im Sinne von verhaltensabhängigen körperlichen Störungen (z. B. Adipositas)

im Sinne von chronischen Erkrankungen verschiedener Art

Tab. 1: Neue Morbidität

die Bildungsumwelt. Der Bereich der Gesundheitsversorgung spielt im Vergleich hiermit eine eher untergeordnete Rolle.

Mögliche „Sichtverstellungen“ des Kinder- und Jugendarztes

Viele Kinder- und Jugendärzte sehen indes ihre ärztliche Arbeit in meist viel größerer Einwirkstärke als die anderen lebensweltlichen Einflüsse. Der starke Einfluss der Familie ist dabei unbestritten, über die Eltern läuft ja (in der Regel fast bis zur Adoleszenz) der gesamte informatorische bzw. beratende Diskurs. Trotzdem bleibt die tiefere Einsichtnahme mancher pädiatrischer Grundversorger vor allem in die sozialräumlichen Kontexte und Bezüge ihrer Patienten im Rahmen der Vorstellungen eher schlaglichtartig und damit unvollständig. Die ärztliche Wahrnehmung von Kindern/Jugendlichen und ihrer Mütter/Eltern wird bestimmt durch die Aufeinanderfolge ihrer Praxisvorstellungen und führt zu einer mehr oder weniger elternbasierten und momentbezogenen Rezeption ihrer Entwicklungsgeschichte. Die Vorstellung eines kontinuierlich einwirkenden Sozialraums jenseits der medizinischen Einrichtungen mit all seinen sozialen, edukativen, sportlichen oder anderen Bezügen erschließt sich für manche Ärzte nur unvollständig aus den auf ihr Kind bezogenen Informationen der Mütter/Eltern und gewinnt einen vornehmlich anekdotischen Charakter. Da zudem das ärztliche Gespräch ein wesentliches zeitliches Moment der ärztlichen Tätigkeit darstellen, bleiben diese

Gespräche im Bewusstsein des Arztes gesondert bestehen und werden eventuell überbewertet. Hinzu kommt die Kindzentriertheit der pädiatrischen Grundversorgung: Störungsbilder werden aus dieser Sicht überwiegend als individuelle „Erkrankung“ begriffen, die auch individuell mit den aktuellen Behandlungsstandards behandelt werden. Selbstverständlich ist dabei der Fokus auf die medizinischen Therapiemöglichkeiten gerichtet.

Der therapeutische Refl x

„Soziogene“ Probleme als Störungsbild der frühkindlichen Entwicklung können in der Regel früh durch den Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen oder von Entwicklungsdiagnostikern erkannt werden. Sehr häufig resultiert hieraus eine Therapie- bzw. Behandlungsindikation (Heilmittel). Das bedeutet, dass sich kompetenzentwicklungshemmende Einflüsse der kindlichen Lebenswelt in Form von Störungsbildern im Medizinsystem niederschlagen und von den Ärzten mit einem entsprechenden „therapeutischen“ Lösungsreflex beantwortet werden. Es resultiert der Transfer eines gesellschaftlich verursachten Problems in das Medizinsystem mit einer entsprechenden Lösungserwartung. Dieses Geschehen wird noch dadurch bestärkt, dass auf den Arzt großer Druck von Eltern, Erziehern oder Lehrern aufgebaut wird, „dem Kind zu helfen“. Ein nachhaltiger „Therapie“erfolg, die rein kindbezogene Lösung der komplizierten psychosozialen Probleme ist aber mit den im Medizinsystem zur Verfügung stehen-

den, lediglich individualtherapeutischen und nur temporär einsetzbaren Instrumenten wenig wahrscheinlich. Ein kleines Beispiel hierzu mag das Ergebnis der Schuleingangsuntersuchungen der letzten zehn Jahre zur Sprachentwicklung der Kinder abgeben: bis zum Jahre 2013 (danach änderte sich die Bezugsgröße) fand sich keine Verbesserung aller untersuchten Items. Ab 2013 kam es sogar zu einer Verschlechterung, u.a. auch aufgrund der veränderten sozialen Zusammensetzung. Wenn die in diesem Zeitraum enorm hohen Zahlen der verordneten Sprachheiltherapien einen Einfluss gehabt hätten, hätte er sich in all diesen Jahren in einer signifikanten Verbesserung der vorschulischen Sprachentwicklung niederschlagen müssen. Ganz ähnliche Ergebnisse zeigen die entsprechenden Zeitreihen zur motorischen und kognitiven Entwicklung. Zusammenfassend muss deshalb festgestellt werden, dass das Medizinsystem mit seinen beschränkten Einwirkungsmöglichkeiten kaum einen Einfluss auf eine signifikante Verbesserung soziogener frühkindlicher Entwicklungsstörungen hat. Dass sie trotzdem in so hoher Zahl versucht und verordnet werden, hängt mit dem „therapeutischen Reflex“ des Medizinsystems, vielfach aber auch mit der – ohnmächtigen – Haltung vieler Kinder- und Jugendärzte zusammen, besser eine Heilmittelverordnung als keine auszustellen, da das Kind sonst überhaupt keine Anregung erführe und die familiären Anregungsdefizite umso mehr durchschlagen würden. Ohnmächtig insofern, als andere Anregungs- und Förderangebote fehlen bzw. man keine anderen kennt.

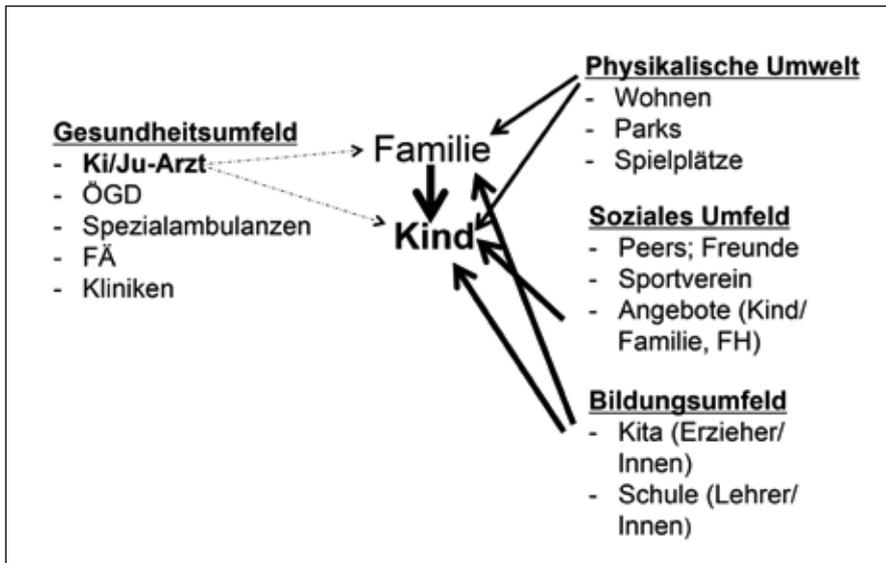


Abb. 1: Einflussgrößen im Sozialraum auf Kinder und Jugendliche

Nicht-medizinische Fördereinrichtungen

Es besteht heute ein fachübergreifender weitgehender Konsens, für Kinder mit dem Risiko soziogener Entwicklungsstörungen außerfamiliäre nicht-medizinische, so früh wie möglich erreichbare und die frühe Kindheit begleitende, kontinuierliche Anregungsinstitutionen zu schaffen, die – sozialkompensatorisch – familiäre Anregungsdefizite ausgleichen könnten. Völlige Übereinstimmung besteht heute zur segensreichen Wirkung von Kindertageseinrichtungen als der wichtigsten außerfamiliären frühkindlichen Fördereinrichtung. Länderübergreifend zeigen alle Schuleingangsuntersuchungen, dass

die in Tageseinrichtungen betreuten Kinder entlang der Anzahl der betreuten Jahre kontinuierliche Verbesserungen von Motorik, kognitiver Entwicklung, Sprachentwicklung und Sozialverhalten aufweisen. Kinder mit Migrationshintergrund profitieren dabei in besonderer Weise. Will der Kinder- und Jugendarzt demnach Kindern helfen, die von soziogenen Entwicklungsstörungen bedroht sind, steht zunächst einmal die Empfehlung im Vordergrund, das Kind so früh wie möglich bei einer Kindertageseinrichtung anzumelden. Das gilt auch für die U3-Betreuung. Wir wissen heute, dass Kinder auch in solch frühen Einrichtungen profitieren, allerdings hängt hier der Betreuungserfolg ganz wesentlich von der Qualität der Einrichtung ab.

Der gegenwärtige politische und fachliche Diskurs um die außerfamiliäre frühkindliche Entwicklungsanregung (etwas allgemeiner formuliert: Bildung, Betreuung und Erziehung) dreht sich im Wesentlichen um zwei Kernthemen: zum einen die qualitative Verbesserung der Kindertageseinrichtungen und – besonders aktuell – um deren Einfügung in bzw. deren Kooperation mit anderen transsektoralen, d. h. alle gesellschaftlichen Hilfesysteme einbindende Strukturen (z. B. Familienzentren), zum andern den Ausbau der sogenannten „Frühen Hilfen“ (einem Angebot der deutschen Kinder- und Jugendhilfe) und anderer entwicklungsanregender Angebote und ihre Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen. Leider findet diese Diskussion im Wesentlichen bei Vorschulpädagogen, Linguisten, Deutschem Jugend Institut und Frühe Hilfen, Jugendämtern, Soziologen und den entsprechenden kommunalen Sozialverwaltungen statt. Die dort gemachten, teilweise beachtlichen Erkenntnisse heben aber in der Regel auf Lösungen ab, die auf das/ die jeweilige Fach/Verwaltung zugeschnitten sind. Zu gering ist noch der alle Hilfesysteme einbindende Austausch und Lösungsansatz, zu stark sitzt jeder Bereich auf seiner „Kompetenzsäule“. Insbesondere das Gesundheitswesen wurde viel zu spät als gleichberechtigter „Player“ im Konzert der anderen Hilfesysteme anerkannt. Seine allmähliche Einbindung wie aktuell z. B. in der „Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheitswesen-Frühe Hilfen“ wird aber zunehmend in Angriff genommen.

Den Kinder- und Jugendärzten kommt hier im Zusammenhang mit sozialräumlichen Fördereinrichtungen eine neue, wichtige Aufgabe zu.

Therapie und Beratung mit Blick auf den Sozialraum

Sieht der betreuende Kinder- und Jugendarzt bei einem Kind die dringliche Notwendigkeit einer unterstützenden Förderung, wird er zunächst abklären, ob eine medizinisch therapeutische Intervention nötig ist. Der pädiatrische Kollege Rupert Dernick hat zur Frage des „Ob“ einer Heilmittelverordnung die sehr sinnvolle „ALF-Regel“ entwickelt: Erst wenn **der Alltag des Kindes durch eine Störung beeinträchtigt ist, mindestens ein Betroffener (Kind oder Bezugsperson) Leidensdruck zur Veränderung der Situation hat und die Fördermöglichkeiten im Alltag des Kindes bereits angemessen genutzt wurden, eine Intensivierung der Förderung aber aussichtsreich erscheint, besteht in der Regel die Notwendigkeit einer Heilmittelverordnung. Zu diesen Fördermöglichkeiten im Alltag der Kinder gehören neben der Familie die Fördermöglichkeiten**

des Sozialraumes, die vor jeder Erstellung einer Heilmittelverordnung ausgeschöpft werden sollten.

Um beurteilen zu können, inwieweit solche Fördermöglichkeiten ausgeschöpft sind, muss der pädiatrische Grundversorger die sozialraum-individuellen – für die Familien niederschwellig und leicht erreichbaren - sozialen, entwicklungsanregenden oder erzieherischen Unterstützungsangebote genau kennen. Eine allgemeine Übersicht gibt Tab. 2 (wichtige Institutionen in *Kursiv*)

Gerade in den Angeboten freier Träger bieten sich oft ungeahnte Möglichkeiten einer häufig umfassenden Förderung von Kindern aus anregungsschwachen Familien: Vorlesekreise, Spielgruppen, Bastelgruppen, Vater-Kind-Bauen, Eltern-Kind-Sport/Bewegung usw.. Soziale Teilhabe durch vielfältige Ideen- und Bildungsreize sowie Vorbilder wird dadurch oft erst ermöglicht. Win-Win-Situationen werden durch unterschiedliche Stärken und Schwächen der Kinder und ihrer Eltern eröffnet: Das bewegungsfreudige Kind ohne Freude am Buch reißt die bewegungsarme Leserratte mit und umgekehrt. Neben solch individuellen Angeboten sind heute in den städtischen Ballungsgebieten

1. Kommunale Einrichtungen

Das Jugendamt (**SGB VIII**) ist u. a. zuständig für

Hilfen zur Erziehung

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Schutz vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch (z. B. durch Einrichtung von Netzwerken im Kinderschutz auf der örtlichen Ebene,

Frühe Hilfen: Ausbau von Hilfen zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes

Frühförderstelle

2. Bildungs- und Betreuungssystem

Kindertagesstätten

Familienzentren

Schulen

Sportvereine

Jugendfreizeitzentren

3. Freie Organisationen

Organisationen der Elternselbsthilfe

Beratungsstellen staatlicher, freier und kirchlicher Träger wie Erziehungsberatung, Ehe- und Familienberatung; Alkohol- und Drogenberatung

Tab. 2: Sozialräumliche Hilfe-, Entwicklungs- und Förderangebote (Ausschnitt)

Familienzentren

ein nicht mehr wegzudenkender Bestandteil einer kombinierten vorschulpädagogischen, sozialen, medizinischen und betreuenden Versorgungsstruktur. Grundgedanke dieser Struktur ist, dass Kinder nur gemeinsam mit Eltern/Familien/Müttern gefördert werden können. Sie vereinen in geradezu idealer Weise eine für die betroffenen Familien und ihre Kinder niederschwellig erreichbare Kooperation aller großen gesellschaftlichen Hilfesysteme. Im Binnensystem der Einrichtung herrscht das Prinzip der kurzen Wege, alle Angebote sind vernetzt und im steten Austausch: um eine Kindertageseinrichtung als Kern gruppieren sich unter einem gemeinsamen Dach Angebote des Sozialwesens, des Bildungswesens und des Gesundheitswesens (KJGD; evtl. SPZ). Sie sind strukturell so angelegt, dass sozial schwache (und anregungsarme) Familien sie zusammen mit ihrem/n Kind/ern in einer „Komm-Struktur“ erreichen können. In gut ausgelegten Familienzentren sollten

deshalb neben förderkompetenten Kindertageseinrichtungen leicht erreichbare soziale und erzieherische Hilfen für die Familien angeboten werden (z. B. Müttercafés, Mütterberatung, Mieterberatung, Sprechstunden des Jugendamtes, die Frühen Hilfen, aber auch: Ehe-, Paarberatung, Qualifizierungsmaßnahmen für Eltern wie Bastelkurse, Kochkurse, Spiele mit den Kindern oder Eltern/Kind-Sportgruppen sowie Sprechstunden des KJGD u. a.). Das mögliche Organigramm eines Familienzentrums zeigt Abb. 2.

Frühe Hilfen

Die mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes zum 1.1.2012 gesetzlich verankerte Struktur der Frühen Hilfen (FH) entspricht einer im Ansatz richtigen und wichtigen sozialraumorientierten Hilfe. In erster Linie soll diese Hilfe bei Versorgungsschwierigkeiten der jungen Familie helfen, aber auch andere soziale und erziehungunterstützende Angebote bieten. Mehr und mehr

werden zudem im Rahmen der Frühen Hilfe Förderangebote für Kleinkinder aufgelegt. Die Frühe Hilfe ist heute im organisatorischen Umbruch und bemüht sich, nicht mehr nur indirekt durch das Jugendamt, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder andere Einrichtungen vermittelt zu werden, sondern direkt ansprechbar für den Kinder- und Jugendarzt oder sogar die Familien selbst zu sein. Gelegentlich mag den FH auf Seiten der Elternschaft noch der Ruch der Jugendamtsnähe anhaften, etwas, was z. B. für Eltern in manchen Bezirken Berlins das Aufsuchen der FH schwer macht. An der unmissverständlichen Schwerpunktsetzung der FH als familiäre Hilfe- und Unterstützungseinrichtung und nicht als verlängerter Arm des JA muss nach Auffassung des Autors gearbeitet werden. Ein anderer wichtiger Grund dafür, dass Kinder- und Jugendärzte in vielen Regionen die durchaus sinnvollen Angebote der FH noch nicht in der wünschenswerten Menge wahrgenommen bzw. vermittelt haben, mag auch in der vorhandenen Unkenntnis

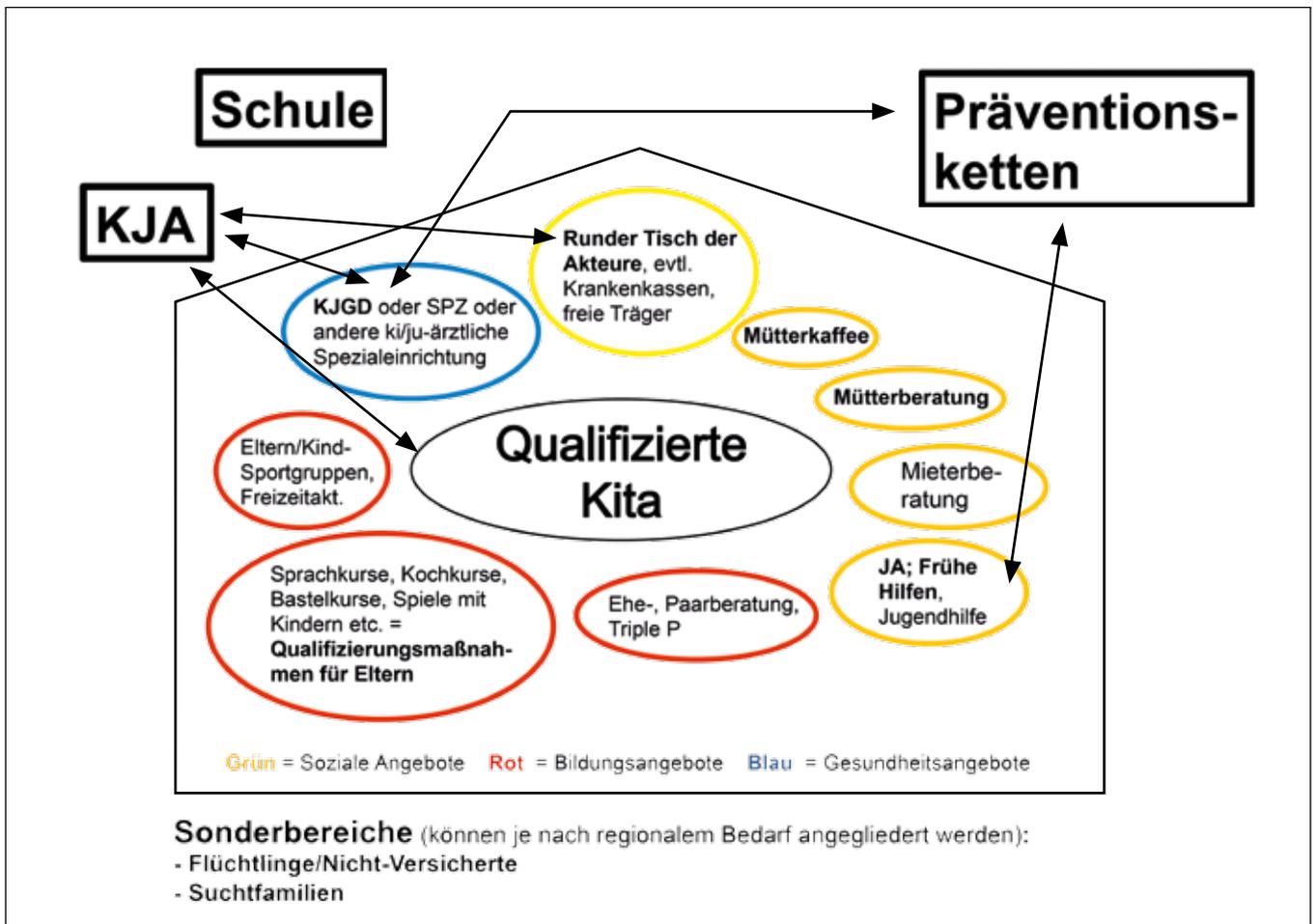


Abb. 2: Mögliches Organigramm eines Familienzentrums

ihrer bestehenden Netzwerke sein. Jeder grundversorgende Kinder- und Jugendarzt sollte die *regionalen Koordinierungsstellen* der Frühen Hilfen, ihren Zugang und ihr Angebot kennen und mit ihnen kooperieren. Wie oben schon dargelegt, wäre es geradezu ideal, wenn sich die FH an Familienzentren binden würden.

Stadtteilzentren; Familientreffs

Sehr häufig gibt es im Rahmen des sogenannten Quartiersmanagements – welches fast ausschließlich in sozioökonomischen Problemgebieten eingerichtet wird und umfassende soziale, edukative, gesundheitliche, bauliche, kommunalpolitische usw. Aktivitäten plant und organisiert - Kontaktmöglichkeiten, die neben Cafés meist auch Aktivitäts- und Förderangebote für Mütter/Familien und Kinder vorhalten. Solche Stadtteilzentren, Familientreffs o. ä. bieten Gelegenheiten, Kinder in ihren unmittelbaren Lebensbereichen mit strukturierten Angeboten wie Vorlesen, Spielen in Kleingruppen, Basteln usw. zu fördern. Mütter oder Väter haben Gelegenheit, sich mit Eltern in ähnlicher Situation auszutauschen und der gelegentlichen Isoliertheit zu entfliehen. Gelegentlich werden Zoo- oder Theaterbesuche angeboten und finanziert, die Kinder und Jugendärzte können in solchen Einrichtungen Elternabende u. a. zu gesunder Ernährung, zur Sinnhaftigkeit des Vorlesens, zu ausreichender Bewegung usw., allgemein zur Gesundheitsförderung geben. Hiervon haben nicht nur die Eltern einen Gewinn, sondern auch der Kinder- und Jugendarzt, weil er im Lebensbereich der Kinder die dort drängenden Probleme der Lebensbewältigung kennenlernt.

Der Kinder- und Jugendarzt als wichtiger Player im Sozialraum

Die Forschung aus Biologie, Psychologie, Soziologie und Ökonomie der letzten 50 Jahre habe gezeigt, dass insbesondere während der frühkindlichen Sozialisation die „Weichen“ für den gesamten weiteren Lebensweg gestellt werden. Aus den wissenschaftlichen Befunden sei abzuleiten, dass insbesondere die Förderung vor Schuleintritt und in den ersten Schuljahren die beste Grundlage

für eine erfolgreiche Entwicklung und Integration liefere, etwa die Förderung der Sprachkompetenz oder der Fähigkeiten zur Selbststeuerung. Gezielte Fördermaßnahmen seien umso wichtiger, je geringer der sozio-ökonomische Status eines Kindes ist. Aber auch bei günstigen Ausgangsbedingungen müssen die im Kind vorhandenen Anlagen durch eine adäquate Umwelt gefordert und gefördert werden. Interventionen seien besonders wirksam, wenn sie zum optimalen Entwicklungszeitpunkt angeboten werden. Spätere korrigierende Maßnahmen seien nicht unwirksam, aber um ein Vielfaches aufwendiger, für das Individuum anstrengender und für die Gesellschaft teurer, schreiben die Autoren Rösler und Röder in ihrem Geleitwort der Stellungnahme der Deutschen Akademie der Naturforscher zur frühkindlichen Entwicklung.

In diesem Kontext ist der Kinder- und Jugendarzt eine wichtige Instanz zur frühen Erkennung soziogener Entwicklungsstörungen geworden. Die alleinige Verortung der außerfamiliären Entwicklungsanregung der betroffenen Kinder in das Medizinsystem erbringt allerdings nur unbefriedigende Ergebnisse. Notwendig ist eine kindheitsbegleitende Daueranregung, wie sie das Medizinsystem nicht bieten kann. Der Kinder- und Jugendarzt muss also im Interesse der ihm anvertrauten Kinder mehr als bisher in der Lage sein, sozialräumliche Strukturen zu nutzen. Das setzt eine genaue Kenntnis des Sozialraumes voraus, in dem er tätig ist. Es setzt auch voraus, dass sich die außermedizinischen Förderinstitutionen mit ihm vernetzen. Der Sozialraum mit all seinen sozialen und

edukativen Hilfeangeboten muss sich der Notwendigkeit einer transssektoralen („arbeitsteiligen“) Kooperation bewusst werden:

- Fördern und Helfen mit den **sozialen und edukativen Angeboten**;
- Erkennen und Aufgreifen soziogener Störungsbilder **im Medizinsystem**.

Für uns Kinder- und Jugendärzte muss dabei diese Aufgreif- und Erkennungsfunktion mehr verbunden werden mit der Adressierung entsprechender Angebote des Sozialraumes als mit der einfach zu auszufüllenden Heilmittelverordnung. Dabei sollte nicht nur das Kind, sondern auch die Familie mit berücksichtigt werden.

Dieses „neue“, bei vielen von uns aber bereits zum Alltag gehörende Denken ist, auch wenn es sich um eine manchmal „sozialarbeiterisch“ anmutende Tätigkeit handelt, reine ärztliche Arbeit. Wir vertreten damit die Interessen der Kinder im Hinblick auf ihre Chancengleichheit für eine gute Zukunft. Die AAP (American Academy of Pediatrics) stuft eine solche Arbeit als eine der drei Säulen ein, die das Wirken eines Kinder- und Jugendarztes begründet: Forschung, Versorgung und Advocacy.

(Siehe auch die Beiträge auf den Seiten 214 und 216.)

Literatur beim Verfasser

Dr. Ulrich Fegeler
16515 Oranienburg
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Red.: ReH

Wo die armen Kinder wohnen

Mecklenburg-Vorpommern ist nach Bremen das Bundesland mit dem höchsten Armutsrisiko für Kinder. 21,4 Prozent der Kinder leben in Hartz-IV-Familien, sagte der Vorsitzende der Deutschen Kinderhilfe, Rainer Becker, am 23. Februar in Schwerin. Jedes vierte Kind sei arm oder armutsgefährdet. 35 Prozent der Arbeitnehmer im Land seien im Niedriglohnsektor beschäftigt (im Bundesschnitt: 20 Prozent).

Das Netzwerk gegen Kinderarmut, das aus mehreren Verbänden in Mecklenburg-Vorpommern besteht, hat nun eine Initiative gestartet, die eine chancengleiche Entwicklung für alle fordert.

Unterschriftenlisten sollen bei Ärzten, in Apotheken, Läden und an Informationsständen etwa bei Familienfesten ausliegen und das Thema in den Landtag tragen. Mindestens 15.000 Wahlberechtigte müssen dafür unterzeichnet haben.

Auch wenn Arbeitslosigkeit und Niedriglöhne eine Ursache für Kinderarmut sind, hat das Netzwerk einen anderen Ansatz: „Wir zielen auf die Bildungschancen ab“, sagte Becker. Es sei ein Unding, dass im Bildungs- und Teilhabepaket die Förderung höherer Schulabschlüsse nicht vorgesehen sei. Das Netzwerk will, dass auch Kinder aus benachteiligten Familien Abitur machen und studieren und sich so

aus den Verhältnissen ihrer Eltern lösen können, erläuterte er.

Mit der Volksinitiative werde der Landtag aufgefordert, sich bei der Landesregierung für mehr Fachkräfte in Kitas einzusetzen und die Betreuung für Eltern kostenfrei zu machen. Kostenfreie außerschulische Angebote durch Vereine und Initiativen sollten gefördert werden. Vor allem aber müsse die Kinder- und Jugendarbeit im Land mit einer Grundförderung ausgestattet werden.

Quelle: dpa

Red.: ReH

KIS Januartagung 2017: „Praxispädiatrie: Quo vadis – ein Blick über die Grenzen in die Schweiz“

Der BVKJ folgte am 26. Januar 2017 der Einladung des schweizerischen Verbandes „kinderärzte.schweiz“ nach Zürich. So hatten Dr. Thomas Fischbach, Präsident des BVKJ und Armin Wölbeling, Geschäftsstellenleiter des BVKJ, die Gelegenheit, Erfahrungen im Rahmen der Januartagung 2017 zu sammeln und sich über die Grenzen hinweg auszutauschen.

Strukturunterschiede

Der größte Unterschied der Schweiz zur deutschen berufspolitischen Interessenvertretung besteht in der Struktur. Dabei stellt die größte Herausforderung der lokale Aufbau der Organisation dar, bei der die insgesamt 26 Kantone in acht Regionen aufgeteilt sind. Die dort ansässigen Regionalverbände handeln autonom. Abgesehen von der etwas anders gelagerten heterogenen Struktur arbeiten beide Verbände an ähnlichen politisch- und gesellschaftlich relevanten Themen. In Workshops konnten wichtige gemeinsame Zukunftsthemen identifiziert werden. Diese unterteilen sich in folgende Bereiche:

- Nachwuchs
- Tarifarbeit



- Schulung der MPAs (MFAs in Deutschland)
- Rolle im sozialen Verbund
- (Praxis)pädiatrische Forschung

Einen großen Erfolg konnte der Verband aus der Schweiz in der jüngsten Vergangenheit erzielen. Der Zusammenschluss von Vertretern der Hausärzte, Internisten sowie Kinder- und Jugendärzten zu einem Gremium (MFE) sowie die Anerkennung dieser Disziplinen als Grundversorger spiegeln einen der größten Erfolge bei der politischen Arbeit der Schweizer Pädiater

wider. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit scheint bei uns derzeit noch eine Utopie zu sein. Dies wird sicherlich nicht das letzte Treffen sein. Eine Kooperation lohnt sich nicht nur länderübergreifend. Darin waren sich alle Beteiligten einig.

Korrespondenzadresse:

Armin Wölbeling
Geschäftsstellenleiter BVKJ e.V.
51069 Köln
E-Mail: armin.woelbeling@uminfo.de

Red.: WH

Die Betreuung in deutschen Kitas soll besser werden

Kinderbetreuung: Bund und Länder wollen Milliarden in Kita-Qualität investieren // Knapp ein Jahr vor der Bundestagswahl prescht Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) mit einer Qualitätsoffensive für bessere Kitas vor. Die Kosten schätzt sie auf bis zu zehn Milliarden Euro, welche „fair“ auf Bund, Länder und Kommunen aufgeteilt werden sollen. Der Bund soll ab 2018 erstmalig eine Milliarde Euro zusätzlich zur Verfügung stellen; der Betrag soll dann stufenweise angehoben werden. Aus Sicht des BVKJ und zahlreicher anderer Verbände greift die Qualitätsoffensive zu kurz.

Laut der nun vorgestellten Vereinbarungen soll es für die verschiedenen Bundesländer keine einheitlichen Ziele geben. Dazu sei die Ausgangslage zu heterogen. In den nächsten Monaten sollten „Eckpunkte für ein Qualitätsentwicklungsgesetz erarbeitet werden.“ Wichtig sei ein „Instrumentenkasten“, aus dem sich jedes Bundesland nach seinen Bedürfnissen bei der Qualitätsverbesserung von Kita-Betreuung bedienen kann. Die den Ländern jeweils zugeteilte Summe solle sich an der Anzahl der unter Dreijährigen orientieren – das sei die gerechteste Lösung. Mit dem zusätzlichen Geld könnte jedes Bundesland und jede Kommune je nach Bedarf beispielsweise mehr Erzieherinnen einstellen, die Sprachentwicklung fördern oder auch die Kitagebühren für Familien mit geringem Einkommen senken, so Schwesig. Die Einhaltung der Standards solle allerdings durch eine Zielvereinbarung des Bundes als Geldgeber mit jedem einzelnen Bundesland gesichert werden. Der Finanzbedarf ist vorgesehen für mehr Fachpersonal in den Kitas, bessere Sprachförderung und Gebührenentlastung für Eltern.

Soweit folgt die Bundesregierung also der Bertelsmann-Studie zur Qualität der Kitas: „Kitas sind weit vom Ideal entfernt“. Sie bezieht sich vor allem auf den mangelhaften Personalschlüssel in den Kitas, von einem kindgerechten Betreuungsverhältnis, eine unabdingbare Voraussetzung für eine gute Kita-Qualität, sei man noch weit entfernt, heißt es dort. Es fehlten 107 000 Fachkräfte. Fast fünf Milliarden Euro würde es kosten, bundesweit allen Kindern eine gute Betreuung zu bieten. Zurzeit betragen die Personalausgaben 16,6 Milliarden Euro. Der Vorstand der Bertelsmann-Stiftung Jörg



3 : 1 – Idealer Betreuungsschlüssel

Dräger fasste die Erkenntnisse der Studie mit diesen Worten zusammen: „Es kommt auf die Qualität der Angebote an, der Kita-Besuch allein verbessert nicht die Bildungschancen der Kinder“.

Was ist eine gute Kita? Streit um Qualitätskriterien

Unabhängig von der Stellenplanung und Besetzung werden aber auch die weiteren Qualitäts-Kriterien der Kitas heftig diskutiert. Manuela Schwesig kritisierte die Fixierung der Bertelsmann-Studie auf den Personalschlüssel: „Qualität hängt von viel mehr ab.“

Das tatsächliche Betreuungsverhältnis/Kinderbetreuungszeit ist aber in aller Regel weit schlechter als die Statistik ausweist, längere Betreuungszeiten sowie längere Öffnungszeiten verschlechtern die Relationen. GEW-Vorstand Norbert Hocke: „Gefordert wird die „mittelbare

pädagogische Arbeit“, mindestens ein Viertel für Team- und Elterngespräche, Dokumentation und Fortbildung endlich anzuerkennen und diese Arbeitszeiten und auch die Freistellung der Leitungskräfte in einem Bundesqualitätsgesetz für Kitas festzuschreiben – verbunden mit Standards für die Erzieher-Kind-Relation.“ Zur Finanzierung eines Bundesprogramms solle das Kooperationsverbot auch für Kitas gelockert werden.

Fabienne Becker-Stoll, Direktorin des Staatsinstituts für Frühpädagogik in München, nennt in einem Interview mit der „Zeit“ das „Wohlergehen der Kinder“ als alleinigen Qualitätsmaßstab: Wichtiger als der Personalschlüssel seien Fachkräfte, die auf sämtliche Bedürfnisse der Kinder eingehen könnten. Durch den massiven quantitativen Kita-Ausbau sei die Debatte über die Qualität der Betreuung leider vernachlässigt worden. Dagegen argumentiert Jörg Dräger: „Bundes-

einheitliche Rahmenbedingungen für Kitas sind für mehr Chancengerechtigkeit notwendig. Die Akteure im Kita-System müssen sich dafür auf kindgerechte Standards für die Personalausstattung verständigen. Deren Finanzierung erfordert eine gewaltige Kraftanstrengung, die von Bund, Ländern, Kommunen, Trägern und Eltern nur gemeinsam zu stemmen ist“.

Überforderte Erzieherinnen

Weniger bekannt als der Personalmangel in den Kitas, aber nicht weniger gravierend ist die Überforderung der Erzieherinnen. Kindertagesstätten gelten als perfekte, kleine Welten. Doch zugleich ist die Betreuung der Jüngsten in den vergangenen zehn Jahren zu einem gewaltigen Geschäft herangewachsen. Im Jahr 2006 gaben Bund, Länder und Kommunen rund zehn Milliarden Euro für Kinderbetreuung aus. 2014 war es mit fast 23 Milliarden schon mehr als doppelt so viel.

Über die Betreuungsdefizite der Branche dringt wenig nach außen. Das (Ver-)Schweigen zu kindlicher Vernachlässigung und Misshandlung hat System. Die Behörden reden nicht gern über Missstände, weil sie die Vorgaben der Politik einhalten müssen. Träger und Leitungen der Kitas schweigen, weil sie andernfalls Defizite in der Qualität ihrer Einrichtungen zugeben müssten. Eltern schweigen, weil sie Angst vor dem Verlust des Betreuungsplatzes haben. Werden Skandale schließlich doch publik, sind alle bemüht, den Schaden zu begrenzen. Leiterinnen von Kindergärten wenden sich zunehmend an Gewerkschafter und Fachjuristen. Was sie denn tun sollten, wenn problematische Erzieher im eigenen Team auffielen. Marion Hundt, Professorin an der Evangelischen Hochschule Berlin für Öffentliches Recht sagt: „Bei kindlicher Vernachlässigung und Misshandlung gibt es also offensichtlich ein größeres Problem.“

Über die Abgründe bei der Betreuung der Kleinsten werden keine verlässlichen Zahlen erhoben. Kinder akzeptieren selbst unangemessene Erziehungsmethoden, weil sie denken, die Eltern wissen, was in der Kita passiert und stehen dahinter. Oder sie sind einfach noch zu klein, um von ihren Erfahrungen zu erzählen.

Für Manuela Schwesig geht es um beides, um Quantität und Qualität in der Kinderbetreuung: „Es geht hier zum ei-

nem um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Aber auch um frühkindliche Bildung: Denn hier entwickelt sich Motorik, Sprache und auch Sozialverhalten. Deshalb ist es auch wichtig, dass wir gute Kitas im Land haben. „In der Bertelsmann Studie wurde nicht nach Sprachtests gefragt. Auch nicht inwieweit Erzieherinnen mit den Bildungsplänen vertraut sind, die es braucht, um eine Kita wirklich zu einer Bildungseinrichtung zu machen.

Für die Länderseite nannte Brandenburgs Bildungsminister Günter Baaske (SPD) Kita-Standards „unverzichtbar“. Die Betreuungsquoten seien insgesamt gut (!), aber bei der Qualität gebe es Nachholbedarf. Die Einhaltung der Standards solle durch eine Zielvereinbarung des Bundes als Geldgeber mit jedem einzelnen Bundesland gesichert werden. Baaske verwies auf eine Berechnung von Experten, wonach der Bund von seinen Investitionen stark profitiere. Für jeden in bessere Kita-Betreuung investierten Euro erhalte er 53 Euro zurück – Geld, das sonst beispielsweise in Sozialkosten und Arbeitslosengeld fließen würde.

Fehlendes Qualitätsmanagement

Auch das Qualitätsmanagement ist in Kitas unterschiedlich ausgeprägt und etabliert. Die Notwendigkeit von QM steht außer Zweifel. Wissenschaft und Praxis haben sich aber bisher nicht auf Methoden und Systeme für die Qualitätsentwicklung einigen können. Das QM-System PädQUIS beziehungsweise QUIK zur Bewertung von pädagogischer Qualität in Einrichtungen für Kinder bis sechs Jahre wurde vom Kooperations-Institut der Freien Universität Berlin unter der Leitung von Professor Wolfgang Tietze entwickelt. Es wurde in der Publikation zur „Nationalen Qualitätsinitiative im System für Tageseinrichtungen für Kinder“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004 genannt und in Einrichtungen bundesweit erprobt und eingeführt. Es ist also dem Ministerium bestens bekannt und müsste von diesem nur zum bundesweiten Standard erhoben werden.

Ebenso bekannt sein dürfte dem BMFSFJ der schwedische Kindergarten, der „dagis“. Der „dagis“ richtet sich an Kinder von einem bis fünf Jahren und zeichnet sich durch Intensivbetreuung und hohe pädagogische Qualität aus

(Gleichbehandlung der Geschlechter; Unterstützung von Kulturpluralität; das Bemühen um männliche Mitarbeiter, Förderung von Migrantenkindern). Drei bis vier Lehrer betreuen Gruppen von etwa 17 Kindern (auf fünf Kinder kommt ein Lehrer).

Alle Kinder haben einen Anspruch auf einen Platz. Die Öffnungszeiten müssen sich vielerorts den Arbeitszeiten der Eltern anpassen (bis 19.00 Uhr). Das Recht auf uneingeschränkte Nutzung besteht nur für Kinder, deren Eltern beide voll berufstätig oder arbeitslos sind oder deren Eltern im Erziehungsurlaub sind. Die Kosten für die Betreuung eines Kindes im Kindergarten betragen mehr als 10.000 Euro, die Beiträge der Eltern sind nach Kinderzahl gestaffelt und einkom-

mensabhängig. Die Betreuung der Kinder hört nach dem Kindergarten nicht auf. Kindern von sechs bis zwölf Jahren wird eine Betreuung vor und nach der Schule angeboten und garantiert.

Warum Kinder- und Jugendärzte sich für die Kita-Qualität interessieren sollten

Was geht das alles nun den Kinder- und Jugendarzt an? Das einhellige Eingeständnis, dass es um die Qualität der Kindertageseinrichtungen schlecht bestellt ist und es Milliarden zur Verbesserung bedarf, bestätigt die jahrzehntelangen Forderungen des BVKJ, nur darauf eingehen wollte man bisher nicht. Stattdessen werden Pädiater täglich gefordert, die

Defizite durch Heilmittelverordnungen oder Frühförderanträgen zu kompensieren. Das Geld wird in Einzelförderung investiert. Das Problem ist bekannt, wird aber kleingeredet. Folglich war pädiatrische Qualität bei der Novellierung der Früherkennungsuntersuchungen nicht erwünscht. Die neuen Kinderrichtlinien begnügen sich mit Fragen und orientierender Beurteilung der Entwicklung (www.gb-a.de), auch der Sprachentwicklung. Diese sind in der Qualität ganz sicher viel schlechter als die vertiefenden Fragen oder Screeninginstrumente wie FRAKIS, SETK und SBE 2 und 3. Verordnungen von Logopädie im Schulalter, die kaum Ergebnisqualität haben oder gar stundenlange logopädische Sprachbefunderhebung sind für GKVn kein Problem, solange verordnende Ärzte ihr Heilmittelbudget nicht überschreiten.

Verbände und Gewerkschaften fordern Qualitätsoffensive für Kitas

In einer gemeinsamen Erklärung von 16 Sozial- und Bildungsverbänden heißt es:

„Um überall in Deutschland eine hohe Betreuungsqualität sicherzustellen, müssen verbindliche, bundesweit einheitliche und wissenschaftlich fundierte Standards eingeführt werden.“ Gemeinsam fordern die Familien-, Kinderrechts- und Wohlfahrtsverbände sowie Gewerkschaften: Um überall in Deutschland eine hohe Betreuungsqualität sicherzustellen, müssen verbindliche, bundesweit einheitliche und wissenschaftlich fundierte Standards eingeführt werden.

Diese Standards müssen folgende Qualitätsaspekte thematisieren:

- Zugang zu Kitas: Öffnungs- und Schließzeiten, Ganztagsangebote und Kosten für die Familien
- Qualifikation der Fachkräfte einschließlich bundeseinheitlicher Regelungen zur Ausbildung
- Fachkraft-Kind-Relation und Gruppengröße: Fachkraft-Kind-Relation für pädagogisch qualifizierte Fachkräfte sowie Festlegung einer maximalen Gruppengröße entsprechend den Bedürfnissen und des Alters der Kinder.
- Leitlinien der pädagogischen Arbeit unter Berücksichtigung der in der UN-Kinderrechtskonvention normierten Kinderrechte, die z. B. durch das Recht auf Spiel, Bildung, Beteiligung und Selbstentfaltung einen inhaltlichen Rahmen setzen.
- Verantwortungsbewusste Erziehungs- und Bildungspartnerschaft: Verhältnis Kind, Eltern, Fachkraft mit dem Kindeswohl im Zentrum.
- Dauerhafte Qualitätssicherung und -weiterentwicklung: Bundes- bzw. länderspezifisches Monitoring sowie Sicherung der organisatorischen Rahmenbedingungen für Qualitätsentwicklung

Der BVKJ fordert....

Wir brauchen sofort ein Kita-Qualitätsgesetz. Dazu einen intensiven Info-Austausch mit Schweden über die dortigen Erfahrungen in den „dags“. Außerdem ein besseres Ausbildungs- und Bezahlungsniveau für Kindergärtner/-innen. Kindergärtner/-innen sollten gezielt darauf trainiert werden, aus Situationen auszurechnen, die sie überfordern – z. B. in einer Konfliktsituation mit einem Kind einen anderen Erzieher bitten, zu übernehmen. Auffällige Erzieher sollten per Videoüberwachung kontrolliert werden, um etwaige Exzesse oder „Münchhausen by proxy“ etc. aufzudecken. Das alles wird Geld kosten.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: ReH

**KINDER- UND JUGENDARZT
im Internet**

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

15 Jahre wellcome – 15 Jahre Hilfe für junge Familien

Am 06. März 2017 feierte die gemeinnützige Organisation wellcome mit der langjährigen Schirmherrin Bundeskanzlerin Angela Merkel ihr 15-jähriges Bestehen.

Mit der Geburt eines Kindes verändern sich Gewohnheiten und soziale Kontakte, werden Beruf und Freizeit neu definiert. Unterstützung für Eltern ist dabei so wichtig wie nie zuvor, denn fehlende Netzwerke, doppelte Berufstätigkeit und steigende Mobilität erhöhen den Druck auf Eltern heute enorm: „Wir haben vor 15 Jahren ein Unterstützungsangebot für Eltern geschaffen, mit hoher Akzeptanz bei den Familien und bei den Ehrenamtlichen“, so Sozialpädagogin **Rose Volz-Schmidt**, die Gründerin und Geschäftsführerin von wellcome, in ihrer Rede auf der Geburtstagsfeier. Sie forderte: „Eltern brauchen verlässliche Angebote, die sie darin unterstützen, dass aus kleinen Krisen keine großen werden. Eine moderne, offene Gesellschaft ist eine mutige Gesellschaft, in der gesagt werden kann: ‚ich kann nicht mehr‘ – und eine unterstützende Gesellschaft, in der es Strukturen gibt für Menschen, die sich engagieren wollen.“

Bundeskanzlerin **Dr. Angela Merkel**, die bereits 2007 die bundesweite Schirm-



Foto: © wellcome/Hartung

herrschaft für wellcome übernommen hat, würdigte die Arbeit der Organisation: „wellcome – mit dem Doppel-L im Namen – steht dafür, dass Kinder willkommen sind, dass sie gut im Leben ankommen und dass sie gut im Leben vorankommen“. Die Bundeskanzlerin betonte auch die Bedeutung ehrenamtlichen Engagements: „Ehrenamtliches Engagement [...] macht unser Miteinander menschlich“.

Zu den Gästen der Feier gehörte auch BVKJ-Präsident Thomas Fischbach. Sein Geburtstagswunsch für wellcome: „Wir

wünschen uns als Kinder- und Jugendärzte, dass das so wichtige Engagement bundesweit flächendeckend allen jungen Eltern zur Verfügung steht und ihnen hilft, den oft schwierigen Alltag mit ihren Kindern zu bewältigen. Viele der Handling-Probleme, mit denen junge Eltern in unsere Praxen kommen, könnten sie auch mit den wellcome-Mitarbeiterinnen besprechen. Das wäre eine große Entlastung für uns Pädiater.“

Red.: ReH

Kranke Kinder immer öfter vom Papa betreut

DAK-Analyse zeigt Höchststand beim Kinderkrankengeld für Väter

Väter melden sich immer öfter von der Arbeit ab, um ihre kranken Kinder zu Hause zu pflegen. 2016 wurde laut Analyse der DAK-Gesundheit die Rekordmarke von 23 Prozent erreicht. Im Vergleich zu 2010 hat sich der Wert nahezu verdoppelt (2010: 13 Prozent). Besonders engagiert sind Väter in Thüringen und Sachsen: Hier lag die Betreuungsquote bei knapp 30 Prozent.

Rund 70.000 DAK-Versicherte reichten im vergangenen Jahr Anträge für das sogenannte Kinderpflege-Krankengeld ein. Der Anteil der Väter, die ihre kranken Kinder zu Hause betreuen, stieg auf

23 Prozent an (2015: 20 Prozent). Die Krankenkasse beobachtet diesen Trend bereits seit sieben Jahren.

Thüringen vorn, Saarland abgeschlagen

Traditionell ist der Anteil der Väter, die im Krankheitsfall auf ihre Kinder aufpassen, in den östlichen Bundesländern deutlich höher als im Westen. So auch im Jahr 2016: Die Väter in Thüringen und Sachsen sind mit einem Betreuungsanteil von über 28 Prozent vorn, dicht gefolgt von Brandenburg und Sachsen-Anhalt (27 und 26 Prozent). Das Saarland belegt mit 16 Prozent den letzten Platz nach Rheinland-Pfalz (18 Prozent), Bayern und Baden-Württemberg (je 19 Prozent).

Info: Kinderpflege-Krankengeld: Das steckt dahinter

Krankenkassen springen ein, wenn Eltern mit kranken Kindern zu Hause bleiben und der Arbeitgeber keine Lohnfortzahlung leistet. Anspruch auf das Krankengeld haben gesetzlich versicherte Eltern von Kindern bis zu zwölf Jahre. Väter und Mütter mit einem Kind haben jeweils Anspruch auf zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr. Bei Alleinerziehenden sind es 20 Arbeitstage. Die Höhe des Kinderpflege-Krankengelds beträgt zwischen 90 und 100 Prozent des ausgefallenen Nettogehalts.

Quelle: DAK

Red.: ReH

Neues Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr“

Am 13. Februar 2017 hat Bundesgesundheitsminister Gröhe das neue Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr“ veröffentlicht. Hier geht es um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Entwicklungsphase im ersten Lebensjahr nach der Geburt eines Kindes.

Wichtige Ziele dabei sind die Förderung der Bindung zu den Eltern, gesunde Lebensverhältnisse, soziale Sicherheit sowie die Vermeidung von Unfallgefahren und Situationen, in denen Eltern überfordert sind.

Nachfolgend die **fünf Gesundheitsziele**:

Ziel 1	Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert
Ziel 2	Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert
Ziel 3	Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt
Ziel 4	Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert
Ziel 5	Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet

Für uns Kinder- und Jugendärzte/-innen sind die **Ziele vier und fünf** von besonderer Bedeutung.

In Ziel 4 heißt es zum Thema Impfen:

Impfungen schützen vor gefährlichen Infektionskrankheiten und ihren Folgen. Deshalb wird von der STIKO bereits ab einem Alter von sechs Wochen die erste Rotavirusimpfung und ab dem dritten Lebensmonat eine erste Sechsfach-Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Poliomyelitis, Hepatitis B sowie die Impfung gegen Pneumokokken empfohlen. Ab dem zwölften Lebensmonat werden die Masern-Mumps-Röteln-Impfung sowie die Impfung gegen Windpocken (Varizellen) empfohlen.

Im zweiten Lebensjahr wird Kindern eine Impfung gegen Meningokokken C emp-

fohlen (RKI, 2015a). Diese Empfehlungen einschließlich Auffrischungsimpfungen sollten konsequent umgesetzt werden. Zusätzlich sollte spätestens jetzt oder erneut der Impfschutz der Eltern und weiterer enger Familienmitglieder überprüft und insbesondere in Hinblick auf Masern und

Keuchhusten vervollständigt werden. Diese beiden Erkrankungen sind für Kinder im ersten Lebensjahr besonders gefährlich, ihr Ansteckungsrisiko kann so gesenkt werden. Weit überwiegend erfolgt die Beratung zu den Impfungen im Kindesalter über die betreuenden Ärztinnen und Ärzte, gekoppelt an die Früherkennungsuntersuchungen. Zum Beispiel: Nach § 38 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz muss bei Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung ein schriftlicher Nachweis über eine ärztliche Beratung zum vollständigen Impfschutz erfolgen. Gerade beim Thema Impfen gibt es viel Unsicherheit unter den Eltern. Sie fragen sich, wie gefährlich die Krankheiten sind und wie Berichte über Nebenwirkungen von Impfungen einzuordnen sind. Hier ist es eine wichtige Aufgabe, die Umsetzung der Impfeempfehlungen mittels einer umfassenden Beratung durch

alle professionellen Akteurinnen und Akteure noch besser zu fördern. Auch hier ist eine evidenzbasierte und adressatengerechte Information von entscheidender Bedeutung.

Weitere Themen in Ziel 4 sind:

Stärkung von gesundheitlichen Ressourcen, Kompetenzen und Wohlbefinden

- Mundgesundheit des Kindes
- Ernährung

Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien, Kinder und Eltern im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes

- Unfälle im Säuglingsalter
- Gewalt und nicht unfallbedingte Traumata
- Plötzlicher Kindstod

Besondere Unterstützungsbedarfe

- Frühgeborene
- Entwicklungsgefährdete (behinderte oder von Behinderung bedrohte) Kinder
- Regulationsstörungen

Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Gewährleistung einer bedarfsgerechten Betreuung

- Zusammenarbeit Gesundheitswesen mit Kinder- und Jugendhilfe
- Kinder- und jugendärztliche Versorgung
- Familienhebammen und vergleichbare Berufe

Zur Kinder- und jugendärztlichen Versorgung heißt es:

Eine zentrale Bedeutung haben die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch ihren frühzeitigen und regelmäßigen Kontakt zu Eltern mit Kindern im ersten Lebensjahr. Durch kontinuierliche Entwicklungsbeobachtung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 SGB V können

sie Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen. Die Untersuchungen beinhalten eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus sowie eine präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Sofern medizinisch angezeigt, kann eine Präventionsempfehlung ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu berücksichtigen ist.

Die sog. U-Untersuchungen genießen bei den Eltern eine hohe Akzeptanz, sodass die durchschnittlichen Teilnahmequoten insgesamt sehr hoch sind; dies gilt in besonderem Maße für die Untersuchungen im ersten Lebensjahr. Leicht geringere Teilnahmen finden sich bezüglich der späteren U-Untersuchungen ab dem zweiten Lebensjahr bei Familien mit niedrigem Sozialstatus.

Um die Teilnahme weiter zu erhöhen, wurde im Dezember 2008 in § 26 Abs. 3 SGB V eine Regelung eingeführt, die vorsieht, dass die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Kinderuntersuchungen hinzuwirken haben. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen hierzu mit den zuständigen Stellen

der Länder gemeinsame Rahmenvereinbarungen schließen. In 13 von 16 Bundesländern wurden parallel dazu Einladungs-, Erinnerungs- oder Rückmeldesysteme eingeführt, mit denen die Verbindlichkeit der Teilnahme erhöht werden sollte.

Evaluationsergebnisse zeigen, dass durch das Einladewesen eine Erhöhung der Teilnahme an den U-Untersuchungen und eine Erhöhung der Impfquote auch bei Familien in belasteten Lebenslagen erreicht werden konnte. So werden zwischenzeitlich, wie Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts (KiGGS, Folgerhebung, Welle 1, 2009-2012) zeigen, bei den Untersuchungen im ersten Lebensjahr (bis einschließlich U6) nun durchgängig Teilnahmequoten von über 95 % erreicht (RKI, 2015d). Man erhoffte sich darüber hinaus, Risikofälle für Kindeswohlgefährdung frühzeitiger zu erkennen.

Die Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass dieses Ziel nicht in der erhofften Weise erreicht werden konnte, dass jedoch das gesunde Aufwachsen der Kinder entscheidend gefördert werden kann. Das frühzeitige Erkennen von Hilfebedarfen korrespondiert auf Elternseite mit hoher Akzeptanz des Rats und der Kompetenz der die Kinder untersuchenden und behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese Kompetenz wird unterstützt durch den zwischenzeitlich einem Praxistest unter-

zogenen pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6) (Barth & Renner, 2014). Der Bogen soll Arzt und Ärztin dabei unterstützen, familiären Hilfebedarf zu erkennen, diesen Hilfebedarf anzusprechen und die Familie zur Annahme passgenauer Angebote zu motivieren.

Unter den 36 Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Gesundheit rund um die Geburt“ waren zwei Vertreter der Kinder- und Jugendmedizin:

- **Prof. Dr. Christoph Härtel**, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lübeck
- **Dr. Ulrike Horacek**, Gesundheitsamt Recklinghausen, für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Weitere Informationen finden Sie unter den nachfolgenden Links:

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
(<http://gesundheitsziele.de/>)

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

PRAXISfieber-live Kongress – die ganze Praxis profitiert

PRAXIS
fieber-live

Einmal den Praxisalltag zurücklassen, um dann mit frischem Schwung das Alte und Gewohnte neu zu erleben: Eine Reise nach Berlin zum PRAXISfieber-live Kongress erweitert den Horizont des ganzen Teams. Praxisinhaberin und Team arbeiten schließlich an der gleichen großen und schönen Aufgabe. Wir versuchen täglich aufs Neue in der Praxis Kinder und ihre Eltern freundlich anzunehmen und sie zugleich fachlich kompetent zu versorgen. Ohne von Zeit zu Zeit das eigene Tun im Spiegel neuer Erkenntnisse zu reflektieren, geht das kaum.

Unser Tipp

Daher besuchen Sie auch in diesem Jahr wieder als Team den PRAXISfieber-live Kongress im Rahmen des Kinder- und Jugendärztetages in Berlin (23.-25.06.2017). Wir werden dort wieder

Einblicke in die neuesten Richtlinien der Krankheitsbehandlung und -verwaltung sowie Anleitungen zu Organisations- und Abrechnungsfragen bekommen. Fachkompetent und praxisnah werden die einzelnen Fachgebiete von erfahrenen Referenten vermittelt. Jeder wird nach dem Kongress etwas mit nach Hause nehmen, das ihm den alltäglichen Umgang in der Praxis erleichtern wird. Ein großer Vorteil ist die offene Struktur des Kongresses. Es gibt ein vielfältiges Programm aus Seminaren und Vorträgen, die sich jede MFA nach individuellem Interesse und Schwerpunkt der Praxis aussuchen kann.

Neben der eigentlichen Wissensvermittlung geht es aber bei dem Kongress auch darum, sich mit Fachkolleginnen und -kollegen aus ganz Deutschland auszutauschen und gemeinsam nach neuen Lösungen für die vielen alltäglichen Probleme zu suchen, die sich im Praxisalltag ergeben.

Jedes Jahr freut man sich auf die vielen bekannten Gesichter. Die alten Gespräche werden fortgesetzt und neue begonnen.

Wir würden uns freuen, wenn sich in diesem Jahr auch diejenigen zum Kongress aufmachen würden, die bisher noch nie dabei waren.

Aus unserer Erfahrung können wir nur sagen: die Reise nach Berlin lohnt sich für die gesamte Praxis!

Korrespondenzadresse:

Dr. Alexandra Sell
Kinder- und Jugendärztin
41751 Viersen-Dülken

Andrea Zallmann
MFA/Präventionsassistentin
41751 Viersen-Dülken

Red.: ReH

Personalien

Am 12. November 2016 wurde auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) in Berlin der gesetzliche Vorstand neu gewählt (v. l. n. r.): Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz (Bremen) als Generalsekretär, Dr. Christian Fricke (Hamburg) als erster Stellvertreter des Generalsekretärs und Dehtleff Banthien (Bad Oldesloe) als zweiter Stellvertreter des Generalsekretärs und Schatzmeister.

Info:

Die DAKJ versteht sich als Dachverband aller pädiatrischen Gesellschaften und Verbände und hat die Aufgabe, im Auftrag der drei Gründungsgesellschaften (DGKJ, BVKJ und DGSPJ) gemeinsame Anliegen in der Kinder- und Jugendme-



dizin, aber auch in der Öffentlichkeit und der Politik zu vertreten. Dazu hat sie eine Reihe von Kommissionen, die wissenschaftlich fundierte Empfehlungen und Stellungnahmen abgeben. In Zukunft soll es auch einen Geschäftsführer geben, der zusammen mit den langjährigen, exzel-

lenten Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle der DAKJ in Berlin die Arbeit verstetigen soll.

www.dakj.de

Red.: ReH



akg-images/Imagno

Impfstofftests für die Industrie, „Beton-“ und „Kotzspritzen“ zur Bestrafung



Sylvia Wagner

Chemische Gewalt gegen Heimkinder

Arzneimittelstudien an Heimkindern, durchgeführt bis in die siebziger Jahre hi-

nein, war ein bislang unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland.

Vor gut zehn Jahren erfuhr die Öffentlichkeit durch Berichte in den Medien von der physischen und psychischen Gewalt in den Heimen der damaligen Zeit und von dem Leiden der ehemaligen Heimkinder. Auch die sexuelle Gewalt in den Einrichtungen wurde schließlich publik. Glaubte man, damit das Leid der damaligen Heimkinder umfassend erfasst zu haben, so täuschte man sich.

Bislang wenig bekannt war die chemische Gewalt, der die Heimkinder zum Teil über Jahre durch sedierende Psychopharmaka ausgesetzt waren. In den letzten Wochen und Monaten des vergangenen Jahres schließlich berichteten die Medien über aktuelle Forschungsergebnisse, die die Durchführung von Arzneimittelstudien an Heimkindern belegen.

„Wie kann es sein, dass das jetzt erst ans Licht kommt?“, lautete zu Recht eine der häufigsten Fragen, denn die meisten Hinweise auf die Studien fanden sich in öffentlich zugänglichen medizinischen Fachzeitschriften der damaligen Zeit.

Man hätte es wissen können....

Weitere Dokumente aus dem Bundesarchiv in Koblenz, Archiven von Pharmafirmen sowie aus Bewohnerakten einer Einrichtung ergänzen und bestätigen die Hinweise aus den Publikationen. Demnach war es anscheinend bundesweit gängige Praxis, Heimkinder für pharmazeutische Untersuchungen heranzuziehen. Und dies nicht erst ab der Mitte des letzten Jahrhunderts. Bereits Ende des 18. Jahrhunderts dienten Waisenkinder als Versuchspersonen zur Entwicklung der Pockenschutzimpfung. Während der

Weimarer Zeit gab es öffentliche Proteste aufgrund von Medikamentenversuchen an Heimkindern und Prostituierten.

In der jungen Bundesrepublik wurden bereits Säuglinge und Kleinkinder Opfer dieser Praktiken. Hier testeten verschiedene Pharmaunternehmen, zum Teil in Kooperation mit Behörden wie dem damaligen Bundesgesundheitsamt, Impfstoffe, vor allem gegen Poliomyelitis. Diese Krankheit hatte sich Anfang der 1950er-Jahre vor allem auch in Deutschland endemisch ausgebreitet. Säuglingsheimkinder waren für die Erprobung der Impfstoffe laut Aussagen in einigen Fachartikeln besonders geeignet. Wenn sie sich von Geburt an in einem Heim befanden, hatten sie keine Antikörper durch die Muttermilch erhalten, diaplazentar erhaltene Antikörper hatten sich nach dem ersten halben Lebensjahr abgebaut. Es wurde darauf geachtet, keine Polioviren in die Einrichtungen einzuschleppen, um eine Antikörperbildung bei den Säuglingen zu vermeiden. Eine Immunität gegen Polioviren würde die Studienergebnisse verfälschen. Außerdem hatte man in einem Heim auch gleichzeitig mehrere Kinder zur Verfügung, die man Tag und Nacht medizinisch überwachen konnte. Neben diesen wissenschaftlichen Vorteilen, die Heimkinder für die Testung boten, war ein weiterer Vorteil sicherlich der, dass man eine Einwilligung der Eltern besser umgehen konnte, bzw., wie anscheinend geschehen, konnte man mit den Behörden kooperieren, die in einem Fall den Versuch sogar anordneten. Die Gesundheitsbehörden hatten, ebenso wie die Pharmafirmen und natürlich die Bevölkerung, ein Interesse an der Entwicklung eines Impfstoffes. Mitte der 1950er-Jahre wurde zunächst der inaktivierte Polioimpfstoff nach Salk getestet, später der „Lebendimpfstoff“ nach Sabin. Auch Kombinationsimpfstoffe mit Polio-komponente gelangten zur Testung. Für einen Fall konnte nachgewiesen werden, dass im Rahmen einer solchen Testung an Säuglingen und Kindern auch Lumbalpunktionen durchgeführt wurden, um den Liquor auf das Vorhandensein von Impfviren zu untersuchen.

Tests an Heimkindern mit behördlicher Unterstützung

1954 diskutierte man auf einer Konferenz, die in den Behringwerken in



akg-images/Gert Schütz

Marburg stattfand, darüber, ob man die Untersuchungen an Heimkindern durchführen dürfe. Beteiligt an der Konferenz waren neben Vertretern der Behringwerke auch der damalige Leiter des Bundesgesundheitsamtes, Prof. Franz Redeker, und der Bundesinnenminister Otto Burmann. Neben weiteren Teilnehmern der Konferenz waren beide in der Zeit des Nationalsozialismus involviert in Zwangssterilisationen bzw. Menschenversuchen in Konzentrationslagern. Die Behringwerke erforschten in Buchenwald an KZ-Häftlingen einen Fleckfieberimpfstoff. Die Leiter der damaligen Forschung waren auch nun leitend an der Entwicklung und Erprobung des Polioimpfstoffes beteiligt.

In einem Düsseldorfer Heim wurde Mitte der 50er-Jahre an Säuglingen die Nebenwirkungen eines Pockenimpfstoffes auf das Knochenmark untersucht. Angeordnet hatte diese Untersuchung ebenfalls wieder das damalige Bundesgesundheitsamt unter Leitung von Prof. Redeker. Materiell unterstützt wurde sie vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Wiederaufbau des Landes NRW. Knochenmarkpunktionen ergaben als Folge der Impfung eine schwere Schädigung des blutbildenden Organs. Man ging davon aus, dass eine Regeneration innerhalb weniger Monate erfolgen würde.

Bislang fanden sich gut 30 Impfstoffstudien in der damaligen Zeit an Heimkindern, die offensichtlich nicht den auch damals schon bestehenden ethischen Richtlinien des Nürnberger Codex entsprachen. Zwar gab es mit dem Preussischen Erlass über Menschenversuche

von 1930, der bereits eine Einwilligung nach Informierung der Probanden vorsah, auch rechtliche Bestimmungen zur Durchführung von Studien an Menschen, doch gab es keine Strafbestimmungen bei Nichtbefolgung.

Mit Psychopharmaka im Essen ruhig gestellt

Eine anscheinend gängige Praxis in Heimen, Einrichtungen der Fürsorgeerziehung, Behinderteneinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrien war es anscheinend, Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit Psychopharmaka zu sedieren. Dies geschah offensichtlich, um das Funktionieren des Systems zu gewährleisten. Der Alltag in den Einrichtungen war oftmals geprägt von übergroßen Gruppen traumatisierter Kinder, unqualifiziertem Personal sowie Platzmangel. Dies führte zu Aggressionen, denen man mit physischer Gewalt begegnete. Als Mitte der 50er-Jahre die modernen Psychopharmaka, wie die Neuroleptika, aufkamen, waren sie ein willkommenes Mittel, die Kinder und Jugendlichen ruhig zu stellen und damit die Arbeit des Personals zu erleichtern.

Viele ehemalige Heimkinder berichten davon, dass den Speisen und Getränken „Hängolin“ – eine umgangssprachliche Bezeichnung für Beruhigungsmittel oder triebdämpfende Mittel – beigemischt worden sei. Der Kaffee und das Essen schmeckten oft bitter und sie hätten sich nach dem Verzehr müde gefühlt. Andere berichten von offenem Zwang, die sedierenden Arzneimittel einnehmen zu

müssen. Da die Präparate in einigen Einrichtungen laut Aussagen der ehemaligen Heimkinder generell eingesetzt wurden und sie nicht krank gewesen seien, handelte es sich offenbar um eine medizinisch nicht indizierte Verabreichung von Arzneimitteln.

Zum Teil erhielten die Kinder und Jugendlichen die Präparate über Monate und Jahre. Unter den Langzeitfolgen leiden sie noch heute. Da es aufgrund der Quellenlage offensichtlich ist, dass es sich überwiegend um Neuroleptika gehandelt hat, ist davon auszugehen, dass die Hirnentwicklung beeinträchtigt wurde. Außerdem können Neuroleptika zum metabolischen Syndrom mit der Gefahr des Diabetes mellitus, zu Schlaganfällen und Herzinfarkt führen.

Schrei- und Blickkrämpfe

Heimkinder dienten aber auch als Versuchspersonen für die Entwicklung von Psychopharmaka, zur Erforschung weiterer Indikationsgebiete der Substanzen und zum Studium der Nebenwirkungen. Einige Publikationen zur Prüfung von Neuroleptika an Kindern und Jugendlichen legen nahe, dass diese den umfangreichen Einsatz der Präparate in den Einrichtungen legitimieren sollten. In einer Publikation aus dem Jahr 1972 mit dem Titel „Dipiperon bei kindlichen Verhaltensstörungen“ aus der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie Viersen-Süchteln wird beispielsweise berichtet, dass durch den Einsatz des Neuroleptikums eine Verbesserung in Bezug auf kindliche Verhaltensstörungen erwartet wurde. Laut Publikation konnte dieser Effekt auch beobachtet werden.

Aus dem Essener Franz-Sales Haus, einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung, fand sich eine Liste des damaligen Heimarztes Dr. Waldemar Strehl, auf der er über drei Seiten von den Nebenwirkungen der Substanz „T 57“, die als Neuroleptikum unter dem Namen Decentan auf den Markt kam, berichtet. Geschildert werden unter anderem Schrei- und Blickkrämpfe, Torsionsspasmen, Nackenstarre, Apathie und Taumeln. Strehl hatte die Substanz bis zu acht Mal höher dosiert, als von der Herstellerfirma empfohlen. Betroffen waren Kinder und Jugendliche ab fünf Jahren. Von Strehl ist auch bekannt, dass er sogenannte „Beton- und „Kotzspritzen“, die zu zeitweiliger

Bewegungsunfähigkeit aufgrund starker Schmerzen bzw. zu heftigem Erbrechen führten, offenbar zur Bestrafung einsetzten.

In den Einrichtungen waren die Kinder und Jugendlichen den ärztlichen Maßnahmen schutzlos ausgeliefert. Immer wieder stellt sich heraus, dass Ärzte, die während der Zeit des Nationalsozialismus an Versuchen oder Tötungen von Menschen beteiligt waren, nach 1945 in Einrichtungen Kinder medizinisch betreuten. So konnte Hans Heinze, der maßgeblich an der Kindereuthanasie in Brandenburg-Görden beteiligt war, 1954 Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Wunstorf werden, wo er wahrscheinlich auch mindestens ein Präparat an Kindern testete.

Auch Präparate zur Triebdämpfung wurden untersucht und eingesetzt. In der jugendpsychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Schleswig testete man hierfür das Haloperidol bereits an fünfjährigen Mädchen. Das Antiandrogen Cyproteronacetat wurde schon vor Markteinführung an männlichen Jugendlichen erprobt und angewandt. Dies hätte einer besonderen Genehmigung bedurft, da auch damals schon die freie Entfaltung der Sexualität, als wesentlicher Aspekt der Persönlichkeit, ein Grundrecht war.

Tausende von Betroffenen

Insgesamt sind bislang ca. 50 Hinweise auf Studien an Heimkindern gefunden worden, wobei jedoch davon auszugehen ist, dass das tatsächliche Ausmaß deutlich größer ist. Zum Teil waren die Präparate noch nicht in den Markt eingeführt. Andere Präparate waren zwar schon im Handel, wurden aber noch näher erforscht. Die Anzahl der Kinder als Probanden in den Studien schwankt zwischen ca. 20 bis zu mehreren hundert. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass einige tausend Kinder und Jugendliche betroffen waren. In keinem Fall konnte die Einwilligung der Eltern oder der gesetzlichen Vertreter der Kinder gefunden werden. Von einer Studie ist bekannt, dass der Leiter des Landesjugendamtes seine Einwilligung zu der Untersuchung an den Kindern gab (Prüfung des Chlorprothixen im Heim Neu-Düsseldorf). Hier stellt sich die Frage, ob es richtig sein kann, dass jemand, der wahrscheinlich gar keinen persönlichen Bezug zu den Kindern hat, eine

Generaleinwilligung für mehrere Kinder abgeben kann. Normalerweise müssen beide Elternteile für ein Kind eine Einwilligung zu einer Studie erteilen.

Unbegreiflich ist, dass solche Versuche stattfinden konnten. Mindestens genauso unbegreiflich ist es jedoch, dass, obgleich in den medizinischen Fachzeitschriften die Herkunft der Probanden offen dargestellt wurde, offensichtlich niemand protestiert hat.

Obwohl ehemalige Heimkinder immer wieder berichtet hatten, dass sie Medikamente zur Ruhigstellung erhalten hatten und sie auch selbst die Vermutung äußerten, dass an ihnen Medikamente getestet worden seien, wurde am Runden Tisch Heimerziehung, der 2009 / 2010 tagte, auf dieses Thema nicht näher eingegangen. Im Abschlussbericht des Runden Tisches Heimerziehung heißt es dazu, dass „trotz intensiver Bemühungen“ nur „begrenzte Erkenntnisse“ dazu gewonnen werden konnten.

Inzwischen haben einige Landesregierungen angekündigt, die Vorgänge aufarbeiten zu lassen und auch untersuchen zu lassen, warum das Thema so lange unbeachtet bleiben konnte.

Auch heute ist das Thema der Arzneimittelstudien an Kindern sehr aktuell. Klinische Prüfungen wurden bis vor einigen Jahren fast nur an Erwachsenen durchgeführt, sodass für den Großteil der in der Pädiatrie verabreichten Medikamente keine gesicherten Daten vorlagen und die Präparate off label angewandt werden mussten. Dabei ist die notwendige Arzneimittelsicherheit nicht gegeben. Inzwischen sind pharmazeutische Unternehmen in der Europäischen Union verpflichtet, Medikamente auch in Studien an Kindern zu prüfen. Die Umstände zur Durchführung von Studien, gerade bei Kindern, sind heute zum Glück andere, als vor fünfzig Jahren.

Korrespondenzadresse:

Sylvia Wagner

Inrather Straße 478, 47803 Krefeld

E-Mail: sy.wagner@freenet.de

Die Autorin ist Pharmazeutin und ist bei Recherchen im Rahmen ihrer Doktorarbeit auf die Medikamententests an Heimkindern gestoßen und hat diesen Skandal öffentlich gemacht.

Red.: ReH

Geburtstage im Mai 2017

65. Geburtstag

Frau **Brigitte Schranz**,
Wiesbaden, am 03.05.
Herr Dr. med. **Peter Schlemmer**,
München, am 05.05.
Herr Dr. med. **Wilfried Göbe**,
Gelsenkirchen, am 06.05.
Herr **Kurt Augustin**,
Braunschweig, am 06.05.
Herr **Wolf Knaut**, Berlin, am 08.05.
Frau **Renate Kubel**,
Hannover, am 08.05.
Herr Dr. med. **Alain Formanek**,
Reichenbach, am 10.05.
Herr Dr. med. **Holger Handel**,
Halberstadt, am 10.05.
Herr Dr. med. **Johannes Domay**,
Süßen, am 11.05.
Frau Dr. med. **Anna Schrötter**,
Neukieritzsch, am 15.05.
Frau Dr. med. **Inge Weigl**,
Freiberg, am 18.05.
Frau Dr. med. **Dorothea Schlademann**,
Lutherstadt Wittenberg, am 24.05.
Frau **Ute Jessat**,
Glücksburg, am 24.05.
Herr **Arkadi Eppel**,
Abensberg, am 26.05.
Frau Dr. med. **Annette Scherrer**,
Düsseldorf, am 27.05.
Herr Dr. med. **Harald Nuding**,
Eberbach, am 28.05.
Herr Dr. med. **Peter Will**,
Hamburg, am 30.05.
Herr Dr. med. **Eberhard Weinert**,
Kollmar, am 30.05.
Herr **Winfried Sauterleute**,
Leutkirch, am 31.05.
Frau **Beate Zierath-Wahl**,
Königswinter, am 31.05.
Herr Dr. med. Dr. rer. nat. **Helmut Pabel**,
Herford, am 31.05.

70. Geburtstag

Herr Dipl.-Med. **Burkhard Raupach**,
Berlin, am 07.05.
Frau Dr. med. **Brigitte Reibedanz**,
Berlin, am 20.05.
Herr Dr. med. **Eberhard Bräter**,
Angermünde, am 25.05.
Herr PD Dr. med. **Wolf Beck**,
Wolfenbüttel, am 27.05.
Herr **Georg Ramb**,
Höhr-Grenzhausen, am 28.05.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Sabine Wahl**,
Barby, am 01.05.
Herr Dr. med. **Detlef Heinen**,
Marl, am 02.05.
Frau Dr. med. **Gisela Oehme**,
Chemnitz, am 13.05.
Frau Dr. med. **Caroline Heidenreich**,
Heiligenberg, am 15.05.
Herr Dr. med. **Fritz Rüggeberg**,
Ennepetal, am 17.05.
Frau Dr. med. **Renate Defort**,
Falkensee, am 17.05.
Frau Dr. med. **Katarina Novak**,
Neunkirchen, am 24.05.
Frau Dr. med. **Gudrun Mahn**,
Dresden, am 28.05.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. **Eva Lippoldmüller**,
München, am 09.05.
Frau Dr. med. **Krystyna Graef**,
Frankfurt, am 13.05.
Frau Dr. med. **Ursula Kindermann**,
Berlin, am 15.05.
Frau SR Dr. med. **Renate Lenz**,
Eisenhüttenstadt, am 18.05.
Herr Dr. med. **Philipp Basken**,
Neukeferloh, am 21.05.

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

Frau SR **Margarete Fruth**,
Windischholzhausen, am 04.05.
Herr MR Dr. med. **Manfred Lorenz**,
Dresden, am 06.05.
Frau Dr. med. **Karin Drewes**,
Osterholz-Scharmbeck, am 08.05.
Herr Dr. med. **Helmut Outzen sen.**,
Flensburg, am 12.05.

Frau Dr. med. **Lucienne Steinitz**,
Berlin, am 19.05.
Frau Dr. med. **Utta Recknagel**,
Limburgerhof, am 20.05.
Herr Dr. med. **Rolf Immelmann**,
Bad Oldesloe, am 22.05.
Herr Dr. med. **Wolfgang Wiesenhütter**,
Bad Kissingen, am 25.05.

83. Geburtstag

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

84. Geburtstag

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

85. Geburtstag

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

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

Frau Dr. med. **Ruth Geiger**,
Uhldingen-Mühlhofen, am 01.05.
Frau Dr. med. **Elisabeth Clauss**,
Schwäbisch Hall, am 27.05.
Herr MR Dr. med. **Rudolf Scholz**,
Fürstenwalde, am 28.05.

89. Geburtstag

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

90. Geburtstag

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

91. Geburtstag

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

95. Geburtstag

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

96. Geburtstag

Frau Dr. med. **Elisabeth von Laer**,
Bielefeld, am 11.05.

97. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Dr. **Roger Stephan**, Hildesheim

**Im Monat Februar durften wir 50 neue Mitglieder begrüßen.
Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt,
sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.**

**Bayern**

Frau Dr. med.
Gabriella Kiss
Frau Dr. med.
Friderike Schmitt
Frau Dr. med.
Nina Christa Sellerer

**Berlin**

Frau Dr. med.
Julia Karner
Frau **Anna-Maria Schwahn**

**Nordrhein**

Herrn Dr. med. **Sören Bäumner**
Herrn Dr. med. Dr. phil.
Raphael Hilgenstock
Frau **Viola Schmelter**

**Rheinland-Pfalz**

Herrn **Moritz Schuster**

**Saarland**

Herrn Prof. Dr. med.
Michael Zemlin

**Thüringen**

Frau Dr. med.
Anne Steffens

**Westfalen-Lippe**

Herrn **Stamatios Giannakis**

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

April 2017

22.-23. April 2017

6. Praxismotivationsworkshop

Auskunft: www.sprung-in-die-praxis.de

Mai 2017

5.-6. Mai 2017

„Freischwimmer“ – Grundlagenworkshop für Praxisstarter in Datteln

Auskunft: MarcusHeidemann@web.de

6. Mai 2017

30. Pädiatrie zum Anfassen in Worms des BVKJ LV Rheinland-Pfalz und Saarland

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms
Auskunft: ①

17. Mai 2017

„Immer etwas Neues“ in Leipzig

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

19.-20. Mai 2017

27. Pädiatrie zum Anfassen in Erfurt des BVKJ LV Thüringen

Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

31. Mai 2017

„Immer etwas Neues“ in Verden

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft ⑤

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

Juli 2017

7.-8. Juli 2017

2. Praxismotivationsworkshop „Freischwimmer“ in Nürnberg

Zielgruppe:
Jung niedergelassene KollgInnen und angestellte ÄrztInnen
Auskunft:
wolfgang.landendoerfer@uminfo.de

8. Juli 2017

Pädiatrie zum Anfassen in Markgröningen

des BVKJ LV Baden-Württemberg
Leitung: Dr. Arnold Schwarz,
Dr. Thomas Kauth,
Dr. Volker Tempel
Auskunft: ③

12. Juli 2017

FASD Fachtagung in Berlin

Auskunft: ⑤

19. Juli 2017

„Immer etwas Neues“ in Fürth

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

September 2017

2.-3. September 2017

21. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

des BVKJ LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen
Leitung:
Dr. Stefan Trapp, Bremen,
Dr. Stefan Renz, Hamburg,
Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe,
Dr. Volker Dittmar, Celle
Auskunft: ②

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, Rhaderfehn
Auskunft: ③

① CCJ GmbH

Tel.: 0381-8003980
Fax: 0381-8003988
ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel.: 040-7213053
ccj.rostock@t-online.de

② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

Tel.: 0451-7031-205
Fax: 0451-7031-214
kongresse@schmidt-roemhild.com

③ DI-TEXT

Tel.: 04736-102534
Fax: 04736-102536
Digel.F@t-online.de

④ Interface GmbH & Co. KG

Tel.: 09321-3907300
Fax: 09321-3907399
info@interface-congress.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln,
Tel.: 0221-68909-26
Fax: 0221-68909-78
bvkj.kongress@uminfo.de

Blähungen: Besserung auf natürlichem Weg

Natürliche Kinderarzneien // Säuglinge mit Blähungen und Bauchkrämpfen sind in der kinderärztlichen Praxis alltäglich. Die Ursachen der sogenannten Drei-Monats-Koliken sind vielen Müttern aber nicht bewusst. Das erfordert daher häufig ein ausführliches Aufklärungsgespräch.

Es ist gar nicht so selten, dass eine junge Mutter weinend vor mir sitzt, weil ihr Kind so leidet und sie nicht weiß wie sie ihm helfen kann“, berichtet Dr. Birgit Goldschmitt-Wuttge, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in München. „Unter den Blähungen der Säuglinge in den ersten drei bis vier Lebensmonaten leiden oftmals Mutter und Kind simultan“, sagt die Kinderärztin. Die Sorgen und Nöte insbesondere junger Mütter sind enorm.



Dr. med. Birgit Goldschmitt-Wuttge, München

„Da wird dann auch schon mal gefragt, ob man nicht einen Ultraschall machen kann, weil das Kind vielleicht eine Darmverschlingung haben könnte“.

Auch die Frage nach einer möglichen Allergie oder einer Unverträglichkeit wird oft gestellt. Manche Mütter haben Angst, dass mit ihrer Milch etwas nicht stimmt. Natürlich gebe es eine Milchunverträglichkeit. Das gelte aber für Flaschenkinder wie auch für gestillte Kinder gleichermaßen. „Insgesamt wird dieser Zusammenhang von den Müttern jedoch total überschätzt“, sagt Goldschmitt-Wuttge. Was bei den Müttern auch immer wieder Erstaunen auslöst: „Im ersten Lebensjahr gibt es kaum Allergien“, erklärt die Kinderärztin.

Auf die mütterliche Ernährung achten

Kinder mit Drei-Monats-Koliken sind sehr unruhig, trinken schlecht, haben einen angespannten Bauch, spucken viel und schlafen schlecht. Sie habe den Eindruck, dass gestillte Kinder etwas häufiger betroffen sind, erklärt Goldschmitt-Wuttge. Was möglicherweise aber auch daran liegt, dass

sich in ihrer Praxis viele Mütter aus dem arabischen und nordafrikanischen Raum einfinden. Dort werden viele Speisen mit Zwiebeln, Knoblauch, Paprika und anderen Gemüsearten zubereitet. „Eigentlich eine gesunde Ernährung, die von den gestillten Kindern aber schlecht vertragen wird“, meint die Kinderärztin.

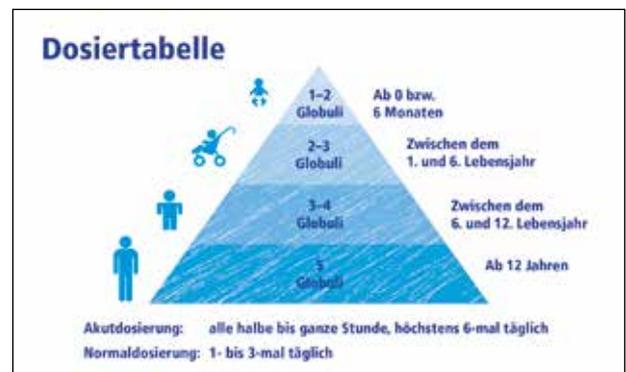
Nach Angaben von Goldschmitt-Wuttge verschwinden Drei-Monats-Koliken in der Regel mit der Umstellung der Ernährung. „Wenn die Kinder auf die Welt kommen, sind die Stühle erst mal Gärstühle, da wird einfach mehr Gas produziert“, erläutert sie. Durch die zunehmende Besiedlung des Darms mit Bakterien wandelt sich der Stuhl vom Gärstuhl zum Faulstuhl, das heißt Farbe, Konsistenz und Geruch ändern sich. Hinzu kommt die Umstellung von der reinen Milchernährung auf das Zufüttern mit Kartoffeln, Karotten und anderen Breis.

„Nicht warten, bis die Situation eskaliert“

Wenn sich trotz Aufklärung über die Auswirkungen der mütterlichen Ernährung auf das Wohlbefinden des Kindes an der Situation nichts Grundlegendes ändert, wollen die Mütter oftmals etwas haben, was ihrem Kind hilft, weiß die Münchner Kinderärztin. Das gilt insbesondere für die Situationen, in denen sich die Lage zuspitzt, also abends und in der Nacht. „Die Mutter ist dann oft erschöpft und das Kind schreit immer noch wie am Spieß“, so Goldschmitt-Wuttge.

In solchen Fällen, in denen Mutter und Kind gleichermaßen leiden, habe sie mit der homöopathischen Kinderarznei Flatulini® gute Erfahrungen gemacht, berichtet die

Kinderärztin. „Wenn die Mütter Flatulini konsequent einsetzen, bessern sich die Beschwerden spürbar und den Kindern geht es insgesamt besser“, sagt sie. Flatulini® sei kein „Notfallmedikament“ und man dürfe daher auch nicht warten, bis eine Situation eskaliert. Vielmehr sollte Flatulini® täglich und regelmäßig verabreicht werden. Die kontinuierliche Einnahme Sorge dafür, dass die natürlichen Inhaltsstoffe die Verdauungsprozesse im Darm anregen und so der Druck auf die Darmwand wegfällt, erläutert Goldschmitt-Wuttge. „Wenn die Globuli regelmäßig gegeben werden, stellt sich der Erfolg auch ein“.



Die natürliche Kinderarznei Flatulini® ist ab dem ersten Lebenstag zugelassen und kann auf grünem Rezept verordnet werden. Das Arzneimittel ist in einem praktischen Dosierspender erhältlich, der eine exakte Entnahme der Globuli erleichtert. Auf Fingerdruck wird jeweils ein Globulus vom Spender in eine Auffangschale freigegeben, sodass hygienisch sicher und einfach nur die jeweils benötigte Globulimenge entnommen wird.

Autor: Jürgen Stoschek, Geroldgrün

Nach Informationen von
Biologische Heilmittel Heel GmbH,
Baden-Baden

Tyrothricin-haltiges Hydro-Gel überzeugt gegenüber Salbengrundlage mit sehr guter Atmungsaktivität

Ex-vivo Modell untersucht okklusiven Effekt von Wundpräparaten // Um den Anforderungen der modernen Wundbehandlung zu entsprechen, sollten Wundpräparate neben einem ideal-feuchten Milieu auch den Gasaustausch zwischen Verletzung und Umwelt sicherstellen. Für diesen Austausch ist die Wasserdampfdurchlässigkeit entscheidend. Ein Experiment hat ein Tyrothricin-haltiges Hydro-Gel und eine Salbenbasis diesbezüglich miteinander verglichen. Gemessen am transepidermalen Wasserverlust (TEWL) weisen Hydro-Gele (in Tyrosur® Gel) insgesamt eine gute atmungsaktive Galenik auf. Denn der Gasaustausch verringerte sich im Mittel nur um -3,4 %. Im Gegensatz dazu reduzierte sich der Austausch durch die Wundsalbe um durchschnittlich -56,4 %, was mit einer geringen Wasserdampfdurchlässigkeit und einem okklusiven Effekt einhergeht.¹

In Zusammenarbeit mit der unabhängigen dermatest® GmbH wurde ein Experiment in Form eines ex-vivo Modells an tierischem Gewebe durchgeführt, das die Atmungsaktivität bzw. das Okklusionspotential von Wundpräparaten untersucht hat. Ein okklusiver Effekt – also das luft- und wasserundurchlässige Verschließen von Hautarealen – ist der Heilung von Riss-, Kratz- und Schürfwunden nicht förderlich. Denn in der Folge kann es zu bedeutenden Veränderungen im Bereich der Hautbarrierepermeabilität, des Mikrobioms, der epidermalen Lipide sowie vieler molekularer und zellulärer Prozesse wie beispielsweise der DNA-Synthese kommen.²

Tyrothricin-haltiges Hydro-Gel überzeugt auf ganzer Länge

Um das Ausmaß der Okklusion zu bestimmen, wurde der transepidermale Wasserverlust (TEWL) als Messwert herangezogen. Er misst das Abdampfen von Wasser aus dem Körperinneren ohne Einbeziehung des Wasserverlustes beim Schwitzen. Es gilt: Je weniger sich der TEWL-Wert reduziert, desto besser. Denn so kann Wasser optimal von der Hautoberfläche abdampfen und eine Okklusion wird vermieden.

Als Testsubstanzen wurden eine handelsübliche Wundsalbe und ein Tyrothricin-haltiges Hydro-Gel verwendet. Als Positivkontrolle kam Vaseline zum Einsatz – ein bekanntes Beispiel für eine stark ok-

kludierende Substanz. Ein unbehandeltes Hautareal diente im Gegenzug als Negativkontrolle. Insgesamt gab es somit vier Messfelder. Die Grundlagen wurden zu je 0,1 g auf ein jeweils 2 cm² großes Messareal aufgetragen; direkt danach erfolgte die erste TEWL-Messung. Anschließend fanden alle 5 Minuten Messungen statt – bis hin zum Endzeitpunkt von 30 Minuten nach Produktapplikation.

Die höchste Reduktion des TEWL-Wertes wies über den gesamten Testzeitraum hinweg erwartungsgemäß die Vaseline (Positivkontrolle) mit -69,2 % auf. Von den applizierten Testsubstanzen wurde mit -56,4 % im Mittel die mit Abstand deutlichste Veränderung für die Wundsalbe gemessen. Das geht mit einem ausgeprägten Okklusionseffekt und einer verminderten Atmungsaktivität einher. Demgegenüber blieb der TEWL-Wert für das Tyrothricin-haltige Hydro-Gel mit -3,4 % nahezu unverändert. Selbst direkt nach dem Produktauftrag sank der TEWL nur geringfügig ab, was für eine atmungsaktive Galenik spricht. Der natürliche Gasaustausch wird somit kaum beeinträchtigt, was sich auch daran zeigt, dass die gemessenen TEWL-Werte denen der Negativkontrolle nahezu entsprechen. Eine Okklusion ist daher nicht zu erwarten.¹

Atmungsaktive Grundlage, bewährter Wirkstoff: Tyrosur® Gel

In Tyrosur® Gel sind die Vorteile einer atmungsaktiven Hydro-Gel-Grundlage

mit dem bewährten antimikrobiellen Peptid Tyrothricin vereint: Das fettfreie, hydrophile Gel spendet der Wunde intensive Feuchtigkeit und ermöglicht die Aufnahme bzw. den Abfluss von Wundsekret. Dank seiner luftdurchlässigen Galenik ermöglicht es zudem den Gasaustausch zwischen Wunde und Umgebung und somit den Einsatz in allen drei Wundheilungsphasen sowie bei allen Wundarten (offen, geschlossen, trocken, nässend). Der Wirkstoff Tyrothricin bekämpft dabei gezielt und effektiv die Keime in der Wunde und fördert zudem die Wundheilung.* Damit entspricht das Präparat dem neuesten Kenntnisstand und ist bei kleinen, oberflächlichen Verletzungen Mittel der Wahl. Dabei ist es über alle Altersklassen hinweg – vom Säugling bis zum Senior – anwendbar.*

* Zur lindernden Behandlung von kleinflächigen, oberflächlichen, wenig nässenden Wunden mit bakterieller Superinfektion mit Tyrothricin-empfindlichen Erregern, wie z.B. Riss, Kratz- und Schürfwunden.

Quellen

1. Okklusionstestung mit Evaluation des transepidermalen Wasserverlustes, durchgeführt von dermatest® GmbH im Auftrag von Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG, 2017.
2. Zhai H, and Maibach, HI. (2001) "Effects of skin occlusion on percutaneous absorption: An overview." *Skin Pharmacol Appl Skin Physiol*; 14:1-10.

**Nach Informationen von
Engelhard Arzneimittel GmbH,
Niederdorfelden**

Multilinguales Falblatt von Goldgeist® forte überwindet Sprachbarrieren

Compliance bei Kopflausbefall // Ab April bis zum Herbst nehmen Kopflausfälle in Deutschland kontinuierlich zu. Damit steigt auch die Nachfrage nach wirksamen Therapien. Doch häufig kommt es zu einem Therapieversagen aufgrund von Anwendungsfehlern. Als Gründe für eine mangelnde Compliance werden häufig zu schwierige Anwendungsinformationen oder auch Sprachprobleme in einer multikulturellen Gesellschaft hierzulande genannt. Goldgeist® forte hat nun ein multilinguales Falblatt herausgebracht, das in Bild und Text das Therapieschema für Anwender in acht Sprachen beschreibt. Fachkreise können das Falblatt über die E-Mail-Adresse info@gehwol.de in einer Bündelung von 10, 20 oder 50 Stück kostenfrei bestellen.

Misserfolge in der Therapie von Kopflausbefällen liegen meist an einem andauernden Befall einer Gruppe, etwa im Kindergarten, oder an Behandlungsfehlern. Letztere teilen sich auf in zu kurze Einwirkzeiten, zu geringe Dosierungen und das Auslassen der nötigen Zweitbehandlung. Ursache für das Therapieversagen sind gerade in einer multikulturellen Gesellschaft häufig Sprach- und Verständnisprobleme der Gebrauchsinformationen. Für das zugelassene Kopflausmittel Goldgeist® forte entwickelte der Hersteller, die Eduard Gerlach GmbH, daher eine achtsprachige

Gebrauchsanweisung, die solche Hürden überbrückt. Neu ist nun ein Falblatt in acht Sprachen, welches die Anwendung für die Kopflausbehandlung in zehn Schritten beschreibt. Die einzelnen Behandlungsschritte werden jeweils bildhaft mit Illustrationen und schriftlich mit einem einfach verständlichen Text veranschaulicht. Die Beschreibung zu jedem Behandlungsschritt ist in den Sprachen „Deutsch“, „Englisch“, „Türkisch“, „Serbisch“, „Polnisch“, „Russisch“, „Arabisch“ und „Dari“ (afghanisches Persisch) gegliedert. Damit können Ärzte, Apotheker und Mitarbeiter von Gesund-



<p>1. Anwendung nur im trockenen Haar - Massieren Sie GOLDGEIST® FORTE in das trockene Haar ein. Die Haare vor der Anwendung auf keinen Fall waschen oder befeuchten (Werdarungsgefahr!).</p> <p>2. Intensive und gleichmäßige Anwendung - Achten Sie darauf, dass die Haare intensiv und gleichmäßig mit dem Mittel benetzt sind. Nur so werden alle Läuse, Larven und Nissen im Haar erreicht.</p> <p>3. Orientierungshilfe - Erfahrungsgemäß reicht bei längeren Haaren der Gesamthalt einer 75-ml-Flasche, bei kurzen Haaren die Hälfte. Kleinkinder sollten mit höchstens 25 ml behandelt werden.</p>	<p>1. use in dry hair only Massage GOLDGEIST® FORTE into dry hair. Definitely do not wash or moisten hair before use (risk of ill-effects).</p> <p>2. Intensive and even use Ensure that hair is intensively and evenly wetted with the product. Only this ensures that all lice, larvae and nits in the hair are reached.</p> <p>3. Orientation aid Experience has shown that the entire contents of a 75 ml bottle are enough for longer hair; half as much for short hair. Young children should be treated with no more than 25 ml.</p>	
<p>1. Uygulama sadece kuru saçta GOLDGEIST® FORTE'yi kuru saçlara masaj yaparak uygulayın. Uygulamadan önce saçlarınızı asla yıkamayınız ya da ıslatmayınız (seytölme riski!).</p> <p>2. Yedigün ve eşit uygulama Saçların ıstınele yoğun ve eşit bir şekilde ıslatılmıđından emin olun. Saçları tüm biter, larvalar ve bit yumurtalarını ancak bu şekilde ulaşabilirsiniz.</p> <p>3. Yönelendirme yardımı Deneyimlere göre uzun saçlarda 75 ml şişenin toplam iğeriđi, kısa saçlarda ise yarısı yeterlidir. Kuçuk çocuklara en fazla 25 ml uygulanmalıdır.</p>	<p>1. Primena samo na suhu kosa Umazirajte GOLDGEIST® FORTE na suhu kosa. Kosa pre primene ni u kom slučaju ne prati ni vlađiti (Opasnost od rastvaranja!).</p> <p>2. Intenzivna i ravnomerna primena Pazite na to, da je kosa intenzivno i ravnomerno ovlađena sredstvom. Samo na taj način će sve vaške, larve i jgnjide u kosi biti dostignute.</p> <p>3. Pomoć za orijentaciju Shodno iskustvu za dugu kosu dovoljna je flašica ukupne sadrđine 75 mililitara, kod kraće kose polovina. Malu decu treba tretati sa najveće 25 mililitara.</p>	

Ausschnitt des Falblatts

heitsämtern mit einem einzigen Falblatt verschiedenste Bevölkerungsgruppen informieren. Diese Fachkreise erhalten das Falblatt kostenlos über die E-Mail-Adresse info@gehwol.de in einer Bündelung von 10, 20 oder 50 Stück.

Nach Informationen von Eduard Gerlach GmbH, Lübbecke

10 Jahre Enzymersatztherapie mit Elaprase®

Vor 100 Jahren beschrieb Dr. Charles Hunter eine seltene Krankheit, die heute seinen Namen trägt: Morbus Hunter. Grundlage für eine erfolgreiche Therapie ist eine frühzeitige Diagnose und ein früher Therapiebeginn.

Die Diagnose wird nicht nur dadurch erschwert, dass Morbus Hunter (Mukopolysaccharidose II) sehr selten ist, sondern vor allem dadurch, dass die Symptome nicht spezifisch sind. Die Kinder sehen bei der Geburt ganz normal aus. Die Symptome entwickeln sich erst im Laufe der Jahre.

Typisch sind zunehmende Veränderungen des Aussehens: grobe Gesichtszüge mit einer breiten Nase, buschigen Augenbrauen, vorgewölbter Stirn und wulstigen Lippen. Ebenso charakteristisch sind eine verdickte Zunge und weit auseinander stehende Zähne sowie häufige HNO-Infekte und Nabel- oder Leistenhernien. Meist ist auch das Knochen system betroffen. Dazu zählen steife Gelenke, die sich als Klauenhände oder



X-Beine zeigen können, Kleinwuchs, ein kurzer Hals mit eingeschränkter Beweglichkeit sowie eine deutlich verminderte Mobilität. Vor allem sollte an Morbus Hunter gedacht werden, wenn eine Kombination der genannten Symptome vorliegt.

Mit Elaprase® (Idursulfase) ist seit 10 Jahren eine effektive und verträgliche EET zugelassen, mit der das Enzymdefizit ausgeglichen und so der progrediente Verlauf der Erkrankung verlangsamt oder gestoppt werden kann.

Um Ärzte bei der frühen Diagnose zu unterstützen, bietet die Shire Deutschland GmbH ein kostenloses Trockenblut-Testset unter www.shire-diagnostikservice.de an.

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

Überlegenheit von Infectocipro cort OT bei Patienten mit akuter Otitis Media und Paukenröhrchen

- *Zusätzliche Indikation – Akute Otitis media bei Patienten mit Paukenröhrchen*
- *Neue Altersgrenze – bereits ab 6 Monaten*
- *Neue Dosierung – nur 2 x täglich über 7 Tage*

Eine neue multizentrische randomisierte Doppelblindstudie belegt eine signifikant überlegene Wirksamkeit von InfectoCiproCort Ohrentropfen (Ciprofloxacin [0,3 %] + Fluocinolonacetamid [0,025 %]) im Vergleich zur Monotherapie mit Ciprofloxacin (0,3 %) bei Patienten mit akuter Otitis media und Paukenröhrchen.¹ Durch die Therapie mit InfectoCiproCort OT konnte die Dauer bis zum Sistieren der Otorrhö von 7 Tagen unter Ciprofloxacin-Monotherapie auf 4 Tage verkürzt werden. Gleichzeitig führte die Kombinationstherapie bei deutlich mehr Patienten zu einer nachhaltigen mikrobiologischen Heilung. Die Studie bestätigt zudem den sicheren Einsatz von InfectoCiproCort Ohrentropfen bei Trommelfelldefekt und dies bereits ab dem 6. Lebensmonat. Aufgrund der

überzeugenden Studienergebnisse kann die Therapie mit InfectoCiproCort Ohrentropfen ab sofort auf 7 Tage verkürzt werden, bei nur noch 2 x täglicher Anwendung. InfectoCiproCort Ohrentropfen sind gemäß Anlage III, Nr. 38 der aktuellen Arzneimittel-Richtlinie bei Entzündungen des äußeren Gehörganges erstattungsfähig und können bei dieser Indikation zu Lasten der GKV verordnet werden.

„Wir freuen uns, endlich diese wichtige Indikationserweiterung für InfectoCiproCort anbieten zu können. Mit der zusätzlichen Indikation „Akute Otitis media bei Patienten mit Paukenröhrchen“, der Anwendung bei Trommelfelldefekt und der kürzeren Therapiedauer bieten wir gleich mehrere therapeutische Vorteile auf einmal.“, so Philipp Zöller,

Geschäftsführer der InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH. „Damit untermauern wir unseren Anspruch, Ärzten durch die kontinuierliche Weiterentwicklung von bewährten Präparaten eine überlegene und dennoch budgetchonende Therapie zu ermöglichen.“ Weitere Informationen finden Sie unter www.infectopharm.de.

Quellen:

1. Spektor Z. et al., JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. (2016), Efficacy and Safety of Ciprofloxacin Plus Fluocinolone in Otitis Media With Tympanostomy Tubes in Pediatric Patients: A Randomized Clinical Trial.

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

Mit der Schnellimmunsierung einer FSME-Infektion vorbeugen

Die Zeckensaison beginnt // Aktuelle Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass im Jahr 2016 in Deutschland besonders viele Fälle der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) gemeldet wurden. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen Anstieg der FSME-Fälle um 56 Prozent.¹ Die meist durch einen Zeckenstich übertragenen Krankheitserreger können Infektionen mit schwerwiegenden Folgen nach sich ziehen.² Eine FSME-Schutzimpfung kann der Virusinfektion aber vorbeugen. Mit einer Schnellimmunsierung, bei der die ersten zwei Impfdosen im Abstand von nur 14 Tagen verabreicht werden, kann noch zum Jahresbeginn ein Impfschutz für die Zeckensaison aufgebaut werden.^{3,4} Diese gewährleisten bereits einen saisonalen Impfschutz.⁵

Die Aktivität von Zecken und somit das FSME-Infektionsrisiko steigt mit den Temperaturen. Daher ist das Risiko, an einer FSME-Infektion zu erkranken, in den Monaten März bis Oktober – der sogenannten Zeckensaison – besonders hoch.^{2,6,7} Gefährdet sind vor allem Menschen, die in zeckenexponierten Risikogebieten leben, arbeiten oder dorthin reisen.⁸ In Deutschland zählen dazu laut Robert Koch-Instituts (RKI) 146 Land- und Stadtkreise. Betroffen sind vor allem Baden-Württemberg, Bayern, Südhessen und der südöstliche Teil Thüringens. Einzelne Risikogebiete befinden sich zudem in Mittelhessen, Rheinland-Pfalz, im Saarland und Sachsen.⁸

Erhöhte FSME-Fallzahlen in 2016

Im Jahr 2016 sind mit 344 gemeldeten FSME-Fällen 56 Prozent mehr Menschen an einer FSME erkrankt als noch im Vorjahr (221 Fälle in 2015).¹ Dabei besteht auch in Nicht-Risikogebieten die Gefahr von einer mit FSME-Viren-infizierten Zecke gestochen zu werden: So gab es im vergangenen Jahr in fast allen Bundesländern vereinzelte FSME-Fälle. Besonders während der Zeckensaison sollte daher bei entsprechender Symptomatik auch in Nicht-Risikogebieten an FSME gedacht werden.⁸

Kommt es nach einem Stich einer mit FSME-Viren-infizierten Zecke zu einer FSME-Erkrankung, kann diese sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern zu einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und der Hirnhäute führen. Mögliche schwerwiegende Folgen dieser Erkrankungen können Bewusstseinsstörungen, Schluck- und Sprechstörungen,

Lähmungen der Gesichts- und Halsmuskulatur, Atemlähmungen oder Lähmungen von Extremitäten sein.² Auch wenn keine ursächliche Behandlung existiert, kann zum Beispiel durch eine Schutzimpfung einer FSME-Infektion vorgebeugt werden. Die Impfquoten stagnieren bzw. fallen allerdings seit 2009/2010 in den FSME-Risikogebieten.⁸

Einer FSME-Infektion auch kurzfristig vorbeugen

Laut dem RKI könnte ein hoher Anteil der auftretenden FSME-Erkrankungen durch eine Steigerung der Impfquoten verhindert werden.⁸ Vor dem Hintergrund der bevorstehenden Zeckensaison sollten daher entsprechend der STIKO-Empfehlung alle, die in FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, über den Nutzen einer FSME-Impfung aufgeklärt werden.⁸

Nach dem regulären Grundimmunisierungsschema, zum Beispiel beim Einsatz von FSME-IMMUN 0,25 ml Junior® (für Kinder im Alter von 1 bis 15 Jahren) und FSME-IMMUN Erwachsene® (ab 16 Jahren), erfolgt die zweite der insgesamt drei Impf-Dosen nach einem ein- bis dreimonatigen Abstand und die dritte Impfung nach fünf bis zwölf Monaten.^{3,4} Doch auch wenn die Zeckensaison bereits begonnen hat, lässt sich dank Schnellimmunsierung der nötige Impfschutz kurzfristig aufbauen. Dabei erfolgen die ersten beiden Impfungen innerhalb von 14 Tagen.^{3,4} Mehr als 89 % der geimpften Erwachsenen hatten bereits zwei Wochen nach der zweiten Impfung eine ausreichende Immunität gegen FSME.³ Die dritte Dosis sowie weitere Auffrischimpfun-

gen erfolgen wieder gemäß dem normalen Impfschema: Die erste Auffrischimpfung sollte drei Jahre nach der dritten Impfung und weitere Auffrischimpfungen alle fünf Jahre stattfinden.^{3,4} Personen über 60 Jahre sollten alle Auffrischimpfungen in einem Abstand von drei Jahren durchführen lassen.³ Steht also kurzfristig ein Aufenthalt in FSME-Risikogebieten an oder soll ein FSME-Schutz noch in den Sommermonaten erreicht werden, kann dank der Schnellimmunsierung noch rechtzeitig ein schützender Antikörper titert aufgebaut werden.

Quellen

1. SurvStat@RKI 2.0. Datum der Abfrage: 16.02.2017.
2. Kaiser R et al. S1-Leitlinie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). AWMF-Registernummer: 030/035. Abrufbar unter: http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/030035_LL_FSME_2016.pdf. Letzter Zugriff: 11.01.2017.
3. Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene®, Stand: Juli 2016.
4. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior®, Stand: Juli 2016.
5. Löw-Baselli A et al.: Safety and immunogenicity of the modified adult tick-borne encephalitis vaccine FSME-IMMUN: Results of two large phase 3 clinical studies. *Vaccine*. 2006 Jun 12; 24 (24): 5256 – 63.
6. Robert-Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – 2016/2017. *Epidemiologisches Bulletin* 34/2016.
7. Gray JS et al. Effects of climate change on ticks and tick-borne diseases in Europe. *Interdiscip Perspect Infect Dis*. 2009; 2009:593232.
8. Robert Koch-Institut: FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: Mai 2016). Bewertung des örtlichen Erkrankungsrisikos. *Epid Bull*. 2016; 18: 151-162.

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

Impfungen helfen: Die Europäische Impfwoche 2017

Impfen ist eine der wichtigen Säulen der Gesundheitsprävention. Mit der „Europäischen Impfwoche 2017“ vom 24. bis 30. April macht die WHO auf den hohen Wert von Impfungen für Individuum und Gesellschaft aufmerksam: Das Motto „Vaccines work“ soll das Bewusstsein stärken, dass Impfen wichtig ist, um Krankheiten vorzubeugen und Leben zu schützen. In Zeiten mit geringen Raten an Neuinfektionen gerät bei uns der Impfschutz manchmal aus dem Blick: Deutschland ist Schlusslicht bei Impfprogrammen.

Impfen ist neben sauberem Trinkwasser die bestmögliche Gesundheitsprävention. Neben der Verhinderung unzähliger Krankheitsfälle konnten einige Krankheiten bereits durch konsequente Impfprogramme zurückgedrängt, die Pocken sogar ausgerottet werden. Durch weltweite Impfbemühungen sollen weitere Infektionskrankheiten, gegen die es keine oder nur symptomatische Behandlungen gibt, besiegt werden. Aktuell befindet sich die Weltgemeinschaft im Kampf gegen Poliomyelitis: Im Jahr 2016 wurden weltweit nur noch 37 Polio-Fälle in den Endemie-Ländern Afghanistan, Pakistan und Nigeria gemeldet.¹ Solche Erfolge sind jedoch nur möglich, wenn sich jeder Einzelne für den eigenen Schutz und den Schutz der Gemeinschaft durch eine Impfung entscheidet.

Bedeutung von Impfungen für Individuum und Gesellschaft

Für den einzelnen Menschen bedeutet eine Impfung den Schutz vor Infektionskrankheiten und deren Folgen. Selbst bestimmte Krebserkrankungen können durch Impfung mittlerweile verhindert werden, z. B. der durch humane Papillomaviren verursachte Gebärmutterhalskrebs oder Leberkrebs, ausgelöst durch Hepatitis-B-Viren.

Aber auch für die gesamte Gesellschaft haben Impfungen eine wichtige Bedeutung. Menschen, die aufgrund einer Erkrankung nicht geimpft werden können und dadurch besonders gefährdet sind, werden durch ein durchgeimpftes Umfeld mitgeschützt. Durch die Senkung von Behandlungskosten und Sterblichkeitsraten verbessern sich Produktivität und wirt-

schaftliche Gesamtlage – in armen und in reichen Ländern.

Deutschland als Schlusslicht bei Impfprogrammen

Experten bemängeln eine zunehmende Impfskepsis und -müdigkeit, vor allem in Industrienationen. Dadurch werden Krankheiten nicht ausgerottet, sondern geraten nur in Vergessenheit und können sich durch das Auslassen von Impfungen wieder verstärkt ausbreiten. Der gesamte amerikanische Kontinent wurde Ende letzten Jahres für Masern-frei erklärt. In 35 von 53 Europäischen Ländern wurde die Übertragung von Masern und Röteln seit 2015 erfolgreich gestoppt.² Dieser Erfolg in mehr als der Hälfte der Länder zeigt, dass die Eliminierung der Masern und Röteln in der gesamten Region möglich ist. In Deutschland hingegen steigen die Zahlen von Masern-Neuinfektionen seit 2010 jährlich im Durchschnitt wieder. Der derzeitige Masernausbruch in Berlin und 90 Masernerkrankte³ in Deutschland zeigen erschreckende Impflücken auf.

Die Erfolge von Impfungen: ein falsches Gefühl von Sicherheit

In Zeiten, in denen Impfschutz greift, ist die Zahl von Neuinfektionen gering. Dies führt zu einem falschen Gefühl von Sicherheit vor Krankheiten, wie z. B. bei



Foto: © kolinko_tanya – Fotolia.com

Masern: Kaum jemand kennt noch Personen, die eine Masern-Erkrankung durchmachen mussten. Schwerwiegende Infektionen werden als harmlose Kinderkrankheiten angesehen, schwere Erkrankungen geraten in Vergessenheit. Als Folge sinkt die Impfbereitschaft. Die Europäische Impfwoche sollte zum Anlass genommen werden, an das Thema Impfen zu denken und seinen Impfstatus zu überprüfen.

Weitere Informationen zu Impfungen sowie den Impfpfehlungen für Kinder, Erwachsene und Reisende gibt es unter www.impfen.de.

Quellen:

1. Polio Global Eradication Initiative, www.polioeradication.org
2. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Archiv/2017/Ausgaben/01_17.pdf
3. RKI, Epi Bull 9/2017

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

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 Bartezky

E-Mail: dr@bartezky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, 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

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-13

armin.woelbeling@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mitglieder- service/Organisation:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Gremien/Funktionsträger

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

Politische Referentin des BVKJ in Berlin:

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de