

bvkJ.

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

Heft 2/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Der Weg in die
neue Sprache



Fortbildung:

Medizinische Versorgung
von Flüchtlingen:
Eine pädiatrische Aufgabe!



Berufsfragen:

Selektivverträge –
Pro und Contra



Magazin:

Kindergesundheit
in Äthiopien

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © Smalilhodzic - Fotolia.com



Kindergesundheit im Hochland von Äthiopien

S. 85

Inhalt 2 | 16

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

Forum

- 3 **Zukunft der pädiatrischen Versorgung aus Sicht der Klinik**
Ronald G. Schmid
- 5 Impressum
- 6 **Der Weg in die neue Sprache**
Regine Hauch
- 11 **Der neue BVKJ-Online-Shop**
- 12 **Pädiater wirken weltweit**
Gottfried Huss
- 14 **Gut ernährt**
- 16 **Ankündigung**
13. Assistentenkongress
- 21 **PaedExpert**
Hermann-Josef Kahl
- 26 **Praxisregel-Plakate**
Regine Hauch
- 28 **Neues für Bad Orb**
Klaus-Michael Keller
- 31 **PädInform: Der neue Social Media-Zugang**
Ulrich Voss, Matthias Otto
- 34 **Kinderkrankenpflegeausbildung soll abgeschafft werden**
Jochen Scheel

Fortbildung

- 36 **Erstkontakt mit Flüchtlingen**
Martin Alberer, Ulrich von Both, Mathias Wendeborn, Thomas Löscher
- 45 **Impfungen bei Migranten**
Hans-Iko Huppertz
- 51 **Antibiotic Stewardship in der kinderärztlichen Praxis**
Arne Simon, Annabelle Wagner, Hagen Reichert
- 58 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Schindler
- 62 **Consilium: Hygiene auf der Wöchnerinnen-Station**
Heinz Michael Just
- 64 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**



s. S. 3, 34, 74

Berufsfragen

- 66 **Pro und Contra Selektivverträge**
Stefan Zeller, Michael Gilbert
- 68 **Berichte der Ausschüsse des BVKJ**
Wolfram Hartmann
- 71 **Wahlergebnisse**
- 72 **Wir sind die Neuen: Christoph Bornhöft**
Regine Hauch
- 74 **Krankenhausstrukturgesetz**
Kyrill Makoski
- 76 **Kinderarmut in Freiburg**
Roland Fressle
- 80 **Lieferengpass bei Tuberkulin**
Thomas Spindler
- 82 **Stellungnahme des Aktionsforums Allergologie**
Antonio Pizzulli

Magazin

- 85 **Kindergesundheit im Hochland von Äthiopien**
Frank Riedel
- 88 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 89 **Mädchen in sozialen Netzwerken**
Martin Voigt
- 91 Buchtipp
- 92 Fortbildungstermine des BVKJ
- 93 Personalia
- 94 Praxistafel
- 96 **Nachrichten der Industrie**
- 99 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Supplement der Shire Deutschland GmbH, Berlin, beigefügt. In Teilen der Auflage befinden sich Programmhefte zum 39. Pädiatref 2016, Köln, 29. PZA LV-Rheinland-Pfalz/Saarland, Worm, 14. Pädiatrie à la carte, Witten sowie 26. Pädiatrie zum Anfassen, Erfurt. Wir bitten um Beachtung.

Zukunft der pädiatrischen Versorgung aus Sicht der Klinik

Die Kinder- und Jugendklinik/-abteilung der Zukunft ist ein Kooperationsmodell

Der Erfolg der Kinder- und Jugendklinik/-abteilung wird in der Zukunft vom Grad der Vernetzung und von der Kooperationsintensität abhängen. Die betrifft einerseits die Kooperation zwischen den pädiatrischen Angeboten in Praxis, Klinik, SPZ, ÖGD mit den benachbarten Disziplinen, andererseits aber auch mit den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe, der Selbsthilfeorganisationen und den pädagogisch-psychologischen regionalen Angeboten.

Die Kooperation mit den Strukturen der Pädagogik, Kinder- und Jugendhilfe, Sozialhilfe und den anderen nicht medizinischen/pädiatrischen Angeboten ist essentiell für die stabile Verankerung der Kinder- und Jugendmedizin in den Sozialstrukturen. Mit diesem Beitrag sollen Konzepte medizinischer Kooperationsformen dargestellt werden, die teilweise schon praktiziert werden, aber noch nicht flächendeckend umgesetzt sind. Sie wurden von den Teilnehmern des Workshops der Leitenden Ärztinnen und Ärzte in Bad Orb im Oktober 2015 als relevant und als zu propagierende Modelle für die Kinder- und Jugendmedizin angesehen.

Minimale Kooperationsanforderungen

Die **Kooperation zwischen Klinik und Praxis** wird als essenzieller Ansatz einer gut strukturierten, effektiven und effizienten regionalen Patientenversorgung von Kindern und Jugendlichen gesehen. Hierzu gehören klassische Organisationsstrukturen wie

- das rechtzeitige Erstellen von Arztbriefen,
- das Vermitteln von Informationen und regelmäßige Kontaktaufnahme, auch telefonisch
- Regionale Treffen aller Kinder- und Jugendmediziner in regelmäßigen Abständen (Stammtisch-Runde)
- Qualitätszirkel

Zukünftige Kooperationsmodelle

Durch die Änderung gesetzlicher Rahmenbedingungen ergibt sich die Möglichkeit zahlreicher neuer Kooperationsmodelle, deren Einsatz zukünftig als erfolgversprechend, wenn nicht sogar essentiell für den Fortbestand der flächendeckenden stationären Kinder- und Jugendmedizin gesehen wird. Einen Überblick über das breite Spektrum bietet Abbildung 1.

Abbildung 1: Darstellung der Kooperationsmodelle zwischen Klinik und Praxis auf der Basis der rechtlichen Gegebenheiten. Der Praxisbereich ist im Außenkreis als blau dargestellt, die Klinik im Zentrum als grau. In die Richtung von Praxis bzw. Klinik zeigende offene Keile

und Pfeile zeigen die primären und sekundären Einflussmöglichkeiten an.

Die klassischen Modelle sind

- die Einweisung in eine Klinik aus der Praxis
- die Beantragung einer Ermächtigungsbambulanz durch einen leitenden Arzt aus der Klinik, wobei eine Überweisung aus der Praxis für die Inanspruchnahme erforderlich ist
- Varianten hierzu sind die Hochschulambulanz und spezialfachärztliche Versorgung Die spezialfachärztliche Versorgung (§116b-SGB V) ist eine relativ junge Versorgungsebene. Definierte Krankheitsbilder können durch Klinikambulanzen versorgt werden.

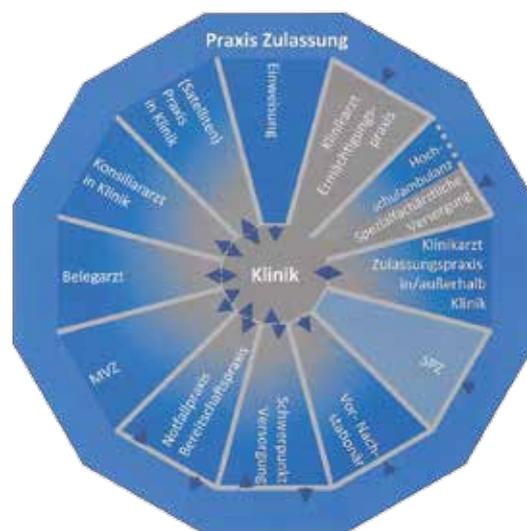
Der klassische Versorgungsweg der niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizin ist die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, seit einigen Jahren auch zunehmend in Form einer **Satelliten-Praxis**, die nach entsprechender Genehmigung auch an Kliniken tätig werden kann.

Die **belegärztliche Versorgung** von Kinder- und Jugendkliniken ist zwar ein immer noch existierendes Modell, wird im Hinblick auf die zunehmende Spezialisierung der Kinder- und Jugendmedizin und die zunehmenden Anforderungen seitens der Medizin aber auch der Patienten als problematisch angesehen. Im Einzelfall kann dies aber zur regionalen Versorgung eine sinnvolle Alternative sein. Ansonsten sind Belegarztabteilungen eher im operativen Bereich gängige Praxis.

Einen besonderen Stellenwert hat der **Konsiliararzt** aus der Praxis, der einen freien Mitarbeitervertrag mit der Klinik hat. Eine Konsiliararztztätigkeit wird von der Kassenärztlichen Vereinigung in der Regel nur dann zu-



Prof. Dr.
Ronald G. Schmid



Versorgungsoptionen zur Zukunftsgestaltung qualitativ hochwertiger Kinder- und Jugendmedizin

gelassen, wenn diese sich auf 13 h pro Woche beschränkt. Dies gilt auch vice versa für in der Praxis tätige Konsiliarärzte aus der Klinik. Teilweise wird bei einer Teilzeittätigkeit in der Praxis (50% Kassenarztsitz) auch eine Tätigkeit bis zu 26 h in der Klinik von der Kassenärztlichen Vereinigung akzeptiert. Hier gibt es eine unterschiedliche Genehmigungspraxis in den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Das Konsiliararztmodell ist von besonderer Bedeutung bei der Verknüpfung von Kenntnissen und Ressourcen aus den Schwerpunktbereichen der Pädiatrie. Spezielle Kenntnisse aus der Praxis können in die Klinik hereingeholt werden und damit, am besten in einem Kooperationsmodell, für Patienten optimale Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

Zu beachten ist zukünftig bei einer Konsiliararzt-Vertragsgestaltung das derzeit in der Planung befindliche Anti-Korruptionsgesetz (§ 299a StGB). Hierzu sei auf den Beitrag aus dem Kinder- und Jugendarzt vom Dezember 2015 verwiesen. (Meschke A, KJA (2015) 760-763)

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und SPZ

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden sowohl von Seiten der niedergelassenen als auch der klinischen Kinder- und Jugendärzte als sinnvoll angesehen, wenn sie in Absprache gestaltet werden. Problematisch für die Seite der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ist die Bildung von MVZ-Strukturen ohne Versorgungsauftrag für die Allgemeinpädiatrie, d.h. nur zu Versorgung spezialisierter Fragestellungen. Problematisch ist aber auch die Gründung eines MVZ durch die Klinik in Konkurrenz zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten. Wenn keine soliden Absprachen getroffen werden, kann ein MVZ für eine Klinik sogar zu einer negativen Belastung werden. Sinnvoll ist es, regionale Spezialangebote, die nicht in Konkurrenz zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten stehen, vorzuhalten. Aus der Klinik-Sicht ist zu beachten, dass die Rentabilität von MVZ weitgehend davon abhängt, wie engagiert der dort bzw. die dort tätigen Kollegen sind und wie das Gesamtkonzept in die Regionalversorgung eingebaut ist.

Durch die Änderungen der gesetzlichen Grundlage im Jahr 2015 sind MVZ zukünftig auch mit der Besetzung nur einer Fachrichtung beantragungsfähig.

Regional schon heute, prospektiv noch zunehmend, wird die Nachbesetzung von Kinder- und Jugendarzt-Praxen vor Ort problematisch. Damit besteht prinzipiell die Möglichkeit von Kinder- und Jugendkliniken, KV-Sitze (Zulassung) zu besetzen und damit in die Basisversorgung der Kinder- und Jugendmedizin einzusteigen. Auch dies sollte in sorgfältiger Absprache mit den übrigen niedergelassenen Ärzten der Fachgruppe erfolgen. Dies ist rein juristisch nicht nötig, da jeder Kinder- und Jugendarzt mit einer Zulassung das gesamte Spektrum der KJM leisten darf und muss. Es ist aber trotzdem sinnvoll Absprachen zu treffen, da ansonsten

die Zusammenarbeit mit der Klinik regional schweren Schaden nehmen kann. Grundsätzlich ist zu erwarten, dass die klassische Ermächtigungs-Praxis, die immer von Befristungen und Tätigkeitseinschränkungen betroffen ist, durch die Platzierung von Zulassungspraxen an Kinder- und Jugendkliniken abgelöst wird. Darüber hinaus gestaltet sich die Finanzierung einer Zulassungspraxis besser als die einer Ermächtigungspraxis.

Voraussetzung für die Gründung einer **Zulassungspraxis** ist ein freier KV-Sitz, der über die Beantragungsgeldregularien bei der KV erworben wird. Bei Bereichen der Schwerpunktmedizin, die regional nicht abgedeckt sind, ist die Beantragung einer **Sonderbedarfszulassung** möglich. Die Tätigkeit ist dann auf den zugelassenen Sonderbedarf beschränkt und ähnelt in dieser Hinsicht ein wenig der Ermächtigungsambulanz.

Sozialpädiatrische Zentren stellen eine zunehmend wichtige Versorgungsebene in der Kinder- und Jugendmedizin dar. Grundsätzlich sollten alle SPZ an Kliniken oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin angebunden sein oder zumindest in räumlicher Nähe liegen. Eine Kinderklinik kann ohne Probleme auch ohne SPZ existieren. Empfehlenswert ist dann aber das Schließen von Kooperationsverträgen mit einem SPZ bis hin zur Platzierung eines Teams an der jeweiligen Klinik. Dabei sind die Zulassungsvoraussetzungen zu beachten.

Derzeit schon praktiziert ist die **vor- und nachstationäre Betreuung** von Patienten. Diese besteht darin, dass Pauschalen zur vor- bzw. nachstationären Versorgung mit den Kostenträgern vereinbart sind und in der Regel ambulante oder kurzstationäre Maßnahmen darüber als vereinbarter Tagessatz abgerechnet werden. Dies wird auch weiterhin, soweit die Kostenträger zur Vereinbarung solcher Versorgungswege ihr Einverständnis geben, möglich sein. Zu erwarten ist jedoch die Fortentwicklung in eine der anderen in diesem Beitrag erläuterten Kooperationswege.

Die Notfallversorgung der Kinder- und Jugendlichen

Ein vom BVKJ favorisiertes Kooperationsmodell ist die **Bereitschaftspraxis**. Die Bereitschaftspraxis beruht auf einem Kooperationsvertrag zwischen Klinik(en), niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) zur Versorgung der Patienten außerhalb der regulären Dienstzeiten. Diese Verträge sind recht unterschiedlich gestaltet. Zumeist besteht die Primärversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte während der Tagesstunden, idealerweise in den Räumen der Klinik. Diese Zeit kann regional je nach Bedarfsermittlung auch in die Nachtstunden ausgeweitet werden. Die übrigen Zeiten werden je nach Vertrag, in den in der Regel auch die KV mit eingebunden ist, durch die Kinder- und Jugendklinik abgedeckt oder in Kombination eines Rufbereitschaftsdienstes der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte mit einer Vor-Ort-Versorgung in der Klinik organisiert.

Die Vorhaltung einer organisierten 24 h-Versorgung der Kinder und Jugendlichen in einer Region

durch Kinder- und Jugendmediziner sollte zur Erfüllung des Qualitätsanspruches vorrangliches Ziel der Kinder- und Jugendmedizin sein!

Die Weiterbildung als Kooperationsmodell

Ein besonderes Problem stellt das Angebot von **Zusatz- und Schwerpunktweiterbildungsstellen** dar. Die dafür qualifizierten Fachärzte sind regional zum Teil in Kliniken, zum Teil im niedergelassen Bereich, zum Teil in beiden Strukturen ansässig. Große Schnittstellen bei der Schwerpunktversorgung zwischen Klinik und Praxis haben die Bereiche: **Pneumologie/ Allergologie, Neuropädiatrie, Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen und Diabetes, Kinderkardiologie** bis hin zu fachübergreifenden Strukturen wie genetische Beratungsstellen. Je nach regionalen Strukturen ist hier eine Kooperation der fachlich qualifizierten Ärzte und Ärztinnen abzustimmen und dringend zu empfehlen.

Die Landesärztekammern geben eine sehr strenge Struktur für eine Weiterbildungsermächtigung vor. Regional sind häufig weder die Kliniken, noch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in der Lage die Bedingungen zu erfüllen. Durch Kooperationsmodelle und die Beantragung gemeinsamer Weiterbildungen in Klinik und Praxis ergeben sich neue Perspektiven zu einer qualifizierten Regionalversorgung. Dies betrifft auch die **Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt**.

Das Kindernetzwerk

Die zunehmende Spezialisierung, aber auch die zunehmende Information der Patienten durch Internet und andere Quellen, erfordert eine zunehmend höhere Qualifikation der Ansprechpartner im Medizinbetrieb. Neben den rein facharztbezogenen Kooperationsmöglichkeiten, müssen dafür auch Informationsquellen anderer Art in Anspruch genommen werden.

Hier sei in erster Linie auf die Tätigkeit des Kindernetzwerkes hingewiesen. Das **Kindernetzwerk** mit Sitz in Aschaffenburg und demnächst in Berlin stellt Informationen zu allen wichtigen Krankheiten bis hin zu den seltenen Erkrankungen zur Verfügung. Es ist durch das überwachende Kuratorium sehr stark kinder- und jugendmedizinisch geprägt, sodass die Informationen den Anforderungen der Pädiatrie in Klinik und Praxis Rechnung tragen (www.kindernetzwerk.de).

Fazit: Kooperationsmodelle sind eine Zukunftsoption, die die Verantwortlichen in der Pädiatrie zukünftig bei dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendmediziner intensiv und aktiv gestalten müssen.

*Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Vizepräsident BVKJ, Köln- Berlin
E-Mail: bvkj@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).

ISSN 1436-9559

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

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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel.: (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@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 Weigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de,

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

Druckauflage 13.567

lt. IVW IV/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547

Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** ColorDruck Solutions GmbH, Leimen – „KINDER-UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 49 vom 1. Oktober 2015

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

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

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

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

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

● **Nachgefragt**

Der Weg in die neue Sprache



Die deutsche Sprache spielt bei der Integration ausländischer Menschen in unsere Gesellschaft die wichtigste Rolle. Sie ist die Basis für alle Bildungsprozesse und für gesellschaftliche Teilhabe. Wie kann es gelingen, Kindern möglichst früh und reibungslos den Weg von ihrer Muttersprache in die deutsche Sprache zu bahnen? Wie können Pädiater verhindern, dass ihnen bei ausländischen Kindern Sprachentwicklungsstörungen nicht auffallen? Und haben Logopäden recht, die behaupten, dass der frühe Therapiebeginn über den Erfolg entscheidet? Darüber sprach mit unserer Zeitschrift BVKJ-Vorstand Dr. Klaus Rodens, der sich in Fachdiskussionen und Vorträgen mit dem Thema der Mehrsprachigkeit beschäftigt hat.

Was ist Mehrsprachigkeit?

Einfach und doch nicht ganz banal: Werden Kinder von frühester Kindheit an mit zwei oder mehr Sprachen konfrontiert, so spricht man von Zwei- oder eben Mehrsprachigkeit.

Welches ist der optimale Zeitpunkt, Deutsch zu lernen für ein Kind mit ausländischen Wurzeln?

Das allerwichtigste ist, dass Kinder möglichst früh eine oder mehrere Muttersprachen gut lernen - in der Regel die in der Familie gesprochene Herkunftssprache. Es ist durchaus möglich, mehr als eine Muttersprache zu lernen. Das geht aber nur bis zu einem Alter von drei Jahren.

Ab etwa vier Jahren lernt ein Kind eine Sprache als Zweitsprache. Ohne ein sicheres Beherrschen der Muttersprache wird es sehr schwer, gut Deutsch zu lernen. Auch hier gilt: Je früher desto besser. Aber es gilt auch: Wenn Migranten mit ihren Kindern nicht ihre Herkunftssprache, sondern schlechtes Deutsch sprechen, hat das nicht unbedingt einen positiven Effekt auf deren deutschen Spracherwerb.

Und welche Unterstützung brauchen Kinder aus Migrantenfamilien, um gut Deutsch zu lernen?

Am allerwichtigsten sind von Anfang an gute deutsche Sprach-

vorbilder im unmittelbaren Umfeld der Kinder, also in der Familie, der Nachbarschaft, in der Kita. Der Fernseher als Sprachvorbild funktioniert nicht!

Worin besteht die besondere Herausforderung bei mehrsprachigen Kindern, die erst in der Kita oder gar der Grundschule der deutschen Sprache begegnen?

Diese Kinder - ab vier Jahren - werden Deutsch als Zweitsprache lernen. Dass Kinder im Vorschulalter viel besser als Erwachsene in der Lage sind, die ihnen fremde deutsche Sprache als Zweitsprache zu lernen, zeigen viele Beispiele aus unserem Praxisalltag. Am wichtigsten sind hochwertige Sprachförderangebote in den KiTas und das konsequente Sprechen der deutschen Sprache, in Grundschulen auch Integrationsklassen mit verstärktem Deutsch- und parallel muttersprachlichem Unterricht.

Wie gut sind nach Ihrer Erfahrung die Kenntnisse von Erzieherinnen über Zweitspracherwerb?

Hier gibt es noch viele Unklarheiten und fehlendes Knowhow, das gilt schon für den normalen Spracherwerb der muttersprachlich deutschen Kinder. Wir brauchen hier mehr Fortbildungen zum Thema.

Deutsch sprechende Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sind relativ einfach zu diagnostizieren.

Wie können Pädiater bei nicht Deutsch sprechenden Kindern Sprachentwicklungsstörungen diagnostizieren?

Naja. Eine gute Differenzialdiagnose der kindlichen Sprachauffälligkeiten ist absolut nicht trivial. Der Sprachleitfaden des BVKJ kann hier schon mal wertvolle Dienste leisten.

Bei fremdsprachigen Kindern stehen wir aber fast alle tatsächlich vor einem Dilemma. Die Verfügbarkeit von guten Dolmetschern ist sehr begrenzt und spezielle praxistaugliche muttersprachadäquate Tests gibt es dafür fast nicht.

Reichen also die üblichen Testverfahren nicht?

Nein. In größerem Stil als praxistaugliches Instrument angekommen ist bisher nur das in viele Sprachen übersetzte Screeningverfahren des SBE-2-KT (Prof. Suchodoletz, München), das aber nur wenige linguistische Ausschnitte des Spracherwerbs im Alter von zwei Jahren abfragt.

Wie groß ist hier die Gefahr, dass Kinder zu spät Hilfe bekommen? Oder ist ein „zu spät“ gar nicht so schlimm? Prof. Dr. Wiebke Scharff-Rethfeldt, Professorin für Logopädie, forderte neulich in einem Interview mit dem deutschen Bundesverband für Logopädie, dass jedes sprachauffällige Kind

so früh wie möglich logopädisch untersucht wird.: „Denn je früher die Logopädin den Befund erheben und die gegebenenfalls notwendige Behandlung durchführen kann, desto schneller und sicherer stellt sich der Erfolg (...) ein.

Diese Parolen klingen doch mehr nach einer Werbeveranstaltung als nach einer seriösen Einschätzung der Realitäten.

Selbstverständlich soll ein sprachentwicklungsgestörtes Kind therapeutische Hilfe bekommen. Das sind kulturunabhängig fünf bis acht Prozent der Kinder. Nur welcher nicht muttersprachliche Therapeut soll sich den nicht deutsch sprechenden Kindern mit Migrati-

onshintergrund aus dieser Gruppe erfolgversprechend annehmen können?

Das Gros an sprachlichen Defiziten ist Resultat von Anregungsarmut und Bildungsferne. Hier sind ganz andere flächendeckende und präventiv wirkende Ansätze der frühkindlichen Sprachförderung gefragt. Dieses Feld gehört mit Sicherheit nicht in den logopädischen Verantwortungsbereich.

Und welche Form der Hilfe brauchen diese Kinder dann? Sprachförderung durch die Erzieherinnen? In der Muttersprache oder in Deutsch? Konzentration auf eine einzige Sprache?

Sprachförderung gehört in die Kinderpädagogik, nicht in den Heilmittel-Reparaturbetrieb. Programmatisch und personell muss von der Politik kräftig in eine deutliche Verbesserung der Sprach-Lernangebote investiert werden. Der hauptsächliche Fokus ist dabei auf die deutsche Sprache zu legen, deren guter Erwerb eine Schlüsselkompetenz für die wichtigsten Herausforderungen im künftigen Leben der Kinder ist, z.B. für eine gute Ausbildung. Wenn daneben auch Angebote zur Festigung der muttersprachlichen Kompetenz geschaffen werden werden, spricht nichts dagegen.

Regine Hauch

OECD: Internationale Mobilität von medizinischen Fachkräften

Die Zahl der in OECD-Ländern tätigen zugewanderten Ärzte und Krankenpflegekräfte ist seit 2004 um insgesamt 60 Prozent gestiegen, meldet die OECD. In diesem Trend spiegelt sich der generelle Zuwachs der Migra-

tion – vor allem von qualifizierten Arbeitskräften – in die OECD Länder wider. Zugleich zeigt er, welchen großen Beitrag die Migration in den 2000er Jahren zum Anstieg der Zahl der Gesundheitsfachkräfte in den OECD-Ländern leistete, obgleich

die allerjüngsten Daten in einer Reihe von Ländern auf einen Rückgang der Zahl der Zuzüge hindeuten.

Die meisten zugewanderten Ärzte und Krankenpflegekräfte stammen aus asiatischen Ländern, aber auch zwischen den OECD-Ländern nimmt die Mobilität derzeit zu, was in erster Linie durch die wachsenden Migrationsströme innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums bedingt ist. Kleine Länder und Inselstaaten verzeichnen aber weiterhin die höchsten Auswanderungsquoten.

2010/2011 entsprach die Zahl der Ärzte und Krankenpflegekräfte, die aus Ländern mit einem starken Mangel an Gesundheitsfachkräften, in der Abgrenzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in Länder des OECD-Raums ausgewandert waren, 20 Prozent des geschätzten Bedarfs an Gesundheitsfachkräften ihrer Herkunftsländer, gegenüber neun Prozent im Jahr 2000/2001.

Quelle: OECD

Red.: ReH

Mobile Ärzte

- Der Anteil der im Ausland geborenen Ärzte nahm in den meisten OECD-Ländern zwischen 2000/2001 und 2010/2011 von durchschnittlich 19,5 Prozent auf über 22 Prozent zu (bezogen auf 23 Länder).
- 2010/2011 machten im Ausland geborene Ärzte und Krankenpflegekräfte, die ihren Beruf in OECD-Ländern ausübten, etwa fünf Prozent aller Gesundheitsfachkräfte weltweit aus.
- In den 26 Ländern, in denen Daten für Ärzte, und den 24 Ländern, in denen Daten für Krankenpflegekräfte vorliegen, stellten im Ausland ausgebildete Ärzte und Krankenpflegekräfte 2012-2014 17 Prozent bzw. sechs Prozent des medizinischen Fachpersonals.
- Zwischen 2000/2001 und 2010/2011 nahm die Zahl der Ärzte und Krankenpflegekräfte, die aus Ländern mit einem starken Mangel an Gesundheitsfachkräften in OECD-Länder auswanderten, um mehr als 80 Prozent zu.

Aktualisierte Online-Datenbank bietet umfangreichen Überblick auch für Pädiater

Wie können Unfälle bei Kindern vermieden werden?

Kinder sind durch Unfälle besonders gefährdet: Sei es zu Hause, beim Spielen draußen, im Straßenverkehr oder im Schwimmbad. Wer gut informiert ist oder Sicherheitsmaßnahmen beachtet, kann die Gefahr von Unfällen bei Kindern deutlich reduzieren. Die Online-Datenbank www.bzga.de/kindersicherheit, ein Gemeinschaftsprojekt der BZgA und der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (BAG), wurde dazu kürzlich umfassend überarbeitet und bietet nun auf dem Gebiet der Kinderunfallprävention einen umfassenden Überblick über eine Vielzahl von Akteuren, Maßnahmen und Angeboten. Gedacht ist das Angebot für Eltern, Lehrerinnen und Lehrer oder Erzieherinnen und Erzieher

und auch für Anbieter von Angeboten zur Unfallverhütung für Kinder.

Die Datenbank umfasst etwa 600 Materialien und Maßnahmen, wie Faltblätter, Broschüren, Checklisten, CD-ROM, Poster und Medienpakete, die dazu beitragen sollen, Unfälle bei Kindern zu vermeiden. Sie bietet außerdem Informationen über Projekte, Veranstaltungen und Fortbildungsprogramme rund um das Thema Verhütung von Kinderunfällen. Pädagogen finden Medienpakete, mit denen sie das Thema Unfallverhütung in ihrem beruflichen Alltag bearbeiten können.

Kinder- und Jugendarztpraxen und Beratungseinrichtungen können für Eltern Merkblätter oder Informationsflyer in der Datenbank anfordern.



Foto: © JackF - Fotolia.com

Info

Hier gehts zur Datenbank:

<http://www.bzga.de/kindersicherheit/>

Red.: ReH

Der neue BVKJ-Online-Shop

Der BVKJ ist zum Jahreswechsel mit dem neuen BVKJ-Onlineshop gestartet. Neben unserem Infomaterial bieten wir unseren Mitgliedern exklusiv eine Reihe von Produkten für den Praxisalltag an. Bei der Auswahl der Produkte achten wir auf Qualität, Nachhaltigkeit und die Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern.

Für Ihre Praxis bieten wir Produkte aus den folgenden Bereichen an:

- Infomaterial
- Literatur
- Textilien
- Druckprodukte
- Wartezimmerausstattung
- Behandlungszimmerausstattung
- Jemako-Hygieneprodukte

Bei einer Bestellung können Sie bequem per PayPal oder wie gewohnt per Rechnung bezahlen. Beide Wege stehen Ihnen offen. Besuchen Sie unseren Shop und stöbern Sie in den vielfältigen Angeboten! Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Onlineeinkauf!

So geht's

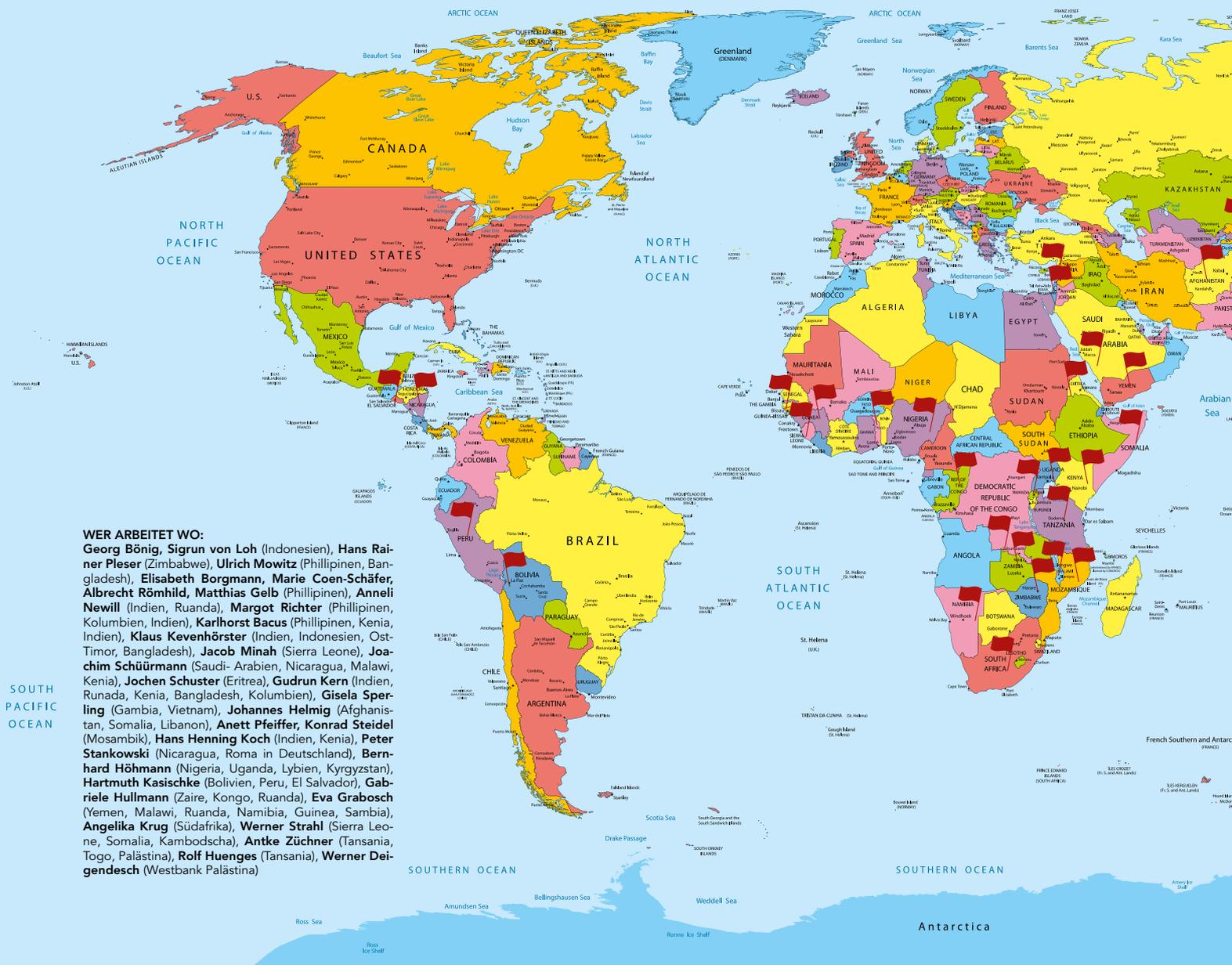
Rufen Sie einfach die Seite www.bvkj-shop.de auf und klicken Sie oben rechts auf „Anmelden“. Wenn Sie noch kein Kundenkonto haben, gehen Sie bitte auf „Benutzerkonto anlegen“. Für die Erstellung Ihres Kundenkontos benötigen Sie neben Ihren Kontaktdaten auch Ihr Geburtsdatum und Ihre Mitgliedsnummer. Damit wird Ihre Mitgliedschaft überprüft. Dieser Vorgang muss



natürlich nur einmal vorgenommen werden. In Zukunft können Sie sich dann mit Ihrer E-Mail-Adresse und Passwort anmelden.

Red.: WH

Pädiater wirken weltweit für Kinder in Krisenregionen



WER ARBEITET WO:

Georg Böning, **Sigrun von Loh** (Indonesien), **Hans Rainer Pleser** (Zimbabwe), **Ulrich Mowitz** (Philippinen, Bangladesh), **Elisabeth Borgmann**, **Marie Coen-Schäfer**, **Albrecht Römhild**, **Matthias Gelb** (Philippinen), **Anneli Newill** (Indien, Ruanda), **Margot Richter** (Philippinen, Kolumbien, Indien), **Karlhorst Bacus** (Philippinen, Kenia, Indien), **Klaus Kevenhörster** (Indien, Indonesien, Ost-Timor, Bangladesh), **Jacob Minah** (Sierra Leone), **Jochim Schürmann** (Saudi-Arabien, Nicaragua, Malawi, Kenia), **Jochen Schuster** (Eritrea), **Gudrun Kern** (Indien, Runada, Kenia, Bangladesh, Kolumbien), **Gisela Sperling** (Gambia, Vietnam), **Johannes Helmig** (Afghanistan, Somalia, Libanon), **Anett Pfeiffer**, **Konrad Steidel** (Mosambik), **Hans Henning Koch** (Indien, Kenia), **Peter Stankowski** (Nicaragua, Roma in Deutschland), **Bernhard Höhmann** (Nigeria, Uganda, Lybien, Kyrgystan), **Hartmuth Kasischke** (Bolivien, Peru, El Salvador), **Gabriele Hullmann** (Zaire, Kongo, Ruanda), **Eva Grabosch** (Yemen, Malawi, Ruanda, Namibia, Guinea, Sambia), **Angelika Krug** (Südafrika), **Werner Strahl** (Sierra Leone, Somalia, Kambodscha), **Antke Zächner** (Tansania, Togo, Palästina), **Rolf Huenges** (Tansania), **Werner Deigendesch** (Westbank Palästina)

Wie können wir minderjährige Flüchtlinge und Asylbewerber medizinisch gut versorgen? Diese Frage bewegt derzeit Kinder- und Jugendärzte in Kliniken und Praxen überall in Deutschland. Einsätze von Pädiatern für Kinder in armen Ländern und Krisenregionen haben dagegen schon eine jahrzehntelange Tradition. Aus gutem Grund:

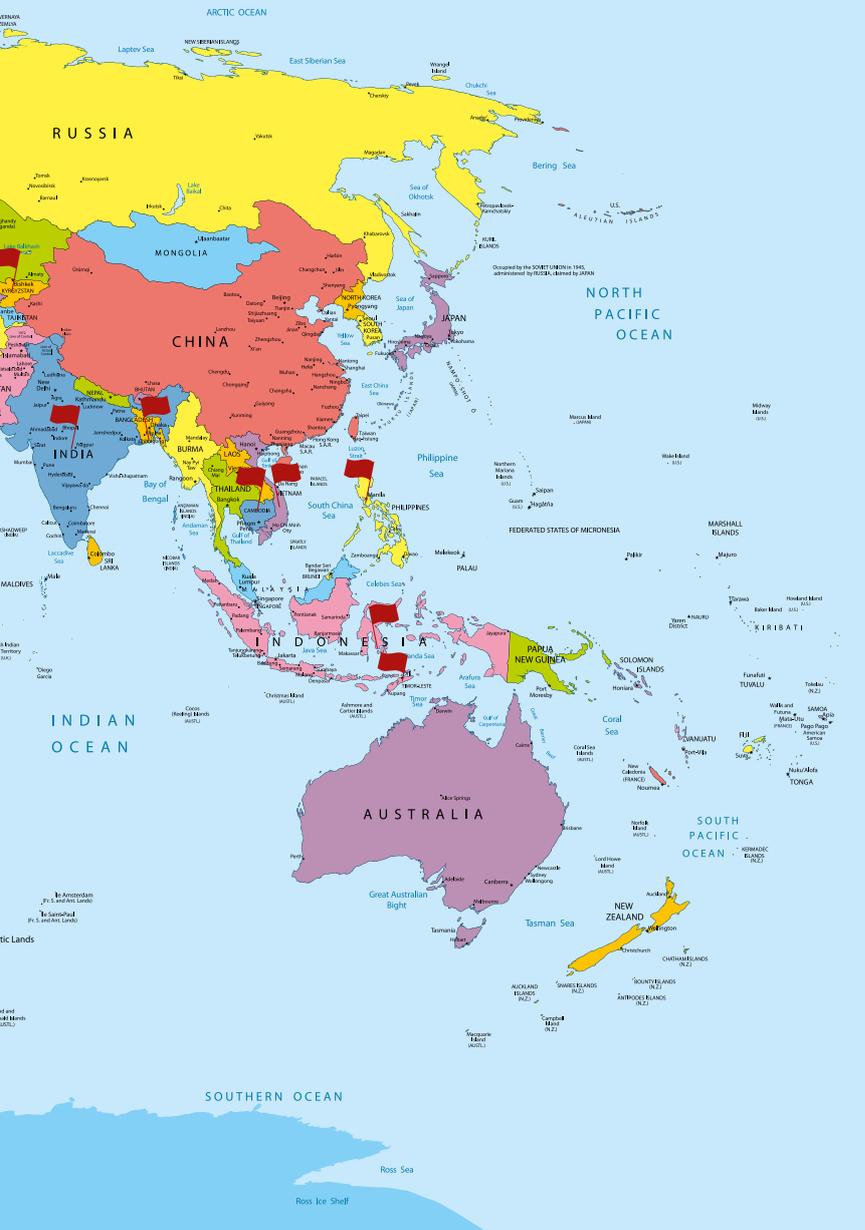
Der Großteil der Kinder und Jugendlichen lebt in Entwicklungsländern. Viele leiden an Hunger und

Krankheiten und fristen ihr Leben unter schrecklichen Bedingungen. Es ist ein Gebot der Menschlichkeit, aber auch im ureigenen Interesse der Menschen in Deutschland, auch den Kindern und Jugendlichen in anderen Ländern zu helfen, gesund aufzuwachsen.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. vergibt daher jährlich den Preis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ an Kollegen, die sich für eine längere Zeit in einem Entwicklungsland

oder einer Krisenregion der Welt engagiert haben. Sei es durch direkten pädiatrischen Dienst am Kind oder auch durch Förderung oder Verwaltung von Projekten, die Kindern und Jugendlichen in Krisenregionen zu Gute kommen. Der Preis soll als Anerkennung, Dank und auch Ermutigung für das nachhaltige Engagement des Bewerbers/-in für notleidende Kinder in der Welt sein.

Dank der Anstrengungen der BVKJ-Geschäftsführung gelingt es



immer wieder, Firmen zur Übernahme des Preisgeldes (zur Zeit 5.000 €) zu gewinnen. Bisher haben sich dankenswerterweise die Firmen Fresenius, Merck, Yamanoichi und zuletzt KrewelMeuselbach daran beteiligt. Viele Preisträger verwenden das Preisgeld direkt in Projekten in Afrika, Asien oder Südamerika.

Beim BVKJ gehen in jedem Jahr Vorschläge von Berufskollegen oder auch von der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie ein. Die Preisträ-

ger werden auf Vorschlag des Beauftragten „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ dem Präsidenten und dem Vorstand des BVKJ unterbreitet, der die endgültige Auswahl trifft. Dieses Amt haben von 1988 bis 2003 Dr. Hans Joachim Landzettel und von 2004 bis 2007 Dr. Stefan Nolte wahrgenommen. Seit 2008 ist der Autor dazu beauftragt. Er hat selbst acht Jahre in Mittelamerika (Nicaragua/El Salvador) gearbeitet.

Früher kamen viele Belobigte aus dem Kreis der Unterstützer des Ko-

mittees Ärzte für die Dritte Welt, das heute German Doctors heißt. Zum Teil mehrfach hatten die Kollegen ihren bis zu sechswöchigen Urlaub für Sprechstunden-Einsätze auf den Philippinen, in Bangladesch oder in afrikanischen Ländern geopfert.

In den vergangenen Jahren wurde bei der Preisvergabe das Schwergewicht auf Pädiater gelegt, die sich viele Jahre (oder ein ganzes Berufsleben) in der ambulanten oder stationären Versorgung in Entwicklungsländern eingesetzt haben. Einige unserer Preisträger haben damit auch bewusst auf eine sichere, bequeme Tätigkeit in Deutschland und auch auf eine Hochschulkarriere verzichtet. Diese Kollegen machen meistens nicht von sich reden und sind uns oft kaum bekannt. Der Ausschreibungstext wurde 2013 geändert:

Ausschreibung des Förderpreises „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. schreibt für das Jahr den Förderpreis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ aus, für den Kinder- und Jugendärzte vorgeschlagen werden können, die sich über einen längeren Zeitraum für benachteiligte Kinder in Krisenregionen oder in der Entwicklungszusammenarbeit persönlich eingesetzt haben.

Die Bewerbung – auch durch Dritte- muss das Vorhaben detailliert beschreiben und einen Lebenslauf enthalten. Der Preis ist mit 5.000,- € dotiert. Er soll Anerkennung und Dank für das nachhaltige Engagement des Bewerbers/ Bewerberin für notleidende Kinder unserer Welt sein.

Bei den Ausgezeichneten handelt es sich um herausragende Persönlichkeiten unseres Berufsstandes, deren Einsätze beispielhaft sind und auf die wir Daheimgebliebenen stolz sein dürfen. Auch allen nicht ausgezeichneten Bewerbern gebührt Dank für Ihre Einsätze.

Dr. Gottfried Huss MPH
Beauftragter BVKJ „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“
E-Mail: grhuss@t-online.de

Red.: ReH

Die App-Trilogie „Schwanger & Essen“, „Baby & Essen“ und „Kind & Essen“

Gut ernährt von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter

Informationen zu Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft und zum gesunden Aufwachsen in der Kindheit gibt es in Hülle und Fülle. Die App-Trilogie „Schwanger & Essen“, „Baby & Essen“ und „Kind & Essen“ basiert auf aktuellen Empfehlungen der Wissenschaft und den Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben (www.gesund-ins-leben.de). Ohne auf hilfreiche Features, wie Kalender und Checks, zu verzichten, liefern die Apps wichtige Informationen zu ausgewogener Ernährung, Bewegung und gesundem Aufwachsen in Schwangerschaft, Säuglingsalter und frühen Kindheit. Entwickelt haben sie das Kompetenzzentrum für Ernährung, das Netzwerk Gesund ins Leben und die Stiftung Kindergesundheit. Gefördert wird die App-Trilogie vom Bayerischen Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft.

App-Trilogie fundiert, umfassend und praxisnah

Die praxisnah gestalteten Apps bauen inhaltlich aufeinander auf und sind technisch eng miteinander verknüpft. Durch individualisierbare Profile und die Favoritenfunktion bekommen Eltern und diejenigen, die es werden wollen, wichtige Informationen auf einen Blick. Checks und Checklisten unterstützen den Alltag der Mutter und per Knopfdruck kann auch der Vater daran teilhaben. Die Inhalte der Apps basieren auf den Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben. Gynäkologen, Hebammen, Ernährungswissenschaftler sowie Kinder- und Jugendärzte haben

ihre Expertise in die Entwicklung gleichermaßen eingebracht.

Elternsein bringt Neues und Spannendes

Die App „Baby & Essen“ unterstützt Eltern im ersten Lebensjahr ihres Babys. Zum Beispiel mit einem Allergie-Risiko-Check. Dieser findet heraus, ob das Baby ein erhöhtes Allergierisiko hat und was in diesem Fall getan werden kann. Und wer den „Reif-für-Brei-Check“ macht, weiß, ob das Baby bereit ist für die ersten Löffel Brei. Schritt für Schritt wird erklärt, wie und mit welchen Zutaten die Gemüse-, Milch- und Getreidebreie ganz leicht selbst zubereitet werden – Breirezepte inklusive.

Familienessen mit Kindern

Die App „Kind & Essen“ unterstützt Eltern mit praktischen Ernährungsempfehlungen und speziellen Rezepten für Kleinkinder und macht Lust auf gesundheitsförderliche Mahlzeiten. Mit Hilfe des Ernährungs-Checks ist es einfach zu prüfen, was das Kind im Laufe eines Tages isst und welche Nahrungsmittel in den nächsten Mahlzeiten vorkommen sollten. Der digitale Notizblock stellt sicher, dass beim Einkauf nichts vergessen wird. Neben Ernährungsthemen bietet die App Informationen zu Bewegung, zur Betreuung und wichtigen Themen der Kindergesundheit wie Infektionserkrankungen, Impfungen, Allergien und vieles mehr. Interaktive Features wie News, Tipps und Profile für ein, zwei oder mehr Kinder erleichtern den Familienalltag.



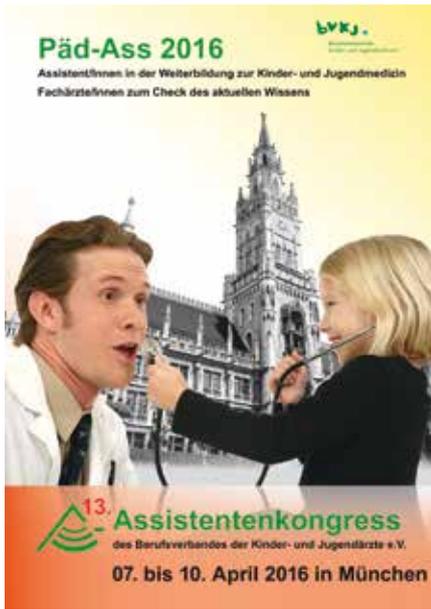
Die App-Trilogie „Schwanger & Essen“, „Baby & Essen“ sowie „Kind & Essen“ sind kostenlos im Apple-Store und Google Play Store zum Download verfügbar.

Werbefrei

Die Apps enthalten keinerlei Werbung und gewährleisten den Datenschutz, indem sie keine personenbezogenen Daten speichern und an Dritte weitergeben. Die Apps sind kostenlos in den App-Stores erhältlich.

Weitere Informationen unter: www.familie-gesund-ernährt.de.

Red.: ReH



Donnerstag, 07. April 2016

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):

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

Freitag, 08. April 2016

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen: Kinder- u. jugendmedizinischer Notfall; pädiatrische Onkologie – frühzeitiges Erkennen von Tumorkrankheiten; Neonatologie;

Ernährung von Früh- u. Neugeborenen – enteral, parenteral; Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit; Neuropädiatrie; Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- u. Jugendalter – Beschlüsse des GBA – Präventionsgesetz; akute Gangstörung; Gastroenterologie; Perspektiven und Berufschancen des Kinder- u. Jugendarztes; „Schwierige“ Eltern und „schwierige“ Helfer: ärztliche Kommunikation im Konfliktfall

Referenten: Prof. Dr. T. Nicolai; Prof. Dr. S. Burdach; Prof. Dr. J. Peters; Prof. Dr. W. Mihatsch; Dr. R. Schuler; Prof. Dr. A. Schulze; Prof. Dr. F. Heinen; Prof. Dr. R. G. Schmid; Prof. Dr. F. Aksu; Prof. Dr. M. Radke; Dr. T. Fischbach; Prof. Dr. W. Kölfen

Samstag, 9. April 2016

Pulmonologie/Allergologie; Entwicklungs- und Sozialpädiatrie; Kinderchirurgie; Procedere bei Verdacht auf Kindesmisshandlung; Diagnostik und Therapie von Leberkrankheiten; Endokrinologie
Referenten: Prof. Dr. C.-P. Bauer; Prof. Dr. V. Mall; Prof. Dr. S. Kellnar; Dr. M.N. Landgraf; Prof. Dr. T. Lang; Prof. Dr. H. Schmidt

Sonntag, 10. April 2016

Televoting-Quiz: Röntgenbilder: Beurteilung und Differenzierung von Normalbefunden und Pathologie; Sonographie von Gehirn, Abdomen, Urogenitaltrakt
Referenten: Dr. U. Hiener; Dr. B. Kammer

Samstag 09.04. und Sonntag, 10.04.2016 Seminare zur Erweiterung des Basiswissens:

Ernährung, Kinderkardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie, Entwicklungs- und Sozialpädiatrie, Onkologie, Neonatologie, Reanimationstraining, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse:

Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Bauchschmerzdiagnostik, Tatort Haut, Berechnung Infusionsplan in Neonatologie u. Intensivmedizin, Einführung in die EEG-Diagnostik, Diabetes mellitus, Vorsorgeuntersuchungen, Spannendes aus dem Praxisalltag, Entwicklungsbeurteilung Altersgruppe 0 – 3 Jahre; Pediatric Stroke – ein gar nicht so seltener Notfall; Lungenfunktionsdiagnostik; Autismus; Auffällige Befunde im Blutbild; Sonderseminare Radiologie, Sonographie - Urogenitaltrakt und Notfall-Sonographie; Säuglingsernährung, Harnwegsinfekte, Kardiologische Diagnostik; Beatmung Früh- u. Neugeborener, Fetale Alkoholspektrumsstörung; Neuropädiatrische Untersuchung; Akute kinderchirurgische Versorgung; Entwicklungsneurologische Untersuchung; Rheumatologie; Nahrungsmittelunverträglichkeit.

Ausführliches Programm:

www.bvkj.de

Infos und Anmeldung:

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

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 07.04.2016: 95,-€
 - Teilnahme vom 08.-10.04.2016: 290,-€
- Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:
- Teilnahme am 07.04.2016: 190,-€
 - Teilnahme vom 08.-10.04.2016: 490,-€

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

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

ANMELDUNG zum 13. Assistentenkongress in München vom 07.–10.04.2016

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

Ich möchte teilnehmen:

- am Donnerstag, 07.04.2016 Mein Klinik-Seminarwunsch: _____
 für Mitglieder 95,-€ für Nichtmitglieder 190,-€
- von Freitag, 08.04. bis Sonntag, 10.04.2016
 für Mitglieder 290,-€ für Nichtmitglieder 490,-€
 an der Rallye, Freitagabend im Augustiner, Samstagabend

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____

3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Name/Vorname: _____ Mail: _____

Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Der krebsinformationsdienst.med:

Onkologischer Informationsservice für Fachkreise

Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums bietet seit 1986 aktuelle wissenschaftlich fundierte Information zum Thema Krebs für Betroffene. Über den Fachkreise-Service krebsinformationsdienst.med können seit zwei Jahren Ärzte fundierte Informationen aus dem gesamten Spektrum der Onkologie abrufen. Auch Pädiater werden hier fündig: So können beispielsweise Fragen zur Krebserkrankungen von Eltern oder zur Prävention und Krebsfrüherkennung bei familiärer Belastung, aber auch zu Tumorerkrankungen bei Kindern an die Ärzte/innen des Dienstes gestellt werden.



Foto: © Frantab – Fotolia.com

Für Ärzten/innen und andere Fachleuten, die an der medizinischen Versorgung Krebskranker beteiligt sind, steht seit 2014 mit dem krebsinformationsdienst.med ein spezielles Informationsangebot zur Verfügung. Bei allgemeinen oder fallspezifischen Fragen zur Diagnostik und Behandlung – der krebsinformationsdienst.med unterstützt Fachkreise mit aktuellen, qualitätsgesicherten und individuell zugeschnittenen Informationen. Dabei werden auch die wesentlichen Quellen angegeben, die den vermittelten Informationen zugrundeliegen. Ergänzend steht kostenfreies Informationsmaterial für die Weitergabe an Patienten zur Verfügung – etwa Broschüren und Informationsblätter zu häufig nachgefragten Themen.

Die Angebote des Krebsinformationsdienstes werden aus öffentlichen Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg finanziert. Auf dieser Basis informiert der Krebsinformationsdienst neutral und unabhängig.

Kontakt:

krebsinformationsdienst.med
Wissen gezielt Nutzen – ein Angebot für Fachkreise, Telefon: 0800 – 430 40 50, täglich von 8:00 bis 20:00 Uhr, E-Mail: kid.med@dkfz.de
Internet:
www.krebsinformationsdienst.de/fachkreise

Red.: ReH

Zahl des Monats ●●●

56.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gibt es bundesweit

Insgesamt 56.025 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) leben in der Bundesrepublik. Diese Zahl nannte die rheinland-pfälzische Familienministerin Irene Alt (Grüne) am 24. November in Mainz. Es handelt sich um Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die ohne Eltern oder andere sorgeberechtigte Personen einreisen. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden von Jugendämtern in Obhut genommen, betreut und untergebracht.

Quelle: KNA

Red.: ReH

Fragen zu Krebs – der Krebsinformationsdienst ist für Sie da.

Krebspatienten und Angehörige, aber auch Nicht-Betroffene mit Fragen zum Thema Krebs können sich beim Krebsinformationsdienst aktuell und verständlich informieren. Die Ärzte/innen des Krebsinformationsdienstes beraten etwa 34.000 Nutzer jährlich per Telefon (0800 – 420 30 40) und E-Mail (krebsinformationsdienst@dkfz.de) zu Risikofaktoren, Prävention und Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Sie geben auch Hinweise zum Leben mit Krebs, etwa zum Umgang

mit belastenden Symptomen oder Nebenwirkungen von Krebstherapien. Grundlage ist jeweils die beste verfügbare Evidenz zum Thema, die von einem interdisziplinären Team in einer internen Wissensdatenbank zusammengestellt wird. Darauf aufbauend bietet die Internetseite www.krebsinformationsdienst.de einen Überblick über ein breites Themenspektrum, mit zahlreichen Literaturhinweisen und Links sowie Adressen von psychosozialen Unterstützungsangeboten.

PaedExpert: Telemedizin in der ambulanten Pädiatrie

Am 7.1.2016 stellten auf einer Pressekonferenz in Berlin BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach, Initiator Dr. Martin Lang, BVKJ-Pressesprecher Dr. H. Josef Kahl und die Geschäftsführerin der BVKJ Service GmbH, Anke Emgenbroich sowie Dr. Mani Rafii Barmer-Vorstand und sein Pressesprecher Daniel Freudenreich das Projekt PädExpert vor.

PädExpert haben die bayrischen Kinder- und Jugendärzten ins Leben gerufen und in einer dreijährigen Pilotphase getestet. Dabei wurden sie bei der Projektentwicklung von der bayerischen Staatsregierung unterstützt und erhielten sogar den bayerischen Gesundheitspreis. Für die Datensicherheit sorgte die Firma Monks. Finanziell unterstützt wurden die Kollegen vom Bayrischen Gesundheitsministerium.

Was ist PädExpert?

PädExpert ist die erste telemedizinische ärztliche Maßnahme, durch die niedergelassene Allgemeinpädiater per Telemedizin gezielt Fragen an einen pädiatrischen Subspezialisten stellen können, wenn sich im Laufe einer Behandlung ein medizinisches Problem einstellt, das spezielle Kenntnisse in einem Schwerpunktbereich erfordert. Innerhalb von 24 Stunden erstellt dieser eine medizinische Expertise, sei es im diagnostischen oder therapeutischen Bereich.

Von den 420 in der Pilotphase online erstellten Diagnosen seien zwei exemplarisch vorgestellt.

- Bei einem Säugling mit schwerer makrozytärer Anämie konnte die ursprüngliche Fehldiagnose einer Thalassämie kurzfristig revidiert und dank des Blutbildes als Vitamin-B-12-Mangels korrigiert werden. Die behandelnde Kollegin konnte das Kind sofort intramuskulär mit Vitamin B 12 versorgen.
- Ein Neugeborenes wird mit der Diagnose einer harmlosen

Schwellung an der Nase nach Hause entlassen. Dem behandelnden Kollegen war der Befund jedoch verdächtig und er bittet per Telemedizin um eine dermatologisch-onkologische Stellungnahme. Es stellt sich heraus, dass es sich um einen seltenen Tumor handelte, der kurzfristig operativ entfernt werden musste.

Dank dieser und anderer telemedizinischen Konsile mussten zwei von drei Kindern / Jugendlichen nicht mehr zum Spezialisten. Der Diagnosezeitraum verkürzte sich laut der Ergebnisse der bayrischen Pilotphase um 10,3 – bei hämatologischen Fragen sogar um 30 – Tage.

Warum PädExpert so wichtig ist

PädExpert ist besonders im ländlichen Raum wichtig, da die Spezialisten dort rar und die Anfahrtswege oft weit sind. Aber auch in den Ballungsgebieten ist die Verkürzung des Diagnosezeitpunktes von Vorteil, außerdem können die langen Wartezeiten bei der Vorstellung beim Spezialisten erheblich verkürzt werden, wenn dies auf Grund der verschickten Befunde notwendig erscheint.

Die Barmer und PädExpert

Die Barmer GEK war von der Idee überzeugt und hat in einem Vertrag mit dem Landesverband Bayern ab sofort für die telemedizinische Versorgung ihrer Ver-



sicherten eine Honorierung der teilnehmenden Pädiater vereinbart. Ab 1.7.2016 soll das Modell **PädExpert** bundesweit angeboten werden.

Sowohl Dr Mani Rafii als auch Dr. Thomas Fischbach sehen in diesem Modellvorhaben eine weitere Verbesserung der ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Diese erste telemedizinische Vernetzung im ambulanten Sektor dürfte Signalcharakter haben. Daher spricht Dr. Fischbach von einem „Meilenstein für die Gesundheitsversorgung“ und hofft, dass möglichst bald alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte diese Maßnahme nutzen.

Dr. Hermann-Josef Kahl
E-Mail: praxis@freenet.de
Der Autor ist Pressesprecher des BVKJ

Red.: ReH

Erste Ergebnisse der BZgA-Studie „Jugendsexualität 2015“

Jugend nicht früher sexuell aktiv – Verhütungsverhalten entwickelt sich weiterhin positiv

Sie sind sexuell aktiv und verhüten gut. Das kennzeichnet die heutigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Kulturelle Unterschiede finden sich je nach Herkunft. Dies zeigen die aktuellen Ergebnisse der neuen Studie „Jugendsexualität 2015“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).



Foto: © Photographeseen - Fotolia.com

Mädchen und junge Frauen deutscher Herkunft trifft das in vier Prozent zu.

Für Mädchen und junge Frauen mit Migrationsgeschichte ist bis ins Erwachsenenalter hinein ein anderes Motiv relevant: die Angst, „dass die Eltern davon erfahren“ (20 Prozent). Dieses Argument teilen Mädchen und junge Frauen aus deutschen Elternhäusern in jüngeren Jahren, mit zunehmendem Alter ist es weniger von Bedeutung.

Verhütungsbewusstsein deutlich vorhanden

Das Verhütungsverhalten der 14- bis 17-jährigen ist ausgesprochen umsichtig. Über 90 Prozent der sexuell aktiven jungen Menschen sprechen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin über Verhütung. Wie sehr sich das Verhütungsverhalten verbessert hat, zeigt der Langzeitvergleich, der für deutsche Jugendliche vorliegt: 1980 trafen 29 Prozent der Jungen und 20 Prozent der Mädchen keine Verhütungsvorkehrungen beim „ersten Mal“, heute sind es nur noch sechs bzw. acht Prozent.

Für Jugendliche mit Migrationshintergrund ist ein Trendvergleich für die vergangenen zehn Jahre möglich. Bei Jungen mit ausländischen Wurzeln ging die Zahl Nichtverhütender beim „ersten Mal“ von 34 Prozent in 2005 auf heute zehn Prozent zurück, bei den Mädchen von 19 Prozent auf zwei Prozent. Das Kondom ist bei Jugendlichen

Das „erste Mal“ – kulturell unterschiedlich

Während sexuelle Aktivitäten unter den 14-Jährigen insgesamt mit durchschnittlich sechs Prozent noch die Ausnahme sind, hat im Alter von 17 Jahren mehr als die Hälfte Geschlechtsverkehr-Erfahrung. Im Alter von 19 Jahren haben 90 Prozent der jungen Frauen deutscher Herkunft das „erste Mal“ erlebt. Junge Frauen mit ausländischen Wurzeln sind im Alter von 21 Jahren zu gut zwei Dritteln sexuell aktiv geworden (70 Prozent). Für junge Männer gilt dies erst zwei bzw. drei Jahre später.

„Annahmen, wonach immer mehr junge Menschen immer früher sexuell aktiv werden, bestätigen sich nicht“, betont **Dr. Heidrun Thaiss**, Leiterin der BZgA. „Positiv ist auch zu sehen, dass eine feste Partnerschaft jungen Menschen beim ‘ersten Mal’ wichtig ist.“ Das Fehlen des oder der „Richtigen“ ist unabhängig von Geschlecht und Herkunft der Hauptgrund für Zurückhaltung. Für Mädchen und junge Frauen aus Migrantenfamilien spielen daneben moralische Bedenken eine wichtige Rolle. Beispielsweise geben 28 Prozent das Motiv „vor der Ehe finde ich das nicht richtig“ als Grund für die sexuelle Zurückhaltung an. Bei

und jungen Erwachsenen mit deutlichem Abstand das Verhütungsmittel Nummer eins beim "ersten Mal". 73 Prozent der 14- bis 25-Jährigen geben dies an.

Gerade für männliche Jugendliche wichtig: die Vermittlungsinstanz Schule

„Das Elternhaus spielt bei der Sexualaufklärung eine wichtige Rolle. Eltern sind für ihre Kinder wichtige Vertrauenspersonen und eine zentrale Beratungsinstanz in Verhütungsfragen,“ sagt Dr. Thaiss. Je nach Herkunft leisten Eltern unterschiedliche Aufklärungsarbeit: Aktuell sprachen 63 Prozent der Mädchen und 51 Prozent der Jungen deutscher Herkunft mit ihren Eltern über Verhütung, aber nur 41 Prozent der Mädchen und 36 Prozent der Jungen aus Elternhäusern mit Migrationshintergrund. Auch der Institution Schule kommt eine wichtige Aufgabe zu: Im Schnitt

geben 93 Prozent der Jugendlichen an, Themen der Sexualaufklärung im Unterricht besprochen zu haben. Auf die Frage nach der wichtigsten Bezugsperson im Rahmen ihrer Aufklärung gefragt, nennen Jungen Lehrer und Lehrerinnen an erster Stelle. Lehrer und Lehrerinnen sind gerade für Jugendliche mit Migrationshintergrund wichtige Bezugspersonen, weil ihnen vielfach die Eltern als Ansprechpartner fehlen.

Informationen zur Studie

Zum achten Mal wurden im Zeitraum Frühjahr bis Sommer 2014 im Auftrag der BZgA für die Studie 5.750 Interviews bundesweit geführt. 3.500 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren sowie deren Eltern und 2.250 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren wurden zu ihrer Einstellung und ihrem Verhalten zu Fragen der Sexualität und Verhütung befragt. 1.750 davon mit Migrationshintergrund.

Red.: ReH

Infos:

<http://www.forschung.sexualaufklaerung.de>

<http://www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/sexualaufklaerung-verhuetung/>

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Nationalen Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland herausgegeben, Sie finden diesen unter folgendem Link im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Aktionsplan_Masern_Roeteln.pdf

Red.: WH

Praxisregel-Plakate von Janosch informieren Eltern und Kinder

Benehmen ist keine Glücksache



In der Praxis sollten Kinder (und Eltern) besser nicht essen. Spatel, Verbände, kleine Dosen und auch der Computer sind Spielsachen, mit denen sich Kind und Eltern die Wartezeit nicht vertreiben können. Volle Windeln sind ein Fall für den heimischen Mülleimer. Und Kleider und Schuhe sollten schon ausgezogen sein, wenn der Arzt ins Untersuchungszimmer kommt. Alles eigentlich selbstverständlich. Aber die tägliche Praxis zeigt das Gegenteil. Deshalb gibt es ab sofort Plakate mit den wichtigsten Praxisregeln von Janosch. Kleiner Bär, kleiner Tiger und natürlich die Tigerente zeigen Eltern und Kindern, wie es richtig geht. Die Plakate sind mit Unterstützung der Verlagsgruppe Beltz entstanden.

Zu beziehen sind die Plakate über den Online-Shop des BVKJ.

ReH



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

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

(02 21) 6 89 09 21.



Neue Kongressstruktur für den 44. Herbst-Seminar-Kongress Bad Orb

Samstag, 8.10.2016 bis zum Dienstag, 11.10.2016.

Bad Orb 2015, Kongresssthema „Fehlbildungen“. Prof. Spranger, Emeritus Universitätskinderklinik Mainz, schritt vor seinem Eröffnungsvortrag nachdenklich auf der Bühne hin und her. Ich kannte meinen früheren Chef, was kommt jetzt? „Herr Keller, wie viele niedergelassene Pädiater gibt es in Deutschland? Warum sitzen hier nur 200?“

Dies und viele andere Kommentare von Teilnehmern in Bad Orb in den regelmäßigen Umfragen des BVKJ haben uns im Fortbildungsausschuss bewogen, nach 2010 nochmals die Kongressstruktur zu ändern und den Wünschen der Teilnehmer anzupassen: **„weniger dicht, kürzer, weniger Vorträge, mehr Zeit für kollegiale Gespräche“!**

Ort Bad Orb und Zeitraum Oktober sind z.Zt. aus Sicht des BVKJ alternativlos im Kontext von Kosten, Wetterlage, Daten anderer Kongresse und Platzbedarf für die vielen Gremien, AGs und Fortbildungsangebote des BVKJ (z.B. psychosomatische Grundversorgung).

Der 44. HSK Bad Orb hat das pädiatrische Hauptthema schlechthin zum Fokus gemacht: Die Prävention: „Prävention ist Zukunft –

Zukunft ist Prävention“, Samstag, 8.10.2016 bis Dienstag, 11.10.2016.

Das bedeutet ein Tag kürzer, ein Tag weniger Praxis schließen oder Vertreterkosten. Sie bekommen vier Tage Fortbildung zur Prävention in Form von Seminaren und Vorträgen im Wechsel, sowie die gewohnten Symposien. Wer einen Seminarblock nicht belegen will, hat stattdessen mehr Zeit für die „work-life-balance“ bzw. den kollegialen Austausch beim Wandern oder in der Therme.

Die individuelle Anreise aus allen Regionen sollte am Freitagnachmittag, 7.10.2016, problemlos möglich sein.

Der Kongress beginnt am **Samstag, 8.10.2016, 9.00 Uhr**, mit Seminaren und Vorträgen **vor** der Delegiertenversammlung (DV: Start wie bisher 14.00 Uhr) gefolgt von Symposien, Seminaren und Vorträgen **während** der DV. Vorläufig geplant sind beispielsweise Themen wie **Prävention von Adipositas und Allergien (was ist möglich, was nicht?)**, sowie **„Änderungen der Früherkennungsrichtlinien“** und **„vorausschauende Beratung“** als Vorträge und Seminare.

In ähnlicher Struktur ist der **Sonntag, 9.10.2016**, dem Thema **Präventionsgesetz und den Impfungen** gewidmet, der **Montag,**

10.11., den Frühen Hilfen sowie dem Migrationsthema.

Am **Dienstag, 11.10.** könnten Themen wie **Gewaltprävention** und **Transition** zur Sprache kommen, ergänzt durch Symposien und Seminare, die spezielle Aspekte tiefer beleuchten. Tagungsende ist dann der Dienstagnachmittag.

Wir vom Fortbildungsausschuss hoffen, damit die Wünsche vieler zu erfüllen, die gerne nach Bad Orb kommen. Wir hoffen, dass **das** Thema der Pädiatrie, die Prävention, und die geänderte Kongressstruktur noch mehr Pädiater nach Bad Orb ziehen werden. Lokale Qualitätszirkel sind gut. Der Austausch bei überregionalen Tagungen gibt uns jedoch noch mehr Anregungen auch für die Themen der Qualitätszirkel, gewissermaßen um uns mit „frischem Blut“ aufzufüllen. Der Veranstalter und Anbieter ist ihr aktiver Berufsverband, der in ganzem Umfang Ihren Interessen und beruflichen Anliegen nachkommt, denn nur so wird alles gut:

Kommen Sie im Oktober 2016 für vier Tage nach Bad Orb!

Wir freuen uns auf Sie!

*Für den Fortbildungsausschuss,
Prof. Dr. Klaus-Michael Keller
Wiesbaden*

Stefan-Engel-Preis

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) schreibt zum neunten Mal den Stefan-Engel-Preis aus für wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der Sozialpädiatrie und angrenzender Fachgebiete, die in den letzten zwei Jahren fertiggestellt wurden.

Dotation: 5.000,-€; Ausschreibungstext unter www.dgspj.de.

Bewerbungen (bis 31.05.2016) in fünffacher Ausfertigung an: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Red.: ReH

PädInform®: was leistet der neue Social Media-Zugang?

Beim Herbstkongress 2015 in Bad Orb hat die Kinderumwelt eine neue, zusätzliche Einwahlmöglichkeit zu PädInform® vorgestellt, den "Social Media"-Zugang.

Was genau ist der Social Media-Zugang? Was leistet er und wer kann davon profitieren?

Der Social Media -Zugang ist ein völlig neu gestalteter Webzugang mit attraktiver Optik und vielen Funktionen, die von sozialen Netzwerken her bekannt sind. Dazu gehören das Bloggen, Teilen und Folgen.

Insbesondere wer sich hauptsächlich mit dem Tablet oder Smartphone einwählt, mit Facebook oder Twitter vertraut ist oder einfach etwas Neues ausprobieren möchte, für den lohnt sich ein näherer Blick auf den Social Media-Zugang.

Vorweg sei jedoch klar gesagt: für die Mehrheit der Nutzer ist die Einwahl über die FirstClass®-Clientsoftware auf einem „richtigen“ PC oder Laptop weiterhin der beste Zugangsweg.

Social Media-Einwahl über einen Webbrowser

Die Einwahl erfolgt ohne vorherige Software-Installation über einen Webbrowser unter <https://fcws.uminfo.de>

Nach dem Login mit den Ihnen bekannten Zugangsdaten stellt sich Ihr Benutzer-Desktop in etwa so dar:

Modernes Layout und Design

Wie die beiden Grafiken andeuten, weist der Social Media-Zugang ein modernes Layout auf, das sich der jeweiligen Monitorgröße flexibel anpasst: Auf klassischen Desktop-PCs und Laptops sind die Elemente in drei Spalten angeordnet; bei Smartphones finden Nutzer Funktionen wie Mailbox, Kalender und Kontakte über bzw. unter dem Inhaltsbereich.

Datenschutz und Verbindungsqualität

Datenschutz und Vertraulichkeit der Inhalte sind wie bei allen anderen Zugängen uneingeschränkt gewährleistet. Dank moderner Servertechnologie ist die Verbindungsstabilität sehr hoch. Bei etwaigen Schwankungen in der Internetverbindung, wie sie gerade bei mobilen Zugängen auftreten können, baut der Webbrowser im Hintergrund automatisch immer wieder eine Verbindung zum Server auf.

Wichtig: Zur Abmeldung muss der Nutzer den Logout-Button im Menü oben rechts klicken oder den Browser komplett beenden – das

Schließen des Browser-Reiters allein genügt nicht!

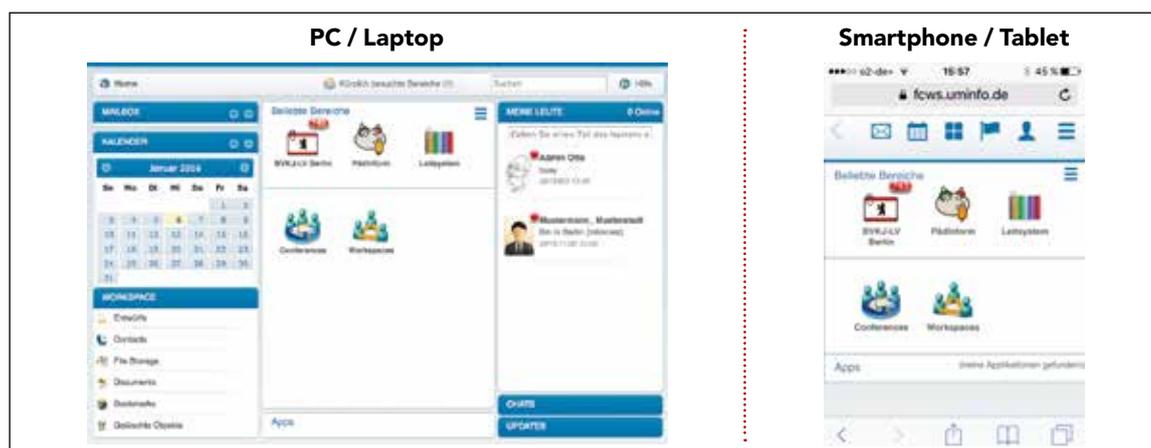
Was ist neu bei Resümee, Statusmeldung, Mailbox, Chat und Foren?

Hier wartet der neue Zugang mit einigen Änderungen auf, die zum Teil aus den Sozialen Netzwerken bekannt sind.

Beginnen wir beim Resümee (der persönlichen „Visitenkarte“), das beim Umstieg auf den Social Media-Zugang neu eingerichtet werden muss. Die Grafik, die der Nutzer hier einfügen kann, wird bei allen von ihm verfassten Nachrichten angezeigt und kann so als zusätzliches visuelles „Erkennungszeichen“ dienen.

Zur verbesserten Kommunikation trägt auch die Option bei, über eine neue Leiste einen Hinweis zum aktuellen Status zu posten (z. B. „Ich bin in Bad Orb“ oder „Bin gerade beschäftigt“). Nutzer können bloggen, ihren Blog mit anderen Nutzern teilen und sich deren Beiträge anzeigen lassen, und bleiben dank der Pulse-Funktion über neue Blogbeiträge auf dem Laufenden.

Mit Blick auf mehr Übersichtlichkeit wurde die Darstellung der Mailbox- und Forennachrichten



verbessert: Die Mails lassen sich gezielt nach „empfangen“, „gesendet“ und „Entwurf“ sortieren. Inhaltlich zusammenhängende Nachrichten (Threads) sind nun als solche erkennbar; sowohl bei den Mails als auch in den Foren.

Beim Empfangen externer Mails (von Absendern „außerhalb“ der Uminfo-Fachnetze) ebenso wie beim Versenden solcher Mails werden die entsprechenden Mailadressen automatisch den eigenen Kontakten hinzugefügt. Wer das nicht wünscht, kann diese Funktion jederzeit über eine Anfrage bei der Kinderumwelt deaktivieren lassen.

Neu ist auch das zeitversetzte Messaging / Chatten, durch das Nutzer über eine Chatfunktion auf einfache Weise miteinander in Kontakt treten können.

Neue Optionen bei der Suchfunktion

Die Suchfunktion erfasst alle Bereiche von PädInform®, die für den jeweiligen Nutzer freigeschaltet sind. Die Suchergebnisse lassen sich über eine Filterfunktion eingrenzen. Weitere Verbesserungen

bei der Suche sind derzeit noch in Arbeit.

Navigieren durch die Foren: Unterschiede zum FirstClass®-Zugang

Wer zuvor mit der FirstClass-Software in PädInform® unterwegs war, muss sich bei der erstmaligen Nutzung des Social Media-Zugangs zunächst mit einer veränderten Navigation durch die hierarchisch gegliederten Foren und Unterforen vertraut machen.

Während sich mit FirstClass für jeden angeklickten Bereich ein neues Fenster öffnet, erfolgt das Navigieren beim Social Media-Zugang stets innerhalb eines Fensters.

Die Unterebenen der einzelnen Fachbereiche lassen sich über das gelbe Ordnersymbol aufrufen (Grafik rechts).

Auf dem PC oder Laptop können Sie über einen Navigationspfad am oberen Rand des Inhaltsfensters jederzeit zu übergeordneten Bereichen navigieren:



Beim Smartphone verweist das blaue Pfeilsymbol am unteren Bildschirmrand auf die nächsthöhere Ebene (Grafik rechts).



Social Media-Zugang und Windows-Mobilgeräte

Besonders interessant ist dieser Zugang für Besitzer von Windows-basierten Smartphones und Tablets, da hier (anders als beim iOS- und Android-Betriebssystem) keine eigene App zur Verfügung steht. Hier bietet sich der Social Media-Zugang als geeignete Lösung an.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an die gemeinnützige Kinderumwelt GmbH!

Tel.: (0541) 9778-900

E-Mail: info@uminfo.de.

Ulrich Voss

Der Autor ist Web-Designer bei der Kinderumwelt gGmbH

Dr. Matthias Otto

Der Autor ist Initiator von PädInform



Red.: ReH

Jugendlicher Alkoholkonsum

Zahl der Krankenhauseinweisungen wegen Alkoholvergiftungen weiter rückläufig

Jugendliche und junge Erwachsene trinken weniger Alkohol und müssen daher auch immer seltener wegen akuter Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt werden. Das legen aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes nahe. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, führt dies auf den Erfolg der Präventionsanstrengungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zurück. Bei den unter 15-Jährigen war der Rückgang der Krankenhauseinweisungen mit fast neun Prozent besonders deutlich ausgeprägt.

Red.: ReH

Mama, Papa, Oma, Opa: Schlechte Vorbilder für die Jungen

Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes gab es im vergangenen Jahr 22.628 Fälle von Krankenhauseinweisungen wegen akuter Alkoholintoxikationen in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre. Das entspricht einer Steigerung von fast vier Prozent im Vergleich zum Jahr 2013 (21.810 Fälle). Bei den 10- bis 20-Jährigen sank hingegen die Zahl der Krankenhausbehandlungen wegen Alkoholvergiftungen um knapp vier Prozent auf 22.391 (2013: 23.267). Betrachtet man nur die Altersgruppe der

10- bis 15-Jährigen war der Rückgang mit knapp neun Prozent sogar noch deutlicher (2.947 Fälle in 2014).

Die Zahl der Alkoholvergiftungen bei über 70-Jährigen überstieg mit 5.204 Fällen diejenige der 10- bis 15-Jährigen deutlich um über 75 Prozent.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes beziehen sich auf die Krankenhausdiagnosestatistik 2014 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Akute Intoxikation (akuter Rausch)).

Beginnt die Schule zu früh?

In Deutschland geht das Leben zeitig los, nach einer Umfrage des Forsa-Instituts im Durchschnitt frühmorgens um 6.48 Uhr. Frühes Aufstehen gilt als Tugend, der Langschläfer als Faulpelz. Aber die Mehrzahl der Deutschen ist nicht ausgeschlafen und benötigt einen Wecker, um morgens aufzuwachen. Ob Frühaufsteher oder Morgenmuffel – der Schlaftyp ist genetisch festgelegt. Würden sich alle danach richten, kämen die meisten nicht um sechs oder sieben Uhr aus dem Bett, sondern eher zwei Stunden später, so Dr. Hans-Günter Weeß, Leiter des Schlafzentrums am Pflazklinikum Klingenmünster und Tagungspräsident der 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), die vom 3. bis 5. Dezember 2015 in Mainz stattfand. Experten sind sich einig: Deutschland steht zu früh auf. Die wissenschaftlichen Hinweise häufen sich, dass das auf Dauer krank macht.

Eulen und Lerchen

Wie Studien belegen, sind Frühaufsteher eher selten. „Nur etwa ein Sechstel der Bevölkerung, die sogenannten Morgenmenschen – Chronotyp „Lerche“ – kommen mit den üblichen Arbeits- und Schulzeiten gut zurecht“, so Dr. Manfred Betz, Institut für Gesundheitsförderung und -forschung (IGFF) Dillenburg. Die meisten gehören zum Chronotyp „Eule“, schlafen nach Mitternacht ein und werden erst im Laufe des Vormittags wieder wach. Für sie beginnen Arbeit und Schule zu früh. Sie sind nicht ausgeschlafen und quälen sich durch den Vormittag.

Während fast alle Kleinkinder Frühaufsteher sind, ändert sich das im Laufe der Entwicklung. „Mit Beginn der Pubertät verschiebt sich der Chronotyp bei Jugendlichen zunehmend in Richtung „Spättyp“, so Dr. Betz. „Jugendliche sind abends lange wach und würden morgens länger schlafen, wenn man sie denn ließe. „Frühmorgens seien vor allem ältere Jugendliche noch müde und nicht leistungsbereit, so auch Dr. Weeß: „Bei einem Schlafbedarf von neun bis zehn Stunden kommt

während der Schulzeit der Schlaf zu kurz. Die meisten Heranwachsenden sind chronisch müde. Viele leiden unter einem Dauerschlafmangel mit Konzentrationsschwierigkeiten und fehlender Lernmotivation. Die Schule beginnt viel zu früh.“

Schulleistungen am späteren Vormittag besser als in der ersten Stunde

Tatsächlich fängt der Schulunterricht in den meisten Ländern deutlich später an, zum Beispiel in England, Schweden und Portugal erst um neun Uhr, und ist damit an den natürlichen Lebensrhythmus besser angepasst. Untersuchungen belegen, dass die Schulleistungen am späteren Vormittag deutlich besser sind als frühmorgens: „Ein ein bis zwei Stunden späterer Schulbeginn in der Oberstufe könnte sich günstig auf Leistungsfähigkeit und Aufnahmebereitschaft auswirken“, so Dr. Betz – vorausgesetzt, dass die Schlafenszeit sich nicht noch weiter nach hinten verschiebt. Dies sei bei der verbreiteten exzessiven Nutzung digitaler Medien in den späten Abendstunden jedoch häufig der Fall.

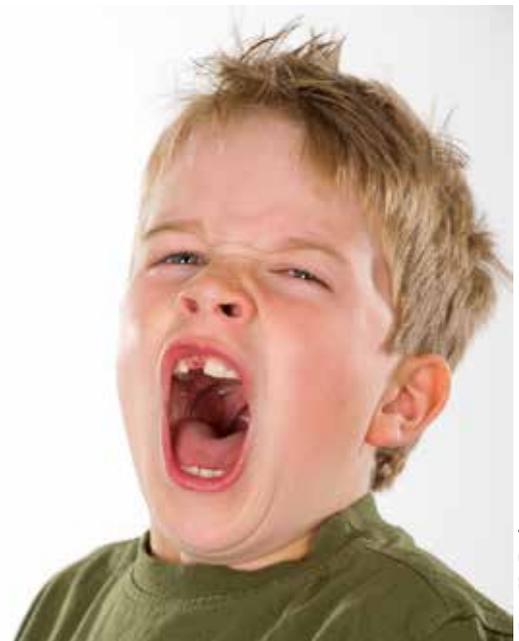


Foto © Firma V – Fotolia.com

8 Uhr: Eindeutig zu früh für die Schule

Wichtige Ansatzpunkte für mehr Leistung und Wohlbefinden seien „flexiblere Arbeitszeiten, die die Bedürfnisse des jeweiligen Chronotyps berücksichtigen, mehr körperliche Aktivität bei Tageslicht sowie der Verzicht auf digitale Medien in den letzten zwei bis drei Stunden vor dem Schlafen.“

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.

Kinderkrankenpflegeausbildung soll abgeschafft werden



„Jedes Kind, das im Krankenhaus aufgenommen werden muss, hat ein Recht auf fachärztliche und, wo notwendig, auch spezialärztliche Versorgung in einer ihm angemessenen Umgebung. Ebenso unverzichtbar ist die kompetente Pflege durch spezialisiertes, geschultes Personal: Kinder und Jugendliche benötigen eine an ihrer spezifischen gesundheitlichen Entwicklung orientierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der Ausbildungsschwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Erstqualifikation muss erhalten bleiben!“

Bei diesen Aussagen sind sich alle Verbände der Kinder- und Jugendmedizin einig. Leider sieht unsere Bundesregierung das offensichtlich nicht so, denn mit dem Referentenentwurf eines Pflegeberufsgesetzes soll u.a. das Berufsbild Kinderkrankenpflege abgeschafft werden. Dieser Gesetzentwurf aus dem vergangenen November hat sowohl in seiner Zielsetzung als auch in den Lösungsvorschlägen keinerlei Bezug zur Kinderkrankenpflege. **Die Probleme aufgrund der Demografie sollen offensichtlich zu Lasten unserer Kinder und Jugendlichen gelöst werden.**

In ausführlichen Stellungnahmen haben GKinD und DGKJ bei der ersten Verbändeanhörung am 11. Dezember versucht, Ihre Änderungsvorschläge einzubringen. Diese Veranstaltung muss man aus Sicht der Kinderkrankenpflege als Farce bezeichnen, da die beiden beteiligten Ministerien (BMG und BMFSFJ) offensichtlich keinerlei Interesse an den Argumenten hatten, die für den Erhalt einer Spezialisierung Kinderkrankenpflege in der Grundausbildung vorgebracht wurden. Da tröstet es wenig, dass es den Verbänden der Altenpflege ähnlich erging.

Auch die Mehrkosten in Höhe von rund 120 Mio. EUR für die Klinikträger zur (offenbar gewollten) Nachqualifikation in der Kin-

derkrankenpflege hielten niemand davon ab, die Probleme für die Kinderkliniken und -abteilungen einfach nicht zur Kenntnis nehmen zu wollen, obwohl diese deutlich und immer wieder angesprochen wurden.

Mehrfach kritisiert wurde während der Anhörung die Tatsache, dass eine Beurteilung vieler Fragen rund um die Reform erst möglich ist, wenn die Ausbildungs- und Prüfungsordnung bekannt ist. Offenbar haben die Parlamentarier der Regierungsfractionen dies ebenfalls



erkannt und wollen den Ministerien mit der Ermächtigung für eine Verordnung keinen Blankoscheck ausstellen.

Zumindest die Eckpunkte der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sollen deshalb während des parlamentarischen Verfahrens bereits bekannt sein.

Erfreulich ist aber, dass auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Stellungnahme Bedenken hinsichtlich Einbeziehung der Kinderkrankenpflege geäußert hat.

Am 13.01.2016 hat das Bundeskabinett erwartungsgemäß den Entwurf der beiden verantwortlichen Ministerien (BMG und BMFSFJ)

durchgewinkt. Nach erster grober Durchsicht finden sich keinerlei Änderungen zugunsten der Kinderkrankenpflege.

Die Verbände setzen nun alle Hoffnungen in das parlamentarische Verfahren und auf die Vernunft möglichst vieler Abgeordneter. Die kritischen Stimmen aus dem Kreis der Parlamentarier werden lauter. Bundestagsabgeordnete werden in die Kinderkliniken eingeladen, um sie unmittelbar vor Ort über die Probleme zu informieren und für die Beibehaltung einer speziellen Ausbildung in der Kinderkrankenpflege zu gewinnen.

Alle Verbände führen - teilweise auch gemeinsam - intensive Gespräche mit Parlamentariern aus dem Gesundheits- und Familienbereich.

Außerdem wird versucht, mit einer Petition zu dem Thema den Deutschen Bundestag zu einer Diskussion zu veranlassen. Die Petition wurde von Monika Otte, selbst Kinderkrankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe aus Marburg, eingebracht. Sie sieht in dem aktuell vorliegenden Referentenentwurf zur Reform des Pflegeberufs die drohende Abschaffung des Berufs „Kinderkrankenschwester“ und damit den Verlust einer auf die Bedürfnisse des kranken Kindes zugeschnittenen Fachausbildung. Die angestrebte generalistische Pflegeausbildung wird die kompetente

pflegerische Versorgung vom Frühgeborenen bis Jugendlichen und ihren Familien nicht sichern können, heißt es in ihrer Petition.

Otte erhält tatkräftige Unterstützung seitens der Verbände und deren Mitglieder. Aktuell (Stand bei Redaktionsschluss am 14.01.2015) sind bereits knapp 7.000 Online-Mitzeichner gezählt. Es ist wahrscheinlich, dass über ausgelegte

Unterschriftenlisten in den Kliniken und Kinderarztpraxen noch ein Vielfaches an Mitunterzeichnern hinzukommt. 50.000 Unterstützer werden benötigt.

Das Gesetz soll nach derzeitiger Planung bis zur Sommerpause verabschiedet werden, sodass nur wenig Zeit verbleibt, das Blatt zu wenden oder zumindest das Schlimmste zu verhindern.

Weitergehende und jeweils aktuelle Informationen zum Thema finden Sie u.a. hier: www.GKinD.de

Kontakt:

GKinD

Jochen Scheel, Geschäftsführer

E-Mail: Jochen.Scheel@GKinD.de

Tel. 030/60984280

Red.: ReH

Flüchtlingshilfe!

Etliche Mitglieder des BVKJ engagieren sich dankenswerterweise bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingskindern. Ein wichtiger Punkt hierbei ist die rasche Diagnostik. Zum einen, um schnell reagieren zu können, andererseits zur Vermeidung unnötiger Verordnungen von Antibiotika und zum Schutz vor Ausbreitung bakterieller Infektionen in Gemeinschaftsunterkünften! Es gibt einen quantitativen validen Schnelltest, mit dem in wenigen Minuten der CRP-Wert be-

stimmt werden kann. Das bewährte praktikable System QuikRead go ist vielen Mitgliedern bereits bekannt und wird in den Praxen täglich eingesetzt. Wir freuen uns über die Unterstützung der Arbeit unserer Mitglieder durch die Industriepartner und sagen „Herzlichen Dank!“ Der BVKJ bietet in einer Einkaufsaktion übrigens günstige Konditionen für interessierte Ärzte, die über den Einsatz eines CRP-Gerätes nachdenken.

Red.: WH



Der medizinische Erstkontakt mit Flüchtlingen und Asylbewerbern – wichtige und praxisnahe Fragestellungen



Dr. med.
Martin Alberer ^{1,2}

Dr. med
Ulrich von Both ³

Dr. med.
Mathias Wendeborn ²

Prof. Dr.
Thomas Löscher ¹

Die steigende Anzahl von Asylbewerbern und Flüchtlingen in Deutschland stellt auch für die behandelnden Ärzte eine besondere Herausforderung dar. Vielfach bestehen Unsicherheiten bezüglich der zu erwartenden Erkrankungen. Die bislang publizierten Daten zum Erkrankungsspektrum bei Flüchtlingen und Asylbewerbern in Europa zeigen ganz überwiegend allgemeinmedizinische und pädiatrische Krankheitsbilder, mit denen die niedergelassenen Ärzte in Deutschland gut vertraut sind. Allerdings treten auch seuchenhygienisch relevante Erkrankungen wie Tuberkulose oder Skabies auf, die durch Flucht und Armut begünstigt werden. Abhängig von Herkunftsland und Fluchtroute muss zudem gelegentlich mit Tropenkrankheiten wie Malaria oder Läuserückfallfieber gerechnet werden, die einer raschen Behandlung bedürfen, um bedrohliche Verläufe zu vermeiden. Es ist zu erwarten, dass Tuberkulosefälle in dieser besonderen Patientengruppe auch in den nächsten Jahren vermehrt auftreten werden. Eine kontinuierliche Weiterbildung der Allgemeinärzte, Internisten und Pädiater zu Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern, die selten oder gar nicht in Deutschland vorkommen, ist notwendig, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen und schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden.

Einleitung

Die Zahl der Asylbewerber und Flüchtlinge, die nach Deutschland kommen, hat seit 2014 stetig zugenommen. Die offiziellen Schätzungen gehen für das Jahr 2015 noch von einer Zahl von 800.000 Menschen aus (1). Neben der Unterbringung und allgemeinen Versorgung ist dabei auch die medizinische Versorgung eine wichtige Aufgabe. Da sich das Spektrum der Länder, aus denen die Menschen nach Deutschland kommen, kontinuierlich verändert, kann sich auch das Erkrankungsspektrum insbesondere bei tropentypischen oder tropenspezifischen Erkrankungen je nach Herkunftsland verändern. So ist bei Flüchtlingen und Asylbewerbern, die aus Malaria-Endemiegebieten stammen, bei Fieber immer auch an eine Malariaerkrankung zu denken und diese auszuschließen. Zudem können die Zustände im Ursprungsland und die Umstände der Flucht das Auftreten von Infektionserkrankungen, wie z. B. Neuinfektion mit oder Reaktivierung einer Tuberkulose oder einer Infektion mit Krätzmilben (Skabies), begünstigen. Physische Traumata, die während der Flucht entstehen, sind oft nicht oder nur unzureichend versorgt. Psychische Traumata sind häufig, können aber im Erstkontakt selten adäquat evaluiert werden und bedürfen unter Umständen einer intensiven und regelmäßigen Therapie, die meist erst nach Verlegung aus der Erstaufnahmeeinrichtung an den vorläufigen Unterbringungsort begonnen werden kann. Zwar besteht der Großteil der

Flüchtlinge und Asylbewerber aus jungen Männern, allerdings findet sich auch eine relevante Anzahl von Kindern und Jugendlichen in dieser besonders vulnerablen Gruppe. Nach Zahlen von UNICEF war im Oktober 2015 dabei jeder dritte Flüchtling oder Asylbewerber beim Grenzübertritt von Griechenland nach Mazedonien minderjährig (2). Dies bedeutet auch eine wesentliche Aufgabe für die Kinder- und Jugendärzte in der Betreuung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in den nächsten Jahren. Oftmals bestehen bei den behandelnden Ärzten Unsicherheiten bezüglich der zu erwartenden Erkrankungen. Zwar ist die Datenlage zu den Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern bislang noch ungenügend, die vorliegenden Publikationen, z. B. aus Italien oder Malta, zeigen aber hauptsächlich ein Auftreten von weit verbreiteten allgemeinmedizinischen und pädiatrischen Erkrankungen (3, 4).

In der bislang einzigen zusammenfassenden Arbeit zu Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland zeigten sich in einer allgemeinmedizinischen Ambulanz des Vereins REFUDOCs in einer großen Erstaufnahmeeinrichtung in München hauptsächlich allgemeinmedizinische Erkrankungen wie virale Infektionen oder Magen-Darm-Erkrankungen. Zudem fanden sich Erkrankungen, die häufig bei Flucht und Armut auftreten, wie Tuberkulose oder Skabies (Tabelle 1) (5). In München werden tropentypische oder tropenspezifische Erkrankungen sowie andere infektiologische Erkrankungen ambulant z. B. in der

¹ Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin (AITM), Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München;

² REFUDOCs, Verein zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kindern e.V., München;

³ Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München

N (329)	REFUDOCs Allgemeinmed. Amb. Bayernkaserne Jan/Febr 2015	N (219)	Infektions- u. Tropenmedizin KH Schwabing & AITM 2014
71	Unsp. virale Infektionen	46	Lungentuberkulose
16	Gastritis	46	Malaria tertiana
15	Skabies	27	Skabies
14	Zahnschmerzen	20	Pneumonie
13	Tuberkulose (z.T. bereits bekannt)	15	Schistosomiasis
12	PTBS/Depression	14	Febrile Virusinfektionen
12	Obstipation	12	Schwere Hautinfektionen
11	Bronchitis	10	Tuberkulose extrapulmonal (1x MDR)
11	Ekzem	7	Malaria tropica
11	Kopfschmerzen	7	HIV Erstdiagnose
10	Hypertonie	5	Influenza
9	Hepatitis B/C	4	Masern
8	Lumboischialgie		

Tabelle 1: Häufigste Haupt- und Nebendiagnosen bei 538 Flüchtlingen und Asylbewerbern, die sich ambulant in der allgemeinmedizinischen Ambulanz von REFUDOCs, in der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der LMU oder stationär in der Ersten Medizinischen Klinik des Städtischen Klinikums Schwabing zur medizinischen Behandlung vorstellten (MDR: multidrug-resistant, mehrere Diagnosen pro Patient möglich; PTBS: Posttraumatisches Belastungssyndrom) (5).

Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin (AITM) oder stationär in der Ersten Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhaus Schwabing betreut. In diesen spezialisierten Zentren fanden sich bei Asylbewerbern und Flüchtlingen Erkrankungen entsprechend des jeweiligen Spektrums der Einrichtungen mit vermehrten Fällen v.a. von Tuberkulose sowie Malaria tertiana oder Malaria tropica. Zudem traten 2015 vereinzelte Fälle von Läuserückfallfieber auf, einer lebensbedrohlichen Erkrankung durch *Borrelia recurrentis*, die durch Kleiderläuse übertragen wird. Auch das Robert Koch-Institut (RKI) bestätigte in einer Übersichtsarbeit das v.a. allgemeinmedizinische Spektrum der Erkrankungen und stuft die Gefahr von Einschleppung von hierzulande seltenen Infektionserkrankungen als gering ein (6). Bezüglich einer Auflistung der meldepflichtigen Infektionserkrankungen die, sicher inkomplett, seit Ende September 2015 bei Asylbewerbern und Flüchtlingen durch das RKI erfasst werden, zeigten sich v. a. impfpräventable Erkrankungen, wie z. B. Varizellen, Hepatitis B und A sowie Influenza, und Magen-Darm-Erkrankungen (7). Groß angelegten Impfprogrammen in den Flüchtlingseinrichtungen kommt daher eine strategisch wichtige Bedeutung zu. Erst durch große prospektive multizentrische Studien wird es möglich sein, das komplette Spektrum der Erkrankungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern zu erfassen. In den nachfol-

genden Abschnitten werden häufige und/oder wichtige Erkrankungen, nach Organsystemen bzw. nach Symptomkomplexen aufgeschlüsselt, beschrieben, die beim Erstkontakt mit Flüchtlingen und Asylbewerbern von Bedeutung sein könnten. Dabei stützt sich die Auswahl auf die bisherige Datenlage und die persönliche Erfahrung der Autoren in der Betreuung von Flüchtlingen und Asylbewerbern.

Hauterkrankungen

Hauterkrankungen und Verletzungen zählen zu den häufigen Vorstellungsgründen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern. Vor allem bakterielle Infektionen, z. B. infizierte Wunden, aber auch superinfizierte Skabies, führen regelmäßig zur ärztlichen Vorstellung. Die Hautinfektionen reichen dabei von Furunkeln, Abszessen, Ekthymata bis hin zu Erysipelen und ausgeprägten Weichteilinfektionen. Eine bakteriologische Diagnostik z. B. im Sinne eines Wundabstrichs ist beim Erstkontakt je nach Ausstattung der Einrichtung oft nicht möglich. Bei lokal begrenzten Läsionen kann eine antiseptische Therapie z. B. mit Octenisept oder Polyvidon-Jod ausreichend sein. Bei ausgedehnten oder multiplen Läsionen ist zusätzlich an eine empirische systemische Therapie mit einem Streptokokken- und Staphylokokken-wirksamen Antibiotikum z. B. Amoxicillin/Clavulan-

säure oder Clindamycin zu denken. Gegebenenfalls ist auch eine chirurgische Intervention zur Abszessdrainage oder Wundbehandlung notwendig.

Eine Erkrankung, bei der häufig bakterielle Superinfektionen auftreten, ist die Skabies. Dabei wird von den Patienten oft über einen v.a. nachts quälenden Juckreiz berichtet. An der Haut finden sich an den Prädilektionsstellen, wie z. B. interdigitalen Bereichen oder der Genitalregion, Papeln oder typischerweise gangartige Läsionen. Bei ausgeprägtem Befall, v.a. bei Immunsuppression, zeigt sich die krustöse Skabies mit ausgeprägter Schuppung und Krustenbildung. Diese Form ist sehr infektiös. Mittels Dermatoskopie oder Hautgeschabsel mit nachfolgender Mikroskopie kann die Diagnose gesichert werden (Abb. 1). Die Behandlung besteht in der topischen Anwendung einer Permethrin-haltigen Creme, die über Nacht auf alle Körperstellen mit Ausnahme des Kopfes aufgetragen und am nächsten Morgen abgeduscht wird. Wichtig ist der komplette Kleiderwechsel einschließlich des Wechsels der Bettwäsche am nächsten Tag, um Reinfektionen zu verhindern. Die Therapie ist bei korrekter Anwendung, die oft einer ausführlichen Erklärung mittels Dolmetscher bedarf, zumeist effektiv. Bei persistierendem Juckreiz ist v.a. an ein postskabiöses Ekzem verursacht durch abgestorbene Milben oder deren Exkremate zu denken, welches auf eine topische Steroidtherapie gut anspricht. Bei Auftreten von frischen Läsionen besteht die Möglichkeit einer Reinfektionen oder eines Therapieversagens. Bei Rezidiven oder sehr ausgeprägtem Befall (krustöse Skabies) kann eine systemische Therapie mit Ivermectin erwogen werden. Das Medikament ist in Deutschland allerdings nicht zugelassen oder verfügbar, kann über die internationale Apotheke bestellt und nach entsprechender Aufklärung und schriftlicher Einverständniserklärung in solchen Fällen verwendet werden.

Bei persistierenden oder chronischen Hautläsionen, die als Papeln oder aber häufiger als trockene oder feuchte Ulzerationen in Erscheinung treten können, ist v.a. bei Flüchtlingen aus Syrien an eine kutane Leishmaniasis zu denken (Abb. 2). Dabei handelt es sich um eine Infektion mit einem einzelligen Parasiten (*Leishmania* spp.) durch den Stich von infizierten Sandmücken, die häufig im Mittelmeerraum, Afrika, Mittel- und Südamerika, aber auch im Nahen Osten vorkommt. Als kutane Verlaufsform kommt es bei Immunkompetenten meist zu einer narbigen Abheilung nach 6-24 Monaten. Bei multiplen Läsionen, Läsionen an problematischen Stellen wie Gesicht oder Gelenkbereich sollte allerdings eine Therapie durchgeführt werden. Die Diagnose wird durch Biopsie aus dem Randbereich der Läsion mit Mikroskopie oder auch PCR gestellt. Es besteht auch die Möglichkeit einer PCR aus einem Abstrich der Läsion mittels eines mit Kochsalz angefeuchteten Tupfers. Die Therapie sollte mit einem damit erfahrenen Zentrum, z. B. einem Tropeninstitut, besprochen werden. Als Möglichkeiten der Behandlung stehen z. B. die orale Therapie mit Miltefosine, eine Unterspritzung mit einem pentavalenten Antimonpräparat, Kryo- oder Wärmetherapie zur Verfügung.



Abb. 1: Mikroskopischer Nachweis von *Sarcoptes scabiei* (Krätzmilbe, Copyright AITM)



Abb. 2: Hautbefund bei kutaner Leishmaniose (Copyright AITM)

Fieberhafte Allgemeinerkrankungen

In dieser Gruppe von Erkrankungen können sich selten auch schwerwiegende Infektionskrankheiten wie Malaria oder Läuserückfallfieber verbergen. Eine Übersichtstabelle zu solchen, möglicherweise bedrohlich verlaufenden Erkrankungen wurde vom RKI veröffentlicht (Tabelle 2) (8). Der Großteil der Fälle von fieberhaften Allgemeinerkrankungen v.a. im Kindesalter werden allerdings, wie in der Allgemeinbevölkerung auch, hauptsächlich durch unspezifische virale Infektionen verursacht. In der Differenzialdiagnose spielen hierbei das Herkunftsland, die Reiseroute und die Inkubationszeiten der jeweiligen Erkrankung eine wesentliche Rolle. Fieber nach Aufenthalt in einem Malariagebiet (bis zu einem Jahr zurückliegend) ist

	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen
Alle Altersgruppen	Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i>)	7-50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein
	Läuserückfallfieber (<i>Borrelia recurrentis</i>)	5-15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich
	Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1-2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)
	Typhus (<i>Salmonella Typhi</i>)	3-60 Tage, meist 8-14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)
	Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Tage bis Monate	Ja	Nein
	Viszerale Leishmaniose (<i>Leishmania</i> spp.)	2-6 Monate oder länger	Ja	Nein
	Lassafieber (Lassavirus)	6-21 Tage	Ja	Eher nein
	Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1-12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig
	Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1-12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Ekchymosen
	Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	Meist 5-14 Tage	Ja	Selten
Vor allem Kleinkinder / Neugeborenen	Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	Meist 3-14 Tage	Selten Fieber	Nein
	Tuberkulöse Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Wochen bis Monate	Ja	Nein
	Andere bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein

Tabelle 2: Akut behandlungsbedürftige, in Deutschland selten vorkommende Infektionserkrankungen,

immer verdächtig, und eine Malariaerkrankung muss zeitnah ausgeschlossen werden. Dazu werden nach Blutentnahme ein Ausstrich (Abb. 3) und ein „Dicker Tropfen“ angefertigt. Bei Persistenz der Fiebersymptomatik muss diese Testung jeweils im Abstand von 12-24 Stunden bis zu dreimal durchgeführt werden. Ergänzend oder falls kein ausreichend geschultes Laborpersonal zur Verfügung steht, kann auch ein Malaria-Schnelltest durchgeführt werden. Dieser darf die oben genannte Diagnostik allerdings nicht ersetzen. Die Therapie erfolgt je nach Spezies nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (9). Je nach Schwere der Erkrankung, Zeichen des Auftretens einer wesentlichen Organschädigung sowie der Parasitenlast im Blut unterscheidet man eine unkomplizierte von einer komplizierten Malaria. In Deutschland erfolgt die Behandlung einer Malaria tropica, der am schwerwiegendsten verlaufenden Form, hervorgerufen durch

Plasmodium falciparum, immer stationär. Bei Zeichen einer komplizierten Malaria sollte die Therapie auf Intensivstation durchgeführt werden. Bei der zumeist weniger schwer verlaufenden Malaria tertiana kann die Therapie zumeist auch ambulant durchgeführt werden. Allerdings ist bei dieser Form eine Nachtherapie mit Primaquin notwendig (in Deutschland nicht zugelassen, über die internationale Apotheke beziehbar), da es durch „Schlafformen“ in der Leber zu Rezidiven kommen kann. Vor Beginn der Primaquin-Therapie sollte allerdings ein Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel ausgeschlossen werden, um eine ggf. lebensbedrohliche Hämolyse zu verhindern.

Eine weitere lebensbedrohliche Erkrankung, die selten bei Flüchtlingen und Asylbewerbern auftreten kann, ist das durch Kleiderläuse übertragene Läuse-rückfallfieber (s. auch ausführlicher Artikel von Dr. v. Both in der März-Ausgabe dieser Zeitschrift). Hier ist insbesondere auch an die Jarisch-Herxheimer-Reak-

Sonstige Hinweise und Symptome	Mensch-zu-Mensch-Übertragung	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen
Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein
Ggf. akuter Kleiderlausbefall, häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)
Ggf. akuter Kleiderlausbefall, im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)
Geblähtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel
Schmerzen in der Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel
Verlauf akut oder subakut, Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein	Nein
Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (v.a. im pflegerischen Kontext)
Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (v.a. im pflegerischen Kontext)
Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja	Ja
Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein
Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein
Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tlw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i.d.R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i.d.R. nicht infektiös)
Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern

die bei Asylsuchenden auftreten können (nach (8))

tion als gefährliche Komplikation bei Therapiebeginn zu denken. Eine Therapie erfolgt dabei immer stationär unter guter Überwachung und Herz-Kreislauf-Monitoring, z. B. auf Intensivstation, mit ausreichender Möglichkeit zur Bekämpfung eines Kreislaufschocks, der ggf. auch eine Katecholamingabe notwendig machen kann.

Bei Fieber, Panzytopenie und Hepatosplenomegalie muss bei Flüchtlingen und Asylbewerbern neben einer malignen hämatologischen Erkrankung v.a. bei Kindern auch an die viszerale Leishmaniasis gedacht werden. Diese zumeist durch Sandmücken übertragene parasitäre Erkrankung kommt in vielen Gebieten Afrikas, Asiens, Lateinamerikas, aber auch im Mittelmeerraum vor. Die Diagnose kann durch Serologie, mikroskopische Untersuchung nach Knochenmarkpunktion oder auch durch eine PCR aus Knochenmark oder peripherem Blut erfolgen. Die Therapie erfolgt stationär nach Leitlinie mit liposomalem Amphotericin B.

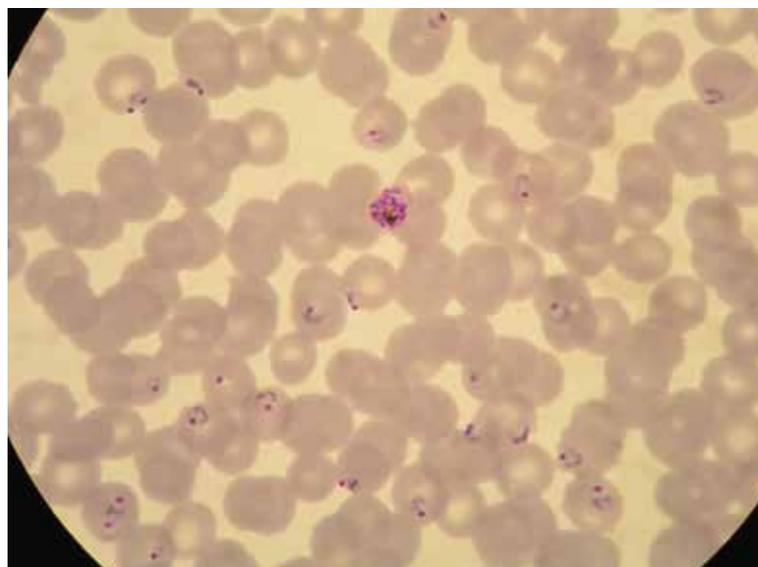


Abb. 3: Blutausstrich bei Malaria tropica (Copyright AITM)

Tuberkulose

Eine Erkrankung von besonderer Bedeutung bei Flüchtlingen und Asylbewerbern ist die Tuberkulose (siehe auch den Beitrag von Frau Prof. Brinkmann in der März-Ausgabe dieser Zeitschrift). Viele Patienten stammen aus Gebieten (v.a. Ostafrika, Pakistan oder Afghanistan), in denen die Inzidenz für Tuberkulose deutlich über der niedrigen Rate in Deutschland von 5,6 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner liegt (10). Die Manifestation und die Verbreitung der Erkrankung werden durch die schlechten und beengten Lebensumstände sowie unzureichende Ernährung und psychischen Stress während der Flucht begünstigt. Bei klassischen Symptomen wie Nachtschweiß, Gewichtsverlust und Husten ist die Differenzialdiagnose einer pulmonalen Tuberkulose naheliegend. Allerdings können auch oligosymptomatische Formen (vor allem im Kindesalter) oder extrapulmonale Erkrankungen (z. B. Lymphknotentuberkulose oder disseminierte Formen bei Kleinkindern) auftreten. Daher ist auch auf chronische Lymphknotenschwellungen oder Hautveränderungen zu achten, die weiter abzuklären sind. Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gesundheitsuntersuchung nach § 62 des Asylverfahrensgesetzes wird bei Personen ab 16 Jahren eine Röntgen-Thoraxuntersuchung zum Ausschluss einer aktiven Tuberkulose durchgeführt. Sensitivität und Spezifität sind allerdings begrenzt und liegen bei 59-82% bzw. 52-63% (11). Bei Kindern und Schwangeren erfolgt der Tuberkuloseausschluss zunächst über einen Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA) oder mittels Tuberkulinhauttest (THT). Eine entsprechende Stellungnahme der Arbeitsgruppe „AWMF-Leitlinie Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik, Prävention und Therapie“ wurde vor kurzem in der Monatsschrift Kinderheilkunde publiziert (12).

Zudem ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren in dieser besonderen Gruppe von Patienten vermehrt

Fälle von Tuberkulose v.a. durch endogene Reaktivierung auftreten werden (13). Daher ist eine besondere Wachsamkeit geboten, um aktive Fälle frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Vor allem im Kindesalter kommt darüberhinaus der Diagnosestellung der latenten tuberkulösen Infektion (LTBI) eine besondere Bedeutung zu. Da diese Altersgruppe ein erhöhtes Progressionsrisiko von der latenten Infektion zur aktiven Erkrankung aufweist, muss ein positives Ergebnis eines IGRAs bzw. THTs bei Ausschluss einer aktiven Infektion mittels Röntgen-Thorax immer eine präventive Chemotherapie bedeuten. Für Fragen zu diesem Punkt steht die Tuberkulose-Ambulanz des Dr. von Haunerschen Kinderspitals als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung. Bei Kindern besteht zudem das Problem der ungenügenden Sputumproduktion und der zumeist geringen Keimdichte, was eine konventionelle Testung z. B. mittels mikrobiologischer Untersuchung von Sputum oder Magensaftsekret erschwert (14). Neuartige Testmethoden, die auch in dieser Altersgruppe angewendet werden können oder eine Aussage über eine potentielle Erkrankungsreaktivierung in der Zukunft geben könnten, sind gerade Gegenstand aktueller Forschung (15).

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Martin Alberer

Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin (AITM)

Klinikum der

Ludwig-Maximilians-Universität München

Leopoldstrasse 5, 80802 München

Tel.: 089/21803517

E-Mail: martin.alberer@lrz.uni-muenchen.de

Red.: Heinen

Impfungen bei Migranten

Um ein Individuum oder Gruppen von Individuen soziologisch zu beschreiben, gibt es drei zentrale Merkmale: das Geschlecht, der sozio-ökonomische Status und der mögliche Migrationshintergrund. Dies verdeutlicht, wie wichtig Migration für die soziale Klassifizierung eines Menschen in Deutschland ist. Inzwischen gibt es eine Reihe von Veröffentlichungen über Migranten, die schon länger in Deutschland leben, es gibt aber kaum Literatur über Migranten bei oder kurz nach ihrer Ankunft in Deutschland (1).

Es ist klar, dass migrierende Kinder eines besonderen Schutzes bedürfen. Im Sinne der UNICEF-Konvention über die Rechte der Kinder vom 20.11.1989 sind migrierende Kinder nicht volljährige bzw. unter 18 Jahre alte Menschen. In dieser UNICEF-Konvention wird aufgeführt, dass migrierende Kinder genauso wie die einheimische Wohnbevölkerung zu behandeln sind, sie sind ihnen auch gesundheitlich gleichzustellen. Diese UNICEF-Konvention über die Rechte des Kindes ist am 05.04.1992 für Deutschland in Kraft getreten und am 10.07.1992 im Bundesgesetzblatt (BGBl. II S. 990) veröffentlicht. Damit gelten ihre Aussagen auch für Migranten in Deutschland.

Prävention bei migrierenden Kindern

Zu den wichtigsten Maßnahmen bei neuangekommenen Migranten zählt auch die Prävention, d. h. der Schutz dieser Menschen vor Gefahren, die sie so in ihrem Heimatland nicht kannten oder für deren Prävention in ihrem Heimatland die Ressourcen oder der Zugang fehlten. Da Migranten bekanntermaßen für Präventionsaspekte schwer erreichbar sind, hat man das Wort „migrationssensible Prävention“ eingeführt und entweder spezielle Angebote für Migranten gemacht oder das allgemeine Angebot den Migranten speziell verfügbar gemacht. So waren in der KiGGS-Studie 2007 Kinder mit Migrationshintergrund deutlich seltener zu U-Untersuchungen gebracht worden als Nichtmigranten. Dies ist vermutlich inzwischen durch Erinnerungsverfahren verbessert worden. Unter den Vorschulkindern waren solche mit Migrationshintergrund besser geimpft als ohne Migrationshintergrund, während es bei den 11 – 17-jährigen umgekehrt war (2).

Dies liegt vermutlich daran, dass für 14 – 16-jährige Migranten in Deutschland Gesundheitsthemen nachrangig sind, sie möchten sich keine Blöße geben, andererseits gibt es kaum Vorbehalte gegen Impfungen. Das geringe Interesse an Impfungen ist gepaart mit geringen Kenntnissen. In der traditionellen Gesellschaft der meisten Migranten ist die Mutter die Hauptverantwortliche für die Gesundheit. Mit dem Nachlassen der elterlichen Zuständigkeit und dem evtl. gleichzeitig erfolgenden Wechsel vom Kinder- zum Hausarzt kommt es zu einer Verschlechterung der Impfrate (3).

In einer Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen waren bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund oder niedrigem elterlichen Ausbildungsniveau weniger U-Untersuchungen durchgeführt worden (4). Dabei wurden dann mehr Neudiagnosen zu den Themen Hören, Sehen, Denken und Bewegen gefunden. Andererseits hatten Kinder mit Migrationshintergrund bessere Impfraten. Für alle Ereignisse war ein Kindergartenbesuch mit einem positiven Einfluss assoziiert. In London, einem Schmelztiegel verschiedenster Ethnien, wurden die Impfraten bei Kindern zum ersten Geburtstag bestimmt (5). Die besten Impfraten hatten indische und weiße britische Kinder. Die schlechtesten Impfungen hatten neben den nigerianischen und somalischen Kindern polnische und irische Kinder. Dies zeigt, dass es nicht auf die Hautfarbe ankommt, sondern auf andere Dinge, z. B. die Einstellung zum Staat bzw. das Misstrauen gegenüber dem Staat.

Einheitliches Untersuchungsschema für alle migrierenden Kinder

Migrierende Kinder und Jugendliche sollten einem einheitlichen Untersuchungsschema unterworfen werden, damit bei der Prävention nicht einzelne Aspekte vergessen werden. Dazu gehören die Anamnese, der Impfstatus, die körperliche Untersuchung, Perzentilenkurven, eine augenärztliche Untersuchung und ein Hörtest (www.dakj.de). Wenn Zweifel an dem angegebenen Lebensalter auftreten, kann man versuchen, dies mit klinischen Methoden näher zu eruieren. Dabei ist zu beachten, dass die Streubreite enorm groß ist. Es ist aber sicher, dass der Zweifel am angegebenen Lebensalter eines Migranten keine Indikation für ein Karpogramm links oder eine andere radiologische Untersuchung ist.

Impfungen

Zur Bestimmung der Impfnotwendigkeit eines Migranten sollte der Impfausweis aus dem Heimatland vorliegen. Zur Übersetzung bzw. zum Verständnis des Impfausweises eines Migranten kann man auf der Seite der WHO internationale Impfpläne vergleichen (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules).

Bei fehlenden Papieren muss man annehmen, dass die altersnotwendigen Impfungen fehlen. Es ist falsch, eine Serologie anzufordern, weil diese unsicher und teuer ist. Die einzige anamnestische Angabe, die valide ist, ist die Beschreibung der Mutter von klassischen Varizellen. Dann ist eine Windpockenimpfung nicht notwendig. Wenn man weiß, welche Impfungen durchgeführt worden sind, prüft man, ob Impfungen nach dem aktuellen Stand der Impfempfehlungen der STIKO vorhanden sind oder nicht. Alle dokumentier-



Prof. Dr.
Hans-Iko Huppertz

Impfstoff (Alter bei Impfbeginn)	Grundimmunisierung (Mindestabstand nach Beginn)	1. Auffrischung (Alter)	2. Auffrischung (Alter)
DTaP-IPV-HepB-Hib 1) <1 Jahr 1 – 3 (4) Jahre	0 – 1 – 2 – 11 Monate 0 – 1 – 6 Monate	Tdap 5 – 8 Jahre 2)3) 6 – 9 Jahre 2)3)	Tdap-IPV 9 – 17 Jahre 2)3) 11 – 17 Jahre 2)3)
Tdap-IPV 3) 4) 5 – 10 Jahre	0 – 1 – 6 Monate	10 – 17 Jahre 2)3)5)	Erwachsene 5)
Tdap-IPV / Td-IPV 3) 4) 11 – 17 Jahre	0 – 1 – 6 Monate	>16 Jahre 2)3)5)	Erwachsene 5)

- 1) 6-fach-Impfstoff bis 36 Monate zugelassen. Ab dem Alter von 12 Monaten genügt eine Einzeldosis Hib, ab 5 Jahren ist keine Hib-Impfung mehr erforderlich. Hib-Einzelimpfstoffe sind nicht immer verfügbar.
- 2) Mit Tdap (+ IPV), 5-10 Jahre nach der letzten vorausgehenden Impfung.
- 3) Aufgrund der ausgeprägteren lokalen Reaktionen wird ab dem Alter von 5-6 Jahren mit einer geringeren Diphtherie-Toxoid-Dosis (d) geimpft (z.B. Tdap + IPV).
- 4) Tdap-Kombinationsimpfstoffe sind nicht zur Grundimmunisierung zugelassen; über einen „off-label“ Gebrauch muss aufgeklärt werden.
- 5) Weitere Auffrischungen mit Td (bzw. Tdap + IPV bei gegebener Indikation) alle 10 Jahre.

Tab.1: Impfungen mit Auffrischungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b. Darstellung in Abhängigkeit vom Alter des Kindes bei Beginn der Impfsreihe.

ten Impfungen zählen. Impfungen werden nachgeholt oder komplementiert, sodass der altersgemäße Impfstatus erreicht wird. Falls ausnahmsweise bei der Impfung gegen Tetanus eine sehr starke Impfreaktion lokal auftreten sollte, darf man ausnahmsweise einen Antikörpertiter bestimmen und bei hoch positivem Resultat kann man dann die Impfsreihe gegen Tetanus aussetzen.

DTaP, IPV, Hib, HepB

In Tabelle 1 finden sich die Impfungen mit dem 6-fach-Impfstoff bzw. den 4-fach oder 3-fach-Impfstoffen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis. Der 6-fach Impfstoff ist nur bis 36 Monate zugelassen. Immunologisch spricht aber nichts dagegen, ihn auch im 4. Lebensjahr einzusetzen, wenn man auf den „off-label-use“ aufmerksam macht. Alternativ kann der 5-fach-Impfstoff verwandt werden, der bis 72 Monate zugelassen ist. Dabei muss dann parallel gegen Hepatitis B separat geimpft werden.

In Tabelle 2 findet sich eine Erläuterung der Impfvokabeln. Kleinbuchstaben bedeuten generell eine reduzierte Impfstoffdosis.

Pneumokokken, MMR-V, Meningokokken, HepB

In Tabelle 3 finden sich die Impfungen gegen Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Hepatitis B, sofern gegen letztere nicht im 6-fach-Impfstoff bereits geimpft wurde. Die kombinierte Konjugat-Impfung gegen Meningokokken A,C,W,Y ist preislich der alleinigen Konjugat-Impfung gegen Meningokokken C vergleichbar und eine sinnvolle Alternative, wenn der Kostenträger den Tausch erlaubt.

Impf-Vokabeln

- D: Diphtherie
- T: Tetanus
- aP: azelluläre Pertussis
- IPV: injizierbare Poliovirus
- HepB: Hepatitis B
- Hib: Haemophilus influenzae b
- MMR: Masern, Mumps, Röteln
- V: Varizellen
- Kleinbuchstaben entsprechen reduzierter Dosis

Tab. 2: Erläuterung der gebräuchlichen Abkürzungen für Impfungen

Alle Migranten sollten gegen Masern geimpft sein. Diese Maßnahme soll nicht so sehr die deutsche Wohnbevölkerung vor den Migranten schützen, sondern umgekehrt, die Migranten vor den Verhältnissen in Deutschland. Die Maserninzidenz in Syrien ist viel niedriger, in Deutschland gab es 2015 hingegen fast 2.500 Fälle. Das Eradikationsziel der WHO, das ursprünglich 2015 erreicht werden sollte, wäre erreicht, wenn weniger als ein Fall Masern pro 1 Million Einwohner zu notieren sind. 2014 waren es in Deutschland mehr als 5 pro 1 Million Einwohner, 2015 mehr als 30 pro 1 Million.

In den Herkunftsländern der Migranten gibt es meist eine deutliche höhere Prävalenz von Hepatitis B und C als in Deutschland. Evtl. wurden solche Infektionen

Impfstoff Alter bei Impfbeginn	Grundimmunisierung (Mindestabstand nach Beginn)	Auffrischung (Alter)
Pneumokokken-Konjugat 2 – 11 Monate 12 – 23 Monate	0 – 2 Monate 0 – 2 Monate	Ab 11–14 Monate 9)
MMR bzw. MMR-V 10) ≥ (9 bis) 11 Monate Ab 1 Jahr bis 17	0 und mit 15–24 Monate 0 – ≥1 Monat (ideal 6 Monate)	
Varizellen 10) ≥ (9 bis) 11 Monate Ab 1 Jahr bis 17	0 und mit 15–24 Monate 0 – ≥1 Monat	
Meningokokken C-Konjugat ≥ 1 Jahr bis 17	Einzeldosis	
Hep B 8) Bis 17 Jahre	0 – 1 – 6 Monate	

8) bei Verwendung als Einzelimpfstoff

9) frühestens 6 Monaten nach der letzten vorausgegangenen Dosis

10) Die STIKO empfiehlt für die 1. Varizellenimpfung vorzugsweise die Verwendung eines Einzelimpfstoffs. MMR-V nur bis 13 Jahre zugelassen.

Tab.3: Impfungen mit Auffrischungen gegen Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken C und Hepatitis B als Einzelimpfstoff. Darstellung in Abhängigkeit vom Alter des Kindes bei Beginn der Impfsreihe.

Impfstoff Alter bei Impfbeginn	Grundimmunisierung (Mindestabstand nach Beginn)
Humane Papillomaviren (HPV) (nur Mädchen) 9 – 13/14 13/14 – 17 Jahre	0 – 6 0 – 1/2 – 6 Monate

Tab. 4: Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) aller Mädchen ab 9 Jahre

Impfstoff Alter	Grundimmunisierung * (Mindestabstand nach Beginn)	Auffrischung
Tdap-IPV Td-IPV	0 Monate – 1 – 6 Monate	Td alle 10 Jahre
MMR	Einzeldosis	
Influenza (ab 60 Jahre und in graviditate)	Jährlich im Herbst	
Pneumokokken (ab 60 Jahre)	einmalig	

* Zur Grundimmunisierung zugelassen: Td und IPV

Tab. 5: Impfung Erwachsener

auch erst auf der Flucht erworben. Sie kann auch in Notunterkünften weiter verbreitet werden. Man muss mit einer Erhöhung der Prävalenz in Deutschland und vielleicht auch mit einem Genotypwandel rechnen (6). Deswegen sollten alle Migrantenkinder bis einschließlich 17 Jahren gegen Hepatitis B nach dem Schema 0-1-6 Monate geimpft werden, wenn sie nicht den 6-fach-Impfstoff erhielten.

Rotaviren, HPV

Alle Säuglinge bis zu drei Lebensmonaten sollten gegen Rotaviren geimpft werden. Allerdings darf diese Impfung nicht nachgeholt werden, wenn die ersten Gabe in den ersten drei Lebensmonaten versäumt wurde.

Alle Mädchen zwischen 9 und 17 Jahren sollten gegen humane Papillomviren geimpft werden. Angesichts

des Eindruckes, dass in manchen Herkunftsländern der Migranten die Jungen den Mädchen vorgezogen werden, sollten wir besonders darauf achten, dass auch die Migrantenmädchen diesen wesentlichen Schutz erhalten. Tabelle 4 zeigt das Impfschema. Ab welchem Alter drei Impfungen notwendig sind, ist abhängig vom gewählten Impfstoff.

Im Vergleich zur Impfung von Kindern und Jugendlichen sind die Impfungen bei Erwachsenen leicht umzusetzen und in Tabelle 5 dargestellt.

Influenza

Obwohl die Influenza-Impfung in Deutschland erst ab 60 Jahre eine allgemeine Empfehlung besitzt und im jüngeren Lebensalter nur bei bestimmten Risikorerkrankungen empfohlen wird, empfiehlt das RKI, alle Migranten während der Saison zu impfen (7): Kinder ab 6 Monaten bis 2 Jahre mit einem injizierbaren Impfstoff und im Alter von 2 – 6 Jahren bevorzugt mit dem nasalen Impfstoff. Schwangere sollten ab dem 2. Trimenon gegen Influenza geimpft werden, wenn die Schwangerschaft während der Influenza-Saison läuft. Die Impfung gegen Influenza aller Migranten wird damit begründet, dass durch den engen Kontakt und evtl. das Leben in Massenunterkünften schwere Influenza-Epidemien ausbrechen könnten, die bei mangelnder häuslicher Pflegemöglichkeit in diesen Unterkünften zu schweren Problemen für das Gesundheitssystem und für die Menschen führen könnten.

Sprachschwierigkeiten

Eine aktuelle Übersicht zur „infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter“ hat die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie zusammen mit anderen Gesellschaften vorgelegt, in der Impfungen im größeren Zusammenhang dargestellt werden (8).

Ein wesentliches Problem sind Sprachschwierigkeiten und das Beschaffen von ausreichend qualifizierten Dolmetschern. Das RKI bietet Impfpläne und Einwilligungserklärungen in bis zu 20 Sprachen auf seiner Webseite an (Impfen – Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen). So kann man über die Impfung gegen Varizellen, MMR und den 6-fach-Impfstoff aufklären. Die Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und injizierbare Poliomyelitis-Impfung als 4-fach-Impfstoff

ist auf der RKI-Seite allerdings nur als Booster-Impfung dargestellt und nicht als Grundimmunisierung, wozu sie nicht zugelassen ist. Bei Migranten wird diese Impfung eventuell zur Grundimmunisierung verwandt. Immunologisch steht dieser Verwendung nichts entgegen, sie ist aber eine off-label-Gabe und muss entsprechend deklariert werden.

Mindestangebot an Impfungen unmittelbar nach Einreise

Aufgrund der Vielzahl von einreisenden Kindern sind die entsprechenden staatlichen Strukturen zum Teil vollständig überlastet oder auch zusammengebrochen. Deswegen hat die STIKO empfohlen, dass nicht alle Impfungen bei den migrierenden Kindern sofort gegeben werden sollen, sondern dass zunächst nur ein Mindestprogramm durchgeführt werden soll (7). Zu diesem Mindestimpfangebot gehört der 6-fach-Impfstoff, die Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken und die Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis. Außerdem wird die Influenza-Impfung empfohlen.

Die STIKO betont, dass dieses Mindestimpfangebot ein Kompromiss zwischen der Notwendigkeit, die Migranten vollständig zu impfen und den aktuellen Fähigkeiten des Gesundheitssystems ist. Sobald die Migranten von ihrem Hauskinder- und Jugendarzt betreut werden, soll dieser die kompletten altersgemäßen Impfungen durchführen und nachholen. Das heißt, dass wir Kinder- und Jugendärzte alle Migrantenkinder genauso wie einheimische Kinder impfen können und sollen, wenn sie zu uns als individuelle Patienten kommen, wir also nicht im Auftrag des Gesundheitsamtes oder im Notdienst tätig sind, und der Kostenträger die Bezahlung übernimmt.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt dass er gelegentlich Vorträge für die Impfstoffhersteller GlaxoSmithKline und Sanofi Pasteur MSD gehalten hat.

Professor Dr. med. 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

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.



Antibiotic Stewardship in der kinderärztlichen Praxis

Hintergrund

Atemwegsinfektionen zählen bei Kindern zwischen eins und sechs Jahren zu den häufigsten Gründen für eine Vorstellung beim Kinderarzt¹, im kinderärztlichen Notdienst oder beim niedergelassenen Allgemeinmediziner [73,120]. In bis zu 20% der Fälle kommt es zu einer Anschlusskonsultation (Wiedervorstellung) im Verlauf der gleichen Erkrankungsperiode [18]. Die Mehrzahl der in diesem Zusammenhang beobachteten Infektionen (Akute Otitis media, Rhinitis, Sinusitis, Tonsillopharyngitis, subglottische Laryngitis, akute Bronchitis)² stellen Virusinfektionen dar; in einem weitaus geringeren Anteil handelt es sich um bakterielle Infektionen (mitunter im Verlauf einer vorausgegangenen Virusinfektion) [16,71,103,133,136]. Eine Vielzahl von Studien weist regional [70], national [57,74] und in anderen europäischen Ländern [31,75,91,108,122] nachdrücklich und übereinstimmend darauf hin, dass Kindern mit eigentlich selbstlimitierenden Atemwegsinfektionen zu häufig Antibiotika verschrieben werden. Durch den unsachgemäßen Einsatz von Antibiotika werden die Patienten unerwünschten Risiken und Nebenwirkungen ausgesetzt, zu denen z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, antibiotika-assoziierte Diarrhoe [145], Arzneimittel-exantheme und autoimmunologische Reaktionen [89,97] zählen. Selten kommt es zu einer durch *C. difficile* verursachten Enterokolitis [153], einem akuten Leberversagen [138] oder schweren Hautreaktionen bis zum Erythema exsudativum multiforme [30].

Der unsachgemäße Einsatz von Antibiotika bringt weitere Probleme mit sich. Sowohl beim individuellen Patienten als auch darüber hinaus (Familie, Kindergruppe, Region, Land) gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem vermehrten Einsatz von Antibiotika und der Prävalenz von mehrfach-antibiotikaresistenten Infektionserregern (MRE) [29,33,36,54,61,62,90]. Zu diesen Erregern gehören z. B. Makrolid-resistente Pneumokokken und GAS³ [11,55,80,85,115], Penicillin- und Amoxicillin-resistente Pneumokokken [4,35,55,61,137] sowie Amoxicillin- und Makrolid-resistente *Haemophilus influenzae* [115]. Die meisten bakteriellen Erreger (auch MRE) von Atemwegsinfektionen besiedeln die Schleimhaut der Atemwege bevor es zu einer Infektion kommt. Sie sind durch Tröpfchen, direkte und indirekte Kontakte

leicht von Mensch zu Mensch übertragbar, vor allem, wenn Menschen in engem Kontakt zueinander stehen (Familie, Kindertagesstätte, Schulen).

Nichtmedikamentöse Hygienemaßnahmen (z. B. Händehygiene)⁴ sind ein wichtiger, in vielen öffentlichen Kampagnen zur Antibiotikaresistenz unterrepräsentierter Aspekt der Infektionsprophylaxe [76].

Interessanterweise nehmen viele niedergelassene Ärzte (genau wie ihre Kollegen in der Klinik) das Problem der Antibiotika-resistenten Infektionserreger nicht als einen wichtigen Aspekt ihres persönlichen Tätigkeitsbereichs wahr [19,129,156]. Pädiater (auch solche mit sehr hohen Verschreibungsraten) lasten die Problematik der inadäquaten Antibiotikaverordnung eher den Allgemeinmedizinern und einem nicht adäquat besetzten kinderärztlichen Notdienst in ihrer Region an [135].

In dieser Übersicht, die im Rahmen des Projektes „Wann muss ich mir Sorgen machen“⁵ erstellt wurde, geht es um Hintergründe einer nicht leitliniengerechten Verschreibungspraxis und um Wege aus dem Dilemma der diagnostischen Unsicherheit in der Behandlung von Atemwegsinfektionen bei Kleinkindern.

Das Dilemma der diagnostischen Unsicherheit

Aus der Perspektive des niedergelassenen Kinderarztes stellt sich das Problem der diagnostischen Unsicherheit bei Atemwegsinfektionen wie folgt dar: Eine sichere Unterscheidung zwischen viralen und bakteriellen Atemwegsinfektionen aufgrund der Anamnese und des Untersuchungsbefundes zum Zeitpunkt der Konsultation ist meist nicht möglich [5,37,45,146,147]. Neben dem Respiratory Syncytial Virus (RSV) und Influenzaviren kommen hier viele weitere virale Infektionserreger infrage (z. B. Rhinoviren, Humanes Metapneumovirus, Coronaviren u.v.m.), deren Nachweis mittels PCR-basierter Verfahren aus respiratorischen Sekreten zwar möglich, aber im ambulanten Bereich aus finanziellen Gründen außerhalb wissenschaftlicher Studien nicht durchführbar ist [84,154]. Kinderärzte stehen immer in einer ‚triadischen‘ (dreiwinkligen) Kommunikation [23], bei der die Eltern von Kleinkindern – im Unterschied zu Schulkindern und Jugendlichen – anstelle ihres Kindes sprechen [22]. Kleinkinder können sich zu



Prof. Dr.
Arne Simon¹

Annabelle Wagner¹

Dr. Hagen Reichert²

1 Universitätskliniken des Saarlandes, Kinderklinik, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
2 Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendmedizin, Richter, Reichert, Wahlen und Stierkorb, Talstraße 49, 66424 Homburg

1 Gemeint ist immer der Facharzt / die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

2 Die ambulant erworben Pneumonie wird Gegenstand eines nachfolgenden Beitrages.

3 β -hämolisierende Streptokokken der Serogruppe A, Streptococcus pyogenes

4 <http://www.hygiene-tipps-fuer-kids.de/>

5 Universitätsklinikum des Saarlandes, Unterstützt unter anderem von der DGPI e.V. und dem BVKJ e.V.

den eigenen Beschwerden nur bedingt äußern und melden sich häufig nicht, wenn es ihnen schlechter geht.

Eine deutliche Abnahme der sozialen Interaktion (Verfolgen, Lachen, auf Spielangebote eingehen, sich bewegen, neugierig sein usw.) muss bei ihnen als mögliches Warnzeichen einer ernstesten Erkrankung angesehen werden [40,69,100,117].

Point-of-Care Laborparameter, wie z. B. ein Blutbild mit Differenzialblutbild oder eine CRP-Messung aus dem Kapillarblut [25] sowie eine Procalcitonin-Bestimmung aus dem Serum [8,114], sind im ambulanten Behandlungskontext oft nicht verfügbar. Zudem gibt bis heute keinen Konsens in Bezug auf einen geeigneten ‚Grenzwert‘ für das CRP bei Kindern mit Atemwegsinfektionen [25,46,148,151], insbesondere nicht, wenn die Kinder in den ersten 24 Stunden nach Symptombeginn vorgestellt werden [155]. Auch wenn im Verlauf schwerwiegende, potentiell lebensbedrohliche Komplikationen (Meningitis bei Kindern nach Atemwegsinfektion [139-141], Mastoiditis nach AOM, Hirnabszess nach Sinusitis [43,56]) extrem selten sind, besteht die Befürchtung, aus weit über 100 Kindern mit einem eigentlich harmlosen Infekt genau das eine mit einer solchen schwerwiegenden Erkrankung [146] nicht rechtzeitig zu erkennen (‚verpasste Gelegenheit‘) [50,112]. Antibiotika sollten aber nicht verordnet werden, um die Angst der Ärzte zu besänftigen („Drug of fear“) [86]. Auch wenn das ‚Bauchgefühl‘ eines erfahrenen Kinderarztes keineswegs vernachlässigt werden darf (!) [147], kann eine subjektive Wahrnehmung allein nicht in der Mehrzahl der Fälle entscheidend für die Frage sein, ob wir sofort ein Antibiotikum verordnen oder nicht [128,143].

Bedeutet ‚weniger Antibiotika‘ auch ‚mehr Komplikationen‘?

Die großzügige Verordnung von nicht indizierten Antibiotika löst das Problem der diagnostischen Unsicherheit nicht [6]. In großen epidemiologischen Studien zu einem restriktiveren Ordnungsverhalten wird das Risiko schwerer eitriger Komplikationen um höchstens 3,8 Fälle pro 10.000 Patienten erhöht (0,4 %) [81,111]. Zum Beispiel schützt die *antibiotische Therapie jeder AOM nicht* vor eitrigem Komplikationen [123], wie z. B. der Mastoiditis [58,72,142] oder vor der noch deutlich selteneren otogenen Meningitis [12].

In den Niederlanden, wo maximal 30% der Kinder mit AOM eine antibiotische Therapie erhalten, sind diese Komplikationen nicht häufiger [150]. Das gleiche gilt für die Inzidenz der Mastoiditis, des Peritonsillarabszesses und der Rhinosinusitis in Schweden, wo von 1993-2004 die Antibiotikaverordnungen bei Säuglingen und Kleinkindern (0-4 Jahre) um 37% sowie bei Vorschul- und Schulkindern (5-14 Jahre) um 57% gesenkt wurden [101].

Bei der akuten Bronchitis müssten 22 Patienten behandelt werden, damit ein Patient überhaupt messbar von der Antibiotikatherapie profitiert [124,125]. Ein seltenerer Einsatz von Antibiotika führt auch hier nicht

zu vermehrten Komplikationen (z. B. mehr ambulant erworbene Pneumonien) oder einer schnelleren Genesung [17]. Orale Antibiotika verhindern eine Sepsis nicht [121].

Was wissen Eltern über den rationalen Einsatz von Antibiotika

Nach den bislang vorliegenden Studien besteht bei einem relevanten Teil aller Eltern (Patienten) die Vorstellung, der Körper ihres Kindes (ihr eigener Körper), könnte sich an Antibiotika „gewöhnen“ wodurch deren „Wirksamkeit mit der Zeit nachlässt“ [14]. Zudem folgen einige Eltern der Idee, das „Abwehrsystem des Kindes werde durch jede Antibiotikaeinnahme geschwächt“⁶. In diesem Konstrukt ist Antibiotikaresistenz keine Eigenschaft eines (übertragbaren) bakteriellen Infektionserregers, sondern vielmehr eine Eigenschaft des Kindes (des Patienten) bzw. seines ‚Abwehrsystems‘. Viele Untersuchungen zum allgemeinen Informationsstand der Bevölkerung (der Patienten, der Eltern) haben dieses verbreitete Missverständnis nicht berücksichtigt. Auch einige falsche Annahmen zum **Fieber**, das Atemwegsinfektionen häufig begleitet, bereiten den Eltern Sorgen (Fieberangst, Angst vor Fieberkrämpfen) [38,116,134]. Ein erheblicher Anteil aller Eltern kann (auch jenseits von Sprachbarrieren bei Familien aus anderen Herkunftsländern) auf der Ebene der medizinischen Terminologie nicht zwischen einem Virus und einem Bakterium unterscheiden [20,34,99]. Die Information: „Es ist nur eine Virusinfektion“ wird deshalb nicht verstanden [19] und hilft nicht weiter, vor allem, wenn die Eltern die Symptome ihres Kindes als schwerwiegend und belastend wahrnehmen [21]. Außerdem glaubt etwa die Hälfte aller befragten Erwachsenen, Virusinfektionen könne man mit Antibiotika behandeln, 19% meinen, Antibiotika seien auch bei Erkältung wirksam [24,34,87].

Die Diagnose ‚akute Bronchitis‘ ist bei den meisten Erwachsenen (Eltern) gleichbedeutend mit der Indikation für ein Antibiotikum [24], bedauerlicherweise korreliert dies mit hohen Verschreibungsraten für Antibiotika, wenn der Arzt diese Diagnose stellt [59,109].

Aus diesem Grund wurde bereits vorgeschlagen, den Terminus ‚akute Bronchitis‘ in der Kommunikation mit den Patienten (Eltern) zu vermeiden und stattdessen von einer „**Erkältung der Bronchien**“ zu sprechen [113].

Obwohl die Zahl von Atemwegsinfektionen im Kleinkindalter insgesamt durch den vermehrten Besuch von Kinderkrippen und Kindertagesstätten zunimmt (bzw. sich in ein jüngeres Lebensalter verschiebt) [39], wissen viele Eltern heute nach wie vor wenig über den natürlichen Verlauf von Atemwegsinfektionen [67,68]. Viele Eltern möchten den Kinderarzt ihres Vertrauens [15] nicht unnötig ‚belästigen‘

⁶ Komplexe Überlegungen zum Einfluss der Antibiotikagabe auf das gastrointestinale Mikrobiom und die sogenannte Kolonisationsresistenz des Kindes sind hier nicht ausschlaggebend.

und insbesondere im Umgang mit ihrem kranken Kind auch nicht als ‚überängstlich, unerfahren und hilflos‘ wahrgenommen werden, obwohl sie sich manchmal so fühlen [105]. Der Grad der Beunruhigung der Eltern trägt unabhängig von den Symptomen des Kindes zu einer Antibiotikaverordnung bei [42]. Was Eltern besonders verunsichert sind fehlende Kriterien dafür, wann es ihrem Kind wirklich schlechter geht und wann eine (erneute) Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt⁷ zwingend erforderlich ist. Leider werden ihnen genau diese Informationen oft während der Konsultation nicht vermittelt [18].

Erwartungen der Eltern an die Konsultation bei Atemwegsinfektionen

Eltern erwarten von der Konsultation vor allen Dingen [2,77,79,109],

- eine sorgfältige körperliche Untersuchung ihres Kindes durch den Arzt;
- eine Erklärung dazu, welche Erkrankung den Symptomen des Kindes wahrscheinlich zugrunde liegt [79]. Dabei möchten die Eltern, dass der Arzt auf ihre individuellen Fragen eingeht und ihnen zuhört [60,77] und sich ggf. an vorausgegangene Gespräche / Konsultationen erinnert [15,53];
- den Ausschluss einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankung (vor allem bei hohem Fieber über 39,5°C) [98,104,107];
- Hinweise auf medikamentöse und nicht-medikamentöse Möglichkeiten einer symptomatischen Behandlung
- Hinweise auf Warnzeichen zu einem komplizierten Verlauf und an wen sie sich wenden sollen, wenn es dem Kind schlechter geht;
- Hinweise auf die voraussichtliche Dauer der Erkrankung (Die Frage „Wie lange muss mein Kind zuhause bleiben?“ ist ein Teilaspekt hiervon) [41].

Wahrscheinlich erwartet nur ein kleiner Teil der Eltern *grundsätzlich* die Verordnung eines Antibiotikums. Manche Eltern denken jedoch auch:

- „Ohne Antibiotika gibt es ein hohes Risiko für schwere Komplikationen.“
- „Mein Kind wird mit Antibiotika schneller wieder gesund.“
- „Warum gehst du zum Kinderarzt, wenn der dir kein Rezept ausstellt?“

Neben dem *direkten Einfordern* des Rezeptes für ein Antibiotikum (insgesamt selten, max. 10%) kommen folgende etwas subtilere Varianten des gleichen Anliegen/Verhaltens vor [130]:

- ein Antibiotikum (das nach der Vorstellung des begleitenden Elternteils eine schnellere Genesung „garantiert“) wird dringend erbeten, weil ein Kindergeburtstag, ein Urlaub oder ein Familienfest bevorstehen. Der Arzt, der ein solches Anliegen „missachtet“,

wird für das voraussichtliche Misslingen des Events in die Verantwortung genommen.

- Fehlende verbale und nonverbale Zustimmung zu den differenzialdiagnostischen Überlegungen des Arztes in Richtung einer nicht-bakteriellen Infektion; „Wollen Sie denn wirklich kein Antibiotikum geben?“ „Wenn es nicht besser wird, bin ich morgen wieder hier.“ Oder: „Die Oma hat gesagt: der Junge braucht ein Antibiotikum!“
- Verweis auf vorausgegangene Erfahrungen: „Das hatten wir vor Weihnachten schon einmal, da ist der Husten auch erst nach dem Antibiotikum besser geworden.“

Gerade für diese Eltern, die das grundsätzlich berechnete Anliegen einer **Partizipation an der Entscheidungsfindung** in diesem Sinne falsch interpretieren, ist es wichtig, dass wir als Kinder- und Jugendärzte auf diese falschen Erwartungen eingehen.

Wir sollten ihnen unsere Entscheidungskriterien erläutern [96] und dabei konsequent sowohl inhaltlich als auch auf der (empathischen) Beziehungsebene der Gespräche [82,83] die richtigen Botschaften aussenden [94,128].

Die Haltung: „Irgendein Arzt verschreibt den Patienten letztendlich ja doch ein Antibiotikum, wenn sie es nur nachdrücklich genug einfordern“ kann hier nicht zielführend sein [19].

Falsche finanzielle „Anreize“

Die Verschreibung eines Antibiotikums erscheint den Behandlern mitunter kostengünstiger als eine gezielte Erregerdiagnostik zu betreiben oder einen Wiedervorstellungstermin anzubieten. Bereits beim ersten Besuch rechnet der Kinder- und Jugendarzt die Quartalspauschale ab, jeder weitere Besuch im Quartal zieht bei einem ansonsten gesunden Kind ohne eine chronische Grunderkrankung keine weitere Vergütung nach sich und ist daher wirtschaftlich unattraktiv. Dieses System verleitet dazu, den Fall mit einem Antibiotikarezept ‚abzuhandeln‘.

Fehlinterpretation elterlicher Erwartungen

Die Erwartungshaltung der Eltern kann den Kinderarzt ‚unter Druck setzen‘ und führt mitunter zur Verordnung von Antibiotika wider besseres Wissen⁹ [130], weil der Kinderarzt in einer Art „Balanceakt“ den Wunsch der Eltern über die medizinische Indikation stellt [65,130,132] und die Zufriedenheit der Eltern

7 Gemeint sind immer beide Geschlechter und auch Allgemeinmediziner, die Kleinkinder behandeln.

8 Hier zeigt sich der mögliche **Bumerang-Effekt**: wenn beim letzten Mal die nicht indizierte Verordnung von Antibiotika „richtig“ war, wie kann sie jetzt (bei ähnlicher Symptomatik) falsch sein? Diese Spirale der Erwartungen nivelliert sehr schnell die „Zeitersparnis“ durch das großzügige / direkte Verordnen von Antibiotika, weil die Patienten in Zukunft bei ähnlichen Symptomen erneut zum Arzt kommen um sich „ihr Antibiotikum abzuholen“.

9 Man stelle sich im Vergleich hierzu vor, der Arzt verordne Betablocker an alle Patienten, die meinen, diese Medikamente zu benötigen weil ihr Herz zwischenzeitlich „zu schnell schlage“.

mit dem Ergebnis der Konsultation höher bewertet [19]. Dahinter stehen auf Seiten des Arztes zum Beispiel [112]

- die fehlende Zeit für ausführliche Erläuterungen von Nutzen und Risiken einer Antibiotikatherapie [112,135],
- die Angst des Arztes, eine schwerwiegende bakterielle Komplikation zu übersehen (drohender Ansehensverlust bei Patienten, Eltern, Kollegen) [112].
- die Notwendigkeit einer Wiedervorstellung bei ‚verzögerter Verordnung‘ (z. B. symptomatische Therapie, Beobachten und Zuwarten bei akuter Otitis media) [7,44], wodurch vor allem in den Wintermonaten der Terminplan der Praxis gesprengt werden kann.
- die fehlende Bereitschaft, mit den Eltern ‚zu verhandeln‘ unter der Annahme, solche Diskurse könnten die Arzt-Patienten-Beziehung erheblich untergraben, die langfristig *„...wichtiger ist, als die Frage der Verordnung von Penicillin“* [112]

Mitunter haben Kinder- und Jugendärzte auch die Befürchtung, die Eltern könnten bei Unzufriedenheit den Kinderarzt wechseln [102] oder den Kinderarzt in Internetportalen „öffentlich abstrafen“ (z. B. durch eine negative Bewertung der Zufriedenheit mit dem Arztbesuch).

In einem französischen Survey haben 74% der Ärzte Konsultationen bestätigt, bei denen die Eltern / Patienten das verschriebene Antibiotikum nicht haben wollten (Hunsinger V. Ref. 74 bei [76]). Man muss also annehmen, dass von ärztlicher Seite „kritische“ Nachfragen der Eltern zur Erkrankung des Kindes oder eine hypothetisch von den Eltern geäußerte Diagnose („Mein Kind hat schon wieder eine Mandelentzündung“) [132] als Appell in Richtung einer Antibiotikaverordnung fehlinterpretiert werden [9,10,32,94-96,102]. Der vermeintliche Ruf nach einem Antibiotikum drückt wohl häufig nur den Wunsch nach einer rasch wirksamen symptomatischen Therapie aus (z. B. Analgetika bei Hals- oder Ohrenschmerzen) [149].

Wege aus dem Dilemma der diagnostischen Unsicherheit

Drei Kernfragen

Drei Kernfragen sollten bei der Behandlung von Atemwegsinfektionen im Kindesalter besonders berücksichtigt werden [71]

1. Wie wahrscheinlich ist eine bakterielle Infektion?
2. Welchen Nutzen hat eine Antibiotikatherapie gegenüber dem natürlichen Verlauf (bei immunkompetenten Kindern ohne eine schwerwiegende Grunderkrankung oder andere Risikofaktoren)?
3. Was ist die bestmögliche Therapie [welches Antibiotikum (möglichst Penicillin-basierte Therapie), welche Dosis, welche Applikationsform (Saft, Tablette), Therapiedauer]

Die Eltern an diesen Überlegungen (1 und 2) zu beteiligen schafft eine Grundlage für eine gemeinsame therapeutische Strategie (geteilte Entscheidungsfin-

dung) und für eine gute Compliance / höhere Zufriedenheit mit der Konsultation, auch wenn kein Antibiotikum verschrieben wird [3]. Vielmehr können wir Kinderärzte durch

Kompetenz und Sorgfalt bei der Anamnese und der körperlichen Untersuchung [106],

- den Einsatz der **Pulsoxymetrie** zur Messung der Sauerstoffsättigung bei jedem Kind mit **Atemwegsinfektion und Luftnot**[139],
- eine regelmäßige kritische Aktualisierung der wissenschaftlichen Grundlagen unseres Vorgehens [71],
- einen Anschlussstermin (oder Kontakt) bei ‚zuwartender Beobachtung‘,
- die Etablierung eines geeigneten Sicherheitsnetzes der ambulanten Versorgung (‚safety netting‘) [78,118],
nach dem Vorsorgeprinzip der Risikoregulierung vorausschauend und systematisch auf die verbleibende, diagnostische Unsicherheit‘ reagieren.

Sicherheitsnetz der ambulanten Versorgung

Ein Sicherheitsnetz der ambulanten pädiatrischen Versorgung (‚safety netting‘) [78,118] soll die größtmögliche Behandlungssicherheit der Kinder im ambulanten Behandlungskontext gewährleisten. Dabei geht es darum, den Eltern zu vermitteln, wann sie medizinische Hilfe für ihr Kind benötigen und wo sie diese konkret erhalten.

Es gibt keine 100%ige Sicherheit in Bezug auf die Diagnose aber aktuell auch keinen Hinweis auf Komplikationen.

Wie verläuft die Erkrankung normalerweise (zeitlicher Verlauf)?

Worauf genau müssen die Eltern achten (Informationen zu Warnzeichen für einen komplizierten Verlauf, mündlich und/oder schriftlich, ggf. in mehreren Sprachen verfügbar)?

Wo (ganz konkret) und wie erhalten sie Hilfe, wenn etwas nicht stimmt?

Vereinbarung eines kurzfristigen Anschlussstermins zur klinischen Kontrolle.

Abb. 1: Was sind wichtige Beratungsinhalte innerhalb des Sicherheitsnetzes?

Empfohlen wird auch die Zusammenfassung am Ende der Konsultation:

„Können Sie bitte noch einmal wiederholen, worauf Sie achten sollen?“

Selbstverständlich steht es den Eltern frei, jederzeit erneut medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie unsicher oder besorgt sind. Das Sicherheits-

netz ist nur eine zusätzliche, inhaltliche und strukturell-organisatorische Unterstützung.

In vielen Regionen sind außerhalb der normalen Öffnungszeiten der Praxen der kinderärztliche Notdienst und die Notdienstambulanzen der Kinderkliniken wichtige Anlaufstellen innerhalb des ambulanten **Sicherheitsnetzes**. Für das Ziel einer Reduktion von Antibiotikaverordnungen bei Atemwegsinfektionen kann es sehr hilfreich sein, wenn alle behandelnden Ärzte sich als Teil eines gemeinsamen Netzwerkes¹⁰ begreifen und ihre Beratungsinhalte abstimmen, sodass die Eltern bei gleichem Krankheitsbild keine widersprüchlichen Empfehlungen erhalten. Regional organisierte ärztliche Fortbildungen können der Vereinbarung und der Verstärkung einer solchen „guten medizinischen Praxis“ dienen.

Francis et al. führten eine qualitative Analyse von ‚verpassten Gelegenheiten‘ (d. h. von Komplikationen mit der Notwendigkeit einer stationärer Behandlung) bei Kindern durch, die initial mit den Symptomen einer Atemwegsinfektion vorstellig wurden [50]. Tatsächlich war keineswegs die fehlende Verordnung eines Antibiotikums für den ungünstigen Verlauf verantwortlich, sondern es gab andere, gravierende strukturell-organisatorische Versäumnisse und Defizite sowohl auf Seiten der Eltern als auch auf Seiten der ‚Anbieter‘ im Gesundheitssystem (keine Erkennung von Warnzeichen durch die schlecht informierten Eltern, Eltern haben Vorbehalte¹¹, das Kind im Notdienst vorzustellen, Eltern erhalten keinen Termin für

Verbesserte Kommunikation

Ein direkter aber nicht immer einfacher Weg aus diesem Dilemma ist es, die Eltern nach ihren Erwartungen zu befragen und auch ihre individuellen Sorgen und Erklärungsmodelle in Bezug auf die Erkrankung des Kindes anzusprechen [9,10,110]. Während die Frage: „Erwarten Sie, das ich Ihrem Kind ein Antibiotikum verordne?“ oft in ein kommunikatives Desaster führt [102] („Warum verweigern sie meinem Kind etwas, was ihm doch zusteht?“), gibt es besser geeignete ‚Türöffner‘ für ein erfolgreiches Gespräch mit den Eltern (siehe Abb. 2).

Zahlreiche Untersuchungen deuten darauf hin, dass eine in diesem Sinne verbesserte Kommunikation zwischen Kinderarzt und Eltern (zwischen Arzt und Patient) zu einer Reduktion des nicht gerechtfertigten Einsatzes von Antibiotika bei Atemwegsinfektionen beitragen kann [9,10,20,21,26,27,64,102,119]. Eltern, denen therapeutische Entscheidungen vorab sorgfältig erläutert werden, fühlen sich an der Entscheidungsfindung beteiligt und sind zufriedener mit der Konsultation, auch wenn kein Antibiotikum verordnet wurde [88,96]. Findet ein solcher Informationsaustausch nicht statt, sind Missverständnisse [13] und ggf. auch Fehler bei der Medikamenteneinnahme [1] vorprogrammiert. Naturgemäß ist es für den Kinderarzt einfacher, den Eltern die Entscheidung gegen ein Antibiotikum zu vermitteln, wenn die Familie mit ihrem Kind kontinuierlich bei diesem Arzt in Behandlung ist und eine gegenseitige Vertrauensbasis besteht. Umgekehrt werden – wenn der Kinderarzt im Notdienst die Familie / den Patienten nicht kennt – häu-

Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie Ihr Kind jetzt ansehen?
Was bereitet Ihnen im Moment am meisten Sorge?
Wie lange – glauben Sie – dauert eine Bronchitis bei Kindern?
In zwei Tagen wird es ihrem Kind besser gehen, sodass es weniger
oder kein Ibuprofen mehr benötigt.
Wenn wir Ihrem Kind Antibiotika geben, kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen (z. B.
Durchfall oder Hautausschlag), ohne dass ihm das Antibiotikum dabei hilft,
die Infektion schneller zu besiegen.
Wir können Ihrem Kind helfen, ohne dass wir Antibiotika geben müssen.
(-> konkrete Hinweise auf symptomatische Behandlungsoptionen)
Ich möchte Ihnen die Sicherheit geben, dass Sie bei einer Verschlechterung
jederzeit wieder hier anrufen oder Ihr Kind vorstellen können.
Ich finde das sehr gut, wie sorgfältig Sie Ihr Kind beobachten und möchte Sie sicherheitshalber auf folgende
Warnzeichen für einen komplizierten Verlauf hinweisen...

Abb. 2: Türöffner der erfolgreichen Kommunikation [83]

die Vorstellung eines wirklich kranken Kindes, kein adäquates Sicherheitsnetz¹²).

figer Antibiotika verordnet. [42,112]. Das Bedürfnis nach **Verlässlichkeit, gegenseitigem Respekt und Kontinuität** besteht somit auf beiden Seiten. Durch systematische Analysen von Tonbandaufzeichnungen kinder- und allgemeinärztlicher Konsultationen kamen Stiver et al. [131] zu folgendem Ergebnis:¹³

Eine verbesserte Kommunikation und der Wunsch der Eltern, an Entscheidungen aktiv beteiligt zu werden, ändern letztendlich jedoch nichts daran, dass wir

¹⁰ Ein solches Netzwerk kann auch der prospektiven Evaluation bestimmter ungünstiger Ereignisse (z. B. Mastoiditis, otogene oder sinugene Meningitis usw.) in einer bestimmten Region dienen.

¹¹ Zum Beispiel wegen der langen Wartezeit im ambulanten Notdienst und der zusätzlichen Belastung für ihr Kind, dem es ohnehin nicht gut geht.

¹² In England gibt es über ‚NHS direkt‘ jederzeit die Möglichkeit einer telefonischen Beratung; allerdings kommt es anscheinend auch hier zu Problemen mit der korrekten Einordnung der Symptome („Triage“), z. B. weil die Eltern die Symptome nicht adäquat beschreiben können.

¹³ Nicht: „Es ist alles in Ordnung, das ist nur eine Virusinfektion.“

Die Empfehlung gegen den Einsatz eines Antibiotikums wird von den Eltern deutlich besser akzeptiert und seltener infrage gestellt, wenn ihr eine eindeutige und detaillierte Empfehlung für eine bestimmte symptomatische Behandlung¹² vorausgeht.

Kinder- und Jugendärzte die Verantwortung für eine angemessene Behandlung der unserer medizinischen Expertise anvertrauten Patienten haben. In diesem Kontext sind die Eltern und Patienten eben nicht nur unsere „Kunden“¹⁴ oder „Klienten“, denen wir einen „guten Service“ anbieten [112]. Die eigentlichen Kernbotschaften sollen daher eindeutig und in kurzen verständlichen Sätzen vermittelt werden [131].

Verzögerte Antibiotikaverordnung („delayed prescription“)

Die verzögerte Antibiotikatherapie (insbesondere das Zuwarten und Beobachten) ist eine effektive Strategie zur Vermeidung von Antibiotika [7,126,127], v.a. bei der AOM (> 24 Monate) und bei der Sinusitis [152]. Eine verzögerte Antibiotikaverordnung kann zwei Strategien beinhalten

- **Zuwarten und Beobachten** („wait and observe“ bzw. „watchful waiting“)

Unter einer symptomatischen Therapie (!) wird das Kind von den Eltern sorgfältig beobachtet, eine klinische Kontrolle nach 48 h oder zumindest eine telefonische Rücksprache ist erforderlich. Wenn sich der Zustand des Kindes nicht bessert oder verschlechtert, wird ein Antibiotikum verordnet.

- **Ein Rezept mitgeben, das nur bei ausbleibender Besserung eingelöst wird**

Risiko: Die Eltern ‚horten‘ das Antibiotikum, nehmen es selbst oder geben es ihrem Kind ohne einen erneuten Arztbesuch, wenn sie glauben, es sei indiziert. Dieses Risiko ist jedoch nach Untersuchungen von Hawkins et al. [66] sehr gering.

In einer bereits 2001 publizierten Studie von Little et al. zur AOM benötigten in der Gruppe mit verzögerter Antibiotikatherapie nur 36 von 150 Patienten (24%) letztendlich ein Antibiotikum [93]. Nach einer Studie von Chao et al. [28], in der beide oben erwähnten Strategien einer verzögerten Antibiotikatherapie bei Kindern über zwei Jahre mit unkomplizierter AOM miteinander verglichen wurden, ist das Zuwarten und Beobachten ohne ein Rezept die Strategie, die mit der niedrigsten Antibiotika-Behandlungsrate einhergeht (hier: kein Antibiotikum bei 81% vs. 53%). Das hält einige Pädiater grundsätzlich davon ab, solche verzögert einzulösende Rezepte auszustellen. Beide Strategien setzen verständige und kompetente Eltern voraus, denen die Warn-

zeichen für einen komplizierten Verlauf bekannt sein müssen. Die Eltern müssen auch wissen, an wen sie sich bei einer Verschlechterung des Zustandes ihres Kindes wenden sollen (Sicherheitsnetz) [50,78,118]. ‚Zuwarten und Beobachten‘ erfordert einen Anschlusstermin oder zumindest eine gezielte Kontaktaufnahme nach 48-72 Stunden. In einer epidemiologischen Studie aus Frankreich war der Verzicht auf das Antibiotikum maßgeblich für die Abnahme der Prävalenz Penicillin-resistenter Pneumokokken im Rachenabstrich[63].

Weniger Zeitdruck bei der Konsultation?

Es gibt Hinweise darauf, dass Kinderärzte sich für das Ausstellen eines Antibiotikums entscheiden, weil sie zu wenig Zeit haben, den Eltern den Hintergrund der Entscheidung gegen eine sofortige Antibiotikatherapie zu erläutern [135]. Dieser kurzfristige Zeitgewinn führt langfristig dazu, dass die Zahl der Konsultationen wegen Atemwegsinfektionen zunimmt (siehe Anmerkung zum Bumerang-Effekt) [19].

Des Weiteren wurde von Linder et al. die Abhängigkeit der Verordnungshäufigkeit vom Zeitpunkt der Konsultation nachgewiesen: erschöpfte Ärzte am Ende eines anstrengenden Arbeitstages greifen demnach schneller zum Rezeptblock [92].

Möglicherweise kann die Verwendung einer Informationsbroschüre (wie in dem Projekt „Wann muss ich mir Sorgen machen“)¹⁵ die Kinder- und Jugendärzte langfristig auch in Bezug auf die zu investierende Zeit während der Konsultationen entlasten, weil wesentliche Inhalte zum Thema hier erläutert werden [47-49,51,52]. Die in den Wintermonaten mit ihrem hohen Aufkommen an Infektionskrankheiten allzu oft überlasteten Terminpläne niedergelassener Ärzte werden spürbar entlastet, wenn medizinisch eigentlich nicht notwendige (Folge-)Konsultationen durch eine gezielte Schulung bzw. Information der Eltern entfallen [18,144].

15 Die Broschüre kann beim mhp Verlag Wiesbaden (<https://www.mhp-verlag.de/>) und über den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. bestellt werden.

In einer der nächsten Ausgaben unserer Zeitschrift finden Sie den Folgebeitrag von Dr. Ulrich von Both: Antibiotic Stewardship im stationären Bereich der Pädiatrie

Literatur beim Korrespondenzautor

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Prof. Dr. med. Arne Simon
Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße, Gebäude 9
66421 Homburg/Saar, Tel.: 06841/1628399
E-Mail: Arne.Simon@uks.eu

Red.: Huppertz

14 Wenn gute Medizin zu einer Ware wird, die wir unseren Patienten und ihren Familien „verkaufen“, was sind wir Ärztinnen und Ärzte dann? Wir sind im betriebswirtschaftlichen Sinne Dienstleister, aber unsere Verantwortung für die Gesundheit und das Leben der Kinder und das Vertrauen, das die Familien uns schenken, macht unsere Tätigkeit in ihrer Gesamtheit zu deutlich mehr als einer Dienstleistung.

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Schindler

Anamnese

Ein 5-jähriger Junge wird mit kleinen rötlichen Papeln im Anogenitalbereich vorgestellt. Diese seien erstmals vor 6-7 Monaten aufgefallen. Der Hautbefund sei stark progredient, eine Therapie sei bisher nicht erfolgt. Bei der Mutter bestünden Feigwarzen.

Untersuchungsbefund

5-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Perianal zeigen sich multiple, dezent erythematöse Papeln mit rauer Oberfläche. Übriges Integument unauffällig.



Abb. 1: Multiple, dezent erythematöse Papeln mit rauer Oberfläche perianal

Welche Diagnose wird gestellt?



Sammeln Sie CME-Punkte online!

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

So einfach ist die Teilnahme!

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

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

Viel Erfolg wünscht
Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck

Diagnose:

Anogenitale Warzen

Anogenitale Warzen (Syn.: Condylomata acuminata, Feigwarzen, Feuchtwarzen) stellen eine der häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten dar und betreffen vor allem Jugendliche und junge Erwachsene. Sie werden durch humane Papillomaviren hervorgerufen. Mehr als 100 verschiedene Genotypen sind bekannt. 90 % der anogenitalen Warzen sind auf die HPV-Typen 6 und 11 zurückzuführen (1). Während die Viren im Erwachsenenalter hauptsächlich über Geschlechtsverkehr übertragen werden, ist bei Säuglingen und Kindern eine Schmierinfektion (durch Auto- oder Heteroinokulation) der weitaus häufigste Übertragungsweg (2), auch wenn im Einzelfall an eine Infektion infolge sexuellen Missbrauchs gedacht werden muss. Bei der Auto- oder Heteroinokulation spielen symptomatische Infektionen mit Vulgärwarzen z. B. an den Händen, aber auch asymptomatische Infektionen eine wichtige Rolle. Perinatale Infektion durch einen HPV-kontaminierten Geburtsweg können zu lebensbedrohlichen Larynxpapillomen führen.

Diagnostik

Die Diagnose anogenitaler Warzen wird klinisch gestellt. Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch muss nach weiteren Anhaltspunkten gefahndet werden.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch kommen Condylomata lata (bei Lues), Mollusca contagiosa, pseudoverruköse Papeln (bei chronischen Ekzemen oder Lymphatischen Malformationen) sowie Fibroma molle in Betracht. Eine sichere Abgrenzung bei klinisch unklarem Befund sollte histologisch bzw. durch Abnahme einer Lues-Serologie und Dunkelfeldmikroskopie (Condylomata lata) erfolgen.

Therapie

Die Spontanremissionsrate liegt bei Kindern bei ca. 65 % innerhalb von 2 Jahren (3). Daher sind meis-

tens eine fotografische Befunddokumentation und halbjährliche Kontrollen ausreichend. Therapie der 1. Wahl bei persistierenden oder größeren, potenziell obstruierend wachsenden Kondylomen ist die topische Anwendung von Imiquimod. Dieses für die Therapie von Condylomata acuminata ab 18 Jahren zugelassene Medikament wirkt immunstimulierend. Die lokale Applikation kann daher zu z.T. starker Irritation führen. Die Therapie erfolgt typischerweise 3x pro Woche über 4-6 Wochen. Alternativ kann bei größeren Tumoren die Abtragung mittels CO₂-Laser oder Diathermieschlinge in Intubationsnarkose erfolgen. Um das Rezidivrisiko zu senken, wird anschließend eine Nachbehandlung mit Imiquimod empfohlen (4).

Prophylaxe

Seit September 2006 besteht die Möglichkeit, sich gegen die zwei Hauptverursacher (HPV-Typen 6 und 11) harmloser, aber lästiger genitaler Warzen zuverlässig zu schützen. Die Inzidenz anogenitaler Warzen konnte seitdem gesenkt werden. Aktuell wird die Impfung von der STIKO für alle Mädchen zwischen 9 und 13 Jahren empfohlen. Bei gleichzeitiger Impfung aller Jungen, idealerweise vor dem ersten sexuellen Kontakt, ist mit einem weiteren Rückgang zu rechnen (5).

Literaturangaben

1. Herweiler E et al. Association of varying number of doses of quadrivalent human papillomavirus vaccine with incidence of condyloma. JAMA 2014; 311: 597-603.
2. Armstrong DK, Handley JM. Anogenital warts in prepubertal children: pathogenesis, HPV typing and management. Int J STD AIDS 1996; 8: 78-81.
3. Berner RK et al. (Hrsg.) DGPI Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme, 5. Aufl. 2013
4. Höger PH. Kinderdermatologie: Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Schattauer, 3. Aufl. 2011.
5. Korostil IA et al. Near elimination of genital warts in Australia predicted with extension of human papillomavirus vaccination to males. Sex Transm Dis 2013; 40:833-835.

Dr. Anne Schindler

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstraße 130

22149 Hamburg

Red.: Höger

4. – 6. März 2016

Frühjahrsrepetitorium der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Berlin

Leitung:

Dr. Dirk Schnabel, Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité, Universitätsmedizin Berlin

Auskunft:

www.dgkj.de, Rubrik „Veranstaltungen“
und über die DGKJ-Geschäftsstelle
info@dgkj.de, Tel.: 030-3087779 0

Hygiene auf der Wöchnerinnen-Station

CONSILIUM

Prof. Dr. Dr.
Heinz Michael Just

Frage

Meine Frage bezieht sich auf die Händehygiene auf der Wöchnerinnenstation in Bezug auf die Neugeborenen:

Naturgemäß handelt es sich auf dieser Station um gesunde Neugeborene, die in der Regel nur für 2-5 Tage dort sind.

1. Sollen die Schwestern beim Wickeln der Säuglinge Handschuhe tragen (generell / nur bei „Stuhlganghaltigen“ Windeln)?
2. Wenn ja, welche Handschuhe sollen verwendet werden? Ist aufgrund des allergenen Potentials von Latex-haltigen Einmalhandschuhen abzuraten?

Antwort

Allgemeine Einführung

Ihre Frage berührt die Infektionsprävention wie auch den Arbeitsschutz. Das Tragen von Handschuhen ist für diese Tätigkeiten in den Empfehlungen beider Bereiche enthalten (1, 2).

Aus Sicht der Infektionsprävention dient die Schutzkleidung dazu, einen Patienten vor einer Übertragung von Keimen anderer Patienten zu schützen. In der KRINKO-Empfehlung zur Händehygiene (1) ist empfohlen, nicht sterilisierte Schutzhandschuhe „bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt sowie bei möglicher massiver Verunreinigung mit Körperausscheidungen, Sekreten und Exkreten, ... anzulegen (Kategorie IB). Dies betrifft z. B. die Pflege inkontinenter Patienten, ..., den Umgang mit ... Verbänden und anderen mit Sekreten, Exkreten oder mit Fäzes kontaminierten Materialien.“

Aus Sicht des Arbeitsschutzes dient die Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung im medizinischen Bereich hingegen vor allem dem Schutz des Personals vor Kontamination mit biologischen Arbeitsstoffen (Mikroorganismen und Krankheitserregern in Körperflüssigkeiten und -Ausscheidungen). Gemäß BGR250/TRBA250 (2) hat der Arbeitgeber für Tätigkeiten „Untersuchen, Behandeln und Pflegen“, die der Schutzstufe 2 (Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und

in größerem Umfang zum Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann) zugeordnet werden können, „erforderliche Schutzkleidung und sonstige persönliche Schutzausrüstung, insbesondere dünnwandige, flüssigkeitsdichte, allergenarme Handschuhe in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen.“

Im beruflichen Alltag im Krankenhaus gibt es daher immer wieder je nach Tätigkeit Überlappungen der Aspekte Patientenschutz und Arbeiterschutz.

Zu 1: Beim Wickeln von gesunden Neugeborenen und Säuglingen ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Kontakt mit Körperausscheidungen zu erwarten, daher sollen die Pflege- (und andere) Mitarbeiter bei dieser Tätigkeit Handschuhe tragen. Dabei ist zu beachten, dass die Handschuhe nach dem Beenden der kontaminationsgefährdeten Tätigkeiten abgelegt werden und eine Händedesinfektion durchgeführt wird, bevor die frische Windel angelegt wird.

Nach Beendigung des Wickelns eines Neugeborenen (somit nach Patientenkontakt) ist ebenfalls eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.

Zu 2: Zum Wickeln von Neugeborenen werden üblicherweise medizinische Einmal-Untersuchungshandschuhe eingesetzt. Auf dem Markt erhältlich sind sowohl nach wie vor Latexhandschuhe aus Naturkautschuk wie auch mit zunehmendem Angebot Handschuhe aus synthetischem Kautschuk, z. B. Nitril.

Naturkautschuklatex hat ein erhebliches allergenes Potential für Allergien vom Soforttyp (IgE-vermittelt) und Kontaktallergien.

Literatur über InfectoPharm

Prof. Dr. Dr. Heinz Michael Just

Leitender Arzt

Dr. med. Annette Reinhardt

Hygieneärztin

Klinikum Nürnberg Nord

Prof. Ernst-Nathan-Str. 1

90419 Nürnberg

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Aktueller Stand der hämatopoetischen Stammzelltransplantation bei Sichelzell-Erkrankung

Update of Hematopoietic Cell Transplantation for Sickle Cell Disease.

Walters MC; *Curr Opin Hematol*, 22: 227-233; Mai 2015

Im Jahre 1984 wurde die Stammzell-Transplantation (SZT) eines mit akuter myeloischer Leukämie (AML) Patienten, der auch eine Sichelzellkrankheit hatte, durchgeführt: beide Erkrankungen wurden geheilt. Bis 2013 wurden weltweit ca. 1200 Sichelzellpatienten transplantiert, fast alles Kinder, die einen HLA-identischen Familienspender hatten. In großen Zentren und mit optimaler Konditionierung haben heute Kinder mit HLA-identischem Familienspender eine 90-95% Chance, geheilt zu werden. Erwachsene Sichelzellpatienten haben bisher mit konventioneller Konditionierung eine hohe Morbidität und Mortalität bei einer SZT. Deshalb wurde für sie eine nicht-myeloablative Konditionierung entwickelt.

Nur ca. 14% aller Sichelzellpatienten haben einen HLA-identischen Familienspender, ca. 18% aller Afrika-stämmigen Patienten einen HLA-identischen Fremdspender. Für alle Kinder, die einen HLA-identischen Familienspender haben, wird heute die SZT empfohlen, unabhängig vom bisherigen klinischen Verlauf, da Sichelzellpatienten mit zunehmendem Alter chronische Organschäden entwickeln. Patienten, die keinen HLA-identischen Familienspender haben und die entweder auf einem langfristigen Transfusionsprogramm mit der Gefahr der Eisenüberladung sind oder eine ausgeprägte Alloimmunisierung mit der Gefahr von Transfusionszwischenfällen haben, sind Kandidaten für eine HLA-identische Fremdspender - SZT, die allerdings nur in einem damit erfahrenen Zentrum durchgeführt werden sollte. Die haploidentische SZT ist noch experimentell und ist bisher Patienten vorbehalten mit ausgeprägter Symptomatik, für die es keine Therapiemöglichkeiten mehr gibt.

Fazit: Für die meisten Sichelzellpatienten besteht die optimale Therapie in einer guten Betreuung mit allen Möglichkeiten der konservativen Therapie: Penizillin - Prophylaxe der Kleinkinder, Milz-Palpation durch die Eltern, Transcranielle Doppler-Sono-

graphie, Hydroxycarbamid für alle Patienten mit Sichelzellkrankheit und Compound-Heretozygotie Sichelzell/ β Thalassämie, streng indizierte Transfusionen, Schmerztherapie, Antibiotika wenn indiziert und Wahrnehmen aller Routineuntersuchungen. Neben der von der STIKO in Deutschland allgemein empfohlenen Impfungen sind weitere Impfungen angezeigt.

(Roswitha Dickerhoff, München)

Sollten wir Kinder mit einem Paukenerguss nach einer Mittelohrentzündung mit einem Nasenballon behandeln?

Effect of Nasal Balloon Autoinflation in Children with Otitis Media with Effusion in Primarycare: An Open Randomized Controlled Trial

Williamson I et al., *CMAJ*; Juli 2015

Die Otitis media mit Erguss ist ein häufiges Problem der Kinder- und HNO-ärztlichen Praxis. Für eine nicht-chirurgische Intervention gibt es bisher keine gesicherten Behandlungsoptionen in der Primärversorgung. Britische Autoren haben jetzt die Wirksamkeit eines Nasenballons in 43 Hausarztpraxen in Großbritannien untersucht.

Kinder (n=320) im Alter zwischen 4-11 Jahren mit einer kürzlich durchgemachten Mittelohrentzündung und mit einem durch Tympanometrie gesicherten Erguss in einem oder in beiden Ohren wurden auf zwei Interventionsarme verteilt. Sie erhielten entweder eine Autoinflation mit einem Nasenballon über 1-3 Monate, dreimal täglich, oder eine normale Versorgung. Der Rückgang des Paukenergusses wurde von geblindeten Experten erfasst.

Von den in die Studie aufgenommenen Kindern wiesen die mit einem Nasenballon therapierten Kinder, im Vergleich zu den Kontroll-Kindern mit normaler Betreuung, einen höheren Rückgang des Paukenergusses nach einem Monat (47,3 % versus 35,6 %; OR 1,6) und nach 3 Monaten (49,6 % versus 38,3 %; OR 1,6) auf. Die Compliance mit dem Nasenballon betrug 89 % nach einem Monat und 80 % nach 3 Monaten. Nebenwirkungen (Nasenbluten, Atemwegsinfektionen) waren mild und selten und zwischen den beiden Gruppen gleich.

Die Verwendung eines Nasenballons bei Kindern mit einer Otitis media mit Erguss im Alter zwischen 4-11 Jahren ist in der kinder- und hausärztlichen Praxis mit wenig Aufwand möglich und wirksam.

Kommentar: Der Begriff Autoinflation bezieht sich auf das retrograde Öffnen der Tuba eustachii durch Aufblasen eines Ballons mit der Nase. Hierdurch wird der intranasale Druck erhöht. Dies soll der gestörten Belüftung des Mittelohrs dienen. Von vielen Ärzten empfohlen, wurde dieses einfache, nebenwirkungsarme therapeutische Verfahren bisher kaum systematisch untersucht. Ein erster Review wurde von Reipath et al. 1999 publiziert. Von 35 identifizierten Untersuchungen konnten nur 5 randomisierte Studien ausgewertet werden. Bei Zusammenfassung aller Studienergebnisse betrug die Odds Ratio für die Autoinflation 1,85 (95 % KI 1,22-2,8), wobei die Autoren weitere Studien wegen der vor-

handenen Heterogenität zur Bestätigung ihrer Ergebnisse für notwendig hielten. In einer von Perera et al. durchgeführten Cochrane Analyse aus dem Jahre 2013 konnten 8 Studien mit 702 Studienteilnehmern ausgewertet werden. Die gepooltenzusammengesetzten Ergebnisse aus Tympanogramm und/oder Audiometrie nach weniger als einem Monat wiesen auf einen positiven Trend hin, waren aber erst nach mehr einem Monat im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant (RRI -relative riskofimprovement- 1,74, 95 % CI 1,22 bis 2,50). Eine Subgruppen-Analyse zeigte, dass die Wirksamkeit der Autoinflation auch von dem jeweils verwandten Gerät abhing. Die vorangehenden Studien bestätigen die aktuellen Ergebnisse der Praxisstudie von Williamson et al.. Die für die Autoinflation in mehreren Studien gesicherten positiven Ergebnisse lassen mit etwa 10 % gesichertem klinischen Nutzen nur eine mäßige Wirksamkeit erkennen. Gleiches gilt aber auch für andere Behandlungsmethoden. Van Zon et al. verglichen in einer Cochrane Analyse die Gabe von Antibiotika mit Placebo und keiner Behandlung. Die größte Auswirkung auf die Rückbildung des Paukenergusses unter einer antibiotischen Therapie zeigte sich bei Kindern, die kontinuierlich über 4 Wochen (Risikodifferenz (RD) 34 %), 3 Monate (RD 32 %) und über 6 Monate (RD 14 %) behandelt wurden. Dabei müssen die Nebenwirkungen der antibioti-

schen Therapie und ihr Einfluss auf die Resistenzentwicklung dem geringen Einfluss auf den Paukenerguss gegenüber gestellt werden. Nach Meinung der Autoren sprechen die Ergebnisse nicht für die Behandlung des Paukenergusses mit einem Antibiotikum. Auch die Einlage von Paukenröhrchen scheint keinen großen langfristigen Einfluss zu besitzen. Die kurzzeitige Hörverbesserung, die nach 6-9 Monaten kaum noch nachweisbar ist, wird mit häufig auftretenden Trommelfell-Veränderungen erkaufte. Hong et al. konnten nach 5-jähriger Beobachtung bei 27 % der Kinder eine Trommelfellretraktion, bei 23,6 % tympano-sklerotische Plaques und bei allen einen Abfall der Hörschwelle im Vergleich zu Kontrollkindern nachweisen.

Angesichts der von Yousaf et al. berichteten spontanen Rückbildung des Paukenergusses von 71,5 % über eine Beobachtungszeit von 36 Monaten, dürfte es vielleicht doch vernünftig sein, den normalen Verlauf des Paukenergusses erst einmal abzuwarten. Kindern können in dieser Zeit mit einem Nasenballon behandelt werden, um die Rückbildung des Ergusses zu beschleunigen. Vielleicht könnte dabei ein Corticoid-Nasenspray die Rückbildung unterstützen. Es ist erstaunlich, dass in PubMed auf diese Frage keine Studien gefunden werden konnte.

(Jürgen Hower, Mühlheim/Ruhr)

Pro und Contra ● ● ●



Dr. Stefan Zeller

Selektivverträge - PRO

Historie

Der Gesetzgeber hat durch das GKV-Modernisierungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz den bisherigen Kollektivvertrag aufgeweicht und beabsichtigt durch Selektivverträge insbesondere die hausärztliche Grundversorgung zu stärken und attraktiver zu machen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben bisher auf Landesebene mit den KVen Gesamtverträge für die ambulante Versorgung abgeschlossen. Die Zahlung der Kassen erfolgte als Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung. Dieses budgetierte und wenig flexible System mit Fallzahlbegrenzungen und RLV wurde von Seiten der Ärzteschaft oftmals als ungerecht und überholt empfunden und ließ wenig Spielraum, um neue Leistungen zur Verbesserung der Patientenversorgung einzuführen. Auch das 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz unterstreicht die politische Absicht, den Wettbewerb auf Seiten der Krankenkassen und der Ärzteschaft weiter zu befeuern, um damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten zu erreichen.

Aufgabe von Berufsverbänden

Macht es also Sinn, sich dieser weitreichenden politischen Entscheidung der Umgestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verschließen oder Sie gar abzulehnen? Eigentlich nicht, denn durch Selektivverträge können neue Leistungen eingeführt, sowie neue Versorgungsstrukturen gefördert werden und dies unabhängig von Honorarverteilungsmaßstäben, Fallzahlobergrenzen und Budgets. Hier sind Berufsverbände in der Pflicht, alle gesetzlichen Möglichkeiten für ihre Mitglieder auszuschöpfen.

1. Es können Verbesserungen zur kollektivvertraglichen Versorgung im Rahmen von Modellvorhaben getestet werden. Im Erfolgsfall ist eine Übernahme in die Regelversorgung wahrscheinlich (z.B. Telemedizinische Versorgung).
2. Durch Selektivverträge können Leistungen als Ergänzung des Kollektivvertrages mit zusätzlichen Inhalten angeboten werden (z.B. Amblyopie-screening, erweiterte Vorsorgeuntersuchungen).
3. Ebenso kann die ärztliche Versorgung durch Selektivverträge auch als Ersatz für den Kollektivvertrag realisiert werden (z.B. hausarztzentrierte Versorgung).

Derzeit erscheint es schwierig ein Favoritenmodell zu benennen. Vielmehr bedarf es der sehr sorgfältigen Abwägung in den Verhandlungen der Vertragspartner, welches Modell am sinnvollsten in der Umsetzung erscheint und in bestehende Praxisabläufe integriert werden kann.

Bisherige Erfahrungen im BVKJ

Welche Vorteile neben einer Verbesserung der Patientenversorgung bieten nun Selektivverträge in unseren Praxen? Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte kann durch die BVKJ-Service GmbH als direkter Vertragspartner der Krankenkassen Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Zusatzverträge nehmen. Durch das Angebot einer höheren Versorgungsqualität mit zusätzlichen Leistungen in Kinder- und Jugendarztpraxen entsteht ein nicht budgetierter Honorarzuwachs, verbunden mit einer vertraglich geförderten Patientenbindung an die Praxen. Um die Akzeptanz der Verträge in den Praxen zu erhöhen, muss das Management der Selektivverträge in den Praxen natürlich noch übersichtlicher werden. Mit der Entwicklung von PaedSelekt® hat die BVKJ-Service GmbH die Entwicklung einer kostenfreien Software zur Vereinfachung der Verwaltung der Selektivverträge auf den Weg gebracht. Ebenso muss erreicht werden, dass bundesweit agierende Krankenkassen geltende Verträge auch bundesweit umsetzen. Es ist nicht einzusehen, dass Kinder und Jugendliche in bestimmten Bundesländern keinen Zugang zu bereits längst etablierten Zusatzleistungen haben, die zu einer höheren Versorgungsqualität führen.

Der BVKJ ist als anerkannter Vertragspartner im Bereich der Selektivverträge bei den Krankenkassen akzeptiert. Die politische Weichenstellung zur Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgte bereits vor mehr als 10 Jahren und ist nicht mehr umkehrbar. Neben dem HÄV der Allgemeinärzte verfügt kein anderer Berufsverband so viel Erfahrung im Bereich der Selektivverträge wie der BVKJ. Viele der abgeschlossenen Verträge sind für die Krankenkassen im gegenseitigen Wettbewerb um Patienten von enormer Bedeutung. Durch die Selektivverträge ergeben sich neben der Mitgestaltung von innovativen Versorgungsmodellen auch die Möglichkeiten Honorarzuwächse unabhängig von den Regularien des Kollektivsystems zu generieren. In den Verhandlungen mit Kostenträgern ist es jedoch von enormer Bedeutung, aufzeigen zu können, dass wir Kinder- und Jugendärzte entsprechende Leistungen auch flächendeckend den Versicherten anbieten können. Ansonsten besteht für die Kassen kein Interesse zum Abschluss entsprechender Verträge bzw. die Beschränkung auf bestimmte Regionen und Bundesländer bleiben weiterbestehen. Daher ist es wichtig, dass möglichst viele Kinder- und Jugendarztpraxen bereit sind an den Verträgen teilzunehmen. Rund 2/3 der Mitglieder des BVKJ gibt in der Mitgliederbefragung 2015 an auf Selektivverträge nicht mehr verzichten zu wollen. Das ist ein klares Votum sich für die Weiterentwicklung der Selektivverträge auch in Zukunft zu engagieren.

*Dr. Stefan Zeller
Kinder- und Jugendarzt, 87435 Kempten*

Red.: WH

Selektivverträge - CONTRA

Vorbemerkung 1:

Nein – ich war nie berufspolitisch engagiert

Vorbemerkung 2:

Ja – ich respektiere die große Zustimmung zur Politik unseres Vorstands

Vorbemerkung 3:

Die erweiterten Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind kein Gewinn, dienen vor allem den Marketinginteressen der Kasse, der Mitgliederbindung und der Erhöhung des eigenen Marktwertes.

1 – Ökonomisierung

In den fast 30 Jahren meiner ärztlichen Tätigkeit – ca. 12 Jahre in verschiedenen Krankenhäusern und inzwischen fast 18 Jahre als niedergelassener Pädiater in Einzelpraxis – wurde und bin ich Zeuge einer doch fast revolutionären Veränderungen in der Medizin und im (Selbst-)Bild des Arztes. Selektivverträge sind wie DRG's, IGEL, Boni, u.v.m. Aspekte und Teile der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die inzwischen alle Bereiche desselben erfasst hat und hat, wie u.a. Prof. Maio in seinem lesenswerten Buch „Geschäftsmodell Gesundheit“ darlegt, zu einer nicht zu unterschätzenden Beeinflussung ärztlichen Denkens geführt. Die Frage „Zahlt sich das wirtschaftlich aus?“ hat die Frage „Ist das medizinisch sinnvoll?“ zwar nicht abgeschafft – aber verändert, zum Teil ohne das wir uns dessen bewusst sind.

Einwurf 1: Ich bin kein Samariter und möchte Geld verdienen

Aber: als ich die Diskussion im pädinform verfolgte, war ich doch überrascht; und jetzt folgen ausschließlich Zitate daraus:

„...im Moment die einzige Möglichkeit ist, die Praxisumsätze zu steigern..“

„... Mehrheit der Praxen auf dieses Einkommen ...“

„...wer die Grundausstattung bezahlt, bekommt auch nur...“

„... nicht genug Ertrag. Wenn ich dann Familien durch zugegebenermaßen nicht validierte Entwicklungsbegleitung an die Praxis soweit binden kann,..“

„...Ich habe bei diesen Leistungen absolut nichts gegen eine „Zwei-Kassen-Medizin“. Ganz im Gegenteil!“

Einwurf 2: Nach dreißig Jahren ärztlicher Arbeit

bin ich sicherlich nicht reich, aber durchaus wohlhabend

Die Frage, wie und wie häufig ich Kinder untersuche, sollten die Kinder, ihre Probleme und ihre Nöte beantworten. Die Intensität einer Vorsorgeuntersuchung und die Häufigkeit von Kontrollen muss sich aus den individuellen Situationen der Kinder ergeben und nicht durch ihren Versicherungsstatus. So untersuchen wir viele Kinder zu häufig, andere zu wenig.

2 – Die aktuellen Selektivverträge führen zumindest einige von uns an die Belastungsgrenzen

Als ich vor ca. 18 Jahren mit der niedergelassenen Kindermedizin begann, gab es de facto sieben Vorsorgeuntersuchungen. U1 sowieso, meist auch die U2 fand noch im Krankenhaus statt.

Inzwischen haben wir bis zu 13 Vorsorgen. Haben sich die Anhaltszahlen für die Vertragsarztsitze jemals geändert? Zumindest ich habe es nicht bemerkt. Auch die Nachmittage sind nun mit Vorsorgeuntersuchungen und anderen Präventionsleistungen vollgepackt. Ich bin wie - viele Andere - Pädiater geworden, um kranke Kinder und Jugendliche zu behandeln, zu heilen, zu unterstützen und zu begleiten. Und dies geht unter Zeitdruck nicht so einfach. Und dann noch Coaching außerhalb der Praxiszeit!

Es gibt noch weitere Bedenken, die ich aber aus Platzgründen nicht vertiefen möchte..

Gegeneinwurf der Befürworter: Man muss ja nicht teilnehmen! Aber: Wie mache ich das den Eltern klar? Von Geburt an betreue ich ihr Kind. Zur U10, U11, J2 zum pädiatrischen Kollegen oder zum Hausarzt? Zur J1 wieder bei mir - bei allen zwischenzeitlichen Erkrankungen? Bei den chronisch Kranken, die ich ja medizinisch weiter betreue? Meine Meinung: nicht sehr sinnvoll und für die Betroffenen unverständlich.

Was sinnvoll ist in meinen Augen: Sonderverträge, die tatsächlichen Belastungen Ausdruck verleihen, z.B. für Kinder mit neurodegenerativen Erkrankungen, Heimbeatmete, CF, Enzymsersatztherapien, konnatale Stoffwechselstörungen, Autismus....

Mein Fazit

Die aktuellen Selektivverträge – ein Schritt in die falsche Richtung!

*Dr. Michael Gilbert
FA für Kinder – und Jugendmedizin/
Palliativmedizin/Manuelle Medizin
59368 Werne*

Red.: WH



Dr. Michael Gilbert

Berichte der Ausschüsse des BVKJ zur DV 2015 in kurzer Zusammenfassung

Die vollständigen Berichte können Sie, wie alle Berichte zur Delegiertenversammlung, in **Päd- Inform** im Ordner „BVKJ Aktuell“ nachlesen.

Ausschuss für Prävention und Frühtherapie

Ausschussmitglieder:

Dr. Kahl (Sprecher), Dr. Grundhewer, Dr. Karmrodt, Dr. Terhardt, kooptiert Dr. Lawrenz

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

- Fertigstellung des Manuals zum grünen Vorsorgeheft des BVKJ
- Mitarbeit an den überarbeiteten Kinderrichtlinien des G-BA
- Planung der wissenschaftlichen Auswertung der PaedCheck-Vorsorgen über die Fa. Helmsauer
- Öffentlichkeitsarbeit zum Impfen
- Überarbeitung der Informationen zum Impfen bei KiN
- Expertise zum Präventionsgesetz
- Teilnahme an StiKo-Sitzungen (Dr. Terhardt)
- Teilnahme an den Sitzungen der NAVKO (Nationale Verifizierungskommission zur Elimination von Masern und Röteln)
- Mitarbeit am Aktionsplan Masern im RKI

Fortbildungsausschuss

Ausschussmitglieder:

Prof. Dr. Keller (Sprecher), Dr. Pizzulli, Dr. Schade

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

Die angebotenen Tagungen werden weiterhin sehr gut bis gut angenommen mit TN-Zahlen in etwa wie in den Vorjahren.

- **Der 42. HSK Bad Orb fand zum Thema Infektiologie statt.**
Nach einer hervorragenden und sehr anschaulichen Einführung in die **Grundlagen der Infektionsabwehr** durch den pädiatrischen Immunologen Prof. Ulrich Baumann von der MHH Hannover, gab Prof. Markus Knuf, Infektiologe und ausgewiesener Spezialist in Sachen Impfungen, Direktor der Dr. Horst Schmidt Helios Klinik in Wiesbaden, **Einblicke in aktuelle und künftige impfrelevante Themen.** Es folgten ausgezeichnete Referate von ausgewiesenen Spezialisten auf ihren Gebieten zu **Infektionen der**

oberen und tieferen Atemwege, zu Problemen von Tropenrückkehrern und zu so speziellen Themen wie **Infektionen bei Mukoviszidose, Transplantierten und onkologischen Patienten.** Nicht fehlen durfte das **Referat zu sexuell übertragbaren Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen,** welche nach den Angaben von Prof. Brockmeyer, Bochum, in den letzten Jahren leider zugenommen haben. Weitere Vorträge befassten sich mit **Infektionen der Augen, der Neugeborenen, des ZNS, des Herzens, der Haut, der ableitenden Harnwege, des Gastrointestinaltrakts und der Tuberkulose.**

- **Der 12. Assistentenkongress in Köln,** Leitung durch Prof. R.G. Schmidt, Altötting, in hervorragender Kooperation mit den Direktoren der Kölner Kinderkliniken Prof. Dötsch, Prof. Weiß und Dr. Wiater, verlief wieder sehr erfolgreich mit sehr guten Teilnehmerzahlen.
- **Der 45. Kinder- und Jugendärztetag in Berlin befasste sich mit dem Jahresschwerpunktthema des BVKJ: „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“.**
350 Teilnehmer haben die hervorragenden Vorträge besucht. Das Spektrum reichte von **Kinderrechten im europäischen Vergleich, über seelische Gesundheit und frühkindliche Gewalterfahrung, Armut, Bindungsforschung, psychische Störungen bei kleinen Kindern, Schulabsentismus, seelische Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern** bis hin zu **Süchten und Medien und seelische Gesundheit.**

Ausschuss Jugendmedizin

Ausschussmitglieder:

Dr. Büsching (Sprecher), Dr. Achenbach, Dr. Ruppert, kooptiert Frau Dr. Trost-Brinkhues

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

- **Der 21. Kongress für Jugendmedizin in Weimar** Thema: **„Hilfe, ich werde erwachsen“- körperliche Pubertät und seelische Gesundheit.**
Es ging um sexuelle Entwicklung und Orientierung, Essstörungen, Pubertätskrisen, psychische Erkrankungen, alte und neue Drogen, Sexualität und Schwangerschaft. Der besondere Vortrag von Prof. Brunner, KJP Heidelberg, beschäftigte sich mit dem Umbau im Jugendgehirn.
- **Praxisseminare**
insgesamt 11 Workshops zum Thema „Jugend in der Praxis“
- **Kurse Psychosomatische Grundversorgung**

- **Mitarbeit in der Kommission Jugendmedizin in der DAKJ**

Schwerpunkte: Weiterbildungsordnung, e-learning, Seminare Jugendmedizin für Klinikassistenten, Fortbildung MFA

- **J1-Flyer**

- **BLIKK-Medien-Forschungsvorhaben**

Pretestphase abgeschlossen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung will das Forschungsvorhaben unterstützen.

- **Recall 2000**

Wird umgestellt auf die neue Praxis-App des BVKJ

- **Transition**

Ausschuss Kind, Schule und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Ausschussmitglieder:

Frau Dr. Trost-Brinkhues (Sprecherin),
Frau Dr. Riegger-Walker, Dr. Brockstedt,
Frau Dr. Sievers (kooptiert)

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

- Kooperation BVKJ und ÖGD
- Mitarbeit im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“
- Gesundheitsförderung und Prävention im Setting – Kindertagesstätten und Schulen – im Rahmen des Präventionsgesetzes
- Machbarkeitsstudie zu Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen – öffentliche Schulgesundheits- und schulärztliche Betreuung
- Zusammenarbeit mit der BZgA und der neuen Direktorin der BZgA, Frau Dr. Thaiss, die aus dem ÖGD stammt
- Mitarbeit beim Jahresschwerpunktthema „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“
- Medizinische Betreuung von Flüchtlingskindern – Kinder mit Familie und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Die aktuellen Diskussionen in den Gremien für Kinder- und Jugendmedizin sollten neben den notwendigen Schwerpunkten der individualmedizinischen Versorgung in Praxis und Klinik auch den Blick hin zu einer bevölkerungsmedizinischen Ausrichtung und der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting von Kindergarten und Schulen unter Beteiligung der Kinder- und Jugendmedizin des öffentlichen Gesundheitswesens zulassen. Nur gemeinsam können wir die Aufgaben schultern und dafür sorgen, dass sowohl die Krankenkassen, wie die Bundes-, Landes- und kommunale Ebene ihre – auch finanzielle – Verantwortung ernst nehmen. Die Kluft zwischen gut versorgten Kindern und Jugendlichen und den in vielen Bereichen benachteiligten Kindern und Jugendlichen stellt eine harte Realität und negative Zukunftschancen der vor allem aus bildungsfernen Familien stammenden Kinder und Jugendlichen dar. Hier sieht

der Ausschuss seine Verantwortung in der Vernetzung der Themenfelder innerhalb des BVKJ, der Diskussion und der Zielentwicklung für eine gemeinsame Strategie für die bestmögliche Versorgung und Gesunderhaltung aller Kinder und Jugendlichen von Schwangerschaft/Geburt, über das Kita- und Schulalter und darüber hinaus. Hierzu wurden vielfältige Vernetzungen geschaffen, diese werden u.a. durch die Ausschussmitglieder weiterentwickelt. Hinderlich für die bundesweite Arbeit sind die föderalen Strukturen der Schulgesetzgebungen und der Ausgestaltung der ÖGD- Gesetze, der kommunalen Ausrichtung der einzelnen Kinder- und jugendärztlichen Dienste und der doch zunehmend unterschiedlichen Schwerpunkte der Arbeit in ländlichen wie städtischen Bereichen.

Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie

Ausschussmitglieder:

Dr. Tegtmeyer-Metzdorf (Sprecher), Dr. Fleer,
Dr. Freund

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

- Abwehr des Vorhabens der Bundesregierung zusammen mit der Ständigen Konferenz ärztlich-psychotherapeutischer Verbände (STÄKO) einer grundständigen Direktausbildung zum Psychotherapeuten in psychologischen Instituten der Universitäten ohne Medizinstudium
- Gemeinsames Vorgehen gegen die Bestimmung im GKV-VSG, wonach in den KV-Fachausschüssen für Psychotherapie nur noch „überwiegend“ psychotherapeutisch-tätige Ärztinnen und Ärzte mitarbeiten dürfen
- Intervention beim KBV-Vorstand gegen die schlechte Bewertung von psychotherapeutischen Gesprächsleistungen im EBM
- Psychische Probleme bei Jugendlichen mit ADHS und Schwierigkeiten bei der Transition (<http://www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-dasnetz/taetigkeit/statuskonferenz-adhs.html>)
- Teilnahme an Leitlinien (S3-Leitlinie zu Lese-Rechtschreib-Störungen-<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-044.html>) und S2k-Leitlinie „Psychische Störungen bei Kindern 0-5;11 J.“
- Buchbeiträge, zahlreiche Zeitschriftenartikel, z.B. auch im Schwerpunktheft des BVKJ zur „Seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, und Beteiligung an Fortbildungen durch viele Vorträge

Ausschuss Qualitätsmanagement (QM)

Ausschussmitglieder:

Dr. Weissenrieder (Sprecher), Dr. Ewald, Dr. Moebus,
Dr. Huss (kooptiert)

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

- CIRS (Betreuung der Website www.cirs-paediatrie.de)
- Mitgliederbefragung
- Projekt COSI auf europäischer Ebene (Set von 42 Indikatoren)
- Betreuung der Qualitätszirkel im BVKJ
- Symposium Qualitätsmanagement im Rahmen der 111. DGKJ Tagung in München
- Medizinisches Qualitätsmanagement (zusammen mit der DGAAP und der DGKJ)

Ausschuss für Subdisziplinen in der Pädiatrie**Ausschussmitglieder:**

Dr. Leipold (Sprecher), Dr. Fehr, die Sprecher der einzelnen Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen wurden beteiligt

Wichtige Themen der Ausschussarbeit:

- Honorarpolitik (Novellierung der Kapitel 4.4 und 4.5 EBM in Zusammenarbeit mit dem Honorarausschuss)
- Weiterbildung (Zusammenarbeit mit der AG Weiterbildung der DGAAP, Erstellung eines Logbuchs, Leitlinien usw.)
- Darstellung der aktuellen Versorgungssituation in den pädiatrischen Subdisziplinen und Förderung der Zusammenarbeit mit den hausärztlich-tätigen Kinder- und Jugendarztpraxen
- Transition
- Neue Versorgungsformen (u.a. Telemedizin)

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLERGEBNIS**der Wahlen im Landesverband Saarland****des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Wahlperiode 2015-2019**

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Karl Stiller, Homburg

1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:

Dr. Schahin Aliani, Saarlouis

1. Ersatzdelegierter:

Bernhard Mischo, Neunkirchen

2. Ersatzdelegierter:

Karsten Theiß, St. Ingbert

Schatzmeister:

Dr. Marc Karim Ehlayil, Bexbach



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

WAHLERGEBNIS**der Wahlen im Landesverband Hamburg****des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Wahlperiode 2015-2019**

1. Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Dr. Stefan Renz, Hamburg

2. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte:

Dr. Petra Kapaun, Hamburg

1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und 1. Ersatzdelegierte:

Dr. Annette Lingenauber, Hamburg

2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Ersatzdelegierter:

Dr. Christoph Kemen, Hamburg

Schatzmeisterin:

Dr. Annette Lingenauber, Hamburg

Wir sind die Neuen ● ● ●

Dr. Christoph Bornhöft



Im Oktober 2015 wurde Christoph Bornhöft in den Vorstand des BVKJ gewählt, seit dem 1. November ist er im Amt.

Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht der Kinder- und Jugendarzt aus Bensheim über seine berufspolitischen Pläne, was QM-Zertifizierung und Berufspolitik miteinander zu tun haben, warum der BVKJ mehr Transparenz braucht und über vergebliche Versuche abzuschalten.

Sie sind die einzige Überraschung im neuen Vorstand, das neue Gesicht unter lauter altbekannten Gesichtern

Stimmt, jetzt bin ich mit 48 plötzlich der Jüngste. Berufspolitisch bin ich aber schon lange interessiert, ich habe das Paednetz Südhessen gegründet. Dann habe ich mir aber gesagt, dass diese Form der regionalen berufspolitischen Arbeit oft zu kurz greift, sie sollte außerdem nie ohne enge Zusammenarbeit mit dem BVKJ laufen. So habe ich in die Obleutetreffen des Landesverbandes hineingehört und mich zu Verfügung gestellt, als ein neuer stellvertretender Landesvorsitzender in Hessen gesucht wurde. Bei der nächsten Wahl hätte ich den amtierenden Landesvorsitzenden ablösen sollen, aber dann fehlte auf einmal ein Kandidat aus Hessen für den Bundesvorstand.

Wie haben Sie sich auf die neue Aufgabe vorbereitet?

Ich bin generell sehr extrovertiert und ein Fan des learning-by-doing. So hoffe ich, dass ich mich schnell einarbeite. Die AG Zukunft hatte einen Bewerbungskatalog mit Fragen an die Bewerber für den Vorstand erarbeitet. Den habe ich ausgefüllt und dabei gesehen, welche Themen für den BVKJ in Zukunft wichtig sein werden. Zu den Vorbereitungen auf das Amt hat dann auch die Neuausrichtung meines bisherigen Lebens gehört. Ich habe mit meiner Familie darüber gesprochen, an welchen Stellen ich demnächst kürzer treten werde. Denn neben meiner Praxis, die eine akademische Lehrpraxis ist, halte ich zahlreiche Vorträge, kümmere mich immer noch um das Paednetz, arbeite im Arbeitskreis Frühe Hilfen mit, bin im Pilotprojekt „HPV-Impfung in der Grundschule“ aktiv, kümmere mich um das örtliche Flüchtlingslager etc.

Noch habe ich kein wirklich gutes Konzept, wie ich in Zukunft auch mal abschalten kann. Derzeit pflege ich noch auf jede Mail zeitnah zu antworten, habe

mein Tablet immer dabei. Mit dem Ergebnis, dass ich von morgens bis spät nachts Mails schreibe, sogar noch unmittelbar vor dem Schlafengehen.

Welche drei Eigenschaften bringen Sie mit in Ihrem neuen Job?

Ich bin auf jeden Fall ein Idealist, der glaubt, alles immer noch ein bisschen verbessern zu können. Ich habe zum Beispiel auch meine Praxis zertifizieren lassen, um herauszufinden, was man machen kann, damit die Abläufe noch ein bisschen reibungsloser werden. Der Wunsch, Dinge zu verbessern treibt mich. Ich bin überzeugt: wenn man sich engagiert, kommt am Ende immer was Besseres dabei heraus. Diese Überzeugung hat mich überhaupt erst zur Berufspolitik gebracht. Mich hat damals aufgerüttelt, dass Hausärzte eventuell Primärärzte werden sollten, die dann die Überweisungen zum Kinderarzt ausstellen würden. Damals habe ich mir gesagt: wir müssen uns profilieren, zeigen, was wir können, zeigen, dass wir unverzichtbar sind in der wohnortnahen Primärversorgung der Kinder und Jugendlichen.

Was werden Sie anders machen als Ihre Vorgänger?

Ich werde mich für mehr Transparenz gegenüber den Mitgliedern einsetzen. Ich will nicht, dass es an der Basis heißt: Die erhöhen die Mitgliedsbeiträge und zahlen sich selber großzügige Aufwandsentschädigungen damit. Ich will, dass die Mitglieder sehen, was wir für sie tun, will aber auch wissen, was die Basis von uns denkt, was sie von uns erwartet. Wir sind ja IHR Vorstand. Nur über welche Wege? PädInform ist ja leider ein elitärer Club, Fax sind out. Der Newsletter, den es seit einiger Zeit gibt, ist ein guter Anfang, die Mitglieder besser als bisher zu informieren. Ich fände auch einen Blog gar nicht schlecht, allerdings ist es nicht immer ganz leicht festzulegen, was kann kommuniziert werden, was ist

Steckbrief:

Christoph Bornhöft

Geboren 1967 in Ascheberg/Westfalen.

Verheiratet, 3 Kinder (geb. 1999, 2000 und 2002)

Studium 1988-1994 in Münster und Heidelberg

Facharzt 1995-2000 in Heidelberg
seit 2001 niedergelassen in Bensheim

2004 Qualifikation „Ärztlicher Qualitätsmanager“

2006 Gründung PädNetz Südhessen

2009 ISO-Zertifizierung

2013 stellv. LV Hessen

noch nicht spruchreif. Über weitere Informationswege müssen wir aber auf jeden Fall nachdenken. Sonst bekommen wir wegen der erhöhten Mitgliederbeiträge bald ein Problem.

Haben Sie schon konkrete Pläne zu den Inhalten Ihrer Arbeit?

Es gibt einige Aufgaben im Vorstand, die mich sehr interessieren, die aber schon von anderen Vorstandmitgliedern „besetzt“ sind. Auf jeden Fall werde ich mich um das Thema Impfen kümmern, das mir seit jeher sehr am Herzen liegt. Ich nehme gelegentlich an Advisory Boards von Impfstoffherstellern teil und schlage hier meines Erachtens wichtige Brücken zwischen Kinder- und Jugendärzten und der Industrie. Leider sehen ja immer noch einige Kollegen die Industrie als Feind. Aber wir brauchen die Pharmaindustrie, ihre Forschung und ihre Produkte. Wenn man als konstruktiver Partner wahrgenommen wird, werden unsere Forderungen an die Industrie dort auch ernst genommen. Derartige Zusammenarbeit nützt letztlich unseren Patienten.

Ein Thema, das ich bereits in den Vorstand getragen habe und mit dem ich gemeinsam mit der Geschäftsstelle nach Lösungen suche, sind Videokonferenzen. Wir werden bald das erste Testmeeting haben. Videokonferenzen sparen Zeit und Reisekosten. Wenn wir die technischen Voraussetzungen dafür erprobt haben, kann der BVKJ auf allen Ebenen damit arbeiten, nicht nur auf der Vorstandsebene. Wir werden dann die Kooperation aller unserer Mandatsträger noch einmal deutlich intensivieren und damit verbessern.

ReH

Krankenhausstrukturgesetz



Dr. Kyrill Makoski

Am 1. Januar 2016 ist das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurden die Eckpunkte umgesetzt, die eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe bereits im Dezember 2014 beschlossen hatte. Ziele sind die finanzielle Stabilisierung der Krankenhäuser und die Einführung von Qualitätskriterien auch im stationären Bereich.

Zusätzliche Gelder

Kernpunkt des Gesetzes soll die Verbesserung der Versorgung in Krankenhäusern sein. Einen Sicherstellungszuschlag, wie von den pädiatrischen Gesellschaften für die Kinder- und Jugendmedizin gefordert wurde, hat das BMG abgelehnt. Im Rahmen der Investitionsförderung und zur Verbesserung der Strukturen stellt der Bund bis zu 500 Millionen Euro zur Verfügung. Weitere 500 Millionen Euro sollen von den Ländern kommen. Hiermit soll ein Beitrag geleistet werden, um die Investitionslücke im Krankenhausbereich, die nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft inzwischen mehrere Milliarden Euro groß ist, zu schließen.

Zur finanziellen Förderung der Krankenhäuser werden neue Faktoren eingeführt, um die Erhöhung des jeweiligen Landesbasisfallwertes zu berechnen. Der Fixkostendegressionsabschlag wird entsprechend gekürzt. Ebenso soll bei Mehrleistungen ein geringerer Abschlag erfolgen.

Zur Berücksichtigung der aktuellen Lage wird festgelegt, dass die bei Patienten auf der Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes erbrachten Leistungen beim Mindererlösausgleich sowie beim Mehrleistungsabschlag nicht berücksichtigt werden. Hiermit soll verhindert werden, dass die Krankenhäuser, die in erheblichem Umfang Asylbewerber behandeln, einen weiteren Nachteil erleiden. Diese Regelung tritt bereits rückwirkend zum 6.11.2015 in Kraft.

Verbessert werden soll auch die Situation der Pflege im Krankenhaus. Der zurzeit geltende Versorgungszuschlag wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Zusätzliche Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro werden zur Verfügung gestellt, um die Personalkosten im Bereich der Pflege abzudecken und dort die Qualität der Versorgung zu erhöhen.

Qualität – Kriterien und Prüfung

Die Verbesserung der Qualität ist ein weiterer wichtiger Punkt der Reform. Der Gemeinsame Bundesaus-

schuss (GBA) soll festlegen, welche Qualitätskriterien einzuhalten sind. Erfüllt ein Krankenhaus bestimmte Qualitätskriterien nicht mehr, wird zunächst ein Abschlag fällig. Werden die Abschläge über mehrere Jahre fällig, besteht sogar die Möglichkeit, das Krankenhaus mit der entsprechenden Fachabteilung vollständig aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Inwieweit die Länder diese Regelung tatsächlich umsetzen werden, bleibt abzuwarten. Einige Bundesländer versuchen bereits im Rahmen der Krankenhausplanung, Qualitätsvorgaben zu berücksichtigen.

Belegärztliche Leistungen gehören nunmehr qualitativ zu den stationären Leistungen, wenn nicht der GBA eine gleichwertige ambulante sektorenübergreifende Qualitätssicherung einführt.

Die Qualitätssicherung bleibt als Aufgabe ausdrücklich dem GBA übertragen. Dieser soll entsprechende Richtlinien erarbeiten, in denen zum Beispiel auch Kriterien für die indikationsbedingte Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen festgelegt werden sollen.

Klargestellt ist, dass Regelungen und Richtlinien des GBA Vorrang vor Einzelverträgen und auch vor Landesverträgen haben. Den Ländern wird aber zugestanden, ergänzende Qualitätsanforderungen aufzustellen und damit über die Vorgaben des GBA hinauszugehen.

In § 275a SGB V wird dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ausdrücklich die Aufgabe übertragen, Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durchzuführen. Diese Qualitätskontrollen können auch unangemeldet durchgeführt werden. Inwieweit der MDK sogar befugt ist, die Geschäftsräume eines Krankenhauses zu betreten und die erforderlichen Unterlagen einzusehen, zumindest während der üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten. Inwieweit dies tatsächlich umgesetzt wird, bleibt ebenfalls abzuwarten.

Für den ambulanten Bereich werden die KVen mit der Kontrolle der Versorgungsqualität beauftragt; hierzu können sie auch Stichproben durchführen (§ 135b SGB V).

Vertragsärztlicher Notdienst

Gestärkt werden soll auch der vertragsärztliche Notdienst. Ausdrücklich vorgesehen ist nunmehr, dass die zentralen Notdienstpraxen als „Portalpraxen“ an Krankenhäusern angesiedelt werden. Alternativ können auch die schon am Krankenhaus bestehenden Notfallambulanzen in den vertragsärztlichen Notfalldienst eingebunden werden; diese Regelungen flankieren Änderungen durch das GKV-VSG. Hierzu sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der regionalen Ebene mit den Krankenhausgesellschaften entsprechende Vereinbarungen schließen. Daneben soll die Vergütung der Notfalleleistungen überprüft werden.

Krankenkassen sollen auch Schließungskosten tragen

Der Gesetzgeber geht weiter davon aus, dass im stationären Bereich eine Überversorgung besteht. Daher erhalten nunmehr auch die Krankenkassen die Möglichkeiten, sich an den Schließungskosten eines Krankenhauses zu beteiligen. Bisher war nur vorgesehen, dass ein entsprechender Ausgleich durch die Krankenhausförderung der Länder erfolgen sollte. Diese Regelung stellt auch eine Durchbrechung des eigentlich geltenden Systems der dualen Krankenhausfinanzierung dar, da Schließungskosten als umgekehrte Investitionskosten eigentlich von den Ländern zu tragen wären und die Krankenkassen nur die Betriebskosten zu tragen hätten, zu denen aber die Kosten der Schließung gerade nicht gehören.

Der Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern dient auch eine Änderung von § 110 SGB V. Für diese Regelung ist – ebenso wie bei den Regelungen zur Förderung der Schließung von Krankenhäusern – fraglich, inwieweit sie überhaupt jemals praktisch relevant werden.

Stärkung der Übergangspflege

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass es eine Lücke in der pflegerischen Versorgung von Versicherten mit einer schweren Krankheit gibt, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Hierfür wird ein neuer Leistungsanspruch der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe geschaffen (§§ 37 Abs. 1a, 38 Abs. 1 SGB V); zudem gibt es einen neuen Anspruch auf Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V).

Neuregelungen zu Abrechnungsstreitigkeiten

Von erheblicher praktischer Bedeutung für den Krankenhausbereich ist die Abschaffung des obligatorischen Schlichtungsverfahrens in § 17c Abs. 4 KHG. Anstelle des bisherigen Schlichtungsverfahrens sieht § 17c Abs. 4 KHG nunmehr vor, dass zur Überprüfung des Ergebnisses einer MDK-Prüfung die beteiligten Personen gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson

bestellen können. Diese Person kann sowohl für einzelne als auch sämtliche Streitigkeiten bestellt werden. Gegen ihre Entscheidung ist der Sozialrechtsweg gegeben. Allerdings findet die gerichtliche Überprüfung der Entscheidung nur statt, soweit geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Die Kosten des Schlichtungsverfahrens tragen die Parteien zu gleichen Teilen.

Ein weiterer, in der Praxis wichtiger Punkt des Gesetzes betrifft die Frage der Abrechnungsprüfung durch den MDK nach § 275 Abs. 1c SGB V. Das Bundessozialgericht hat in mehreren Urteilen die Auffassung entwickelt, dass eine Pflicht zur Durchführung einer Prüfung durch den MDK nur bei Auffälligkeiten bestehe; eine sachlich-rechnerische Prüfung durch die Krankenkasse sei hingegen immer möglich und bedürfe keines MDK-Gutachtens (siehe Urt. v. 1.7.2014 – B 1 KR 29/13 R u.v.a.). Der Gesetzgeber hat nunmehr klargestellt, dass das MDK-Prüfverfahren bei sämtlichen Arten der Unstimmigkeiten und Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen anzuwenden sei.

Sonstige Regelungen

Gefördert werden sollen auch Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen. Hierfür soll der Gesundheitsfond eine Liquiditätsreserve von 500 Millionen Euro schaffen. Ziel dieser Fördermaßnahmen ist zum einen der Abbau von Überversorgung und Überkapazitäten und zum anderen die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akut stationäre örtliche Versorgungseinrichtungen oder die Förderung von palliativen Versorgungsstrukturen. Allerdings ist Voraussetzung für eine Förderung immer, dass auch die Länder sich verpflichten, einen entsprechenden Finanzierungsanteil zu leisten.

Das bisher schon bestehende Programm zur Förderung der Hygiene im Krankenhaus wird um weitere drei Jahre bis 2019 verlängert. Erweitert wird es darüber hinaus für den Bereich der Infektiologie.

Eine weitere Regelung betrifft die Frage von Zuschlägen für Zentrumsaufgaben (z.B. Brustzentren). In Umsetzung der Rechtsprechung des BVerwG (Urt. v. 22.5.2014 – 3 C 8.13) hat der Gesetzgeber sich entschieden, ausdrücklich festzuschreiben, dass besondere Aufgaben nur solche sind, die tatsächlich im Krankenhausplan des Landes festgelegt sind. Die freiwillige Übernahme von entsprechenden Zentrumsfunktionen führt hingegen nicht dazu, dass das Krankenhaus einen entsprechenden Zuschlag geltend machen kann. Klargestellt wurde auch, dass die besonderen Aufgaben nur Leistungen umfassen, die nicht bereits durch andere Abrechnungsregelungen vergütet sind.

Neu ist die Einführung einer Fortbildungspflicht für Krankenhausärzte (siehe § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V). Auch für diese Ärzte gilt dann eine Fortbildungspflicht innerhalb eines Fünfjahreszeitraums, ebenso wie bei den Vertragsärzten (§ 95d SGB V).

Die Ermächtigungsgrundlage für den GBA, Mindestmengenregelungen zu erlassen, wurde neu ge-

fasst. Hiermit reagiert der Gesetzgeber wiederum auf die Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 18.12.2012 – B 1 KR 34/12 R, BSGE 112, 257).

Zusammenfassung

Insgesamt gesehen, stellt dieses Gesetz in vielen Teilen eine Verbesserung der Situation der Krankenhäuser dar. Der Gesetzgeber hat auch auf viele obergerichtliche Urteile reagiert und sie entweder bestätigt oder korrigiert. Daneben erfolgten Änderungen, die auch Aus-

wirkungen auf die ambulante Versorgung haben. Die praktischen Auswirkungen aller Gesetzesänderungen werden im Einzelnen zu prüfen sein.

*Dr. Kyrill Makoski
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht
(www.m-u-p.info)
Die Anwälte der Kanzlei sind als Justiziarer des
BVKJ e.V. tätig*

Red.: WH

Ein Kooperationsprojekt von Kinder- und Jugendmedizin, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen der Stadt Freiburg und dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Freiburg

Gemeinsam gegen Kinderarmut in Freiburg

Mit dem Projekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* wurde ein interdisziplinäres bzw. intersektorales Unterstützungsangebot der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendhilfe (hier im Sinne der Frühen Hilfen) in einer Kinder- und Jugendarztpraxis eines Freiburger Stadtteils mit besonderem sozialem Handlungsbedarf realisiert. Dieses niedrigschwellige Angebot ermöglichte Familien mit Unterstützungsbedarf Hilfen zur physischen wie psychischen Gesunderhaltung der Kinder in Anspruch zu nehmen. Bedingt durch die Einkommensarmut eines Teils dieser Familien sind bekanntermaßen die Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken der Kinder erhöht.

Ausgangssituation

Zielgruppe des Projekts waren Eltern mit Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern in einem Alter bis ca. 3 Jahre - im Einzelfall auch bis zum Schuleintritt. Das Modellprojekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* hatte eine Laufzeit von zwei Jahren vom 01.08.2013 bis zum 31.07.2015. Träger war die Stadt Freiburg, Amt für Kinder, Jugend und Familie, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen. Hier war ab dem 01.10.2013 auch die zugehörige Stelle einer Sozialpädagogin (50%) angesiedelt. Finanziell gefördert wurde das Modellvorhaben vom Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS).

Nachhaltigkeit

Nach der erfolgreichen Einführung wird das Angebot zur Zeit von einem freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe am selben Standort fortgeführt und in der Perspektive als Regelangebot, wenn möglich auch in anderen Freiburger Stadtteilen, verstetigt.

Auszeichnung

Das Projekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* hat den Großen Präventionspreis 2015 der Stiftung für ge-

sundheitliche Prävention Baden-Württemberg in der Kategorie Kinder von null bis drei Jahren in Höhe von 10.000 € gewonnen. Dieser wurde dem Freiburger Team am 22.7.2015 durch die Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Senioren Frau Karin Altpeter in Stuttgart überreicht.

Landesstiftung

Die Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg wurde am 30. November 2009 durch das Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Sozialministerium und die Stiftung Sport in der Schule gegründet. Zweck der Stiftung ist die Förderung der gesundheitlichen Prävention in Baden-Württemberg, insbesondere die Förderung von Projekten und Maßnahmen der Vernetzung und Kooperation im Bereich der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und die Verbreitung evaluierter, lebensweltenorientierter Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

Wichtige Aspekte aus der Sicht des Praxispädiaters

Beginnen möchte ich mit dem Satz: „Ich kann mir nicht mehr vorstellen, anders zu arbeiten oder überhaupt anders gearbeitet zu haben“.

Der niedrigschwellige, zeitlich unmittelbare Zugang zu dem System der Jugendhilfe (SGB VIII) ergänzt das Arbeiten im Gesundheitssystem (SGB V) enorm.

Ablauf des Projekts in der Praxis

Nach einer kurzen Anlaufzeit mit Vorstellung der Sozialpädagogin bzw. im Verlauf dann der Heilpädagogin (im Folgenden als „Mitarbeiterin“ bezeichnet), zeigte sich rasch, wie sehr sich die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitssystem ergänzen und beide voneinander profitieren. Die praktische Arbeit verlief so, dass die Mitarbeiterin des Projekts bei Früherkennungsuntersuchungen oder anderen Vorstellungsanlässen unmittelbar dabei sein oder während der Untersuchung/Beratung hinzugezogen werden konnte. Es zeigte sich, dass die Anwesenheit der Mitarbeiterin am Morgen für den direkten, spontanen, ungeplanten Kontakt besser war als am Nachmittag. Morgens werden in meiner Kinder- und Jugendarztpraxis mehr jüngere Kinder (unsere Zielgruppe d.h. Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder) behandelt als am Nachmittag.

Ergebnisse

Im Laufe der Zeit und mit zunehmender Kenntnis erster Evaluationsergebnisse zeigten sich mir Diagnosen und Auffälligkeiten wie z.B. die postpartale mütterliche Depression in einem Umfang, wie sie mir vor Beginn des Projekts auch nicht nur annähernd bewusst waren. Es wurde deutlich, wie häufig Regulationsstörungen die Anfangszeit mit dem neuen Erdenbürger belasten können. Im weiteren Verlauf - gegen Ende des 2. Lebensjahres - rückten zunehmend Erziehungsprobleme in den Fokus der Vorstellungs-/Beratungsanlässe.

Aber nicht nur die direkte Arbeit vor Ort in der Praxis war außerordentlich wichtig; es konnten auch teilweise mit mir gemeinsam Hausbesuche durchgeführt werden oder Besuche in anderen Einrichtungen mit denen wir in engem Maß kooperieren wie Kindertagesstätten, Schulen oder z. B. auch der „Runde Tisch Landwasser“.

Sehr hilfreich war die intensive Vernetzungsarbeit in dem Projekt. Was mir über Jahre zuvor nicht gelang und wegen mangelnden zeitlichen und teilweise auch fachlichen Ressourcen nicht möglich war, ist diese Vernetzungsarbeit. Sei es mit der Elternschule, des unmittelbar benachbarten Evangelischen Diakoniekrankenhauses, der Erziehungsberatungsstellen der Stadt Freiburg, den vier Kindertagesstätten im direkten Umfeld der Praxis und einige andere.

Die Rückkoppelung der Beratungsthemen war mir sehr hilfreich. Oft konnten wir aus „linearen Prozessen zirkuläre machen“ – eine Beschreibung wie sie Herr Jäde, ehemaliger Leiter des Kompetenzzentrums Frühe Hilfen in Freiburg, einmal sehr griffig prägte im Sinne von „dranbleiben“. Finanzielle Hilfen beantragen, wie

zum Bsp. das Elterngeld, waren mir bislang in praxi unbekannte Vorgänge. Eltern sehen den Pädiater diesbezüglich nicht als primären Ansprechpartner – ähnlich verhält es sich bei der bereits angesprochenen postpartalen mütterlichen Depression.

Zukunft

Probleme, die noch gelöst werden sollten, sind aus meiner Sicht: „Sprache und Bildung“. Armut ist die eine Seite, aber mangelnde Bildung und mangelnde sprachliche Kompetenz bedingen eine bleibende Armut. Bisher hatte ich im Stadtteil Landwasser schon vielen Familien die Kontaktaufnahme zum Kompetenzzentrum Frühe Hilfen der Stadt Freiburg oder zu den Psychologischen Beratungsstellen empfohlen. Diese Empfehlung haben aber nur sehr wenige Familien wahrgenommen. Mit dem Projekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* konnte die Rate der Inanspruchnahmen sehr deutlich verbessert werden.

Ganz herzlich möchte ich mich an dieser Stelle bedanken bei Dr. Michael Barth aus dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Stadt Freiburg und Marianne Haardt, Leiterin des Amts für Kinder, Jugendliche und Familie der Stadt Freiburg, sowie dem Kommunalverbund für Jugend und Soziales Baden-Württemberg ohne die dieses Projekt nicht zustande gekommen wäre.

Ohne die Mitarbeit von Karin Ebel, Martina Kost, Beate Hugenschmidt vom Kompetenzzentrum Frühe Hilfen der Stadt Freiburg hätte es nicht durchgeführt werden können und ohne die Hilfe von Florian Belzer und Dr. Michael Barth vom Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Stadt Freiburg hätte es nicht so gut evaluiert werden können.

Ihnen allen und den vielen Familien mit ihren Kindern die an dem Projekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* teilgenommen haben meinen herzlichen Dank, in der Hoffnung dass eine Weiterführung und „Ausbreitung“ gelingen möge.

Wissenschaftliche Veröffentlichung in

kinderärztlichePraxis 86,362–368(2015)Nr. 6

http://www.kinderaerztliche-praxis.de/fileadmin/KiPra/05d_FB_Belzer_Fruhe_Hilfen.pdf

<http://www.kipra-online.de/>

Abschlussbericht mit Anlagen

https://freiburg.more-rubin1.de/show_anlagen.php?_typ_432=vorl&_vorl_nr=3202702100012&_doc_n1=20150915162708.pdf&x=8&y=11

Dr. Roland Fressle

79110 Freiburg

E-Mail: rfressle@rfressle.de

Red.: WH

Lieferengpass beim Tuberkulin

Hauttest (RT 23) – gerade für jüngere Kinder ein Problem

Situation

Die immunologische Testung bzgl. einer Tuberkulose (TB) gewinnt derzeit durch die Flüchtlingsströme neue Aktualität. Während bei **älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen** hierfür die **Interferon gamma release assays (IGRA, z. B. QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT®-Plus), T-SPOT®TB)** zur Verfügung stehen, die mit guter Sensitivität und Spezifität Tuberkuloseinfektionen detektieren, sind IGRAs bei Kleinkindern < 5 Jahren auf Grund der noch unreifen T-Zell-Immunantwort häufiger falsch negativ oder nicht auswertbar. Hier wird nach DZK die Anlage eines Tuberkulose-Hauttestes (THT), z. B. der Tuberkulintest PPD RT 23 SSI 2 TE, kurz: RT 23) empfohlen (4).

Die Testung dieser Altersgruppe ist wichtig, da Kinder und v. a. Kleinkinder eine besonders anfällige Gruppe für eine TB-Infektion darstellen. Insbesondere Kinder < 5 Jahre haben außerdem ein hohes Risiko nach Infektion eine aktive TB zu entwickeln und sind die am höchsten gefährdete Gruppe für schwere Verläufe. Dazu kommt, dass Kinder mit aktiver TB oft weder „typische“ Symptome haben (1) noch der Erreger in Sputum oder Magensaft nachgewiesen werden kann. Im Thoraxröntgen ist die Hilus-LK-TB die häufigste Pathologie, jedoch mit geringer Sensitivität (28% bei Kindern < 2J.) (2). Dies bedeutet, dass gerade diese Altersgruppe auf den THT als wichtiges Diagnostikum angewiesen ist.

Empfehlung zur weiteren Vorgehensweise in Klinik und Praxis bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

Aufgrund des aktuellen **Lieferengpasses des RT23** (Statens Serum Institut) sind alternative immunologische Tests zum Screening von Flüchtlingskindern < 5 Jahren zu diskutieren. Eine alleinige Verwendung von IGRAs ist aufgrund der heutigen Datenlage nicht zu empfehlen. Bezüglich des TB Schnelltests (z. B. Firma Lionex) liegen gerade in dieser Altersgruppe keine ausreichenden Daten zu Sensitivität und Spezifität vor.

Der von der Firma Sanofi Pasteur hergestellte **Tuberkulinhauttest** erscheint momentan als sinnvollste Alternative, auch wenn auch hier die Vergleichbarkeit der Testresultate im Vergleich zum RT23 noch aussteht (3). Diesbezüglich hat das RKI gerade eine Anfrage an das Paul-Ehrlich-Institut gestellt. Die Antwort steht leider immer noch aus, sollte aber aus Versorgungsgründen möglichst zeitnah erfolgen!

Bestellung als Sprechstundenbedarf

Um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, kann, trotz dieser Unklarheiten, der **Tuberosol-Test** zurzeit als Alternative als **Einzelimport nach Arzneimittelgesetz (AMG) § 73 Absatz 3** erfolgen (Ausnahmegenehmigung für den Einzelimport von nicht in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln):

- Tubersol 5 TU / 0,1 ml, 1 x 1 ml Vial, Tuberculin Purified Protein Derivative, USA, Lieferzeit 7-10 Werkstage, Preis: 69,50 € (Apothekeneinkaufspreis)
- Tubersol 5 TU / 0,1 ml, 1 x 5 ml ml Vial, Tuberculin Purified Protein Derivative, USA, Lieferzeit auf Anfrage, voraussichtlich 7-10 Werkstage, Preis: 180,00 € (Apothekeneinkaufspreis).

Wie der RT 23 ist auch der Tubersol 5 TU ein Mendel-Mantoux-Test, bei dem 0,1 ml der Injektionslösung intradermal appliziert werden. Eine Durchstechflasche mit 1 ml Tubersol 5 TU / 0,1 ml kann ausreichend für bis zu 10 Tests sein. Das Testergebnis sollte nach 48 bis 72 Stunden nach Größe der Induration beurteilt werden.

- 1 Marais BJ, Gie RP, Hesseling AC et al. A re-fined symptom-based approach to diagnose pulmonary tuberculosis in children. *Pediatrics* 2006, 118:e1350–e1359
- 2 Mulenga H, Moyo S, Workman L et al. Phenotypic variability in childhood TB: implications for diagnostic endpoints in tuberculosis vaccine trials. *Vaccine* 2011, 29(26):4316–4321
- 3 Sagebiel D, Hauer B, Haas W et al. Zukünftige Tuberkulin-Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2005 - 48:477–482
- 4 Diel R, Loytved G, Nienhaus A et al. Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose. *Pneumologie*. 2011 Jun;65(6):359-78.

Dr. Thomas Spindler
Fachkliniken Wangen
Am Vogelherd 14
88239 Wangen/Allg.
E-Mail: Thomas.spindler@wz-kliniken.de

T. Spindler (1)
F. Brinkmann (2)
R. Schlags (1)
B. Königstein (3)
 (1) *Fachkliniken Wangen*
 (2) *Universitätskinderklinik Bochum*
 (3) *TB-Fürsorge Landratsamt Erding*

Red.: WH

Stellungnahme des Aktionsforums Allergologie zum Bericht im Verordnungsforum Nr. 34/2015 der KV Baden-Württemberg

Im Verordnungsforum der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Nr. 34 vom April 2015 wurde unter der Überschrift: „SCIT und SLIT: Neue S2k-Leitlinie nimmt Präparate in den Fokus“ eine Bewertung der allergenspezifischen Immuntherapie (AIT) als Behandlungsverfahren allergischer Erkrankungen im Allgemeinen und der aktuell verfügbaren Präparate für die AIT im Besonderen vorgenommen.

Das Verordnungsforum der KVBW liefert – nach Angaben auf der Homepage der KVBW – „aktuelle und kritische Informationen rund um die rationale und rationelle Pharmakotherapie“. [Website www.kvbawue.de/presse/publikationen/verordnungsforum]

Aus unserer Sicht als allergologische Gesellschaften sind die Interpretationen der AIT-Leitlinie fehlerhaft und bedürfen dringend einer Kommentierung und Richtigstellung.

Fehlinterpretationen im KVBW-Verordnungsforum

Die Fehlinterpretationen zeigen sich insbesondere in den beiden nicht nummerierten Abbildungen „Patienten-Durchschnittskosten nach Applikationsart“ und „Evidenz/Zulassungsklassifikation nach DGAKI-Patientenkosten je nach Allergenquelle 2013“ auf Seite 14 des Beitrags.

Die Autoren ziehen zudem (auf Seite 13 des Beitrags, 2. Spalte rechts unten) die Schlussfolgerung „Untersuchungen zur Verordnungsrealität in Baden-Württemberg zeigen, dass patientenbezogen keine Kostenunterschiede zwischen SCIT- und SLIT-Behandlungen bestehen. Ferner wird deutlich, dass in Baden-Württemberg SIT-Produkte ohne Zulassung und ohne Nachweis der jetzt geforderten Evidenzkriterien die höchsten Patientenkosten darstellten.“ (Anmerkung der Red.: SCIT, subkutane Immuntherapie; SLIT, sublinguale Immuntherapie)

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie auf der Grundlage der oben genannten Abbildungen diese Aussagen getroffen werden können. Vor allem ist für uns nicht nachvollziehbar, wie die von uns mit erstellte Leitlinie zur AIT und die hierin enthaltene tabellarische Auflistung der AIT-Produkte zur Begründung für diese Schlussfolgerungen verwendet werden kann.

Diskussion über Evidenz versus Wirtschaftlichkeit und Kostendiskussion

In der Leitlinie und den angehängten Tabellen wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Informationen in der benannten Tabelle **nicht** als Entscheidungs-

grundlage zur Verordnungs- beziehungsweise Erstattungsfähigkeit im Sinne einer Positiv- oder Negativliste geeignet sind.

Der Autor/die Autoren im KVBW-Verordnungsforum versuchen nun aber, auf der Grundlage der Leitlinie aus einer Evidenzbetrachtung eine „Zulassungsklassifikation“ zu erstellen und aufgrund dieser die Wirtschaftlichkeit der AIT-Produkte zu bewerten.

Zulassungsverfahren für AIT Produkte unterliegen der TAV (Therapieallergene- Verordnung) Die Prüfung von Produktqualität, präklinischen Daten, Wirksamkeit und Verträglichkeit aus doppelblind, placebo-kontrollierten Studien obliegt dem Paul-Ehrlich-Institut. Eine neue Zulassung wird nur erteilt, wenn ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis nachgewiesen ist.

Es wäre daher ratsam, dem Paul-Ehrlich-Institut die Beurteilung dieser Parameter anzuvertrauen und nicht eigene Parameter wie die hier aufgeführte „Evidenz/Zulassungsklassifikation“ zu entwickeln.

Unzulässige Interpretation der Leitlinientabelle

All dies zeigt, dass eine weitergehende Interpretation der Leitlinientabelle, wie sie vom Autor/den Autoren hier versucht wird, generell nicht sinnvoll ist. Jegliche sinnvolle Interpretation ist in der Leitlinientabelle bereits enthalten. Weitergehende Auslegungsversuche sind entweder redundant bzw. verfälschen Sinn und Zweck der von der Leitliniengruppe beabsichtigten Aussagen.

Zusammenfassend halten wir fest:

1. Die publizierte S2k-Leitlinie zur AIT gibt eine hervorragende Übersicht zur Evidenz in Deutschland erhältlichlicher Allergenpräparate für die AIT.
2. Der Autor/die Autoren des KVBW-Artikels haben Kernaussagen der neuen AIT-Leitlinie zwar richtig zitiert, die Schlussfolgerungen hieraus in der nicht nummerierten Abbildung „Evidenz/Zulassungsklassifikation nach DGAKI-Patientenkosten je nach Allergenquelle 2013“ auf Seite 14 des Beitrags und die Interpretation auf Seite 13 des Beitrags, 2. Spalte rechts unten sind jedoch unzutreffend.
3. Entscheidungen zur Erstattungsfähigkeit von AIT-Produkten müssen auf Kosten-Nutzen-Analysen

basieren und nicht ausschließlich auf einer Evidenzbewertung.

4. Dem Paul-Ehrlich-Institut obliegt die Entscheidung über die Verkehrsfähigkeit der auf dem deutschen Markt zur Verfügung stehenden Therapieallergene. Aktuell verkehrsfähige Therapieallergen-Produkte müssen für die Vertragsärzte verordnungsfähig bleiben.
5. Präparate, für die nach der in der TAV vorgesehene Übergangsphase kein Wirksamkeitsnachweis vorliegt, sollten von den Behörden konsequent vom Markt genommen werden.

Autoren:

Prof. Dr. Ludger Klimek, Wiesbaden für den Ärzteverband Deutscher Allergologen (AeDA)

Prof. Dr. Christian Vogelberg, Dresden für die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA)

Prof. Dr. E. Hamelmann, Bielefeld für die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI)

Dr. Klaus Strömer, Mönchengladbach für den Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)

Dr. Ellen Lundershausen, Erfurt für den Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte (BVHNO)

Dr. Andreas Hellmann, Augsburg für den Bundesverband der Pneumologen (BdP)

**Dr. Antonio Pizzulli für
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)**

**Der ungekürzte Text der Stellungnahme ist zu lesen
in PädInform im Ordner BVKJ-Aktuell.**

Red.: ReH

BMFSFJ – Kinder und Jugend

Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig hat am 17. November im Deutschen Institut für Menschenrechte die neue Monitoring-Stelle zur VN-Kinderrechtskonvention eröffnet.

Kinderrechte sind Menschenrechte und Menschenrechte sind Kinderrechte“, erklärte Manuela Schwesig vor dem ersten Europäischen Tag zum Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch am 18. November. „Alle Kinder und alle Erwachsenen müssen die Kinderrechte kennen, damit sie richtig wirken können. Die Kinderrechtskonvention gibt allen Kindern und Jugendlichen, unabhängig von Aussehen, Herkunft, Geschlecht oder Religionszugehörigkeit, die gleichen Rechte! Gemeinsam mit der Monitoring-Stelle mache ich mich dafür stark, diese Rechte bekannt zu machen und durchzusetzen.“

Stelle überwacht Umsetzung der Kinderrechtskonvention

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat 2015 das Deutsche Institut für Menschenrechte, die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands, beauftragt, die Umsetzung der Konvention zu untersuchen und zu überwachen. Dafür hat das Institut die Monitoring-Stelle zur VN-Kinderrechtskonvention eingerichtet.

Die Monitoring-Stelle wird in ihrer Aufbauphase bis Juni 2017

- den Umsetzungsstand der VN-Kinderrechtskonvention in Deutschland untersuchen und – wo nötig – geeignete Methoden zur Informationsgewinnung entwickeln,

- Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Kinderrechte identifizieren (auf Grundlage gezielter Analysen der Lebenssituationen von Kindern und Jugendlichen),
- einen Beitrag dazu leisten, dass Kinderrechte in Deutschland bei Kindern und den für sie zuständigen Stellen bekannter werden und angewendet werden,
- Kriterien zur Bewertung der Umsetzung der Kinderrechte entwickeln, um künftig politische Maßnahmen (inklusive der Anwendung von Gesetzen) aus kinderrechtlicher Perspektive zu beurteilen,
- Gesetzgebung und Politik bei politischen Entscheidungsprozessen beraten und Überzeugungsarbeit leisten durch Beteiligung an politischen Diskussionen und am fachlichen Diskurs.

Empfehlung der Vereinten Nationen

Seit 1992 hat der Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen das Fehlen einer zentralen Monitoring-Stelle zur VN-Kinderrechtskonvention mehrfach kritisiert und Deutschland zuletzt im Februar 2014 empfohlen, eine solche Stelle in Deutschland zu schaffen.

Weitere Informationen zum Thema und zu den Aktivitäten des BMFSFJ finden Sie hier:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Kinder-und-Jugend/Kinderrechte-kampagne/kinderrechte.html>

Red.: WH



Abb. 1: Eingang des Asella Hospitals (Lehrkrankenhaus der Arsi-Universität)

Kindergesundheit im Hochland von Äthiopien

Äthiopien gehört zu den ärmsten Ländern der Welt mit einem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von ca. 450 US\$ pro Kopf und befindet sich damit an Rang 173 von 187 Ländern in der Statistik des „Human Developmental Index“. Von den ca. 90 Millionen Einwohnern lebt ein Drittel unter der absoluten Armutsgrenze. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland ist die Alterspyramide aber entgegengesetzt aufgebaut: 43 Prozent der Bevölkerung ist unter 15 Jahre alt und die mittlere Lebenserwartung beträgt 63 Jahre. In der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bestehen große Probleme, die gesundheitsbezogenen Millenniumsziele der WHO wurden in diesem Land 2015 nicht erreicht, insbesondere ist die Mortalität von Kindern unter fünf Jahren nicht ausreichend reduziert worden.



Prof. Dr.
Frank Riedel

Ich hatte in den letzten Jahren die Gelegenheit, einen Einblick in die Kindergesundheit in der Stadt Asella im Hochland der Arsi-Region im Süden von Äthiopien zu gewinnen, da ich dort als Gastdozent des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) an der Arsi-Universität das Fach Pädiatrie unterrichtete.

Hunger trotz fruchtbarer Böden

Das Asella Hospital (Abb.1) ist das einzige Krankenhaus der Arsi-Region im Südosten von Äthiopien und für die klinische Betreuung von cirka fünf Millionen Menschen zuständig. Die Kinderabteilung hat 80 Betten und ist in der Regel ausge-

lastet. Erstaunlich ist für mich, dass nicht ein Tag vergeht, an dem nicht ein Kind mit hochgradigem Ernährungsmangel (Abb.2) zur Aufnahme kommt, zumal das Arsi-Gebiet zu den fruchtbarsten Landschaften Äthiopiens gehört und man dieses an im naheliegenden Rift-Valley (ostafrikanischer Graben mit seinen wasserreichen und fruchtba-



Abb. 2: Kleinkind mit schwerer Mangelernährung (Kwashiorkor) mit ausgeprägten Hautveränderungen und Ödemen



Abb. 3: Landesübliche Bodenkultivierung

ren Böden, soweit das Auge reicht) auch deutlich nachvollziehen kann. Gründe hierfür liegen in den niedrigen Bodenerträgen durch überholte Kultivierungs- und Erntetechniken (Abb.3) sowie in einer schlechten Vorsorgeplanung der Kleinbauern in der Region.

Die zum Teil dramatische Unterernährung der Kinder macht sie anfällig für Pneumonien, Durch-

fallerkrankungen und auch Tuberkulose, die mit einer Inzidenz von 200/100.000 auf einem hohen Niveau liegt. Die AIDS-Situation hingegen (<2% der Bevölkerung) ist im Vergleich zu anderen afrikanischen Ländern kein ernsthaftes Problem. Natürlich gibt es immer wieder Malaria-Fälle bei Patienten aus dem Tal (in der Stadt selber kommt diese Erkrankung auf Grund der Hochlage

mit ca. 2400 m ü.N. nicht vor), aber hierfür steht eine rasche Diagnostik und Therapie zu Verfügung.

Ein einziger Arzt für 40.000 Menschen

Die für uns Pädiater so wichtigen Vorsorge-Untersuchungen gibt es in Äthiopien nicht, die Impfungen werden, wenn die Kinder dazu vorgestellt werden, durch „Health Officers“ verabreicht, das Kind wird aber dabei nicht untersucht und mit den Eltern wird auch nicht lange gesprochen. Ärzte stehen hierfür sowieso nicht zu Verfügung: die Arztdichte beträgt 1:40.000 Einwohner (die WHO-Empfehlung liegt bei 1:10.000, in Deutschland beträgt die Relation 1:250).

Notwendig wäre eine Ausbildung der Health Officers in Beratung der Eltern bzgl. Ernährung, Sonnenexposition (der Vitamin-D-Mangel ist erstaunlicherweise häufig), Impfungen und Unfallprävention bei jeder Vorstellung im Health Center sowie einfache Untersuchungsschritte zur groben Beurteilung der Kindesentwicklung. Bei Auffälligkeiten und Unklarheiten muss dann ein Arzt hinzugezogen werden. Kinderärzte sind sehr rar, in der 80-Betten-Abteilung in Asella gibt es z.B. derzeit drei fertige Pädiater.

Weiterhin ist die Durchimpfungsrate mit ca. 25 Prozent extrem niedrig, obwohl in Äthiopien ein modernes Impfprogramm (incl. Rotavirus-Impfung) propagiert wird und auch – mit internationaler Unterstützung – zur Verfügung steht. Nicht eingeschlossen sind hierbei allerdings die Impfungen gegen Mumps, Röteln und Varizellen sowie gegen Meningokokken. Die mangelhafte Umsetzung liegt nicht an einer Ablehnung der Impfung durch die Bevölkerung, sondern an fehlender Aufklärung. So ist – nach meiner persönlichen Erfahrung – die Impfquote in den Städten sehr hoch, auf dem Lande aber niedrig, und hier leben nun einmal 85 Prozent der Bevölkerung, dazu noch mit einer hohen Analphabetenquote von ca. 50 Prozent.

Ein großes Problem ist die Neugeborenen-Situation. Hierbei belegt

die Neugeborenen-Sterblichkeit (Todesrate unter 28 Lebenstagen) in Äthiopien einen besonderen Platz: 42 Prozent aller Todesfälle bei Kinder unter fünf Jahren fallen in den ersten Lebensmonat, damit nimmt Äthiopien einen der unteren zehnten Plätze im Weltvergleich ein.

Mangelware: geschultes Personal und Überwachungsapparate

In dem Krankenhaus in Asella kommen jährlich ca. 10.000 Kinder zur Welt – oft natürlich Problem-Schwangerschaften, denn 90 Prozent der Geburten erfolgen daheim, leider meistens auch nicht professionell begleitet. Über 1000 dieser Kinder müssen in die Neonatologie verlegt werden. Diese hat – im Vergleich mit deutschen Einrichtungen – mit 30 Betten auch eine beachtliche Größe.

Gründe hierfür sind zum einen die hohe Rate an dystrophen Neugeborenen (Abb.4), bedingt durch die oft immer noch nicht kalorisch ausreichend versorgten Mütter, zum anderen die hohe Rate an Frühgeburtlichkeit, oft bedingt durch Infektionen in der Schwangerschaft. Die Neugeborenen-Sterblichkeit in Asella beträgt ca. drei Prozent, wobei die häufigsten Todesursachen Infektion, Asphyxie und insbesondere die Frühgeburtlichkeit mit den konsekutiven Apnoen sind.

Auch sind viele Neonatologien in Äthiopien (und besonders die Neonatologie in Asella) weder personell noch apparativ auf diese Probleme eingestellt: Es gibt wenige in Neonatologie ausgebildete Schwestern und Ärzte und es fehlen insbeson-

dere Überwachungsgeräte, um Probleme bei den Patienten frühzeitig genug zu erkennen.

In der Neonatologischen Intensivstation des Asella Hospitals bin ich – neben meiner Lehrtätigkeit für die ca. 100 Studenten pro Jahrgang in der angeschlossenen Arsi University – derzeit dabei, durch Schulung von Schwestern und Ärzten die Betreuung zu verbessern und zu standardisieren. Unterstützung in der Ergänzung der apparativen Ausstattung der Station mit Überwachungsmonitoren (Abb.5) erfährt die Neonatologie in Asella durch den Verein Afrika aktiv e.V. mit dem Sitz in Berlin, der allerdings auf (zweckgerichtete) Spenden angewiesen ist (Afrika-aktiv@web.de).

Äthiopien investiert derzeit 15 Prozent seines BIP in die Gesundheit, das ist in der Relation mehr als in den meisten Ländern. Aber in Geldwährung bedeutet das lediglich 15 US\$ pro Person im Jahr und somit nur die Hälfte des afrikanischen Durchschnitts bzw. ein Drittel der WHO-Empfehlung. Auch hier muss ein Umdenken erfolgen. Zumindest ist die Einführung einer staatlichen freien Gesundheitsfürsorge geplant. Derzeit müssen Medikamente (außer AIDS-Medikamenten und Tuberkulostatika) und diagnostische Maßnahmen (Labor, Bildgebung) von den Eltern bezahlt werden, und oft scheitert somit die Diagnostik und Therapie an diesem für die arme Bevölkerung horrenden finanziellen Aufwand.

Prof. Dr. Frank Riedel
E-Mail: frank.riedel.hamburg@t-online.de



Abb. 4: Dystrophes Neugeborenes



Abb. 5: Einziger Überwachungsmonitor auf der 30-Betten-Neonatologie

Der Autor war Direktor des Alto-naer Kinderkrankenhauses, Hamburg, und langjähriger Chefredakteur dieser Zeitschrift.

Red.: ReH

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

unter der Servicrufnummer
0800 1011 495 zur Verfügung.



Die Welt der Kinder im Blick der Maler ● ● ●

Ernst Ludwig Kirchner, Marcella



Ernst Ludwig Kirchner, Artistin Marcella, 1910, Berlin, Brücke Museum

Ein Mädchen, das sich auf dem Sofa fläzt, heute nichts Ungewöhnliches, dürfte 1910 einiges Befremden ausgelöst haben. So etwas gehörte sich nicht, und die Mädchen damals werden so eine Position nur eingenommen haben, wenn sie ganz allein waren. Und daneben noch das Kätzchen, das vielleicht nach Mäusen Ausschau hält. Mit Schularbeiten ist Marcella nicht beschäftigt, aber sie scheint sich mit einem Problem zu plagen.

Kirchner spürte die Veränderungen in der Atmosphäre jener Zeit, die Infragestellung geltender Werte. Tiefverwurzelte Existenzängste kamen zum Vorschein. Als Maler wollte er nicht mehr nur die äußere Wirklichkeit abbilden, sondern die seelischen Befindlichkeiten zum Ausdruck bringen. Ein Mittel dazu sah er in der Wahl extremer Farben und verzerrter Formen. Das giftige Grün verwendet er nicht nur für das Kleid der Marcella, den Fußboden,

die Wand, sondern auch, um die Handknöchel und den Stirnansatz zu konturieren. Dazu kommt das grelle Rot der Schuhe sowie Weiß-blau-braun-schwarz für die Katze.

Kirchner studierte zunächst Architektur, wandte sich aber nach dem Examen ganz der Malerei zu, die er als Autodidakt zunächst nebenbei betrieben hatte. 1905 gründete er mit gleichgesinnten Freunden – Erich Heckel, Karl Schmidt-Rotluff und Fritz Bleyl – die Künstlergruppe „Die Brücke“, der sich später noch Otto Mueller, Max Pechstein und Emil Nolde anschlossen. Ausgehend vom Neuimpressionismus und van Gogh, beeinflusst auch von den Fauvisten, entwickelten sie einen flächigen, auf symbolträchtigen Farben aufgebauten Stil. In ihren Werken kommt es immer wieder zur Auseinandersetzung mit den Abgründen der menschlichen Seele. Es geht um die „Wiedergabe des Ursprünglichen“. „Für uns war das Unpathetische das Wesentliche, das Pathos war uns suspekt“ (Heckel). Die Brücke-Maler, ursprünglich in Dresden tätig, übersiedelten 1908 nach Berlin. 1913 löste sich hier die Gruppe wegen persönlicher Differenzen auf. Kirchner fand in Berlin sein spezielles Thema, die Großstadt mit ihrer Hektik. 1914 meldete er sich an die Front. Das Nervenkostüm des sensiblen Künstlers war jedoch den Schrecken des Krieges nicht gewachsen, so dass er 1915 entlassen werden musste. Zwei Jahre verbrachte er in einem Sanatorium, weitere Kuraufenthalte folgten. Später schuf er sich in den Schweizer Alpen eine neue Existenz. 1938 verübte er Suizid.

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

Red.: ReH

Mädchen in sozialen Netzwerken

„booah du süße, lieb dich schaaatz!“

Ob zu Hause, auf dem Pausenhof, eigentlich überall: Jugendliche scheinen mit ihrem Smartphone verwachsen zu sein. Von früh bis spät sind sie dabei, ihren persönlichen Auftritt zu polieren und Kontakt zur Clique zu halten. Was treibt die Generation der um die Jahrtausendwende Geborenen zu diesem Verhalten? Trifft hier die „normale Pubertät“ auf moderne Medien, oder steckt mehr dahinter? Und warum sind gerade Mädchen so aktiv in den Sozialen Netzwerken? Der Jugendforscher Martin Voigt hat sich diesen Fragen gewidmet und darüber nun ein Buch veröffentlicht: *Mädchen im Netz* (Springer). Im Gespräch mit unserer Zeitschrift erklärt er, warum sich Mädchen im Netz anders verhalten als Jungen, welche Ursachen dieses andere Verhalten hat, was Selfies auf Bahngleisen bedeuten und ob ein Smartphone-Verbot ein sinnvolles Erziehungsmittel ist.

Ihr neues Buch heißt „Mädchen im Netz“, warum nicht „Jungs im Netz“ oder generell „Jugend und Social Media“? Worin liegen die geschlechterspezifischen Unterschiede bei der Nutzung Sozialer Medien?

Das unterschiedliche Sozialverhalten der Geschlechter fällt ja schon auf, wenn man Jungen- und Mädchen-Cliquen auf dem Pausenhof vergleicht. Mädchen lachen sich viel mehr an, sie haben immer was miteinander zu bereden. Sie thematisieren und bestätigen ihre Freundschaften ganz anders als Jungen. In der Jugendforschung ist das gut beschrieben. Und dann kamen die sozialen Medien. Sie haben Mädchen gleich mehrfach ins Herz getroffen: Permanenter Kontakt in die Clique, unendliche Möglichkeiten zum Chatten, Lästern, Inszenieren von Freundschaften und – ganz wichtig – Facebook und Co wurden zum virtuellen Laufsteg vor der kompletten Jahrgangsstufe. Kurz und knapp: Das Web 2.0 wurde zum Eldorado für Mädchen.

Ist der digitale Selbstdarstellungswunsch vieler Schülerinnen eine natürliche Erscheinungsform der Pubertät?

Nicht alle Auffälligkeiten kann man mit der Identitätsfindungspha-

se erklären. Ein Blick in die Lebenswelt der Mädchen zeigt eine Vielzahl prägender Einflüsse. Online vernetzte Schulklassen sind eine erwachsenfreie Zone, in der das soziale Ranking unter Gleichaltrigen gnadenlos abgebildet wird. Mit teils negativen Folgen. Man muss nicht einmal vom offensiven Mobbing sprechen. In den sozialen Netzwerken sind subtilere Formen der Ausgrenzung möglich. Es ist nicht schwer sich vorzustellen, wie sich das für eine Zwölfjährige anfühlt, wenn ihr neues Selfie kaum geliked wird, sie nicht auf dem Gruppenfoto verlinkt wird, kaum jemand Grüße auf der Pinnwand hinterlässt. Besonders unter Mädchen ist der Druck hoch, rund um die Uhr online mit dabei zu sein, beliebt zu sein, eine beste Freundin zu haben. Ähnlich wie die ersten drei Lebensjahre ist die Teenagerzeit wieder eine entscheidende Prägephase, da das Gehirn, salopp formuliert, noch einmal zur Baustelle wird. Starke vertikale Wurzeln sind in dieser Zeit besonders wichtig. Wenn sich stattdessen im Zusammenspiel aus Social Media und Ganztagschule eine altershomogene Sphäre bildet, in der Eltern keinen Einfluss mehr haben, kann man das verschärfte Sozialverhalten unter Teenagern kaum noch als normale Pubertät bezeichnen. Viele sexualisierte Selbstdarstellungen sind außerdem ein Abbild dessen, was die Mädchen zu Hause erleben. Ich meine damit nicht einmal so traumatisie-



Foto: © muro - Fotolia.com

rende Erfahrungen, wie sexuellen Missbrauch oder das Aufwachsen in komplett zerrütteten Familien, sondern schlichtweg das kindliche Bedürfnis, sich in der Liebe, die die eigenen Eltern füreinander empfinden, geborgen zu fühlen. Sicher gebundene Kinder haben intuitiv Hemmungen, sich der Bewertung durch Gleichaltrige zu sehr auszuliefern. Nehmen jedoch zu Hause unterschwellige Stressfaktoren zu, etwa unausgesprochene Konflikte oder ein erkaltetes Verhältnis zwischen den Eltern, die für das Kind eine innere Notsituation bedeuten, kann es eben sein, dass die Gleichaltrigenorientierung über ein normales Maß hinaus aktiviert wird. Natürlich wollen Mädchen wissen, wie sie bei ihren Freundinnen und bei Jungen ankommen, aber das

überzogene Gieren nach Anerkennung und Bestätigung spricht nicht unbedingt für seelische Stabilität.

Manche bezeichnen das Smartphone etwas überspitzt als „elektronischen Sklavenhalter“. Rutschen Teenies automatisch in die Abhängigkeit von sozialen Netzwerken?

Es geht irgendwann eben nicht mehr um konkrete Information sondern um das Gefühl up to date bzw. sicher angebunden zu sein. Das ist im Grunde normal, hat aber durchaus Suchtpotential. Postet eine Vierzehnjährige ihr neues Selfie,

folgen umgehend die Kommentare ihrer Freundinnen: du wunderhübsche!! oder: booah du süße, lieb dich schaaatz! Aber das Handy ist nur das Medium. Die tieferen Ursachen für diesen natürlichen Drang oder überzogenen Zwang zur permanenten sozialen Anbindung liegen im Menschen selber begründet. Und da kann man fragen, warum einige besonders auf diese neuen Möglichkeiten reagieren. Die Ursachen, die die aktivste Nutzergruppe betreffen, muss man sich genauer ansehen.

Und was sieht man dann?

Mädchen wollen unabhängig davon, ob sie vom Laptop aus auf Facebook oder über das Smartphone auf Instagram online gehen, ihrem schulischen Umfeld zeigen, dass sie hübsch und beliebt sind und eine beste Freundin haben. Neue technisch-mediale Angebote schaffen hier zusätzlich auch initiale Anreize. Der Messaging-Dienst Snapchat ermöglicht es beispielsweise Fotos zu versenden, die für den Empfänger nur ein paar Sekunden sichtbar sind und sich dann selbst löschen. Das senkt die Hemmschwelle für das sogenannte Sexting, bei dem meist Mädchen Nacktfotos von sich versenden. Sie wollen ihrem Schwarm gefallen, sexuelle Bestätigung erleben, geben aus emotionaler Abhängigkeit den Forderungen nach solchen Fotos nach oder haben sich bereits durch ähnliche Fotos erpressbar gemacht. Sexting ist das Thema aktueller Studien, die davon ausgehen, dass jeder vierte Teenager schon grenzwertige Fotos von sich verschickt hat.

Was sind die Ursachen hinter den Symptomen?

Je ausschließlicher sich Heranwachsende während ihrer Institutionenkindheit gegenseitig sozialisieren, umso rigoroser werden die sozialen Dynamiken unter Gleichaltrigen werden.

Sind die Auswirkungen der sozialen Medien und der Gleichaltrigen-

orientierung wirklich so dramatisch?

Ein trauriges Beispiel für die neue Emotionalität sind zwei Unfälle, bei denen jeweils zwei Mädchen ums Leben gekommen sind, als sie sich auf Bahngleisen mit ihren Handys fotografiert hatten und vom Zug erfasst wurden. Das erste Mal 2011. Die Spekulationen gingen in Richtung Selbstmord oder Mutprobe, denn die Polizei hatte auf den Handys und SchülerVZ-Profilen der Mädchen Fotos entdeckt, wie sie im Gleisbett posieren und daneben solche Sprüche: Egal was passieren mag, wir gehen gemeinsam unseren Weg..! Hochemotional. Überall in den bei Schülern beliebten Online-Medien hatten Mädchen dieses melodramatische Fotomotiv und überhaupt den Weltschmerz für sich entdeckt. Es ging und geht ihnen um das romantische Foto, um die Gleise, die in den Horizont laufen ...

... und nicht um Selbstmord. Die Polizei hat Ihnen geglaubt?

Ich habe ein paar Screenshots hingeschickt und saß tags darauf einem Hauptkommissar der Bundespolizei gegenüber. Wir haben dann von München aus ein Präventionsprojekt gestartet und auf Polizeimessen auch intern für Aufklärung gesorgt. Als es 2013 noch einen Unfall gab, war wieder von einem Selbstmord die Rede, aber dann hat man auf der Handy-Chip-Karte viele typische Gleis-Selfies entdeckt. Zwei Mädchen, 14 und 15 Jahre, die beim Posieren vergessen haben, wo sie sind. Inzwischen ist die Polizei sensibilisiert und hat Mädchen schon auf „frischer Tat“ erwischt und zahlreiche Gleis-Fotos auf Facebook haben Präventionsgespräche nach sich gezogen.

Dr. Martin Voigt forschte an der LMU München im Bereich der schülernahen Onlinemedien und betreute für die Bundespolizei das Präventionsprojekt „Selfies im Gleisbett“.

E-Mail: martinvoigtma@gmail.com

ReH



Auf dem Deutschen Präventionstag 2014. Rechts: Der „Entdecker“ des Gleisfototrends.

Im Netz

- Jeder fünfte bei den Sechs- bis Siebenjährigen besitzt ein Smartphone, bei den Zwölfjährigen haben laut dem Branchenverband Bitkom so gut wie alle eines.
- Vom zehnten Lebensjahr an sind die Kinder (94 Prozent) täglich im Netz, Kleinere nur ein paar Minuten, 16- bis 18-Jährige rund drei Stunden.
- FoMO, Fear of Missing Out nennen Sozialpsychologen die Angst der Teenager, nicht dabei zu sein, etwas zu verpassen.
- Kontrollverlust, Machtlosigkeit und Überforderung, das empfinden Eltern angesichts der Dauerpräsenz ihrer Kinder am Smartphone, haben Forscher der Universität Mannheim in einer Befragung von 500 Familien herausgefunden. Nur jede dritte Mutter oder Vater meinten, das Handy würde ihrem Kind eher nutzen als schaden.

ReH

Buchtipp

Hrsg.: Pharmazeutisches Laboratorium des DAC/NRF

Standardisierte Rezepturen Formelsammlung für Ärzte

Govi-Verlag, 8. überarb. Aufl. 2015, 144 Seiten, Buch u. Mini-CD-ROM, € 19,90, ISBN: 978-3-7741-1281-0



Nach wie vor sind auch in der pädiatrischen Praxis, ganz besonders im Bereich der pädiatrischen Dermatologie, trotz der Fülle industriell hergestellter Arzneimittel Rezepturarmittel wichtige Bestandteile guter und auf den Patienten abgestimmter Therapie.

Seit 2012 müssen die Apotheker die Plausibilität von Rezepturformeln auch nachprüfbar dokumentieren. Daher sind standardisierte Magistralrezepturen sinnvoll und hilfreich, wie sie in diesem Rezepturformularium zusammengestellt sind.

Neben extern zu applizierenden Rezepturen umfasst das vorliegende Büchlein, dem auch eine Mini-CD-ROM beiliegt, Rezepturen zur rektalen Anwendung, zum Einnehmen, zur inhalativen Anwendung, Antidote und Diagnosehilfsmittel.

Auch Hinweise zum richtigen und rationellen Rezeptieren fehlen nicht, ebenso wenig wie Vordrucke für bebilderte Gebrauchsanweisungen, die auch für fremdsprachige Patienten geeignet sind.

Wichtig sind auch die Hinweise auf bedenkliche Rezepturarmittel, deren Abgabe verboten ist, die aber ab und zu von Patienten nachgefragt werden.

Die neue Auflage des Heftchens überzeugt durch eine gute Struktur und bietet dem interessierten Kinder- und Jugendarzt einen schnellen Überblick über vorhandene, standardisierte Rezepturen, die alle Apotheken problemlos herstellen können. Sie helfen, Nachfragen seitens der Apotheken zu vermeiden.

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Fortbildungstermine

bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

März 2016

5. März 2016

25. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.
LV Mecklenburg-Vorpommern
in Rostock, Auskunft: ①

11.-13. März 2016

22. Kongress für Jugendmedizin in Weimar
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Auskunft: ⑤

April 2016

7.-10. April 2016

Päd-Ass 2016
13. Assistentenkongress in München
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Auskunft: ⑤

16. April 2016

39. Pädiatref 2015
des BVKJ, LV Nordrhein an der
Universität zu Köln

16. April 2016

8. Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen
Leitung: Christiane Thiele, Viersen,
Dr. Herbert Schade, Mechernich,
Auskunft: ④

23.-24. April 2016

5. Praxismotivationsworkshop „Sprung in die Praxis“, Berlin
Auskunft: praxis.senger@snafu.de;
klemens.senger@uminfo.de

29.-30. April 2016

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

30. April 2016

28. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.
LV Rheinland-Pfalz und Saarland
in Worms, Auskunft: ①

Mai 2016

20.-21. Mai 2016

26. Pädiatrie zum Anfassen
des BVKJ, LV Thüringen, in Erfurt
Leitung: Dr. Anette Kriechling, Erfurt
Auskunft: ①

Juni 2016

17.-19. Juni 2016

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

17.-19. Juni 2016

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

Juli 2016

9. Juli 2016

Pädiatrie am Neckar
des LV Baden-Württemberg in Heilbronn
Auskunft: ③

August 2016

27. August 2016

Jahrestagung des LV Sachsen
des BVKJ in Dresden, Sächsische LÄK

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

September 2016

10.-11. September 2016

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

Oktober 2016

8.-11. Oktober 2016

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

November 2016

5. November 2016

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

19.-20. November 2016

14. Pädiatrie zum Anfassen in Bamberg
Leitung: Dr. Carl Peter Bauer, Gaißach
Auskunft: ③

Dezember 2016

3. Dezember 2016

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

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988,
ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel. 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com

③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,
info@interface-congress.de

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26/-15/-16, Fax: 0221-68909-78, Email: bvkj.kongress@uminfo.de



Geburtstage im März 2016

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Klaus Siegler,
Frankfurt, am 03.03.
Frau Dr. med. Dörte Wichterich,
Borgwedel, am 04.03.
Herr Eberhard Preissler,
Gersthofen, am 07.03.
Herr Dipl.-Med. Leonardo Duhalde, Bre-
men, am 08.03.
Herr Dr. med. Dirk Mundt,
Langerwehe, am 09.03.
Frau Dr. med. Gabriele Wiesner, Werms-
dorf, am 09.03.
Frau Dr. med. Aleida Hessenthaler, Kau-
fungen, am 14.03.
Frau Dr. med. Ulrike Lammersdorf, Bux-
tehude, am 14.03.
Herr Dr. med. Rainer Tharun,
Hamburg, am 14.03.
Herr Dr. med. Werner Strompen, Rhein-
berg, am 18.03.
Frau Dr. med. Ute Fricke,
Erkelenz, am 21.03.
Herr Dr. med. Wilken Boie,
Handewitt, am 24.03.
Herr Dr. med. Thomas Hauptvogel, Pots-
dam, am 27.03.
Frau Dr. med. Anita Wunderlich, Lun-
zenau, am 28.03.
Herr Dr. med. Jochen Mallien, Olden-
burg, am 28.03.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Thomas Richter,
Berlin, am 01.03.
Frau Dr. med. Agnes Pschorn,
Mannheim, am 11.03.
Frau Dr. med. Gudrun Lorenz, Heppen-
heim, am 11.03.
Frau Elsgie Schmidt-Aus,
Berlin, am 18.03.
Herr Friedemann Hottenbacher-Brandt,
Ravensburg, am 27.03.
Herr Dr. med. Winfried Imm,
Rastatt, am 28.03.
Herr Dr. med. Ruhollah Schafie-Nurmo-
hammadi,
Wesendorf, am 30.03.
Frau Dr. med. Angelika Roth,
Fulda, am 31.03.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Agnes Fischer,
Hasbergen, am 04.03.
Frau Dr. med. Antje Bilke,
Magdeburg, am 05.03.
Frau SR Marie Luise Klempin,
Berkholz-Meyenburg, am 07.03.
Herr Dr. med. Gerhard Simon, Grün-
heide, am 08.03.
Frau Dr. med. Gerlinde Kleinhenz, Offen-
bach, am 09.03.
Herr Dr. med. univ. Helmut Hoffmann,
Berlin, am 11.03.
Frau Dr. med. Ulrike Schöche,
Chemnitz, am 12.03.
Frau Dr. med. Monica Kühnöl,
Dresden, am 12.03.
Herr Dr. med. Rainer Haas,
Prutting, am 27.03.
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich,
Zwickau, am 28.03.
Frau Dr. med. Roswitha Köhler,
Bergisch Gladbach, am 29.03.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Erich Thesen,
Trier, am 01.03.
Herr PD Dr. med. habil. Wolfgang Kotte,
Radeburg, am 03.03.
Frau Dr. med. Christa-Maria Augsten,
Jena, am 04.03.
Herr Dr. med. Paul Ritscher,
Uetersen, am 07.03.
Herr Dr. med. Horst Penner,
Staufen, am 09.03.
Herr Dr. med. Helmut Gramer,
Bergheim, am 09.03.
Herr Dr. med. Anatol Kurme,
Hamburg, am 18.03.
Herr Dr. med. Hans-Christof Schoenebeck,
Berlin, am 30.03.
Frau Dr. med. Irmtraut Käfer, Delings-
dorf, am 31.03.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Olaf Ganssen,
Velbert, am 08.03.
Frau Dr. med. Elisabeth Wulff,
Rostock, am 11.03.
Herr Prof. Dr. med. Dietrich Feist, Laden-
burg, am 12.03.
Frau Dr. med. Renate Franzen,
Neuss, am 24.03.
Herr Dr. med. Karl Bauer,
Böblingen, am 27.03.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Edelgard Posern,
München, am 19.03.
Frau Dr. med. Helga Jaffe,
Krefeld, am 20.03.
Herr Dr. med. Wolfgang Schlieter,
Sonthofen, am 29.03.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Nikla Salabashev,
Bonn, am 01.03.
Frau Dr. med. Lisette Strnad,
Griesheim, am 26.03.
Frau Dr. med. Jutta Ehrengut,
Hamburg, am 29.03.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Jamal Faridi,
Köln, am 14.03.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Malte Hey,
Nördlingen, am 05.03.
Herr Prof. Dr. med. Klemens Stehr,
Spardorf, am 07.03.
Frau Dr. med. Irmgard Krause,
Löwenstein, am 15.03.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth Gercke-Hunt-
emann, Essen, am 20.03.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud Merz,
Engelskirchen, am 03.03.
Frau Dr. med. Med. Dir. A. D. Vera Grä-
fin Finck von Finckenstein, Kassel,
am 15.03.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Friedrich Kayser, Olden-
burg, am 27.03.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud Nordwall,
Köln, am 09.03.
Frau Dagmar Hofer,
Berlin, am 24.03.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Margret Herten,
Köln, am 24.03.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Paula Maria Hölscher, Lud-
wigshafen, am 07.03.

Wir trauern um:

Herrn Dr. Joseph Diefenthal, Köln
Frau Dr. Wilma Mannhardt-
Laakmann, Mainz
Herrn Dr. Klaus Peter Rüdener,
Schriesheim
Herrn Dr. Udo Sühoff, Blomberg

Im Monat November und Dezember durften wir 48 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Stefan *Bosch*
Frau Dr. med. Stefanie *Günther*
Herrn Dr. med. Oliver *Kroth*



Bayern

Frau Dr. med. Claudia *Wagner*



Berlin

Herrn Dr. med. Christoph *Berns*
Frau Dr. med. Andrea *Jobst*



Hamburg

Herrn Prof. Dr. Philippe *Stock*



Hessen

Frau Dr. med. Franziska
Schwarzenberger-Kesper



Nordrhein

Herrn Dr. med. Thomas *Geerkens*
Herrn Tobias *Humbert*
Frau Dr. med. Maite *Rodemann*



Sachsen

Frau Elisabeth *Vogel*



Schleswig-Holstein

Herrn Prof. Dr. med.
Christian *Schultz*



Westfalen-Lippe

Frau Angeliki *Diamanti*
Herrn Edmund *Petri*

Jahreskongress Pädiatrie

B-Meningokokken-Impfung und Koadministration im Praxisalltag

In Leipzig wurden aktuelle Empfehlungen zum Einsatz des Impfstoffes gegen Meningokokken der Serogruppe B diskutiert: Der seit 2013 verfügbare Impfstoff 4CMenB (Bexsero®) ist mit seiner Zusammensetzung aus vier Antigenen zur präventiven Routineimpfung ab dem frühen Säuglingsalter geeignet und kann gemeinsam mit Standardimpfungen eingesetzt werden. Aktuelle Daten zeigen eine epidemiologische Wirksamkeit, so dass der Impfstoff inzwischen in Großbritannien in den Routineimpfplan für Säuglinge aufgenommen wurde.

In den letzten Jahren traten Meningokokken der Serogruppe B immer häufiger als Erreger von Meningokokken-Erkrankungen auf. Bei der Leipziger Tagung¹ erläuterte PD Dr. Kerstin Ludwig, München, dass bei 10 bis 20% der Erkrankten Komplikationen auftreten. Die Letalität einer isolierten Meningokokken-Meningitis liegt in Deutschland bei ca. 1%, die einer Sepsis bei ca. 13% und die eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms bei ca. 33%.²

Koadministration im Routineimpfplan

Die Meningokokken-Impfung mit 4CMenB (Bexsero®) kann laut aktuellen STIKO-Empfehlungen in den Impfkalender der Routineimpfungen bei Säuglingen implementiert werden.³ Bei der gemeinsamen Impfung von 4CMenB mit Sechsfachimpfstoffen und Pneumokokken-Impfung beobachtete man eine leichte Zunahme der Fieberreaktionen (über 38,5°C) nach der Impfung. In einer Studie wurde die prophylaktische Gabe von Paracetamol untersucht: Die gute Nachricht sei hier laut Ludwig, dass durch Paracetamol die Fieberreaktion gesenkt werden kann, ohne

die Immunogenität des MenB-Impfstoffes oder des Sechsfach- und Pneumokokkenimpfstoffes zu beeinträchtigen.⁴ Laut STIKO-Impfkalender kann 4CMenB im Schema 3+1 zeitgleich mit Routineimpfungen im 2., 3. 4. und 11. bis 14. Lebensmonat verimpft werden.

Epidemiologische Effekte in der Praxis

Impfkampagnen mit einem breiten Einsatz von 4CMenB zeigen auch epidemiologische Effekte bei Infektionen mit B-Meningokokken unter realen Bedingungen: Nach einigen Meningitis-Fällen bei Studenten wurden rund um die US-Universität Princeton mehr als 17.000 Jugendliche geimpft. Unter geimpften Studenten traten keine Neuerkrankungen mehr auf – die Impfung konnte wirksam vor weiteren Erkrankungen schützen.⁵

Nach vermehrten Meningitis-Fällen wurden in einer Impfkampagne in der kanadischen Provinz Québec mehr als 45.000 Kinder und Jugendliche geimpft. Als Anhaltspunkt zur Wirksamkeit des Impfprojekts dient ein Vergleich der epidemiologischen Daten vor und nach der Impfperiode: Der Rückgang der Erkrankun-



kungen in der Impfregion korrelierte zeitlich mit der Impfung.⁶

Auf der Basis solcher Daten haben die nationalen Gesundheitsbehörden in Großbritannien die Impfung mit dem MenB-Impfstoff 4CMenB seit 1. September 2015 als weltweit erstes Land in ihren Routineimpfplan für Säuglinge aufgenommen.⁷ Nach positiven Erfahrungen mit Antipyretika in Québec empfehlen die Briten Paracetamol zur Prävention von Fieber.

Quellen

- 1 „B-Meningokokken Impfung und Koadministration“, 9. Jahreskongress Pädiatrie, 13. November 2015 in Leipzig, Veranstalter GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- 2 RKI-Ratgeber für Ärzte – Meningokokken-Erkrankungen: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html
- 3 RKI, Epidemiolog. Bulletin 2015, 34
- 4 Fachinformation Bexsero®, Stand September 2015, GSK
- 5 McNamara LA et al., Pediatrics 2015, 135(5):798-804
- 6 De Wals P et al., INSPQ Publication N° 1983 (4/2015), www.inspq.qc.ca
- 7 <https://www.gov.uk/government/collections/meningococcal-b-menb-vaccination-programme>
- 8 <http://www.lagus.mv-regierung.de>
- 9 <http://www.gesunde.sachsen.de>
- 10 <http://www.kinderaerzte-im-netz.de>

Autorin: Martina Freyer

**Nach Informationen von
GlaxoSmithKline GmbH, München**

Aktuelle Empfehlungs- und Erstattungssituation

Seit August 2015 empfiehlt die STIKO (Ständige Impfkommission) für Personen mit spezifischen Grundkrankheiten eine Impfung gegen Meningokokken B.³ Neben dieser Empfehlung zur Indikationsimpfung haben das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und der Freistaat Sachsen die öffentliche Empfehlung für die Meningokokken-B-Impfung ausgesprochen.^{8,9}

Die Erstattung ist eine freiwillige Leistung der Krankenkasse. Momentan beteiligen sich bereits etwa 70 Krankenkassen freiwillig an der Kostenübernahme der Meningokokken-B-Impfung (aktuelle Übersicht siehe www.kinderaerzte-im-netz.de¹⁰).

STIKO: Veränderte Empfehlung für Pneumokokken-Impfung

Seit August 2015 empfiehlt die ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) für Kinder ab sechs Wochen nur noch drei anstelle der bisher verabreichten vier Impfdosen gegen Pneumokokken-Infektionen. Diese Umstellung birgt nach Ansicht vieler Pädiater einige Vorteile, erfordert jedoch auch eine größere Sorgfalt bei der zeitgerechten Verabreichung der drei Impfungen.

Pneumokokken (*Streptococcus pneumoniae*) gelten bei Kindern als häufigster Auslöser einer bakteriellen Pneumonie und sind ein wichtiger Erreger der bakteriellen Meningitis. Besonders betroffen sind Säuglinge und Kleinkinder bis zu vier Jahren. Um die damit einhergehenden Todesfälle zu verringern, empfiehlt die STIKO seit 2006 eine Standardimpfung für alle Säuglinge ab sechs Wochen mit einem konjugierten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff wie etwa Prevenar 13[®]. Bisher wurde das 3+1 Impfschema angewandt, mit je einer Impfung im Alter von 2, 3 und 4 Monaten sowie von 11 bis 14 Monaten. Zukünftig sollen nur noch drei Impfungen nach dem 2+1 Schema durchgeführt werden, in Monat 2 und 4 sowie abschließend in Monat 11 bis 14.¹ Dabei ist ein Mindestabstand von zwei Monaten zwischen der ersten und zweiten Dosis und ein Abstand von sechs Monaten zur dritten Dosis einzuhalten. Eine Sonderstellung nehmen frühgeborene Säuglinge (< 37. Schwangerschaftswoche, SSW) ein. Für sie gilt laut STIKO weiterhin das 3+1 Impfschema mit vier Impfdosen und den bisher empfohlenen Abständen.

Erfolgsgeschichte fortführen

Mit der Einführung der Standardimpfung gegen Pneumokokken konnten deutliche Erfolge erzielt werden. So sank beispielsweise die Anzahl invasiver Pneumokokken-Infektionen, gegen welche der Impfstoff immunisiert, um mehr als 50%.² Um diesen Fortschritt zu erhalten oder die Pneumokokken-Erkrankungen weiter zu verringern, sind eine gute Compliance bzw. die Einhaltung der empfohlenen Impfdosen in den vorgeschriebenen Zeitintervallen nötig. Diese Anforderungen gelten für das neue, auf drei Impfdosen reduzierte Schema in noch stärkerem Maße.

Genau hier sieht der niedergelassene Pädiater Jörn Voigt aus Groß-Umstadt eine Herausforderung für den Kinderarzt. „Wir waren bisher mitnichten bei einem guten 3+1 Schema. Eher praktizierten wir schon in der Vergangenheit ein 2+1 Impfschema“, berichtete Voigt anhand seiner Praxiserfahrungen. Diesen Eindruck bestätigt eine Untersuchung, die zeigte, dass die Pneumokokken-Impfungen häufig verspätet und nicht vollständig durchgeführt wurden.³ Demnach erhielten nur zwei Drittel der Kinder die vierte Impfdosis wie empfohlen bis zum 24 Lebensmonat. Etwa 10 % aller Kinder blieben vollkommen ungeimpft.

Als eine Ursache für die verzögerten Impfungen nannte Voigt das Bedürfnis der Eltern, das ‚doch noch so kleine Kind‘ vor allem zu schützen. „Dass gerade die Impfung ein wichtiges Tool ist, diesen Schutz aufzubauen oder aufrechtzuerhalten wird von den Eltern häufig nicht wahrgenommen“, erklärte der Pädiater.

Umstellungstipps für die Praxis

Die reduzierte Anzahl an Impfdosen hat praktische Konsequenzen. So rät Voigt, die erste Pneumokokken-Impfung so früh wie möglich durchzuführen. „Da die Infektion häufig die Kleinsten betrifft, ist ein früher Impfschutz wichtig. Einen dauerhaften Schutz erreichen wir jedoch nur, wenn die letzte – neuerdings dritte – Impfung zeitnah, also sechs Monate nach der zweiten Impfung erfolgt“, betonte der Pädiater. Der Abstand von sechs Monaten sollte eingehalten werden, da das Immunsystem erst in diesem Alter in der Lage ist, auf die Impfung mit der Bildung von Gedächtniszellen zu reagieren, die für einen langfristigen Schutz erforderlich sind.

Für die Eltern stellt die verringerte Anzahl an Impfungen einen Vorteil dar, der

gut zu vermitteln ist. Zugleich sollte man ihnen deutlich machen, wie wichtig eine vollständige Grundimmunisierung mit allen drei Impfdosen ist. „Die Umstellung des Impfschemas macht eine engere Patientenführung und eine noch intensivere Kommunikation mit den Eltern nötig“, resümierte Voigt.

Ausnahme Frühgeborene

Für Frühgeborene bleibt das 3+1 Schema mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (z. B. Prevenar 13[®]) gültig. Als Begründung führt die STIKO an, dass die Zulassung der Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe für das reduzierte Schema nur auf Reifgeborene beschränkt ist. „Außerdem weisen diese Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko für schwerwiegende Pneumokokken-Erkrankungen auf“, ergänzte Prof. Egbert Herting, Lübeck. Da auch späte Frühgeborene (34. bis 36. SSW) infektionsanfälliger sind, sollten die Pädiater hier ebenfalls auf eine korrekte Einhaltung der vier Impfdosen achten. Ausschlaggebend ist das chronologische, nicht das korrigierte Alter des Kindes.

Für den Aufbau eines langfristigen Impfschutzes ist wiederum die letzte Impfdosis entscheidend.

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin 34/2015
- 2 Van der Linden, Poster ECCMID, 2015
- 3 Laurenz et al. Poster DGKJ 2014

Quelle

Fachpressegespräch „Drei Impfungen für einen langfristigen Schutz: Umstellung des Impfschemas für die Pneumokokken-Impfung bei Kindern“ am 9.12.2015 in Berlin.

Autorin

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

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

Neurodermitis bei Kindern

Nachtkerzenöl in Snipp-off-Kapseln hilft der Haut von innen

Die Neurodermitis ist die häufigste Hautkrankheit im Kindesalter mit einer Prävalenz von 10-15 Prozent. Etwa die Hälfte der Patienten leidet unter moderater bis schwerer Neurodermitis¹. Der Leidensdruck der Betroffenen entsteht vor allem durch den chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden Juckreiz, auch Stigmatisierungen können in erheblichem Maße zum Leidensdruck beitragen², so Prof. Dr. Thomas Werfel (Hannover)². Nicht abschließend geklärt sind die Ursachen der chronischen Hauterkrankung: Neben der genetischen Veranlagung, psychischen Belastungen und Umweltfaktoren spielt auch ein Enzym-Mangel eine Rolle, um die Ursachen der Neurodermitis zu entschlüsseln.

Enzym-Mangel erklärt Neurodermitis

Wissenschaftler entdeckten: Neurodermitis-Patienten fehlt eine spezielle mehr-

fach ungesättigte Fettsäure – die Gamma-Linolensäure. Ihre Vorstufe, die Linolensäure, nehmen die Patienten zwar mit der Nahrung auf. Aber Neurodermitiker bilden zu wenig Gamma-6-Desaturase, das die Linolensäure in die Gamma-Linolensäure umbaut. Und genau die entscheidet über den Aufbau und den Erhalt gesunder Haut. Folgen des Enzym-Mangels: Die Barrierefunktion der Haut ist eingeschränkt. Die Haut juckt, sie ist entzündet, trocken und schuppig.

Epogam[®] mit natürlichem Nachtkerzensamenöl ist reich an ungesättigten Fettsäuren und enthält als wesentlichen Bestandteil wertvolle Gamma-Linolensäure. Anders als Crèmes und Salben wirkt Epogam[®] von innen und versorgt den Körper mit dem entscheidenden Baustein für gesunde Haut. Und davon profitieren Neurodermitis-Patienten, wie 20 Studien an rund 2000 Patienten zeigen: Unter langfristiger Epogam[®]-Einnahme verbes-

sert sich das Hautbild. Entzündungen und Juckreiz klingen deutlich ab. Dazu kommt es seltener zu akuten Neurodermitis-Schüben oder sie verlaufen milder.

Und: Epogam[®]-Patienten brauchen 70-80 Prozent weniger Medikamente, um ihre Beschwerden zu lindern. Viele Patienten konnten auf Cortison, Antihistaminika oder Antibiotika verzichten oder mussten sie seltener bzw. in geringerer Dosierung einnehmen als ohne Epogam[®].

Speziell für Kinder gibt es Epogam[®] als snipp-off Kapsel zum Aufschneiden: Das wertvolle Nachtkerzenöl kann damit perfekt dosiert ins Essen gegeben werden. Kinderärzte bestätigen es: Diese Darreichungsform steigert deutlich die Compliance und die Adärenz bei Kindern.

Literatur beim Hersteller

**Nach Informationen von
Strathmann GmbH, Hamburg**

Ambulante Resistenzen gegenüber Mupirocin? Auch 2015 kein Thema!

Der in InfectoPyoderm[®] 20 mg/g Salbe enthaltene Wirkstoff Mupirocin ist dank seines unter den Antibiotika einzigartigen Wirkmechanismus (Hemmung der Isoleucyl-tRNA-Synthetase) spezifisch wirksam gegen Staphylokokken und Streptokokken. Aus diesem Grund wird das Präparat bevorzugt zur kalkulierten topischen Therapie kleinflächiger bakterieller Hautinfektionen (z. B. Impetigo, Follikulitis, Furunkulosis) eingesetzt.

Durch regelmäßige in vitro-Empfindlichkeitsstudien in den letzten beiden Jahrzehnten konnten Resistenzentwicklungen unter den Erregern gegenüber Mupirocin stets widerlegt werden. In einer aktuellen Studie von Bührlen et al.¹ wurde auch 2015 das Resistenzprofil von Staphylococcus aureus und β -hämolyisierenden Streptokokken gegenüber Mupirocin und

der ebenfalls häufig eingesetzten Fusidinsäure überprüft. Die Studie wurde im Rahmen der 18. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie (DWFA) in Köln präsentiert.

Das Ergebnis ist überaus erfreulich: Die Mupirocin-Empfindlichkeit von Staphylokokken (MSSA) bleibt mit 98,8 % unverändert hoch, ebenso bei β -hämolyisierenden Streptokokken mit 100 %. Bei verantwortungsvollem Einsatz deuten sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine negativen Entwicklungen hinsichtlich zunehmender Resistenzen an. Für Fusidinsäure, die *in vitro* keine Wirksamkeit gegenüber β -hämolyisierenden Streptokokken aufweist, konnte 2015 ein deutlicher Anstieg der Resistenzrate bei Staphylokokken ermittelt werden: Die Empfindlichkeitsrate ist hier innerhalb von nur zwei Jahren von 93,0 % (2013) auf 87,3 % (2015) gesunken.

Fazit: Mupirocin kann aufgrund einer ausgezeichneten Resistenzsituation weiterhin im ambulanten Bereich als voll wirksame Option zur topischen Therapie kleinflächiger bakterieller Hautinfektionen gezielt eingesetzt werden (Kalkulierte Therapie). Der Einsatz von Fusidinsäure sollte nur nach Kenntnis der lokalen Resistenzsituation und nachgewiesenem Erreger in Erwägung gezogen werden.

Literatur

- 1 Bührlen U, Vogt D. In vitro-Untersuchung zur Empfindlichkeit von Staphylococcus aureus und β -hämolyisierenden Streptokokken aus Hautinfektionen des ambulanten Bereiches gegenüber Mupirocin und Fusidinsäure – Update 2015. Posterpräsentation auf der 18. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie (DWFA), Köln, 27.-29.11.2015.

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

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterinnen:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Martina Wegner

Tel.: 0221/68909-10

martina.wegner@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-0

Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezrte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de