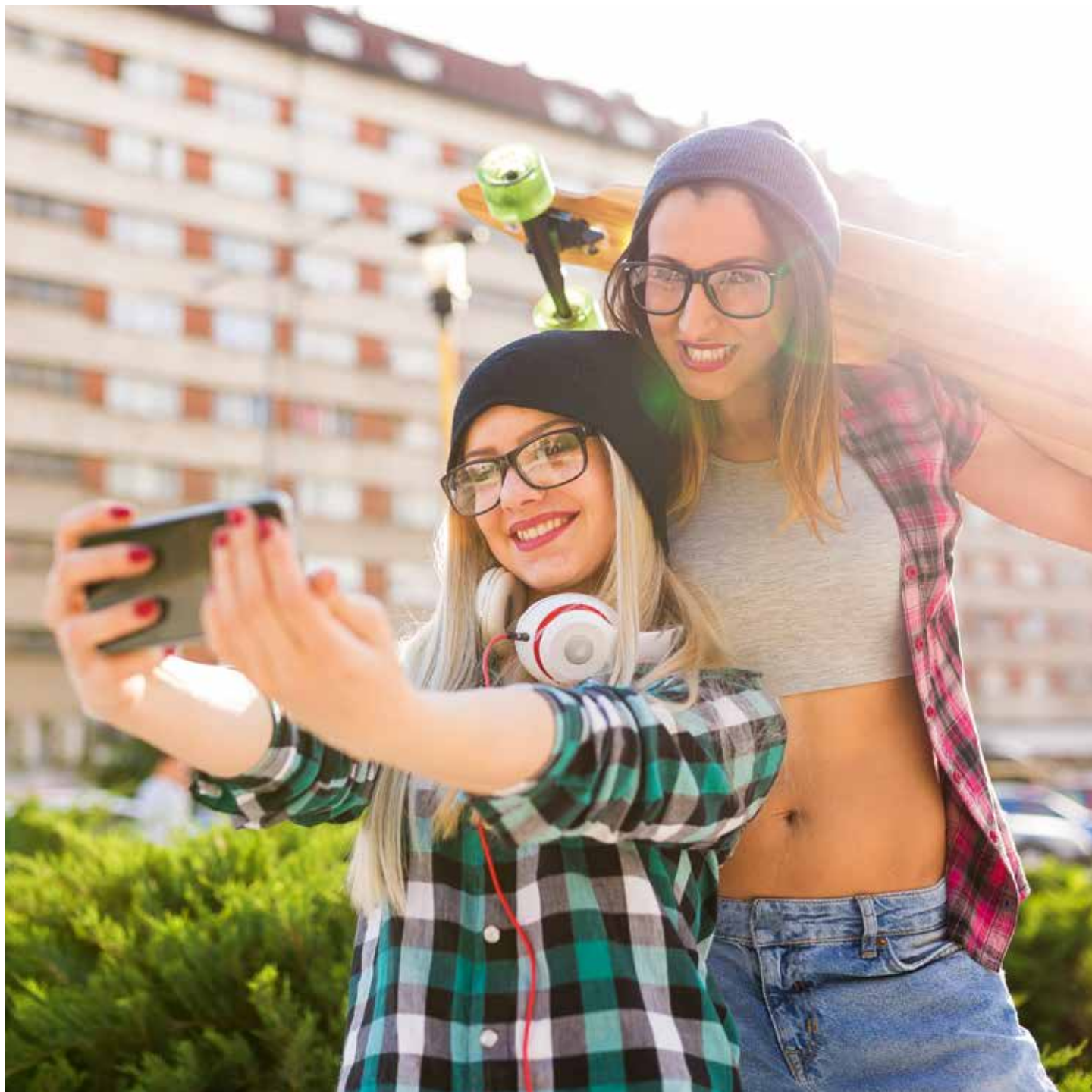


KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 05/17
46. (64.) Jahr

bvkg.

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



Berufsfragen
Neues vom EBM

Fortbildung
Darf Wirtschaftlichkeit
vor Kindeswohl gehen?

Forum
Masterplan –
gut, aber...

Magazin
Deutsche Kriegswaisen
in Irland

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 05 | 2017

Editorial

Die Pflege steht weiter im Mittelpunkt
der politischen Arbeit // Ronald G. Schmid 238
 Impressum 239

Berufsfragen

Neues vom EBM // Reinhard Bartezyk 240
 Ergebnisse der Studie „Personale Kompetenz
in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen“ // Irene Somm 242
 Bericht vom Kindergesundheitsgipfel //
Kathrin Jackel-Neusser 246
 Vorstand 2016 – Berichte der kooptierten Vorstände 248
 Kauf/Verkauf einer Kinder- und Jugendarzt-Praxis
oder eines Praxisanteils (Teil 2) // Karl-Heinz Möller 250
 Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung
bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen //
Agnes Gregorkiewicz, Susanne Weinbrenner,
Margarete Ostholt-Corsten 255

Fortbildung

Ökonomisierung in der Medizin: Herausforderungen
eines unheimlichen Phänomens // Karl-Heinz Wehkamp 257
 Anhidrotische Ektodermale Dysplasie,
Christ-Siemens-Touraine Syndrom // Nicole Bena-Boupda 265
 Review aus englischsprachigen Zeitschriften 268
 consilium: Melanonychia striata // Henning Hamm 270
 Welche Diagnose wird gestellt? // Anne Teichler 272

Forum

Masterplan Medizinstudium 2020?
Find ich gut, aber... // Folkert Fehr 276
 Deutschlandstudie: Mehr Partnerschaftlichkeit
in Familie und Beruf 281
 Jugendsexualität und Persönlichkeitsentwicklung //
Hermann Josef Kahl 282
 Impfungen und Autismus postfaktisch //
Christoph Kupferschmid 284
 Bessere Chancen für Schüler, aber Unterschiede
zwischen Bundesländern wachsen 285
 BVKJ-Pressesprecherseminar in Fulda – News und weg? //
Edwin Ackermann 286
 Neue UNICEF-Studie zu geflüchteten Kindern
und Jugendlichen in Deutschland veröffentlicht 288



Deutsche Kriegswaisen unter dem Kleeblatt in Irland

S. 292

Magazin

Deutsche Kriegswaisen unter dem Kleeblatt in Irland //
Christoph Kupferschmid 292
 Holger Handel zum 65. Geburtstag // Wolfram Hartmann 295
 Buchtipps 296
 Fortbildungstermine des BVKJ 299
 Personalien 300
 Pädindex 300
 Pädindex 301
 Nachrichten der Industrie 302
 Wichtige Adressen des BVKJ 307

Titelbild: ©iStock.com – cipella

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe ist eine Beilage der Pari GmbH beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

Klinikärzte: Die Pflege steht weiter im Mittelpunkt der politischen Arbeit

In einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 7. März 2017 wird auf die Aktivitäten zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus durch die Einführung von Personaluntergrenzen hingewiesen. Die Pressemitteilung enthält auszugsweise folgende Informationen: Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Koalitionsfraktionen und der Länder die Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgelegt. Darin haben sich die Beteiligten auf Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verständigt. In Krankenhausbereichen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist, sollen künftig Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden, die nicht unterschritten werden dürfen.

Achtung
Klinikärzte



Prof. Dr. Ronald G. Schmid

Gemeinsame Strategien zur Bekämpfung des Pflegemangels

Die gemeinsamen Schlussfolgerungen von Bundesgesundheitsministerium, Koalitionsfraktionen und Ländern sehen vor, die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen gesetzlich zur Vereinbarung von Personaluntergrenzen in Krankenhausbereichen zu verpflichten, in denen dies aufgrund der Patientensicherheit besonders notwendig ist, wie beispielsweise in Intensivstationen oder im Nachtdienst. Die Vereinbarung soll bis zum 30. Juni 2018 getroffen und zum 1. Januar 2019 wirksam werden. Sollte bis zum 30. Juni 2018 keine Vereinbarung der Selbstverwaltung zustande

kommen, wird das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2018 ersatzweise die ausstehenden Entscheidungen treffen.

Um dauerhaft mehr Personal beschäftigen zu können, werden die Krankenhäuser seit diesem Jahr durch einen Pflegezuschlag unterstützt. Dieser soll ab 2019 um die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms ergänzt werden und damit von bisher 500 Millionen Euro auf bis zu 830 Millionen Euro pro Jahr anwachsen. Krankenhäuser profitieren in Abhängigkeit von ihrer Pflegepersonal-ausstattung von dem erhöhten Zuschlag und erhalten dadurch einen Anreiz, ausreichend Personal vorzuhalten.

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar... (Volltext und weitere Informationen unter: www.bundesgesundheitsministerium.de, bzw: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170307_17_PM_Staerkung_der_Pflege_im_Krankenhaus.pdf)

Stellungnahme aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin

Dazu schreibt der GF der GKinD Herr Jochen Scheel im Rundschreiben

März 2017: ...Für den Bereich der Kinderkrankenpflege finden sich im Papier der Expertengruppe keine spezifischen Aussagen. Es ist aber davon auszugehen, dass die zu treffenden Vereinbarungen auch die Pflege von Kindern und Jugendlichen einbeziehen werden...

...Gemeinsam mit dem Berufsverband Kinderkrankenpflege (BeKD) und den Fachgesellschaften werden wir daher versuchen, aktiv an den Formulierungen für die Kinderkrankenpflege mitzuarbeiten. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Entwicklung eines neuen Einschätzungsinstruments zur Erfassung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs von kranken Kindern und ihren Familien“ wurden wichtige Vorarbeiten dafür geleistet. Daran gilt es nun anzuknüpfen...

Aus der Sicht des BVKJ ist diese Maßnahme des Ministeriums zu begrüßen. Bei dem derzeitigen regionalen Pflegekräftemangel auch in der Kinder- und Jugendmedizin ist auch in Betracht zu ziehen, dass durch eine solche Maßnahme die Versorgung insgesamt gefährdet werden kann. Der Fachkräftemangel ist nicht nur finanziell, sondern insbesondere regional durch einen absoluten Personalmangel bedingt. Es müssen Regelungen vorgesehen werden, wie die Versorgung aufrechterhalten werden kann, wenn die Personalunter-

grenze nicht darstellbar ist. Der Träger und die Verantwortlichen vor Ort dürfen in einem solchen Fall durch eine ethisch erforderliche Versorgung nicht kriminalisiert werden. Dies betrifft die Pädiatrie regelmäßig wiederkehrend in den Infektionszeiträumen vorwiegend in den Wintermonaten. Im Hinblick auf die Personalausstattung in der Zukunft spielt auch die Pflegeberufsgesetzreform eine Rolle.

Wann kommt die Pflegeberufsgesetzreform?

Im August-Heft 2016 wurde im Kinder- und Jugendarzt eine Stellungnahme der pädiatrischen Verbände zum Pflegeberufsgesetz abgedruckt. Die Umsetzung dieser Reform und damit die Einführung einer „generalistischen Pflegeausbildung“, bzw. die Abschaffung der spezifischen Kinder- und Altenpflege konnte durch diese und viele andere Maßnahmen bisher verhindert werden. Inzwischen ist in den meisten Fraktionen des Bundestages ein erheblicher Zweifel an der Sinnhaftigkeit des bisherigen

Konzeptes aufgekommen. Herr Bundesminister Gröhe hat im letzten Gespräch mit dem BVKJ die weitere Suche nach einem vernünftigen Weg angekündigt. In den letzten Monaten waren verschiedene Kompromissvorschläge in der Diskussion. Anfang April wurde ein Kompromissvorschlag erarbeitet und in das Beratungsverfahren gegeben, der eine zweijährige generalistische Pflegeausbildung mit einem Abschluss „Pflegeassistent“ vorsieht. Nach zwei Jahren können die Auszubildenden die generalistische Ausbildung fortsetzen oder den bisherigen Abschluss als Altenpfleger/-in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in wählen. Auch in die generalistische Ausbildung soll eine Vertiefung der Alten- und Kinderkrankenpflege eingebaut werden. Nach 6 Jahren soll der Fortbestand der Regelung entsprechend der Inanspruchnahme der verschiedenen Ausbildungswege überprüft werden. Wenn mehr als 50 % den generalistischen Abschluss wählen, sollen die eigenständigen Berufsabschlüsse nicht mehr weitergeführt werden. Die genauen Rahmenbedingungen dieser Regelung sind zu Re-

daktionsschluss noch unklar. Der BVKJ wird weiterhin für den Erhalt einer klar strukturierten Ausbildung für die Pflegekräfte eintreten, die Kinder und Jugendliche behandeln.

Aus Sicht des BVKJ ist ohne eine spezialisierte Ausbildung in der Kinder- und Jugendmedizin, die einen angemessenen Teil der Gesamtausbildung als Pflegekraft umfassen muss, eine qualifizierte pflegerische Betreuung von Kindern und Jugendlichen nicht vorstellbar.

Info: <https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/pflegeberufereform-auch-beduerfnisse-der-kinder-und-jugendlichen-beachten/>

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Vizepräsident des BVKJ

84503 Altötting

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Red.: WH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

Im Titel und in unseren Artikeln verwenden wir das „generische Maskulinum“: Kinder- und Jugendarzt.

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, 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; 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, Lilienconstr. 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“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.450
lt. IVW I 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

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

Anzeigenpreislste: 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.



Der Honorarausschuss informiert

Neues vom EBM

Veränderungen begünstigen nur den, der darauf vorbereitet ist.

Louis Pasteur



Dr. Reinhard Bartzky

Verschieben der EBM-Weiterentwicklung

Die KBV arbeitet seit ein paar Jahren an einer EBM-Novelle. Diese Reform ist bereits 2012 zwischen KBV und Kassen im Bewertungsausschuss vereinbart worden, es ging **um Grundsätze zur Änderung des EBM im hausärztlichen wie fachärztlichen Versorgungsbereich**. Ein Teil wurde bereits in den letzten Jahren umgesetzt (Gespräch, altersgestaffelte Versichertenpauschalen), offen blieb aber bisher eine Aktualisierung des Standardbewertungssystems (dem Bewertungssystem, welches hinter den von uns abgerechneten Gebührenordnungspositionen liegt).

Das Inkrafttreten war ursprünglich zum **1.1.2016** geplant und ist bereits mehrfach verschoben worden. Gegenwärtig verhandelt man mit den Kassen um einen neuen Zeitplan. Über folgende Themen wird (u. a.) gerungen:

- Strukturelle Änderungen im EBM (Änderungen / Neuaufnahme / Streichungen von GOP);
- Anpassung der Zeitansätze;
- Anpassung des technischen Leistungsanteils;
- Praxiskosten;

- **Kalkulatorischer Arztlohn** und Produktivität.

Für die zweite Jahreshälfte 2017 ist die Veröffentlichung der aktuellen Kostenstrukturhebung durch das statistische Bundesamt angekündigt. Diese soll auch Grundlage für die Kalkulationen sein und abgewartet werden.

.....
Mit einem Inkrafttreten des „neuen EBM“ ist nun nicht vor 2019 zu rechnen.
.....

Pulsoxy-Screening

Der GBA hat am 24.11.2016 das „Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen“ (KAHF) beschlossen. Die Pulsoxymetrie hat an einem Fuß zwischen der 24. und der 48. Lebensstunde zu erfolgen (in Ausnahmen frühestens nach der 4. Lebensstunde und spätestens zur U2) – ein Wert kleiner 90 % gilt als abklärungspflichtig, ein Wert größer gleich 96 % als unauffällig; bei Werten zwischen 90 und 95 % hat eine zweite Messung innerhalb von 2 Stunden zu erfolgen – ist sodann der Sättigungswert kleiner 96 % hat ebenfalls eine Abklärungsdiagnostik zu erfolgen. Das Bundesgesundheitsministerium hat diesen Beschluss zum 27.1.2017 bestätigt, weshalb die Pulsoxymetrie somit für die in der Klinik geborenen Kinder bereits verbindlich gilt. Da das SGB V für den ambulanten Bereich eine Einigungsfrist mit den Kassen von 6 Monaten vorsieht, hat eine Honorarregelung bis zum 28.7.2017 zu erfolgen.

.....
Es ist somit mit einer Vergütungsregelung erst zum III. Quartal 17 zu rechnen. Wir werden berichten.
.....

Videosprechstunde

Zum **1.4.2017** gibt es zwei neue Ziffern. Die Kassen haben sich damit durchgesetzt, die eigentliche Leistung – das Videogespräch – wurde in **die bestehenden Versichertenpauschalen hinein verhandelt**. Analog zur 01435 wurde, **nur wenn kein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal stattfindet**, die **01439** geschaffen, diese Ziffer **bewertet mit 88 Punkten = 9,27 €**.

Die Videosprechstunde darf nur bei bestimmten Diagnosen durchgeführt werden: Das sind z. B. Verlaufskontrollen einer OP-Wunde (Verbrennungsverbände jetzt per Videosprechstunde wechseln!) und Verlaufskontrollen bei der Beurteilung der Stimme und des Sprechens.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung.

Wer sich das antun will, der hat Anspruch auf den **Technikzuschlag pro Sitzung** mit der GOP **01450**, welcher mit **40 Punkten (= 4,21 Eur)** bewertet ist, allerdings mengenmäßig budgetiert wird (max.: 800 € / Jahr); die Vergütung des Technikzuschlags erfolgt extrabudgetär.

Leistungen der Videosprechstunde können nur abgerechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß einer neu geschaffenen Anlage zum Bundesmantelvertrag erfüllt sind. In Bezug auf die technischen Anforderungen weist die Praxis dies durch eine Erklärung des Videodienstbieters gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach.

Antragspflichtige Psychotherapie

Im Frühsommer letzten Jahres hatte der GBA eine Strukturreform der am-

Synopsis Videosprechstunde, ab 1.4.2017

Neu	01439	Beratung im Rahmen der Video-Sprechstunde (wie 01435) nur Folgebegutachtung nicht im Notdienst nicht neben VP außer 01450 KEINE weitere GOP möglich!	88 Pkt.	9,27 Euro
Neu	01450	Technikzuschlag max. 1899 Punkte im Quartal	40 Pkt.	4,21 Euro
bislang	nur folgende Anlässe	Verlaufskontrolle OP-Wunde Verlaufskontrolle chron. Od. offene Wunde Verlaufskontrolle Dermatose Verlaufskontrolle Einschränkung Bewegungsapparat Verlaufskontrolle Beurteilung der Stimme / Sprechen Verlaufskontrolle Anästhesie postopertiv		
Ihre	Pflichten	Dokumentation! Schriftl. Einwilligung des Patienten Darf nicht aufgezeichnet werden Muss frei von Werbung sein End-zu End-Verschlüsselung		

bulanten Psychotherapie beschlossen. Dies betrifft nur Pädiater, die die das EBM-Kapitel 35.2, also die antragspflichtige Psychotherapie, bedienen. Es wurden neue Elemente in die Sprechstunde eingeführt, wie die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Psychotherapeutische Akutbehandlung sowie Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe und auch eine telefonische persönliche Erreichbarkeit.

Das Verhandlungsergebnis ist für Psychotherapeuten sicher enttäuschend. Die neu geschaffene **Psychotherapeutische Sprechstunde 35151** und die **Psycho-**

therapeutische Akutbehandlung 35252 werden mit **406 Punkten** bewertet, was gegenwärtig **42,75 EUR für 25 Minuten** entspricht. Zum Vergleich: 50 Minuten genehmigungspflichtige Einzelleistung werden gegenwärtig mit 88,56 EUR vergütet.

Auch aus hausärztlicher Sicht wäre finanzieller Anreiz für eine psychotherapeutische Akutbehandlung wünschenswert gewesen. Es gibt jedoch für Praxen, die eine **Mindestmenge antragspflichtiger Leistungen im Quartal abrechnen** (162.734 Punkte – die Akutsitzungen

werden hier mitgerechnet) für die beiden neu geschaffenen Ziffern einen **Strukturzuschlag – die 35254 (69 Punkte) 7,27 EUR**, der von der KV zugesetzt wird, damit solle „gut ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, eine Halbtagskraft anzustellen“ (KBV).

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartecky
10967 Berlin

E-Mail: dr.@bartecky.de

Red.: WH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis. Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, zusammengestellt von Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen
EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

Ergebnisse der Studie „Personale Kompetenz in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen“

WISO-Fakultät der Universität zu Köln // Im neuen Präventionsgesetz wird niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten explizit die Fähigkeit zugeschrieben, „neben der Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten auch eine primärpräventiv orientierte Beratung und Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten zu leisten und diese zu einem Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten zu motivieren“ (1). Fast schon beiläufig wird hier ein außerordentlich hoher Anspruch im Hinblick auf (primär-)präventive Wirksamkeit pädiatrischen Vorsorge-Handelns formuliert. Dieser wirft neben Fragen der angemessenen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen auch solche eines veränderten bzw. zusätzlichen Qualifikationsbedarfs auf – sowohl in fachlicher wie in kommunikativer Hinsicht. Die hier vorgestellte Studie (2), die in Kooperation mit dem BVKJ und der LÄK Nordrhein vom November 2015 bis Dezember 2016 durchgeführt wurde, rückt von Idealbildern ab und richtet den Blick auf die konkreten kommunikativen Anforderungen, die sich in der ambulanten Pädiatrie – und hier vor allem im „Kerngeschäft“ Früherkennungsuntersuchungen – stellen und fragt, wie sie von Ärzten bewältigt werden.



Dr. Irene Somm

Neue Ansätze in den pädiatrischen Praxen

Auf die neuen fachlichen Problemstellungen (Stichwort neue Morbiditäten) wurde seitens der Selbstverwaltung u. a. mit dem Fortbildungscurriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ reagiert. Zu wenig in den Blick geriet bislang hingegen die Frage, wie dieses sozialpädiatrische Wissen und seine Instrumente im Dialog mit Eltern sowie mit Kindern

adäquat einzusetzen sind – zumal es sich meist um hochsensible Themen handelt.

Zwar gilt (Eltern-)Kommunikation wie -Kooperation in der Pädiatrie gemeinhin als außerordentlich relevant. Uneinigkeit herrscht allerdings darüber, welchen Sinn und welche Wirkung sie im Detail tatsächlich haben. Unsicherheit oder gar Skepsis bezüglich des Nutzens guter (Eltern-)Kommunikation sind u.E. nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass Literatur und Schulungen zu kommunikativer Kompetenz häufig das Idealbild eines Arztes als kommunikativem „Übermenschen“ zeichnen, der seine Gefühle souverän im Griff hat, sich stets zurücknimmt, aber mittels sprachlicher Tools gleichzeitig das erreicht, was er will. Angesichts dieser hoch gehängten Erwartungen erscheint die eigene kommunikative Praxis schnell defizitär.

Berufsfeldnahe Kompetenzermittlung

Die Ergebnisse der Studie basieren auf neun Einzelfallstudien in Kinder- und Jugendarztpraxen, welche sich systematisch durch ihre Rahmenbedingungen (keine Zufallsauswahl, sondern kontrastives Sample) unterscheiden. Neben Vorsorge-

Beobachtungen (insgesamt 108 beobachtete Vorsorgeuntersuchungen U3 bis U11) und ausführlichen Interviews mit den jeweiligen Ärzten sind zur Vertiefung der ärztlichen Perspektive zusätzlich Interviews mit sechs pädiatrischen Weiterbildungsassistenten und 23 Medizinstudierenden eines Modellstudiengangs in die Analyse eingeflossen.

Die Elternperspektive wiederum wurde mittels Kurzinterviews im Rahmen der Fallstudien und sechs Gruppendiskussionen sowie acht Tiefeninterviews mit Eltern von Kleinkindern unterschiedlicher sozialer Herkunft zusätzlich aufgeschlossen. Auf der Grundlage des gesamten Datenmaterials wurde eine qualitative Wirkungsanalyse vorgenommen. Dabei galt es, insbesondere solche Kompetenzen in ihrer Wirkung empirisch sichtbar zu machen, die als nur schwer messbar gelten und deshalb allzu schnell aus dem Blick geraten bzw. bestenfalls in Form sehr allgemein gehaltener Schlüsselkompetenzen ein Schattendasein in Curricula führen.

Gesteigerte Wirksamkeit durch personale Kompetenz

Die Fallstudien haben deutlich gemacht, wie außerordentlich komplex

und anspruchsvoll das kommunikative Handeln in der Vorsorgepraxis ist (vgl. Abb. 1). Im Ergebnis konnten ärztliche Kommunikationsmuster identifiziert werden, die im Hinblick auf die fachliche Zielsetzung (insb. präventive Wirksamkeit) (vgl. Tab. 1) unterschiedlich effektiv sind. Kennzeichnend für die effektiven Muster ist, dass die Ärzte mehr oder weniger ausgeprägt über sog. „personale Kompetenz“ verfügen.

Dabei muss systematisch zwischen drei Dimensionen personaler Kompetenz unterschieden werden: Die erste Dimension ist die (1.) responsive Kommunikationskompetenz; hinzu tritt mit der (2.) Selbstreflexionskompetenz die grundlegende Fähigkeit, das eigene Handeln in seiner Wirkung zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Zur Steigerung präventiver Wirksamkeit bedarf es darüber hinaus einer (3.) systemübergreifenden Kooperationskompetenz: Sie erkennt die Grenzen der eigenen Wirksamkeit im frühpräventiven Bereich an und nutzt pädiatrische Beratung primär zur Überleitung in andere Hilfesysteme, wie etwa in die Frühen Hilfen, in Erziehungsberatungsstellen etc.

Die Kooperationskompetenz umfasst damit die Art und Weise, wie der Arzt seinen privilegierten Zugang zu Familien in Risikolagen nutzt, Verantwortung im Rahmen des präventiven Kinderschutzes teilt und zur Sicherung von Präventionsketten beiträgt. Aus Platzgründen kann diese Kompetenzdimension hier nicht weiter vertieft werden.

Responsive Kommunikationskompetenz

Überträgt man den medizinischen Begriff der Responsivität auf die Interaktion zwischen Eltern/Kindern und Ärzten, so kennzeichnet diese Kompetenz die „Ansprechempfindlichkeit“ des ärztlichen Redens bzw. Handelns, also inwieweit etwa ärztliche Erläuterungen auf elterliche Signale im Gespräch „ansprechbar“ sind, ohne dass dabei die fachlichen Relevanzen wie auch das Zeitbudget aus dem Blick geraten. Mit anderen Worten: Ein ärztliches „Sich-Verständlich-Machen“ wird proaktiv durch ein „Verstehen-Wollen“ ergänzt, um in der zur Verfügung stehenden Zeit mehr zu erreichen.

Im Hinblick auf das ärztliche Frageverhalten zeigte sich sehr deutlich: Folgt der Arzt weitestgehend schematisch einem tendenziell überladenen altersbezogenen Anamneseleitfaden, läuft er Gefahr, sich abzeichnende Entwicklungsrisiken eher zu über- denn aufzudecken: Ein solches Vorgehen – kombiniert mit normalisierenden Suggestivfragen und einem hohen Abfragetempo – verstärkt den Effekt, dass Eltern sich in der Vorsorge in eine Prüfungssituation versetzt sehen und in Folge eher sozial erwünscht antworten.

Alternativ nutzt der Arzt seine nicht selten langjährigen Kenntnisse der Familie für eine Prioritätensetzung in der Anamnese, um in der gebotenen Kürze vor allem sich abzeichnende Risiken zu fokussieren. Aufdeckendes Nachfragen

beschränkt sich dann nicht darauf, klinische Symptome durch das Abfragen von Extremausprägungen („Sind die Wutausbrüche denn stundenlang?“) auszuschließen, was eher zu einer gemeinsamen Normalisierung von Auffälligkeiten und Belastungen führt – ärztliches Rückfragen greift vielmehr elterliche und kindliche Andeutungen potenziell problematischer Entwicklungen auf und versucht, genau diese aufzuschließen. Damit wird nicht nur strategisches Antwortverhalten reduziert, sondern werden auch implizite (Belastungs-)Signale responsiv validiert: Kreuzen Eltern bspw. in einem Elternfragebogen den Aspekt mangelnder Konzentration an, so wird versucht, mittels semantischer und narrativer (Nach-)Fragen herauszuarbeiten, was die Eltern denn überhaupt unter Konzentrationsproblemen verstehen und wie sie damit umgehen. Ein solcher (kurzer!) Einblick in die familiäre Alltagswelt ist gerade im Hinblick auf die Aufdeckung subklinischer Auffälligkeiten und deren familiärer Bedingungsfaktoren von hoher Bedeutung.

Aufgreifen elterlicher Laientheorien

Im Rahmen des ärztlichen Erklärens wiederum konkretisiert sich responsive Kommunikationskompetenz dahingehend, dass „Laientheorien“ der Eltern explizit Beachtung finden und im Verlauf der Vorsorge bei Bedarf ergänzt oder auch modifiziert werden. Dies hat drei Effekte: Erstens werden damit „rekursive Diskurs-schleifen“ (3) vermieden, wo Eltern bei

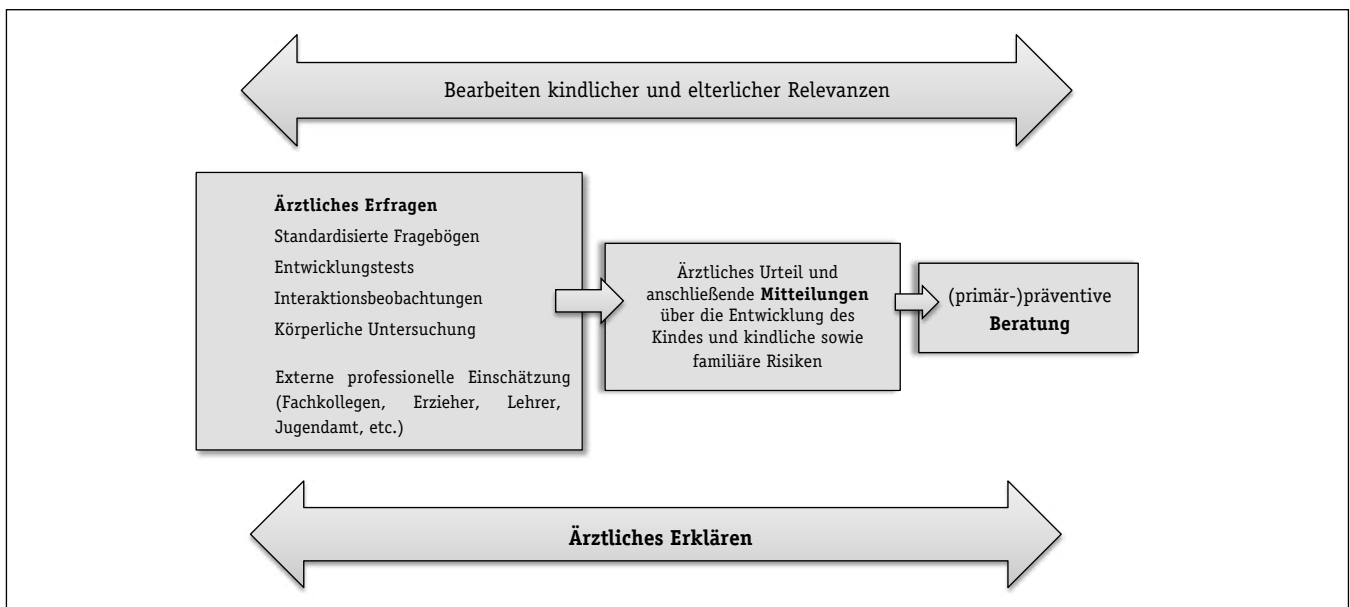


Abb. 1: Komplexe fachliche und kommunikative Anforderungen in der Vorsorgepraxis

Nichtbeachtung ihrer Deutungen diese beharrlich immer wieder einbringen (und damit die Vorsorge verlängern). Zweitens wird Eltern die Aneignung ärztlichen Wissens erleichtert, weil sie als Experten für ihr Kind anerkannt werden und auch der Arzt sich ein Stück weit als belehrbar zeigt. Und drittens gestalten sich Erklärungen, welche die elterlichen Theorien in die eigenen „einflechten“, nachvollziehbarer und folglich für Eltern überzeugender.

Auch bei Mitteilungen des kindlichen Entwicklungsstands erweist sich responsive Kommunikationskompetenz als funktional: Ärzte stehen hier vor der Herausforderung, entweder selber (potenziell) problematische Auffälligkeiten ansprechen zu müssen, die von den Eltern nicht wahrgenommen werden (wollen), oder aber sie sind umgekehrt damit konfrontiert, zu elterlichen Sorgen um die Entwicklung des Kindes Stellung zu beziehen, obwohl diese aus ärztlicher Sicht als ungerechtfertigt erscheinen.

Interaktion zwischen Arzt und Eltern

Solche differenten Einschätzungen hinsichtlich der Dringlichkeit eines Problems werden dann zielführend und auch effizient bearbeitet, wenn etwa regelmäßig vorgebrachte Sorgen nicht zum wiederholten Mal „wegnormalisiert“, sondern im Sinne eines „Containment“ handhabbar gemacht werden. Darüber hinaus mutet der Arzt den Eltern zu, Entwicklungsauffälligkeiten auch schon vor dem tatsächlichen Verfehlen der „Grenzsteine der Entwicklung“ (5) anzusprechen – und zwar in einer Weise, die weder entmündigend noch überfordernd bzw. beunruhigend ist, sondern noch vor einem eigentlichen Therapiebedarf Eltern mit Augenmaß – d. h. in Kenntnis der Familiensituation – in die Verantwortung holt.

Anschlussfähige Beratung

Eltern ins Boot zu holen entspricht letztlich der zentralen Zielsetzung einer (primär-)präventiven Beratung, die Compliance nicht auf ein mehr oder weniger devotes Befolgen ärztlicher Empfehlungen reduziert, sondern partizipativer fasst. Gemäß unserer Analyse haben Beratungsformen, die von einer monologischen ärztlichen Instruktionkultur Abstand nehmen, weit größere Chancen, wirksam zu sein. Konkret wird die knap-

Erfragen	Aufdecken von Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung (familiäre Belastungen etc.)
Erklären	Steigerung elterlicher Aneignung von ärztlichen Erklärungen
Mitteilen	Aktivieren der Elternverantwortung und effektive Beruhigung elterlicher Sorgen
Beraten	Förderung elterlicher Umsetzung von Beratungsinhalten

Tab. 1: Kommunikative Aufgaben und ihre Funktion

pe Zeit dafür genutzt, die Anschlussfähigkeit von Beratungsinhalten zu sichern, indem elterliche Signale, die Vorwissen und Haltung zum Beratungsinhalt anzeigen, gezielt aufgegriffen werden.

Bei sich abzeichnender Non-Compliance werden dann weniger insistierend und repetitiv Idealvorstellungen präsentiert, die möglicherweise fernab der elterlichen Prioritäten und Ressourcen liegen; vielmehr werden Interpretationsspielräume bei Beratungsinhalten, soweit sie bestehen, genutzt, um realistische Anschlussstellen bei Eltern zu finden und Machbares (in einer Beratung der „kleinen Schritte“) vorzuschlagen. Darüber hinaus werden elterliche Umsetzungsschwierigkeiten nicht als ein bloßes Willensproblem gedeutet, sondern die durchaus typische eingeschränkte elterliche Kontrollüberzeugung (6) und Ambivalenz werden anerkannt und als Aufforderung zur Selbstwirksamkeitsstärkung verstanden.

Selbstreflexionskompetenz

Als weitere zentrale Dimension personaler Kompetenz erweist sich die Fähigkeit zur konstruktiven Selbstreflexion. Sie schafft Offenheit zur Überprüfung des eigenen kommunikativen Handelns und lässt neue Handlungsoptionen erkennen. Anstatt bspw. bei anhaltender elterlicher Non-Compliance die immer gleiche Beratung noch ein weiteres Mal zu wiederholen, kann diese auch als Hinweis auf ein ungünstiges Interaktionsgeschehen (Arzt frustriert, verhält sich belehrend, Eltern ziehen sich zurück oder spielen etwas vor) begriffen werden, in dem letztlich beide Seiten zum Ge- oder Misslingen von Compliance beitragen.

Entgegen dem Diktum „zuviel nachdenken befördert unergiebiges Selbstzweifel“ schafft konstruktive Selbstreflexion auch Distanz zu überfordernden eigenen Kontrollüberzeugungen – wie etwa bezo-

gen auf die Gefühlskontrolle im Kontakt mit schwierigen Patientenfamilien. Wird eine situationsadäquate Form gefunden, eigenen Unmut zu äußern, erhöht dies nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern schützt auch davor, dass sich negative Gefühle gegenüber Patientenfamilien in Form subtiler Beschämungen und Schuldzuschreibungen entladen. Wenn der Patientenkontakt verstärkt als ein Arbeitsbündnis (8) verstanden wird, fordert der Arzt bei Bedarf eine Klärung wechselseitiger Erwartungen ein und erhöht damit die Chance, dass Bewegung in festgefahrenes Interaktionsgeschehen kommt.

Fazit

Im Hinblick auf den Qualifikationsbedarf kommt die Studie zu dem Schluss, dass die Entwicklung personaler Kompetenz in der Weiter- und Fortbildung gerade im Dienste einer (primär-)präventiven Handlungsorientierung – wie sie auch in den neuen Kinderrichtlinien verstärkt gefordert wird – gezielt zu unterstützen ist. Da sich die kommunikativen Herausforderungen im Rahmen pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen teilweise deutlich von denjenigen in der stationären Pädiatrie unterscheiden, erscheint sowohl die Etablierung einer professionell angeleiteten Weiterbildungsphase als auch eine adäquate Qualifizierung der Weiterbilder in der ambulanten Pädiatrie unerlässlich.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

*Dr. Irene Somm, Marco Hajart, Anja Mallat
Lecturer für qualitative Sozialforschung,
Wiso-Fakultät Universität zu Köln
Herbert-Lewin-Str. 2, 50931 Köln
E-Mail: irene.somm@uni-koeln.de*

Red.: WH

Aktuelle politische Informationen

Bericht vom Kindergesundheitsgipfel



Kathrin Jackel-Neusser

Am 22. Februar fand das Forum „Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen“ unter Mitwirkung des BVKJ im Berliner „Estrel Congress Center“ statt. Dazu eingeladen hatten das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und die BZgA mit dem Ziel, den Austausch aller relevanten Fachkreise beim Thema Kinder- und Jugendgesundheit zu unterstützen. „Über einen gemeinsam getragenen Diskurs sollen Fachexperten in die Lage versetzt werden, wie Prävention und Gesundheitsförderung bei Heranwachsenden in den jeweiligen Verantwortungsbereichen noch besser verankert und letztlich praktisch wirksam werden kann“, so die BZgA zu ihrer Zielsetzung.

Langfristig plant die BZgA, eine Plattform zur Kinder- und Jugendgesundheit mit dem speziellen Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung im BMG zu etablieren.

Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter, die Vorsitzende des BVKJ ÖGD-Ausschusses Dr. Gabriele Trost-Brinkhues und die politische Referentin Kathrin Jackel-Neusser vertraten den BVKJ auf dem Forum.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hielt dort einen Vortrag und betonte, wie wichtig ihm gute Prävention

und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter sind. Außerdem fanden Gesprächsrunden zu den Lebenswelten Familie, Kita, Grundschule, Weiterführende Schule, Ausbildung/Berufsschule/Beschäftigung, Jugendfreizeit, Kommune und Peeransätze statt.

Austausch mit Abgeordneten

Im Vorfeld der Bundestagswahl fanden erneut zahlreiche Gespräche mit Abgeordneten statt, die von Dr. Fischbach, Frau Dr. Peter, Dr. Stehr und Frau Jackel-Neusser wahrgenommen wurden: u.a. mit dem **familienpolitischen Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion Sönke Rix, der für Kindergesundheit und Kinder- und Jugendhilfe zuständigen Abgeordneten der SPD Ulrike Bahr, der Abgeordneten Karin Maag (CDU, Mitglied im Gesundheitsausschuss sowie im Bundesfachausschuss „Gesundheit und Pflege“ der CDU-Bundespartei), dem CDU-Abgeordneten Dr. Mathias Höschel (Mitglied im Gesundheitsausschuss), der GRÜNEN-Abgeordneten Kordula Schulz-Asche (Sprecherin ihrer Fraktion für Prävention) und dem CSU-Abgeordneten und stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Dr. Georg Nüßlein** (bzw. dessen Büroleitung).

Auch die gesundheitspolitischen Fachreferenten bzw. Leiter der CDU und der SPD traf Dr. Fischbach zu vertraulichen Gesprächen. Frau Jackel-Neusser traf darüber hinaus die Referentin der SPD-Bundestagsfraktion für Gesundheit sowie die persönlichen Mitarbeiter von **Jens Spahn**, von Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** und von Staatssekretärin **Caren Marks** und weitere.

In allen Gesprächen brachte Dr. Fischbach die **Wahlforderungen des BVKJ** zum Ausdruck, die wir in der letzten Ausgabe erläutert haben und die Sie auf der Internetseite des BVKJ nachlesen können.

Dr. Fischbach kritisierte insbesondere die veraltete Bedarfsplanung bzw. die Praxis der Umsetzung der Regelungen

des § 75a SGB V bei der **Förderung der ambulanten fachärztlichen Grundversorgung** in den Regionen und die zu geringe finanzielle Förderung der Weiterbildungsstellen für Pädiater im ambulanten Bereich.

Daneben wurden je nach Adressaten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt: Ständen im Gespräch mit MdB Rix und Bahr auch die SGB VIII-Reform im Mittelpunkt (hier forderte Dr. Fischbach vehement die **Rückmeldung an Kinder- und Jugendärzte**, die einen Kinderschutzfall gemeldet hatten sowie eine **Vergütung der Arbeit in den Frühen Hilfen**), so standen bei MdB Maag und MdB Dr. Höschel die **Bedarfsplanung** und die **sektorübergreifende Versorgung** sowie die **Telemedizin bzw. PädExpert**, bei MdB Schulz-Asche die **Prävention in den Lebenswelten**, die Forderung des BVKJ nach einer **Kita-Impfpflicht** und nach der **flächendeckenden Einführung von Schulgesundheitsfachkräften** im Mittelpunkt.

Einsatz für die Kinder- und Jugend-Reha

Wie berichtet hatte sich der BVKJ an die Abgeordneten im Gesundheitsausschuss gewendet, damit diese aktiv dafür eintreten, dass angesichts des wachsenden Anteils chronisch kranker Kinder und Jugendlicher mehr Rehamassnahmen speziell für diese Altersgruppe genehmigt werden.

Die Zahl der Anträge für Kinder- und Jugendreha waren in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, u.a. wegen zu aufwendiger Beantragung und zu häufiger Ablehnung. Die Linken-Gesundheitsexpertin Birgit Wöllert hatte daraufhin eine Anfrage an die Bundesregierung gestellt um die Gründe für diesen Rückgang zu klären. Die Bundesregierung hatte eingeräumt, dass bisher nur ein kleiner Teil der zunehmend mehr chronisch und psychosomatisch kranken Kinder und Jugendlichen eine Reha in Anspruch nimmt. Dies solle aber „durch die umfas-



Abb. 1: Dr. Sigrid Peter am Stand des BVKJ

sende gesetzliche Ausgestaltung des Anspruchs“ geändert werden, heißt es in der Antwort des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) an Wöllert. „Wir werden diesen Prozess mit großer Sorgfalt begleiten“, so Dr. Fischbach.

Zwischenzeitlich hatte Dr. Fischbach auch ein Gespräch mit **Dr. Markus Jaster**, Abteilungsleitung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Dr. Jaster hatte gegenüber Dr. Fischbach zum Ausdruck gebracht, dass auch die Deutsche Rentenversicherung ein Interesse an einer möglichst unkomplizierten und unbürokratischen Beantragung von Kinder- und Jugendreha-Maßnahmen hat. In Fällen von Genehmigungsvorbehalten würden sich die Mitarbeiter der deutschen Rentenversicherung inzwischen persönlich mit den beantragenden Kinder- und Jugendärzten Kontakt aufnehmen. Dies habe schon jetzt zu einem spürbaren Anstieg der Genehmigungen geführt.

Stellungnahme zum Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG)

Nur vier Tage hatte das Bundesfamilienministerium den angeschriebenen Verbänden – darunter auch der BVKJ – Zeit gegeben, um eine Stellungnahme zur SGB VIII-Reform bzw. zu den im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) geplan-



Abb. 2: Dr. Thomas Fischbach, MdB Karin Maag, Dr. Sigrid Peter

ten einzelnen Neuregelungen abzugeben. Unter besonderem Einsatz von Frau Dr. Trost-Brinkhues wurde eine Stellungnahme verfasst. Dabei stimmten wir uns mit unseren pädiatrischen Schwestergesellschaften DGKJ und DGSPJ ab und reichten diese Stellungnahme unter dem Dach der DAKJ ein – wiederum ein schönes Zeichen der Geschlossenheit.

Stellungnahme zum GKV-Arzneimittelversorgungsgesetz (AMVSG)

„Die am 9.3. im Bundestag beschlossene Arzneimittelreform hat aus Sicht des BVKJ das Potential, die medikamentöse Versorgung von Kindern und Jugendlichen endlich zu verbessern und Medikamente für Kinder und Jugendliche sicherer zu machen“, so Dr. Fischbach in der letzten Pressemeldung des BVKJ zum AMVSG. „Das Gesetz gibt neue Anreize zur Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung seltener Krankheiten sowie zur Entwicklung von Kinderarzneimitteln und Antibiotika“, so Dr. Fischbach weiter, der aber auch betonte: „Das Gesetz ist also ein Fortschritt. Allerdings kommt es nun auch auf die Ausgestaltung an. Wir werden diese wachsam begleiten und darauf achten, dass der Fortschritt auch tatsächlich unseren jungen Patienten zugute kommt.“

Masterplan Medizinstudium 2020

Bund und Länder haben sich auf einen gemeinsamen Vorschlag zur Reform des Medizinstudiums geeinigt. Der BVKJ hatte im Vorfeld seine Vorstellungen zum Masterplan Medizinstudium an einzelne Politiker übermittelt, wenngleich wir nicht regulär miteinbezogen worden waren. Maßgeblich bei der Erstellung des Masterplans waren die Landesgesundheits- und Landeskultusminister, die dem Gesetz letztlich auch keine sichere Finanzierungsgrundlage gewährten. Der BVKJ kritisiert vor allem die unsichere Finanzierung der Reform, die Landarztquote und die Beschränkung auf die Allgemeinmedizin. BVKJ-Präsident Dr. Fischbach betonte in der Pressemeldung: „Wir begrüßen den Reformplan: eine größere Praxisnähe des Medizinstudiums und insbesondere die frühzeitige Einbindung von Medizinstudierenden in die ambulante Grundversorgung fordern wir seit langem. Wichtig ist uns dabei die Einbeziehung der Pädiatrie. Studierende müssen die Möglichkeit haben, Kinder und Jugendliche in den pädiatrischen Praxen zu betreuen, um die spezifische ambulante Grundversorgung der Kinder- und Jugendärzte kennenzulernen. Die Kinder- und Jugendmedizin ist gemäß SGB V fester Bestandteil der hausärztlichen Versorgung und muss daher ebenso gefördert werden wie die Allgemeinmedizin.“

Links: <https://www.bvkj.de/presse/forderungen-und-stellungnahmen/>
<https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/>

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser
 Politische Referentin BVKJ
 10115 Berlin
 E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
 Twitter: <https://twitter.com/BVKJ>

Red.: WH

Vorstand 2016 – Berichte der kooptierten Vorstände



Dr. Sebastian Bartels
Assistentensprecher
Koblenz

Kontaktmann mit frischen Ideen aus der Assistentenschaft

- Konzepte der Neuausrichtung des BVKJ im Bereich der **Assistenten/Kliniker**
- Mitglied des neuen **Ausschuss „angestellte Ärzte“**
- Vertreter des BVKJ auf dem **Assistentenkolloquium** der DGKJ
- Textbeiträge für **p@ediarie-express** und den **„Kinder- und Jugendarzt“**, **Redaktion p@ediarie-express**
- Verantwortlicher im Projekt der **Entwicklung einer web-Plattform und eines e-mail-Dienstes** für BVKJ-Assistenten

Sebastian Bartels ist das „offene Ohr“ für die BVKJ-Assistenten und gleichzeitig deren Sprachrohr im Vorstand des Verbandes. Die Verbesserung der Kommunikation, hier besonders unter den Assistenten, als Service des BVKJ ist ihm sein größtes Anliegen. Dies soll dazu führen, dass sich die Assistenten mit ihrer BVKJ-Mitgliedschaft gut verortet fühlen.

*Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor:
sebastian.bartels@uminfo.de*



Dr. Hermann Josef Kahl
Bundespressesprecher
Düsseldorf

Rede und Antwort für den Verband

- Verfassen und / oder redigieren der **offiziellen Pressemitteilungen** des BVKJ
- **Beantwortung der Medienanfragen** zu den verschiedenen Gesundheitsthemen im Kindes- und Jugendalter (Presse, Funk und Fernsehen). Teilweise als Interviews, teilweise als Textbeiträge
- **Recherchieren von Hintergründen** und ggf. delegieren an Spezialisten
- **Hintergrundgespräche mit Journalisten** (Kontaktpflege)
- Verfolgung öffentlicher Diskussionen im gesundheitspolitischen Raum und Entwürfe entsprechender Antworten
- Zusammenarbeit mit Regine Hauch, Kathrin Jackel-Neusser und Raimund Schmid

- Redaktionsmitglied bei **Kinderärzte im Netz**; Zusammenarbeit mit der Sean Monks und Frau Steininger.
- vorbereiten der **Pressekonferenzen** bei den überregionalen Kongressen des BVKJ
- Vorbereitung und Durchführung des **Pressesprecherseminars**
- Sichten und Beurteilung der Beiträge des **Medienpreises**. Durchführung und Gestaltung der Preisverleihung

*Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor:
herman.kahl@uminfo.de*



Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



Dr. Martin Lang
Augsburg
Länderratsvorsitzender
Mitglied im Vorstand

Länderrat: gemeinsamer Nenner trotz regionaler Unterschiede

- **Neustrukturierung der Länderratsarbeit** in Arbeitsgruppen und Workshop-Format
- Förderung von Teamstrukturen im Länderrat und im Vorsitz, um die Pluralität der Regionen besser repräsentieren zu können
- Aufspüren pädiatrischer **Versorgungsthemen an der Basis** / in den Regionen
- Sammlung der **Bedürfnisse der BVKJ-Landesverbände**. Vorbereitung und Priorisierung der Sachthemen für die Diskussion und Abstimmung aller Landesverbandsvorsitzenden
- Zielsetzung: gemeinsame Entscheidungen und Beschlussempfehlungen der 17 BVKJ-Landesverbände. Präsentation der **Beschlussvorlagen im Bundesvorstand** und auf der Delegiertenversammlung.
- **Information der Landesverbandsvorsitzenden** zu allen zentralen Themen des Bundesvorstandes.
- Entwicklung von **Themenworkshops** (z.B. Sozialpädiatrie, Telemedizin, Bedarfsplanung, etc.)
- Hilfestellung bei der Umsetzung von neuen Leistungsangeboten der Service GmbH in den Regionen
- Unterstützung der berufspolitischen Arbeit in den Landesverbänden
- Förderung der Identifikation mit dem Berufsverband, aufbauend auf meine eigenen Erfahrungen aus dem bayerischen Landesverbandsvorsitz und der Vertragskommission

*Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor:
dr.lang@uminfo.de*



Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
Aachen
kooptiertes Mitglied
des Bundesvorstandes

Präventionsgesetz – Frühe Hilfen – Ausschuss: Kind, Schule, ÖGD

- In folgenden **Gremien** für die Ziele des BVKJ tätig:
Fachbeirat „**Frühe Hilfen**“ des **Nationalen Zentrums Frühe Hilfen**
Fachbeirat der **Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“**
Fachbeirat „**Gesundheitliche Chancengleichheit**“
Fachbeirat der Bundesarbeitsgemeinschaft „**Gesundheit & Frühe Hilfen**“
Fachbeirat und **S3 Leitlinienkommission „Fetales Alkoholsyndrom“**
Leitlinienkommission „**Kinderschutz**“
Expertenkommission **Landesinitiative NRW „Starke Seelen“**
- als „unabhängige Fachfrau“ Mitglied in der **Bundes-Steuerungsgruppe**
- „**Bundesinitiative Frühe Hilfen**“ beim BMFSFJ
- Entwicklungen rund um das **Präventionsgesetz**
- Neufassung des **Bundesteilhabegesetzes** (zur Ablösung des SGB XII)
- Entwicklungen rund um das **SGB VIII (Jugendhilfe)**
- **gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingskindern**
- **Integration und Inklusion**

*Ausführlicher Bericht mit weiteren Tätigkeiten beim Autor:
trost.brinkhues@uminfo.de*

Red.: WH

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

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

(02 21) 6 89 09 21



Kauf/Verkauf einer Kinder- und Jugendarzt-Praxis oder eines Praxisanteils (Teil 2)

Es gilt der sachenrechtliche Bestimmtheitsgrundsatz. Die verkauften Gegenstände müssen genau bezeichnet werden. Regelmäßig wird auf Anlagenverzeichnisse verwiesen. Nicht selten sind diese zu steuerlichen Zwecken gefertigt und enthalten Gegenstände, die tatsächlich nicht mit verkauft werden sollen wie z. B. PKW sowie Kunst- und Einrichtungsgegenstände. In diesen Fällen ist ein bereinigtes Verzeichnis als Anlage zu dem Vertrag zu nehmen.

Kaufgegenstand: Einzelpraxis

• Übergang der Arbeitsverträge

Im Falle der Praxisveräußerung gehen die Arbeitsverträge kraft Gesetzes (§ 613a BGB) auf den Erwerber über. Die Arbeitnehmer können dem Übergang der Arbeitsverhältnisse widersprechen mit der Folge, dass der bisherige Praxisinhaber ihr Arbeitgeber bleibt. Dieser kann das Arbeitsverhältnis regelmäßig unter Einhaltung der vertraglichen oder gesetzlichen Frist kündigen. Gerade bei älteren Arbeitnehmern sind die Kündigungsfristen lang. Da eine tatsächliche Beschäftigung wegen der Veräußerung der Praxis nicht in Betracht kommt, erhalten die Angestellten gegebenenfalls Lohn, ohne hierfür Leistungen erbringen zu müssen. Zu empfehlen ist eine dreiseitige Vereinbarung zwischen Praxisabgeber, Erwerber und den Angestellten, wonach Letztere sich – nach erfolgter Unterrichtung gemäß § 613a Abs. 5 BGB – mit dem Übergang des Anstellungsverhältnisses ausdrücklich einverstanden erklären und auf diese Weise auf ihr Widerspruchsrecht verzichten.

• Übergang des Mietverhältnisses

Der Übergang des Mietverhältnisses ist insbesondere für den Käufer in den meisten Fällen von elementarer Bedeutung. Er sollte sich möglichst mehrere Verlängerungsoptionen einräumen lassen. In den Vertrag ist eine Öffnungsklausel für die Bildung beruflicher Kooperationen aufzunehmen. Im Falle des Praxisverkaufs sollte die Stellung eines Nachfolgers möglich sein. Bestehende Rückbaupflichtungen werden häufig übersehen. Gleiches gilt für die beim Be-

ginn des Mietverhältnisses geleistete Mieterkaution.

• Kündigung von

Dauerschuldverhältnissen

Versorgungsverträge für Strom, Gas, Wasser, Telefon sind vom Verkäufer zu kündigen. Mit dem Käufer ist zu klären, welche Vertragsverhältnisse dieser fortführen möchte (z. B. Wartungsverträge). Mit den jeweiligen Vertragspartnern ist eine Vertragsüberleitung auf den Käufer und die Entlassung des Verkäufers zu vereinbaren. Erfolgt keine Überleitung, sollte der Abgeber rechtzeitig kündigen. Bei der Betriebsunterbrechungsversicherung steht dem Erwerber ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Kündigungsfrist ist zu beachten.

• Steuern

Der Erwerber haftet nicht für die persönlichen Steuern des Abgebers wie z. B. Einkommen-, Grund-, Grunderwerb-, Kraftfahrzeug- und Erbschaftsteuer. Eine Haftung kann sich aus § 75 Abs. 1 Abgabenordnung für Umsatzsteuer ergeben, sofern der Veräußerer umsatzsteuerliche Leistungen erbracht hat. Auch kann das Finanzamt den Käufer unter bestimmten Voraussetzungen für nicht abgeführte Lohnsteuer in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund ist eine „Steuerklausel“ in den Vertrag aufzunehmen, in welcher der Verkäufer versichert, dass keine Steuerschulden bestehen.

Kaufgegenstand: Gesellschaftsanteil

• Übertragung der Mitgliedschaft

Beim Eintritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft wird

regelmäßig ein Gesellschaftsanteil erworben. Faktisch handelt es sich um die Übertragung der Mitgliedschaft mit bestehenden Rechten und Pflichten. Der Erwerber tritt als Einzelrechtsnachfolger in die mitgliederschaftliche Stellung des abtretenden Gesellschafters ein, ohne dass es einer Übertragung einzelner Rechte und Pflichten bedarf. Nicht übertragen werden einzelne Gegenstände wie beim Verkauf einer Einzelpraxis.

• Keine separaten Vertragsbeitritte

Durch die Anteilsveräußerung ändern sich die vertraglichen Beziehungen der Gesellschaft zu Dritten (z. B. Vermieter, Mitarbeiter, Bank) regelmäßig nicht. Insbesondere muss der beitretende Gesellschafter den zwischen der Gesellschaft und Dritten geschlossenen Verträgen nicht gesondert beitreten. Es ist darauf zu achten, dass bestehende Darlehensverbindlichkeiten der Gesellschaft bei der Bemessung des Kaufpreises berücksichtigt werden.

• Zentrales Problem: Beitritts haftung

Der einer Personengesellschaft (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft) beitretende Gesellschafter haftet kraft Gesetzes mit seinem Privatvermögen für die im Zeitpunkt seines Beitritts bestehenden Gesellschaftsverbindlichkeiten. Dabei ist es unerheblich, ob diese bereits entstanden oder bekannt sind. Eine Freistellung kann nur im Innenverhältnis durch die Altgesellschafter erfolgen. Mit Gläubigern – z. B. Banken – muss ausdrücklich vereinbart werden, dass sie den Beitretenden nicht für vor seinem Beitritt begründete Verbindlichkeiten in Anspruch nehmen. Die Grundsätze der Bei-

trittshaftung gelten nach überwiegender Ansicht nicht für den „Eintritt in eine Einzelpraxis“, da die Gesellschaft erst gegründet wird!

- **Informationen zur Situation der Gesellschaft und deren Gesellschafter**

Die Gesellschafter einer kinder- und jugendärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft müssen Verständnis dafür aufbringen, dass der beitragswillige Kinder- und Jugendarzt in seinem wohlverstandenen Eigeninteresse einen detaillierten „Praxis-Check-up“ (sog. due-diligence-Prüfung) vornimmt oder durch seine Berater durchführen lässt, um Risiken erkennen und auf diese reagieren zu können. Zusätzlich zur Herausgabe der oben unter Nr. II Nr. 4 aufgeführten Unterlagen gehört hierzu die lückenlose Erfassung sämtlicher gesellschaftsrechtlicher Vereinbarungen. Der Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft ist einer genauen Überprüfung zu unterziehen. Gleiches gilt für Gesellschafterbeschlüsse (Verträge, Nebenabreden, etc.). Für den Beitretenden von Bedeutung ist auch die Frage zukünftig gegebenenfalls von ihm zu erfüllender Abfindungsverpflichtungen gegenüber ausscheidenden Gesellschaftern. Es ist darauf zu achten, dass die volle Abfindung nicht auch dann geschuldet ist, wenn kein Nachfolger für den ausscheidenden Gesellschafter gefunden werden kann. Auch aus bestehenden Kooperationsverträgen mit Dritten können sich Haftungsrisiken ergeben. Ein erheblicher Investitionsstau ist geeignet, die Finanzplanung zu gefährden. Für den Beitretenden relevant sind anhängige oder drohende Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigung wegen sachlich-rechnerischer Berichtigung und/oder Regressverfahren der Kostenträger. Entsprechendes gilt für sämtliche Gerichtsverfahren. Nicht zuletzt kann auch die individuelle Situation der Mitgesellschafter – z. B. deren Gesundheitszustand – von erheblicher Bedeutung für die wirtschaftlich erfolgreiche Zusammenarbeit sein.

- **Rechnungsabgrenzung**

Sowohl beim Verkauf des vollständigen Gesellschaftsanteils als auch bei der Veräußerung eines Teilgesell-

schaftsanteils sind Regelungen zur Rechnungsabgrenzung vorzusehen. Es ist zu regeln, wem im Innenverhältnis nach dem Abtretungstichtag realisierte Forderungen und geltend gemachte Verbindlichkeiten in welchem Umfang zugerechnet werden. So wird regelmäßig vereinbart, dass ausschließlich der Veräußerer an den vor dem Ausscheidensstichtag erarbeiteten Honoraren beteiligt ist und er den Erwerber von Verbindlichkeiten freizustellen hat, die dem Zeitraum vor dem Abtretungstichtag zuzurechnen sind. Ist die Geltendmachung von Verbindlichkeiten wahrscheinlich, bietet es sich an, Sicherungsmechanismen (z. B. Bürgschaft, Treuhandkonto für einen Teil des Kaufpreises) zu regeln.

- **Variables Kapitalkonto**

Da der Erwerber in das Mitgliedschaftsrecht des Veräußerers eintritt, geht dessen variables Kapitalkonto auf ihn über. Diesem Aspekt ist auch wegen der im variablen Kapitalkonto abgebildeten Buchwerte Aufmerksamkeit bei der Vertragsgestaltung zu widmen. Es ist sicherzustellen, dass nur der Teil des variablen Kapitalkontos auf den Erwerber übergeht, der auch bei der Kaufpreisberechnung berücksichtigt wurde.

- **Zustimmung der Mitgesellschafter**

Die Abtretung des Gesellschaftsanteils ist nur wirksam mit Einwilligung sämtlicher Gesellschafter. Nicht selten erfolgen der Verkauf und die Abtretung des Gesellschaftsanteils zwischen dem ausscheidenden Kinder- und Jugendarzt und dessen Nachfolger. Die anderen Gesellschafter erteilen hierzu ihre Zustimmung und schließen mit dem Neugesellschafter einen separaten Beitrittsvertrag.

„Eintritt“ in eine Einzelpraxis

- **Überleitung der Vertragsverhältnisse**

Nicht selten betreibt ein Kinder- und Jugendarzt eine Einzelpraxis und beschließt, die Praxis zukünftig mit einem Kollegen gemeinschaftlich zu betreiben. Träger der Praxis ist dann nicht mehr die Einzelperson, sondern die kinder- und jugendärztliche Berufsausübungsgemeinschaft. Der

Inhaber der bisherigen Einzelpraxis bringt dann die Praxis aufgrund schuldrechtlicher Verpflichtung in die neu gegründete Berufsausübungsgemeinschaft ein. Die bisher bestehenden Praxisverträge müssen auf die Berufsausübungsgemeinschaft übergeleitet oder zumindest zu deren Gunsten fortgeführt werden. Die Arbeitsverhältnisse gehen kraft Gesetzes (§ 613a BGB) über. Faktisch sind die meisten Aspekte wie beim Verkauf einer Einzelpraxis zu beachten.

- **Sonderbetriebsvermögen**

Behält sich ein Gesellschafter an bestimmten Gegenständen, die er der Berufsausübungsgemeinschaft zum Zwecke der Nutzung zur Verfügung stellt, das Eigentum vor, wird dieses nicht Gesellschaftsvermögen (steuerlich: Sonderbetriebsvermögen)

- **Rechnungsabgrenzung**

Forderungen und Verbindlichkeiten der bisherigen Einzelpraxis sind auf den Gründungszeitpunkt der Berufsausübungsgemeinschaft abzugrenzen.

Fazit

Der Verkauf/Erwerb einer kinder- und jugendärztlichen Praxis oder des Gesellschaftsanteils an einer kinder- und jugendärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft sind aufgrund der Verflechtung unterschiedlicher Materien komplex. Die vorstehenden Empfehlungen sollen die Sensibilität bei denjenigen steigern, die sich zukünftig mit einem Verkauf oder Kauf zu befassen haben. Die Beachtung der Vorgaben ist geeignet, spätere Auseinandersetzungen zu vermeiden. Die konkrete Umsetzung wird je nach Komplexität des Einzelfalls eine professionelle Beratung erfordern.

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

Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen kommt eine besondere Bedeutung zu, da durch frühzeitige Intervention nicht nur negative Auswirkungen auf die körperliche, psychische oder soziale Entwicklung, sondern auch Einschränkungen hinsichtlich der schulischen und später beruflichen Teilhabe verhindert werden können. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen in spezialisierten stationären Fachabteilungen.

Im Rahmen des Flexirentengesetzes ergeben sich für den Bereich Rehabilitation hinsichtlich der gesetzlichen Grundlage seit dem 14.12.2016 folgende Änderungen:

Leistungen zur Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge, die bislang in § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VI als Ermessensleistungen geregelt sind, werden nunmehr in §§ 14, 15a und 17 SGB VI als Pflichtleistungen normiert. Die bisher ausschließlich stationären Leistungen werden um ambulante und um nachgehende Leistungen erweitert.

Unterschiede zur Erwachsenenrehabilitation und Hauptindikationen

Einrichtungen für Kinder und Jugendliche unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von denen der Erwachsenenrehabilitation. Die Personalanforderungen werden hier in vielen Bereichen grundsätzlich höher angesetzt, da Kinder und Jugendliche spezielle Therapieangebote, aber auch zusätzliche pädagogische Anleitung und Betreuung benötigen.

Von den jährlich über einer Million durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden im Jahr 2015 insgesamt 31.354 (3,1%) bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Der größte Anteil entfiel dabei auf das

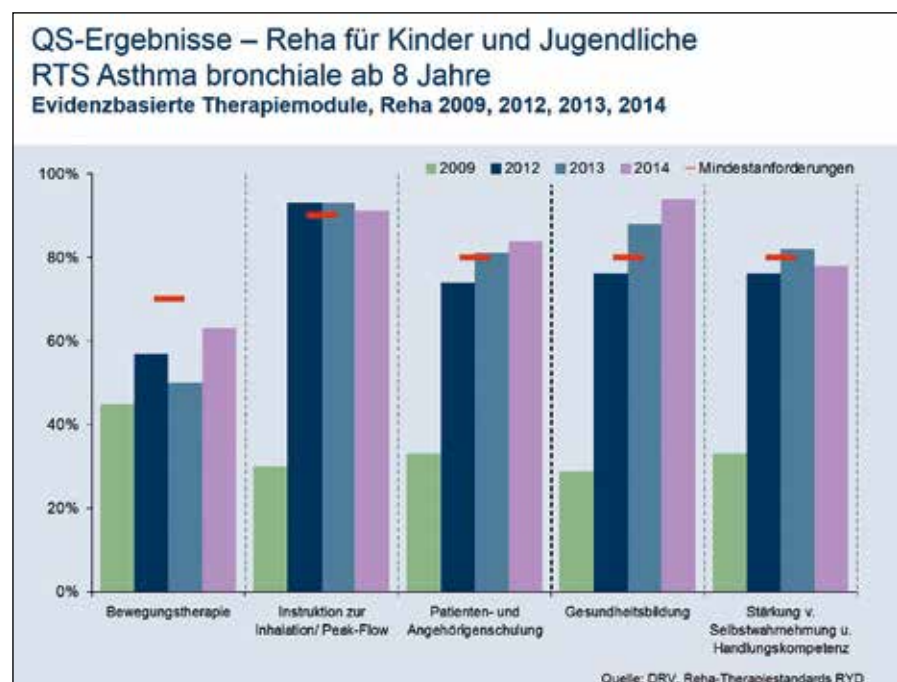
Fachgebiet Psychische und Verhaltensstörungen (24,0%), gefolgt von Adipositas (19,3%) und Asthma bronchiale (17,2%).

Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Qualität der Rehabilitation wird von der DRV beständig anhand einrichtungsbezogener und vergleichender Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität evaluiert (www.reha-qs-drv.de). So wird z.B. bei der Kinder- und Jugendlichenreha die Prozessqualität anhand zweier, einander ergänzender Verfahren

erfasst: der Auswertung durchgeführter therapeutischer Leistungen und der Reha-Therapiestandards, die Ergebnisqualität anhand der Rehabilitandenbefragung.

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und darauf aufbauend auch die Reha-Therapiestandards (RTS) wurden in den Jahren 2014 und 2015 überarbeitet. Bei der KTL wurden besonders für Rehaleistungen bei Kindern und Jugendlichen viele in der Vergangenheit fehlende Dokumentationscodes ergänzt, um eine bessere Abbildung der erbrachten Leistungen zu ermöglichen.



Die Ersterarbeitung der Reha-Therapiestandards (RTS) für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erfolgte ab 2007 als wissenschaftliches Projekt. Auswertungen über den Zeitverlauf (2009-2014) hinsichtlich der Mindestanforderungen Evidenzbasierter Therapiemodule (ETM) zeigen zum Beispiel bei den RTS Asthma bronchiale enorme Steigerungen von einem eher niedrigen auf ein äußerst zufriedenstellendes Erfüllungsniveau (vgl. Abb. 1).

Für die Rehabilitandenbefragung werden bei Kindern und Jugendlichen zwei unterschiedliche Befragungsinstrumente verwendet, deren Überprüfung und Modifikation im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Projekts im vergangenen Jahr abgeschlossen wurde. Beide Instrumente kommen ab April 2017 zum Einsatz: der Rehabilitandenfragebogen für Eltern von Kindern bis einschließlich 11 Jahre sowie der Rehabilitandenfragebogen für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahre, der die Jugendlichen selbst anspricht und ohne Hilfe der Eltern beantwortet werden kann.

Ergebnisse

Der aktuell vorliegende Bericht 2016 zur Rehabilitandenbefragung spiegelt eine qualitativ hochwertige Rehabilitation der Kinder- und Jugendlichen in den jeweils für die Jugendlichen und die Eltern dargestellten Auswertungsdaten wider. Der Reha-Erfolg insgesamt wird von Eltern und Jugendlichen als sehr hoch eingeschätzt; 73% der Eltern und 79% der Jugendlichen würden die besuchte Reha-Einrichtung anderen Kindern oder Jugendlichen weiterempfehlen. Beide Gruppen der Befragten vergeben auf einer fünfstufigen Skala von 1 bis 5 eine 1,9 für die Zufriedenheit mit der Reha insgesamt.

Fazit

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist unter dem Gesichtspunkt eines hohen Qualitätsniveaus für die Deutsche Rentenversicherung eine erfolgreiche und sinnvolle Investition in die Gesundheit und damit in die Sicherung der Erwerbsfähigkeit künftiger Versicherter.

Autoren:

Agnes Gregorkiewicz, M.A. Psych.
Referentin im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

Dr. med. Susanne Weinbrenner
Leiterin des Geschäftsbereiches
Sozialmedizin und Rehabilitation und
Leitende Ärztin Deutsche Rentenversicherung Bund

Dr. med. Margarete Ostholt-Corsten
Leiterin des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

Korrespondenzadresse:

Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin
und Rehabilitation
Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik
Ruhrstraße 2, 10704 Berlin
Tel.: 030 / 865-31836
E-Mail: agnes.gregorkiewicz@drv-bund.de
Red.: WH

Interessantes aus der Praxis

Ein knapp zwei Monate alter Säugling mit leichten Erkältungszeichen wurde in der Praxis vorgestellt. Am Fuß fand sich eine ausgedehnte Blase (s. Abb.). Ein Verbrennungsunfall ist ausgeschlossen. Zum familiären Hintergrund sei erwähnt, dass die polnische Großmutter auf die Wirkung von Hausmitteln schwört. Was kann diese schmerzhafte Reaktion wohl ausgelöst haben?



Auflösung

Auf Empfehlung der polnischen Großmutter hat die Mutter wegen der Erkältung des Säuglings einige frische Knoblauchzehen durch eine Knoblauchpresse gedrückt, diesen Brei auf die Fußsohlen gegeben und mittels einer Socke fixiert. Der Knoblauchbrei wurde nicht erwärmt, daher keine thermische Reaktion. Es scheint vielmehr eine Hautreaktion auf das im Knoblauch befindliche ätherische Öl **Allicin** zu sein, welches hautreizend wirkt.

Allicin [von latein. allium = Knoblauch], 2-Propen-1-thiosulfinsäure-S-allylester, Inhaltsstoff des Knoblauchs (*Allium sativum*, Lauch) und für dessen typischen Geruch verantwortlich. Die Verbindung ist medizinisch interessant, denn sie wirkt **hautreizend**, bakteriostatisch sowohl gegen grampositive als auch gramnegative Bakterien, fungistatisch sowie gegen die für die Amöbenruhr verantwortlichen Rhizopoden (*Entamoeba*

histolytica). Für die antimikrobielle Wirkung ist vor allem die Hemmung von zwei Enzymgruppen von Bedeutung, zum einen von Cystein-Proteasen, die infektiösen Organismen den Angriff auf andere Zellen ermöglichen, zum anderen von Alkohol-Dehydrogenasen, die für deren Stoffwechsel wichtig sind. Link: <https://de.wikipedia.org/wiki/Allicin>

Therapie

Aufgrund des starken Druckes wurde die Blase steril entlastet und verbunden. Engmaschige Kontrolle bis zur vollständigen Abheilung.

Mal wieder ein Beispiel zum Thema „kann nicht schaden, ist doch natürlich“.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Claus Bode, D-40479 Düsseldorf
E-Mail: bode.claus@t-online.de

Red.: WH

Ökonomisierung in der Medizin: Herausforderungen eines unheimlichen Phänomens¹

Eine Stärkung der Wirtschaftlichkeit sowie eine stärkere Berücksichtigung betriebs- und volkswirtschaftlicher Aspekte im Krankenhaus, im Gesundheitswesen und auch generell in der Medizin ist in vielerlei Hinsicht sinnvoll und notwendig. Ein Zurück ins vergangene Jahrhundert kann nicht wünschenswert sein. Der Prozess der „Ökonomisierung“ bringt jedoch auch erhebliche negative Folgen für die Medizin mit sich. Diese werden von den vorherrschenden Verfahren der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung nicht hinreichend wahrgenommen. In den Diskursen der „Entscheider“ aus Politik und Management werden sie bestenfalls am Rande erwähnt. Dabei hat die „Ökonomisierung“ aktuell zu einer Erosion des Vertrauens in die Medizin geführt – bei Patienten, Bürgern und bei den Ärzten selbst (von den Pflegenden ganz zu schweigen). Trotz gegenteiliger Parolen ist das Wohl des Patienten nicht immer das oberste Ziel. Dem gilt es im Dialog zwischen Gesundheitsberufen, Politik und Management entgegen zu treten.



**Prof. Dr. rer. pol. Dr. med.
Karl-Heinz Wehkamp**

Hintergrund

Der römische Philosoph Seneca bezeichnete es als „die größte Niederträchtigkeit des Arztes, sich Arbeit zu verschaffen“.² Heute fühlen sich viele Ärztinnen und Ärzte durch die Finanzierungs-, Macht-

¹ Der Beitrag beruht auf Festvorträgen vor der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie im November 2015 in Bremen und vor der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin im März 2016 in Hildesheim.

² Seneca

und Eigentumsverhältnisse in den Krankenhäusern dazu genötigt, dem Unternehmen Gewinne zu generieren. Dadurch wächst die Gefahr, dass die medizinischen Indikationsstellungen für Aufnahme, Behandlung und Entlassung von betriebswirtschaftlichen Interessen der Krankenhausunternehmen beeinflusst werden.

Befragt man Ärzte nach solchen Einflüssen so bekommt man sehr häufig die Antwort, dass viele Behandlungsentscheidungen anders ausfallen würden, wenn *nur* nach medizinischen Gesichtspunkten entschieden werden würde. Offenbar spielen betriebswirtschaftliche Vorgaben zunehmend in die ärztlichen Entscheidungen hinein. Sie werden „ökonomisiert“.

Erfahrungsgrundlage- Methodik

Der nachfolgende Bericht beruht auf Erfahrungen langjähriger Tätigkeit als Klinikarzt, klinischer Sozialforscher und als Ethik-Berater an vielen deutschen Krankenhäusern. Eine systematische Befragung wurde durch eine Studie von Heinz Naegler, Berlin und dem Autor vorgenommen.³ Zwischen 2013

³ Zum Forschungskonzept vgl. Naegler, Wehkamp 2014

und 2016 wurden jeweils 30 Klinikärzte und Geschäftsführer in qualitativen Interviews danach befragt, ob und wie betriebswirtschaftliche Vorgaben die medizinische Indikationsstellung bei Aufnahme, Behandlung und Entlassung im Krankenhaus beeinflussen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wurde unter dem Arbeitstitel „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ erstmals im Mai 2016 im „Spreestadt-Forum“ an der Technischen Universität Berlin und am 16.11.2016 im Rahmen der Berliner Wirtschaftsgespräche vorgestellt. Verschiedene Veröffentlichungen sind in Vorbereitung (Stand Dezember 2016).

Ökonomisierung, Wirtschaftlichkeit und Kommerzialisierung

„Ökonomisierung“ meint Übergriffe in die ärztlichen Entscheidungen, die sich aus wirtschaftlichen Zielen der Unternehmen gewordenen Krankenhäuser herleiten. Sie sind kein ausschließliches Merkmal privatwirtschaftlicher „Pro-Profit-Unternehmen“, sondern finden sich ebenso bei öffentlichen oder frei-gemeinnützigen Häusern. Seitdem die Kliniken durch politischen Entscheid-

einem Wettbewerb ausgesetzt sind, insolvent werden können und selbst eine extreme betriebswirtschaftliche Disziplin einhalten müssen, sind Ökonomisierungsphänomene allgegenwärtig. Sie sind streng abzugrenzen von Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (Rationalisierungen) und auch nicht identisch mit Kommerzialisierungen, die privatwirtschaftliche Gewinne zum Ziel haben.

Rationalisierungen dienen letztendlich dem Ziel, knappe Ressourcen so einzusetzen, dass ein Höchstmaß an „Gesundheit“ erzielt werden kann. Sie sind damit aus ethischer Sicht geradezu geboten.

Eine Kommerzialisierung medizinischer Leistungen ist dann abzulehnen, wenn sie dem Wohl des Patienten oder Konsumenten Schaden zufügt oder wenn sie wirtschaftliche Interessen als medizinische Notwendigkeiten verkauft. Gleichwohl akzeptieren wir (in Grenzen) kommerzielle Interessen der Pharma-, Medizintechnik-, Biotech-, Beratungs- und IT-Industrie, soweit diese keinen Schaden anrichten und Anreize für Innovationen schaffen.

Anders die „Ökonomisierung“. Sie gilt allgemein als moralisch verwerflich, weil wirtschaftliche Motive sich in medizinischen Indikationen verstecken. Kein Wunder, dass die Erforschung so verstandener Ökonomisierung nicht wirklich gefördert wird, weil es sie ja eigentlich gar nicht gibt bzw. nicht geben darf. Klärt man das Phänomen „Ökonomisierung“ aber weder begrifflich sauber noch hinreichend empirisch, so besteht die Gefahr, dass hier ein ideologierter Kampfbegriff entsteht.

Aktuell erleben wir Rationalisierungen, Kommerzialisierung und Ökonomisierung gleichzeitig. Sie sind in sich widersprechende Ziele eingewoben, nämlich Kostendämpfung einerseits und Entfaltung einer „Gesundheitswirtschaft“ andererseits. Die vielfältigen Verbindungen und Folgen sind es wert näher erforscht zu werden, denn die Strukturveränderungen im Gesundheitssystem verändern auch den Charakter und die Kultur der Medizin vielfältig. Die Erosion des Vertrauens in die Medizin ist dabei die größte Gefahr. Es sind gerade Ärzte, Pflegende, Therapeuten und Klinikseelsorger die in Gesprächen darauf hinweisen und das Bedürfnis äußern,

darüber sprechen zu können. Leider wird dieses Thema auf den Tagungen und Foren der Gesundheitspolitiker, „Entscheider“ aus dem Management und Versorgungsforscher kaum behandelt. Dabei ist die strikte Patientenorientierung jeder medizinischen Indikation die elementarste Voraussetzung von medizinischer Qualität.

Medizinethik als praktischer Vertrauensschutz

Seit der Ausbildung der ärztlichen Profession in der Antike sind das „Wohl des Kranken“ und das „Vermeiden von Schaden“ die obersten Gebote. Der „Eid des Hippokrates“ fordert vom Arzt, was seitens der Gesellschaft von diesem erwartet wird. Man muss ihm vertrauen können, denn ohne Vertrauen kann sich ein Kranker nicht in die Hände des Arztes begeben. Und umgekehrt kann der Arzt dem Patienten nicht hinreichend sicher dienen, wenn dieser sich ihm nicht anvertraut. Muss der Patient fürchten, dass der Arzt ihn als eine Einkommensquelle betrachtet, so wird er ihn als Gefahr für sich betrachten.

Seit der Entstehung der ärztlichen Profession wird ein Ethos als Grundhaltung der Ärzte eingefordert. Gesundheit ist ein hohes und fragiles Gut. Kranke Menschen sind zumeist körperlich und/oder seelisch geschwächt. Sie brauchen besonderen Schutz. Sie werden oft mit ihrer Sterblichkeit konfrontiert. Sie müssen Körper und Seele in Diagnostik und Therapie offenbaren. Und sie benötigen in besonderem Maße Vertrauen.

Die Medizin muss dem Erhalt ihrer Vertrauenswürdigkeit für den Kranken, den Patienten oder die Menschen schlechthin eine hohe Bedeutung zumessen. Das ist der Sinn der hippokratischen Ethik. Deshalb hat „der Eid“ die Jahrtausende überlebt und deshalb wurde er vom Weltärztebund aktualisiert⁴ oder von den beiden Philosophen Beauchamp und Childress auf die vier „Principles of Biomedical Ethics“⁵ zusammengefasst: Orientierung am Wohl des Kranken, keinen Schaden anrichten, Gerechtigkeit, Autonomie des Patienten achten.

⁴ Genfer Ärztegelöbnis (1989)

⁵ Beauchamp, Childress. (1989)

In der Praxis der Medizin ist „die Ethik“ kategorischer Vertrauensschutz. Man könnte auch von der Medizinethik als Fundament der Qualitätssicherung sprechen, wäre nicht das Qualitätsmanagement eher ökonomisch als ethisch angelegt. Persönliche Interessen des Arztes, insbesondere wirtschaftliche, dürfen gemäß der hippokratischen Tradition keinen Einfluss nehmen auf die Auswahl des Patienten und die Wahl der Therapie. Die Indikation muss „rein“ medizinisch sein.

Der international anerkannte amerikanische Soziologe Talcott Parsons betonte in seinem Weltbestseller „The Social System“ die ethische Ausrichtung der ärztlichen Profession, die einen klaren Trennungsstrich zwischen der Welt der Medizin und der Welt der Wirtschaft zieht:

*„The ‚ideology‘ of the profession lays great emphasis on the obligation of the physician to put the ‚welfare of the patient‘ above his personal interests, and regards ‚commercialism‘ as the most serious and insidious (heimtückisch!) evil with which it has to contend. The line therefore is drawn vis-a-vis business. The ‚profit motive‘ is to be drastically excluded from the medical world.“*⁶

Soweit das Ideal und das ethische und juristische Gebot. Wenn die „Entscheider“ in Politik und Management heute von Kliniken und Arztpraxen als Kern einer „Health Care Industry“ oder der „Gesundheitswirtschaft“ sprechen, so scheint die „klare Trennungslinie“ nicht mehr vorhanden zu sein. Dann hätten wir es mit einem Dambruch zu tun, der die vermeintlichen Tabubrüche in der bioethischen Diskussion, z. B. um die „Vernutzung“ von Embryonen, durchaus übertrifft. Zwar trifft es zu, dass die Verschwendung von Ressourcen sowohl unwirtschaftlich als auch „unethisch“ ist, aber wer möchte schon von einer Medizin behandelt werden, die nach betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtet ist?

Gesundheitsökonomie und Gesundheitswirtschaft

Gegenüber früheren Zeiten sind die Umstände ärztlichen Handelns komplizierter geworden. Medizin wird heute

⁶ Parsons (1951)

im Rahmen eines politisch gestalteten Gesundheitssystems praktiziert. Dieses System stellt den rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmen dar. In Deutschland ist es traditionell eine Säule des Sozialsystems. Wer dieses für wertvoll und schützenswert hält, muss für eine ausreichende, gerechte und nachhaltige Finanzierung sorgen. Diese Aufgabe wird umso anspruchsvoller, je mehr die Potenziale der Medizin wachsen und je teurer sie werden. Ein gewissenhafter Umgang mit den über Zwangsabgaben der Bürger (Arbeitnehmer, Arbeitgeber) finanzierten Mitteln ist deshalb aus ethischer Sicht ebenso geboten wie beispielsweise die Achtung der Würde des Patienten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Gesundheitswesen soll gewährleisten, dass aus prinzipiell knappen Mitteln ein Höchstmaß an „Gesundheit“ entstehen kann. Ökonomisches Denken im Gesundheitssystem kann so gesehen nicht „der Ethik“ der Medizin entgegenstehen, eher stehen sich die Bedürfnisse und Interessen von individuellen Patienten und Kollektiven (Versicherte, Steuerzahler, Investoren) gegenüber.

Nun ist freilich kaum ein Mensch frei von ökonomischen Interessen und mancher entscheidet sich für den Arztberuf wegen des guten und sicheren Einkommens. Auch der biblische „barmherzige Samariter“ bezahlte mit Geld die Pflege des von ihm aufgelesenen Verletzten. Auch vor der DRG-Ära verfolgten Kliniken wirtschaftliche Interessen, indem beispielsweise die Tagespauschalen für die Behandlung ausgenutzt wurden. Dennoch haben wir es aktuell mit einer neuen Qualität wirtschaftlicher Motive zu tun. Dies spiegelt sich in der schrittweisen Ablösung des Begriffs „Gesundheitssystem“ durch „Gesundheitswirtschaft“ wider.⁷ Die Krankenhausmedizin und Arztpraxen wurden zum „ersten Gesundheitsmarkt“ erklärt. In den Kliniken wurde die Geschäftsführung auf den Kaufmann übertragen. Gesundheitsökonomien wurden zu Experten für Gesundheitsversorgung erklärt (statt zu Experten der Finanzierung von Gesundheitsleistungen).

Heute ist vielfach das „Formalziel“ der Kliniken und Praxen, nämlich Erwirtschaftung von Gewinnen und Vermeidung von Verlusten, gegenüber dem

7 vgl. BMG Internetseite ‚Gesundheitswirtschaft‘

„Sachziel“ (gute medizinische Versorgung, Daseinsvorsorge) in den Vordergrund getreten. Ärzte weisen darauf hin, dass die Beeinflussung ihrer patientenbezogenen Entscheidungen durch betriebswirtschaftliche Vorgaben zunimmt. Sie möchten, dass die Öffentlichkeit davon erfährt und dass die Politik darauf reagiert, denn weithin verfestigt sich der Eindruck, dass die „Entscheider“ auf unzureichender Wissensbasis handeln.

Die Steuerung ist Teil des Problems

Die neue „Gouvernementalität“ auf vielen bislang selbstverwalteten sozialpolitischen Feldern und auch dem Gesundheitswesen beruht heute stark auf wirtschaftswissenschaftlichen Konzepten und Daten. Die verfolgten Ziele sind dabei durchaus wertvoll: Erhalt der sozialen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und Förderung einer „Gesundheitswirtschaft“, die einen wichtigen Beitrag zur volkswirtschaftlichen Gesamtentwicklung leistet. Problematisch ist jedoch der methodologische Ausschluss qualitativer und ethischer Phänomene und die einseitige Privilegierung messbarer, quantifizierbarer Phänomene.

Die so gewonnenen Daten und Kennzahlen werden in ihrer Aussagekraft, ihrer Lückenhaftigkeit und Subjektivität unterschätzt und fälschlich für „objektiv“ gehalten. Die Ärzte, Therapeuten und Pflegenden erleben eine wachsende Kluft zwischen den statistischen Zahlen des Managements, der Qualitätsberichte und der Politik einerseits und andererseits ihrer eigenen Wahrnehmung der Versorgungswirklichkeit. „Postfaktische“ Situationen entstehen insofern, als dass Ärzte und Pflegenden an vielen der genannten Daten und Fakten angesichts der erlebten Wirklichkeit zweifeln. In den Kliniken findet man überall Klagen über perfekte Zertifizierungen bei gleichzeitiger Unterversorgung der Patienten.

Während sich die „Entscheider“ mangels konkreter Erfahrung in Klinik und Praxis an Kennzahlen auf der Basis von Routinedaten orientieren, die zu Abrechnungszwecken gewonnen wurden, reagieren die patientenbezogenen Berufe verwundert auf die Forderung von Management und Politik, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und auf die Qualität der Versorgung sowie die

Sicherheit der Patienten zu achten. Genau diese Orientierungen werden ihnen doch von derselben Seite zunehmend erschwert. Wie soll eine gute Medizin gemacht werden, wenn die elementarsten Grundlagen medizinischer und pflegerischer Arbeit eingeschränkt werden. Kaum ein Arzt, der nicht bestätigt, dass es an Zeit mangelt für eine sorgfältige Anamnese, eine sorgfältige körperliche Untersuchung, für eine persönliche Betreuung des Patienten einschließlich Gespräch mit Patient, Eltern und Angehörigen, für eine ausreichende Aufklärung mit Bedenkzeit, für die Überprüfung der Therapieziele, für ein gründliches Anlernen junger Ärzte, für eine fachliche Einarbeitung der Pflegekräfte.

Zynismus und Resignation entstehen, wenn einerseits „Qualität“ und „Patientensicherheit“ neu erfunden werden und zugleich die Risiken für die Patienten durch die hohe Arbeitsverdichtung, die Beschleunigung der Behandlung, maximale Ausnutzung der OP-Kapazitäten unter Gefährdung von Hygienestandards, permanenten Personalmangel, Einsatz von Leiharbeitskräften, Schließung unrentabler aber versorgungs- und ausbildungsrelevanter Abteilungen gesteigert werden.

Der zum aktuellen politischen Ziel erklärte „Qualitätswettbewerb“ durch wirtschaftliche Anreize mag gut gemeint sein, angesichts der Grenzen und Schwächen der so genannten Qualitätsdaten erscheint er im besten Fall als naiv. Solange die Außensteuerung der Medizin medizinethische Ziele ignoriert und die Binnensteuerung durch die Fachberufe selbst behindert und dominiert, wird eine ehrliche Qualitätsentwicklung nicht möglich sein. Solange die kaufmännische Geschäftsführung aller Krankenhäuser (nicht nur der privaten) Gewinne erwirtschaften muss und alleine die Letztverantwortung für alle Abläufe trägt, werden medizinethische Grundsätze und damit echte Qualitätswerte immer wieder gefährdet sein.

Management – vom Dienstleister zum „Entscheider“: Außensteuerung geht vor Binnensteuerung

Wenn kritisch auf die aktuellen Ökonomisierungsprozesse und ihre Folgen hingewiesen wird, hört man häufig den

Hinweis, Geld und wirtschaftliche Überlegungen hätten doch schon immer eine Rolle gespielt in der Medizin. Das trifft sicherlich zu. Damit wird aber das Neue an der Situation seit Einführung des Wettbewerbsprinzips und der DRG-Pauschalen nicht gesehen. Dieses besteht in einer Verschiebung und Neuverteilung der Verantwortlichkeiten im Krankenhaus.

Im traditionellen deutschen Medizinmodell ist der Arzt verantwortlich gegenüber seinem Patienten. Dieser hat Anspruch auf eine Behandlung gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft. Der Staat sorgt über Gesetz und Finanzierungsordnung dafür, dass dies sichergestellt wird. Die Verwaltung (Mesoebene) hat die Funktion eines Dienstleisters. Sie organisiert und verwaltet die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung.

Die heutige Situation ist radikal anders. Aus der *Krankenanstalt* wurde das *Gesundheitsunternehmen*. Dessen Management ist verantwortlich für die wirtschaftliche Sicherung und strategische Entwicklung des Hauses, um im Wettbewerb um bewusst verknappte Mittel bestehen zu können. Neu ist, dass die ehemalige Anstalt unter Insolvenzgefahr gestellt wurde. Der Staat gestaltet zwar weiterhin die gesetzlichen Rahmenbedingungen, hat sich aber von der Erhaltungsgarantie für das Krankenhaus verabschiedet. Dieses muss selbst für sein finanzielles Auskommen sorgen. Damit muss automatisch die Herrschaft im Krankenhaus von den früheren ärztlichen und pflegerischen Direktoren auf den Kaufmann bzw. die Geschäftsführung übergehen. Die Medizin wird fortan betriebswirtschaftlich gesteuert. Ärzte, Therapeuten und Pflegende geraten in eine Konfliktzone zwischen medizinischen, wissenschaftlichen und ethischen Standards einerseits, rechtlichen Rahmenbedingungen und wirtschaftlichen Vorgaben andererseits. Letztendlich wird damit am Krankenbett eine Rationierungs- und Selektionspraxis erzwungen, die auf politischer Ebene bislang beharrlich verweigert wird.

Was Bürgern und Patienten vom Staat und den Krankenkassen rechtlich gewährt wird, wird durch die Finanzierungspraxis nicht mehr vollständig sichergestellt. Die Mehrheit der Ärzte, Therapeuten und Pflegenden, mit denen

wir in den vergangenen Jahren im Gespräch waren, ist der Überzeugung, dass die faktische medizinische Versorgung hinter den eigenen Standards zurück bleibt und dass die medizinischen Potenziale nur unzureichend genutzt werden. Alle Berufe am Krankenbett müssen priorisieren und rationieren und geraten dadurch in erhebliche ethische Konflikte.

Zugleich entwickelt sich die Außensteuerung im Gesundheitswesen zu einem kommerzialisierten „Wachstumsfeld“ und somit zu einer wichtigen Sparte der Gesundheitswirtschaft. Für die externe Qualitätssicherung, die nach Überzeugung vieler Beteiligten den Nachweis einer echten Qualitätsverbesserung für den Patienten nicht erbringen kann, wird viel Geld investiert. Zertifizierungen bewerten nicht nur die Prozesse, sie greifen nicht selten auch negativ in die Abläufe ein. Durch Überforderung vieler Verwaltungskräfte wird die Beratungsindustrie zu einer prosperierenden Wachstumsbranche. Das kommerzialisierte Kongresswesen entzieht dem Krankenhaus Geld und Personalzeit. Die für die Versorgungsforschung bereit gestellten Finanzmittel steigen fortwährend. Controlling und Evaluationen überziehen die Medizin mit Nachweisforderungen, die an sie selbst nicht gestellt werden. „Evidence Based Management“ ist kein Thema, wohl aber die „Evidence Based Medicine“. Damit soll nicht bestritten werden, dass ein effektives Management wichtig ist und dass die „alte Medizin“ hier teilweise versagt hat, indem sie die Kostenseite stark vernachlässigt hat.

Auswirkungen auf den Charakter der Medizin

Der auf den Kliniken lastende Druck zur Erwirtschaftung von Gewinnen beschleunigt die Versorgungsprozesse. Die DRG-Fallpauschalen sind dabei ein wichtiger Katalysator. Zwar kann die Verkürzung der Liegezeiten in vielen Fällen auch für die Patienten von Vorteil sein, dennoch gleichen die eng getakteten Behandlungsabläufe einem industrialisierten Produktionsprozess.

Ärzte berichten vom Druck, Diagnosen schon aus Abrechnungsgründen schnell zu stellen. Für Anamnese, körperliche Untersuchung, begleitende Gespräche und Betreuung fehle es an ausreichender Zeit. Invasive und tech-

nische Prozeduren würden bevorzugt. Behutsamere Verfahren, abwartende und beobachtende Medizin habe es schwerer. Die Betreuung vieler chronisch Kranker würde dem Krankenhaus oder der Praxis finanzielle Nachteile bringen.

Die wohl problematischste Auswirkung der Ökonomisierung auf die praktizierte Medizin dürfte in der Bevorzugung schneller und aggressiver Verfahren liegen. Konservative Therapiekonzepte und somit auch die Selbstheilungskräfte sowie die Gesundheitsförderung der Patienten finden zu wenig Beachtung. Es wäre zu prüfen, ob nicht auch die Verabreichung von Antibiotika durch die allgemeine Beschleunigung gefördert wird, sodass die Grundsätze der Antibiotic Stewardship durchbrochen werden.

Auswirkungen auf die Ausbildung von Ärzten

In vielen Krankenhäusern wird die Verbindung von hohem Zeitdruck und Personalmangel zu einer Belastung für die jungen Ärzte, da die Zeit nicht reicht um sie durch erfahrene Kollegen in ihrer Aus- und Weiterbildung zu führen. Regelmäßige gemeinsame Weiterbildungen sind schon aufgrund der Dienstzeitregelungen schwieriger geworden. Vielfach finden die Oberarzt- und Chefvisiten nur unregelmäßig statt. Manche Klinikunternehmen verzichten auf die Besetzung von Oberarztstellen bzw. schaffen sie ab. Hohe Fluktuation des ärztlichen Personals führt in manchen Unternehmen dazu, dass vergleichsweise unerfahrene Ärzte mit Leitungsfunktionen besetzen werden. Soweit vorhanden tragen Fach- und Oberärzte die Hauptlast der Verantwortung und der Arbeit. In den operativen Fächern führen die normierenden Zeitvorgaben dazu, dass unerfahrene Ärzte weniger im OP sind und dort vielfach nur Haken halten dürfen. Der Unmut gerade unter jungen Ärzten entspricht dem Erschöpftsein der alten.

Noch wenig untersucht sind die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Abstimmung zwischen Ausbildung und Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Kinderkliniken oder pädiatrische Abteilungen arbeiten häufig nicht kostendeckend. Mit dem Abbau von Betten und ganzen Abteilungen reduziert sich auch die Zahl der Ausbildungsplätze für angehende Fachärzte. Bisher ist die Neo-

Hier einige Zitate aus einer ostdeutschen Kinderklinik

- Viele Verfahren werden auch unsinnig eingesetzt. Weil z.B. für eine gute Untersuchung oder Anamnese gar keine Zeit ist und man sagt, da machen wir dies und dann das, die Therapie wird oft schon eingeleitet bevor die Diagnose richtig steht. Auch eine DRG-Folge, obwohl die Aufnahme- und Diagnose nicht die endgültige sein muss.
- In dieser Klinik für Pädiatrie sind ökonomisch begründete SPÄTERE Entlassungen die Regel- keine Verkürzung.
- Die Patienten sollen länger liegen, damit sie nicht UNTER die durchschnittliche Verweildauer kommen, und wenn dann andere Patienten aufgenommen werden müssen, ist das ein Problem. Und damit dann die Zahl der Patienten nicht steigt dürfen Patienten, die eigentlich nach Hause könnten, nicht entlassen werden. Also wodurch die Qualität der übrigen Versorgung sich verschlechtert, oder dass die Medizin anders wird je nachdem, ob viele Patienten auf Station sind oder nicht.
- Das Problem der Unterschreitung der Liegezeit ist bei uns absolut größer als das der Überschreitung. Beobachtungen bei bestimmten Verdachtsfällen ...die liegen länger als nötig.
- Die Chefarzte können ja gar nicht mehr selber entscheiden ob sie jemanden ein-

stellen- die sind völlig abhängig von den Geschäftsführern – dass man den einzelnen Bereichen mehr Selbständigkeit und Selbstbestimmung gibt, die Möglichkeit zu einer eigenen Organisation gibt. Aber die Tendenzen gehen eher in die andere Richtung.

- Im Moment machen z.B. Oberärzte ganz viel Basisarbeit, weil keiner da ist, können dann aber ihr Wissen nicht weitergeben und andere anleiten. Alles aus einer Notsituation, das Schiff überhaupt über Wasser zu halten.
- Erkrankungen und Komplikationen sollten vermieden werden – nicht ökonomisch belohnt. Dass der Patient als Kunde gesehen wird ist das Problem, dass Medizin als etwas gesehen wird mit dem man Geld verdienen kann und nicht dass eine gesunde Gesellschaft das Ziel ist. Dass man mit Krankheit Geld verdienen kann und nicht dass die Intention eine gesunde Gesellschaft ist. Wo es auch drum ginge, Erkrankungen oder Komplikationen zu vermeiden. Also als Beispiel, wenn ich Diabetiker behandle bekomme ich am meisten Geld, wenn ein Patient mit Ketoazidose aufgenommen wird. Bei guter Versorgung ist es aber das Ziel, so was zu vermeiden, durch gute regelmäßige Betreuung, Schulung usw. was dann wesentlich schlechter vergütet wird und aus Zeitmangel immer zu kurz kommt.

natologie indessen wie die Intensivmedizin insgesamt eher gewinnbringend. Der Bedarf an Kinder- und Jugendärzten in der Gesellschaft wird jedoch nicht durch höhere Ausbildungszahlen von Neonatologen gedeckt.

Wenn Kinderkliniken oder Abteilungen wegen mangelnder Rentabilität geschlossen werden, wird es schwierig werden genügend Ausbildungsstellen für Pädiater vorzuhalten. Wenn wie bisher vorwiegend neonatologische Abteilungen betriebswirtschaftlich attraktiv sind, entsteht ein Missverhältnis zwischen kinderärztlichen Intensivmedizinern und Allgemeinpädiatern. Ähnlich in der Erwachsenenmedizin: Ein unverhältnismäßig hoher Anteil der Klinikerlöse wird durch Intensivmedizin erwirtschaftet. Folglich wachsen hier die Stellen für Ärzte an. Die Gesellschaft braucht aber vorwiegend Allgemeinmediziner.

Aspekte der Lösung

Es wäre schon viel gewonnen, wenn die Thematik der „Ökonomisierung“ ernsthaft zur Kenntnis genommen würde, wenn die Management-Entscheidungen in Kliniken transparenter würden, wenn zwischen den Ärzten, Therapeuten und Pflegenden auf der einen und Management und Politik auf der anderen Seite ein Diskurs auf Augenhöhe stattfinden würde. Es sollte ein Konsens hergestellt und gesichert werden, dass „am Krankenbett“, bei der Aufnahme und der Entlassung nicht nach betriebswirtschaftlichen Aspekten entschieden werden soll. Gleichwohl sollte im Sinne der „Choose Wisely-Kampagne“ auf teure Überversorgung verzichtet werden, wenn diese keinen Nutzen für den Patienten bringt. Es kann paradoxerweise sogar betriebswirtschaftlich sinnvoll sein, eine solche „unweise“ Überversorgung zu Ungunsten des Patienten durchzuführen. Bei der Gestaltung der medizinischen Arbeitsprozesse müssen die Ärzte und Pflegenden den entscheidenden Einfluss behalten. Außensteuerung darf nicht zu Lasten der fachlichen Binnensteuerung gehen. Das Schicksal leitender Ärzte darf nicht allein von wirtschaftlichen Erfolgen abhängig sein. Entsprechende Zielvereinbarungen müssen beseitigt werden.

Wir brauchen bessere Formen der Führung und Steuerung in Politik und Management einschließlich der Qualitätssicherung. Deren Wissensbasis muss um die qualitative Dimension erweitert werden. Führung allein auf der Basis von Statistik, Routinedaten und Kennzahlen reicht nicht aus. Für die Führungskräfte muss gelten, dass das Formalziel ihrer Arbeit, die Sicherstellung der wirtschaftlichen Basis oder gar die Gewinn- und Profitorientierung, niemals zu Lasten des inhaltlichen Ziels gehen darf: gute medizinische Versorgung von kranken Menschen.

Die Gesundheitspolitik sollte bedenken, dass die von ihr gestaltete Finanzierungsordnung im Gesundheitswesen stets Einfluss nimmt auf die Praxis der Medizin. Dem entsprechend müssen die gesetzlichen Grundlagen in ihren Auswirkungen auf die Versorgung sorgfältig und mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden fortwährend beobachtet und angepasst werden. Schließlich sollte das in weiten Teilen sinnvolle Konzept der Gesundheitswirtschaft nicht auf die Einrichtungen der Medizin übertragen werden.

Literatur beim Verfasser

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. rer. pol. Dr. med.

Karl-Heinz Wehkamp

Universität Bremen

SOCIUM – Forschungszentrum

Ungleichheit und Sozialpolitik

Mary-Somerville-Str. 5

28359 Bremen

E-Mail: karl.wehkamp@t-online.de

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein

Interessenkonflikt vorliegt.

Red.: Huppertz

Der besondere Fall

Anhidrotische Ektodermale Dysplasie, Christ-Siemens-Touraine Syndrom



Dr. med. Nicole Bena-Boupa

Wir berichten von einem 15 Monate alten Kleinkind, das im Februar 2015 als drittes Kind der Mutter geboren wurde. Das älteste Kind war eine Woche postnatal verstorben, das zweite Kind ist zwei Jahre alt. Das Kind wurde auf unserer Neugeborenenstation im Bethesda Krankenhaus, Jaunde, Kamerun, wegen postnataler Apathie und Fieber bis 39° aufgenommen. Klinisch fielen ein reduzierter Allgemeinzustand sowie Milien im Kinnbereich auf. Der Säugling wurde 14 Tage stationär wegen des Verdachts auf eine Neugeboreneninfektion behandelt. Mehrere Blutkulturen waren negativ. Die Urinkultur aus Beutelurin ergab 10.000 KBE/ml *Acinetobacter baumani*. Die Antibiose bestand zunächst aus Ampicillin, Cefotaxim und Gentamycin für drei Tage, dann Ceftazidim und Amikacin fünf Tage, anschließend Meropenem bei unter der Behandlung rezidivierenden Fieberschüben. Zwei Tage nach Entlassung wurde das Neugeborene wieder aufgenommen wegen Fieber und Blässe. Laborchemisch ergab sich kein Hinweis für eine bakterielle Infektion. Diesmal blieb es drei Tage stationär. Die dritte stationäre Aufnahme erfolgte im Alter von drei Wochen. Der Säugling hatte immer wieder Fieber-

schübe und war unruhig. Biochemisch-humoral zeigte sich jetzt eine normocytäre Anämie. Er wurde nach zwei Tagen bei unauffälligem klinischen Befund ohne Diagnose entlassen. Danach wurde das Kind bei einem anderen Kinderarzt vorgestellt, immer wieder hatte es Fieberschübe. Die Diagnose Fehlernährung wurde dort aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes des Kindes vermutet. Sechs Monate später wurde das Kind im Alter von elf Monaten in unserer Sprechstunde wieder vorgestellt: Es fielen klinisch das stets seit Geburt feine Kopfhaar, die nahezu fehlenden Augenbrauen, die trockene Haut sowie eine geringe motorische Retardierung auf. Bei näherem Nachfragen bei der Mutter bestehen in der Familie eine Hitzeunverträglichkeit bei Onkel und Großonkel sowie spitze Zähne. Unser Patient sowie seine Verwandten schwitzen nicht, er schläft vorzugsweise auf dem Boden. Auch die Mutter erinnert sich, dass ihr Bruder sich nach der Schule öfters auf dem Boden gelegt habe um sich abzukühlen.

Diskussion

Die anhidrotische ektodermale Dysplasie ist eine Trias aus Defekten der Schweiß- oder Talgdrüsen, der Haare und der Zäh-

ne. Erstbeschrieben wurde sie von Darwin 1875, dann von Christ 1913, von Touraine 1936 und schließlich von Siemens 1937, daher der Zweitname Christ-Siemens-Touraine Syndrom.

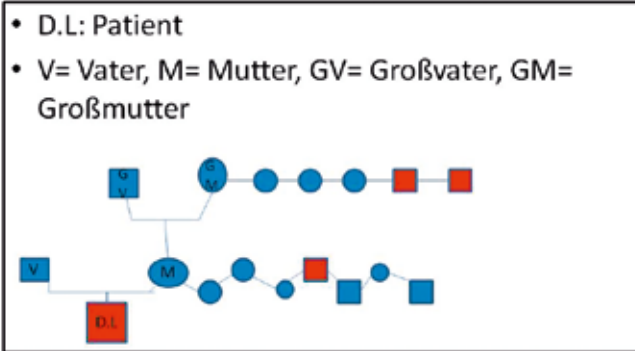
Es handelt sich um eine Gruppe unterschiedlicher phänotypisch weitgehend identischer hereditärer Krankheitsbilder mit kongenitalen Fehlbildungen von Hautanhangsgebilden (Haare, Schweißdrüsen, Talgdrüsen), Speicheldrüsen, Zähnen und Nasenknorpel sowie verminderter zellulärer Immunität bei normaler Intelligenz. Die anhidrotische Form ist die häufigste der ektodermalen Dysplasien, dabei werden vier Untertypen bislang unterschieden (Tabelle 1). Das EDA-Gen kodiert Ectodysplasin-A, ein Protein aus der Familie der Tumornekrosefaktor- α Liganden, dem eine Rolle bei der Interaktion zwischen Epithel und Mesenchym und speziell bei der Entwicklungskontrolle und Differenzierung der Hautanhangsgebilde zugeschrieben wird.

Wie bei unserem Patienten manifestiert sich die Krankheit schon sehr früh mit rezidivierenden Fieberschüben unklarer Ursache. Retrospektiv lag die Ursache des ersten stationären Aufenthalts wahrscheinlich nicht in einer Harnwegsinfektion, die Keimzahl aus dem Beutelurin war nicht

Anhidrotische ektodermale Dysplasie	Erbgang	Gen Defekt
ED-1	X-rezessiv	Ectodysplasin A (EDA)
ED-anhidrotisch (EDAR)	Autosomal-rezessiv	Ectodysplasin A anhidrotischer Rezeptor
(EDARADD)		EDAR- assoziiertes Todesgen
ED-3 (EDAR)	Autosomal dominant	Ectodysplasin A anhidrotischer Rezeptor
ED-anhidrotisch mit Immundefizienz	X-rezessiv	IKK-Gamma (NEMO)

Tab. 1: Die vier bekannten Typen der anhidrotischen ektodermalen Dysplasie, aus Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edition, p. 2666

Familienstammbaum



signifikant gewesen, wir fanden allerdings zu dem Zeitpunkt keine andere Fieberursache. Die Ultraschalluntersuchung der Nieren war unauffällig gewesen. Der Verdacht auf die Erkrankung kam nach neun Monaten als das Kind wiederholt Fieberschübe aufwies, und sich regelmäßig auf den Boden zum Schlafen hinlegte, um sich offensichtlich abzukühlen. Bei der Erhebung der Familienanamnese zu diesem Zeitpunkt kommt die Erkenntnis zutage, dass der jüngere Bruder der Mutter und ihr Onkel sich ähnlich verhalten. Ein Foto von diesem Bruder zeigt eine eindeutige Ähnlichkeit zwischen Kind und Onkel. Dieser ist mittlerweile 18 Jahre alt, weist spitze Zähne, feines Haar und Augenbrauen auf, und macht gerade Abitur. Die Mutter sorgt sich bei der 1-Jahr Vorsorge (in Deutschland U6) darüber, dass ihr Sohn noch keine Zähne habe. Die klinische Untersuchung zeigt außerdem ein normales Perzentilenwachstum, eine sehr trockene Haut und eine geringe neurologische Entwicklungs-

verzögerung. Laborchemisch fällt eine normozytäre Anämie auf. Vorauszusehen sind aufgrund verminderter Zahl von Schleim- und Speicheldrüsen die Trockenheit der Augen und der Schleimhäute im HNO-Bereich. Hornhaut- und Linsen-trübungen können entstehen, sowie eine Schallleitungsschwerhörigkeit. Die weitere Beratung der Eltern wird darin bestehen, möglichst frühzeitig assoziierte Symptome zu behandeln. Das beginnt mit der regelmäßigen Körpertemperaturkontrolle, der Vermeidung von Überhitzung durch sportliche Betätigung bei heißen Außentemperaturen, der regelmäßigen Flüssigkeitszufuhr sowie der aktiven Kühlung. Zweitens empfiehlt es sich Zigarettenrauch sowie staubige Umgebungsluft zur Vorbeugung von Atemwegsinfekten zu vermeiden. Auf Einhalten des vorgesehenen Impfkalenders muss besonders geachtet werden. Dieser ist in Kamerun in Vergleich zu Deutschland ähnlich gestaltet. Ergänzend werden Augen- und HNO-ärztliche Betreuung empfohlen. Zudem soll eine zahnärztliche Versorgung erfolgen. Auch der 18-jährige Bruder der Mutter braucht dringend aus kosmetischen Gründen eine entsprechende Behandlung. In diesem Sinne haben wir bereits einen Kieferorthopäden der Stadt kontaktiert, der Kind und Onkel mitbetreuen wird. Hier kann der Kostenfaktor nicht außer Acht gelassen werden, denn in Kamerun werden alle medizinischen Maßnahmen von den Patienten selbst bezahlt.

Aus diesem Grund haben wir auch auf eine Hautbiopsie verzichtet und der Familie eine molekulargenetische Untersuchung vorgeschlagen, um eine gute genetische Beratung dieser Familie anbieten zu können. Die Diagnose wirft für die Familie viele Fragen auf, insbesondere die, ob sie die Krankheit ihren zukünftigen Kindern ersparen

können. Zwischenzeitlich ist in der molekulargenetischen Untersuchung die Mutation im EDA-Gen nachgewiesen worden.

2010 haben Chelo et al. (1) im PanAfrican Medical Journal einen Fall von anhidrotischer ektodermaler Dysplasie bei einem Siebenjährigen in Jaunde, Kamerun veröffentlicht. Hier war die Familienanamnese leer gewesen. Dieser Junge hatte bedingt durch maxilläre Hypodontie sowie mandibuläre Anodontie ein niedrignormales Perzentilenwachstum gehabt. Nach zahnprothetischer Versorgung erfolgte ein Perzentilensprung nach oben innerhalb von vier Monaten. Die Hitzeintoleranz war in seiner Anamnese vorhanden, allerdings fehlten Fieberschübe. Die Diagnose wurde durch Fehlen von Schweißdrüsen in der Hautbiopsie gestellt. Eine Iontophorese wird im ganzen Land nicht angeboten.

Im CHU Brazzaville (Demokratische Republik Congo) ist 2007 ebenfalls ein Fall von Miakayizila et al. veröffentlicht worden. Die Selbsthilfegruppe der ektodermalen Dysplasie ist weltweit in über 25 Ländern repräsentiert, in Nordafrika in Ägypten und im Süden in Südafrika. Vermutlich existieren weitere Fälle in Schwarzafrika, die noch undiagnostiziert sind, da die diagnostischen Möglichkeiten eingeschränkt sind.

Die Diagnosestellung ist allerdings für moderne afrikanische Familien wie in unser Beispiel eine wesentliche psychische Erleichterung, weil die Erkrankung einen Namen erhält und somit sich dem noch z.T. verbreiteten Aberglauben entzieht. Zusätzlich führt die symptomatische Behandlung schon sehr früh zur deutlichen Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.

Einverständnis: Beide Eltern gaben ihr Einverständnis zur Publikation klinischer Daten und Bilder zu diesem Fall.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Nicole Bena-Bouppda
Bethesda Krankenhaus,
Nouvelle Route Bastos
B. P. 11154 Yaoundé, Kamerun
E-Mail: nicole.francoise.bena@gmail.com

Interessenkonflikt:

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. *Red.: Keller*



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Reduzierung unnötiger Antibiotika-Anwendungen auf der Neugeborenen-Intensivstation (SCOUT): eine prospektive, zeit-versetzte Serien Studie

Reducing Unnecessary Antibiotic Use in the Neonatal Intensive Care Unit (SCOUT): A Prospective Interrupted Time-Series Study

Cantey JB, Wozniak PS, Pruszyński JE, *The Lancet Infectious Diseases*, 16: 1178-1184, Oktober 2016

SCOUT ist eine Beobachtungs-Studie aus der Neugeborenen-Intensivstation des Parkland Hospital in Dallas, Texas. Jede Antibiotika-Gabe an Neugeborene, die zwischen dem 1. März 2012 und dem 30. November 2012 (9 Monate) in der Neugeborenen-Intensivstation aufgenommen wurden, wurde erfasst und analysiert. Nach der Beobachtungsphase wurde bei folgenden Parametern eine Intervention durchgeführt: Dauer der empirischen Antibiotika-Therapie bei Sepsis-Verdacht, bei Pneumonie und „kultur-negativer“ Sepsis.

Nach einer Basis-Periode (3. Oktober 2011-30. Nov. 2012) mit Beobachtung der Dauer obiger Zeiten wurde während der Interventions-Periode (1. Okt. 2013-30. Juni 2014) die empirische antibiotische Therapie nach 48 Std. abgesetzt. Die Therapie-Dauer für Pneumonie und kultur-negative Sepsis wurde auf 5 Tage begrenzt.

Die Antibiotika-Anwendung, definiert als Therapie-Tage pro 1000 Patienten-Tage, wurde nach der Interventionsphase verglichen mit der Basis-Periode. Das primäre Studienziel war die Veränderung der Antibiotika-Tage pro 1000 Patienten-Tage.

Relevante Sicherheits-Aspekte waren die Fälle, in denen die Neugeborenen 5 Tage Antibiotika erhalten hatten und in der Folge erneut Antibiotika benötigten für eine Indikation wie spät be-

ginnende Sepsis, nekrotisierende Enterocolitis (NEC), oder Tod von Frühgeborenen aus der 32. Gestations-Woche oder jünger, Vorherrschen einer MRSA-Kolonisierung, und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes.

Während der 2 Studien-Perioden wurden 2502 Säuglinge auf der Neugeborenen-Intensivstation in die Studie aufgenommen, 1607 während der Basis-Periode, 895 während der Interventions-Periode.

Die Antibiotika-Therapie ging von 343,2 Tage pro 1000 Patienten-Tage während der Basis-Periode auf 252,2 Tage pro 1000 Patienten-Tage während der Interventions-Periode zurück ($p < 0.0001$), was einer Reduktion der Antibiotika-Therapie um 27 % entspricht. Es wurde kein Unterschied in den Sicherheits-Ergebnissen zwischen der Basis-Periode und der Interventions-Periode festgestellt.

Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass die kritische Analyse der Antibiotika-Gabe auf einer Neugeborenen-Intensivstation mit dem Ziel einer individuell angepassten effektiven Antibiotika-Anwendung zur Reduzierung der Antibiotika-Anwendungen führen kann. Die effektive Antibiotika-Therapie kann individuell auf kooperative Weise konzipiert und angewendet werden.

Kommentar

Die sorgfältige Studie aus dem Parkland-Hospital in Dallas weist an einem überschaubaren Krankengut mit einheitlichen Antibiotika-Indikationen bei kranken Neugeborenen nach, dass bei individuellen, patientenorientierten Antibiotika-Anwendungen, der Standard-Antibiotika-Einsatz ohne Nachteil für das Gesamtkollektiv signifikant reduziert werden kann. Diese Studie kann Vorbild für analoge Entscheidungen auch in deutschen Neugeborenen-Intensiv-Zentren darstellen.

Korrespondenzadresse:
Helmut Helwig, Freiburg

Beeinflusst die Helicobacter-Infektion im Kindesalter das Wachstum?

Helicobacter pylori infection in Early Childhood and Growth at School Age

Muhsen, K et al.; *Helicobacter* 20: 410-417, Dezember 2017

Helicobacter pylori (Hp) ist ein weltweit vorkommender Erreger mit besonders hoher Prävalenz in Entwicklungsländern. Die Infektion wird im frühen Kindesalter erworben, persistiert und kann im Erwachsenenalter zu Magengeschwüren, Magen-Karzinomen und Schleimhaut-assoziierten Lymphomen (MALT-Lymphomen) führen. Die gesundheitliche Bedeutung einer Hp-Infektion im Kindesalter wurde bisher unzureichend geklärt. Dünndarmgeschwüre können bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten, Magengeschwüre sind aber ungewöhnlich und Magenkrebs äußerst selten. In einigen Studien wurde über einen Einfluss auf die Größenentwicklung bei Hp-Infektionen berichtet, was von anderen Autoren nicht bestätigt wurde.

Zur weiteren Klärung dieser Frage haben Muhsen et al. eine prospektive Studie zwischen 2004-2009 durchgeführt, bei der der Stuhl gesunder Kinder (N=139, 53,2% Jungen, Alter 3-5 Jahre zu Studienbeginn) auf das Vorkommen von Hp-Antigenen untersucht wurde. Die Kinder wurden bis zum Alter von 6-9 Jahren (mediane follow-up Zeit 45 Monate, mittleres Alter bei der follow-up Untersuchung 7,7 Jahre, SD 0,9 Jahre, Spanne 6-9,7 Jahre) begleitet. Größe, Gewicht, Hämoglobin-Status und sozioökonomische Bedingungen wurden erfasst. Die Z-Werte für Größe und Alter, Gewicht und Alter und Body-Mass-Index wurden mit Hilfe der CDC-Referenzkurven (CDC - Centers for Disease Control and Prevention) errechnet. Die Wachstumsgeschwindigkeit (cm/Monat) zwischen Vorschul- und Schulalter wurde zwischen den Kindern, die mit Hp infiziert und nicht infiziert waren, verglichen.

Dreiundfünfzig Prozent der Studienteilnehmer war zu Beginn Hp positiv. Alle Kinder, bis auf eines, blieben bis zum Studienende auch positiv. Nach Berücksichtigung der möglichen Variablen, wie der mütterlichen Ausbildung, der Anzahl der Geschwister und des Hämoglobin-Wertes, war der korrigierte mittlere Z-Wert für Größe und Alter bei den infizierten Kindern signifikant niedriger als bei den nicht-infizierten Kindern. Die getesteten Variablen hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Ergebnis. Ein Zusammenhang zwischen einer H. pylori-Infektion und dem Körpergewicht konnte im Gegensatz zum Einfluss auf die Größe nicht nachgewiesen werden.

Kommentar

Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 50% der Weltbevölkerung mit *Helicobacter pylori* (Hp) infiziert ist. Die Prävalenz in den westlichen Ländern scheint, möglicherweise auf Grund

der hohen Hygienestandards, abzunehmen. Menschen sind das natürliche Erreger-Reservoir. Die Hp-Infektion wird im frühen Kindesalter (meist unter 10 Jahren) erworben und persistiert für den Rest des Lebens, wenn sie nicht antibiotisch therapiert wird. Epidemiologische Daten assoziieren eine im Kindesalter erworbene *Helicobacter pylori*-Infektion mit einer späteren chronischen Gastritis und dem Entstehen eines gastrischen B-Lymphoms (MALT-Lymphom) und Adenocarcinoms.

Die meisten Betroffenen, besonders Kinder, zeigen bei einer Infektion keine Symptome. Sollten die Erreger bei Kindern trotzdem eradiziert werden? In den noch aktuellen ESPGHAN- und NASPGHAN-Leitlinien aus dem Jahre 2011 wird eine Eradikationstherapie nur bei einer endoskopisch gesicherten aktiven Hp-Infektion (duodenale oder gastrische Ulcera, Lymphome, atrophische Gastritis) und bei gastrointestinalen Symptomen empfohlen. Bei bioptisch gesichertem Befall ohne klinische Symptome kann eine Eradikationstherapie erwogen werden.

Die von Muhsen et al. durchgeführte prospektive Studie zeigt, dass die Besiedlung mit Hp einen langfristigen Einfluss auf das Wachstum und damit einen frühen Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausübt. Diese Ergebnisse werden von zwei aktuellen Studien aus Sardinien und Äthiopien bestätigt.

Neben Wachstumsverzögerungen werden auch noch Verbindungen zwischen *Helicobacter*-Infektionen und dem Auftreten von Immun-Thrombozytopenien, Eisenmangel und der Purpura Schönlein-Henoch diskutiert, was aber in weiteren Untersuchungen der Bestätigung bedarf.

Korrespondenzadresse:

Jürgen Hower, Mülheim an der Ruhr

Melanonychia striata

Frage

Einer meiner Patienten, zwei Jahre alt, männlich, hat bereits seit einigen Monaten eine streifenförmige schwarze Veränderung des Daumennagels. Es sieht aus wie ein ganz gerader, scharf abgegrenzter schwarzer Strich in der gesamten Länge des Daumennagels, etwa 1,5 mm breit. Die Verfärbung beginnt am Nagelbett und wächst nicht heraus, sondern wächst quasi nach.

- Was könnte die Ursache für die Veränderung sein und wie sollte die Diagnostik, bzw. Therapie aussehen?

Antwort

Bei dem beschriebenen Befund handelt es sich um eine longitudinale Melanonychie, auch Melanonychia striata genannt. Die streifenförmige Nagelpigmentierung wird durch Melanin hervorgerufen, das Melanozyten in der Nagelmatrix produzieren. Sichtbar ist also nur das Produkt der aktivierten oder vermehrten Melanozyten, nämlich Melanin im Nagel, nicht aber die unter dem proximalen Nagelfalz versteckte Veränderung selbst, welche die Pigmentierung bedingt.

Prinzipiell kommen als Ursachen einer longitudinalen Melanonychie eine Lentigo, ein melanozytärer Nävus, eine – auch noch als benigne einzustufende – atypische melanozytäre Hyperplasie und ein Melanom der Matrixzellen in Betracht. Während immerhin 6 % solitärer longitudinalen Melanonychien im Erwachsenenalter durch ein unguales Melanom hervorgerufen sein sollen (1), sind Melanome, die sich im Kindesalter mit diesem Symptom präsentieren, ausgesprochen selten. In der

Literatur wurden bislang lediglich 10 Fälle von Melanomen bei hellhäutigen europäischen Kindern unter dem Bild einer longitudinalen Melanonychie mitgeteilt; bei allen handelte es sich um in-situ-Melanome (2, 3). Kürzlich wurde von Kollegen aus Chicago, Illinois/USA, eine Serie von 30 Fällen von longitudinaler Melanonychie bei Kindern und Jugendlichen (Alter 2-18 Jahre, Altersmedian 6 Jahre) mitgeteilt. In 90% der Fälle befand sich die Pigmentierung an einem Fingernagel, am häufigsten am Daumen. Histologisch wurde der zugrunde liegende Befund in der Nagelmatrix 20 Mal als Lentigo beurteilt und jeweils 5 Mal als melanozytärer Nävus bzw. als atypische melanozytäre Hyperplasie (4). In keinem Fall wurde ein Melanom diagnostiziert, wobei ein solches selbst an einem gut erhaltenen Exzidat nicht immer leicht von einem benignen atypischen Pigmenttumor abzugrenzen ist. Noch schwieriger wird die Beurteilung, wenn die entnommene Biopsie sehr klein oder bei der Entnahme mechanisch alteriert wurde.

Klinische und dermatoskopische Zeichen, die bei Erwachsenen auf ein Melanom des Nagelorgans hindeuten können, sind Pigmentstreifen mit einer Breite von über 3 Millimetern, inhomogene Pigmentierung mit unregelmäßigen, nicht parallel ausgerichteten Pigmentlinien und unscharfen Grenzen, Pigmentierung des proximalen und/oder seitlichen Nagelfalzes (Hutchinson-Zeichen), Dystrophie der Nagelplatte sowie rasche Entwicklung oder Änderung des Streifens. Diese Kriterien lassen sich nicht ohne weiteres auf das Kindesalter übertragen, da sich auch viele gutartige Befunde in dieser Zeit in der Entwicklungs- bzw. Proliferationsphase befinden. Das Vorgehen bei einer longitu-

dinalen Melanonychie im Kindesalter ist daher umstritten. Während einige Autoren auf die oben dargestellte Seltenheit von Melanomen im Kindesalter hinweisen und eher ein abwartendes Verhalten favorisieren, verweisen andere darauf, dass Melanome selbst in dieser Lokalisation bereits bei Kindern aufgetreten sind und empfehlen eine biopsische Klärung. In jedem Fall – so auch in dem vorliegenden – sind regelmäßige Kontrollen in etwa dreimonatigen Abständen anzuraten, wobei eine gute fotografische und digitale dermatoskopische Verlaufsdokumentation von ausschlaggebender Bedeutung sind, um Unterschiede in der Entwicklung bemerken zu können. Diese Aufgabe und die Beurteilung des Vorgehens sollte unbedingt einem Dermatologen bzw. einer Hautklinik überlassen werden, die über entsprechende Dokumentationsmöglichkeiten verfügen. Bei einem stabilen Befund ohne die genannten morphologischen Auffälligkeiten wird man sich meines Erachtens auf Kontrollen beschränken können. Bei deutlicher Änderung bzw. rascher Progredienz des Befundes, vor allem bei Patienten ab der Pubertät, wenn die Inzidenz von Melanomen allgemein ansteigt, ist eine tangentielle Exzision des Pigmenttumors in der Nagelmatrix erforderlich, auch wenn hiermit die Möglichkeit einer bleibenden Nagelwachstumsstörung und einer Repigmentierung verbunden ist (5). Sicher lässt sich ein Melanom nur auf histologischem Wege ausschließen.

Literatur bei InfectoPharm

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Henning Hamm
Universitätsklinikum Würzburg
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie
Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg

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.

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Teichler

Anamnese

Ein 11-jähriges Mädchen wird mit rezidivierenden, entzündlichen und verkrusteten Hautveränderungen an beiden Füßen und Unterschenkeln vorgestellt, die erstmals zwei Jahre zuvor nach einem Bagateltrauma aufgetreten seien und gelegentlich leichte Schmerzen verursachten. Jahreszeitliche Schwankungen oder Schwellungen der Beine werden verneint. Ebenso bestünde kein Juckreiz.

Untersuchungsbefund

11-jähriges Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. An beiden Unterschenkeln und Fußrücken finden sich bizarr konfigurierte, teils krustös belegte Ulzera und Narben (Abb. 1a, b). Periläsional finden sich kleine hämorrhagische Maculae.

Laboruntersuchungen

Laborchemisch zeigt sich eine leichte Neutropenie (1,68Gpt/l, Referenzbereich 2,1-9,0). Die übrigen Laborparameter, inklusive Differenzialblutbild, Leber- und Nierenwerten, CRP, ANA, Komplement C3 und C4, Protein C und S und Antiphospholipid-Antikörper sind unauffällig.

Histologischer Befundbericht (Dermatohistopathologie Friedrichshafen,



Abb. 1a, b: An den Unterschenkeln (Abb. 1a) und Fußrücken (Abb. 1b) finden sich bizarr konfigurierte, teils krustös belegte Ulzera und Narben. Periläsional finden sich kleine hämorrhagische Maculae

PD Dr. Kutzner): Vor allem im oberen Plexus finden sich dilatierte postkapilläre Venulen, deren Lumina zum Teil von PAS-positiven kleinen Thrombi okkludiert sind mit perivaskulär lymphozytärer Begleitreaktion, jedoch ohne Zeichen einer leukozytoklastischen Vasculitis. Auffallende PAS-positive fibrinoide in-

traluminale Ringe auch in den kleinen Gefäßen des tiefen Plexus, hier ebenfalls in Assoziation mit einem spärlichen lymphoidzelligen Infiltrat. Keine Leukozytoklasie. Auffallende Erythrozytenextravasate im oberen Plexus.

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose:

Livedo-Vaskulopathie

Bei der Livedo-Vaskulopathie handelt es sich um eine chronische Mikrozirkulationsstörung der Haut, bei der es durch Ausbildung von Mikrothromben zu rezidivierenden Gefäßverschlüssen von kleinen dermalen Gefäßen der unteren Extremität kommt. In der Folge entstehen insbesondere an den distalen Unterschenkeln und Fußrücken trophische Störungen der Haut.

Klinisch ist die Livedo-Vaskulopathie, die früher aufgrund einer saisonalen Aktivitätszunahme in den Sommermonaten als „Livedo reticularis with summer ulcerations“ bezeichnet wurde, charakterisiert durch die Trias Livedo racemosa, rezidivierende schmerzhaft Ulzerationen und Atrophie blanche.

Initiales klinisches Zeichen der gestörten kutanen Mikroperfusion sind purpuriforme Maculae und eine livide, netz- oder blitzfigurenartige Zeichnung der Haut - die sogenannte Livedo racemosa. Im Verlauf kommt es durch die thrombotische Okklusion dermalen Gefäße zu kleinen, ischämischen Hautinfarkten und damit zur Ausbildung von Ulzerationen, die sich vor allem im Knöchelbereich finden. Den Ulzerationen vorausgehend treten häufig lokalisierte, brennende Schmerzen auf. Die Ulzera weisen eine schlechte Wundheilung auf und heilen im Verlauf unter Ausbildung weißlich-atropher, oft bizarr oder sternförmig konfigurierter Narben - der sogenannten Atrophie blanche - ab.

Die Erkrankung beginnt in der Regel im jungen Erwachsenenalter, seltener bereits im Kindesalter, und betrifft vor allem Frauen. Der Livedo-Vaskulopathie liegt oftmals eine spezifische Gerinnungsstörung zugrunde. Hierzu gehören z.B. Protein C- oder S-Mangel, AT III-Mangel, Homocysteinämie, Kryoglobulinämie, Faktor V-Leiden- und Prothrombin- G20210A-Mutation oder ein Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom.

Man nimmt an, dass bei der idiopathischen Form, bei der laborchemisch keine Gerinnungsanomalien gefunden werden, bisher nicht bekannte Koagulopathien ursächlich sind. Auch Assoziationen mit Autoimmunerkrankungen wie Lupus erythematodes und Sklerodermie wurden beschrieben.

Diagnostik

Diagnostisch wegweisend ist neben der charakteristischen klinischen Trias der histologische Befund. Hierbei finden sich bei betroffenen Erwachsenen fibrinoide Thromben in Kapillargefäßen der oberen und mittleren Dermis. Im Gegensatz zur Vaskulitis findet sich bei der Livedo-Vaskulopathie kein oder allenfalls ein sehr spärliches perivaskuläres Entzündungsinfiltrat, welches sich vornehmlich aus Lymphozyten zusammensetzt. Für eine Vaskulitis wären hingegen ein neutrophiles Infiltrat und eine Leukozytoklasie typisch. Bei der frühkindlichen Form der Livedo-Vaskulopathie ist das inflammatorische Infiltrat florider und die Thrombenbildung subtiler ausgeprägt, als bei der adulten Form.

Nach Diagnosestellung sollte eine Thrombophiliediagnostik durchgeführt werden, ebenso eine Bestimmung von ANA, ds-DNS-AK sowie Antiphospholipid-Antikörper.

Die Mikrozirkulationsstörung bei der Livedo-Vaskulopathie betrifft ausschließlich die Haut. Eine Organbeteiligung kommt nicht vor, sodass keine weitere Organdiagnostik erforderlich ist.

Differenzialdiagnosen

Klinisch und auch histologisch muss die Livedo-Vaskulopathie von einer (leukozyto-klastischen) Vaskulitis abgegrenzt werden. Panarteriitis nodosa, Lupus erythematodes und eine Cutis marmorata telegiectatica congenita (CMTC) können ebenso wie die Livedo-Vaskulopathie mit

einer Livedo racemosa einhergehen. Eine Atrophie blanche findet sich außer bei der Livedo-Vaskulopathie auch bei der chronisch venösen Insuffizienz (CVI), die im Kindesalter jedoch äußerst selten vorkommt.

Therapie

Eine frühzeitige und effektive Therapie ist wichtig, um Schmerzen zu vermeiden und eine zunehmende Narbenbildung zu verhindern. Zum Einsatz kommen neben allgemeinen durchblutungsfördernden Maßnahmen in erster Linie Antikoagulantien, wie niedermolekulare Heparine, bei Erwachsenen auch ASS, Vitamin K-Antagonisten und die neueren direkten oralen Antikoagulantien (DOAK). Bei Kindern sollte eine Behandlung mit niedermolekulären Heparinen aufgrund des Osteoporoserisikos zeitlich begrenzt sein.

Literaturangaben

1. George T et al. Livedoid vasculopathy in a pediatric patient with elevated lipoprotein(a) levels: prompt response to continuous low-molecular-weight heparin. Arch Dermatol. 2010; 146: 927-8
2. Kerk N, George T. Livedovaskulopathie - Aktuelles zur Diagnostik und Therapie des Hautinfarkts. JDtsch Dermatol Ges2013; 11: 407-11
3. Suarez SM, Paller AS. Atrophie blanche with onset in childhood. J Pediatr 1993; 23: 753-5
4. Di Giacomo TB, Hussein TP, Souza DG, Criado PR. Frequency of thrombophilia determinant factors in patients with livedoid vasculopathy and treatment with anticoagulant drugs - a prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010; 24: 1340-6

Korrespondenzadresse:

Dr. Anne Teichler

Abt. Pädiatrische Dermatologie
und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilientronstraße 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Masterplan Medizinstudium 2020?

Find ich gut, aber...



Dr. Folkert Fehr

Wie kann das angehen? Im Masterplan Medizinstudium 2020 kommt eines meiner Lieblingswörter (Pädiatrie) gar nicht vor. Immerhin das Wort Kind. In der Phrase „von Kindesbeinen an“. Na ja, denke ich, wenigstens haben die Autoren bei Martin Rinckart geräubert, bin schon wieder ein klein wenig versöhnt. Dann kommt ein Wort, das ich zumindest schwierig finde (Finanzierungsvorbehalt). Das wird ganz ausdrücklich hineingeschrieben. Dessen ungeachtet: „Die Ambulante Allgemeine Pädiatrie muss im Studium den Stellenwert erhalten, der ihr auch in der Versorgung zukommt.“ Dazu ist der Masterplan ein wichtiger Schritt, denke ich.

Schauen wir genauer hin. „Masterplan“ ist schon ein tolles Wort. Enthalten ist auf jeden Fall ein Plan. Das ist für Deutschland eine kleine Revolution. Bislang haben die Unis so vor sich hingefrickelt, bald mehr in Modell- als Regelstudiengängen. Was oder wer am Ende herauskam, schien nicht so wichtig zu sein. Hinein sollten natürlich nur die Abi-Besten. Aber die Ergebnisse? Von der bestdenkbaren Versorgung und Begleitung der Kinder und ihrer Familien mindestens so meilenweit entfernt, wie die allgemeinbildende Schule von der Lebenswelt. Ja ja.....: non vitae sed scholae discimus ...

Und nun gibt es also einen Entwurf, einen Plan. Was, wie und wozu studiert wird, soll bundeseinheitlich definiert werden. Das ist neu. Damit gibt es auch erstmals die Chance zu überprüfen, ob das Plansoll erfüllt wird. Vielleicht auch, ob es ein guter Plan ist. Man kann fragen, was Bildungspläne im Allgemeinen und diesen Plan im Besonderen gut macht. Es geht ja auch nicht um irgendeinen Plan, nein, es soll ein Masterplan ein. Da schwingt die englische Bedeutung Meister, Lehrmeister oder Könner mit. Das gefällt mir gut, weil ich mir nicht vorstellen mag, dass unsere Kinder nur gerade so ausreichend versorgt werden. Sie sollen meisterlich behandelt werden, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Da schwingen für mich Arbeit, Liebe, Umsicht, Kennertum, Erfahrung, Können, Anerkennung und durchweg sehr gute Ergebnisse mit.

Der Blick auf die Details

Der Plan sieht Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten vor. Die Lehre richtet sich an der Vermittlung arztbezogener Kompetenzen aus. In der Ausbildung soll frühzeitig die konsequente Orientierung am Patienten und seinen Bedürfnissen erlernt und eingeübt werden. Dies erfordert die Konzentration auf wesentliche Lernziele und -inhalte, ein noch stärker fachübergreifendes Zusammenwirken und wird Veränderungen von der Auswahl der Studierenden bis hin zu den Prüfungen mit sich bringen. Der Masterplan steigt damit auf einen Zug auf, der in der Medizindidaktik seit gut zwanzig Jahren rollt: Vom Studierenden als Gefäß für Wissen zum Löser relevanter Probleme, weiter zur kompetenzbasierten Bildung. „Reflection in action“, wie Schön so schön sagt. Wo geht der Zug hin? Viele Experten sehen die sektorenübergreifende Bildung mit dem Patienten im Zentrum als die nächste Station an. Deshalb passt es, wenn zukünftig ein besonderes Augenmerk der Arzt-Patienten-Angehörigen-Kommunikation gelten soll,

die maßgeblich die Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden beeinflusst. Auch die Zusammenarbeit mit mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe soll noch stärkeres Gewicht erhalten. Kompetenzen in der Prävention und Gesundheitsförderung in der Grundversorgung, die aufgrund des medizinischen Fortschritts einen immer größeren Raum einnehmen, müssen auch praktisch eingeübt werden.

Dazu braucht es starke hausärztlich ausgerichtete Praxen, die kindzentriert arbeiten und umfassende kontinuierliche Begleitung und Behandlung anbieten. Studierende lernen hier die Aufgaben und Rahmenbedingungen der Grundversorgung kennen. Dies ist ein zentrales Element, um bei immer komplexer werdendem Versorgungsgeschehen und zunehmender Spezialisierung die erforderliche patientenorientierte Koordination zwischen den Disziplinen zu verbessern.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten, insbesondere ländlichen Regionen wurden in den vergangenen Jahren auf Ebene des Bundes, der Länder, der Kommunen und der ärztlichen Selbstverwaltung gesetzliche und untergesetzliche Maßnahmen ergriffen, die den absehbaren Bedarf an Nachwuchs nicht befriedigen. Ohne die Mitwirkung der grundversorgenden Pädiatrie wird es nicht gelingen. Wir müssen uns stärker einmischen in Ausbildung, PJ und Weiterbildung, um Aufmerksamkeit für eine Bevölkerungsgruppe zu wecken und zu fördern, die im Masterplan fast vergessen wurde: Die Kinder.

Was soll nun geschehen?

1. Ausbildung an Kompetenzen orientieren

Ein Studium, das in der Lehre überwiegend auf eine reine Wissensvermittlung abzielt, greift zu kurz. Erforderlich ist vielmehr eine an den künftigen ärztlichen Aufgaben und den dafür

notwendigen Kompetenzen orientierte Ausbildung, die es den Studierenden ermöglicht, neben Wissen auch Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen zu erwerben. Das soll vor allem fächerübergreifend erfolgen, um der Komplexität von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit Rechnung zu tragen. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) weist den Weg zu einer solchen Ausbildung, die kompetenzorientiert und wissenschaftlich auf die künftigen Rollen als Ärztin bzw. Arzt vorbereitend ausgerichtet ist. Den NKLM hat der Medizinische Fakultätentag zusammen mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern aus medizinischen Fachgesellschaften und der Medizinstudierenden, Organisationen der Selbstverwaltung, zuständigen Ministerien und Behörden sowie Wissenschaftsorganisationen erarbeitet. Er wurde auf der Mitgliederversammlung des 76. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages am 4. Juni 2015 verabschiedet. <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht>

Dieser Masterplan enthält zahlreiche konkrete Maßnahmen, die zu gravierenden strukturellen Veränderungen des künftigen Studiums der Humanmedizin an deutschen Hochschulen führen werden. Er begrüßt die Aktivitäten einzelner Länder, zusätzlich zu den Maßnahmen des Masterplanes an ausgewählten Hochschulen neue oder zusätzliche Kapazitäten für Studienanfängerinnen und -anfänger der Humanmedizin zu schaffen.

2. Ausbildung praxisnah gestalten

In der Ausbildung soll frühzeitig die konsequente Orientierung am Patienten und seinen Bedürfnissen erlernt und eingeübt werden. Auf diese Weise wird der medizinische Nachwuchs so gut wie möglich auf die Anforderungen in der ärztlichen Tätigkeit vorbereitet.

Da sich die ärztliche Versorgung zunehmend von dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert, müssen wir diese Entwicklung auch für die ärztliche Ausbildung nachvollziehen. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte sollen deshalb neben den bisher im Mittelpunkt der Ausbildung stehenden hochspezialisierten Fällen an den Universitätskliniken auch ganz alltägliche Erkrankungen in der Praxis kennenlernen.

Dazu folgende Maßnahmen:

- In Zukunft werden klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an und bis zum Ende der Ausbildung miteinander verknüpft. Teilstudiengplätze gehören damit der Vergangenheit an.
- Lehrpraxen werden verstärkt in die ärztliche Ausbildung einbezogen. Um ein ausreichendes Netz an Lehrpraxen aufzubauen, werden die medizinischen Fakultäten neue Praxen rekrutieren und Lehrerinnen und Lehrer qualifizieren.
- Die Struktur des PJ wird von Tertialen auf Quartale und damit auf vier Ausbildungsabschnitte von je zwölf Wochen umgestellt. Die Ausbildungsabschnitte in der Inneren Medizin und in der Chirurgie werden als Pflichtquartale beibehalten. Sie werden durch zwei Wahlquartale in anderen klinisch-praktischen Fachgebieten (Wahlfächer) ergänzt, von denen mindestens eines im ambulanten vertragsärztlichen Bereich zu absolvieren ist.
- Mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung. Der demographische Wandel ist in den ländlichen Regionen besonders spürbar. Immer mehr Landarztpraxen müssen schließen, weil immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, dort eine Praxis zu übernehmen. Zugleich ist der Wunsch der Menschen unverändert, sich bei Gesundheitsfragen zuerst an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt zu wenden – und dies möglichst wohnortnah. Gerade in den ländlichen Regionen betreut eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt nicht selten die Familien über Generationen hinweg und kennt ihre bzw. seine Patientinnen und Patienten von Kindesbeinen an. Es ist daher eine gemeinsame Aufgabe mehr Absolventinnen und

Absolventen des Medizinstudiums für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen. Die Erfahrung zeigt, wenn Studierende der Humanmedizin bereits frühzeitig im Studium und in der Ausbildung fortlaufend Erfahrungen mit der ärztlichen Tätigkeit in ländlichen Regionen sammeln können, steigt die Bereitschaft, als fertig ausgebildete Ärztin bzw. Arzt dort tätig zu werden, deutlich an. Bei Studentinnen und Studenten, die ursprünglich selbst aus ländlichen Regionen stammen, liegt diese Bereitschaft oft nochmals höher. Dazu sollen Hochschulen bei der Auswahl der Lehrpraxen einer angemessenen regionalen Verteilung Rechnung tragen. Es wird unter Berücksichtigung vorhandener Projekte nach weiteren geeigneten Mitteln gesucht, z.B. im Rahmen der Strukturfonds, um den zu großen finanziellen Belastungen der Studierenden durch zusätzliche Fahrt- und Unterkunftskosten, die im Einzelfall mit Ausbildungsabschnitten im ländlichen Raum einhergehen, entgegenzuwirken.

- Wir erwarten von den Hochschulen, dass sie ihre Studierenden der Humanmedizin verstärkt und fortlaufend über die von ihnen angebotenen Ausbildungsmodelle und Kooperationen mit Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser im ländlichen Raum informieren.
- Zur Gewinnung von Nachwuchs für eine flächendeckende Versorgung müssen die Verfahren der Zulassung zum Medizinstudium in der Weise weiterentwickelt und erprobt werden, dass die ärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen spürbar verbessert wird. In diesem Zusammenhang wird unverzüglich in der Vergabeverordnung der Stiftung für

Hochschulzulassung die Möglichkeit eröffnet, bis zu zehn Prozent der Medizinstudiengplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in den oben genannten Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein.

Ich wünsche dem Masterplan Medizinstudium alles erdenklich Gute. Vor allem aber wünsche ich mir, dass die Kinder und ihre Familien die Ärztinnen und Ärzte bekommen, die sie brauchen. Pädiater, die zuhören und reden, die nicht nur alles über die Prävalenz von Mittelohrentzündungen im Kitaalter wissen, sondern auch seriös beurteilen können, wann ein Kind ein Antibiotikum braucht und was die Eltern tun können, um seine Sprachentwicklung zu fördern. Ohne die Mitwirkung der grundversorgenden Pädiatrie wird man diesen Wunsch nicht erfüllen können. Ohne die Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von Kindern bekommen wir nur eine Reform des Medizinstudiums, aber für die Kinder wird es damit nicht besser.

Noch ist der Masterplan Medizinstudium nicht in trockenen Tüchern. Das ist die gute Nachricht. Noch können wir als BVKJ eingreifen und Korrekturen anbringen. Aber dafür brauchen wir Ihre Hilfe. Sprechen Sie Ihren Landesverband an und lassen uns wissen, wie Sie beitragen wollen.

Zitiert nach: Masterplan Medizinstudium 2020 in der Fassung vom 31.3.2017

Korrespondenzadresse:

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

Deutschlandstudie: Mehr Partnerschaftlichkeit in Familie und Beruf

Deutschland hat mit dem Ausbau der Kinderbetreuung sowie mit der Ausgestaltung des Elterngeldes bereits wichtige Voraussetzungen für eine gleichmäßigere Aufteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit zwischen beiden Eltern geschaffen. Eine gezielte Weiterentwicklung bestehender Instrumente sowie Anpassungen im Steuer- und Transfersystem könnten dazu beitragen, dass es mehr Müttern und Vätern gelingt, umfänglich erwerbstätig zu sein und Zeit für Kinder und Partnerschaft zu haben. Zu diesem Schluss kommt die OECD-Studie „Dare to Share“ zur Partnerschaftlichkeit in Familie und Beruf in Deutschland, die am 20. Februar veröffentlicht wurde.

In Deutschland waren 2014 rund 70 Prozent der Mütter erwerbstätig, ein Wert, der ungefähr dem OECD-Schnitt entspricht, jedoch hinter die Erwerbsquoten in Dänemark oder Schweden

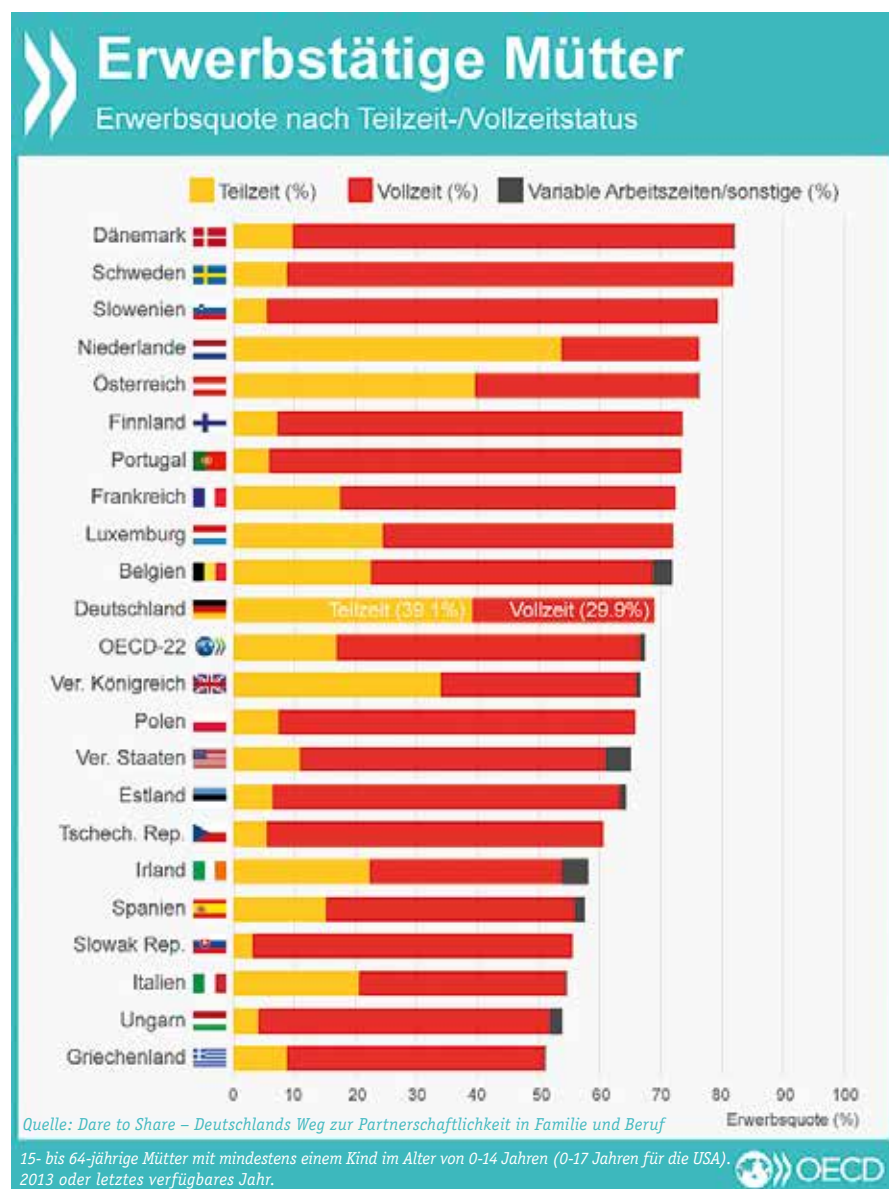
zurückfällt, wo rund 82 Prozent der Mütter einem Beruf nachgehen. Allerdings arbeiteten mit 39 Prozent überdurchschnittlich viele Mütter in Deutschland in Teilzeit und ihre Wochenarbeitszeit ist mit

durchschnittlich 20 Stunden relativ kurz. Nur in den Niederlanden und in Österreich ist die Teilzeitquote unter Müttern noch höher. **Gleichzeitig übernehmen Frauen fast zwei Drittel der Hausarbeit, der Betreuung von Kindern und anderen Familienangehörigen.** In Ländern, in denen Frauen in größerem Umfang arbeiten und es eine gut ausgebaute und qualitativ hochwertige Kinderbetreuung wie etwa in Finnland, oder Norwegen gibt, teilen Eltern unbezahlte Arbeit dagegen ausgewogener auf. Insgesamt wird nach den Ergebnissen der Studie die unbezahlte Arbeit partnerschaftlicher aufgeteilt, je höher der Erwerbsumfang ist. (...)

Der Bericht empfiehlt unter anderem, mehr Väter zur Inanspruchnahme von Elternzeit zu ermutigen. Betreuungsangebote für Kleinkinder und auch für Grundschuldkinder sollten weiter ausgebaut und flexibler gestaltet werden. Ein Anspruch auf Rückkehr zu voller Erwerbstätigkeit nach einer familienbedingten Teilzeitphase könnte helfen, die Erwerbsbeteiligung von Müttern zu erhöhen. Durch eine Weiterentwicklung familienpolitischer Förderinstrumente könnte Eltern eine Erwerbstätigkeit in größerem Umfang ermöglicht werden. Im Bereich Steuern und Transfers könnte das System so angepasst werden, dass Paare zu einer partnerschaftlichen Aufteilung der Erwerbstätigkeit ermutigt werden, und damit dazu beitragen, dass die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen weiter verringert werden.

<http://www.oecd.org/berlin/presse/deutschlandstudie-mehr-partnerschaftlichkeit-in-familie-und-beruf-20022017.htm>

Red.: WH



Jugendsexualität und Persönlichkeitsentwicklung

Der 23. Kongress Jugendmedizin in Weimar // Der Stellenwert von Fortbildungsveranstaltungen hat sich gewandelt. Die Organisatoren des Kongresses Jugendmedizin haben dieser Änderung Rechnung getragen, den Ablauf umgestaltet und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren voller Lob.



Wer gute Kongresse veranstaltet, muss sein Ohr nah an den Kollegen haben

Diesmal also keine Vorträge am Freitag, dafür ausgebuchte Seminare und ein gut besuchtes „Get together“. Vorträge gab es dann reichlich am Samstag. Das Interesse daran war – sicher auch wegen der außergewöhnlichen thematischen Breite – groß und blieb auch bei den berufspolitischen Vorträgen am Sonntag. Die Organisatoren hatten im Grußwort bereits einige der Themen angerissen: Viele Bewältigungsanforderungen im Jugendalter bauen auf Bekanntes, andere wie Sexualität sind neu. Die eigene Sexualität, damit verbunden die Auseinandersetzung mit dem eigenen Aussehen, der eigenen Attraktivität, ist das eigentlich Neue für Jugendliche. Auf eigene Erfahrungen zu reflektieren oder auf Unterstützung der Eltern zu rechnen misslingt. Sexualität und damit verbundene Herausforderungen müssen daher experimentell erschlossen werden. Persönlichkeitsentwicklung ist in der Adoleszenz eng mit der Entwicklung der sexuellen Identität verbunden. Die sexuelle Identität hängt sehr stark von den gesellschaftlichen Normen der Heterosexualität ab. Abweichung von der Norm bedeutet Stress.

Jugendliche suchen nach Informationen und deren Glaubwürdigkeit. Wer sich für Jugendmedizin entscheidet, sollte auch Fragen zur Sexualität kompetent beantworten können. Laut Weiterbildungsordnung haben Kinder- und Jugendärzte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Erkennung und Behandlung von Störungen des Wachstums und der Pubertätsentwicklung und in der Sexualberatung – also müsste doch alles bestens sein, Angebot und Nachfrage sich hervorragend ergänzen.

Was Sie noch nicht über Sex wissen...

Doch dann führte Dr. Esther Maria Nitsche, Lübeck, in eine andere Welt des Verstehens. Sie erklärte, dass Erfahrungen aus frühester Kindheit die Beziehungen für den Rest des Lebens prägen, auch die sexuellen Beziehungen der Jugendlichen. Nitsche kritisierte, dass sich die Wissenschaft mit der Normalität der sexuellen Entwicklung eher zu wenig beschäftigt. Drei Faktoren beeinflussen sich gegenseitig: Wesensart, Verhalten und Umwelt. Mit der Annahme, den Stillvor-

gang als eine erste prägende Erfahrung im Hinblick auf die Sexualität zu verstehen, werde die Kindermedizin zur präventiven Jugendmedizin. Stillen sei eine umfassende, komplexe, stark kulturell geprägte Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Im Weiteren prägen Eltern die spätere Sexualität des Kindes von Geburt über die Säuglings- und Kleinkindzeit hinweg bis zur Ablösung des Jugendlichen in der Adoleszenz und geben ihm so seine Beziehungsfähigkeit mit auf den Weg. Indem Eltern ihre Mädchen und Jungen unterschiedlich behandeln, prägen sie auch spätere geschlechtsspezifische Verhaltensmuster.

Aufklärung: Mädchen wissen am meisten

Nach so viel Entwicklungspsychologie stellte Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA, die achte Studie „Jugendsexualität 2015“ vor. Der Wissensstand der Jugendlichen beim Thema Sexualität sei weiterhin sehr heterogen, Mädchen wissen am meisten, Jungen mit Migrationshintergrund am wenigsten. Die Bedeutung der Väter habe zugenommen. Die Bedeutung des Internets als Mittel zur Aufklärung steige, über 80 Prozent der 14- bis 17-Jährigen halten sich für ausreichend aufgeklärt. Informationsbedarf besteht aber weiterhin zu Themen wie Schwangerschaft und Geburt, Empfängnisverhütung, Geschlechtskrankheiten, sexuelle Praktiken und sexuelle Gewalt.

Erfreulicherweise ist der Trend zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr weiter rückläufig. Das „Erste Mal“ ist heutzutage weniger ungeplant als noch ein Jahrzehnt zuvor. Mit weiter zunehmender sexueller Erfahrung wird das Kondom durch die Pille ersetzt.

Nach den allgemeinen Daten der BZgA folgte eine Bestandsaufnahme von Dr. Bernhard Stier zur Jungenmedizin. Er be-

mängelte, es gebe kaum Interesse der Politik und Wissenschaft an dem Thema und deshalb noch immer keine speziellen Beratungs- und Untersuchungspraxen/-einrichtungen für Jungen. Schwangerschaftsverhütung werde propagiert, Gedanken zur „Vaterschaftsverhütung“ gäbe es kaum. Jungen haben andere Konzepte: sie fühlen sich besonders verantwortlich für das Gelingen partnerschaftlicher Sexualität. Wechselnde Partnerschaften werden eher positiv bewertet, Selbstbefriedigung auch im Zusammenhang mit Pornographie wird als selbstverständlich betrachtet.

Ist Verhütung ein Thema der Jugendmedizin? Priv.-Doz. Dr. Patricia Oppelt, Gynäkologin, und Dr. Nikolaus Weissenrieder, Kinder- und Jugendarzt und Gynäkologe, berichteten in ihren Vorträgen von beruflichen Gemeinsamkeiten. Es gebe aktuell eine Vielzahl sicherer Verhütungsmethoden, Mittel der Wahl sei weiterhin die Kombinationspille (guter Zusatznutzen wie Therapie der Dysmenorrhoe, Akne und/oder Hypermenorrhoe). Die Adhärenz sei wesentlich schlechter als von Ärzten gedacht, sie sei wiederholt zu checken. Alternativen zur Pille wie Gestagen-Implantat und/oder Intrauterinsystem, Monats-Spritze, sollten aufgrund des NW-Profiles nur noch in indizierten Fällen eingesetzt werden. Wichtig für die Verordnung sei die individuelle Auswahl der Verhütungsmethoden anhand des Risikoprofils und der gewünschten Zusatznutzen der Jugendlichen.

„Tut man in der Pubertät auch was, was man später bereut?“ Frau Dr. Christine Klapp antwortet eindeutig mit „ja“. Sie berichtete über sexuell übertragbare Erkrankungen. Zahlreiche gibt es und ganz häufig sind Chlamydieninfektionen. Tausende Frauen können keine Kinder bekommen, ihre Eileiter sind durch Chlamydieninfektionen verklebt. Nur der Abstrich sorgt für diagnostische Sicherheit mit anschließender antibiotischer Therapie. Aber immer gilt: Wissen ist Macht und Früherkennung entscheidet.

Medien und Sexualität

Torsten Linke, Institut für angewandte Sexualwissenschaft, berichtete am Samstagnachmittag anhand von Studien über Zusammenhänge zwischen Medien und Sexualität: Medien verändern Sexualisierung nachhaltig, sie führen zur Verfrühung sexueller Aktivitäten, zumindest zu



Das Orga-Team von der Geschäftsstelle. V. l. n. r.: Yvonne Rottländer, Birgit Jennebach, Cedric Weise, Monika Kraushaar

mehr „Frühstartern“. Aber Hypersexualität, Sucht und Abhängigkeit nehmen nicht zu. Medien führen nicht zu mehr beziehungslosem Sex, der Anteil derer, die den aktuellen Partner/ Partnerin „über alle Maßen“ lieben, nahm in den letzten zwanzig Jahren zu. Medien beeinträchtigen nur gering die Intimität. Die Negativ-Hypothesen zur Medienwirkung lassen sich durch Ergebnisse von vergleichenden Langzeitstudien nicht bestätigen. Andererseits sind Medien an vielen Veränderungen beteiligt. Die Frage einer Toleranzentwicklung gegenüber sexueller Gewalt verneinte Linke. Die Pornonutzung der Jungen sei schichtübergreifend, aber Mittelschicht-akzentuiert. Die emotionalen Reaktionen von Jugendlichen auf Pornografie fasste er so zusammen: „Je jünger die Mädchen, desto negativer. Und je jünger die Jungen, desto positiver sehen sie Pornografie.“ Ein ganz erhebliches Problem der Medien sei, dass sie mit Abstand die häufigsten Orte sexueller Übergriffe (Belästigung) seien; viel häufiger als Schule und Freizeitbereiche.

Linke verwies abschließend auf den 3. Männergesundheitsbericht (erscheint voraussichtlich im April 2017), den die Stiftung Männergesundheit und die Hochschule Merseburg herausgeben werden.

Abschließend hielt Prof. Hertha Richter-Appelt den besonderen Vortrag zu dem Paradigmenwechsel in der Betrachtung und der Behandlung von Transsexualität (Störung der Geschlechtsidentität) und Intersexualität (Varianten der Ge-

schlechtsentwicklung). Was ist eine Frau, was ist ein Mann? Kann eine Frau ein Y-Chromosom haben? Darf ein Mann einen Uterus haben? Die Vielschichtigkeit der Dimensionen, biologisches Geschlecht, Geschlechtsrolle, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung erfordere viel Wissen und eine subtile Anamnese. Die reine medizinische Denkweise helfe den Betroffenen oft nicht, eine psychotherapeutische Begleitung sei in der Regel indiziert.

Wie man an diesen Splittern sieht: Weimar 2017 war ein Kongress mit riesiger Themenvielfalt, vielen und individuellen Planungsmöglichkeiten und inhaltlich ein wichtiger Beitrag zur Jugendmedizin.

Ein besonderer Dank gilt dem Kongressbüro der Geschäftsstelle. In der neuen Zusammensetzung haben die vier Organisatoren keinen Zweifel daran gelassen, dass der BVKJ Kongresse mit hohem Niveau organisieren und durchführen kann.

Wir können uns also schon auf Weimar 2018 freuen. Nicht mehr wie gewohnt im März, sondern vom 13. bis 15. April.

Am besten jetzt schon in den Kalender eintragen!

Korrespondenzadresse:

Dr. Hermann Josef Kahl
Bundespressesprecher BVKJ
40237 Düsseldorf
E-Mail: praxis@freenet.de

Red.: ReH

Impfungen und Autismus postfaktisch



Dr. Christoph Kupferschmid

Donald Trump kann als Garant für emotional motivierte Entscheidungen angesehen werden, die oft wenig von allgemein anerkannten Fakten geleitet sind. „Ich habe Leute mit einem perfekt gesunden Kind gesehen, die gehen zur Impfung und Monate später ist das Kind nicht mehr gesund“, wird er von Fox 2012 zitiert. Das Kind eines Mitarbeiters sei nach dem „monster shot“ autistisch geworden. „I strongly believe that's it“ und es gibt Pressefotos, die den jetzigen Präsidenten der USA 2016 mit Andrew Wakefield zeigen, der 1998 im Lancet den Zusammenhang von Masernimpfung und Autismus publiziert hat. Längst ist bekannt, dass dieser Artikel eine gut bezahlte Fälschung war. Die Überzeugung, dass Impfungen, insbesondere Mehrfachimpfungen, neurologische Störungen hervorrufen, scheint nicht nur eine populistische Wahlkampfthese Trumps gewesen zu sein, sondern eine tiefere Überzeugung. Jedenfalls war Wakefield auch Gast auf dem Ball zur Einführung des neuen Präsidenten. Dieser ehemalige Arzt und Fälscher ist durch Bann und Schande keineswegs geläutert. 2016 produzierte er mit dem Film „Vaxxed“ einen Streifen von und für Verschwörungstheoretiker, die immer noch glauben, dass Impfungen zu Autismus führen oder zumindest aus diesem Glauben ihren Profit ziehen.

KZ und Holocaust

Vor diesem Hintergrund erscheint die Meldung am 10. Januar 2017 beinahe logisch, dass Trump eine Kommission für Impfstoffsicherheit gründen und Robert

Kennedy jr. zu ihrem Vorsitzenden berufen möchte. Kennedy, Sohn des ermordeten früheren Justizministers und Präsidentschaftskandidaten und Neffe des legendären US Präsidenten, ist Anwalt, Umweltaktivist und Impfkritiker. 2014 hat er ein Buch über Quecksilber in Impfstoffen veröffentlicht. Er forderte, Thiomersal unverzüglich aus Impfstoffen zu entfernen, da er es als Ursache für die nach seiner Überzeugung ausgelösten neurologischen Störungen ansieht. Kennedy betrieb Lobbyarbeit im Kongress, um es Eltern zu ermöglichen, ihre Kinder von den Impfungen zu befreien. Er stellt sich zwar zuweilen als kritischer Befürworter von Impfungen dar, der seine Kinder impfen lassen habe. 2015 bezeichnete er jedoch anlässlich einer Vorführung des Films „Trace amounts“ Impfungen als Holocaust. Die Impfbefürworter seien wie Wärter in einem Nazi Konzentrationslager, sie gehörten eingesperrt und der Schlüssel weggeworfen. „Trace amounts“ ist ein Pseudo-Dokumentarfilm von 2014 über den Zusammenhang von Impfungen und Autismus durch Thiomersal.

Man sollte an dieser Stelle in Erinnerung rufen, dass Kinderimpfstoffe auch in den USA seit 2001 kein Thiomersal mehr enthalten. Lediglich in den pandemischen Influenza-Impfstoffen, wie bei der „Schweinegrippe“, wird die Substanz in den Mehrdosenbehältnissen zur Desinfektion verwendet.

Die Antwort – auch postfaktisch

Am 7. Februar 2017 schrieben 361 US-Verbände, überwiegend aus Medizin und Wissenschaft, einen Brief an Donald Trump. Sie erinnern an Pocken, Polio, Masern und Keuchhustenepidemien und den großen nationalen Nutzen der Impfungen. Alle stehen sie dafür ein, dass Impfstoffe sicher sind und weisen darauf hin, dass alle Behauptungen über die Gefährlichkeit von Impfungen wissenschaftlich widerlegt seien. Sie laden Präsident Trump zu einem Treffen ein, in dem die Fakten zur Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen besprochen werden sollen.

In diesem Brief der US-Verbände werden allerdings alle Hinweise seit 2015 auf den möglichen Zusammenhang des

AS03-Adjuvanz im pandemischen H1N1 Influenza-Impfstoff mit Narkolepsie unterschlagen.

Eine gefährliche Wende in der Gesundheitspolitik

Ob die Kommission wirklich eingesetzt wird und ob R. Kennedy jr. wirklich ihr Vorsitzender wird, ist noch nicht entschieden. Nach einer breiten und kritischen Pressewelle auf die Ankündigung beeilte sich Trumps Übergangsteam zu vermelden, dass eine Entscheidung noch nicht gefallen sei. Kennedy hält zumindest seinen Ball im Spiel. Am 15.2.2017 lobte er 100.000\$ Preisgeld für denjenigen aus, der ihm eine wissenschaftliche Arbeit bringt, die belegt, dass Quecksilber in Impfstoffen sicher ist.

Die gewünschte Kommission könnte eine Wende in der amerikanischen Impfpolitik einleiten mit der Folge, dass die Autorität des Center of Disease Control and Prevention (CDC) insgesamt in Frage gestellt wird. Masern und Keuchhusten wären dann wieder nationale Probleme, auch wenn die restriktive Einwanderungspolitik die Polio zunächst außen vor halten könnte. Die Zahl der Masernfälle stieg bereits nach impfkritischen Äußerungen prominenter Politiker von 55 im Jahr 2012 auf 667 im Jahr 2014 an.

2012 kritisierte Trump den Präsidenten Obama dafür, dass er nichts gegen den „iatrogenen Autismus“ unternehme. Selbst Präsident hat jetzt er die Chance etwas zu unternehmen. Er hat sich hierzu Tom Price als Gesundheitsminister in sein Kabinett geholt. Price ist Mitglied der „Association of American Physicians and Surgeons“. Diese kleine medizinische Vereinigung lehnt Evidenzbasierte Medizin ab und bezeichnet die Pflichtimpfung an Schulen in vielen Bundesstaaten als „Menschenexperimente“. Als Gesundheitsminister ernannt Price den Leiter des CDC, das über die nationalen Impfempfehlungen entscheidet.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: ReH

Bessere Chancen für Schüler, aber Unterschiede zwischen Bundesländern wachsen

Bertelsmann-Stiftung – Factsheet (veröffentlicht am 01. März 2017)

Seit der ersten Pisa-Studie im Jahr 2000 geht es mit Deutschlands Schulen voran. Die Leistungen haben sich verbessert, weniger Schüler bleiben ohne Abschluss. Die soziale Herkunft beeinflusst die Chancen der Schüler jedoch nach wie vor erheblich. Auch sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern seit 2002 größer geworden.

Deutschlands Schulsysteme wurden in den vergangenen 15 Jahren modernisiert, aber die Bundesländer haben sich sehr unterschiedlich entwickelt. Zu dieser Zwischenbilanz kommt der **Chancenspiegel 2017**, den die Bertelsmann Stiftung, die Technische Universität Dortmund und die Friedrich-Schiller-Universität Jena im März veröffentlichten. Der Chancenspiegel attestiert allen Bundesländern, ihre Schulsysteme insgesamt leistungsfähiger und chancengerechter gemacht zu haben – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau und mit unterschiedlichen Schwachstellen. Angestoßen vom Investitionsprogramm der damaligen Bundesregierung ist seit 2002 die Ganztagschule in Deutschland ausgebaut worden. 2009 hat sich das Land in der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, das gemeinsame Lernen von Kindern mit und ohne Handicap zu fördern. (...)

Mehr Ganztagsplätze und höhere Schulabschlüsse – aber Herausforderungen bleiben

Bundesweit beobachtet der Chancenspiegel bei Ganztagsausbau, gemeinsamem Lernen und Schulabschlüssen einen steten Aufwärtstrend. Lernte 2002 nur einer von zehn Schülern an einer Ganztagschule, sind es heute knapp vier von zehn. 2002 besuchte lediglich jeder achte Förderschüler eine reguläre Schule, heute gilt das für rund jeden dritten. Und wäh-

rend 2002 nur 38,2 Prozent der Schulabgänger das **Recht auf ein Hochschulstudium** erwarben, gelingt dies heute **52,2 Prozent**. **Gleichzeitig sank der Anteil der Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss von 9,2 auf 5,8 Prozent**. Die Chancen benachteiligter Schüler haben sich ebenfalls verbessert, bleiben aber die große Herausforderung für die Schulpolitik. Dies gilt vor allem für den **Zusammenhang von Bildungserfolg und sozialer Herkunft**. **Trotz leichter Verbesserungen liegen Neuntklässler aus sozioökonomisch schwächeren Milieus in ihrer Lesekompetenz immer noch mehr als zwei Schuljahre hinter ihren Klassenkameraden aus privilegierten Milieus zurück**.

Für ausländische Schüler war das Risiko eines Schulabbruchs ebenso wie für deutsche Schüler lange Zeit gesunken. Seit 2011 jedoch haben sich die Entwicklungen entkoppelt: **Während der Anteil der deutschen Schüler ohne Abschluss weiter abgenommen hat, ist der der Ausländer wieder leicht auf 12,9 Prozent angestiegen**. (...)

Förderschüler sind mittlerweile besser integriert als im vergangenen Jahrzehnt. Immer mehr besuchen eine reguläre Schule. Aber: **Die Zahl der Schüler mit Förderbedarf steigt stetig**. Deshalb werden heute anteilig fast noch genauso viele Kinder wie 2002 separat unterrichtet. Damals gingen 4,8 Prozent aller Schüler auf eine Förderschule, heute sind es 4,6 Prozent. **Obwohl die Inklusion steigt, geht die Exklusion also kaum zurück**.

Unterschiede zwischen Bundesländern sind groß und häufig gewachsen – gemeinsame Standards nötig

„Die generellen Verbesserungen hinsichtlich der Chancengerechtigkeit dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es große Unterschiede zwischen den Ländern gibt und diese seit 2002 noch

gewachsen sind“, betont **Professor Wilfried Bos von der TU Dortmund**. So schwankt der Anteil der Ganztagschüler zwischen 80 Prozent in Sachsen und 15 Prozent in Bayern. Der Abstand der Bundesländer mit den meisten und den wenigsten Ganztagsplätzen hat sich zwischen 2002 und 2014 beinahe vervierfacht. In Bremen besuchen 1,5 Prozent der Schüler eine Förderschule, in Mecklenburg-Vorpommern fast 7 Prozent. Auch bei der Exklusion sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern seit 2002 größer geworden. Die Aussicht auf ein Ticket fürs Studium reicht von 62 Prozent in Hamburg bis 38 Prozent in Sachsen-Anhalt. Die Abstände der Bundesländer beim Erwerb der Hochschulreife haben in den letzten 12 Jahren ebenfalls zugenommen. In Brandenburg bleiben nur knapp 4 Prozent der ausländischen Schüler ohne Abschluss, in Sachsen hingegen 27 Prozent. Einen weiteren Problembereich benennt **Professor Nils Berkemeyer von der FSU Jena**: „Nicht hinzunehmen ist, dass beim **Kompetenzerwerb in der neunten Klasse ein Unterschied von mehr als drei Lernjahren zwischen Sachsen und Bremen besteht**.“ Ein öffentliches Schulsystem müsse für vergleichbare Chancen sorgen und ein Mindestmaß an Fähigkeiten vermitteln, im Interesse der Jugendlichen und der Gesellschaft. (...)

Die Studienergebnisse finden Sie vollständig in **PädInform** im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“.

Link: <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/februar/deutschlands-schulsysteme-bessere-chancen-fuer-kinder-und-jugendliche-aber-einige-baustellen-bleiben/>

Red.: WH

BVKJ-Pressesprecherseminar in Fulda News und weg?

Print & forget ist out. // Nachrichten sind viel zu schade, um nur einmal genutzt zu werden. Leser können auf verschiedenen Kanälen erreicht werden. Das Nachrichtenrad dreht sich auch für den BVKJ immer schneller. Die Pressesprecher haben sich upgedated beim Pressesprecherseminar in Fulda.



Kann man mit Printmedien überhaupt noch genügend viele Leser erreichen? Wie präsentiere ich meine Inhalte am überzeugendsten im Interview? Wie bereite ich ein Fernsehinterview vor? Wie provokant darf eine Pressemitteilung sein?

Wie im vergangenen Jahr haben sich die Pressesprecher des BVKJ an einem Wochenende im Februar in Fulda getroffen, um sich für ihre Aufgaben weiter fit zu machen. In angenehmer Umgebung hat der Bundespressesprecher Dr. Hermann Josef Kahl das Treffen souverän geleitet.

Wie Nachrichten nicht nur einmalig als Printnachricht sondern schon als Vorabinfo, als online-news und anschließend in vielfältiger multimedialer Weise weiterverarbeitet werden können, legte Dr. Michael Platzköster vom Verlag Schmidt-Römhild in seinem spannenden Gastvortrag sehr eindrucksvoll dar. Es gilt nicht mehr „News und weg“ sondern „News renewed“. Immer mehr Haushalte haben einen PC und einen Internetanschluss. Das Tablet ist auf dem Sprung, den PC zahlenmäßig zu überholen. Informationsbeschaffung mobil mit dem Smartphone wird immer mehr zur Hauptinformationsquelle. Apps bieten die besten Möglichkeiten, Nachrichten zu verbreiten. Die Optimierung von Nachrichten für die Auffindbarkeit in Suchmaschinen ist eine sehr komplexe Aufgabe und Herausforderung für Redaktionen. Eine Herausforderung auch für den BVKJ.

Unterstützt wurde der Erfahrungsaustausch durch die zwei ehemaligen langjährigen Pressesprecher, Dr. Uli Fegeler und Dr. Stephan Heinrich Nolte, die mit ihrem großen Erfahrungsschatz wertvolle Hilfestellungen geben konnten.

Unverzichtbar ist die Anleitung und Begleitung durch Profis: Die Journalistin Regine Hauch hat das Interviewtraining gecoacht. Sie versteht es hervorragend, auch dem jüngsten Teilnehmer Mut zu machen und dem schon etwas Erfahreneren wertvolle Tipps zu geben. Was mache ich eigentlich mit meinen Händen im Interview? Wie kann ich meine Aufregung einfangen? Jeder kam als Interviewer und als Interviewter dran. Und alle Interviews wurden in der Gruppe analysiert.

Der Journalist Raimund Schmid hat mit vielen Beispielen eindrucksvoll dargelegt, wie sich Pressemitteilungen sprachstilistisch aufpeppen lassen. Vor wenigen Jahren undenkbar provokante Überschriften sind heute fast zur Pflicht geworden. Und alle Teilnehmer mussten sich in den von ihm geleiteten Seminaren selber darin üben. Auch hier erfolgte die anschließende Besprechung in der Gruppe. So war jeder gefordert und hat vom Training profitiert.

Besonders hilfreich ist auch der Austausch der Pressesprecher untereinander. Wie organisiere ich in meiner Praxis dringend erbetene Interviews? Wie gestalte ich mein persönliches Netzwerk? Welche Interviews sollte man besser ablehnen? Wer hat schon schlechte Erfahrungen gemacht? Die gegenseitige Unterstützung ist sehr wertvoll.

Ich freue mich schon auf das nächste Treffen.

Korrespondenzadresse:

Edwin Ackermann
Pressesprecher LV Nordrhein
47918 Tönisvorst
E-Mail: edwin.ackermann@web.de

Red.: ReH


 Stiftung Kind und Jugend

Benefiz-Dinner

der Stiftung Kind und Jugend des BVKJ e.V.

Samstag, den 24.06.2017 · 19:00 Uhr bis ca. 22:00 Uhr
Estrel Congress Center Berlin – Estrel Saal

Eintritt: 50,- € für Ärzte/Ärztin
Als Gast: 40,- € für MFA/Begleitung

Schirmherr der Stiftung Kind und Jugend
Herr Joe Bausch

- Gerichtsmediziner im „Tatort“ aus Köln des WDR
- Gefängnisarzt in der JVA Werl
- Schauspieler und Autor



Sie genießen ein Drei-Gänge-Menü mit Getränk.
Durch den Abend führt Sie Regine Hauch, Journalistin für den BVKJ.
Für eine interessante Unterhaltung sorgen Gespräche mit unserem Schirmherrn, eine Lesung aus seinem Buch „Knast“ und andere Beiträge sowie die Möglichkeit zu einer persönlichen Begegnung mit ihm.
Lassen Sie sich während des Abends überraschen!

Stiftung Kind und Jugend

Gönnen Sie Ihren Mitarbeitern, Ihrer Begleitung und sich einen schönen Abend beim gemütlichen Beisammensein mit guter Unterhaltung.
Lernen Sie dabei die Stiftung kennen und unterstützen Sie ihre Aktivitäten.
Wir freuen uns, Sie beim Dinner zu sehen!
Für den Vorstand Dr. Ulrich Köhns
Anmeldung unter stiftung.bvkj@uminfo.de

Angenehmes mit dem Nützlichen verbinden! – So möchten Sie es doch sicher auch –

Ihre Stiftung Kind und Jugend des BVKJ e.V. bietet Ihnen einen Abend mit Kurzweil und Essen nach dem langen Kongresstag in Berlin am 24.06.2017 ab 19 Uhr: Kultur, Kulinarisches und gemütlicher Ausklang.

Die Stiftung wird an diesem Abend von ihrem Schirmherrn, dem „Knastarzt“ in der JVA Werl und Tatort-Schauspieler Joe Bausch unterstützt. Gemeinsam mit Regine Hauch, Moderatorin des Abends, sorgt er für den unterhaltsamen Teil des Abends - Schlagersternchen kann jeder! Lesungen aus seinem Roman „Der Knast“ und andere Überraschungen sind garantiert.

**Wir definieren die „3 K“ diesmal anders:
Kongress, Kultur und Kulinarisches**

Für Unterhaltung und Essen 40€ bzw. 50€ pro Person angenehm?

Das Nützliche: Sie unterstützen die Stiftung.

Wenn Ihnen dann beim gemütlichen Ausklang die Idee kommt, das war doch viel mehr wert, stehen Ihnen Spendenquittungen zur Verfügung.

Danke,

wenn Sie kommen und unsere Sache unterstützen.

Uwe Büsching

**Anmeldung unter stiftung.bvkj@uminfo.de oder
das Anmeldeformular für den Kinder- und Jugendärztetag in Berlin**

Neue UNICEF-Studie zu geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Veröffentlicht am 21. März 2017 // Grundlage der nicht repräsentativen Studie ist eine quantitative, anonyme Online-Umfrage unter 447 haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern von Flüchtlingsunterkünften, die der Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V. im Auftrag von UNICEF Deutschland von Mai bis September 2016 bundesweit durchgeführt hat. Die Umfrageergebnisse wurden durch qualifizierte Interviews mit 18 geflüchteten Familien und 13 Gespräche mit Experten der Kinder- und Jugendhilfe sowie durch die Auswertung vorhandener Studien zu dem Thema ergänzt.

Deutschland nimmt international eine Vorreiterrolle bei der Bewältigung der so genannten Flüchtlingskrise ein. Durch ihr großes Engagement und ihre Flexibilität haben Politik, Behörden und Zivilgesellschaft eine Notversorgung der Menschen sichergestellt. Trotz dieser großen Leistung sieht UNICEF Deutschland die Lebensumstände vieler Kinder und Jugendlichen unter den Geflüchteten jedoch als schwierig an. In den vergangenen zwei Jahren kamen etwa 350.000 Kinder und Jugendliche in Begleitung ihrer Eltern nach Deutschland, um hier Schutz vor Krieg und Gewalt oder eine bessere Zukunft zu suchen. Nach der neuen UNICEF-Studie „**Kindheit im Wartezustand**“ verbringen viele von ihnen lange Monate oder sogar Jahre in Flüchtlingsunterkünften, die häufig nicht sicher und nicht kindgerecht sind. Dies erschwert ihre Integration.

Keine kindgerechten Lebensbedingungen in vielen Flüchtlingsunterkünften

Die Mädchen und Jungen leben dort – teils unter unzureichenden hygienischen Bedingungen – mit vielen fremden Menschen auf engem Raum und haben kaum Privatsphäre. Sie haben oft keine Ruhe zum Spielen und Lernen und sind nicht ausreichend vor Übergriffen geschützt. Je nachdem, wo in Deutschland sie untergebracht sind und wie lange die Kinder in Erstaufnahmeeinrichtungen bleiben, ist ihr Zugang zu Kindergärten oder Schulen eingeschränkt und ihre Rechte aufgrund

der UN-KRK werden verletzt. Eine zunehmend unterschiedliche Behandlung der geflüchteten Mädchen und Jungen zeichnet sich auch je nach Herkunftsland und damit verbundener Bleibeperspektive ab. (...)

„Kinder, die ihre Heimat verloren und Schlimmes durchgemacht haben, müssen rasch zur Normalität zurückfinden. Sie dürfen nicht noch mehr wertvolle Zeit ihrer Kindheit verlieren. Deshalb sollten sie nur so kurz wie möglich in Sammelunterkünften bleiben und so schnell wie möglich Kindergärten oder Schulen besuchen oder eine Berufsausbildung beginnen. Kinder sind nicht in erster Linie Asylbewerber, Migranten oder Flüchtlinge, sondern Kinder“, sagte Christian Schneider, Geschäftsführer von UNICEF Deutschland. (...)

Unterschiedliche Behandlung von Flüchtlingskindern

Eng mit der Art der Unterbringung verbunden ist auch der Zugang zu Bildung. Innerhalb der Gruppe der Flüchtlingskinder gibt es je nach Bundesland und zunehmend je nach Herkunftsland und zugeschriebener Bleibeperspektive große Unterschiede: Während einige der geflüchteten Kinder und Jugendlichen zügig in die Schule gehen, problemlos einen Arzt aufsuchen können und nur kurz in Flüchtlingsunterkünften verweilen müssen, gilt dies bei weitem nicht für alle. So besteht während der Erstaufnahme in vielen Bundesländern kein Anspruch auf einen Regelschulplatz. Lediglich ein Drit-

tel der befragten Mitarbeitenden in Erstaufnahmeeinrichtungen gibt an, dass die in ihrer Unterkunft lebenden Kinder und Jugendlichen eine Regelschule besuchen. Laut weiteren 47 Prozent findet die Beschulung unterkunftintern oder im Rahmen von Sprachkursen statt. 20 Prozent sagen, dass die Mädchen und Jungen gar nicht beschult werden.

Mindeststandards

Häufig fehlen auch eigene Aufenthaltsräume für Kinder und Jugendliche sowie strukturierte Lern- und Freizeitangebote. Nur rund ein Drittel der befragten Einrichtungen gab an, Konzepte zum Schutz vor Gewalt zu haben. UNICEF und das Bundesfamilienministerium haben im Rahmen einer gemeinsamen „Initiative zum Schutz von Frauen und Kindern in Flüchtlingsunterkünften“ zusammen mit Partnern bundesweit einheitliche Mindeststandards (<https://www.unicef.de/bl-ob/117340/5040664f4f627cac1f2be32f5e2ba3ab/mindeststandards-fluechtlingsunterkuenfte-data.pdf>) erarbeitet, die als Leitlinie für die Erarbeitung von Schutzkonzepten dienen können. Eine bundesgesetzliche Regelung, die Mindeststandards für den Schutz von Kindern und Frauen in Flüchtlingsunterkünften vorschreibt, gibt es jedoch bisher nicht.

Forderungen von UNICEF Deutschland

Damit die geflüchteten Kinder und Jugendlichen gut geschützt und betreut

werden und faire Chancen auf Versorgung, Teilhabe und Bildung haben, fordert UNICEF Deutschland:

- Alle Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland Asyl und Schutz suchen, müssen – unabhängig von ihrem Herkunftsland und ihrer Bleibeperspektive – den **gleichen, guten Zugang zu Schutz, Versorgung und Förderung** haben.
- Kinder, Jugendliche und ihre Eltern sollten grundsätzlich **so kurz wie möglich in Flüchtlingsunterkünften untergebracht** sein. Das ist besonders vor dem Hintergrund des derzeit diskutierten Gesetzentwurfes zur Durchsetzung der Ausreisepflicht zu

betonen. Dieser sieht die Möglichkeit vor, den Aufenthalt in Aufnahmeeinrichtungen über sechs Monate hinaus zu verlängern.

- In Unterkünften, in denen Kinder leben, sollten außerdem **verbindliche, familien- und kindgerechte Standards** erfüllt und regelmäßig von den Aufsichtsbehörden überwacht werden. Dafür ist eine bundesgesetzliche Regelung notwendig.
- Flüchtlingskinder sollten so schnell wie möglich **Zugang zu Schulen und zur Kindertagespflege** erhalten – und zwar unabhängig von ihrem Herkunftsland oder dem Status im Asylverfahren. Damit die Kinder und Ju-

gendlichen nicht zu viel wertvolle Zeit verlieren, ist eine Schulpflicht ab der Zuweisung zu einem Bundesland und eine schnelle Verteilung auf die Kommunen besonders wichtig.

<https://www.unicef.de/blob/137024/ecc6a2cfed1abe041d261b489d2ae6cf/kindheit-im-wartezustand-unicef-fluechtlingskinderstudie-2017-data.pdf>

Zusammenstellung nach einer Pressemitteilung von UNICEF:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Berlin – Vier Tage lang Hauptstadt der Pädiatrie

Fast 400 Kolleginnen und Kollegen aus ganz Deutschland kamen zum „Päd-Ass“, dem 14. Assistentenkongress des BVKJ nach Berlin. Vier Tage lang ging es um pädiatrische Teil- und Spezialgebiete.

Auf Grund der enormen Ressourcen der Stadt, der guten Vernetzung zwischen den zahlreichen Kliniken und der großartigen Beteiligung aller hatten die Organisatoren ein besonders umfangreiches Themen- und Fortbildungsangebot auf die Beine gestellt. Das bewährte Kongresskonzept konnte beibehalten werden, so dass das Programm wieder donnerstags mit ganztägigen, praktisch-orientierten Seminarblöcken in den jeweiligen Kinderkliniken der Stadt startete. Die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung und zentrale Organisation vor Ort hatte in diesem Jahr Dr. Dirk Schnabel (SPZ/ Otto-Hübner Centrum, Charité).

Am Freitag begannen die Hauptvorlesungen mit Vermittlung des wesentlichen Basiswissens unterschiedlicher pädiatrischer Teil- und Spezialgebiete im Audimax am Campus Virchow-Klinikum der Charité. So erläuterte beispielsweise Prof. Rainer Rossi (Berlin Neukölln) sehr engagiert die Diagnostikschwerpunkte bei Harnwegsinfektionen und Prof. Hermann Girschick (Berlin Friedrichshain) veranschaulichte kompakt die essentiellen Weiterbildungsinhalte der Rheuma-

logie. Aber auch „alte Bekannte“ des Assistentenkongresses wie z.B. Prof. Fuat Aksu (Datteln) waren wieder unter den Dozenten und begeisterten die Zuhörerinnen und Zuhörer mit Ihren Vorträgen. Neben rein fachlichen Angeboten, war es Siegrid Sturm, niedergelassene Kinder- und Jugendärztin in Berlin, die allen Interessierten zudem einen sehr emotionalen und anschaulichen Einblick in das Praxisleben ermöglichte. Samstags und sonntags gab es zusätzlich zu den Plenumsvorträgen die Möglichkeit, in über 40 Kleingruppenseminaren spezielle Kenntnisse zu den unterschiedlichsten Themengruppen in nahezu allen pädiatrischen Spezialgebieten zu erwerben.

Das Fachprogramm wurde natürlich wie üblich durch die Möglichkeit des informellen Austauschs und gemeinsamen Miteinanders im Rahmen einer Stadtrally und eines bunten Abends „im Stil der 20er Jahre“ im Restaurant Nolle mit Tanz und Live-Musik ergänzt.

Unterm Strich war es wieder einmal ein breitgefächertes, abwechslungsreiches Programm, aufgearbeitet durch eine Vielzahl an hochqualifizierten Referenten und Spezialisten, und in Anbetracht der regen Beteiligung und dem lautstarken Applaus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein voller Erfolg.

Auch wenn der Tagungsort für 2018 noch nicht endgültig feststeht, würde ich



mich natürlich freuen, wenn sich unabhängig davon wieder ebenso viele Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten im kommenden Jahr anmelden würden. Selbstverständlich ist aber auch jeder erfahrenere Kollege herzlich gerne gesehen und eingeladen!

Gedankt sei an dieser Stelle noch einmal den erfahrenen und langjährigen Organisatoren des Paed-Ass: den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Fortbildungsabteilung der BVKJ-Geschäftsstelle und Prof. Ronald Schmid.

Korrespondenzadresse:

Dr. Sebastian Bartels

Der Autor ist BVKJ-Assistentensprecher
56073 Koblenz

E-Mail: sebastian.bartels@gk.de

Red.: ReH

Armutbericht 2017: Wie arm sind die Deutschen?

Anfang März hat der Paritätische Wohlfahrtsverband seinen Armutbericht 2017 veröffentlicht.

Link: <http://www.der-paritaetische.de/armutsbericht/download-armutsbericht/>

Wer gilt in Deutschland als arm?

Als arm gilt, wer über **weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens** verfügt. Zugrunde liegt dabei das gesamte Nettoeinkommen des Haushaltes, inklusive Wohngeld, Kindergeld, Kinderzuschlag, andere Transferleistungen oder sonstige Zuwendungen. Nach dieser Berechnung liegt die Armutsquote bei 15,7 Prozent, das bedeutet, dass 12,9 Millionen Menschen bei uns arm sind.

In Deutschland gilt nach dieser Definition als arm, wer als **Single weniger als 917 € netto** verdient, bei einer **Alleinerziehenden mit einem Kind unter sechs Jahren liegt die Grenze bei 1.192 €** und bei einer **vierköpfigen Familie je nach Alter der Kinder zwischen 1.978 und 2.355 € netto**. Ob diese Menschen wirklich als arm zu bezeichnen sind, ist aber umstritten.

Wer ist besonders von Armut betroffen?

Besonders gefährdet sind kinderreiche Familien, Arbeitslose, Alleinerziehende, Migranten und zunehmend auch Rentner. Dieser Personenkreis macht in Großstädten fast zwei Drittel der Bevölkerung aus, in eher ländlichen Gebieten nur knapp die Hälfte.

Sozialverbände kritisieren auch die **Armutsquote bei Kindern, die mit rund 19 Prozent** weiterhin deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung liege. Erklärt wird das mit dem Wandel der Familienstrukturen: Die Zahl der **Alleinerziehenden, die ein Armutsrisiko von 44 Prozent** hätten, habe in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen. **Die Hälfte der armen Kinder lebt heute bei einem alleinerziehenden Elternteil.** Auch bei Ausländern und Menschen mit niedrigem Qualifikationsniveau stieg das Armutsrisiko auf 34 und 32 Prozent.

Den vollständigen Bericht finden Sie in **PädInform** im Ordner „Kinder- und Jugendarzt“.

Red.: WH

Einladung zur FASD Fachtagung

am 12. Juli 2017 in Berlin (Hotel Aquino)
unter der Schirmherrschaft von Marlene Mortler,
Drogenbeauftragte der Bundesregierung im BMG

Diese Tagung wird gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte BVF durchgeführt.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Klaus-M. Keller, Wiesbaden und Dr. med. Matthias Brockstedt, Berlin

Programmablauf

Mittwoch, 12.07.2017

11:30 Uhr	Empfang Moderation: Prof. Dr. med. Klaus-M. Keller, Wiesbaden	13:40 Uhr	Diagnose FASD – die neue S3-Leitlinie Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam Landgraf, München
12:00 Uhr	Begrüßung Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident des BVKJ e.V.	14:30 Uhr	Kaffeepause im Foyer
12:05 Uhr	Grußwort Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung	15:00 Uhr	Personenbezogene Hilfen für Menschen mit FASD Dipl.-Psych. Gela Becker, FASD Fachzentrum Sonnenhof, Berlin
12:15 Uhr	Alkohol als Noxe in der Pädiatrie Dr. med. Matthias Brockstedt, Berlin	15:30 Uhr	FASD-Prävention pränatal und Unterstützung postnatal – Wie erreichen wir Schwangere? Dr. med. Heidrun Thaiss, BZgA, Köln
12:45 Uhr	Alkohol in der Schwangerschaft Dr. med. Christian Albring, Präsident Berufsverband der Frauenärzte e.V., München	16:00 Uhr	Was brauchen Eltern und Pflegeeltern betroffener Kinder? Was fehlt in der Versorgung? Dipl.-Soz. Päd. Gisela Michalowski, Bundesvorsitzende der Selbsthilfegruppen FASD Deutschland e.V., Lingen
13:15 Uhr	Paare und der Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft Susanna Rinne-Wolf, Vorsitzende Berliner Hebammenverband e.V., Berlin	16:30 Uhr	Pause
		16:40 Uhr	Podiumsdiskussion
		18:00 Uhr	Ende

Information/Anmeldeformular: <https://www.bvkj.de/kongresse/>

Bei Fragen – bitte per Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Gefördert durch:
Bundesministerium
für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Verband kinderreicher Familien Deutschland e.V fordert Strategie für MEHR Kinder

Demografiegipfel 2017 // „Bei jungen Familien muss der Mut zum dritten Kind gestärkt werden!“
Dies forderte die Bundesvorsitzende des Verbandes kinderreicher Familien Deutschland, Dr. Elisabeth Müller, anlässlich des am 16. März in Berlin von Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maizière veranstalteten Demografiegipfels.



Foto: © A.Rochau - Fotolia.com

Wandel zu verlangsamen und langfristig auch wieder umzukehren: „Der Geburtenrückgang in den vergangenen Jahrzehnten ist zu über 60 Prozent auf die sinkende Zahl der Großfamilien zurückzuführen. Wir brauchen dringend politische Maßnahmen, die kinderreiche Familien entlasten.“ Der Verband kinderreicher

gebieten – erschwinglichen Wohnraum für große Familien.

Info

Der Verband kinderreicher Familien Deutschland e.V. vertritt 1,2 Millionen kinderreiche Familien in Deutschland und setzt sich in Politik, Wirtschaft und Medien für ihre Interessen ein.

<http://www.kinderreichfamilien.de>

Mehrkindfamilien, so Müller weiter, spielen eine wichtige Rolle dabei, den demografischen

Familien forderte unter anderem ein Familiensplitting, die Einführung einer Kinderrente sowie – gerade in Ballungs-

Red.: ReH



Das ehemalige Heim Glenree heute

Fotos privat

Deutsche Kriegswaisen unter dem Kleeblatt in Irland

Wenn die Älteren an humanitäre Programme für die hungernde und kriegstraumatisierte deutsche Bevölkerung denken, fallen ihnen die umfangreichen amerikanischen Programme „Care“ und „Carlog“ ein. Unter dem Zeichen des Kleeblattes, als „Shamrock“ beinahe heiliges irisches Nationalsymbol, wurden schon vor Care am Ende über 1000 Kinder, überwiegend aus deutschen Waisenhäusern, an Pflegefamilien in Irland vermittelt. Die meisten kehrten nach Jahren zurück, manche blieben auf der grünen Insel.



Dr. Christoph Kupferschmid

Pro-deutsch und anti-britisch

Drei Motoren trieben die Idee an, deutschen Kriegswaisen ein humanitäres Asyl bei Pflegefamilien in Irland zu vermitteln. Dr. Kathleen Murphy grün-

dete als engagierte und um das Wohl der Kinder besorgte Kinderärztin bereits im Oktober 1945 in Dublin die „Save the German Children Society“, um denen zu helfen, die sie für die bedürftigsten hielt. Zudem hatte sich in weiten Bereichen der irischen Bevölkerung und in politischen Gruppierungen eine tiefe deutschfreundliche Haltung etabliert und erhalten. Deutsche Waffen waren häufig beteiligt, wenn unterschiedliche irische Gruppen wieder einmal für Freiheitsrechte ins Feld zogen. Und schließlich bot diese Aktion eine hervorragende Gelegenheit, der Abneigung gegen die britische Prädominanz einen unverfänglichen Ausdruck zu geben und die Kinder „dem britischen Einfluss“ zu entziehen. Die Wahl des „Shamrock“ als Signum sicherte die landesweite patriotisch-emotionale Unterstützung. Hat der Heilige Patrick nach der Legende doch einst dieses Kleeblatt benutzt, um den Iren die göttliche Dreifaltigkeit zu

erklären. So waren für diese humanitäre Aktion in pfiffiger Weise Politik, Glaube und Volksseele vereint.

Unter diesen Bedingungen verwundert es nicht, dass die britischen Behörden das Projekt zunächst nach Kräften behinderten. Es bestand unter anderem die Furcht, dass es der neuen demokratischen Erziehung der jungen Deutschen abträglich sein könnte, wenn diese in irische Familien gebracht würden. Allerdings war auch die irische Regierung der Meinung, dass es nicht ratsam wäre, Kinder über die „Save the German Children Society“ nach Irland zu holen. Erst nach vielen Eingaben bis hin zu den Vereinten Nationen und nach zähen Verhandlungen wurde im Frühjahr 1946 eine für alle Seiten gesichtswahrende Kompromisslösung gefunden. Nicht die Organisation von Kathleen Murphy, sondern das irische Rote Kreuz wurde mit der Auswahl der Kinder in Deutschland und deren Transport nach Irland beauftragt.

Schutz aber auch Missbrauch und Misshandlung

Schließlich wurden zunächst 100 Kinder zwischen drei und 14 Jahren mit Hilfe der deutschen Caritas ausgewählt. Sie kamen überwiegend aus der britischen Besatzungszone. Dorthin bestanden über die katholischen Orden beste Beziehungen. Die erste Gruppe traf am 27. Juli 1946 im Hafen von Dún Laoghaire bei Dublin ein. Bereits am Kai fanden die Kinder Reihen von weiß gedeckten Tischen, und Schwestern des Roten Kreuzes gaben ihnen Kakao und mit reichlich Butter bestrichene Brote. Die erste Station in Irland war ein altes Kasernengebäude in Glencree im County Wicklow, das zum Heim umfunktioniert worden war. Dort erhielten die Neuankömmlinge erste medizinische Versorgung und sie wurden fachgerecht ernährt. Läuse, Würmer und Scabies waren neben Fehl- und Unterernährung die häufigsten gesundheitlichen Probleme. Nach Angst und Mangel in einer Ruinenlandschaft kam nun das weite Grün, reichliches Essen und die Freiheit, draußen ohne Bedrohung spielen zu können.

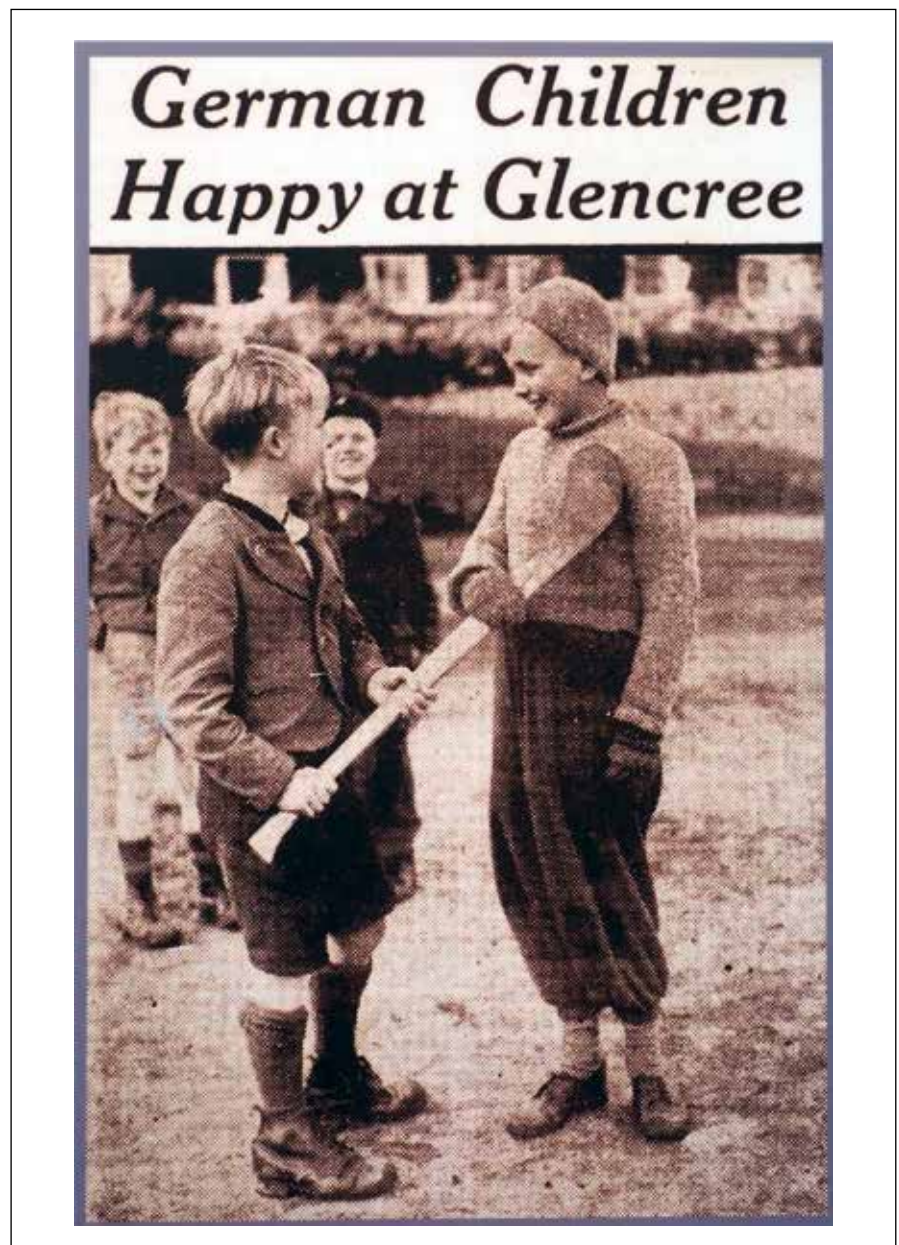
Nach drei Wochen Rekonvaleszenz in Glencree durften sich Pflegeeltern, die von der „Save the German Children Society“ rekrutiert worden waren, jene Kinder aussuchen, die ihnen am besten gefielen. Diese Prozedur muss man sich wohl tatsächlich wie einen Markt vorstellen. Manche Geschwister hatten das Glück, dass sie zusammen bleiben durften, etliche wurden jedoch auch getrennt. Die meisten der Kinder – am Ende der Aktion waren es über 1000 – wurden gut behütet und umsorgt. Das irische Rote Kreuz deckte jedoch auch Fälle von Missbrauch und Misshandlung auf und verbrachte die Betroffenen in andere Familien.

Rückkehr in eine fremde Welt

Nach späteren Berichten von Betroffenen und Betreuern haben sich die meisten Kinder schnell angepasst und die neue Sprache gelernt. Da niemand mehr mit ihnen Deutsch gesprochen hat, ging die Muttersprache teilweise verloren. Von Deutschkursen, die in Dublin eingerichtet wurden, profitierten nur jene, die in der Nähe untergebracht waren. Aus diesen Deutschkursen ging später die deut-



Zeitungsausschnitt Ausstellung Glencree



Fröhliche Kinder, Ausstellung Glencree

sche Schule St. Killians in Dublin hervor, die bis heute besteht.

Nach drei Jahren war das Programm abgelaufen, und die meisten Kinder mussten sich wieder von ihren Pflegefamilien trennen. Wenige, die keine nahen Angehörigen in Deutschland mehr hatten, blieben, teilweise zeitlebens in Irland. Die Rückkehrer kamen in eine fremde Welt. Die Sprache war ihnen nicht mehr geläufig, ihre Familien waren ihnen entfremdet, und teilweise waren zwischenzeitlich neue Geschwister oder Halbgeschwister nachgeboren. Etwa 50 weitere blieben dauerhaft in Irland, teilweise mit der Erlaubnis ihrer leiblichen Eltern oder Vormünder. Teils wollten diese die Kinder nicht zurück haben, teils wollten sie ihnen das neue Leben in Irland nicht mehr nehmen. Nach 1949 ging das Sorgerecht für alle Kinder, die noch in Irland waren, auf die irischen Pflegeeltern über. Nicht immer wurden jedoch die familiären Verhältnisse in Deutschland ausreichend ermittelt. So kam es zu dem besonders tragischen Fall von Geschwistern eines geschiedenen Paares. Der Mann stimmte ohne Erlaubnis und Wissen der Mutter zu, dass die Kinder in Irland blieben. Die Mutter und ihre Kinder sahen sich erst 25 Jahre nach Kriegsende wieder.

Die Operation Shamrock war viele Jahre in Vergessenheit geraten. Erst 1997 besuchten 300 ehemalige Pflegekinder zusammen mit dem damaligen Bundespräsi-



Ehemalige Waschräume im Freien

denten Roman Herzog Glenree. Damals wurde die Aktion als einer der ersten kleinen Schritte hin zu einem neuen europäischen Geist nach dem Kriege gerühmt. Es bleibt jedoch ein schaler Nachgeschmack. Die Notwendigkeit von solchen humanitären Aktionen ist das Ergebnis einer falschen und kriegerischen Politik. Auch die „Rettung“ dieser Kinder folgt einem politischen Kalkül. Sie kann individuelles Leid lindern. In vielen Fällen schafft sie jedoch neue Traumatisierungen durch Trennung und Entfremdung – sowohl von den Her-

kunftsfamilien als auch bei der Rückkehr von den Pflegeeltern.

Quelle: Cathy Molohan: Humanitarian Aid or Politics? 20th-century / Contemporary History, Issue 3 (Autumn 1997), News, The Emergency, Volume 5

Korrespondenzadresse:

Dr. Christoph Kupferschmid

89075 Ulm

Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.: ReH

Glenree – ein Ort der Versöhnung

Um die Iren im County Wicklow nach dem Aufstand von 1798 in Schach zu halten, bauten die Briten in Glenree einen Stützpunkt. Die alte Kaserne wurde 1858 in eine Klosterschule umfunktioniert. Im ersten Weltkrieg diente sie als Kriegsgefängnis für deutsche Soldaten und auch im zweiten Weltkrieg wurden dort abgestürzte deutsche Piloten interniert. Danach waren die Gebäude für wenige Jahre Heim der deutschen Kriegswaisen.

Als Reaktion auf besonders schreckliche Bombenattentate während des irischen Bürgerkrieges 1972 in Belfast schlossen sich Gruppen zusammen, die überzeugt waren, dass dieser Konflikt nur gewaltfrei durch Versöhnungsarbeit gelöst werden kann. Um dieser Arbeit eine gemeinsame Plattform zu geben, gründeten sie 1974 das Glenree Centre for Peace and Reconciliation, die alten Kasernen wurde zur Keimzelle für die erfolgreiche Friedensarbeit mit den verschiedenen nordirischen Gruppen.

Heute bringt dieses Versöhnungszentrum Konfliktparteien aus aller Welt mit unterschiedlichen Programmen zusammen in die Wicklow mountains. Programme für Jugendliche, Frauen, ehema-

lige Söldner, Opfer aber auch für politische oder ökonomische Führungskräfte. In Glenree diskutieren unter anderem israelische und palästinensische Politiker über Möglichkeiten des Friedens. Dort wurde mit afghanischen Lehrkräften ein Programm zur Friedenserziehung erarbeitet und Ideen aus dem Zentrum halfen, die Gewalt in den Slums von Haiti zu mindern. Auch zum kürzlich ausgehandelten Frieden zwischen der Regierung und den Rebellen in Kolumbien hat Glenree wesentliche Beiträge geleistet. Es bietet Ausbildungen in Mediation und Konfliktlösung an und bietet jährlich eine Sommerschule mit Themen zum Irlandkonflikt und zur irischen Gesellschaft an. Im „Political and Community Dialogue“ arbeiten Bürger und Politiker Altlasten des Bürgerkrieges auf, die einen dauerhaften Frieden erschweren könnten. Der erfolgreiche Friedensprozess in Irland kann Ansporn und Richtschnur für die Konfliktlösung in vielen gegenwärtigen Auseinandersetzungen sein.

Korrespondenzadresse: *Christoph Kupferschmid*

Red.: ReH

Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“ 2017

bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

– Update für das gesamte Praxisteam –

Themen: * Säuglingsernährung in der pädiatrischen Praxis: *ein Update 4.0* * Point of Care – das kleine Labor in der Kinder- und Jugendarztpraxis * (Noch) nicht von der STIKO empfohlene Impfungen – *wie praktisch vorgehen?* * Weil ADHS viele Gesichter hat: *die Therapie individuell optimieren* * Neues aus der BVKJ Service GmbH * Abrechnung über Paed.Selekt * PädExpert® – telemedizinisches Konsiliararztsystem *

- | | |
|--|--|
| 1. 17.05.2017
Leipzig, Hotel Westin | 6. 13.09.2017
Berlin, Maritim proArte |
| 2. 31.05.2017
Verden, Niedersachsenhof | 7. 25.10.2017
München, Konferenzzentrum |
| 3. 19.07.2017
Fürth, Stadthalle Fürth | 8. 08.11.2017
Nürtingen, K3N Stadthalle Nürtingen |
| 4. 30.08.2017
Kassel, Hotel Schweizer Hof | 9. 15.11.2017
Münster, Stadthalle Hilstrup |
| 5. 06.09.2017
Koblenz, Wyndham Garden Lahnstein | 10. 22.11.2017
Leverkusen, Forum |

Programm: Die jeweiligen Programmflyer plus Anmeldeformular für die einzelnen Orte werden automatisch **ca. 8 Wochen vor Termin** per Post an alle Kinder- und Jugendarztpraxen (die Mitglied im BVKJ e.V. sind) im jeweiligen Einzugsgebiet der Landesverbände verschickt.
(Vor Anmeldung möglich unter yvonne.rottlaender@uminfo.de)

Anmeldegebühren:

Mitglied im BVKJ: Paketpreis nur für 1 Arzt und 1 MFA 55,-€ (Frühbucherrabatt 50,-€), Einzelperson 40,-€ (Frühbucherrabatt 35,-€)

Nichtmitglied: Paketpreis nur für 1 Arzt und 1 MFA 75,-€ (Frühbucherrabatt 70,-€), Einzelperson 50,-€ (Frühbucherrabatt 45,-€)

Veranstalter: BVKJ e.V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel.: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78, Email: yvonne.rottlaender@uminfo.de

Alle Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.bvkj.de

Dr. med. Holger Handel zum 65. Geburtstag

Dr. Holger Handel wurde am 10.05.1952 in Stendal geboren, ging dort zur Schule und legte hier auch sein Abitur ab. Sein Medizinstudium absolvierte er in Magdeburg, wo er nach dem Staatsexamen auch seine Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt an der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg (heute Universitätskinderklinik) abschloss. 1982 erhielt Holger Handel seine Facharztanerkennung. Bis 1985 erweiterte er seine Kenntnisse an der Radiologischen Klinik der Medizinischen Akademie in Magdeburg mit dem Schwerpunkt in der Kinder- Radiologie.



Von 1986 bis 1990 war er Oberarzt an der Kinderklinik in Halberstadt und gründete im Mai 1990 in Magdeburg zusammen mit dem damaligen Präsidenten des BVKJ, Dr. Werner Schmidt, als Pionier den LV Sachsen-Anhalt im BVKJ, den ersten Landesverband in den Neuen Bundesländern, die zu diesem Zeitpunkt politisch noch nicht gegründet waren. Er war ein Mann der ersten Stunde, der ganz entscheidend dazu mitgeholfen hat, dass Ost und West in relativ kurzer Zeit zusammenwachsen. Der LV Sachsen-Anhalt war durch sein großes Engagement ein sehr aktiver Landesverband, in dem die

Zusammenarbeit zwischen Kliniken, von denen es damals noch sehr viele in Sachsen-Anhalt gab, und den niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten sehr gut klappte. Es gab viele gemeinsame Aktionen und Fortbildungen in Magdeburg, Halle und Lutherstadt-Wittenberg.

Am 01.01.1991 hat sich Holger Handel in Halberstadt in freier Praxis niedergelassen und als Landesverbandsvorsitzender ganz wesentlich dazu beigetragen, dass auch in Sachsen-Anhalt eine weitgehend flächendeckende ambulante Kinder- und Jugendmedizin durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte entstehen konnte. Seine Praxis lief so gut, dass er nach

einigen Jahren kaum genügend Zeit für den Landesverbandsvorsitz fand und dieses Amt nach drei+ Amtsperioden abgab.

Er hat aber – und das ist bisher einmalig im BVKJ – 2010 erneut den Landesverbandsvorsitz übernommen, weil er sich seinen Kolleginnen und Kollegen in Sachsen-Anhalt verpflichtet fühlte, nachdem sein Nachfolger, Dr. Lässig, in den Ruhestand gegangen war. Nach vier weiteren Jahren als Landesverbandsvorsitzender hat Holger Handel einen Nachfolger gefunden und konnte jetzt etwas kürzer treten und sich neben seiner Praxis auch mehr seinen zahlreichen anderen Interessen und seiner Familie widmen.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat ihn für sein beispielhaftes berufspolitisches Engagement 2015 mit der Silbernen Ehrennadel ausgezeichnet.

Lieber Herr Handel, herzlichen Glückwunsch zum 65. Geburtstag und alles Gute für den nun kommenden Lebensabschnitt, den Sie sicher weiterhin sehr aktiv verbringen werden, auch wenn sich die Schwerpunkte der Aktivitäten verschieben.

Dr. Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident

Buchtipp

Heike Drogies (Hrsg.)

Autistin

Lebenskünstler Verlag 2017

100 S., zahlreiche Abbildungen

€ 29,80, ISBN 978-3-946-410-00-3

zu beziehen über

www.lebenskuenstler-verlag.de

oder bei heike@drogies.de



Kinder- und Jugendärzte/-innen sind noch längst nicht ausreichend vertraut mit **Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)** (im englischsprachigen Schrifttum als Disorder, ASD). ASS sind nicht selten, die Prävalenz liegt bei etwa einem Prozent. Den typischen kleinkindli-

chen Autismus erkennen wir in der Regel gut. Wenn es sich aber um atypische Formen oder um ein Asperger-Syndrom handelt, dann wird häufig die Diagnose vielfach sehr spät, oft erst im Erwachsenenalter, gestellt. Eine frühe Diagnosestellung hilft den Betroffenen fast immer dabei, Kompensationsmechanismen, Bewältigungsstrategien und letztlich Akzeptanz zu entwickeln für die Schwierigkeiten, mit denen sie in ihrem Leben zu kämpfen haben.

Das hier rezensierte Buch ist bestens geeignet, Abhilfe zu schaffen. Prägnant und kurz gefasste wissenschaftliche Informationen sind klar formuliert und gut lesbar, auch für Laien, für Eltern und Betroffene. Gut zwanzig Menschen, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ASS werden beschrieben mit ihren faszinierenden und berührenden Kurzbiografien. Klare, *eindringliche* Fotografien begleiten die Texte und stellen die Menschen und ihre jeweiligen Umwelten dar. In gut zwei Stunden kann man das ganze Buch durchlesen. Die Lektüre bringt deutlicher als das Studium von Lehrbuchwissen Kenntnisse und Verständnis dafür nahe, was die Störung für die Betroffenen (es handelt sich nicht um Kranke, nicht um Behinderte) bedeutet, auch dafür, welche

Potenziale sie haben und wie die Gesellschaft profitieren kann, wenn sie sich mit den vertieften, allerdings in manchen Aspekten auch eingeeengten Welten dieser Menschen beschäftigt.

Dieses druck- und satztechnisch bemerkenswert schöne Buch sollte in den Warteräumen von Arztpraxen und Krankenhäusern liegen. Das könnte der Gesellschaft die Probleme der Menschen mit ASD näher bringen und den Umgang mit ihnen erleichtern. Was ist „normal“, was ist „anders“, unnormale, krank? Das Buch zeigt, wie schillernd, verschwimmend die Konturen sind. Und würden Pädiater selbst dieses schöne Buch lesen, dann könnte das für manche Betroffene zu einer früheren und dann hilfreichen Diagnosestellung führen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Karl Ernst v. Mühlendahl
Umweltmediziner und Pädiater
Kinderumwelt gGmbH
49084 Osnabrück
E-mail: muehlend@uminfo.de

Red.: WH

Fortbildungstermine

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

19.-20. Mai 2017

27. Pädiatrie zum Erfassen 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

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

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

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

6. September 2017

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern des BVKJ in Rostock
Leitung: Steffen Büchner, Güstrow
Auskunft: ①

9. September 2017

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt des BVKJ in Magdeburg
Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben
Auskunft: ①

13. September 2017

„Immer etwas Neues“ in Berlin
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

16. September 2017

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

5.-8. Oktober 2017

45. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ in Bad Orb
Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤

25. Oktober 2017

„Immer etwas Neues“ in München
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

4. November 2017

BVKJ Landesverbandstagung in Verden/Aller
Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/
Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn
Auskunft: ③

8. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Nürtingen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

11.-12. November 2017

Praxisabgabe-Seminar in Fulda
Auskunft: ⑤

11.-12. November 2017

15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ LV Bayern in Bamberg
Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

15. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Münster
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

22. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Leverkusen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

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

Geburtstage im Juni 2017

65. Geburtstag

Herr Dr. med. (TR) **Nedim Karakus**, Hagen, am 01.06.1952
 Herr Dr. med. **Klaus Linnemann**, Dortmund, am 02.06.1952
 Herr **Heinz Thoenes**, Brüggen, am 06.06.1952
 Herr Dr. med. **Rudolf Tröster**, Bad Mergentheim, am 11.06.1952
 Herr Dr. med. **Gerhard Koch**, Hagen, am 12.06.1952
 Frau Dr. med. **Esther Weinhold**, Frankenberg, am 13.06.1952
 Herr **Ralf Schachoff**, Wegberg, am 15.06.1952
 Frau Dipl.-Med. **Christine Grauel**, Berlin, am 15.06.1952
 Herr Dr. med. **Jochen Herding**, Hückeswagen, am 17.06.1952
 Herr Dr. med. / Dipl.Ing. **Peter Konrad**,
 Simmerath, am 20.06.1952
 Frau Dr. med. **Ilona Bahner**, Bad Hersfeld, am 21.06.1952
 Herr **Wolfgang Heck**, Vöhringen, am 24.06.1952
 Frau Dr. med. **Hannelore Schrewe**, Bovenden, am 28.06.1952
 Herr Dr. med. **Andreas Scheffzek**, Heidelberg, am 29.06.1952

70. Geburtstag

Frau Dr. med. **Gudrun Gottweiss**, Pfiffelbach, am 03.06.1947
 Herr Dr. med. **Werner Heffungs**, Meckenbeuren, am 06.06.1947
 Herr Dr. med. **Joachim Laun**, Montabaur, am 10.06.1947
 Frau Dr. med. **Ursula Faupel**, Mülheim, am 11.06.1947
 Herr Dr. med. **Wolfgang von Schütz**, Hannover, am 12.06.1947
 Frau Dr. med. **Sabine Fabian**, Rostock, am 18.06.1947
 Frau Dr. med. **Gabriele Ammann**, Backnang, am 18.06.1947
 Herr **Christoph Stolzenburg**, Marbach, am 22.06.1947
 Herr Dr. med. **Thomas Denzer**, Lennestadt, am 25.06.1947

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Rainer Klenk**, Stuttgart, am 02.06.1942
 Herr Dr. med. **Klaus Bode**, Jever, am 15.06.1942
 Frau **Anneliese Kosche**, Hoppegarten, am 17.06.1942
 Frau Dr. med. **Carola Beck**, La Paz, am 18.06.1942
 Frau Dr. med. **Ute Michel**, Berlin, am 28.06.1942

80. Geburtstag und älter

Frau Dr. med. **Gisela Viersbach**, Köln, am 01.06.1924
 Herr Dr. med. **Klaus Kevenhörster**, Mülheim, am 01.06.1932
 Frau Dr. med. **Gerta Weidner**, München, am 03.06.1926
 Herr Dr. med. **Peter Wolfgang Fretwurst**, Hamburg, am 03.06.1934
 Frau Dr. med. **Klara Fietzek**, Dahme, am 04.06.1935
 Frau Dr. med. **Marie-Luise Lorenzmeier**, Bad Salzuflen, am 04.06.1931
 Frau Med.-Dir. Dr. med. **Gertrud Mey**, Fernwald, am 05.06.1932
 Frau Dr. med. **Gisela Wagner**, Weiden, am 05.06.1936
 Herr Dr. med. **Werner Behmann**, Idar-Oberstein, am 06.06.1936
 Herr Dr. med. **Klaus Roggenkamp**, Dortmund, am 06.06.1935
 Frau Dr. med. **Ingrid Schröder**, Eberswalde, am 07.06.1936
 Herr Dr. med. **Christoph Lengsfeld**, Freiburg, am 08.06.1937
 Frau Dr. med. **Brigitta Englisch**, Hohenwesdt, am 09.06.1920
 Herr Dr. med. **Gerhard Stephan**, Darmstadt, am 09.06.1933
 Herr Dr. med. **Ulrich Iseke**, Wittlich, am 11.06.1934
 Herr Dr. med. **Wolfhart-Dietrich Schmidt**, Reutlingen, am 12.06.1934
 Frau Dr. med. **Renate Jester**, München, am 15.06.1937
 Frau Dr. med. **Gisela Lottermoser**, Oldenburg, am 18.06.1922
 Herr Dr. med. **Karl Heinz Siegert**, Wolfen, am 18.06.1934
 Herr Prof. Dr. med. **Hansjörg Cremer**, Heilbronn, am 18.06.1931
 Frau Dr. med. **Hannelore Brück**, Neumünster, am 18.06.1929
 Frau Dr. med. **Renate Koeberich**, Glashütten, am 20.06.1935
 Frau Dr. med. **Maria Hofbauer**, Solingen, am 20.06.1937
 Herr Dr. med. **Alois Klemens Putze**, Limburg, am 21.06.1936
 Herr Dr. med. **Georg Jäkle**, Landshut, am 23.06.1929
 Herr Dr. med. **Hermann-J. Schumacher**, Stegen, am 23.06.1935
 Herr Dr. med. **Hans-Joachim Hiller**, Köln, am 25.06.1936
 Frau Dr. med. **Gisela Krohn**, Dortmund, am 25.06.1934
 Herr Dr. med. **Hans-Ulrich Sauerbrei**, Essen, am 25.06.1920
 Herr SR Dr. med. **Walfried Walter**, Altenberg, am 26.06.1937
 Frau MR **Christine Leuschner**, Rostock, am 26.06.1934
 Herr Dr. med. **Anton Schäffner**, Grafing, am 27.06.1928
 Herr Dr. med. **Ernst Bickel**, Bremerhaven, am 29.06.1923

Wir trauern um:

Frau **Ingrid Voigt**, Gotha
 Herrn **Ingo Weckenmann**, Darmstadt
 Frau Dr. **Frauke Wegener**, Dortmund

Im Monat März durften wir 69 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Frau MR.Sc. **Sabina Delic-Bikic**
Frau **Liane Hoffmann**



Bayern

Frau **Cathrin Weinert**
Frau **Anja Weise**
Herrn **Jochen Winkler**



Bremen

Frau Dr. med.
Hannah Esselborn



Hamburg

Frau **Janine Mänz-Siebje**



Mecklenburg-Vorpommern

Herrn **Jan Rührmund**
Frau Dr. med.
Julia Schumann



Niedersachsen

Frau **Stefanie Frank**



Nordrhein

Frau Dr. med. **Corinna Buron**
Frau **Katharina Klaas**



Rheinland-Pfalz

Frau **Friederike Schäfer**
Frau **Hannah Schwenk**



Sachsen

Frau Dr. med. **Ulrike Förster**
Herrn Dr. med. **Michael Henn**
Frau Dr. med. **Janine Siebert**



Schleswig-Holstein

Herrn Dr. med. **Hinnerk Doll**
Frau Dr. med. **Katrin Petersen**
Frau **Constanze Witt**



Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. univ.
Thomas Konrad
Herrn **Caspar Reuß**
Frau Dr. med.
Maximiliane Wiese

Den natürlichen Schlaf fördern

Natürliche Kinderarzneien // Kinder, die nach einem aufregenden Tag abends wie aufgedreht durchs Haus toben, können die Geduld ihrer Eltern auf eine harte Probe stellen. Solchen Herausforderungen sollte man nicht mit noch mehr Aktivitäten begegnen, um den Sprössling richtig auszuupern. Vielmehr ist in solchen Fällen Ruhe und Entspannung angesagt.

Kinder, die völlig ausgelaugt und deshalb auch tags oft total überdreht sind, haben nicht zuviel Energie, sondern zuwenig. Denn Kinder benötigen Energie im Gegensatz zu Erwachsenen, um still zu sitzen“, so die Beobachtung der Berliner Hausärztin Heike Fischer. „Die brauchen dann nicht noch fünf zusätzliche Termine am Tag, sondern ein bisschen Ruhe“, betont die erfahrene Ärztin, die in ihrer Praxis seit 25 Jahren auch Kinder behandelt. Viele Mütter, denen sie die Zusammenhänge in der Sprechstunde erklärt, bestätigen letztendlich diese Beobachtung. „Kinder, die tagsüber genügend gefordert werden, sind abends hundemüde und wachen am nächsten Morgen erholt auf“, sagt Fischer.

Entscheidend ist dabei nicht, wie viele Stunden ein Kind schläft. „Es gibt Kinder, die brauchen viel Schlaf und andere, die wenig Schlaf brauchen“, erläutert Fischer. Das müssen die Eltern selbst herausfinden. Ob die Schlafbedürfnisse eines Kindes erfüllt sind, lässt sich am besten daran erkennen, ob das Kind am nächsten Tag „fröhlich und ausgeschlafen“ ist, so Fischer, oder ob es permanent quengelt, weil es zu wenig geschlafen hat.

Unsichere Mütter, die alles richtigmachen wollen

Es braucht eine gewisse Zeit, bis sich Kinder an den Tag-Nacht-Rhythmus gewöhnen. In den ersten sechs Monaten nach der Geburt kann man nicht erwarten, dass ein Kind bereits durchschläft, muss Fischer vor allem jungen Müttern immer wieder erklären. Regelmäßige Zeiten und abendliche Rituale helfen beim Einschlafen. Und wenn das Kind dann nachts etwas unruhig schläft und „so ein bisschen rumknödert“, dann muss es auch nicht gleich immer hochge-

nommen werden. Das Problem sind eher die Mütter, die unsicher sind und alles richtigmachen wollen. „Wenn diese bei jedem geräuschvollen Atemzug nachts aufstehen, brechen sie irgendwann zusammen“, meint Fischer. Abwarten und Vertrauen haben ist leider schwierig und bei den Eltern oft nicht ausreichend vorhanden.



Foto: SPR

Bei Eltern mit kleinen Kindern, die wegen Schlafproblemen ihres Kindes in die Praxis kommen, ist deshalb oftmals auch ein Gespräch über die Ansprüche, Erwartungen und den Lebensstil der Eltern angesagt. „Manchmal brauchen die jungen Eltern einen Schubs von außen, damit ihnen die Augen aufgehen“, berichtet Fischer. „Was manche Mütter als normal ansehen, sollte durchaus hinterfragt werden“. Denn was früher in den Großfamilien als Wissen und Erfahrung weitergegeben wurde, sei heute leider oft nicht mehr vorhanden.

Eltern erwarten ärztliche Hilfe

Neben allgemeinen Informationen zum Schlafverhalten von Kindern erwarten Eltern, die mit diesen Problemen in die Praxis kommen, natürlich auch ärztliche Hilfe, weiß Fischer. Mögliche organische Ursachen für Schlafstörungen müssen ärztlich abgeklärt werden. In diesem Zusammenhang achtet Fischer auch auf Halswirbel-Blockierungen, die nach der

Geburt gar nicht so selten sind, und die den Kleinen Schmerzen bereiten, wenn sie längere Zeit in einer Position liegen. Außerdem bestehe ein Zusammenhang zwischen Halswirbel-Blockierungen und Drei-Monats-Kolikken, sagt die naturheilkundlich erfahrene Ärztin.

Als kurz- und mittelfristige Hilfe bei Schlafstörungen von Kindern bietet Fischer den Eltern Lunafini® an. Das natürliche Kinderarzneimittel ist für Babys ab sechs Monaten zugelassen und unterstützt das natürliche Einschlafen ohne zu sedieren. Das bewirken nach Fischers Angaben die potenzierten Inhaltsstoffe Avena sativa (Hafer), Coffea arabica (Kaffee), Passiflora incarnata (Passionsblume) und Zincum isovalerianicum (Zinkvalerianat). „Lunafini braucht eine gewisse Zeit“, betont Fischer. „Das ist ja keine Schlaftablette“. Bewährt hat

sich die Gabe von anfangs dreimal täglich ein Globulus. Wenn sich die Situation bessert, empfiehlt sie eine allmähliche Reduktion. „Mit der Homöopathie machen wir eine Umstimmungstherapie, damit sich der Organismus wieder selber einreguliert“, begründet Fischer ihr Vorgehen.

Die natürliche Kinderarznei Lunafini® ist erstattungsfähig. 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 die jeweils benötigte Globulimenge hygienisch sicher und einfach entnommen wird. „Kinder und Eltern finden das klasse“, so Fischer.

Autor: Jürgen Stoschek, Geroldgrün

Nach Informationen von
Biologische Heilmittel Heel GmbH,
Baden-Baden

Die Zeckensaison läuft – jetzt FSME vorbeugen

Aktuelle Zahlen zeigen, dass 2016 die Fälle der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) im Vergleich zum Vorjahr deutschlandweit um ca. 56 % gestiegen sind.¹ Das Risiko, von einer Zecke gestochen zu werden, ist dabei von März bis Oktober besonders hoch.^{2,3,4} Da Zecken bei einem Stich mitunter das Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)-Virus übertragen können, ist Vorsorge gerade für Menschen, die sich gerne in der Natur aufhalten, besonders wichtig.

FFSME ist eine Erkrankung des zentralen Nervensystems und der Hirnhäute.² Da die Erkrankung teilweise sehr unterschiedlich verlaufen kann, wird die FSME-Infektion häufig erst spät erkannt. Zudem werden mögliche Spätfolgen, wie Kopfschmerzen, Gedächtnis- oder Gleichgewichtsstörungen, gerade bei Kindern und Jugendlichen oft unterschätzt.^{5,6}

Um einer FSME-Infektion vorzubeugen, empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) Menschen, die in FSME-Risikogebieten Zecken exponiert sind, neben dem FSME-Impfschutz das Tragen langer Schutzkleidung und die Anwendung von Repellents.^{3,7} Die Impfung kann z.B. mit FSME-IMMUN 0,25 ml Junior[®] für Kinder von 1 bis 15 Jahren⁸ oder mit FSME-IMMUN Erwachsene[®] ab 16 Jahren⁹ erfolgen.



Quellenangabe: © Pfizer/zecken.de

Auch im späten Frühjahr kann ein Impfschutz gegen FSME noch für die laufende Zeckensaison aufgebaut werden. Dabei werden im Rahmen einer Schnellimmunisierung die ersten zwei Impfdosen innerhalb von 14 Tagen verabreicht. Mehr als 89 % der geimpften Erwach-

senen waren bereits 14 Tage nach der zweiten Impfung seropositiv.⁹ Um einen längerfristigen Impfschutz aufzubauen, erfolgt die dritte Dosis gemäß regulärem Impfschema der Grundimmunisierung nach fünf bis zwölf Monaten, ergänzt um regelmäßige Auffrischimpfungen.^{8,9}

Literatur:

1. SurvStat@RKI 2.0. Datum der Abfrage: 16.02.2017.
2. Kaiser R et al. S1-Leitlinie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).
3. Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 34/2016.
4. Gray JS et al. Interdiscip Perspect Infect Dis. 2009.
5. Sundin M et al. Eur J Pediatr. 2012; 171(2):347-52.
6. Fowler A et al. J Pediatr. 2013; 163(2):555-60.
7. Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin. 18/2016.
8. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior[®], Stand: Juli 2016.
9. Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene[®], Stand: Juli 2016.

**Mit freundlicher Unterstützung
der Pfizer Pharma GmbH, Berlin**

Hochdosis-Therapie mit HelioDrei[®] bei Vitamin-D-Mangel

Spielen Sie oberste D-Liga?

2017 hat InfectoPharm in Deutschland den Vertrieb des verschreibungspflichtigen Arzneimittels HelioDrei[®] (Wirkstoff: Colecalciferol bzw. Vitamin D₃) übernommen. HelioDrei[®] ist zur Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen zugelassen. Die Dosierung

wird ebenso wie eine weiterführende Erhaltungstherapie vom behandelnden Arzt festgelegt, der hierfür auf zwei verfügbare Konzentrationen zurückgreifen kann: HelioDrei[®] 25.000 I.E. Ampullen (PZN 1100647, 4 Stück) oder HelioDrei[®] 100.000 I.E. Ampullen (PZN 11006460, 3 Stück). Es handelt sich um praktische Trinkampullen, deren Inhalt nach

Orange schmeckt und mit einem Löffel Flüssigkeit eingenommen werden kann. Durch die gezielte Hochdosis-Therapie anstelle einer täglichen Gabe von niedrig dosiertem Vitamin D₃ kann insbesondere die Compliance der Patienten verbessert werden. Bei nachgewiesenem Vitamin-D-Mangel ist das Arzneimittel voll erstattungsfähig.

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

Vorbildliches Engagement in der Schule und beim Berufseinstieg

13. ADHS-Förderpreis verliehen // Die Josef-Zerhoch-Mittelschule Peißenberg und das Berufsbildungswerk CJD Homburg/Saar sind die Preisträger des 13. ADHS-Förderpreises. Das Unternehmen Shire zeichnet mit diesem Preis jährlich innovative und praxisnahe Projekte aus, die ein besonderes Engagement für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS zeigen.

Dass die Inklusion von Kindern mit ADHS in den normalen Schulunterricht möglich ist, beweist die Josef-Zerhoch-Mittelschule Peißenberg. Im Rahmen des Projektes „Mit AD(H)S leben“ trainieren Schüler mit diagnostiziertem ADHS parallel zum normalen Unterricht in Kleingruppen ihre Konzentrationsfähigkeit und lernen besser mit ihrer Erkrankung umzugehen. Eltern und Lehrer werden aktiv mit eingebunden. Begleitseminare stärken ihre erzieherischen und pädagogischen Handlungskompetenzen. Gemeinsam werden individuelle schulische und außerschulische Förderpläne entwickelt. Ein offener Gesprächskreis dient dem Erfahrungsaustausch.

Die Jury war beeindruckt davon, dass eine „normale“ Schule ein eigenes Konzept zum Umgang mit Schülern mit ADHS entwickelt hat. „Es trifft den Kern dessen, was an einer Schule notwendig ist“, betonte Jurymitglied Professor Dr. Michael Rösler bei der Preisverleihung im Rahmen des 7. ADHS-Kongresses in Saarbrücken.

Nachhaltigkeit zahlt sich aus

Leider gelingt die Förderung nicht immer so gut wie in Peißenberg. Oft erleben Kinder und Jugendliche mit ADHS ungünstig verlaufende Schulkarrieren mit Rückschlägen. Der Übergang ins Berufsleben ist für sie daher eine besondere Herausforderung. Das Berufsbildungswerk CJD Homburg/Saar hilft ihnen, diese Hürde zu nehmen. Ein multiprofessionell besetztes Fachteam bereitet junge Erwachsene nach dem pädagogisch-therapeutischen Konzept „ADHS Betroffene an der Schwelle zum Beruf“ gezielt auf die berufliche Erstausbildung vor und geleitet sie zu einem erfolgreichen Ausbildungsabschluss. Für die Idee zu dem innovativen Ansatz wurde das Team bereits 2009 mit dem ADHS-Förderpreis ausgezeichnet.



Dr. Sibylle Rolinger und Hans Socher von der Josef-Zerhoch-Mittelschule Peißenberg.



Sabine Schaufert, Dr. Bärbel Rodemer, Lisa Redel, Rudi Zöllner und Hans-Dieter Feind (v. l. n. r.) aus dem ADHS-Fachteam des Berufsbildungswerks CJD Homburg/Saar.

Die gelungene nachhaltige Umsetzung und die dokumentierten Erfolge waren ausschlaggebend für die erneute Auszeichnung des Projektes. „Nachdem wir bereits von dem großen Potenzial der Idee überzeugt waren“, so Professor Rösler, „sind wir von dem enormen Engagement begeistert, mit der das Konzept umgesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt wird. Wir haben damit den ersten Doppelpreisträger des ADHS-Förderpreises.“

Seien auch Sie mit Ihrem Projekt dabei!

Ab sofort ist die Bewerbung um den nächsten, mit insgesamt 10.000 Euro dotierten ADHS-Förderpreis möglich. Alle Projekte aus Deutschland, die zu einer

verbesserten Versorgung von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit ADHS beitragen und sich bereits in der

Umsetzung befinden, sind aufgerufen, eine Bewerbung einzureichen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei diesmal auf Projekten aus den Bereichen „Neue Medien und digitale Technologien“ sowie „Sport, Bewegung und Musik“. „Darüber hinaus freuen wir uns auch über Bewerbungen aus anderen Bereichen“, motiviert Professor Rösler. Sämtliche Informationen sind unter www.ADHS-Foerderpreis.de verfügbar. Bewerbungsschluss ist der 31. Mai 2017.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH, Berlin

Mit Husten ist alles viel schlimmer? – Phytotherapeutikum schafft Abhilfe

Laut einer aktuellen Untersuchung verstärken Husten und Hustenreiz bei fast der Hälfte der Betroffenen die Wahrnehmung weiterer Begleitscheinungen einer akuten Atemwegsinfektion.¹ Daher steht eine wirksame Behandlung gerade dieses Symptoms für viele Patienten an erster Stelle. Mittel der Wahl sind hier Präparate, die wie Bronchipret® über eine gute klinische Evidenz verfügen. Das pflanzliche Arzneimittel fördert das Abhusten des zähen Sekrets, wirkt antiphlogistisch und reduziert die Hustenanfälle.

Husten: Reizsymptom mit Verstärkerwirkung

In einer großen retrospektiven Untersuchung wurden über 18.000 Patienten eingeschlossen, die innerhalb der letzten sechs Monate unter einem akuten Atemwegsinfekten litten.¹ Erhoben wurden Verlauf und Ausprägung der verschiedenen Symptome. Dabei empfanden bis zu 98 % der Patienten den Hustenreiz und den Akt des Hustens als Belastung. Bemerkenswert war die Angabe von etwa der Hälfte der Patienten (45 %), dass eine Hustensymptomatik auch die Negativwahrnehmung weiterer Begleitsymptome verstärkt. Weiterhin berichteten 69 %, dass die Hustensymptomatik meist auch noch anhielt, wenn andere Symptome bereits abgeklungen waren.

Die Ursache für die Symptompersistenz ist in der Pathophysiologie des akuten Husten zu suchen. Hustenreiz bei einer Atemwegsinfektion entsteht nach derzeitigem Wissensstand durch die Aktivierung von Hustenrezeptoren im Be-

reich des Kehlkopfes und der zentralen Bronchien.² Dabei gilt es inzwischen als gesichert, dass die Entzündung der Bronchialschleimhaut und eine damit verbundene Aktivierung und Sensibilisierung entsprechender Rezeptoren hierbei eine entscheidende Rolle spielen.

Therapievorteile durch zusätzliche antiphlogistische Effekte

Die moderne Behandlung der akuten Bronchitis besteht daher nicht nur aus dem Einsatz rein sekretolytisch wirkender Substanzen, sondern sollte zudem eine antiphlogistische Komponente beinhalten.

Die entzündungshemmenden Eigenschaften pflanzlicher Extraktkombinationen wie Bronchipret® wurden in indikationsnahen *in vivo*-Modellen belegt.³ Weitere Untersuchungen zeigen, dass insbesondere der enthaltene Thymianextrakt (*Thymus vulgaris*) antiphlogistische Effekte vermittelt³, während Auszüge der enthaltenen Saponindrogen Efeu (*Hedera helix*) bzw. Primel (*Primula Veris*) primär als Expek-

toranz eingesetzt werden. Durch ihr spezielles Wirkspektrum unterscheidet sich die Phytokombination damit deutlich von Behandlungsansätzen, deren therapeutischer Effekt in erster Linie auf ein Herabsetzen der Sekret-Viskosität abzielt. Moderne klinische Studien bestätigen die Wirksamkeit des Präparates gegen die Beschwerden einer akuten Bronchitis.^{4,5} Daher wird die im Phytotherapeutikum enthaltene Extraktkombination von medizinischen Fachgesellschaften zur Behandlung des akuten Hustens explizit empfohlen.³

Literatur:

1. Eccles R et al. (2016) Postgrad Med. 128(5): 485-91.
2. Kardos P et al. (2010) Pneumologie 64(6): 336-373.
3. Seibel J et al. (2014) ERJ 44 (Suppl 58): P1794.
4. Kemmerich B et al. (2006) Arzneim.-Forsch. | Drug. Res. 56(9): 652-660.
5. Kemmerich B (2007) Arzneim.-Forsch. | Drug. Res. 57(9): 607-615.

Nach Informationen von Bionorica SE, Neumarkt

Endlich schmerzfrei und beweglich aufwachen!

NAPROXEN INFECTOPHARM® Suspension bei juveniler rheumatoider Arthritis

InfectoPharm hat in Deutschland das verschreibungspflichtige Arzneimittel NAPROXEN INFECTOPHARM® 50 mg/ml Suspension eingeführt. Damit steht der Wirkstoff Naproxen erstmalig in einer innovativen Saftform zur Verfügung.

Das Präparat ist zugelassen zur Behandlung der juvenilen rheumatoiden Arthritis bei Kindern ab 2 Jahren. Naproxen ist als Antiphlogistikum und zur

Behandlung von Schmerzen bei der juvenilen idiopathischen Arthritis Mittel der ersten Wahl. Ausschlaggebend dafür ist die lange Halbwertszeit, die eine nur zweimal tägliche Gabe erfordert. Zudem wirkt die abendliche Gabe auch noch morgens, so dass die Morgensteifigkeit, die schmerzhaft die Beweglichkeit des Kindes in besonderem Maße einschränkt, deutlich reduziert wird.

Durch die Saftform kann jetzt körpertypisch bezogen exakt dosiert und die Compliance insbesondere der kleinen Patienten verbessert werden. Das Arzneimittel ist voll erstattungsfähig.

Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

STIKO empfiehlt sequenzielle Pneumokokken-Impfung für Hochrisikopatienten

Neues Impfschema // In Deutschland erkranken jährlich etwa 400.000 bis 680.000 Menschen an einer ambulant erworbenen Pneumonie (CAP).¹ Häufigster Erreger sind Pneumokokken.² Besonders gefährdet, an Pneumokokken-Infektionen zu erkranken, sind Menschen mit geschwächtem Immunsystem. Für den Schutz von Hochrisikopatienten empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) daher erstmalig eine sequenzielle Pneumokokken-Impfung mit einem 13-valenten Konjugatimpfstoff (z. B. Prevenar 13®) gefolgt von einem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff. Hochrisikopatient ist, wer an einem angeborenen oder erworbenen Immundefekt bzw. Immunsuppression leidet oder anatomische und Fremdkörperassoziierte Risiken für eine Pneumokokken-Meningitis aufweist.³

Um den bestmöglichen Schutz für Hochrisikopatienten zu erreichen, rät die STIKO, bei der Pneumokokken-Impfung die möglicherweise bessere Effektivität des Konjugatimpfstoffs mit der breiteren Serotypenabdeckung des Polysaccharidimpfstoffs zu kombinieren.³ Aufgabe des behandelnden Arztes ist es also, Hochrisikopatienten zu identifizieren und seine Patienten von gesunden über 60-Jährigen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (z. B. Asthma, COPD, Diabetes oder chronischen Herzerkrankungen) zu unterscheiden. Denn für den Schutz dieser empfiehlt die STIKO die Impfung gegen Pneumokokken seit August 2016 ausschließlich mit dem Polysaccharidimpfstoff.³

Austausch über Impfstatus notwendig

„Damit Hochrisikopatienten nicht durch das Raster fallen, ist eine enge Abstimmung zwischen Hausarzt und behandelndem Facharzt notwendig“, sagt Prof. Dr. med. Tomas Jelinek. „Welche Ärzte besucht der Patient? Welche Behandlung erhält er beim jeweiligen Arzt? Steht der Impfung etwas entgegen? Wer impft? Das alles sind Fragen, die geklärt werden müssen. Im Hinblick auf den bestmöglichen Schutz ist es daher sinnvoll, Patientenbriefe auszutauschen und bei Bedarf Impf-Empfehlungen hineinzuschreiben.“

Im Epidemiologischen Bulletin 34/2016 finden Ärzte eine Aufschlüsselung der verschiedenen Patientengruppen. Zu den Hochrisikopatienten, die im Rahmen des sequenziellen Schemas gegen Pneumokokken immunisiert werden sollen, zählen beispielsweise Patienten mit T-Zell-Defizienz bzw. gestörter T-Zell-Funktion, B-Zell- oder Antikörperdefizienz, Komplement- oder Properdindeizienz, funktionellem Hyposplenismus, Splenektomie oder anatomischer Asplenie, neoplastischen Krankheiten, HIV-Infektion, nach Knochenmarkstransplantation und Patienten mit immunsuppressiver Therapie sowie Immundefizienz bei chronischem Nierenversagen, nephrotischem Syndrom oder chronischer Leberinsuffizienz. Auch wer anatomische oder Fremdkörper-assoziierte Risiken für eine Pneumokokken-Meningitis aufweist – beispielsweise auf Grund einer Liquoristel oder eines Cochlea-Implantats – soll die sequenzielle Pneumokokken-Impfung erhalten.³

Sequenzielle Impfung teilweise bei sonstigen chronischen Erkrankungen empfohlen

Auch bei Personen im Alter von 2 bis 15 Jahren mit sonstigen chronischen Erkrankungen (z. B. Asthma, COPD, Diabetes oder chronischen Herzerkrankungen) empfiehlt die STIKO die sequenzielle Pneumokokken-Impfung mit zwei ver-



Foto: © nerthuz - Fotolia.com

schiedenen Impfstoffen.³ Gleiches gilt für Patienten ab 16 Jahren mit sonstigen chronischen Erkrankungen, sofern sie eine immunsuppressive Therapie erhalten.⁴ Wer solch eine Therapie nicht erhält, soll dagegen ausschließlich mit dem Polysaccharidimpfstoff immunisiert werden.

Quellen

- 1 Schnoor M et al., The CAPNETZ study group – Approaches to estimate the population-based incidence of community acquired pneumonia - J Infect 2007; 55: 233-9.
- 2 Welte T et al., Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. Thorax 2012; 67:71-79.
- 3 Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 34/2016.
- 4 Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin 24/2016 und 37/2016.

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

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@kinderaezte-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.kinderaezte-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