

# bvkJ.

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

Heft 3/16 · 47. (65.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT

## **Berufsfragen:**

Bericht zur Tagung  
des Länderrates

## **Fortbildung:**

Flüchtende Kinder –  
auch eine Gesundheits-  
aufgabe

## **Forum:**

Famulanten –  
eine Bereicherung  
für die Praxis

## **Magazin:**

Unser Berufs-  
verband –  
eine historische  
Betrachtung

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



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © layju83 - Fotolia.com

# bvkJ.

## UNSER BERUFSVERBAND – eine historische Betrachtung –

S. 177

### Inhalt 3 | 16

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

#### **Berufsfragen**

- 101 **Editorial**  
*Thomas Fischbach*
- 102 **Impressum**
- 104 **Bericht zur Tagung des Länderrates**  
*Dehtleff Banthien*
- 106 **Wie viele Kinder- und Jugendkliniken brauchen wir in Deutschland?**  
*Ronald G. Schmid*
- 112 **Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber, Teil 1**  
*Christian Krapohl*
- 116 **Hämatologie und Onkologie**  
*Schahin Aliani*
- 119 **Wahlaufruf**
- 120 **Brief aus der Praxis**  
*Tanja Brunnert*
- 121 **Ziemlich schlechte Freundin**  
*Dehtleff Banthien*
- 123 **GKV-HIS Heilmittel-Schnellinformation**  
*Wolfram Hartmann*
- 124 **Wir sind die Neuen: Martin Lang**  
*Regine Hauch*
- 126 **HPV-Impfquoten im Regionalvergleich**  
*Wolfram Hartmann*
- 129 **Wahlergebnis**

#### **Fortbildung**

- 130 **Editorial Flüchtlingsmedizin**  
*Hans-Iko Huppertz*
- 132 **Bremer Modell**  
*Martina Sappa, Dr. Zahra Mohammadzadeh, Dr. Monika Lelgemann*
- 140 **Seltene Infektionserkrankungen bei minderjährigen Flüchtlingen**  
*Christa-Maria Kitz*
- 145 **Läuserückfallfieber**  
*Ulrich von Both, Andreas Wieser, Martin Alberer, Volker Fingerle, Johannes Hübner*
- 152 **Consilium: Aussagekraft von venösen Blutgasanalysen**  
*Reinhard Berner*
- 154 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 156 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Lena Schulz, Peter H. Höger*



s. S. 106 u. 120

#### **Forum**

- 160 **Famulanten – eine Bereicherung für unsere Arbeit**  
*Sylvia Schuster*
- 161 **Kein Blaulicht und doch spannend**  
*Richard Hauch*
- 162 **Famulatur: suche – biete**  
*Doris Schomburg, Lisa Ebbinghaus*
- 163 **Schutz vor sexueller Gewalt**
- 164 **Beschwerdemöglichkeit für Kinder stärken**
- 165 **Das Leser-Forum**
- 169 **Kinder krebskranker Eltern**  
*Doris Lintz*
- 171 **Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch gestartet**
- 172 **14. Deutsches Down-Sportlerfestival**
- 174 **PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“**

#### **Magazin**

- 177 **Unser Berufsverband – eine historische Betrachtung**  
*Werner Schmidt*
- 182 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 183 **Personalia**
- 184 **Pädindex**
- 187 **Nachrichten der Industrie**
- 189 **Wichtige Adressen des BVKJ**

#### **Beilagenhinweis:**

In dieser Ausgabe befinden sich eine Beilage der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sowie das Programmheft zum 26. Kinder- und Jugendärztetag, Berlin. Wir bitten um freundliche Beachtung.



# Liebe Kolleginnen und Kollegen,

**D**as neue Präsidium und der neue Bundesvorstand haben „mit Volldampf“ ihre Arbeit aufgenommen, die berühmten ersten „100 Tage“ unserer Amtszeit liegen hinter uns - Zeit für einen kurzen Rückblick. Doch zuvor möchte ich den Mitarbeiterinnen unserer Geschäftsstelle danken – allen voran der Geschäftsführerin Christel Schierbaum. Ohne ihre Unterstützung hätte der Amtswechsel niemals so glatt vollzogen werden können.

Vor allem Termine und Gespräche haben die ersten 100 Tage geprägt, so beispielsweise mit dem Deutschen Hausärzterverband, dem Berufsverband der Internisten (BDI), mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) und den Schwestergesellschaften unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ). Die Atmosphäre war überall offen und freundlich. Wir konnten mit den beiden erstgenannten Verbänden gemeinsam interessierende Themenfelder ausmachen, z. B. im Bereich der Fortbildung und Transition. Auch das Thema „Impfungen“ ist ein fachgruppenübergreifendes Handlungsfeld. Hier werden wir gemeinsam im Rahmen einer Impfallianz, zu der auch die Gynäkologen eingeladen werden, Aktivitäten planen, um die Impfraten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Mit dem BKJPP haben wir die Bildung einer gemeinsamen AG beschlossen und inzwischen auch vollzogen, um die Zusammenarbeit an den Schnittstellen unserer Fachgruppen zu verbessern.

Mit den beiden Schwesterverbänden DGKJ und DGSPJ pflegt der Vorstand eine vertrauensvolle und auch arbeitsteilige Zusammenarbeit; dies nicht nur, aber auch in der DAKJ. Die aktuellen Aktivitäten betreffen den Erhalt der Kinderkrankenpflegeausbildung sowie die Etablierung eines Kinderbeauftragten des Deutschen Bundestages. Entsprechende Petitionen konnten durch eine strukturierte und zielorientierte enge Zusammenarbeit der Verbände auf den Weg zum Erfolg gebracht werden. Allen Unterstützerinnen und Unterstützern nochmals ein herzliches Dankeschön!

## Stiftung „Kind und Jugend“

Anfang Dezember des vergangenen Jahres erhielt die BVKJ-eigene Stiftung mit Dr. Ulrich Kohns einen neuen Vorsitzenden, zu seinem Vertreter wurde Dr. Uwe Büsching gewählt. Dr. Uwe Büsching ist einer der Hauptinitiatoren der neuen Medienstudie BLIKK (= Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz und Kommunikation – Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien), die der BVKJ gemeinsam mit der Stiftung Kind und Jugend, der DGAAP sowie der Rheinischen Fachhochschule Köln durchzuführen wird. Nach der erhofften Zusage einer Förderung der Studie durch das Bundesministerium für

Gesundheit werden wir an etliche Praxen mit der Bitte um Beteiligung herantreten.

## In Kontakt mit der Kassenärztlichen Vereinigung

Wir haben Gespräche mit zuständigen Dezernenten sowie der zweiten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, Regina Feldmann, zu den Themen „Bedarfsplanung“ sowie „Weiterentwicklung des EBM“, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Schwerpunktpädiatrie, geführt. Das Thema „Bedarfsplanung“ ist aktuell wichtig, da das GKV-VSG hier eine Überarbeitung verordnet hat. Damit dies auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin geschieht, hat sich bereits auf der letzten Delegiertenversammlung eine Arbeitsgruppe Bedarfsplanung gebildet, die dem Vorstand zuarbeitet. Des Weiteren halten wir Kontakt zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

## Umsetzung der neu gefassten Kinderrichtlinien

Am 01. Juli 2016 sollen die neuen Kinderrichtlinien in Kraft treten. Der BVKJ wird hier Schulungsangebote zu den neuen Inhalten der Kindervorsorgen vorbereiten. Eine noch offene Frage betrifft die neue Vergütungshöhe im EBM, die der Novellierung folgen muss. Nach unseren Kenntnissen hat sich bisher der zuständige Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen noch nicht mit dem Thema befasst.

## BVKJ-Service-GmbH

Nach langjähriger Tätigkeit als Geschäftsführer der BVKJS hat Klaus Lüft seine Aufgabe zum 01. Januar 2016 an Anke Emgenbroich übergeben. Unter Lüfts Ägide wuchs die BVKJS zu einer erfolgreichen Wirtschaftsgesellschaft heran. Zu seinen letzten Projekten gehörten die Umstellung der Selektivverträge auf unseren neuen Abrechnungsdienstleister Helmsauer sowie die Umsetzung des im Landesverband Bayern entwickelten Telemedizinprojektes „Pädexpert“. Anke Emgenbroich wird dieses Projekt nun weiterführen.

## Paedexpert

Bisheriger Höhepunkt war die Unterzeichnung eines telemedizinischen Selektivvertrages mit der BarmerGEK Anfang Januar 2016 in Berlin, der in diesem Monat zunächst in Bayern gelten wird und ab der Jahresmitte deutschlandweit gelten soll. Wir können stolz sein auf dieses wegweisende Pilotprojekt, um das uns viele Verbände beneiden. Aber wir müssen den Selektivvertrag auch mit Leben füllen. Hier bitte ich alle Kolleginnen und Kollegen, dieses neue Versor-



Dr. Thomas Fischbach

gungsmodell anzunehmen und in ihren Praxisalltag zu implementieren. Viele Fachfragen an pädiatrische oder aber auch dermatologische Kollegen werden zukünftig ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt gelöst werden können, was sich insbesondere im ländlichen Raum positiv auswirken wird. Aber auch in den Balanzzentren, wo Facharzttermine oft rar sind, kann die Telemedizin bei der Einschätzung von Krankheitsbildern hilfreich sein.

### BVKJ intern

Der Geschäftsführende Vorstand führt seit Januar monatliche Videokonferenzen durch. Dadurch entfallen gesonderte Treffen und Reisekosten.

Am 23/24.01.2016 fand in Köln die Klausurtagung des Bundesvorstands statt. Neben den bereits angesprochenen Themen diskutierten die Teilnehmer über Möglichkeiten zur Intensivierung der Verbandsarbeit in den Regionen Deutschlands, in denen der BVKJ noch schwächer aufgestellt ist. Dabei gesammelte Ideen sollen auf einem gesonderten Workshop noch in diesem Jahr weiterentwickelt werden.

Auch die Etablierung eines Konzepts für einen Ausschuss „Angestellte Ärzte/innen in Klinik und Praxis“ haben wir in Köln diskutiert. Nun geht es an die Umsetzung. Einen großen Raum nahm die Diskussion

über die zum Jahresbeginn erfolgte Beitragserhöhung ein. Bei aller nachvollziehbaren Kritik am Ausmaß der Beitragserhöhung bittet der Vorstand zu bedenken, dass der BVKJ seine zahlreichen Angebote insbesondere zur Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie MFA nur durch eine solide Finanzierung erhalten und weiter ausbauen kann. So ist schon die nächste Veranstaltungsreihe „Immer etwas Neues“ auf den Weg gebracht worden, ebenso der nächste Kooperationspartnertag. Wir bieten zudem individuelle juristische Beratungen an und jede Menge Informationsmaterialien und vieles andere über unseren neuen Online-Shop. Nur wenige Berufsverbände bieten so viel Service für ihre Mitglieder. Sollten Sie dennoch der Meinung sein, dass ihre persönliche Eingruppierung in eine Beitragsgruppe nicht korrekt ist, nehmen Sie bitte Kontakt mit unserer Geschäftsstelle bzw. unserem Schatzmeister Dr. Tilman Kaethner auf.

Bitte beteiligen Sie sich auch aktiv am Verbandsleben. Ihre Beiträge sichern unsere Arbeit, Ihre Ideen und konstruktive Kritik prägen sie inhaltlich. Ich bin gern für Sie ansprechbar.



Dr. Thomas Fischbach  
Präsident BVKJ

## 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-bremenmitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel.: (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden,

Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“:** Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im 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. IVV 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](http://www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise)

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

# Bericht zur Tagung des Länderrates am 16./ 17.01.2016 in Kloster Banz

Vom 16. – 17.01.2016 tagte der Länderrat im Kloster Banz. Der Länderrat trägt zu einer direkten Kommunikation zwischen Landesvorständen und dem BVKJ-Vorstand bei. Neben den Landesverbandsvorsitzenden ist der geschäftsführende Vorstand stimmberechtigt vertreten. Jeder Landesverband hat, anders als in der Delegiertenversammlung, eine Stimme.

## Wahl eines neuen Vorsitzenden des Länderrats

Nach neun Jahren hat Dehtleff Banthien den Vorsitz des Länderrates an **Martin Lang (Bayern)** übergeben. Stellvertreter sind:

Ulrike Gitmans (Niedersachsen)  
Roland Achtzehn (Sachsen-Anhalt)  
Burkhard Lawrenz (Westfalen-Lippe)

## Themen

### • Bedarfsplanung

Die vom BVKJ dazu eingesetzte AG und der Länderrat halten einen Paradigmenwechsel für notwendig. Von einer Versorgung aller Kinder und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte soll ausgegangen werden. Im zweiten Schritt wären eine Soll – Ist – Analyse zu erstellen und Zwischenschritte zur Erreichung des übergeordneten Ziels zu beschreiben. Prof. Schmid stellte eine Analyse des zukünftigen stationären Versorgungsbedarfes vor, die als Beispiel dienen könnte.

### • Kooperation Klinik-Praxis

Prof. Schmid berichtete von der Chefarzt-Tagung aus Bad Orb von einem klaren Bekenntnis der leitenden Ärzte zu sektorenübergreifender Kooperation auf Augenhöhe als Voraussetzung für eine effiziente pädiatrische Versorgung. (s. auch Editorial in Heft 2-2016 dieser Zeitschrift).

### • Kompetenzbasierte Verbundweiterbildung

Umsetzung der von der DGAAP entwickelten kompetenzbasierten Weiterbildung in der allgemeinen ambulanten Pädiatrie. Inhalte und Qualität der ambulanten allgemeinen Pädiatrie werden definiert und dieser Teil der Pädiatrie sichtbar und erfahrbar gemacht. Das eLogbuch macht es leicht, die Weiterbildung umzusetzen. Regelmäßige Treffen und eine Evaluation sind fester Bestandteil als Unterstützung für Weiterbilder. Es bestehen gute Chancen auf Förderung speziell pädiatrischer Weiterbildungsstellen in der fachärztlichen

Grundversorgung. Die Bundesärztekammer möchte Kompetenzbasierte Weiterbildung und eLogbücher zukünftig als Standard implementieren. In den Landesverbänden werden Beauftragte benannt. Projekte zur kompetenzbasierten Verbundweiterbildung werden auf den Weg gebracht.

### • BVKJ-Service GmbH - Selektivverträge

184 Mio. € wurden laut Frau Anke Emgenbroich, neue Geschäftsführerin der BVKJ – Service GmbH, bisher in Selektivverträgen erwirtschaftet. Die Einschreibquote von Kinder- und Jugendärzten in Verträge von Kassenverbänden ist ein wichtiges Kriterium für den Beitritt und die Aufnahme neuer Leistungen. Deshalb ist eine Teilnahme aller Pädiater wichtig. Den Kolleginnen und Kollegen müssen Potentialanalysen mit regionalem Bezug zur Verfügung gestellt werden mit denen jede Praxis entscheiden kann, welche Verträge sie mit Leben füllen will. Bei Änderungen des Leistungsspektrums muss dann eine zeitnahe Information erfolgen. Auf Landesverbandsveranstaltungen sollten entsprechende Informationen zur Verfügung stehen.

### • Berichte aus Vorstand und Ländern

Die Finanzierung der BLIKK – Studie ist entgegen ursprünglicher Zusagen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung noch nicht gesichert. Bei positiver Entscheidung müssen kurzfristig 100 teilnehmende Praxen gefunden werden.

Eine Studie zum rationalen Einsatz von Antibiotika und der Kommunikation mit den Eltern darüber wird von Prof. Simon durchgeführt. Dr. Trapp aus Bremen wird sich mit dem Studienleiter in Verbindung setzen.

Der BVKJ unterstützt eine Musterklage eines Berliner Kollegen gegen die Streichung von Impffizern bei Erwachsenen in Berlin.

### • Telemedizin

Martin Lang stellte das Projekt PädExpert® vor. Start im Bundesgebiet wird der 01.07.2016 im BarmerGEK-Vertrag sein. Die Teilnehmer erhalten kostenlosen Zugang zu fachbezogenen, web-basierten Modulen unter anderem in den Bereichen Dermatologie, Hämatologie und Rheumatologie. Die pädiatrischen Experten unterstützen bei der Findung oder Absicherung einer Diag-

nose, der Therapieoptimierung und dem Management. Die Kooperation zwischen Allgemein- und Pädiatrie aus den Subdisziplinen und die Patientenbindung werden gestärkt. Die Konsultation erfolgt online Arzt – zu – Arzt nach Einverständnis der Eltern. Die Module setzen auf eine innovative Kombination aus Hardware und Software. Für den Versand werden persönliche und medizinische Daten voneinander getrennt, verschlüsselt und über unterschiedliche Server versandt, beim Empfänger wieder zusammengeführt und mit Hilfe eines über einen dritten Server versandten Schlüssels wieder entschlüsselt. Damit ist dieses Projekt bezüglich der medizinischen Inhalte wie auch der Sicherheitstechnologie ein Vorreiter.

- **Gesundheitscoaching**

Die Qualifikation zum Gesundheitscoaching ist über den Besuch eines 90-minütigen Qualitätszirkels zu erreichen. Eine frei verfügbare Präsentation vermittelt Inhalte und Vorgehensweise. Bis zum 01.10.2016 muss ein zweiter QZ absolviert werden.

- **Curriculum Sozialpädiatrie**

Ein zu geringes Angebot, ein zu hoher Preis und die vereinbarungswidrige Kostenpflicht für die Hospitation bei den Kursen zum Curriculum Sozialpädiatrie haben zu Verärgerung geführt. Einige Landesverbände haben jetzt in Eigenregie Kurse erfolgreich akkreditiert und durchgeführt.

- **GOÄ**

Der BVKJ-Länderrat kritisiert die fehlende Transparenz bei den Verhandlungen zur Neuordnung der GOÄ. Aufgrund der Geheimhaltungsvereinbarung ist nur wenig über den Verhandlungsstand bekannt. Nach diesen spärlichen Informationen scheint die geplante neue GOÄ für die Fachgruppe der Pädiater mehr Vor- als Nachteile zu bringen. Wird sie jetzt abgelehnt, werden wir in den nächsten Jahren keine neue GOÄ bekommen. Daher empfiehlt der Länderrat den pädiatrischen Delegierten, auf dem Sonderärztetag am 23.1.2016 trotz aller berechtigter Kritik für die Weiterführung und den erfolgreichen Abschluss der laufenden Verhandlungen zu stimmen.

- **Arbeit der Geschäftsstelle**

Die Geschäftsstelle hat sich unter der Leitung von Frau Schierbaum zu einem schlagkräftigen, strukturell und inhaltlich innovationsfreudigen und kreativen Team entwickelt. Funktionäre und Mitglieder werden optimal bei der Fürsprache für eine optimale medizinische Versorgung aller Kinder und Jugendlichen unterstützt. Die Geschäftsstelle arbeitet kontinuierlich an der Weiterentwicklung der Services.

*Dehtleff Banthien*  
23843 Bad Oldesloe  
E-Mail: [dbanthien@uminfo.de](mailto:dbanthien@uminfo.de)

Red.: WH



# Wie viele Kinder- und Jugendkliniken brauchen wir in Deutschland?



Prof. Dr.  
Ronald G. Schmid

Das Deutsche Ärzteblatt beschäftigt sich in der Ausgabe vom 4. Dezember 2015 mit der Frage des Strukturwandels im Krankenhaus und fragt: „Wie viele Krankenhäuser brauchen wir?“ (Jahrgang 112, Heft 49, Seite 1710-1712). Die Konflikte der verschiedenen Player werden beispielhaft geschildert.



**A**uch Kinder- und Jugendkliniken/-abteilungen müssten sich mit dieser Thematik beschäftigen. Der Erfolg der Kinder- und Jugendklinik in der Zukunft wird vom Grad der Vernetzung und von der Intensität der Kooperationen abhängen.

Der **Nutzungsgrad der Betten** ist in den letzten 23 Jahren nahezu konstant geblieben (67,5% 1991; **66,4% 2014**). Bei einem deutlichen Rückgang der Berechnungstage um 42% ist die Fallzahl um 15% gestiegen. Bedingt ist dies durch einen leichten Anstieg der Krankenhaushäufigkeit um 14%, aber auch durch zusätzliche Patienten die zuvor in fachfremden Abteilungen behandelt wurden. Die bemerkenswerteste Zahl ist der **Verweildauerrückgang um 49% in den letzten 23 Jahren**.

Diese Zahlen präsentierte Herr Jochen Scheel, der Geschäftsführer von G-KinD ([www.GKinD.de](http://www.GKinD.de)), beim Workshop der leitenden Ärztinnen und Ärzte an deutschen Kinder- und Jugendkliniken bzw. -abteilungen in Bad Orb 2015.

## Die Entwicklung der stationären Kinder- und Jugendkliniken

Diese Zahlen, in Verbindung mit der derzeitigen Entwicklung des Kostendruckes im Krankenhausbereich, regen jeden an verantwortlicher Stelle tätigen Verwaltungsleiter bzw. ärztlichen Leiter zum Nachdenken an. Wie geht die Entwicklung weiter? Welche Entwicklung ist vor Ort zu erwarten? Wie kann die eigene Abteilung im Hinblick auf die zu erwartenden Entwicklungen aufgestellt werden?

Zu diesen Themen wurden auf dem Workshop für die Leitenden Ärztinnen und Ärzte im Oktober 2015 in Bad Orb intensive Diskussionen geführt. Grundlage der Diskussion waren die vorgetragenen Daten der G-KinD, die Daten der BaKuK-Umfrage aus dem Jahr

2009 und die Berechnung von 2 Zukunftsmodellen. Eine Berechnung wurde von der G-KinD, eine vom BVKJ vorgelegt. Die Teilnehmer waren sich darüber einig, dass Zukunftsmodelle eine große Bedeutung für die eigene Positionierung und Planung haben, dass andererseits Zukunftsmodelle mit hohen Unsicherheitsfaktoren belastet sind. Einer der wesentlichen kaum vorhersehbaren Faktoren ist die Änderung der Bevölkerungsstruktur durch die Migration insbesondere im Kindes- und Jugendalter. Naturgemäß beruhen die vorliegenden Berechnungsmodelle auf der derzeitigen Situation. Die Komponente Migration lässt erhebliche Variationen dieser Prognosen möglich erscheinen. Grundlage der Berechnungen sind die 356 Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland im Jahr 2014 (440 im Jahr 1991).

## Die Bakuk-Umfrage 2009

Die letzte repräsentative Umfrage zu den Kinder- und Jugendabteilungen wurde von der BaKuK im Jahr 2009 durchgeführt ([www.bakuk.de](http://www.bakuk.de)). 168 der damals ca. 360 Abteilungen nahmen an der Umfrage teil. Einige der wichtigsten Ergebnisse seien dargestellt:

Der Casemix-Index lag bei 0,733. Die Abteilungen unter 30 Betten lagen bei 0,571, zwischen 30 und 60 Betten bei 0,699, zwischen 61 und 100 Betten bei 0,880, bei über 100 Betten bei 0,941, die Universitätskliniken bei 1,269. An den kleinen Abteilungen waren 0,77 Pflegekräfte pro Bett eingestellt, bei den großen Abteilungen über 100 Betten 0,58. Die Zahl der **Kliniken mit unter 1500 Patienten pro Jahr sank von 1993 bis 2009 von 35 auf 20 Abteilungen**, die **Abteilungen mit 1500-3000 Patienten stieg von 36 auf 48**, die **Abteilungen mit über 3000 Patienten stieg von 17 auf 23**.

Somit besteht eine **Tendenz zu größeren Abteilungen**, derzeit mit einem **Durchschnitt von 53 Betten**, einer **Belegungsquote von 63%** und mit **2775 Fällen pro Jahr** (G-KinD 2010).

Im Jahr 2009 lag die **Zahl der beschäftigten Ärzte** an den Abteilungen mit unter 30 Betten bei 6,8, in den Durchschnittsabteilungen zwischen 30 und 60 Betten bei 13,3 und bei den Abteilungen mit über 60 Betten bei 23,4 bis zu 35 Ärzten bei den großen Abteilungen. Die Zahl der Fachärzte lag bei unter 30 Betten bei 3,7 bei der Durchschnittsabteilung bei 7,6 und bei den großen Abteilungen bei 12-16.

### Wie sieht eine Zukunftsberechnung aus?

#### Modell 1: BVKJ:

Eine im repräsentativen Mittel liegende Abteilung von 40 Betten und 5 Intensivbetten wird als Berechnungsgrundlage herangezogen (Tabelle 1).

Zugrunde gelegt wird die Notwendigkeit von 5 Fachärzten, 10 Assistenzärzten, 35 Pflegekräften und 6 Funktionsdienststellen (EEG, Physiotherapie, Funktionsbereiche). Daraus ergeben sich im Jahr 2014 Personalkosten von 3.740.000 Euro. Über die Personalkosten hinaus sind noch 30 % andere Kosten anzusetzen, sodass die Gesamtkosten bei 5.343.000 Euro liegen. Zum Erhalt einer Abteilung sind 10-20 % Investitionen anzusetzen. Bei einem Ansatz von 15 % entstehen pro Jahr Kosten von 6.145.000 Euro.

Bei der Berechnung der Einnahmen wird der Basisfallwert des Jahres 2014 von 3188 Euro und ein durchschnittlicher Casemix-Index von 0,7 zugrunde gelegt (Tabelle 2). In einer 2. Berechnung wird noch eine Investitionsquote von 15 Prozent berücksichtigt. Bei einem Basisfallwert von 3188 Euro und einem Casemix-Index von 0,7 liegen die Erlöse pro Patient bei 2232 Euro. Teilt man dies durch die Kosten ohne Investitionsanteil sind 2394 Fälle erforderlich, mit 15% Kosteninvestitionsanteil 2750 Patienten. Bei der Anzahl von 5 Tagen Verweildauer ergeben sich die Belegtage und der Prozentsatz der belegten Betten von 73 bzw. 84 %.

### Welcher Einzugsbereich ist für eine pädiatrische Abteilung erforderlich?

13,2% der Bevölkerung sind derzeit unter 15 Jahren (Jahrbuch des Statistischen Bundesamtes 2014). Pro 100.000 Einwohner sind dies 13.200. **116 pro 1.000 unter 15 Jahre alte Einwohner werden pro Jahr stationär behandelt** (DAKJ Struktur-Papier 2013 – www.dakj.de). Pro 100.000 Einwohner sind dies 1.531 unter 15 Jährige. Abziehen davon sind die nicht regional behandelbaren pädiatrischen Patienten mit zentral zu versorgenden Erkrankungen. Je nach regionaler Struktur sind dafür 15-30% der stationär behandelten bis 15 jährigen aus einer Region abzuziehen. Je prospektiver diese Zahl betrachtet wird, desto schwieriger wird eine exakte Beurteilung der absoluten Zahlen. Durch die Zukunftsentwicklung in der ambulanten Versorgung und weitere Spezialisierung bei der Versorgung ist tendenziell damit zu rechnen, dass der Einzugsbereich eher auf 300.000 bis 400.00 Einwohner steigen wird. Gegenläufig dazu ist allerdings der Einfluss der Zuwanderung sowie eine nicht exakt vorauszu sehende Bevölkerungsentwicklung.

Damit benötigt eine **Abteilung der Basisversorgung zur Behandlung von 2750 Fällen pro Jahr** einen **Einzugsbereich von ca. 250.000 bis 350.000 Einwohnern**. Dies entspricht einem **Bedarf von ca. 270 Kinder- und Jugendmedizinischen Abteilungen bzw. -Kliniken in Deutschland**. Es sind allerdings Strukturvoraussetzungen zu beachten, die zu einer Korrektur dieser Zahl führen. **Nach dem DAKJ Struktur-Papier (2013) muss die Erreichbarkeit einer Kinder- und Jugendklinik in ca. 40 min. vom Wohnort des Patienten aus möglich sein**. Neben dieser Zeitkomponente ist noch eine Entfernungskomponente zu beachten, wobei hier **30 km** angegeben werden. Dies bedeutet, dass der **Abstand zwischen den Kinder- und Jugendmedizinischen Abteilungen maximal ca. 60 km** betragen darf. Unter Beachtung dieser Strukturvorgaben, dürfte der Bedarf bei etwa **300 Kinder- und Jugendmedizinischen Abteilungen** liegen.

		40 Betten + 5 Intensiv
Fachärzte (135.000)	5	675.000 €
Schwestern (55.000)	35	1.925.000 €
Funktionsdienste (40.000)	6	240.000 €
Assistenzärzte (90.000)	10	900.000 €
70 % Personalkosten		3.740.000 €
30 % andere Kosten		1.603.000 €
<b>GESAMTKOSTEN</b>		<b>5.343.000 €</b>
+ 15 % Investitionen		6.145.000 €

R.G. Schmid, Alttötting - 2015

Tab. 1: Modellberechnung der Kosten einer durchschnittlichen Kinder- und Jugendmedizinischen Abteilung mit 40 Betten und 5 Intensivbetten als Muster zur Berechnung der speziellen Situation vor Ort.

CMI	0,7	0,7 InvK: 15 %
BR : CMI = Fallwert	2232	2232
Kosten : Fallwert = Fallzahl	2394	2750
Tage Verweildauer	5	5
Fallzahl x VWD = Tage	11970	13750
Tage: 365 = Belegte Betten	33	38
Prozentsatz belegte Betten	73 %	84 %

R.G. Schmid, Alttötting - 2015

Tab. 2: Modellberechnung der Refinanzierung einer durchschnittlich 45-Betten-Abteilung bei Abnahme eines Basis-Fallwertes von 3188 € (2014).



**Modell 2: G-KinD**

Die G-KinD geht von der derzeitigen durchschnittlichen versorgten Einwohnerzahl von 227.697 Einwohnern und 36.598 Patienten bis zum 18. Geburtstag aus. Die Bettenzahlen der Kinder- und Jugendmedizinischen Abteilungen werden im Jahr 2013 mit 18.979 zugrunde gelegt, davon 12.404 belegte Betten. Bei Anwendung der dafür gebräuchlichen Hill-Burton-Formel auf das Bundesgebiet würde der Bedarf der Betten im Jahr 2013 bei 16.389 liegen. Somit bestand 2013 ein Überhang von 2.600 Betten.

Bei einer Prognose unter Einsatz der Hill-Burton-Formel auf 2025 würden 15.606 Betten benötigt und damit nochmals zusätzlich ein Überhang von 783 Betten (insgesamt über 3.300) entstehen. **Die GKinD (J. Scheel) geht davon aus, dass bis 2025 bei ungebremselter Entwicklung und ohne Sicherstellungszuschläge für kleinere Abteilungen wohl bis zu 40 Abteilungen verschwinden werden.**

**Es ist davon auszugehen, dass keines der Modelle eine Punktlandung darstellt, gleichwohl werden die Tendenzen sehr ähnlich eingeschätzt.**

**Wie sieht die Kinder- und Jugendklinik in der Zukunft aus?**

Die Teilnehmer des Workshops gehen davon aus, dass zukünftig besondere Schwerpunkte in der Kinder und Jugendmedizinischen Versorgung liegen werden bei:

- **Psychosomatischen Abteilungen**
- **Sozialpädiatrischen Abteilungen**
- **Jugendmedizinischen Abteilungen**
- **Kooperationsvereinbarungen** mit anderen Institutionen für nicht vorgehaltene Versorgungsbereiche werden erforderlich.
- Darüber hinaus wird **die Ausbildung von Kinder und Jugendpfleger/Innen** und die **Vorhaltung eines Sozialdienstes** eine große Rolle spielen.
- Jede Pädiatrie muss anstreben, **eine Intensivmedizin** auf der Basis einer vorhandenen Neonatologie oder Kinderchirurgie oder ähnlichen intensivmedizinischen Bedarfsbereichen zu betreiben.
- Ein besonderer Wert wird darauf gelegt, dass jede Klinik zukünftig einen Fuß in der **ambulanten Versorgung** haben sollte. Dies gilt insbesondere für die Versorgung von Patienten aus dem Bereich der Subspezialitäten:  
Pneumologie/Allergologie  
Neuropädiatrie  
Stoffwechsel und Diabetes  
Kinder- Kardiologie  
Rheumatologie
- Eine Versorgung der Schwerpunkte Hämatologie/Onkologie, Neonatologie, Intensivmedizin und Nephrologie ist die Kooperation mit stationären Strukturen unerlässlich.
- Für die Nacht- und Wochenenddienste ist eine **Bereitschaftsdienstpraxis** in Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten anzustreben.

- Die Qualität der Personalbindung kann durch **Verbund von Weiterbildungsmodellen** zwischen größeren und kleineren Kliniken verbessert werden.
- Eine Kinderklinik kann auch ohne **SPZ** existieren. Empfehlenswert ist dann aber das Schließen eines Kooperationsvertrages mit einem SPZ in der Nähe. (s. auch Editorial in Heft 2-2016 dieser Zeitschrift)

**Wie ist eine qualitativ hochwertige Versorgung denkbar?**

Eine **Basisausstattung von mindestens 3 bis 4 Fachärzten und 6 Assistenzärzten ist für den Betrieb einer pädiatrischen Abteilung erforderlich.** Für eine mittlere Abteilung der Pädiatrie werden 5 bis 8 Fachärzte und 13-15 Assistenzarztstellen und je nach Struktur zwischen 20 und 40 Kinder- und Jugendspezifische Pflegekräfte als erforderlich angesehen. Fachärzte sollten möglichst eine Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnung führen, optimalerweise solche die regionale Defizite abdecken.

Um diesen Erfordernissen Rechnung zu tragen werden **Kooperationsmodelle zur Facharztausbildung** zukünftig zunehmend erforderlich sein. Dies betrifft auch die Rotation zwischen verschiedenen Kliniken und Arztpraxen, vielleicht sogar in Verbundmodellen.

Grundsätzlich sind die Erfordernisse einer qualitativ hochwertigen pädiatrischen Versorgung mit den zur Verfügung stehenden Personalressourcen auch in mittleren Abteilungen kaum abzudecken, da jeder Facharzt maximal zwei Weiterbildungsermächtigungen erhält und meist zwei Weiterbildungsermächtigte erforderlich sind, um einen Schwerpunkt zu repräsentieren und weiterzubilden zu dürfen. Diesen Anforderungen werden zukünftig sowohl die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte in der Praxis, als auch die in der Klinik nur unter Einsatz von Kooperationsmodellen gewachsen sein. Kooperationsmodelle wurden im Editorial der Februarausgabe dieser Zeitschrift geschildert.

**Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid**  
**Vizepräsident BVKJ, Köln-Berlin**  
**E-Mail: [bvkj@schmid-altoetting.de](mailto:bvkj@schmid-altoetting.de)**

*30 Teilnehmer nahmen am Workshop der Leitenden ÄrztInnen in Bad Orb teil. Die pädiatrischen Gesellschaften gaben ihren Input und beteiligten sich an der Ergebnisfindung über die teilnehmenden Präsidenten und Funktionsträger. BVKJ: Dr. Thomas Fischbach, Dr. Wolfram Hartmann, Dr. Roland Ulmer; DGKJ: Dr. Karl-Josef Eßer; DGSPJ: Dr. Christian Fricke; GKinD: Jochen Scheel; DGKCh: Prof. Dr. Bernd Tillig; VLKGD: Prof. Dr. Wolfgang Kölfen*

Red.: WH

## Der Kinder- und Jugendarzt als Arbeitgeber ● ● ●

# Teil 1: Begründung des Arbeitsverhältnisses



Christian Krapohl

Das **Arbeitsrecht** spielt in der kinder- und jugendärztlichen Praxis eine wichtige Rolle, da der Kinder- und Jugendarzt bei der Ausübung seines Berufes - in vielen Fällen – auf „sein Personal“ (nichtärztlich und ärztlich) angewiesen ist. Gutes Personal stärkt den Ruf der Praxis, während schlechtes Personal eine Praxis ruinieren kann. Das Arbeitsrecht ist in der Praxis primär **Arbeitnehmerschutzrecht**, welches – historisch entwickelt – ein (vermeintliches?) Ungleichgewicht zwischen dem „wirtschaftlich stärkeren Arbeitgeber“ und dem „unterlegenen Arbeitnehmer“ ausgleichen soll. Arbeitsrecht fängt nicht erst mit der Unterzeichnung des Arbeitsvertrages und dem Beginn des Arbeitsverhältnisses an, sondern schon viel früher, nämlich bei der Suche nach Personal. Teil 1 der **Serie „der Kinder und Jugendarzt als Arbeitgeber“** befasst sich mit der Frage, was aus arbeitsrechtlicher Sicht bei der Einstellung von Personal zu beachten ist. Bei der Suche nach dem passenden Personal und im Bewerbungsgespräch warten unliebsame Stolperfallen auf den Arbeitgeber, die bei Kenntnis der Rechtslage umgangen werden können.

### Die Personalsuche – Anbahnung des Arbeitsverhältnisses

Sofern keine Initiativbewerbung durch den Bewerber erfolgt oder der Arbeitgeber durch Vermittlung (zum Beispiel durch bestehendes Personal, Bekannte, etc.) auf potentielle Arbeitnehmer hingewiesen wird, macht man regelmäßig auf eine vorhandene Beschäftigungsmöglichkeit durch eine **Stellenausschreibung** (regionale Zeitung, Internet) aufmerksam. Je nach Bedürfnis enthält die Ausschreibung mehr oder weniger differenzierte Angaben zu der Praxis, eine Beschreibung der freien Stelle einschließlich des vorausgesetzten Anforderungsprofils. In rechtlicher Hinsicht stellt die Stellenanzeige noch kein verbindliches Angebot zum Abschluss eines Arbeitsvertrages dar, sondern lediglich eine Einladung zu Vertragsverhandlungen (sog. „*invitatio ad offerendum*“). Der Arbeitgeber möchte erst einmal die Bewerbungen sichten, um auf dieser Grundlage zu entscheiden, welche Bewerber zu einem persönlichen Gespräch eingeladen werden. Ziel der Personalsuche ist es, aus dem Bewerberkreis diejenigen auszuwählen und einzustellen, der den Vorstellungen des Arbeitgebers am ehesten entspricht. Es unterliegt dabei grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Arbeitgebers, das Anforderungsprofil für die Tätigkeit des Arbeitnehmers festzulegen. Trotzdem ist hier **Vorsicht** geboten: Das (tatsächliche) Anforderungsprofil sollte gegenüber dem Bewerber nicht offen kommuniziert werden. Beispielsweise Stellenanzeigen mit dem Inhalt

*„Suche für meine Kinder- und Jugendarztpraxis engagierte, junge hübsche MFA mit guten Deutschkenntnissen“*

machen angreifbar. Gleiches gilt, wenn der Arbeitgeber Bewerbern mit einer solchen Begründung absagt. Bei der Kommunikation mit dem Bewerber kann man gut auf den Standpunkt stellen, dass „früher alles einfacher“ war.

Grund hierfür ist, dass das Handeln des Arbeitgebers seit dem Inkrafttreten des **Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)** im Jahre 2006 einer besonderen gesetzlichen Prüfung unterliegt. Verhindert werden soll durch das AGG, dass ein Beschäftigter (alle Arbeitnehmer und Auszubildenden) bei der Berufsausübung (schließt den Zugang zum Job und das Fortkommen mit ein) unzulässig benachteiligt wird, was die Chancengleichheit aller sichern soll.

#### Verboten sind nach dem AGG Benachteiligungen

- aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft,
- wegen des Geschlechts,
- der Religion oder Weltanschauung,
- einer Behinderung,
- des Alters oder
- der sexuellen Identität.

Kann der Bewerber einen Verstoß gegen eines der vorgenannten Rechtsgüter darlegen und beweisen, so steht ihm nach dem AGG ein Schadensersatzanspruch in Höhe von drei Monatsgehältern gegenüber dem poten-

tiellen Arbeitgeber zu. Finden sich - wie im obigen Beispiel - in der Stellenausschreibung mit der Geschlechtsbeschränkung („hübsche MFA“), dem Alter („jung“) und den Sprachkenntnissen (ggf. Benachteiligung aus Gründen der Rasse oder Herkunft) Indizien für eine solche Benachteiligung, so muss der Arbeitgeber beweisen, dass er den Bewerber aus anderen Gründen nicht genommen hat, was ihm in der Praxis nicht oder nur schwer gelingen wird.

Für die Stellenausschreibung bedeutet die Beachtung der Vorgaben des AGG, dass eine geschlechtsneutrale, altersunabhängige, auf spezielle Qualitätsanforderungen gestützte Tätigkeit ausgeschrieben werden sollte.

Die **Stellenausschreibung** für eine medizinische Fachangestellte könnte daher wie folgt formuliert werden:

*„Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n MFA (m/w) mit Berufserfahrung.“*

Über die Einschränkung „mit Berufserfahrung“ kann eine nicht angreifbare Vorauswahl unliebsamer Bewerber erfolgen.

## Bewerbungsgespräch

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch entsprechend für einen **Bewerbungsgespräch**. Gibt der Arbeitgeber aufgrund von nicht zulässiger Fragen einen Anhaltspunkt dafür, dass er einen Arbeitnehmer aus einem nach dem AGG geschützten Rechtsgut nicht einstellen wird, so kann der Bewerber einen Schadensersatzanspruch geltend machen. Beispielsweise hat das Arbeitsgericht Berlin (Urt. v. 28.03.2012, Az. 55 Ca 2426/12) einer Muslima drei Monatsgehälter als Schadenersatz zugesprochen, weil diese im Bewerbungsgespräch auf die Frage der Bereitschaft zum Ablegen des Kopftuches dem potentiellen Arbeitgeber geantwortet hatte, hierzu nicht bereit zu sein.

Ansonsten gilt für das Bewerbungsgespräch, dass der Arbeitgeber berechtigt ist, dem Arbeitnehmer Fragen zu stellen, an deren wahrheitsgemäßen Beantwortung er ein berechtigtes, billigenwertes und schutzwürdiges Interesse hat. Ist ein solches Interesse nicht gegeben, so hat der Bewerber das Recht zur Lüge.

Ohne Weiteres **zulässig** ist die Frage nach beruflichen Qualifikationen des Bewerbers (z. B. nach Abschlüssen). Hier kann sich der Arbeitgeber auch Unterlagen zeigen lassen. Auch die Frage nach dem Gesundheitszustand kann zulässig sein, wenn hierdurch die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist. Das Bundesarbeitsgericht hat auch ein Fragerecht nach ansteckenden Krankheiten bejaht, wenn diese zu einer Gefährdung von Kollegen und Patienten führen können. Bewährt hat sich hier aus Beweisgründen ein Personalfragebogen, der als Anlage Grundlage des Arbeitsvertrages wird.

**Unzulässig** sind Fragen des potentiellen Arbeitgebers nach

einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit,

einer Behinderung,

der Familienplanung,

des Familienstandes,

der Zugehörigkeit zu einer Gewerkschaft

der Lohnpfändung,

der Nichtraucherzugehörigkeit,

der Religionszugehörigkeit,

der Schwangerschaft,

einer Parteimitgliedschaft,

dem Verdienst beim bisherigen Arbeitgeber und

der Vermögensverhältnisse.

In diesen Fällen darf der Bewerber sanktionslos lügen. So hat das LAG Köln (Urt. v. 11. Oktober 2012 - 6 Sa 641/12) eine Anfechtung des Arbeitsvertrages wegen des Verschweigens einer Schwangerschaft bei einer Schwangerschaftsvertretung mit dem Recht zur Lüge für unwirksam erklärt.

Lädt ein Arbeitgeber einen Bewerber zu einem Vorstellungsgespräch ein, so hat er ihm ohne Rücksicht darauf, ob später ein Arbeitsverhältnis zustande kommt, die notwendigen **Auslagen für das Bewerbungsgespräch** (Reisekosten, ggf. Übernachtungskosten) zu erstatten. Die Kostenerstattung kann im Rahmen der Einladung zum Vorstellungsgespräch ausgeschlossen werden, was aber eher selten der Fall ist.

In der Praxis kommt es mitunter vor, dass Zweifel an den Bewerbungsunterlagen, zum Beispiel aufgrund widersprüchlicher Angaben oder aufgrund von Lücken im Lebenslauf, bestehen. Der neue ideenreiche Arbeitgeber erwägt vielfach, den vormaligen Arbeitgeber des Bewerbers (telefonisch) „auf dem kurzen Dienstweg“ zu kontaktieren, um die Einschätzung eines Kollegen über die Person des Bewerbers einzuholen.

Auch wenn das Bundesarbeitsgericht den Anruf beim alten Arbeitgeber früher für zulässig hielt, ist Vorsicht geboten. Das **Datenschutzrecht** erfordert die **vorherige Einwilligung** des Bewerbers zu der Kontaktaufnahme. Dies folgt zum einen aus dem informationellen Selbstbestimmungsrecht und zum anderen aus der nachwirkenden Treue- und Fürsorgepflicht des alten Arbeitgebers.

Die Frage nach der Erlaubnis zur **Kontaktaufnahme beim alten Arbeitgeber** kann jedoch eine gute Möglichkeit sein, um den Bewerber auf seine Reaktion zu testen. Bei einer Kontaktaufnahme nach Einwilligung muss jedoch auch immer damit gerechnet werden, dass der alte Arbeitgeber schlecht über den vormaligen Mitarbeiter spricht. Bei inhaltlich falschen Auskünften besteht für den Auskunft erteilenden alten Arbeitgeber



das Risiko, sich Schadenersatzansprüchen des Bewerbers auszusetzen, wenn dieser am Ende bei der Besetzung der Stelle nicht berücksichtigt wird. Man sollte daher gut überlegen, was man Kollegen am Telefon über seine früheren Mitarbeiter erzählt, um sich nicht ggf. angreifbar zu machen.

### Absage

Gelangt der Arbeitgeber zu der Einschätzung, dass ein Bewerber für die Tätigkeit nicht geeignet ist, so sollte auch die **Absage** keine Anhaltspunkte für eine Benachteiligung enthalten. Maßstab sind auch hier die vorgenannten Grundsätze. Eine neutrale Musterformulierung könnte wie folgt lauten:

*„Haben Sie vielen Dank für Ihre Bewerbung. Wir haben uns für einen anderen Bewerber entschieden. Wir reichen die Unterlagen zurück und wünschen Ihnen bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz weiterhin alles Gute.“*

### Gesundheitsuntersuchung

Nach § 32a I Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) darf der Arbeitgeber im Grundsatz die Begründung des Beschäftigungsverhältnisses nur dann von einer ärztlichen Untersuchung abhängig machen, wenn und soweit die Erfüllung bestimmter gesundheitlicher Voraussetzungen wegen der Art der auszuübenden Tätigkeit oder der Bedingungen ihrer Ausübung eine wesentliche und entscheidende berufliche Anforderung zum Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme darstellt. **Außerdem darf der Kinder- und Jugendarzt nach § 23a Infektionsschutzgesetz nach dem Impf- und dem Serostatus des Bewerbers fragen und eine Einstellung ablehnen, wenn dadurch die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solche mit Resistenzen, in der Praxis vermieden werden kann; maßgeblich für die Bewertung der Notwendigkeit des Impf- und Immunschutzes sind die jeweiligen Empfehlungen der Fachkommission beim Robert-Koch-Institut (www.rki.de).** Die Gesetzesbegründung zum Infektionsschutzgesetz zeigt die Relevanz für die Kinder- und Jugendarztpraxis:

„Der Arbeitgeber kann, wenn und soweit dies im Hinblick auf § 23 Absatz 3 erforderlich ist, vom Beschäftigten Auskunft oder Vorlage eines Nachweises über das Bestehen von Impfschutz oder das Bestehen einer natürlichen Immunität in Bezug auf die impfpräventablen Krankheiten verlangen. Inwieweit dies erforderlich ist, hängt insbesondere von Art und Umfang der Patientenkontakte des Beschäftigten ab. **Eine besondere Disposition der Patienten, beispielsweise eine besondere Empfänglichkeit durch Immunsuppression oder Unreife des Immunsystems wie bei Frühgeborenen, erfordert dabei ein erhöhtes Schutzniveau.** ... In Bezug auf Krankheiten, die leicht durch Tröpfchen übertragen werden, bei denen die klinische Symptomatik nicht immer eindeutig ist oder bei denen Infizierte bereits vor Auftreten der klassischen Symptome infektiös sind – wie Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Pertussis –, ist hingegen das Wissen des Arbeitgebers über das Bestehen eines ausreichenden Impf- und Immunschutzes erforderlich, um für den Einsatz des Personals Bedingungen zu schaffen, die Infektionsrisiken für vulnerable Patientinnen und Patienten zu vermeiden.“

Zwingend vorgeschrieben ist die Eingangsuntersuchung außerdem bei Auszubildenden (§ 32 ff. ArbSchG) und bei Röntgentätigkeiten (§ 37 RöV).

### Ausblick

Teil 2 wird sich in der nächsten Ausgabe der Frage widmen, was beim Abschluss des Arbeitsvertrages (Formvorgaben, Musterverträge, Anwendbarkeit von Tarifverträgen, Befristung, etc.) zu beachten ist.

*Christian Krapohl  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Fachanwalt für Arbeitsrecht  
Dr. Möller und Partner  
E-Mail: zentrale@m-u-p.info*

*Red.: WH*

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

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

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



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

In dieser Rubrik werden in loser Folge die pädiatrischen Subdisziplinen mit ihren Aufgabengebieten durch unseren „Ausschuss für Subdisziplinen in der Pädiatrie“ vorgestellt. Das Hauptaugenmerk liegt auf der ambulanten Versorgung in der Praxis, da inzwischen ein Großteil unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen nach der Facharztweiterbildung eine Zusatzweiterbildung absolviert.

# Pädiatrische Hämatologie und Onkologie



Dr. Schahin Aliani

**Z**iel ist es, dem Fachfremden die Möglichkeiten und Grenzen der pädiatrischen ambulanten Hämatologie und Onkologie vorzustellen, um das Angebot einer wohnortnahen ambulanten fachpädiatrischen Behandlung aufzuzeigen.

Nach der Muster-Weiterbildungsordnung ist die pädiatrische Hämatologie und Onkologie eine Schwerpunkt-Weiterbildung mit einer **36-monatigen Weiterbildungszeit** – zusätzlich zur 5-jährigen Weiterbildung im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin – deren Weiterbildungsziel „der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Erkennung, konservativen Behandlung und Stadieneinteilung solider Tumoren und maligner Systemerkrankungen, Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe, des lymphatischen Systems bei Kindern und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss ihrer somatischen Entwicklung“ darstellt.

### Erfahrungen aus der Praxis

Von diesen vier Bereichen kann naturgemäß aufgrund der komplexen Studiendesigns die Therapie von onkologischen Erkrankungen nur bedingt ausschließlich in der Praxis stattfinden, während die diagnostischen Möglichkeiten gerne von überweisenden Kollegen genutzt werden. Hier spielt sicherlich auch eine psychologische Komponente eine Rolle, die den Eltern den schweren und in vielen Fällen unnötigen Gang in eine Klinikambulanz erspart, den viele Eltern als sehr belastend empfinden.

Ein Großteil der Behandlung onkologisch kranker Kinder und Jugendlicher umfasst supportive und lenkende Aufgaben, wie z. B. das Handling und die Pflege eines Dauerkatheters, ambulante Blutbildkontrollen zur Einschätzung der weiteren stationären Therapiefähigkeit, Mitbeurteilung der Therapienebenwirkung und die Möglichkeit, mit den behandelnden Klinikern das weitere Procedere zu diskutieren, ohne dass die Patienten weite Wege auf sich nehmen müssen.

### Was kann die Praxis leisten?

Die Kern-Diagnostik im **onkologischen Bereich** umfasst vor allem die Abklärung von Lymphknotenschwellungen, Hepato- und Splenomegalien und sonstiger per Ultraschall entdeckter Raumforderungen.

Der Bereich **Hämatologie** hingegen kann in der niedergelassenen Praxis ganz hervorragend einer Diagnostik zugeführt werden.

Hier sei vor allem die **Abklärung und Behandlung der Anämien** erwähnt. Durch eine gezielte Anamnese und die Interpretation von teilweise sehr ausführlicher Vordiagnostik in Kombination mit hämatologischer Diagnostik kann in aller Regel eine komplette ambulante Abklärung stattfinden. Aufgrund der hohen Migrationsrate werden wir Pädiater immer häufiger mit vor einigen Jahren doch eher seltenen Erkrankungen wie Thalassämien und den Sichelzellerkrankungen konfrontiert. Dieses Patiententypen kann in der Regel sehr gut ambulant geführt werden, bedarf aber bei erkrankungstypischen Komplikationen sehr schnell und ohne Umschweife einer stationären Behandlung, sodass z. B. Kinder mit Fieber und Sichelzellerkrankung i.d.R. sofort stationär eingewiesen werden sollten.

Der dritte große Bereich befasst sich mit den Problemen der **Hämostaseologie** im Sinne der plasmatischen und zellulären Gerinnungsstörung, also der Blutungsübel.

Auch in diesem Bereich kann ein Großteil der Erkrankungen durch die niedergelassenen pädiatrischen Hämatologen und Onkologen mit ihrem Labor vor Ort

abgeklärt werden. Bei komplexeren Fragestellungen allerdings ist es aufgrund der sehr empfindlichen und dann auch teuren Präanalytik unabdingbar, dass das Probenmaterial unmittelbar ohne lange Transportzeiten einer Bearbeitung zugeführt wird. Dies setzt entweder die örtliche Nähe der Praxis zum Labor, oder aber das Vorhandensein eines eigenen Labors in der Praxis voraus. Über die Möglichkeit eines eigenen Labors verfügt zurzeit nur eine pädiatrisch onkologisch/hämatologische Praxis mit Sitz in München.

Der vierte Bereich ist der große Bereich der **Immunologie**.

Vor allem die **Abklärung der vermehrten Infektanfälligkeit** kann zusammen mit einem kooperierenden Labor sehr gut ambulant abgeklärt werden. Die kostensensitive Abklärung Primärer Immundefekte sowie die Abklärung periodischer Fiebersyndrome und Autoimmunerkrankungen stellen einen Schwerpunkt der ambulanten pädiatrischen Onkologie und Hämatologie dar. Auch hier kann aufgrund fachspezifischer Expertise eine ausufernde, das Budget aller Pädiater belastende Labordiagnostik in der Regel vermieden werden.

Trotz dieser Expertise zum Wohle der versorgten Patienten, darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Vergütung bei der Mehrzahl der Fälle, bei denen glücklicherweise eine Erkrankung ausgeschlossen werden konnte, einzig zu einem 40%igen Zuschlag zur Versichertenpauschale führt, da die reine Abklärung ohne eine gesicherte Diagnose nicht zu weiteren Abrechnungsgenehmigungen führt.

### Fazit für die Praxis:

Durch den niedergelassenen pädiatrischen Onkologen und Hämatologen wird den Überweisern die Möglichkeit geboten, ihren Patienten hohe Expertise wohnortnah anbieten zu können. In den meisten Fällen handelt es sich um die zeitintensive Abklärung von hämatologischen, onkologischen, hämostaseologischen und immunologischen Erkrankungen. Im Falle einer bestätigten Diagnose können die Patienten mit dieser chronischen Diagnose in der Regel heimatnah ambulant betreut werden. Dies wird von den Patienten gerade auch vor dem Hintergrund der politischen Gegebenheiten mit häufig wechselnden Assistenzärzten und damit fehlender personeller Kontinuität in den Klinikambulanzen in hohem Maße akzeptiert.

Die ambulant tätigen pädiatrischen Onkologen und Hämatologen haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft, der „AG ambulant tätiger pädiatrischer Onkologen und Hämatologen“: APOH, [www.apoh.eu](http://www.apoh.eu), zusammengeschlossen.

#### *Ansprechkollegen für die AG- APOH:*

*Dr. med. Shahin Aliani*

*Korrespondierender Autor, 2. Vorsitzender*

*Pavillonstr. 20, 66740 Saarlouis*

*[www.dr-aliani.de](http://www.dr-aliani.de)*

*Prof. Dr. Stefan Eber*

*1. Vorsitzender*

*Waldfriedhofstr. 73, 81377 München*

*[www.kid-z.de](http://www.kid-z.de)*

*Red.: WH*



**bvkj.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## WAHLAUFRUF

## FÜR DEN LANDESVERBAND NIEDERSACHSEN

Termingerecht findet vom **18.04.2016** bis **09.05.2016** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der Ersatzdelegierten statt. Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **09.05.2016** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Niedersachsen**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. Tilman Kaethner, Nordenham  
Landesverbandsvorsitzender



## Brief aus der Praxis ● ● ●

# Von Frühsprechstunden und Begegnungen im Supermarkt



Dr. Tanja Brunnert

Ach, man muss sie doch einfach mögen, unsere Patienten! Sollte man auch, denn in einer Stadt wie Göttingen begegnen sie einem überall. Wichtig zu wissen, bevor man sich zur Praxisübernahme entscheidet.



**M**eine Familie hat sich mittlerweile daran gewöhnt, dass mein Gesicht in der Öffentlichkeit bekannt ist. Nur noch gelegentlich sind meine Töchter davon genervt.

Immer wieder aber kommt es hierdurch zu netten Szenen. Morgens, 7:30 Uhr, beim Lotsendienst am Zebrastrifen erfahre ich, dass Kevin heute Nachmittag mal zu Besuch kommt.

Was hast Du denn?

Na Schnupfen.

Wir haben aber keinen Termin.

Mama hat gesagt, dass das nicht schlimm ist.

Ruft mal lieber vorher an, dann müsst ihr nicht so lange warten.

Aber ich will doch im Wartezimmer spielen.

Na, denn.... Weiß ich zumindest schon mal Bescheid. Nebenbei kläre ich mit den vorbei eilenden Müttern die weitere Therapie ab, erfahre den Verlauf von Erkrankungen. Frühsprechstunde sozusagen.

Aber es geht auch noch früher. Zum Beispiel neulich, als um 6:45 Uhr mein Handy klingelt und Evas Vater einen Termin wegen Erbrechen machen möchte. Ich muss ihn auf 8 Uhr zwecks Terminvergabe vertrösten. Leider habe ich unter der Dusche meinen Terminkalender nicht parat.

Da wir Hundebesitzer sind, kommt es gelegentlich vor, dass ich die Morgenrunde mit unserer Maffi gehe. Letztens, am Sonntag, habe ich mir nur schnell Jogginghose und Mütze Übergeschmissen und stehe, eigentlich nur körperlich anwesend an der Hundewiese. Leider ist die Mutter von Rita um diese Uhrzeit auch schon wach und sitzt rauchend auf dem Balkon. Eigentlich doch eine gute Gelegenheit für ein Arztgespräch. Sie kann ihr Glück kaum fassen. Was sie denn nun wegen des Übergewichts ihrer Tochter tun sollte? Ich blicke verwirrt umher, hat mich wer angesprochen? Ah ja, da steht sie im Nachthemd im ersten Stock. Ich muss brüllen, damit sie mich versteht. Und schon legt sich Enttäuschung über ihre Gesichtszüge. Ich habe den BMI ihrer Tochter nicht auf dem Schirm. Nicht hier auf der Straße zu

dieser frühen Stunde, während der Hund an der Leine zerrt. Wie wärs mit einem Termin in der Praxis, dann könnten wir alles Weitere besprechen?

Man sieht der besorgten Mutter an, dass sie ein bisschen mehr Flexibilität erwartet hat.

Solange bei Patientenkontakten meine Kompetenz als Ärztin gefragt ist, gehts ja noch. So richtig peinlich wird es erst, wenn ich plötzlich als lebendiger Widerspruch meiner eigenen Ratschläge in Erscheinung trete. Sie können Gift drauf nehmen: Immer wenn ich das Laufband an der Supermarktkasse mit Tiefkühlpizza, Chips und dem Wochenvorrat Schokolade für meinen Mann belade, lächeln mich freundliche Patientenmütter an. Ihre Augen ruhen auf den Bergen ungesunder Lebensmittel:

Na, kaufen Sie auch mal ein?

Oder früher – die Wutanfälle meiner Jüngsten fanden garantiert vor Patienten statt, mit denen ich schon ewigliche Beratungen zu Erziehungskompetenz geführt habe. Natürlich bin ich pädagogisch wertvoll ruhig geblieben, konsequent und liebevoll, jedenfalls solange sich nicht die Schiebetüren des Supermarktes hinter mir geschlossen haben und ich endlich außerhalb der Sichtweite und Hörweite meiner Patienteneltern war.

Trotz all dieser Widrigkeiten liebe ich sie, die Kontakte mit meinen Patienten außerhalb der Praxis. Ist doch herrlich, wenn sich beim Handballturnier eine kleine Hand in meine schiebt, Kulleraugen an mir hoch gucken und mir versichern: Ich kenne dich.

Oder der Ruf quer durch den Supermarkt:

Hallo Frau Brunnert, in meinem Kacka sind immer noch Würmer!

Da muss einem doch einfach das Herz aufgehen, oder?

**Dr. Tanja Brunnert**

37077 Göttingen

E-Mail: [tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de](mailto:tanja.brunnert@kinderarzt-goe.de)

Red.: ReH

Wenn Hebammen Mütter falsch beraten

## Ziemlich schlechte Freundin

Diskussionen um Fluorid, Impfungen, Vit. D und auch mal Konaktion gehören zum Alltag in pädiatrischen Praxen. Die Eltern fragen kritisch nach, viele lehnen ab: sehr häufig das Fluorid, seltener das Vitamin D. Impfungen sollen nur einzeln verabreicht oder auf spätere Zeitpunkte verschoben werden. Die Verweigerung hat fast in allen Fällen den gleichen Grund: die Hebammen raten von diesen Maßnahmen ab oder schlagen einen „rationalen“ Umgang damit vor. Sie begründen ihre Ratschläge mit der „Entmedikalisierung“ von Schwangerschaft und Geburt oder mit diversen Verschwörungstheorien. Ein Kollege berichtet jetzt über einen besonderen Auswuchs.



Dehtleff Banthien

### Der Fall

Eine Hebamme hatte eine Hausgeburt durchgeführt und dabei der Mutter von der Durchführung des Neugeborenen – Screenings und der Konaktion-Gabe abgeraten. Wenige Tage später hatte sie auch die U2 selbst durchgeführt und auch hier kein Konaktion verabreicht. Der Kollege hat dann das einzig Richtige getan: er hat sich an das Gesundheitsamt als Aufsichtsbehörde gewandt. Im Ordner Pädiskurs berichtete er nun über den Verlauf des Prozesses.

### Das Urteil

Die rechtliche Beurteilung des Falles unterliege dem Heilpraktikergesetz, befand das Gericht. Auf dem Boden dieses Gesetzes wurde ein Strafverfahren gegen die Hebamme angestrengt. Die Verteidigung der Hebamme brachte vor, dass im Rahmen der Hebammen-Richtlinien bei Hausgeburten die Hebammen selber über Prophylaxe-Maßnahmen entscheiden könnten. Das Gericht verurteilte die Hebamme zu einer Geldstrafe von € 300, zu zahlen an die Kinderkrebshilfe. Der Verteidiger hatte wegen Geringfügigkeit einen Freispruch verlangt, dann versucht, die Strafe herunter zu handeln.

Ein Kind einer möglichen Gefahr für seine Entwicklung und sein Leben durch Abraten von einer nachweisbar wirksamen und vollkommen unschädlichen Maßnahme auszusetzen kostet also so viel, wie eine rote Ampel zu überfahren. Gut zu wissen! Die fahrlässig falsche Aufklärung über das angeblich nicht notwendige Neugeborenen-Screening wurde während des Verfahrens überhaupt nicht angesprochen. Die Durchführung der U2 scheint ebenfalls kein Thema gewesen zu sein.

### Pädiater an allem schuld?

Außerhalb des Gerichtssaales musste sich der Kollege dann noch Vorwürfe darüber anhören, dass er die Hebamme dem Gesundheitsamt gemeldet hatte.

Sie hätte mit bis zu einem Jahr Haft bestraft werden können. Der Verteidiger wies daneben auf die seiner Meinung nach bestehenden Qualitätsmängel in den Arztpraxen hin: Fehlende oder unzureichende Impfaufklärung.

### Hebammenpflichten

Als Arzt, der laufend Qualitätskontrollen, Fortbildungsanforderungen und Dokumentationspflichten zu erfüllen hat, frage ich mich: Welches Wissen und



### Nabelpflege statt Konaktion, keine Alternative

welche Fortbildungen muss eigentlich eine Hebamme nachweisen? Wie muss sie ihr Handeln dokumentieren und wer kontrolliert das? Das Zu- oder Abraten von in Leit- und Richtlinien als medizinischer Standard festgeschriebenen Maßnahmen, hat eine hohe

Bedeutung. Das Unterlassen kann schwerste Auswirkungen für die Betroffenen haben. Das Nutzen–Risiko–Verhältnis bei Konakion–Gabe, Neugeborenen–Screening und Impfungen ist nach den vorliegenden Daten extrem gut zu bewerten. Zudem wird die Entscheidung für einen Schutzbefohlenen getroffen und nicht für sich selbst.

Hebammen bauen eine Vertrauensposition bei den jungen Eltern, insbesondere den Müttern auf. Sie nehmen für sich in Anspruch, die Eltern „wie eine gute Freundin“ unvoreingenommen zu beraten. Dann wäre es aus ärztlicher Sicht ihre Pflicht, die Eltern zum Schutz des Kindes den auf wissenschaftlichen Standards beruhenden Leit- und Richtlinien entsprechend zu beraten. Wir erleben jedoch in den Praxen das Gegenteil: Hebammen raten Eltern zu ungerechtfertigter Überdiagnostik und Übertherapie mit Hilfe von Methoden wie Osteopathie und Homöopathie, denen

jede wissenschaftliche Absicherung fehlt. Durch unsinnige Diagnosen wird die Eltern–Kind Beziehung empfindlich gestört und den Eltern die Selbstkompetenz in der Säuglingspflege genommen. Sie werden von Hebamme und Therapeut abhängig gemacht. Ihnen wird mit „Spätfolgen“ bei Nichtinanspruchnahme der selbsternannten Heiler gedroht. Über die wirklichen Gefahren klären die Hebammen sie nicht auf. So lange ein solches Verhalten juristisch nur in den seltensten Fällen verfolgt und so gut wie überhaupt nicht bestraft wird, wird das wohl so bleiben – zum Schaden der Kinder.

**Dehtleff Banthien**  
23843 Bad Oldesloe  
E-Mail: [dbanthien@uminfo.de](mailto:dbanthien@uminfo.de)

Red.: ReH

## Was darf die Hebamme? Rechtliche Grundlagen



Dr. Juliane  
Netzer-Nawrocki

### **1. Ist die Hebamme verpflichtet, nach einer Hausgeburt über Früherkennungsuntersuchungen inklusive von Prophylaxemaßnahmen aufzuklären?**

Eine ausdrückliche, ausführliche (gesetzliche) Regelung für Hebammen zur Aufklärung über irgendwelche Vorsorgemaßnahmen, wer auch immer diese durchführt, besteht nicht. Wenn die Hebamme aber die U1 selbst durchführt (s. dazu Punkt 2), muss sie über alle damit im Zusammenhang notwendigen Maßnahmen gemäß den Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) aufklären.

### **2. Darf eine Hebamme die U2 durchführen?**

Nein. Nach den Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt die Ausnahme, dass eine Hebamme Früherkennungsuntersuchungen durchführen darf, nur für die U1, die unmittelbar im Anschluss an die Geburt stattfindet. In den Kinderrichtlinien heißt es dazu:

„Die erste Untersuchung soll unmittelbar nach der Geburt vorgenommen werden. Ist ein Arzt nicht anwesend, soll die Hebamme diese Untersuchung durchführen.“

Für die anderen Vorsorgeuntersuchungen wird diese Ausnahme nicht formuliert. Es handelt sich damit um eine rein ärztliche Leistung.

### **3. Fallen Hebammen unter das Heilpraktikergesetz (HeilpraktG)?**

Nein, denn Hebammen üben im Rahmen ihrer Tätigkeit nach dem Hebammengesetz keine Heilkunde im Sinne des HeilpraktG aus.

Nach § 1 Abs. 2 HeilpraktG ist **Ausübung der Heilkunde** „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“.

Nach § 4 HebG sind Hebammen zur Leistung von **Geburtshilfe** berechtigt. Hierbei handelt es sich nach § 4 Abs. 2 HebG um die Überwachung des Geburtsvorgangs vom Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs. Die Geburtshilfe stellt also per definitionem grundsätzlich keine Tätigkeit zur Heilung oder Linderung einer Krankheit dar – zumindest wenn die Geburt normal verläuft. Einer Heilpraktikererlaubnis bedürfen Hebammen daher nicht. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass Hebammen keine Heilkunde im Sinne des HeilpraktG ausüben dürfen, sondern sich eben auf die Leistung von Geburtshilfe im Sinne des § 4 Abs. 2 HebG zu beschränken haben.

**Dr. Juliane Netzer-Nawrocki**  
Fachanwältin für Medizinrecht  
Möller & Partner · Kanzlei für Medizinrecht  
([www.m-u-p.info](http://www.m-u-p.info))  
Die Kanzlei arbeitet als Justitiar für den BVKJ

Red.: ReH



Nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V - Heilmittel-Informations-System

# GKV-HIS Heilmittel-Schnellinformation

Januar bis September 2015

Stand: 13.01.2016

**B**ei den zu Lasten der GKV verordneten Heilmitteln stehen insgesamt die Hausärzte an erster Stelle.

Bei den Ausgaben für verordnete **Physiotherapie** stehen die Kinder- und Jugendärzte (Angaben in Tsd. €) mit 83.348 an achter Stelle aller Fachgruppen, bei der **Ergotherapie** mit 151.026 an zweiter Stelle aller Arztgruppen und bei der Verordnung von **Logopädie** mit 202.415 an erster Stelle aller Arztgruppen.

Regionale Unterschiede bei den Verordnungen (berücksichtigt nur Ergotherapie und Logopädie, die bei den pädiatrischen Praxen das größte Volumen ausmachen), alle Fachgruppen (die Statistik weist hier leider keine einzelnen Arztgruppen aus), Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte (GKV):

Die Unterschiede in den einzelnen KV-Bereichen sind doch erheblich.

## Anstieg der Zahl der Heilmittelerbringer

Nach Angaben des Heilmittelreports der Barmer GEK aus 2014 stieg die Zahl der Ergotherapeuten, die mit der Barmer GEK abgerechnet haben, von 2013 auf 2014 um 5,67 % auf 9.073, die Zahl der Logopäden um 6,24 % auf 9.831 und die Zahl der Physiotherapeuten um 1,87 % auf 42.526 an.

Alle Einzelheiten finden Sie unter folgendem Link:

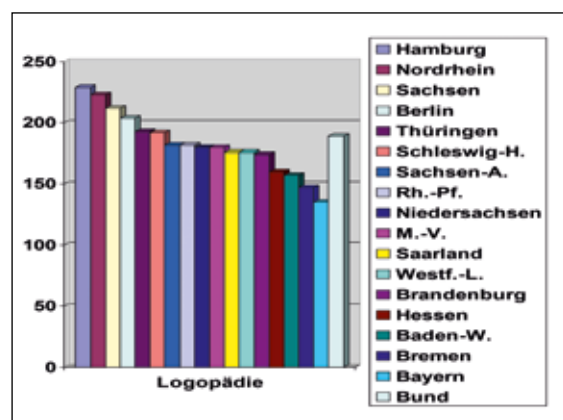
[http://www.gkv-his.de/media/dokumente/his\\_statistiken/2015\\_03/Bundesbericht-HIS\\_201503.pdf](http://www.gkv-his.de/media/dokumente/his_statistiken/2015_03/Bundesbericht-HIS_201503.pdf)

Zusammenstellung und Aufbereitung:

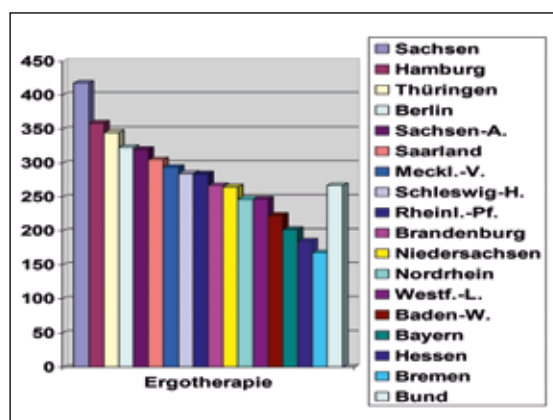
Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)



Tab. 1: verordnete Behandlungseinheiten Logopädie (alle Arztgruppen) je 1.000 GKV-Versicherte



Tab. 2: verordnete Behandlungseinheiten Ergotherapie (alle Arztgruppen) je 1.000 GKV-Versicherte

Heilmittelverordnungen für Kinder von 0-15 Jahren	Verordnete Behandlungseinheiten je 1.000 Versicherte GKV
Physiotherapie	615
Ergotherapie	604
Logopädie	843

Tab. 1 verordnete Behandlungseinheiten Logopädie (alle Arztgruppen) je 1.000 GKV-Versicherte

Heilmittelverordnungen für Kinder von 0-15 Jahren	Anzahl der Verordnungen GKV
Physiotherapie	641.089
Ergotherapie	436.707
Logopädie	791.546

Tab. 2 verordnete Behandlungseinheiten Ergotherapie (alle Arztgruppen) je 1.000 GKV-Versicherte

## Wir sind die Neuen ● ● ●

# Martin Lang

Seit dem 10. Januar hat der BVKJ einen neuen Länderratsvorsitzenden: im abgeschiedenen Kloster Banz in Bayern wählten die Landesvorsitzenden des BVKJ Dr. Martin Lang aus Augsburg. Zu seinen Stellvertretern wurden Dr. Burkhard Lawrenz, Dr. Ulrike Gitmans und Dr. Roland Achtzehn gewählt. Wir haben Martin Lang gefragt, welche Pläne und Projekte er in Zukunft mit dem Länderrat verwirklichen will.



### Sie übernehmen das Amt von Dehtleff Banthien. Lampenfieber?

Nein, aber mir ist bewusst, dass ich in große Fußstapfen trete. Zum Glück habe ich ein gutes Team. Und das ist auch meine erste Idee für die Zukunft des Länderrates: dass wir die Teamarbeit stärken. Ich baue auf meine Stellvertreter, Burkhard Lawrenz, Ulrike Gitmans und Roland Achtzehn, aber auch auf die anderen Landesvorsitzenden. Ich möchte möglichst alle intensiv in die Arbeit des Länderrates einbinden.

### Welche Schwerpunkte wollen Sie in Ihrer Amtszeit setzen?

Es gibt in den einzelnen Bundesländern Unterschiede in der pädiatrischen Versorgung und Vergütung. Wir wollen diese Grundbedingungen des Praxisalltags harmonisieren und für die Kinder- und Jugendarztpraxen ein pädiatrisches Profil, quasi einen gemeinsamen Nenner gestalten. Beispielhaft wären eine abgestimmte Flüchtlingsversorgung, gemeinsame Impfstrategien, die ambulante Sozialpädiatrie, die Teilnahme an den pädiatriezentrierten Verträgen, unser Selektiv-Honorarsystem PädSelect und natürlich das innovative

- Der Länderrat des BVKJ
- Der Länderrat ist satzungsgemäßes Organ des BVKJ. Er repräsentiert die Interessen der Landesverbände gegenüber den anderen Vereinsorganen, insbesondere gegenüber der Delegiertenversammlung und dem Vorstand.
- Zentrale Aufgabe des Länderrates ist es, die berufspolitische Ausrichtung der ambulanten Pädiatrie mit zu gestalten, und diese dann auf Länder- und Bundesebene umzusetzen. Dabei arbeitet der Länderrat eng abgestimmt mit dem Präsidenten und dem Bundesvorstand und fördert die Zusammenarbeit unter den Landesverbänden.
- Der Länderrat trifft sich jährlich mindestens einmal, in der Regel aber zweimal im Jahr (in diesem Jahr sogar dreimal).

telemedizinische Konsiliararzt-System PädExpert, das mir besonders am Herzen liegt.

- Wir brauchen dafür in allen Bundesländern und Regionen ein gemeinsames Miteinander. In einigen Regionen kennen wir aktive Päd-Netze als eine Art Graswurzelbewegung. Da gestaltet die Basis die Verhältnisse nach ihren jeweiligen Bedürfnissen. Das ist eine gute Sache, und gleichzeitig müssen wir auch hier zu einem Interessensausgleich mit dem BVKJ kommen.

### Warum sehen Sie die „Bewegungen von unten“ als Nachteil an?

Aktivitäten an der Basis sind in jedem Falle hochwillkommen und für die Pädiatrie positiv. Ich will sie fördern und gleichzeitig darauf achten, dass sich die pädiatrische Versorgung bundesweit nicht zu einem Flickenteppich entwickelt. Landestypische Besonderheiten sind wichtig, doch darf die Versorgung an den regionalen Rändern nicht ausfransen. Die ambulante Pädiatrie wird langfristig in Deutschland überleben, wenn überall nach gleich hohen Mindeststandards gearbeitet wird. Geschieht dies nicht, wird es uns niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Zukunft nicht mehr geben. Wir können das bei vielen unserer europäischen Nachbarn sehen, wo die ambulante Pädiatrie leider nicht mehr existiert.

### Ganz praktisch: Was passiert nun als Nächstes?

Wir treffen uns zu einem außerordentlichen Strategie-Workshop am 1. Juli an der Nordsee. Dort werden wir konkrete Projekte miteinander abstimmen und gemeinsam überlegen, wie wir die vielfältigen Möglichkeiten der ambulanten Pädiatrie nutzen und weiter optimieren können, um unseren Berufsstand zukunftssicher zu machen und die medizinische Versorgung der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen weiter zu verbessern.

ReH

## Neue Schutzimpfungsrichtlinie bei Pneumokokkenimpfung beachten

**M**it der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist am 05. Februar 2016 die von der Stiko bereits am 24. August 2015 empfohlene Reduktion der Pneumokokkenimpfung (s. Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 vom 24. August 2015, Tabelle 7 S. 353) auf insgesamt 3 Impfungen bei reifgeborenen Säuglingen und Kleinkindern in Kraft getreten.

**Reifgeborene Säuglinge** erhalten insgesamt **3 Impfstoffdosen im Alter von 2, 4 und 11 – 14 Monaten (sogenanntes 2+1-Impfschema)**. Zwischen der 1. und 2. Dosis soll ein Abstand von 2 Monaten und zwischen der 2. und 3. Dosis ein Mindestabstand von 6 Monaten eingehalten werden. **Frühgeborene (Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche)** sollen mit insgesamt **4 Impfstoffdosen im Alter von 2, 3, 4 und 11 – 14 Monaten (3+1-Impfschema)** geimpft werden. Die abweichende Empfehlung für Frühgeborene ist dadurch begründet, dass in der Zulassung der Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe die Anwendung des 2+1-Impfschemas bisher (Stand Juni 2015) auf Reifgeborene beschränkt ist. Eine ausführliche Begründung der Impfeempfehlung findet sich im Epid. Bull. 36/2015.

**Wer sich vor Regressen der Krankenkassen schützen möchte, sollte sich unbedingt an die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA halten!**

### Hier die wichtigsten Links:

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2400/2015-11-27\\_2016-01-07\\_SI-RL\\_STIKO-8-15\\_konsolidiert\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2400/2015-11-27_2016-01-07_SI-RL_STIKO-8-15_konsolidiert_BAnz.pdf)

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34_15.pdf?__blob=publicationFile)

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid\\_bull\\_form.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_form.html)

**Dr. Wolfram Hartmann**

57223 Kreuztal

E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)



# HPV-Impfquoten im Regionalvergleich: Eine Sekundärdatenanalyse aus der KV-Impfsurveillance



Dr. Wolfram  
Hartmann

## Hintergrund

In Deutschland wird seit dem Jahr 2007 die Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) empfohlen. Bis 2014 waren für die Immunisierung von Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren grundsätzlich drei Impfstoffdosen vorgesehen. Zwar existiert kein bundesweites System des Monitorings von HPV-Impfquoten, doch lassen einige Untersuchungen auf eine geringe Inanspruchnahme schließen. Mit Hilfe des Projekts KV-Impfsurveillance des Robert Koch-Instituts, welches das ZI in Kooperation mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durchführt, wurde ein Überblick über HPV-Impfquoten erstellt, die aus bundesweiten Abrechnungsdaten der KVen berechnet wurden.

## Ländervergleich

Im Ländervergleich lag unter den 12-Jährigen die niedrigste (und die höchste) Impfquote mit mindestens einer Dosis mit 3,3 % in Baden-Württemberg (höchste mit 15,3 % in Sachsen-Anhalt) und für eine abgeschlossene Impfserie mit 0,3 % in Baden-Württemberg und Bremen (höchste mit 2,2 % in Sachsen-Anhalt). Für die 17-Jährigen lag die niedrigste (und höchste) Impfquote für eine zumindest begonnene Impfserie mit 40,5 % in Bremen (höchste mit 73,5 % in Mecklenburg-Vorpommern) und für eine abgeschlossene Impfserie mit 29,7 % ebenso in Bremen (höchste mit 59,3 % in Mecklenburg-Vorpommern). Für Berlin, Brandenburg, Hessen und Niedersachsen lagen für den Geburtsjahrgang 1996 keine Daten vor.

An der Spitze mit drei durchgeführten HPV-Impfungen lag bei den Mädchen des Jahrgangs 1996 Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen. In diesen Ländern lag die Quote über 50 %. Über 40 % wiesen Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland auf, Hamburg und Baden-Württemberg

lagen zwischen 30 und 40 %, unter 30 % lagen Bremen und Bayern.

Insgesamt zeigte der Vergleich der Impfquoten bis zum Jahr 2013 zwischen den Bundesländern starke Variation: Bei den 12-Jährigen lag die niedrigste Impfquote mit mindestens einer Dosis mit 3,3 % in Baden-Württemberg, die höchste mit 15,3 % in Sachsen-Anhalt; die geringste Impfquote für die vollständige Immunisierung ergab sich für Baden-Württemberg und Bremen mit jeweils 0,3 %, der Maximalwert mit 2,2 % wurde für Sachsen-Anhalt berechnet.

Bei den 17-Jährigen ergab sich für die Impfquote mit mindestens einer Dosis ein Minimalwert von 40,5 % in Bremen, der Höchstwert lag mit 73,5 % in Mecklenburg-Vorpommern; ebenso wurde die geringste Impfquote für die vollständige Immunisierung für Bremen mit 29,7 % berechnet, der Maximalwert mit 59,3 % wurde in Mecklenburg-Vorpommern erreicht.

## Schlussfolgerung

Die großen regionalen Unterschiede sind nur schwer erklärbar und können nicht auf unterschiedliche regionale Impfvereinbarungen zurückgeführt werden. Der Nutzen der HPV-Impfung ist inzwischen gut dokumentiert und die Kosten konnten durch die geänderte Empfehlung mit zwei Impfdosen deutlich gesenkt werden. Der BVKJ wird diese Daten zum Anlass nehmen, verstärkt im Rahmen seiner Fortbildungsangebote über die HPV-Impfung zu informieren, um die Durchimpfungsraten zu verbessern.

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung ZI (Link: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=64>)

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

E-Mail: [dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de](mailto:dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de)

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis in Mecklenburg-Vorpommern durch KV und AOK NordOst

**D**ie AOK Nordost und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) haben einen wichtigen Schritt zur Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern gemacht: Um die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Kinderärzten auch in Zukunft abzusichern, wurde eine Vereinbarung zur Förderung der ambulanten Weiterbildung für dieses Fachgebiet abgeschlossen.

Die Vereinbarung sieht vor, dass niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die einen Kollegen zu Ausbildungszwecken anstellen, einen Zuschuss zu den Gehaltskosten in Höhe von monatlich **3.500 Euro für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten** erhalten können. Dieser Betrag wird sich in absehbarer Zeit nach Maßgabe bundesrechtlicher Rahmenregelungen voraussichtlich noch einmal erhöhen.

Ausgangspunkt für die Vereinbarung zwischen der AOK Nordost und der KVMV war die vom Sozialministerium M-V initiierte Regionalkonferenz zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Vorpommern-Greifswald am 10. Juli 2015, bei der insbesondere auch ein dringender Handlungsbedarf im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin identifiziert wurde. Neben der Förderung der Weiterbildung haben sich die

AOK Nordost und die KVMV auch darauf verständigt, weitere Maßnahmen zur flächendeckenden Sicherstellung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung zu verfolgen. Hierbei geht es zum einen um die Förderung der Kooperation zwischen Hausarztpraxen und Kinder- und Jugendärzten im ländlichen Raum sowie um Verbesserungen im Bereich der Notfallversorgung außerhalb der Sprechzeiten.

Es wäre wünschenswert, wenn dieses Beispiel aus MV auch in anderen KV-Bereichen Schule machen würde. Im BVKJ gibt es über 800 niedergelassene Mitglieder mit einer Weiterbildungsbefugnis. Wir fordern seit vielen Jahren eine finanzielle Förderung der Weiterbildung analog der Förderung der Allgemeinmedizin auch in den pädiatrischen Praxen. Wesentliche Inhalte des Gebiets können in der Klinik nicht vermittelt werden und die Erfahrung zeigt auch, dass die Kolleginnen und Kollegen, die einen Teil ihrer Weiterbildung in der Praxis absolviert haben, viel leichter für die Tätigkeit in der Praxis zu motivieren sind als die Kolleginnen und Kollegen, die ihre Weiterbildung ausschließlich im klinischen Bereich absolviert haben.

*Dr. Wolfram Hartmann*

*57223 Kreuztal*

*E-Mail: [dr.wolfram.hartmann@uminfo.de](mailto:dr.wolfram.hartmann@uminfo.de)*



### ERGEBNIS der Wahlen im Landesverband Bremen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. Wahlperiode 2016-2020\*

**Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:**

Dr. Stefan Trapp, Bremen

**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:**

Dr. Torsten Spranger, Bremen

**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzende:**

Dr. Carola Titgemeyer, Bremen

**Ersatzdelegierter:**

Christian Wagner, Bremen

**Schatzmeisterin:**

Christiane von Gaertner, Bremen

\*Aufgrund eines redaktionellen Fehlers wurde die Wahlperiode im Stimmzettel anders als in den restlichen Wahlunterlagen ausgewiesen (Wahlperiode 2015-2019). Dieses Versehen stellt jedoch das Wahlziel nicht in Frage. Die Wahlperiode ist gültig von 2016-2020.

# Editorial Flüchtlingsmedizin



Prof. Dr.  
Hans-Iko Huppertz

**D**er Zustrom von Flüchtlingen, darunter auch viele Kinder und die besondere Gruppe der unbegleiteten Minderjährigen, stellt das Gesundheitssystem in Deutschland vor neue Herausforderungen. Diesen Herausforderungen sind wir in der Pädiatrie, was Qualität und Quantität anbelangt, eigentlich gut gewachsen, es gibt aber einige medizinische Besonderheiten, die wir uns in Erinnerung rufen sollten. Der „Kinder- und Jugendarzt“ hat deshalb hierzu eine Reihe von Artikeln vorbereitet.

Aufgrund der Migration gibt es in Deutschland eine starke Zunahme an hämolytischen Anämien wie Sichelzellanämie und Thalassämie, vererbte Erkrankungen des Hämoglobins, die Flüchtlinge aus Malariaendemiegebieten mitgebracht haben. Stefan Eber aus München hat auf die Besonderheiten hingewiesen, die uns bei der Betreuung dieser Patienten geläufig sein müssen (April 2015).

Die Gruppe von Thomas Löscher aus München stellt die Erkrankungen dar, mit denen Flüchtlinge in den Erstaufnahmeeinrichtungen vorgestellt werden, in der Mehrzahl Erkrankungen, wie sie auch bei der deutschen Wohnbevölkerung auftreten (Februar 2016). Allerdings gibt es Besonderheiten, zu denen auch die häufigere Prävalenz von Tuberkulose und Hepatitis B und C gehören, die häufigere Besiedlung mit multiresistenten Keimen und einzelne seltene tropische Erkrankungen.

Die Gruppe von Monika Lelgemann aus Bremen berichtet über die besonderen Aufgaben des Gesundheitsamtes bei der Erstversorgung von Flüchtlingen (März 2016). Die Fülle der zu betreuenden Kinder und Jugendlichen als besonders gefährdete Gruppe unter den Flüchtlingen stellt das bestehende öffentliche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Die zuständigen Ministerien reagieren hierauf verzögert.

Hans-Iko Huppertz aus Bremen erklärt nach allgemeinen Erkenntnissen zur Prävention bei Migranten die Durchführung von Impfungen, die im Wesentlichen Nachhol- und Auffrischimpfungen sind (Februar 2016). Inzwischen hat das Paul-Ehrlich-Institut einen Tdap-Impfstoff für Kinder ab einem Alter von vier Jahren und einen Tdap-IPV-Impfstoff für Jugendliche ab zwölf Jahre zur Grundimmunisierung zugelassen (Epidemiolog Bulletin 1. Februar 2016/Nr. 4), was die Durchführung dieser Impfungen wesentlich erleichtert. Allerdings gibt es Lieferschwierigkeiten.

Christa-Maria Kitz aus Würzburg berichtet über seltene Infektionserkrankungen, die Flüchtlinge aus ihren Heimatländern mitbringen können oder auf der Flucht erworben haben (März 2016). Dies sind teilweise Erkrankungen, die uns deutschen Kinderärzten zwar geläufig sind, die wir aber nicht in diesem Ausmaß kennen, wie z. B. die Scabies, oder die uns in Deutschland nicht geläufig sind, wie z. B. die kutane Leishmaniose. Wichtig bleibt natürlich die Malaria als medizinischer Notfall.

Ulrich von Both aus der Arbeitsgruppe von Johannes Hübner aus München berichtet über die Erfahrungen mit dem Läuserückfallfieber, eine importierte Borreliose, die potenziell tödlich verläuft, nicht einfach zu diagnostizieren ist, wenn man nicht daran denkt, die aber leicht behandelbar ist (März 2016).

In einem weiteren Heft wird Folke Brinkmann aus Bochum über die Tuberkulose berichten, die bei allen gesundheitlichen Problemen der Migranten mit in die Differenzialdiagnose einbezogen werden sollte.

Europa tut sich schwer im Umgang mit den großen Mengen von Flüchtlingen. Deutschland scheint dabei noch am besten abzuschneiden und wird für seine humanitäre Haltung außerhalb Europas sehr gelobt. Es ist klar, dass Deutschland die Lasten nicht alleine schultern kann und nicht alle Flüchtlinge der Bürgerkriege in Syrien und Afghanistan aufnehmen kann oder die Menschen aus gescheiterten Staaten wie Somalia. Aber die gesundheitlichen Gefahren durch die Migration für die deutsche Wohnbevölkerung sind deutlich überbewertet.

Der Umgang mit bestimmten Nachrichten hierzu ist manchmal nicht einfach. Der Berliner Masern-Ausbruch mit 1.400 Fällen, einer der größten der letzten Jahrzehnte in Deutschland, ging von einem Patienten aus Bosnien aus. Das Robert Koch-Institut hat diese Tatsache aus Furcht vor fremdenfeindlichen Schlussfolgerungen nicht herausgestellt. Im Weiteren hat sich aber gezeigt, dass das Problem nicht bei den Migranten lag, die sich gerne impfen ließen, sondern bei der deutschen Wohnbevölkerung, unter der einzelne sich nicht impfen lassen wollten oder sich dem Problem gegenüber indifferent verhielten.

Bei der Poliomyelitis, die bis auf Afghanistan und Pakistan weltweit ausgerottet ist, haben kurzfristige Ausbrüche in Syrien und der Ukraine, dort durch eine Impfstoff abgeleitete Mutante, gezeigt, dass die WHO solche Probleme rasch und effektiv beherrschen kann und dass für Deutschland keine Gefahr der Einschleppung besteht.

Zum Teil ist behauptet worden, dass die frühe Beschäftigung mit der Gesundheit der Migranten einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Röntgen Thorax-Aufnahme ab 16 Jahre und der Durchführung von Impfungen, auf die Migranten abschreckend wirkten. Dies ist falsch. Die Migranten fühlen sich im Gegenteil wertgeschätzt und freuen sich, wenn man ihrer Gesundheit Aufmerksamkeit schenkt.

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin und ihre Infektions- und Impfkommision haben beschrieben, wie migrierende Kinder auf den gesundheitlichen Stand der deutschen Wohnbevölkerung gebracht werden sollen ([www.dakj.de](http://www.dakj.de)). Das Programm ist umfangreich und wissenschaftlich gut abgesichert. Wir sollten uns weiter dafür einsetzen, dass dieses Programm allen minderjährigen Migranten zu Gute kommt.

Ein wesentlicher Beitrag zum Schutz migrierender Kinder ist es auszuschließen, dass sie an Tuberkulose leiden. Mit Tuberkulose-Hauttests und Interferon Gamma-Freisetzung-Assays liegen inzwischen leicht durchführbare Methoden vor, um eine Tuberkulosefreiheit zu zeigen. Ist dies nicht der Fall, sollte die aktive Tuberkulose konsequent behandelt werden, notfalls auch mit direkt beobachteter Therapie, und die latente Tuberkulose durch präventive Chemotherapie beendet werden. Die Aufnahme eines scheinbar gesunden migrierenden Kindes oder Jugendlichen in den Schulverband könnte zu großen Problemen führen, wenn später doch eine Tuberkulose festgestellt wird und viele Mitschüler untersucht und behandelt werden müssen. Den zwangsläufig damit einhergehenden Stimmungsumschwung sollten wir dem migrierenden Kind ersparen.

In den USA gibt es die gleichen Probleme mit der Vielzahl ankommender Kinder und Jugendlicher, hier meist aus Mexiko und der Karibik. In einem Kommentar in „Pediatrics“ (2015; 135: 205-207) wird auf die Frage, wie können wir als Kinder- und Jugendärzte helfen, empfohlen, die Kinder zu impfen, die vorhandenen Netzwerke zu nutzen und sich für diese Kinder einzusetzen.

Der Schlusssatz heißt: „Wir haben die Gelegenheit, im Leben dieser Kinder, die bereits extreme Härten und Unglücke erlebt haben, Wesentliches zum Besseren zu wenden.“

*Professor Dr. Hans-Iko Huppertz*

*Prof.-Hess-Kinderklinik*

*28177 Bremen*

*E-Mail: hans-iko.huppertz@med.uni-goettingen.de*

### Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

### oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis  
bzw. ein Jobsharingangebot

#### **www.paediatricboerse.de**

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über [www.doccheck.com](http://www.doccheck.com))
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

#### **Zentraler Vertreternachweis**

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing

**Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf [www.paediatricboerse.de](http://www.paediatricboerse.de) oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der**

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.,  
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: [bvkj.buero@uminfo.de](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)



Ein Praxisbericht aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes

# Medizinische Erstuntersuchung und Aktuerversorgung von Flüchtlingen in Bremen



Martina Sappa\*

Was läuft gut in der medizinische Erstversorgung von Flüchtlingen, was kann noch verbessert werden? Auf welches Krankheitsspektrum treffen wir, welche Untersuchungen werden durchgeführt, wie ist die Organisation vor Ort? Im Gesundheitsamt Bremen wird seit Jahren das „Bremer Modell“ praktiziert, das eine Kombination aus rechtlich vorgeschriebener Erstuntersuchung und Akutsprechstunde in den Einrichtungen beinhaltet. Der Bericht konzentriert sich schwerpunktmäßig auf Ablauf und Inhalt der medizinischen Erstversorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge.

**W**ir zeigen einen Praxisbericht aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes über die medizinische Erstversorgung von Flüchtlingen in Bremen.

Nach Königsteiner Schlüssel nimmt Bremen 0,9 % der in Deutschland ankommenden Flüchtlinge auf. Hinzu kommen die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge, die bis November letzten Jahres, nicht gleichmäßig über die Bundesrepublik verteilt wurden sondern dort blieben, wo sie erstmals aufgenommen wurden. Bremen, wie auch andere größere Städte, war und ist für diese Flüchtlingsgruppe ein besonders attraktiver Ort. Im Jahr 2015 erreichten 2348 unbegleitete minderjährige Jugendliche Bremen, allein im November 2015 kamen 456 zu uns.

## Das „Bremer Modell“

In Bremen hat die medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen eine lange Tradition. Bereits 1993 wurde hier das Bremer Gesundheitsprogramm („Bremer Modell“) etabliert. Im Zentrum dieses Programms steht die aufsuchende und damit niedrigschwellige medizinische Basisversorgung und (im Bedarfsfall) die frühzeitige Weitervermittlung ins ambulante oder stationäre Regelversorgungssystem.

Das bedeutet, die ärztliche Sprechstunde wird da angeboten, wo die Menschen leben in den Erstaufnahmeeinrichtungen, Notunterkünften und Übergangwohnheimen. Die Weiterbehandlung erfolgt über eine frühzeitig ausgestellte Gesundheitskarte, oder Übergangsweise durch Krankenscheine.

Die Gesundheitskarte berechtigt die Asylsuchenden zur Inanspruchnahme ärztlicher beziehungsweise zahnärztlicher Behandlung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Neben der Behandlung akuter Erkrankungen sind auch alle amtlich empfohlenen Schutzimpfungen (gemäß STIKO) und Vorsorgeuntersuchungen (auch Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 und J1), sowie die ärztliche und pflegerische Be-

treuung Schwangerer und Wöchnerinnen und die Hebammenhilfe im Leistungsanspruch enthalten.

Durch den großen Zustrom an Flüchtlingen kommt es teilweise zu längeren Wartezeiten auf die Gesundheitskarte. Für diesen Übergangszeitraum, oder für Menschen, die nicht in Bremen bleiben, werden Krankenscheine, beziehungsweise vorläufige Versicherungsnachweise (V111) ausgegeben. Der Leistungsanspruch dieser Bescheinigungen entspricht dem der Gesundheitskarte.

## Erstuntersuchung und Akutsprechstunde für Erwachsene und Kinder/Jugendliche mit erwachsenen Begleitpersonen

Die aufsuchende Arbeit vor Ort wird in Bremen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes sichergestellt. Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, im Team mit medizinischen Fachangestellten und Krankenschwestern, bieten in mehreren Unterkünften und den zentralen Aufnahmestellen regelmäßig Sprechstunden an.

Hier erfolgt die Erstuntersuchung im Rahmen des Asylverfahrensgesetzes (§ 62). Mit Unterstützung eines Dolmetschers wird zunächst eine gezielte Anamnese erhoben und nach akuten gesundheitlichen Beschwerden gefragt. Dazu gibt es einen Dolmetscher-Pool, der z. T. von der Sozialbehörde bezahlt wird. Es folgt eine körperliche Untersuchung und die nach Infektionsschutzgesetz (§ 36) vorgeschriebene Überweisung zum Röntgen Thorax für alle, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und bei denen keine Kontraindikation besteht. Alle schwangeren Frauen werden bei einem niedergelassenen Gynäkologen vorgestellt.

Auf die routinemäßige Durchführung eines Interferon-Gamma-Freisetzungstestes (IGRA) oder eines Tuberkulinhauttests im Rahmen der Erstuntersuchung wird verzichtet. In der Abwägung zwischen wünschenswert und machbar wurde diese Entscheidung bewusst getroffen. Damit wird zum einen der Tatsache Rechnung getragen, dass das Risiko einer Tuberkuloseübertragung, das

Dr. Zahra  
Mohammadzadeh\*Dr. Monika  
Lelgemann, MSC\*

von Kindern ausgeht, deutlich geringer ist als bei Erwachsenen. Zum anderen ist es logistisch fast nicht möglich, eine sichere Befundmitteilung beziehungsweise termingerechte Ablesung des Hautbefundes zu gewährleisten. Hier kommt das „Bremer Modell“ mit niedrigrschwelliger ärztlicher Versorgung und schneller Anbindung an das Regelversorgungssystem zum Tragen, in dem sich Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Beschwerden sofort in ärztliche Betreuung begeben können.

Die Abbildungen 1 bis 3 zeigen die Herkunftsländer, das Alter und das Krankheitsspektrum der untersuchten Flüchtlinge.

### Akutbehandlung

Bestehen akute Beschwerden, werden diese im Rahmen der Erstuntersuchung mit behandelt. Hierfür stehen Basismedikamente und Verbandsmittel zur Verfügung. Auch unabhängig von der Erstuntersuchung ist das Aufsuchen der Sprechstunde möglich und wird gern in Anspruch genommen. Sollten weitere Diagnostik oder eine fachärztliche Behandlung erforderlich sein, erfolgt die Überweisung zur/zum niedergelassenen Kollegin/Kollegen oder ins Krankenhaus (Abbildung 4). Bevorzugte Praxen sind verständlicherweise die, die sich in räumlicher Nähe zur Unterkunft befinden und im Team über mehrsprachige Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter verfügen. Darüber hinaus ist die Bereitschaft des Praxisteams erforderlich, sich dieser Patientengruppe zu widmen. Denn auch bei bester kollegialer Absprache und Zusammenarbeit benötigt die Behandlung eines Patienten, dessen Sprache man nicht spricht und dessen kulturellen Hintergrund man nicht kennt, der sich vielleicht nicht genau an vereinbarte Termine hält oder mit vielen Familienangehörigen gleichzeitig im Sprechzimmer auftaucht, ein größeres Zeitkontingent und besonderes Einfühlungsvermögen.

### „Bremer Gesundheitsheft“

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zuverlässigen Weitergabe medizinischer und anamnestischer Erkenntnisse wird im Rahmen der Erstuntersuchung durch die Kollegin/den Kollegen des Gesundheitsamtes für alle Kinder und Jugendlichen das blaue „Bremer Gesundheitsheft“, welches gemeinsam mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten entwickelt wurde, angelegt (Abbildungen 5 und 6). Es sollte bei weiteren Arztbesuchen vorgelegt und ergänzt werden.

### Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UmF), die neuerdings unbegleitete minderjährige Ausländer (UmA) genannt werden, stellen sowohl rechtlich als auch medizinisch und sozialpädiatrisch eine besondere Gruppe unter den in Deutschland eintreffenden Flüchtlingen dar. Sie unterliegen als Minderjährige dem besonderen Schutz des Jugendamtes und werden nach Sozialgesetzbuch VIII gleich nach ihrer Ankunft in

Obhut genommen. Bis November 2015 bedeutete dies, dass die Jugendlichen dort, wo sie zuerst aufgenommen wurden, auch bleiben durften bzw. mussten. Mit dem neuen Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher, erfolgt jetzt eine vorläufige Inobhutnahme (SGB VIII, § 42a). Innerhalb von vier Wochen erfolgt dann eine Umverteilung nach Königsteiner Schlüssel auf umliegende Bundesländer. Abbildung 7 zeigt deren Herkunftsländer.

Die Zugehörigkeit der minderjährigen unbegleiteten Flüchtlinge zum Rechtskreis des SGB VIII beinhaltet auch einen vollständigen Anspruch auf alle Leistungen

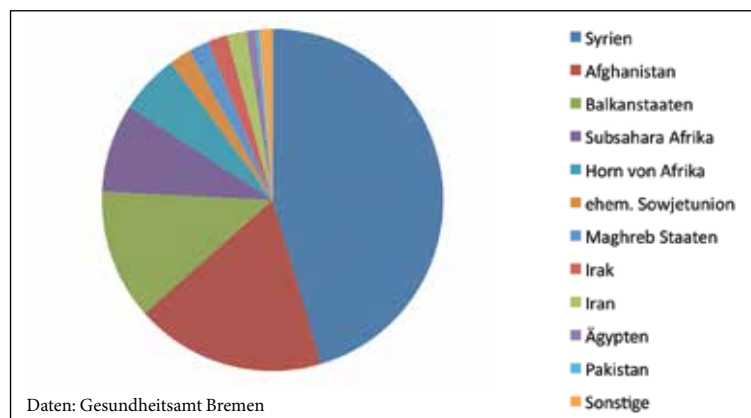


Abb. 1: Herkunftsländer der Untersuchten 2015

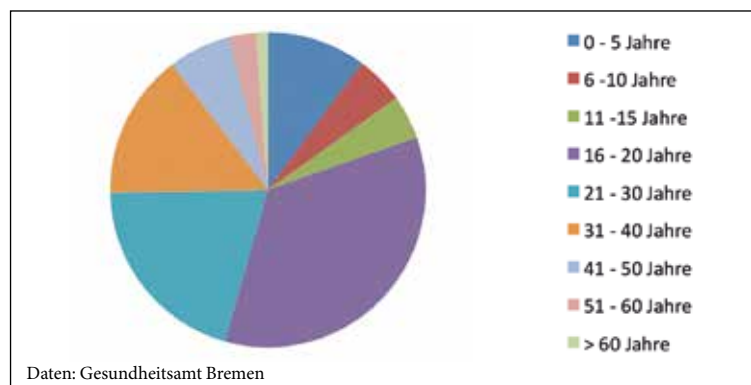


Abb. 2: Alter der Untersuchten in Bremen 2015

In Bremen wurden im Jahr 2015 7.596 Männer, Frauen und Kinder untersucht. 28 % der Untersuchten waren weiblich. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis einschließlich 15 Jahre betrug 20 %.

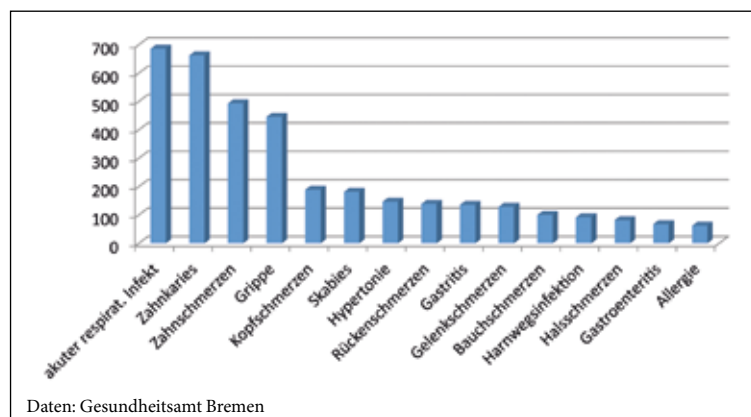


Abb. 3: Krankheitsspektrum 2015

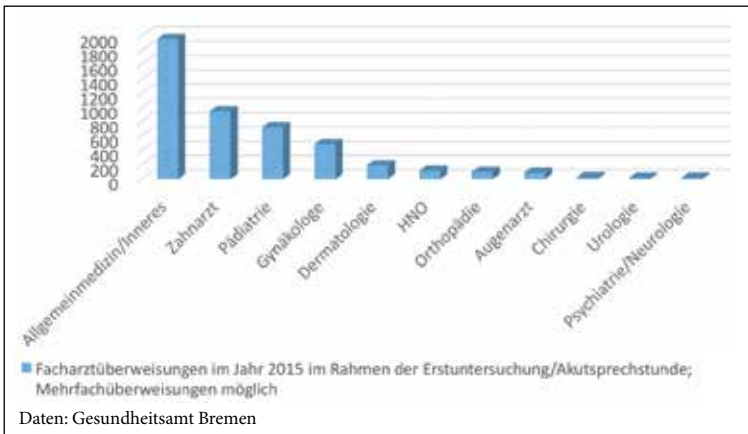


Abb. 4: Facharztüberweisungen



Abb. 5: Bremer Gesundheitsheft; Download unter <http://www.bvkJ.de/mitglieder/medien-und-materialien/>.

der medizinischen Regelversorgung. Der Leistungsanspruch unterscheidet sich nicht von dem einheimischer Kinder und Jugendlicher.

Die Erfahrung zeigt, dass gerade die Möglichkeit, niedrigschwellig und spontan bei Beschwerden ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen zu können, medizinisch, infektiologisch und ethisch unerlässlich wichtig ist und Folgekosten sparen hilft.

### Ablauf und Inhalt der Erstuntersuchung von UmA in der Erstaufnahmeeinrichtung

Die Erstuntersuchung der unbegleiteten Minderjährigen erfolgt durch Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Bremer Gesundheitsamtes in eigens hierfür eingerichteten Untersuchungszimmern in der Erstaufnahmeeinrichtung. Vorzugsweise Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, mit Unterstützung durch medizinische Fachangestellte, Krankenschwestern und Dolmetscher, bieten hier täglich eine Sprechstunde an.

Die Jugendlichen werden von den Betreuern der Einrichtung zur Untersuchung vorgestellt oder melden sich eigenständig bei Beschwerden. Mädchen werden sofort nach Ankunft untersucht, um sie direkt in eine geschützte Folgeeinrichtung weitervermitteln zu können. Im Rahmen der Erstuntersuchung wird zunächst eine Anamnese mit Schwerpunkt auf medizinische Besonderheiten und akute Beschwerden (insbesondere Indikatoren für Infektionserkrankungen wie Tuberkulose) erhoben. Dann folgen Seh- und Hörtests sowie die Ermittlung von Größe und Gewicht. Darauf folgt die körperliche Untersuchung, mit spezieller Beachtung von Haut, Ver-

#### Anamnese

Familienanamnese (HIV, TBC, Hepatitis, Konsumgenetik, Sichelzelle)

Tuberkuloserisiko (Kontakte, Tidenfälle)

ja / nein

- Komplikationen bei Schwangerschaft / Geburt
- Krankenhaus, OP, Unfälle, Behinderungen
- Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv)
- Schwere Infektionskrankheiten, Rezidivierendes Fieber
- Allergien, Unverträglichkeiten wie Favismus
- Medikamente
- Schmerzen (Trauma, Sichelzellerkrankungen, etc.)
- Schlafstörungen
- Hinweise für Traumatisierung
- Stuhlaufälligkeiten / Würmer
- Alkohol / Rauchen / Drogen

Erläuterung

#### Diagnostik / Labor

Hörtest

Sehtest

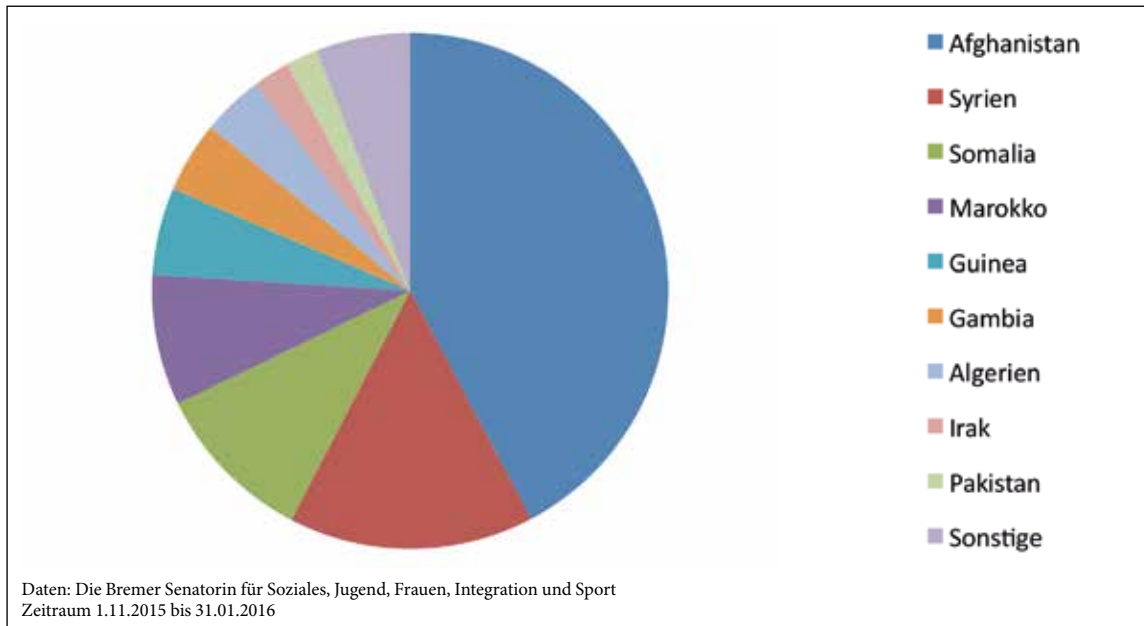
Zahnstatus

**Laborbefunde**  (Dienstschein, wenn erfolgt)

1. Basislabor (Bilirubin, ESR, GPT, LDH, CGT, AP, Kreatin)  Urinstatus
2. Serologie  
 HIV 1/2  HAV  Anti-HBc  HBs-Ag   
 HCV  TPHA  ggf. Schistosomen-Ag und -Ak
3. Tbc-Diagnostik (Künger siehe Seite 2)  
 IGRA  und/oder RT23-Tuberkulintest
4. Stuhl auf pathogene Keime und Parasiten (Aeroben, Lantilien, Würmer)
5. Weitere (Malaria, HB-Elektrophorese, CaPH-Oxydogenase, ...)

Datum: auffällige Befunde

Abb. 6: Bremer Gesundheitsheft



**Abb. 7: Herkunftsländer UMa ab November 2015**

letzungen, Hinweisen auf Infektionskrankheiten oder Lymphknotenveränderungen. An diagnostischen Möglichkeiten stehen zusätzlich bei Bedarf ein Blutzucker-Messgerät, Schwangerschaftstests und Urinteststreifen

zur Verfügung. Blut- oder Stuhluntersuchungen werden nicht routinemäßig durchgeführt.

Alle Jugendlichen ab 16 Jahre werden zum Röntgen Thorax weiter verwiesen. Hierzu besteht eine Abspra-



## Bericht aus einer kinderärztlichen Schwerpunktpraxis – Versorgung von Flüchtlingen

Täglich kommen in unseren Kinderarztpraxen zahlreiche kranke Kinder von Flüchtlingsfamilien akut zur Vorstellung, meistens ohne Termin, nur selten mit kompetenten Dolmetschern. Der zusätzliche Zeitaufwand selbst mit muttersprachlichen medizinischen Fachangestellten als Dolmetschern ist immens. Stets bleibt die große Sorge, in der Kürze der Zeit wesentliche Dinge zu übersehen/ überhören.

Die Eltern können oft die lateinische Schrift nicht lesen, Mengen- und Dosisangaben müssen ebenso akribisch übersetzt werden, wie die Wegbeschreibung zur Apotheke und der Hinweis, dass die Medizin nichts kostet.

Die Versicherungsnachweise sind oft extrem schwierig und aufwendig zu erlangen, nicht selten treten wir in Vorleistung, damit die Kinder wichtige Medikamente erhalten.

Die Praxisorganisation ist auf das Maximalste gefordert, die Unruhe durch unangemeldete oder verspätet kommende Kinder immens.

All dies ist weder in den Plausibilitätsgrenzen noch im Regelleistungsvolumen abgebildet. Beides wird zwangsläufig überschritten täglich und von Quartal zu Quartal mehr, ohne dass es eine zufriedenstellende Regelung der KV gibt.

Die steigenden Flüchtlingszahlen in Deutschland sind 1:1 in unseren Kinderarztpraxen abgebildet und wenn man bedenkt, dass wir zunächst nur die kranken Kinder akut versorgen, so muss man sich klarmachen, dass all diese Kinder zahlreiche jetzt noch gesunde Geschwister haben, die ebenso und zwar über die notfallmäßige Akutversorgung hinaus mit Impfungen und Vorsorgen versehen werden müssen.

Das heißt im Klartext, wenn jetzt schon die Spitze des Eisberges das Gesundheitssystem in manchen Schwerpunktpraxen zum Wanken bringt, mag man sich leicht vorstellen, was an Versorgungsstrukturen notwendig ist, wenn wir ersteinmal ALLE Kinder aus-

nahmslos aus den Flüchtlingsfamilien versorgen und zwar alle, die schon da sind, UND alle, die noch kommen.

Unbürokratische schnelle Lösungen sind gefragt, Bremen macht es vor in vielerlei Hinsicht. es gibt ein „Blaues Heft“, in welches jeder Arzt wichtige Informationen eintragen kann, die Versicherungsnachweise laufen via AOK recht schnell und die Zusammenarbeit zwischen Flüchtlingsunterkünften, Gesundheitsamt und Praxen ist beispiellos.

Das alles mildert die Mehrbelastung deutlich, aber auch diesem schon gut funktionierenden System sind natürlich Grenzen gesetzt.

Das Dolmetscherwesen ist ausbaufähig und noch nicht optimal, die Betreuung der Kinder in Kindertagesstätten und Schulen hinkt hinterher, insbesondere die Beschulung minderjähriger unbegleiteter Jugendlicher. Daraus resultierend sehen wir nicht selten psychosomatische Krankheitsbilder, bei sowieso schon maximal traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

Große Aufgaben stehen bevor, deren Lösung ist ohne die Bereitstellung von zusätzlichen Kollegen/innen und medizinischen Fachangestellten auf der medizinischen Seite und Betreuern, Lehrkräften, ErzieherInnen, FamilienhelferInnen aus den pädagogischen Bereichen nicht möglich.

Auch die KVen der einzelnen Bundesländer werden sich von ihren zum Teil strikten und reglementierenden Vorgaben verabschieden müssen, denn an Obergrenzen festzuhalten, wenn die ganze Welt grenzenlos scheint, ist unserer Sache nicht gerade dienlich.

Wir als Kinderärzte sollten mit dazu beitragen, Zeichen zu setzen hinsichtlich einer guten Gesundheitsversorgung aller Menschen, die zu uns kommen. Nicht umsonst sind 40 % der Flüchtlinge Kinder.

*Ulrike Roth niedergelassene Kinderärztin Bremen*

che mit der Röntgenabteilung einer Bremer Klinik. An festen Tagen stehen Zeitkontingente zur Verfügung, die Jugendlichen werden von den Betreuern gesammelt dorthin begleitet.

Die Tatsache, dass alle UmA an einer Stelle zentral aufgenommen werden und zunächst auch dort wohnen, erleichtert die zuverlässige Durchführung einer Erstuntersuchung erheblich. Doch auch bei bester Organisation und Kooperation mit den Betreuern vor Ort entziehen sich einige Jugendliche der Untersuchung und auch dem Röntgen. Als „Auffangnetz“ für nicht-erstuntersuchte Jugendliche führt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bei Aufnahme in die Schule die sogenannte „Quereinsteigeruntersuchung“ durch. Spätestens jetzt können Erstuntersuchung und gegebenenfalls die Röntgenuntersuchung der Lunge nachgeholt werden.

## Impfungen

Seit Januar dieses Jahres werden alle Jugendlichen im Rahmen der Erstuntersuchung gegen Masern, Mumps, Röteln und Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio geimpft. Die Impfung ist freiwillig, die Impfaufklärung erfolgt durch mehrsprachige Aufklärungsblätter des Robert-Koch-Instituts mit Unterstützung durch Dolmetscher.

Die Dokumentation erfolgt in das „Bremer Gesundheitsheft“ und den internationalen Impfausweis. Diese Unterlagen werden zunächst bei den Betreuern aufbewahrt und dann nach Eingang des Röntgenbefundes zusammen mit der Bescheinigung nach Infektionsschutzgesetz, an die Nachfolgeeinrichtung weitergeleitet.

## Gesundheitszustand

Insgesamt unterscheidet sich das Krankheitsspektrum der untersuchten Jugendlichen nicht wesentlich von dem gleichaltriger Jugendlicher der einheimischen Bevölkerung. Bei den akuten Beschwerden stehen Kopfschmerzen, Magenprobleme, respiratorische Infekte und vor allem Zahnprobleme im Vordergrund. Hinzu kommen Verletzungen im Rahmen der Flucht oder bei sportlichen Aktivitäten. Aus infektiologischer Sicht gibt es einige Fälle von Skabies- oder Kopflausbefall und, im Zusammenhang mit den Unterbringungsbedingungen, auch die Ausbreitung von Bettwanzen in einer Einrichtung.

Im Jahr 2015 wurden in Bremen bei UmA 15 Erkrankungen an behandlungsbedürftiger Tuberkulose diagnostiziert, sechs davon waren ansteckungsfähige, also offene Lungentuberkulosen. Weitere Manifestationsorte waren Knochen, Lymphknoten oder das Abdomen.

Fast alle Tuberkulosefälle im Bereich der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge sind klinisch aufgefallen.

Größere Krankheitsausbrüche hat es in Bremen bis auf Varizellen und Krätze bislang nicht gegeben.

Jugendliche mit akuten Beschwerden oder behandlungsbedürftigen Erkrankungen verbleiben auch nach Inkrafttreten des neuen Umverteilungsgesetzes in Bremen. Hierzu gehören auch die Jugendlichen mit Tuberkulose, die nach Krankenhausentlassung bevorzugt in einer bestimmten Jugendhilfeeinrichtung untergebracht werden. Hier setzt das Gesundheitsamt zur Unterstützung der pädagogischen Fachkräfte zurzeit eine Kinderkrankenschwester zur Unterstützung bei Medikamentengabe und Organisation ein.

## Psychische Verfassung

Die psychische Verfassung der Jugendlichen variiert stark. Die meisten sind nach der anstrengenden Zeit der Flucht zunächst froh, einen geschützten Ort erreicht zu haben. Probleme bereiten dann zum Teil Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse zuhause oder auf der Flucht, Heimweh, Sorge um Familienangehörige, aber auch die Art der Unterbringung, die fehlende Tagesstruktur und die unsichere Lebensperspektive. Für Jugendliche mit erkennbar großen psychischen Problemen, die stark belastet wirken oder aggressives Verhalten zeigen, besteht die Möglichkeit, eine Beratung durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter der KIPSY (Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle am Gesundheitsamt) in Anspruch zu nehmen. Hier kann neben der individuellen Beratung auch eine niedrigschwellige Trauma-Erstversorgung durchgeführt werden. In mehreren Modulen wird an der psychischen Stabilisierung der Jugendlichen und einem besseren Verständnis für die Symptomatik nach traumatisierenden Erlebnissen gearbeitet. Es zeigt sich, dass bereits wenige Termine zu einer spürbaren Erleichterung vieler Jugendlicher führen.

Bei größerem Behandlungsbedarf ist die Überleitung in eine Therapie oder die stationäre Aufnahme möglich, aber auch in Bremen von Schwierigkeiten, was Kapazitäten und Übernahme der Dolmetscherkosten betrifft, begleitet.

## Diskussion und Ausblick

Obwohl das Gesundheitsamt in Bremen und viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durch das gut etablierte „Bremer Gesundheitsprogramm“ mit der medizinischen Versorgung ausländischer Zuwanderer seit Jahren vertraut sind, stellt die derzeitige Situation alle vor neue Aufgaben und Herausforderungen. Essentiell wichtig ist eine gute Kommunikationsstruktur aller Akteure vor Ort, insbesondere zwischen den erstuntersuchenden Ärzten und den weiterbehandelnden Ärzten in Praxen und Kliniken. Hier hat sich das „Bremer Gesundheitsheft“ bereits bewährt.

Vordringliche Wünsche sind weiterhin die Klärung der Kostenübernahme und Organisation qualifizierter Dolmetscher und das Angebot niedergelassener Kollegen einer offenen Sprechstunde für Flüchtlinge, die niedrigschwellig ohne feste Terminvereinbarung genutzt werden kann, trotz aller damit einhergehenden Herausforderungen (siehe Bericht aus einer kinderärztlichen Schwerpunktpraxis).

Das Bremer Gesundheitsamt priorisiert im Hinblick auf Notwendigkeit und Machbarkeit eine angemessene Diagnostik bei Aufnahme der Flüchtlinge und berücksichtigt dabei Erkenntnisse aus über 20 Jahren Flüchtlingsmedizin und Gebote der rein praktischen Durchführbarkeit in Anbetracht der aktuellen Zuwanderungszahlen. Aus infektiologischer Sicht sind die zu uns geflüchteten Menschen aufgrund der Unterbringungssituation eher eine gefährdete, als eine gefährdende Gruppe.

Mit der raschen Überleitung ins medizinische Regelversorgungssystem mittels Gesundheitskarte oder Krankenschein, soll die Etablierung eines Parallelversorgungssystems mit einer Migrationsmedizin auf einem niedrigeren Niveau als für die einheimische Bevölkerung auf jeden Fall vermieden werden.

Die medizinische Versorgung sollte niedrigschwellig, menschenwürdig und mit Augenmaß erfolgen. Sie hat dabei die wichtigsten Aspekte der Individualversorgung und des Schutzes der Gemeinschaft, insbesondere im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, zu berücksichtigen.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

### *Korrespondenzadresse:*

*Dr. med. Monika Lelgemann*

*Gesundheitsamt Bremen*

*Horner Str. 60-70, 28203 Bremen*

*Tel.: 0421/361 59557*

*E-Mail: [Monika.lelgemann@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:Monika.lelgemann@gesundheitsamt.bremen.de)*

*Red.: Huppertz*

# Seltene Infektionserkrankungen bei minderjährigen Flüchtlingen



Dr. Christa-Maria Kitz

Wir sind Zeitzeugen einer neuen Völkerwanderung. Weltweit sind rund 60 Millionen Menschen auf der Flucht, so viele wie seit dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr. Nicht nur für unser Gesundheitssystem ist dies eine besondere Herausforderung. Der vielzitierte Satz „Wir schaffen das“ von Bundeskanzlerin Angela Merkel trifft für die medizinische Versorgung in einem reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland sicher zu. Bundesärztepräsident Frank-Ulrich Montgomery sagte öffentlich, die Flüchtlinge seien sogar „übernormal gesunde Menschen“. Auch das Robert Koch-Institut betont, dass größere Ausbrüche sehr unwahrscheinlich sind und keine Gefahr für die Allgemeinbevölkerung bestehe. Stichproben aus den vergangenen Jahren zeigten, dass die große Mehrheit der Ausbrüche in Flüchtlingsheimen nicht auf eingeschleppte Erreger zurückgehe, die meisten Menschen hätten sich hierzulande angesteckt. Die harten Bedingungen einer Flucht und die beengten Verhältnisse und das prekäre Leben in den Notunterkünften machen Menschen anfälliger für Infektionskrankheiten, wie auch der Exazerbation chronischer Krankheiten. Insofern sind Flüchtlinge keine gefährdende, sondern eine besonders gefährdete Patientengruppe.

**G**enerell leiden Flüchtlinge an den gleichen Infektionserkrankungen wie die hiesige Bevölkerung. Zusätzlich ist bei Flüchtlingen gehäuft mit Magen-Darm-Erkrankungen durch unsichere Trinkwasserquellen und Lebensmittel zu rechnen, sowie mit Atemwegserkrankungen, bedingt durch Unterkühlung und beengte Lebensverhältnisse während der Flucht und in den Notunterkünften.

Dazu kommen Krankheiten, die Flüchtlinge aus ihrer Heimat mitbringen und die deutsche Ärzte seltener sehen, wie etwa Malaria, Brucellose, Leishmaniose, extrapulmonale Tuberkulose, Fadenwürmer unter der Haut, Probleme von Massenunterkünften wie Läuse und Milben. Aber auch Kriegsverletzungen, Verletzungen die auf der Flucht entstanden sind (schlecht verheilte Frakturen, Prellungen, Schnittwunden) und leider auch Traumata durch Misshandlungen und Folter kommen vor. Hier können neben der psychischen Belastung massive Superinfektionen oder Osteomyelitiden ebenfalls eine wichtige Rolle spielen in der Infektiologie.

Bei allen akuten behandlungsbedürftigen Infektionen müssen Faktoren wie Inkubationszeit, Herkunftsland, Fluchtroute und Fluchtumstände berücksichtigt werden. Vor allem bei hohem Fieber mit unklarer Genese müssen einige wichtige Infektionen abgeklärt werden. Das Robert Koch-Institut hat im Dezember 2015 eine Liste möglicher behandlungsbedürftiger, für Deutschland ungewöhnlicher Erkrankungen herausgegeben (*Epidemiologisches Bulletin* 38/2015). [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38\\_15\\_Artikel\\_Asylsuchende.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15_Artikel_Asylsuchende.html)

Auch die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI), die Gesellschaft für Tropenmedizin

und internationale Kindergesundheit (GTP) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) haben eine Stellungnahme zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter veröffentlicht. Hier findet sich symptomorientiert und auch bezogen auf die Herkunft eine Zusammenstellung von seltenen Infektionserkrankungen bei Flüchtlingen. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00112-015-0003-9>

Die Arbeitsgruppe der AWMF-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie der Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter hat im Dezember 2015 eine Stellungnahme zum Tuberkulose-Screening von asylsuchenden Kindern und Jugendlichen publiziert: <http://www.springermedizin.de/tuberkulosescreeing-bei-asylsuchenden-kindern-und-jugendlichen--15-jahren-in-deutschland/6061848.html>

Neben Infektionserkrankungen spielen psychische Erkrankungen eine große Rolle. Die Zahl der psychisch Erkrankten unter Flüchtlingen ist um ein Mehrfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung. Sie leiden Erhebungen zufolge bis zu zehnmals häufiger unter Angststörungen, Depressionen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Krank machen sie aber nicht nur die brutalen Erlebnisse in der Heimat oder während der Flucht, auch das Leben in dem neuen Land ist eine starke Belastung. Nach bisherigen Erhebungen an 100 syrischen Flüchtlingskindern in der Bayernkaserne in München und einer weiteren Studie aus Bielefeld an 102 unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden leidet jeder fünfte junge Flüchtling unter einer PTBS und weitere haben ein erhöhtes Risiko, diese noch zu entwickeln. Hier sind kultursensible Trauma-

Therapeuten mit entsprechender Sprachkompetenz sehr gefragt.

Die Flüchtlingskrise ist eher eine Verwaltungskrise und die lange Clearingphase sollte nicht nur der Registrierung und Erkennung von ansteckenden Krankheiten dienen, sondern auch ein Clearing der Begabungen der Flüchtlinge sein. Die gesundheitliche Versorgung stellt das deutsche Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Der Schutz der Gesundheit aller in Deutschland lebenden Menschen ist oberstes Ziel der öffentlichen Gesundheitsversorgung, einschließlich der Asylsuchenden. In der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge darf es zu keiner Zweiklassenmedizin kommen und schon gar nicht bei Minderjährigen. Die Grundhaltung zur ärztlichen Versorgung von Minderjährigen leitet sich aus dem Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 her. Darin erkennen die Vertragsstaaten das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an.

### Meldepflichtige Erkrankungen

Das Robert Koch Institut veröffentlicht seit September 2015 alle übermittelten meldepflichtigen Erkrankungen bei Flüchtlingen (n=2347) unter folgender Webseite: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html>

Die demnach zwanzig häufigsten Infektionserkrankungen sind nach Anzahl: Windpocken (684), Tuberkulose (380), Hepatitis B (261), Rotavirus-Gastroenteritis (257), Norovirus-Gastroenteritis (221), Influenza (168), Hepatitis A (105), Hepatitis C (85), Giardiasis (52), Shigellose, (24), Campylobacter-Enteritis (19), Läuserückfallfieber (18), Salmonellose (16), Typhus (9), Mumps (8), Kryptosporidiose (7), MRSA-invasive Infektion (7), Keuchhusten (6), Masern (5), Brucellose (3), Meningokokken-invasive Infektion (3).

### Impfpräventable Erkrankungen

Flüchtlinge stammen häufig aus Ländern mit zerrütteten Gesundheitssystemen und sind daher nicht ausreichend geimpft. Durch die Flucht geschwächte Menschen, die auf engem Raum im gesamten Bundesgebiet zusammenleben, infizieren sich besonders leicht. Die Impfbereitschaft der Flüchtlinge ist aber extrem hoch. Ein Auftreten von in Europa fast ausgerotteten Krankheiten (wie Polio) ist bei guter Durchimpfung der Flüchtlinge und Helfer nicht zu befürchten.

Insbesondere in der kalten Jahreszeit sind Grippe-Wellen in Flüchtlingsunterkünften zu befürchten. In einigen Einrichtungen gab es Fälle von Hepatitis A, was zu aufwendigen Riegelungsimpfungen führte. Weitaus häufiger treten Varizellen und Rotavirus-Gastroenteritiden auf.

Die uns bekannten typischen Effloreszenzen der sogenannten „Kinderkrankheiten“ imponieren auf dunkler Haut anders als bei Kaukasiern. Das makulopapulöse Masernexanthem auf dunkler Haut wird eher durch

Darüberstreichen bemerkt als gesehen, es fühlt sich wie „Sandpapier“ an. Die übrigen klinischen Zeichen wie Koplik-Flecken, Fieber, Lichtscheue, Konjunktivitis, Rhinitis und auch der ausgeprägte Lympho- und Neurotropismus sind aber identisch.

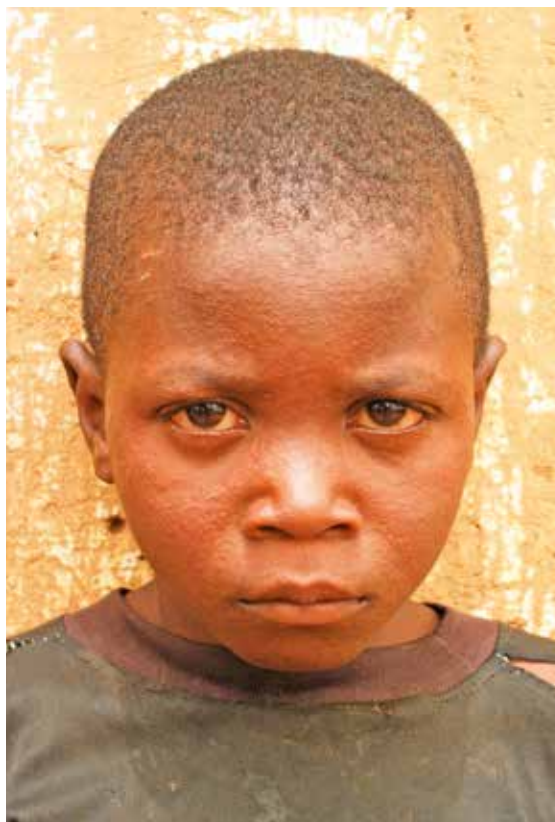


Abb. 1: Masern auf dunkler Haut

### Bakterielle Erkrankungen

#### Haut

Neben häufigen Pyodermien und superinfizierten Wunden sollte bei allen nicht heilenden Wunden eine weiter abklärende Diagnostik erfolgen. Ggf. ist ein Infektiologe oder Tropenmediziner zu Rate zu ziehen. Differenzialdiagnostisch sind folgende seltenen bakteriellen Erreger und Erkrankungen in Erwägung zu ziehen, die völlig unterschiedlich behandelt werden:

- Hautdiphtherie (*Corynebacterium diphtheriae*, in der Regel nicht Toxin bildend)
- Hauttuberkulose (*Mycobacterium tuberculosis*)
- Buruli Ulkus (*Mycobacterium ulcerans*)
- Lepra (*Mycobacterium leprae*)
- Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE), oder atypische Erreger wie *Pseudomonas*-Infektion

#### Systemische Erkrankungen

Bei unklarem Fieber ohne sichere Genese sollte ggf. ein Infektiologe oder Tropenmediziner hinzugezogen werden. Bei Herkunft oder Fluchtroute aus Malaria-endemischen Gebieten muss notfallmäßig immer die Malaria-Infektion ausgeschlossen werden. Generell sollte bei unklaren Befunden und Symptomen auch immer die Tuberkulose abgeklärt werden. Zusätzlich kommen



mehrere seltene Differenzialdiagnosen (unvollständige Liste) mit völlig verschiedenen Therapien in Betracht:

- Fleckfieber mit Tache noire oder Eschar (*Rickettsia prowazekii*)
- Läuserückfallfieber (*Borrelia recurrentis*)
- Leptospirose (*Leptospira interrogans*)

- Brucellose (*Brucella suis*, -abortus, -melitensis)
- Tetanus

Beim Läuserückfallfieber durch *Borrelia recurrentis* wird das Horn von Afrika (Eritrea, Äthiopien, Somalia) als klassisches Endemiegebiet benannt. Nach den 18 bisher gemeldeten Fällen ist aber davon auszugehen, dass vor allem die Fluchtroute über Libyen infektiologisch eine relevante Rolle spielt. Dort herrschen verheerende hygienische Bedingungen für die Flüchtlinge mit starkem Kleiderlausbefall, der als Vektor der Erkrankung dient. Beim Zerkratzen der Läuse durch starken Juckreiz wird die Lymphe aus der zerquetschen Laus herausgedrückt, die über die Kratzspuren in den Körper des infestierten Menschen eindringt und die infektiösen Borrelien enthält.



Abb. 3: Erythema nodosumleprosum Typ II bei multibazillärer lepromatöser Lepra



Abb. 2: positiver Tuberkulin Hauttest – Herkunftsland Somalia

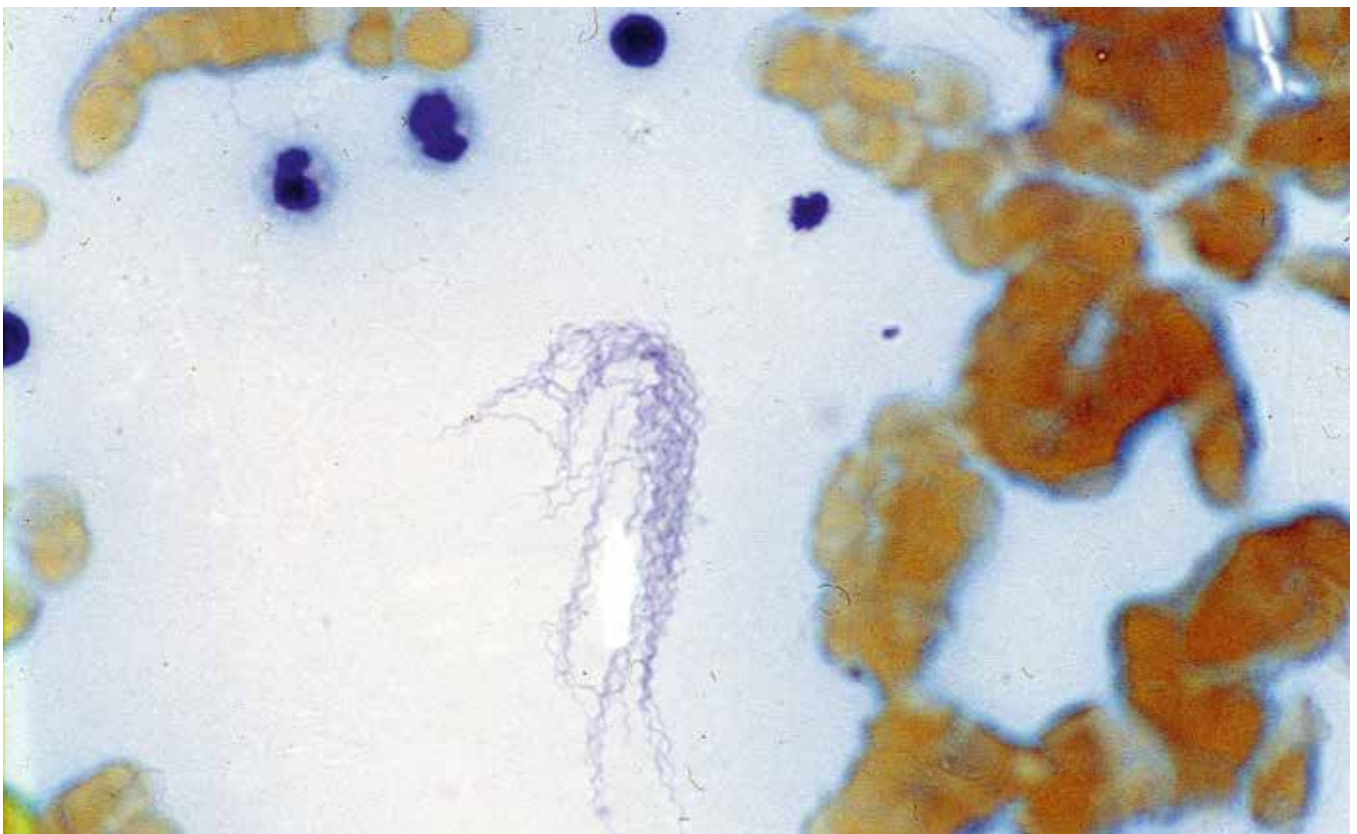


Abb. 4: Läuserückfallfieber (*Borrelia recurrentis* im Dicken Tropfen) – Herkunftsland Äthiopien

## Parasitäre Erkrankungen

### Haut

Parasitäre Hauterkrankungen sind teilweise aus dem Herkunftsland akquiriert oder während der Flucht erworben. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die aus Syrien eingeschleppte „Aleppobeule“ als kutane Leishmaniose der alten Welt. Durch schlechte Hygienemöglichkeiten während der Flucht tritt gehäuft die Skabiesinfektion auf. Weitere mögliche Diagnosen sind unter anderem:

- Larva cutanea migrans (Nematodenlarven)
- Skabies (Krätzmilbe, *Sarcoptes scabiei*)
- Kutane Leishmaniose (*Leishmania major*, *L. infantum*, *L. aethiopica* etc)
- Myiasis (Fliegenmaden)

Die lästige Skabiesinfektion quält viele Flüchtlinge aufgrund der verheerenden Fluchtbedingungen und dabei erschwerter körperlicher Hygiene. Die Flüchtlinge klagen insbesondere über nächtlichen starken Juckreiz und weisen die typischen Läsionen der Krätzmilben vor allem intertriginär, an den Mamillen und im Genitalbereich auf. Bei Kleinkindern können diese aufgrund der weichen Haut auch am ganzen Körper auftreten. Die Effloreszenzen neigen bei starkem Juckreiz oft zu bakterieller Superinfektion. Bislang ist in Deutschland nur das topisch anzuwendende Permethrin zur Therapie zugelassen. Das ist jedoch bei den hohen Fallzahlen in den Unterkünften schwierig durchzuführen und von vielen Rezidiven begleitet. Ab Sommer 2016 wird aber auch in Deutschland der Wirkstoff Ivermectin zur systemischen Behandlung der Skabies zugelassen (wie bereits seit Jahren in Frankreich). Ivermectin kann Kindern >15 Kg Körpergewicht als Einzeldosis gegeben werden in einer Dosis von 200 µg/kgKG. Bei schwerem Befall kann die Dosis nach sieben Tagen wiederholt werden. Zusätzlich muss jedoch weiterhin die Körper- und Bettwäsche bei >60 °C gewaschen werden, oder alle Kleidung und Bettwäsche in verschlossenen Plastiktüten über vier Tage bei Raumtemperatur gelagert werden.

Die kutane Leishmaniose tritt häufig bei syrischen Flüchtlingen mit der klassischen Aleppobeule auf. Sie findet sich aber auch gehäuft bei Flüchtlingen aus Pakistan, Afghanistan und dem Irak. Es gibt selbstlimitierende Verläufe. Aber insbesondere bei Läsionen im Gesichtsbereich sollte wegen der entstehenden Narbenbildung nach suffizienter Diagnostik die Therapie erfolgen. Die Therapie der kutanen Leishmaniose gehört in die Hände von erfahrenen Infektiologen oder Tropenmedizinern. Hautbiopsien sollten wegen der Narbenbildung möglichst nicht im Gesicht gemacht werden, sondern an weniger beeinträchtigenden Läsionen, z.B. an der Hand. Die Hautbiopsie sollte immer im reaktiven, inflammatorischen Randwall entnommen werden und nicht im Bereich der zentralen Nekrose.

Es gibt eine AWMF-S1 Leitlinie zur Behandlung der kutanen Leishmaniose und einen umfangreichen Übersichtsartikel zu Leishmaniosen im Kindesalter in der Monatsschrift Kinderheilkunde vom März 2006.

[http://www.derma.de/fileadmin/derma/downloads/Aerzte/Leitlinien/ll\\_kutane\\_mukokutane\\_leishmaniasis.pdf](http://www.derma.de/fileadmin/derma/downloads/Aerzte/Leitlinien/ll_kutane_mukokutane_leishmaniasis.pdf)

<http://link.springer.com/article/10.1007/s00112-006-1302-y>

### Systemische parasitäre Erkrankung

Die Malaria-Infektion ist als tropenmedizinischer Notfall in den Vordergrund zu stellen. Bei Verdacht einer Malaria tropica Infektion durch *Plasmodium falciparum* muss noch am gleichen Tag die Diagnostik (Erregernachweis und ausgezählter Parasitämie im Dicken Tropen und Blutausstrich vorliegen) und die antiparasitäre Therapie sofort eingeleitet werden. Der Malariaschnelltest dient nur dem Erkrankungsnach-



Abb. 5+6: kutane Leishmaniose – Herkunftsland Syrien (gleicher Patient)





Abb. 7: Hautbiopsie kutane Leishmaniose an der Hand – Herkunftsland Syrien (gleicher Patient)

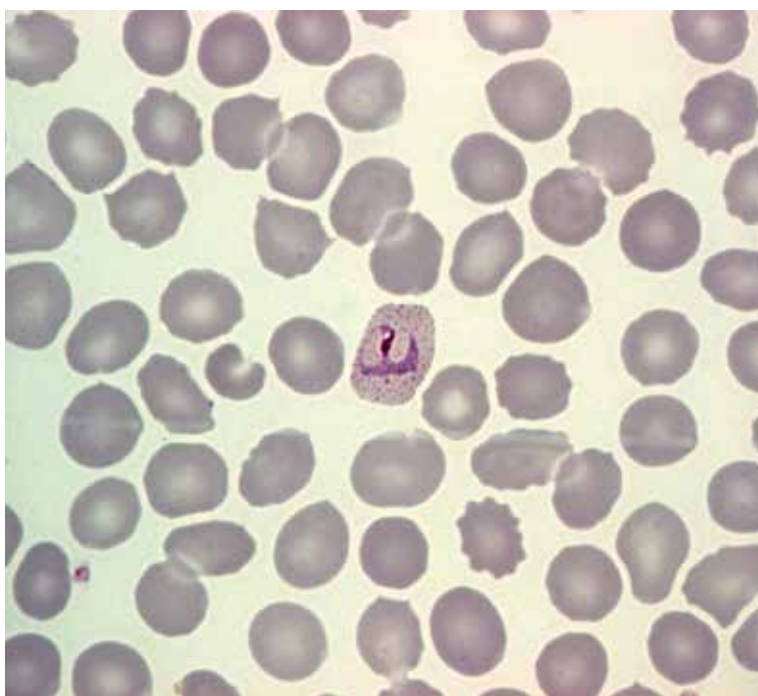


Abb. 8: Malaria tertiana Plasmodium vivax – Herkunftsland Afghanistan

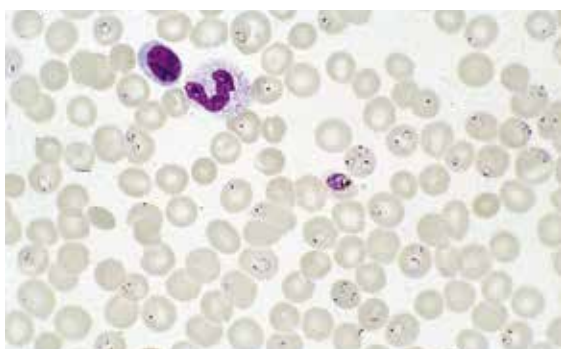


Abb. 9: Malaria tropica – Herkunftsland Somalia

weis (und ggf. Therapiebeginn) bis das mikroskopische Resultat vorliegt. Serologien zum Malaria-Nachweis sind absolut obsolet und haben keinerlei Stellenwert in der akuten Diagnostik. Jegliche Zeitverzögerung in der Diagnostik und damit verzögerter Therapiebeginn können bei der Malaria tropica lebensbedrohende Folgen haben. Für die Möglichkeit einer Malariainfektion muss man die Epidemiologie der Malaria in den Herkunftsländern kennen. Aber neben den klassischen Endemiegebieten spielt auch hier die Fluchtroute eine Rolle. In Libyen tritt gehäuft Malaria tertiana durch Plasmodium vivax auf. Diese Form der Malariainfektion sehen wir unter den Flüchtlingen gehäuft. Nicht so bekannt ist aber, dass auch in den Niederungen von Pakistan und Afghanistan Malaria vorkommt (5 % Malaria tropica und 95 % M. tertiana). Im Falle einer Malariainfektion sollte unbedingt ein versierter Tropenmediziner oder Infektiologe kontaktiert werden und das Kind hospitalisiert werden.

Im Oktober 2015 ist eine aktualisierte S3 Leitlinie zur Behandlung der Malaria veröffentlicht worden.

### Fazit für die Praxis

Flüchtlinge leiden an den gleichen Infektionserkrankungen wie die hiesige Bevölkerung. Asylsuchende Kinder und Jugendliche sind durch die Strapazen der Flucht, den Lebensbedingungen auf der Flucht und durch die nicht kindgerechten Unterbringungen in den Not- und Gemeinschaftsunterkünften stark gesundheitsgefährdet. Sie sind keine gefährdende, sondern eine besonders gefährdete Patientengruppe. Seltene Infektionserkrankungen durch Viren, Bakterien und Parasiten kommen auch nur selten vor. Diese sind bei fachgerechter Behandlung sämtlich gut therapierbar. Die Sprachbarriere führt aufgrund der erschwerten Anamnese und der erschwerten Therapie-Vermittlung zur schlechteren medizinischen Versorgung. Die Barriere zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen muss niederschwellig sein. Es darf kein Zwei- oder sogar Dreiklassensystem in der medizinischen Versorgung in Deutschland entstehen. Die gesundheitliche Versorgung von Minderjährigen sollte sich an die UN-Kinderrechtskonvention halten und das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit anerkennen.

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

*Dr. med. Christa-Maria Kitz  
Oberärztin (Kinderpneumologie, Tropenmedizin)  
Missio Kinderklinik am Mönchberg  
Salvatorstr. 7  
97074 Würzburg  
Tel.: 0931/7911  
E-Mail: christa.kitz@missioklinik.de*

Red.: Huppertz

# Läuserückfallfieber – ein alter Bekannter im (neuen) Gewand

Durch Läuse oder Zecken übertragenes Rückfallfieber ist in Deutschland und den meisten Teilen Europas eine ausschließlich importierte, insgesamt seltene Erkrankung, die nur wenigen Ärzten geläufig ist. Im Rahmen der größten Flüchtlings-Migrationsbewegung seit dem 2. Weltkrieg sind in den vergangenen Monaten in Deutschland, wie auch in anderen europäischen Staaten, eine Vielzahl an Fällen von Läuserückfallfieber bei Migranten aus Afrika aufgetreten. In Deutschland wurden zwischen Juli und Dezember 2015 insgesamt mehr als 30 Fälle dieser bei uns weitestgehend unbekanntem Erkrankung diagnostiziert [1] [Wieser et al. DMW 2015, submitted], darunter gab es auch einen Todesfall. Unsere niederländischen Nachbarn und die Kollegen aus der Schweiz haben von drei Fällen berichtet. Zudem wurde von Fällen aus Italien berichtet, in einem Artikel sogar von einer endogenen Übertragung auf italienischem Boden [2,3]. Während Läuserückfallfieber ausschließlich bei Migranten beobachtet wurde, handelt es sich bei Zeckenrückfallfieber um eine meist von Touristen importierte Infektionserkrankung.

## Erreger und Epidemiologie

Erreger des *Febris recurrens* sind verschiedene Spezies der Gattung *Borrelia*. Dabei handelt es sich um gram-negative, stark bewegliche Spiralbakterien (Spirochäten) mit einer Länge von 10-30 µm und einem Durchmesser von 0,2-0,5 µm [4]. Man unterscheidet zwischen dem sogenannten **Epidemischen Rückfallfieber** (Läuserückfallfieber, **LBRF**: *Louse Borne Relapsing Fever*) und dem **Endemischen Rückfallfieber** (Zeckenrückfallfieber, **TBRF**: *Tick Borne Relapsing Fever*). Während *Borrelia recurrentis* alleiniger bislang bekannter Erreger des LBRF ist, wird das heutzutage wesentlich häufigere TBRF durch mehr als 15 verschiedene *Borrelia*-Spezies mit unterschiedlicher geographischer Verbreitung verursacht (u.a. *Borrelia duttonii*, *B. hispanica*, *B. latyschewii*, *B. persica*, *B. mazottii*) [5]. Diese werden fast ausschließlich durch Lederzecken der Gattung *Ornithodoros* übertragen. Abgesehen von *B. duttonii*, für die der Mensch derzeit als einziger gesicherter Wirt gilt, haben Borrelien aus dem TBRF Komplex vor allem Nagetiere als Wirte. Entsprechend der Zecken-Übertragung treten Infektionen des Menschen hauptsächlich sporadisch auf, Ausbrüche sind selten. In einigen afrikanischen Ländern gehört TBRF zu den häufigsten Ursachen fieberhafter Erkrankungen, insbesondere in ländlichen Regionen [6,7].

Läuserückfallfieber (LBRF) kann unter schlechten hygienischen Bedingungen (mangelhafte Körper-, Kleidungs- und Wohnungshygiene) auftreten, wie sie u.a. in Massenquartieren und Flüchtlingslagern oftmals zu finden sind. Epidemische Häufungen sind insbesondere in Kriegs- und Katastrophensituationen bekannt. Allein in den beiden Weltkriegen waren weltweit mehrere

Millionen Menschen durch große Ausbrüche mit zum Teil sehr hoher Mortalität betroffen. Es existieren geographisch begrenzte Endemie-Herde in Nord-, Zentral- und Ostafrika (insbesondere im Hochland von Äthiopien), möglicherweise auch in Asien und Südamerika. Ihre Zahl war in den letzten Jahren rückläufig.

Für das durch *B. recurrentis* hervorgerufene und durch Körperläuse (*Pediculus humanus humanus*) übertragene LBRF ist der Mensch der einzige Wirt. Körperläuse, auch als Kleiderläuse bekannt, nehmen die Borrelien beim Saugakt an erkrankten Menschen auf und bleiben ihr ganzes Leben lang infiziert; eine direkte Transmission auf die Nachkommen findet nicht statt. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt dabei nicht durch den Stich der Laus, sondern über die Haut, wenn Läuse aufgrund des Juckreizes während des Saugaktes zerquetscht oder zerdrückt werden. Die Haut der betroffenen Patienten ist aufgrund des Kratzens bei juckendem Lausbefall teilweise mazeriert, sodass die in der Hämolymphe der Laus vorhandenen Borrelien beim Kratzen in winzigen Hautläsionen eingerieben werden und der Mensch auf diesem Wege infiziert wird. Eine direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung erfolgt in der Regel nicht.

## Erkrankungsbild

Läuse- und Zeckenrückfallfieber sind klinisch nicht voneinander zu unterscheiden. Rückfallfieber tritt nach einer Inkubationszeit von meist 4-8 (max. Spanne 2-15) Tagen abrupt auf und ist typischerweise durch hohes Fieber (39°C - 41°C) und wiederkehrende Fieberschübe gekennzeichnet. Meist besteht ein recht schweres Krankheitsgefühl begleitet von Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen. In manchen Fällen werden auch Nackenstei-



Dr. Ulrich von Both<sup>1,2</sup>

Dr. Andreas Wieser<sup>2,3</sup>

Dr. Martin Alberer<sup>2</sup>

Dr. Volker Fingerle<sup>4</sup>

Prof. Dr. Johannes Hübner<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung Pädiatrische Infektiologie, Dr. von Hauner'sches Kinderspital, LMU, München

<sup>2</sup> Abteilung Infektions- und Tropenmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), München

<sup>3</sup> Max von Pettenkofer-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), München

<sup>4</sup> Nationales Referenzzentrum für Borrelien (NRZ), Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)



fe, Schwindelzustände, Übelkeit, Verwirrtheit und (bei LBRF) oft ein nicht produktiver Husten beobachtet. In den Laboruntersuchungen findet sich meist ein erhöhtes CRP bei normwertigen bis leicht erhöhten Leukozytenzahlen sowie eine dezente normozytäre Anämie. Im Verlauf kommt es oft zu einem ausgeprägten Abfall der Thrombozyten. Komplikationen können insbesondere durch Lungen-, Herz-, Leber- und ZNS-Beteiligung auftreten. Der initiale Fieberschub dauert bei LBRF meist zwischen 5 und 7 Tage. Häufig tritt ein sogenanntes „Krisen-Phänomen“ am Ende des ersten Fieberschubs auf. Dabei kann es zu einer weiteren Fieberspitze, Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg sowie Rigor kommen. Darauf folgt ein rascher Fieberabfall mit Schweißausbruch und einem oft hämodynamisch relevanten massiven Blutdruckabfall. Die meisten Todesfälle bei unbehandeltem Rückfallfieber treten während oder kurz nach dieser „Krise“ auf. Nach Entfieberung und jeweils typischerweise 4-6 tägigen Pausen (Extreme 1-21 Tage) kommt es zu Fieber-**Rückfällen**, die meist leichter verlaufen. Unbehandelt beträgt die Letalität beim LBRF 10-70%; die antibiotische Therapie senkt diese Rate auf unter 5%.

### Diagnosestellung

Die Differenzialdiagnosen des Rückfallfiebers sind zahlreich. Verschiedene parasitäre, virale und bakterielle

Erkrankungen kommen aufgrund der oben genannten unspezifischen Symptome in Frage. Ganz entscheidend ist die Anamnese, mit entsprechenden Fragen nach Herkunft bzw. Reisen. Die Malaria stellt die wohl wichtigste Differenzialdiagnose bei den betroffenen Patienten dar, denn Rückfallfieber-Endemiegebiete sind meist auch Malaria-Endemiegebiete. Daher sollte bei Fieber und einer entsprechenden Herkunfts- / Reiseanamnese stets ein Malariaausschluss erfolgen. Weitere Differenzialdiagnosen umfassen Infektionen durch Rickettsien, Ehrlichien und Anaplasmen. Auch Typhus/Paratyphus, Leptospirose und Brucellose sind in die Überlegungen mit einzubeziehen, ebenso wie virale Erkrankungen, z. B. Influenza oder (bei Reisen in entsprechende Endemiegebiete) Denguefieber und andere Arbovirosen.

Die mikrobiologische Diagnostik basiert in den meisten Fällen auf dem lichtmikroskopischen Direktnachweis der Erreger im Blutausschlag bzw. dicken Tropfen (siehe Abbildung 1). Der Direktnachweis gelingt am besten aus Blut, das während eines Fieberschubes vor Therapie entnommen wurde, wobei der lichtmikroskopische Nachweis erst ab einer Dichte von ca.  $10^3$ - $10^4$  Borrelien/ml Blut möglich ist. Alternativ können bewegliche Spirochäten in Speziallabors auch mittels Dunkelfeld- oder Phasenkontrastmikroskopie nachgewiesen werden. Zu betonen ist, dass mikroskopische Methoden primär nur die Aussage „Nachweis von

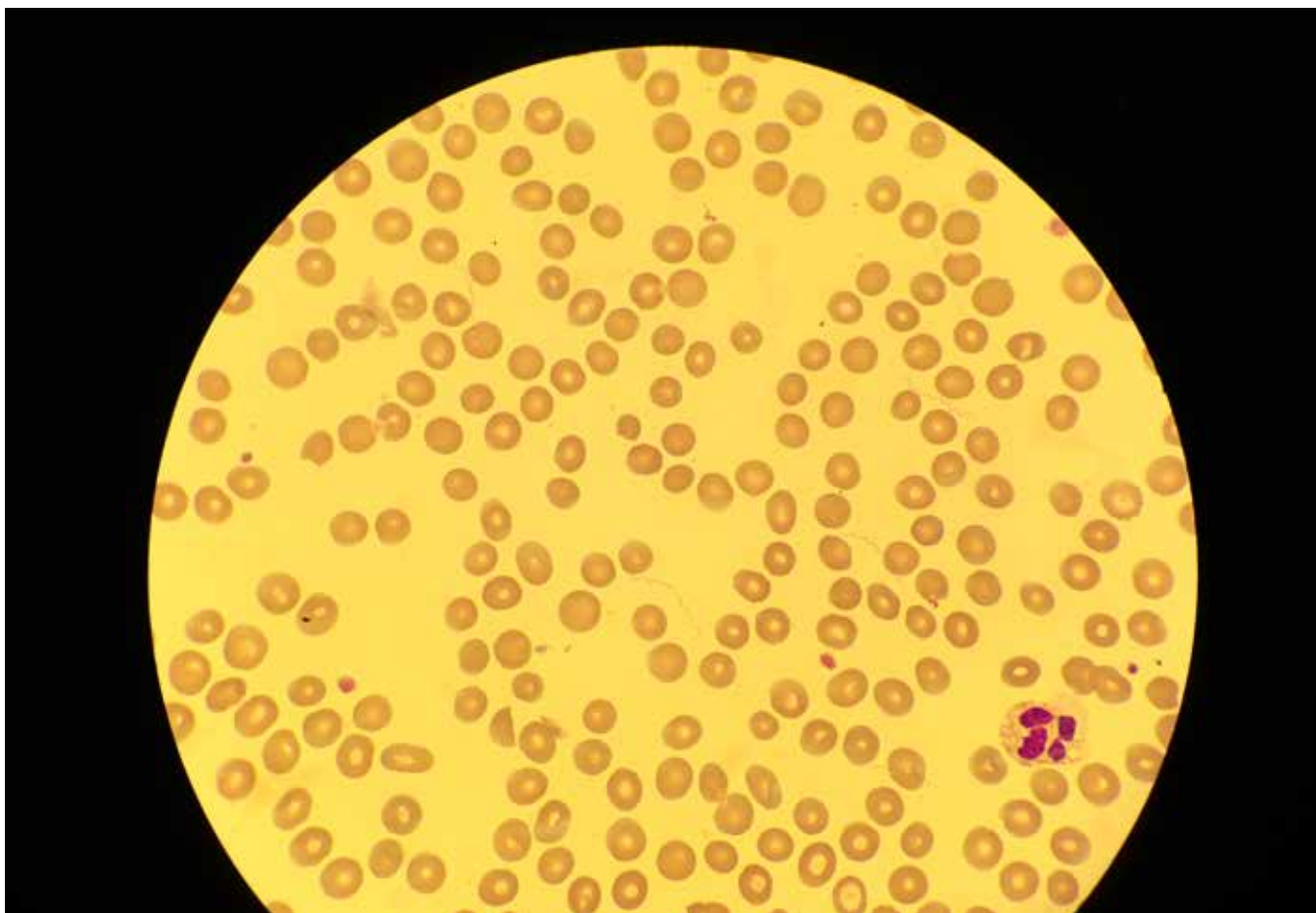


Abb. 1: Lichtmikroskopisches Bild: Spirochäten im Blutausschlag, *B. recurrentis* anschließend molekulargenetisch bestätigt.

Foto: © Dr. M. Alberer, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin, KUM, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), München.

Spirochäten“ erlauben, eine Speziesidentifikation ist nicht möglich. Weiterhin ist das Ergebnis stark abhängig von der Erfahrung des Untersuchers, weshalb bei Verdacht auf Rückfallfieber-Borreliose für die weiterführende Diagnostik die umgehende Kontaktaufnahme mit den regionalen Tropeninstituten und u.U. größeren mikrobiologischen Laboratorien oder dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Borrelien anzuraten ist. Dort kann der molekulargenetische Nachweis und damit auch die endgültige Diagnosestellung erfolgen. Der direkte oder indirekte Nachweis von *B. recurrentis* ist nach §7 IfSG namentlich meldepflichtig.

## Therapie

So schwierig auch die Abgrenzung gegenüber anderen Differenzialdiagnosen sein mag, die Therapie des Läuserückfallfiebers ist einfach und sehr wirksam. Am besten geeignet sind Tetrazykline (Doxycyclin), aber auch Penicilline, wenn der Einsatz von Tetrazyklinen, vor allem für Kinder, nicht zugelassen ist. Die Wirksamkeit von Makroliden ist weniger gut belegt, stellt jedoch eine Alternative in der Schwangerschaft dar. Cephalosporine erwiesen sich in Einzelfällen ebenfalls als wirksam. Das in Afrika häufig eingesetzte Chloramphenicol ist ebenfalls wirksam, in Deutschland aber vor allem wegen der gut verträglichen Alternativen nicht relevant. Erworbene Antibiotika-Resistenzen sind bei Rückfallfieber Borrelien bislang nicht bekannt. Generell wird der Einsatz von Tetrazyklinen favorisiert, da sie am besten wirksam sind und die niedrigste Rezidivrate beobachtet wurde [8]. Dabei kommt in der Regel Doxycyclin (p.o. oder i.v.) zum Einsatz. Alternativ steht Penicillin G i.v. oder i.m. als Standardtherapie zur Verfügung. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass es häufig innerhalb weniger Stunden nach Therapie-Einleitung zu einer **Jarisch-Herxheimer Reaktion** kommen kann, die in seltenen Fällen auch lebensbedrohlich verläuft. Beim LBRF ist dies bei bis zu 80% der Fälle zu beobachten. Daher sollte die Therapie niemals ambulant, sondern immer stationär unter Überwachung der Vitalparameter erfolgen. Die Eliminierung der Erreger aus dem Blut erfolgt dabei sehr schnell; nach 8 Stunden sind in der Regel keine Spirochäten mehr im Ausstrich nachweisbar. Die Therapie könnte bei LBRF als Einzeldosis verabreicht werden, jedoch ergeben sich in Kompartimenten mit begrenzter Antibiotikapenetrationsfähigkeit, wie z. B. im ZNS oder anderen Organen oftmals Nischen, in denen die Erreger (bei inadäquater oder zu kurzer Antibiotikatherapiedauer) persistieren und dann zu Rückfällen führen können. Dies ist vor allem bei TBRF der Fall, bei dem teilweise Rückfallquoten von bis zu 20% (trotz antibiotischer Therapie) beobachtet wurden [9,10]. Um dies zu umgehen werden längere Therapiedauern von 7 bis 10 Tagen sowohl für TBRF und z.T. auch für LBRF empfohlen. Obwohl die Rückfallquote nach Einmalgabe bei *B. recurrentis* bei nur ca. 5% liegt und hier, wie oben dargelegt, eine Einzeldosis Doxycyclin durchaus zu vertreten wäre [11-13], wird im Allgemeinen in Deutschland eine **3- bis 10- tägige Therapie** durchgeführt.

## Klinische Fall-Beschreibung

Von Juli bis Ende Dezember 2015 wurden mehr als 30 Läuserückfallfieber Fälle in Bayern gemeldet [Wieser et al. DMW 2015, submitted]. Die Patienten stammten allesamt ursprünglich aus der Gegend um das Horn von Afrika und waren nach teilweise längeren Aufenthalten in Libyen über das Mittelmeer und Italien nach Deutschland gelangt [1].

Mehrere Patienten wurden auch im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital betreut. Der im Folgenden beschriebene Fall eines 16-jährigen Somali soll als klinisches Beispiel dienen. Der Patient war im August vor seiner Unterkunft hochfiebernd kollabiert und gab bei Aufnahme schwere Kopf- und Abdominal-Schmerzen an. Er hatte im Mai 2014 Somalia verlassen. Seine Route führte ihn über Äthiopien und den Süd-Sudan nach Libyen, wo er mehr als 6 Monate unter unhygienischen Verhältnissen in einem Lager/Gefängnis verbrachte. Dort, so berichtete er, habe er an einem den ganzen Körper betreffenden Juckreiz gelitten. Kurz nach seiner Abreise nach Italien (Anfang August 2015) erkrankte er dann erstmals mit Fieber, Kopfweh und Erbrechen (retrospektiv vermutlich die erste Episode des LBRF). Bei Aufnahme war er hochfebril und litt unter starken Kopf und Glieder- sowie abdominellen Schmerzen, die zur Linderung Novalgins-Gaben erforderten. Laborchemisch wies er stark erhöhte Entzündungsparameter (C-reaktives Protein 250 mg/l [CRP, Norm:  $\leq 5$ mg/l], Procalcitonin 17.6 ng/ml [PCT, Norm:  $\leq 0.15$ ng/ml]), eine Leukozytose  $>17$  G/l [Norm: 4.5-10 G/l] sowie eine Thrombozytopenie 47 G/l [Norm: 150-360 G/l] auf. Unter antibiotischer Therapie mit Doxycyclin (2x100mg IV) zeigte er am ersten Tag der Therapie eine Jarisch-Herxheimer-Reaktion, die mit Volumengabe gut beherrschbar war. Der weitere klinische Verlauf war komplikationslos. Ein weiterer unserer jugendlichen somalischen Patienten musste jedoch aufgrund eines schweren ARDS im Rahmen einer Jarisch-Herxheimer-Reaktion auf der Intensiv-Pflegestation behandelt und mehrere Tage mechanisch beatmet werden.

Laut kürzlich publizierter Fall-Studien zeigten mehr als 10% aller Patienten einen initial komplizierteren Verlauf und waren bei Einlieferung oder kurz nach Therapiebeginn aufgrund einer respiratorischen Insuffizienz intubationspflichtig. Ein Patient konnte jedoch auch unter Einsatz einer massiven intensivmedizinischen Therapie nicht gerettet werden [1] [Wieser et al. DMW 2015, submitted]. Zusammenfassend unterstreichen die hier erwähnten Fälle die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung und stationären Überwachung zumindest während der Anfangsphase der antibiotischen Therapie.

## Infektionsschutz

Es gibt aktuell keinerlei Anzeichen dafür, dass es in Bayern zur Übertragung der Erkrankung gekommen ist. Primäre Präventivmaßnahmen wurden umgehend in den entsprechenden Einrichtungen, in denen Patienten untergebracht waren, umgesetzt. Allen Kontakt-

Personen der betroffenen Patienten wurde das regelmäßige Wechseln, Waschen und Trocknen der Kleidung und der Bettwäsche empfohlen. Allgemein gilt jedoch, dass Basis-Hygiene-Maßnahmen ausreichen, um einen Lausbefall zu verhindern und damit die Übertragung der Infektion zu unterbinden.

Um die Aufmerksamkeit der medizinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis zu schärfen, hat der öffentliche Gesundheitsdienst, allen voran das NRZ für Borrelien sowie das Robert-Koch-Institut (RKI), Informationen zur klinischen Symptomatik und allgemeinen Epidemiologie durch verschiedene Medien bereitgestellt. Informationsblätter zum Vorgehen bei Verdacht auf LBRF sollen helfen, das Management der betroffenen Patienten zu verbessern und in Sachen Infektionsschutz aufzuklären (siehe Links am Ende dieses Artikels).

### Fazit für die Praxis

Das LBRF ist eine wichtige Differenzialdiagnose bei Migranten mit Fieber und Kopf-/Gliederschmerzen, vor allem wenn diese aus der Gegend um das Horn von Afrika (Äthiopien, Eritrea, Somalia, Süd-Sudan, Sudan) stammen. Allerdings ist unter Berücksichtigung der In-

kubationszeit und der durchschnittlichen Reisedauer der bislang in Bayern diagnostizierten Patienten davon auszugehen, dass der Großteil der Infektionen nicht primär aus ostafrikanischen Herkunftsländern eingeschleppt wurde, sondern beim Aufenthalt in Nordafrika, vor allem in Libyen, erworben wurde. Eine aktuelle Arbeit weist zudem auf mögliche Übertragungen auf italienischem Boden hin [3].

Der große und andauernde Zustrom von Migranten stellt die Gesundheitssysteme der aufnehmenden Länder vor große Herausforderungen. Es ist ganz entscheidend, dass wir der Surveillance auf europäischer Ebene eine noch größere Bedeutung beimessen, um die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Migranten gewährleisten zu können. Zudem muss eine Übertragung eingeschleppter Krankheiten (wie z. B. auch Skabies oder Infektionen mit *M. tuberculosis*, *Brucella* oder *Burkholderia* Spezies) auf Helfer und Kontaktpersonen, auch der medizinischen Bereiche, durch Einhaltung der Basis-Hygienemaßnahmen vermieden werden. Migranten werden als eine besonders vulnerable Gruppe von Menschen von vielfältigen Erkrankungen bedroht, auch solchen die sonst in Deutschland nicht häufig anzutreffen sind. Sie sind daher eine Hauptzielgruppe für die Prävention und Kontrolle übertragbarer Erkrankungen. Es ist unsere Aufgabe, Infektionserkrankungen in diesen Gruppen zu verhindern oder zu erkennen und sie bei medizinischer Notwendigkeit zu behandeln [14].

### Take Home Message

- Durch Läuse oder auch Zecken übertragenes Rückfallfieber ist eine schwerwiegende Infektionserkrankung, die einer raschen Diagnose und Therapie bedarf.
- Die Reiseanamnese kann wichtige Hinweise auf ein Erkrankungsrisiko geben.
- Die Diagnose kann durch den Blutausstrich gestellt werden, sollte aber in jedem Fall von einem Speziallabor (NRZ, Tropeninstitut) bestätigt werden.
- Immer sollte bei V.a. Rückfallfieber auch eine Malaria als eine wichtige Differenzialdiagnose ausgeschlossen werden – CAVE: Ko-Infektion!
- Therapie der Wahl sind Tetrazykline (Doxycyclin) oder Penicillin (für 3- 10 Tage).
- Insbesondere bei Therapiebeginn kann eine lebensbedrohliche Jarisch-Herxheimer-Reaktion auftreten. Daher sollte die Therapie immer stationär erfolgen, um eine engmaschige Überwachung der Vitalparameter und die Möglichkeit zur raschen Schockbekämpfung (parenterale Flüssigkeitszufuhr, ggf. auch Katecholamin-Gabe) zu gewährleisten.

Weiterführende www Links:

[https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/merkblatt\\_rueckfallfieber.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/merkblatt_rueckfallfieber.pdf)

<http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/L/Laeuserueckfallfieber/Laeuserueckfallfieber.html>

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

**Dr. Ulrich von Both**

**Abteilung Pädiatrische Infektiologie**

**Dr. von Hauner'sches Kinderspital, KUM**

**Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)**

**Lindwurmstr. 4, 80337 München**

**Tel.: 089-4400-52811, Fax: 089-4400-53138**

**ulrich.von.both@med.uni-muenchen.de**

Red.: Heinen

## Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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





# WEGE ZUR INKLUSION

## FRÜHDIAGNOSTIK, FRÜHTHERAPIE, KINDLICHE SOZIALISATION

HERAUSGEGEBEN VON VOLKER MALL, FRIEDRICH VOIGT, NIKOLAI H. JUNG

Kinder sind auf Erwachsene angewiesen, um mit Liebe und Verständnis ihren Weg ins Leben zu finden. Trotz unterschiedlicher Ausgangssituationen soll jedes Kind zu einer selbständigen Persönlichkeit herangebildet werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Diesem Ziel haben sich Herausgeber und Autoren dieses Buches verschrieben. So früh wie möglich müssen Entwicklungsprobleme erkannt werden und Anlass zu gezielter Förderung sein – eine Forderung, die Professor Theodor Hellbrügge schon vor über 50 Jahren publizierte und die seitdem nicht an Aktualität verloren hat.

Themenschwerpunkte dieses Bandes sind die Inhalte von zwei internationalen und interdisziplinären Symposien:

---

### FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE AUF DEM PRÜFSTAND

anlässlich der Besetzung des Stiftungsstuhls für Sozialpädiatrie  
an der TU München 2012

---

---

### KINDLICHE SOZIALISATION, SOZIALE INTEGRATION UND INKLUSION

anlässlich der Verleihung des Arnold-Lucius-Gesell-Preises 2013  
an Prof. Dr. Samuel L. Odom, USA.

---

**WEGE ZUR INKLUSION** ist der erste Band der neuen Reihe  
„Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie“ und wurde mit freundlicher  
Unterstützung der Theodor-Hellbrügge-Stiftung realisiert.

Preis 19,90 €, Hardcover, 17,4 x 24,5 cm, 256 Seiten,  
zahlreiche s/w-Tabellen und Grafiken, Beiträge dt. /teilw. engl.,  
ISBN: 978-3-7950-1921-1





# Aussagekraft von venösen Blutgasanalysen

## CONSILIUM

Prof. Dr. med.  
Reinhard Berner

### Frage

Ich habe eine Frage bezüglich der Aussagekraft von venösen Blutgasanalysen.

In der letzten Zeit hat sich bei uns zunehmend eingebürgert, die Blutgasanalyse zumindest bei Aufnahme nur noch venös zu bestimmen (im Rahmen der normalen Blutentnahme).

- Wann sollte auf jeden Fall eine kapilläre Probe bei Kindern entnommen werden und welche Parameter sind in einer venösen Blutentnahme verwertbar, welche nicht? (pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, stand Bik.?)

### Antwort

Die Blutgasanalyse (BGA) ist ein Verfahren zur Messung des Partialdrucks von Sauerstoff (d. h. des physikalisch im Blut gelösten Sauerstoffs) und Kohlendioxid sowie des pH-Wertes im Blut.

Aus dem Sauerstoffpartialdruck können unter der Annahme einer allgemeingültigen O<sub>2</sub>-Bindungskurve des Hämoglobins die Parameter Sauerstoff-Sättigung sO<sub>2</sub> und Sauerstoff-Konzentration ctO<sub>2</sub> berechnet werden.

Zur Bestimmung des Säure-Basen-Haushalts sind die beiden entscheidenden Messparameter pH und pCO<sub>2</sub>. Aus diesen beiden Analyten können das aktuelle HCO<sub>3</sub> (aus der Henderson-Hasselbalch-Gleichung als Maß für die Gesamt-Pufferkapazität des Blutes), Standard-HCO<sub>3</sub> sowie der Basenüberschuss bzw. die Basenabweichung (Base Excess) errechnet werden.

Die Interpretation der gemessenen und errechneten Werte der Blutgasanalyse beruht auf der Physiologie von arteriellem Blut, so dass primär arterielles Blut für die zuverlässige Beurteilung des Säure-Basen-Haushalts sowie des Sauerstoffstatus untersucht werden sollte.

Bei stabilen Kreislaufverhältnissen kann die kapilläre Blutentnahme eine Alternative zur arteriellen Punktion darstellen, sofern der gewählte Hautbezirk vor der Punktion erwärmt oder auf andere Weise zur Erhöhung

der arteriellen Zirkulation („Hyperämisierung“) stimuliert wurde.

Venöses Blut ist grundsätzlich für die Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (und der abgeleiteten Werte) nicht geeignet, da der Sauerstoffaustausch in den verschiedenen Körperregionen stark unterschiedlich ist und Analysen aus venösem Blut keine verwertbaren Informationen über den Gasaustausch des Patienten liefern. (Nicht eingegangen werden soll an dieser Stelle auf die gemischtvenöse und zentralvenöse Sauerstoffsättigung.) Maßgeblich für die Beurteilung der Oxygenierung ist ohnehin eher die O<sub>2</sub>-Sättigung als der pO<sub>2</sub>, da die Sauerstoffversorgung stärker durch die O<sub>2</sub>-Sättigung des Hämoglobins als durch den Partialdruck im Blut bestimmt wird.

In der klinischen Praxis wird für die Beurteilung der Parameter des Säure-Basen-Haushalts (s. o.) häufig peripher oder zentralvenöses Blut verwendet. Dies ist mit Einschränkungen möglich, es ist hierbei jedoch zu beachten, dass der venöse pH geringfügig niedriger (ca. 0,02) und der venöse pCO<sub>2</sub> geringfügig höher (ca. 5 mmHg) als entsprechende arterielle oder kapilläre Werte liegen.

Die exakte Analyse und Interpretation des Partialdrucks von Sauerstoff und Kohlendioxid ist grundsätzlich nur aus arteriellen oder kapillären Blutproben möglich, und daher sollte primär dieses Material bei Fragestellungen untersucht werden, bei denen es um Diffusions-, Ventilations- oder Perfusionsstörungen geht.

**Prof. Dr. med. Reinhard Berner**

**Universitätsklinikum Carl Gustav Carus**

**Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin**

**Fetscherstr. 74, 01307 Dresden**

#### Referenzen:

O. Müller-Plathe in L. Thomas (Ed.), „Labor und Diagnose“, 5. Aufl., TH-Books, Frankfurt 1998, S. 327ff.  
[http://www.medical.siemens.com/siemens/en\\_GLOBAL/gg\\_diag\\_FBAs/files/services/patientinformation/blutgasfibel\\_060605.pdf](http://www.medical.siemens.com/siemens/en_GLOBAL/gg_diag_FBAs/files/services/patientinformation/blutgasfibel_060605.pdf).

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

### Pneumokokken-Meningitis : Impfdurchbrüche bei Kindern in Frankreich

#### Pneumococcal Meningitis Vaccine Breakthroughs and Failures After Routine 7 and 13 Valent Pneumococcal Conjugate Vaccination in Children in France

Godot C, Levy C, Varon E, Picard C et al. From the \*GPIP (Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique) de la SFP (Société Française de Pédiatrie), Paris, France, Service de pédiatrie générale, The Pediatric Infectious Disease Journal; 34 (10): e260-e263, Oktober 2015

**D**urch die Einführung der Pneumokokken-Konjugat-Impfstoffe (PCV) in die Routine-Impfprogramme in den USA und in Europa konnte die Krankheitslast für invasive Pneumokokken-Erkrankungen, einschließlich der Meningitis, erheblich reduziert werden. In Frankreich wurde die 7-valente PCV 2003 für Kinder < 2 Jahren und 2006 für alle Kinder im Alter von 2, 3 und 4 Monaten mit einem Booster mit 18 Monaten (3+1 Schema) eingeführt. 2008 wurde die Empfehlung verändert: für alle Kinder mit 2 und 4 Monaten mit einem Booster mit 12 Monaten (2+1 Schema). 2010 empfahlen die französischen Gesundheitsbehörden für Säuglinge die 13-valente Pneumokokken-Konjugat-Vakzine (2+1 Programm) als Ersatz für die 7-valente Vakzine. Durch die Einführung der 13-valente Vakzine konnte die Zunahme der Pneumokokken-Erkrankungen durch die Serotypen 19A, 7F und 3 gestoppt werden. Trotzdem kam es noch zu einzelnen Vakzine Durchbrüchen (VBT) oder Vakzine-Versagen (VF).

Die Autorengruppe aus Paris analysierte Pneumokokken-Meningitis (PM) VBT und VF bei Kindern von 2003-2013 nach Einführung der Routine-Impfung mit 7- und 13-valenten Pneumokokken-Konjugat-Impfstoffen in Frankreich.

Die Autoren forderten 233 pädiatrische Abteilungen und 168 mikrobiologische Abteilungen auf, alle bakteriellen Meningitiden

Erkrankungen bei Kindern im Alter von 1 Tag bis 15 Jahren mit einer positiven S.pneumoniae-Kultur im Liquor und/oder Antigen-Test zu melden. Der Impfstatus wurde für jeden einzelnen Fall im Impf-Ausweis überprüft.

Eine Pneumokokken-Infektion wurde mit Standard-Methoden im mikrobiologischen Labor jedes einzelnen Krankenhauses identifiziert. Als VBT wurde eine Meningitis definiert, wenn das Kind 1 PCV-Dosis erhalten hatte, und als VF, wenn das Kind die vollständige Impfserie erhalten hatte oder die vollständigen Aufhol-Dosen. Erkrankungen bei Kindern, deren Impfstatus altersentsprechend auf dem laufenden war, die aber noch nicht die vollständige Impfserie erhalten hatten, wurden als VBT und nicht als VF definiert. Zusätzlich wurde ein 2-Wochen-Intervall zwischen der letzten Impfdosis und der Erkrankung gefordert für die Definition eines VBT oder VF. PM bei Kindern >12 Monaten, die wenigstens 1 PCV-13 Dosis erhalten hatten, wurden als PCV-13 VF gewertet.

Von 2003 – 2013 wurden 1.233 PM Erkrankungen erfasst : 943 (76,5 %) von 2003-2010 in der PCV-7 Ära und 290 (23,5%) in der PCV-13 Ära.

3,2 % der Erkrankungen wurden als VBT ( 24/943 während der PCV7-Zeit, 15/290 während der PCV13 Zeit) und 0,6 % als VF zugeordnet (6/943 während der PCV7-Zeit und 2/290 während der PCV13-Zeit). Dabei ergab sich, dass VBT und VF seltene Ereignisse, vornehmlich bei Kindern < 2 Jahren waren. Häufigster Erregertyp nach Einführung der Impfung war der Serotyp 19F, der damit 3Jahre nach Einführung der PCV 13 Routine-Impfung noch nicht vollständig eliminiert ist. In 11 Fällen lagen Grundkrankheiten vor, die die PM begünstigten.

Die Autoren erwähnen einschränkend, das einzelne VF der Erfassung entgangen sein könnten, obwohl ihr Meningitis Netzwerk für bakterielle Meningitiden seit 12 Jahren stabil funktioniert, auch wurde der Immunstatus nicht für alle Kinder systematisch untersucht. Sie kommen zu dem Schluss dass invasive PM-Erkrankungen als VF trotz PCV-Impfung noch selten auftreten, vornehmlich bei Kindern < 2 Jahren ohne Grundleiden und bei älteren Kindern mit vorhandenem Grundleiden.

### Kommentar

Die Autorengruppe legt eine sorgfältige nationale Analyse der Pneumokokken-Meningitis-Fälle bei französischen Kindern nach Einführung der 7- bzw. 13-valenten konjugierten Pneumokokken-Impfung vor. Durch die umfassende nationale Erhebung konnten sie eine 10 jährige Statistik mit deutlich reduzierter Pneumokokken-Meningitis-Häufigkeit bei geimpften Kindern nachweisen. Besonders überzeugend ist die Unterscheidung in Vakzine-Durchbrüche und Vakzine-Versagen, sowie die häufigerer Serotyp 19F-, 7F und 3 während der 7-valenten Impfung. So war bei Einführung der 7-valenten Impfung der 13-valente Impfstoff schon erhältlich. Einzelne Meningitis-Fälle hätten bei früherer 13-valenter Impfung vermieden werden können.

(Helmut Helwig, Freiburg)

## Ein geringeres Leukämie-Risiko bei Kindern nach einer Enterovirus-Infektion?

### Risk of Leukaemia in Children Infected with Enterovirus: a Nationwide, Retrospective, Population-Based, Taiwanese-Registry, Cohort Study

Lin JN et al., *Lancet Oncol.*, 16 (13): 1335-43, Oktober 2015

**K**rebserkrankungen im Kindesalter kommen insgesamt selten vor. Die Leukämie zählt mit mehr als einem Drittel aller malignen Erkrankungen zu den häufigsten Krebserkrankungen im Kindesalter. Seit Jahrzehnten werden Fall-Kontroll-Studien durchgeführt, um die Ursachen dieser früh auftretenden, heterogenen Erkrankungen zu erkennen. Neben genetischen Faktoren werden Umweltfaktoren, wie zum Beispiel Virus-Infektionen, diskutiert. Wenn die bisherigen Erkenntnisse auch noch begrenzt sind, so weisen epidemiologische Daten auf ein vermehrtes Auftreten der akuten Leukämie in wohlhabenden Gesellschaften hin. Es wird diskutiert, ob dies die Folge einer abnormen Immunantwort bei verzögerter Infekt-Exposition ist. In einer aktuellen Studie wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen Enterovirus-Infektionen und dem Leukämie-Risiko bei Kindern untersucht.

Taiwanische Autoren haben in einer retrospektiven Analyse die Daten von 3.054.336 Kindern und Jugendlichen durchsucht und konnten in der Zeit zwischen dem 1. Januar 2000 und dem 31. Dezember 2007 282.360 Patienten mit einer Enterovirus-Infektion und 282.355 Patienten ohne Enterovirus-Infektion in die Studie aufnehmen. Die Leukämie-Inzidenz betrug 3,26 auf 100.000 Personenjahre für die mit einem Enterovirus infizierte Kohorte und 5,84 für die nicht mit Enteroviren infizierte Kohorte (Sub Hazard Ratio (SHR) 0,44, 95% KI 0,31-0,60;  $p < 0,0001$ ). Kinder mit einer Enterovirus-Infektion wiesen sowohl für die lymphatische Leukämie (SHR 0,44, 95% KI 0,30-0,65;  $p < 0,0001$ ) als auch für die akute myeloische Leukämie (SHR 0,40, 95% KI 0,17-0,97;  $p = 0,04$ ) ein vermindertes Erkrankungsrisiko auf. Herpangina und die Hand-Mund-Fuß-Krankheit waren die wesentlichen Erkrankungen, die mit einem verminderten Leukämie-Risiko assoziiert waren.

Kommentar: Trotz einer Vielzahl von Studien konnte bisher nur eine Ursache, die zur Leukose-Entstehung führt, definitiv geklärt werden. Das ist die Belastung mit ionisierenden Strahlen, wobei keine Schwelle für eine Mutation oder Leukose-Entstehung definiert werden kann. Insgesamt wird das natürliche Strahlenrisiko aber als Risikofaktor gering eingeschätzt. Eher führen genetische Veränderungen und/oder Umgebungs-Einflüsse zu einer Erkrankung. Mehrere Autoren betrachten heute Virus-Infektionen als wichtige, das Leukämie-Risiko beeinflussende Faktoren. Kinlen assoziiert in seiner „Mixing Hypothese“ das Auftreten von Leukosen mit der Exposition gegenüber unbekanntem Erregern. Greaves postuliert eine „Verzögerte Infektions-Hypothese“, nach der Kinder, die eine verzögerte Exposition gegenüber Virusinfekten haben, eine stärkere und möglicherweise abnorme Immunantwort zeigen. Bei beiden Hypothesen wird das Leukose-Risiko invers mit Infektionen assoziiert. Diese Hypothesen werden durch mehrere epidemiologische Untersuchungen gestützt. In einer Meta-Analyse wurde der Einfluss des Tagesstätten-Besuchs bei Kindern unter zwei Jahren, die in diesem Zeitraum besonders infektanfällig sind, untersucht. Die Autoren konnten zeigen, dass der Tagesstätten-Besuch mit einem geringeren Risiko für eine lymphoblastische Leukose assoziiert war. Dies gilt auch für die Ergebnisse von Lin et al. nach Enterovirus-Infektionen, die einen signifikanten Abfall des Leukose-Risikos bei Kindern mit einem Infekt im Vergleich zu einem Nicht-Infekt aufzeigen konnten. Wir wissen nicht, warum Enteroviren zu einem Rückgang des Leukose-Risikos führen, und auch nicht, warum die Herpangina und die Hand-Mund-Fuß-Krankheit eine besondere Rolle bei der infektbedingten Reduktion des Leukose-Risikos spielen.

Tiefgreifende Veränderungen in der Umwelt mit höheren Sauberkeits-Standards und der Gesellschaft mit einer geringeren Größe der Familien, haben in den Industrieländern zu einem Rückgang der Infektionskrankheiten geführt. Dieser Rückgang mag zu einem Anstieg immunologisch ausgelöster Erkrankungen geführt haben, wie die 1989 von Strachan formulierte Hygiene-Hypothese vermuten lässt. Möglicherweise muss auch der Zusammenhang zwischen Enterovirus-Infektionen und dem Leukose-Risiko dieser Hypothese zugeordnet werden.

Es mag für Eltern, die ihre Kinder in die Tagesstätte schicken, anstrengend sein, wenn sie immer wieder unter den unterschiedlichsten Infekten leiden. Es sollte sie aber trösten, wenn sie wissen, dass hierdurch das kindliche Immunsystem reguliert und gestärkt wird.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

## Hinweise und Broschüren aus dem Bundesgesundheitsministerium

### Hier die entsprechenden Links:

<http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitssystem/internationale-zusammenarbeit/migration-und-integration/fluechtlinge-und-gesundheit/fachinformationen-fuer-medizinisches-personal.html>

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/160115-ratgeber-gesundheit-fuer-asylsuchende-in-deutschland-veroeffentlicht.html>

### Download

Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland (Deutsch) PDF-Datei (PDF) 4 MB

Health Guide for Asylum Seekers (English) PDF-Datei (PDF) 4 MB

Health Guide for Asylum Seekers (Arabic) PDF-Datei (PDF) 783 KB

Health Guide for Asylum Seekers (Kurdish) PDF-Datei (PDF) 4 MB

Health Guide for Asylum Seekers (Pashto) PDF-Datei (PDF) 5 MB

WH

# Welche Diagnose wird gestellt?

Lena Schulz, Peter H. Höger



Beidseits plantar, links betont, finden sich multiple livid-erythematöse Knoten, die sehr druckschmerzhaft sind

## Anamnese

Ein fast acht Jahre altes Mädchen stellt sich mit plötzlich auftretenden plantaren Schmerzen sowie Rötung und Schwellung an den Fußsohlen beidseits vor, sodass eine Belastung nicht mehr möglich ist. Ein vorangehender Infekt oder Trauma sei nicht erinnerlich. Einen Tag vor Beginn der jetzigen Erkrankung sei die Patientin im Schwimmbad gewesen und dort barfuß mit nassen Füßen zur Außenrutsche gelaufen. Zu diesem Zeitpunkt betragen die Außentemperaturen  $-7^{\circ}\text{C}$ .

## Untersuchungsbefund

7,11 Jahre altes Mädchen in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Plantar am linken Fuß 0,5 – 2,0 cm große livid-rötliche Maculae und nodöse Erytheme, die schon bei leichter Berührung schmerzhaft sind. Am rechten Vorfuss und an rechter Ferse medial ebenfalls zwei nodöse, ca. 1,5 cm durchmessende, druckschmerzhafte Maculae. Übrige pädiatrische Untersuchung unauffällig.

## Diagnostik

Blutbild unauffällig. CRP 20 mg/l. ASL Titer 677 IU/ml (Normbereich 0- 200 IU/ml). Anti-Streptokokken DNase B 555 U/ml (Referenz <240 U/ml). Sonographisch zeigt sich ein diffuses subkutanes Ödem der Fußsohlen beidseits.

## 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 mindesten 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:

### Plantare ekkrine Hidradenitis

Die plantare ekkrine Hidradenitis (Syn.: Idiopathische ekkrine Hidradenitis, Neutrophile ekkrine Hidradenitis) ist eine entzündliche Erkrankung der ekkrinen plantaren und/oder palmaren Schweißdrüsen. Sie tritt bevorzugt bei Kindern mit einem Häufigkeitsgipfel um das 6. Lebensjahr auf und wird vermehrt im Herbst und Winter beobachtet. Typisch ist das bilaterale Auftreten schmerzhafter, entzündlicher Knoten bei meist uneinträchtigttem Allgemeinbefinden (1, 2). Der plantare Schmerz kann allerdings so ausgeprägt sein, dass die Kinder vollständig immobilisiert sind. Rezidivierende Verläufe werden in bis zu 50% der Fälle beobachtet. In diesen Fällen kann durch die wiederkehrende „Laufunlust“ der Eindruck einer motorischen Entwicklungsverzögerung (3) oder einer rheumatischen Erkrankung entstehen.

Typische Auslöser der Erkrankung sind längere Feuchtigkeits- oder Kälteexposition z.B. durch Aufenthalt im Wasser und nassen Strümpfen oder Schuhen (4). Der Erkrankung liegt eine sterile, neutrophile Entzündung der Schweißdrüsenausführungsgänge zugrunde, die die physikalisch induzierte ödematöse Verquellung der Schweißdrüsenausführungsgänge verstärkt (5). Gelegentlich – wie möglicherweise auch im vorliegenden Fall – spielen vorangehende Infektionen mit Streptokokken der Gruppe A eine zusätzlich disponierende Rolle; auch Infektionen mit Mykoplasmen und Yersinien wurden als Triggerfaktoren berichtet. Selten kommt es zur Abszess- oder Pustelbildung (6).

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Eine Hautbiopsie ist nur in Ausnahmefällen notwendig.

## Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch sollte an nodöse Erytheme (plantares Erythema nodosum), atypische Pannikulitis, Periarteriitis nodosa und Sarkoidose gedacht werden. Auch das Sweet Syndrom und ein Chillblain Lupus kommen als Differenzialdiagnose in Frage (1).

## Therapie

Die plantare ekkrine Hidradenitis ist eine selbstlimierende Erkrankung. Die meisten Patienten sprechen auf Bettruhe, lokale Wärme und Ibuprofen an. Zusätzlich kann eine Therapie mit topischen Glukokortikoiden hilfreich sein.

### Literaturangaben

1. Andrew Wang und Robert Sidbury. Adnexal Disorders. In: Irvine A, Hoeger P, Yan A (eds.), Harper's Textbook of Pediatric Dermatology, Oxford: Wiley- Blackwell, 3rd Edition 2011, Chapter 94.1.
2. Ben-Amitai D et al. Idiopathic palmoplantar eccrine hidradenitis in children. Eur J Pediatr. 2001; 160: 189-91.
3. HousniAlaoui I et al. An uncommon cause of delayed walking: idiopathic palmoplantar hidradenitis. Arch Pediatr. 2015; 22: 306-8
4. Naimer SA et al. Plantar hidradenitis in children induced by exposure to wet footwear. PediatrEmerg Care. 2000; 16: 182-3
5. Stahr BJ et al. Idiopathic plantar hidradenitis: a neutrophilic eccrine hidradenitis occurring primarily in children. J CutanPathol. 1994; 21: 289-96.
6. Hernández-Martín A et al. Pustular idiopathic recurrent palmoplantar hidradenitis: an unusual clinical feature. J Am AcadDermatol. 2002; 47 (5 suppl):S263-5

**Dr. Lena Schulz**

**Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie**

**Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**

**Liliencronstraße 130**

**22149 Hamburg**

Red.: Höger

# Famulanten – eine Bereicherung für unsere Arbeit



Lernen voneinander: Praxisinhaberin und Famulant

In schöner Regelmäßigkeit erhalten wir Anfragen von Medizinstudenten nach Famulaturmöglichkeiten. Wir – MFA-Team und Ärzte – sagen fast immer zu.

## Warum machen wir das?

Zuerst einmal: Ja, es ist mehr Arbeit. Es beginnt damit, den altersangemessenen Zugang zum Patienten zu vermitteln, helfen, die Scheu zu überwinden, auch sehr kleine Kinder zu untersuchen. Ein zierliches Frühgeborenes auf die Waage zu legen, kostet die meisten Famulanten Überwindung. Untersuchungsabläufe müssen erklärt werden, Techniken gezeigt und unter Anleitung durchgeführt werden. Diagnosen sind zu stellen, Differentialdiagnosen abzuwägen und Therapiepläne und deren Umsetzung unter Umständen mit Teamplayern aus anderen Fachbereichen – HNO, Augenarzt, Hautarzt o. Ä. – zu besprechen. Und immer wieder sind Fragen zu beantworten. In all diese Abläufe versuchen wir, unsere Famulanten einzubeziehen.

Dadurch dauert unsere Arbeit länger. Und: wir arbeiten nicht nur, sondern erklären zeitgleich unsere Arbeit. Mehrarbeit also.

## Aber...

Die Begleitung durch den Famulanten oder die FamulantIn zwingt mich, strukturiert und didaktisch klug ein Krankheitsbild zu analysieren. Mein eigenes Wissen und Können werden dadurch immer wieder auf Aktualität und Vollständigkeit überprüft, Routinen auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft – das schafft Klarheit auch für meine eigene ärztliche Arbeit.

Und es macht mir Spaß, die Famulanten die größte Eigenheit unserer Arbeit erleben zu lassen: Ich habe in der Regel nicht nur das kurze Zeitfenster einiger Tage, einen Patienten zu behandeln und zu beraten. Ich habe Jahre. Das schafft Vertrauen. Ich kann „Großwerden“ entscheidend mitgestalten, physisch und psychisch. Eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung lässt dann auch die Bearbeitung schwieriger

oder delikater Themen mit dem Kind bzw. Jugendlichen und / oder seinen Eltern zu. Eine Besonderheit meines Fachgebietes: mein Patient ist immer Eltern und Kind, beiden gilt es gerecht zu werden.

## Bin ich gut? Ist er oder sie gut?

Gut erklärt und gearbeitet habe ich dann, wenn der Famulant sagt: „Ich geh schon mal und mach beim nächsten Patient die Anamnese“. Dann haben wir beide gewonnen.

Gibt's aber auch anders: die stabile Wand des Untersuchungsraumes fest im Rücken „stehen“ diese Famulanten ihre Zeit durch. Angebotene Mitarbeit und Assistenz wird zögerlich oder gar nicht angenommen, erläuternde Worte verhallen. Geht auch, lässt aber unsere Motivation in nicht mehr auslotbare Tiefen sinken.

## Was motiviert mich trotzdem?

Ich möchte den fabelhaften Fachbereich Pädiatrie vorstellen, insbesondere die vielfältigen Möglichkeiten im ambulanten Bereich. Ohne die „Kröte“ Bürokratie zu verheimlichen, die gehört dazu. Und ich hoffe Medizinstudenten anzustiften, es mir gleich zu tun und sich eines Tages niederzulassen mit einer Praxis.

## Nicht jetzt

Aber: letzte Woche gab meine MFA den Telefonhörer an mich weiter, es gäbe eine neue Anfrage für eine Famulatur. Seltsame Stille meiner Mitarbeiterinnen um mich herum und greifbar in der Luft der Satz: „Bitte z. Zt. nicht, es ist Infektzeit und Grippewelle“. Ja, wir brauchen auch mal eine famulantenfreie Zeit, denn Famulaturen sind für uns mehr Arbeitsaufwand. Wir machen es gerne, aber erst wieder in einigen Wochen.

*Dr. Sylvia Schuster*

*Die Autorin praktiziert als Kinder- und Jugendärztin in Düsseldorf*

# Kein Blaulicht und doch spannend

**V**orweg, Hausarztfamulaturen genießen ebenso wie der gesamte Fachbereich nicht gerade den besten Ruf unter Studenten. Man lerne nichts, heißt es, man dürfe nur zugucken, die Praxen praktizierten nicht auf neuestem Stand der Wissenschaft und die Fälle, die man zu sehen bekäme, seien selten aufregend. Meine Erwartungen an den Pflichttermin waren also entsprechend gering. Ich erhoffte mir von dem Monat in der Praxis, vor allem meine Fähigkeiten im allgemeinen Patientenkontakt zu verbessern und vielleicht den einen oder anderen Patienten mit spannender Krankengeschichte zu sehen. Dass ich weniger selbst machen würde – anders als an in den Ambulanz- und Chirurgiefamulaturen – störte mich nicht. Und es sollte sich auch nicht bewahrheiten.

Nach Abschluss der Vorklinik und einer sechswöchigen Ambulanzfamulatur in Uganda bewarb ich mich also ohne große klinische Vorkenntnisse für eine Famulatur in der Kinder- und Jugendarztpraxis von Dr. Sylvia Schuster in Düsseldorf. Da mein Vater selbst Kinder- und Jugendarzt ist, hatte ich eine gewisse Vorstellung davon, was mich erwarten sollte. Jedoch ist jede Praxis so individuell wie ihre Chefs und Patienten.

Vom ersten Tag an wurde ich vom Praxisteam freundlich aufgenommen und so weit wie eben möglich in die Arbeit eingebunden und angeleitet. Von Anamnesen über körperliche Untersuchungen, Blutabnahmen und Abstriche wurde mir alles gezeigt und ich hatte die Möglichkeit, unter geduldiger Anleitung viele Tätigkeiten selbst auszuführen und mich durch konstruktive Kritik zu verbessern, insbesondere in der körperlichen Untersuchung.

Es gibt kaum einen medizinischen Bereich, in dem der persönliche und langfristige Kontakt zu Patienten (und in diesem Fall der gesamten

Familie) eine so große Rolle spielt wie in Hausarztpraxen. Gerade diese enge Bindung zwischen Arzt und Patient, die Einbeziehung der sozialen Lebenswelt der Patienten in Diagnose und Therapie, das Vertrauen in die Ärztin, das die Patienten aus der engen und über Jahre kontinuierlichen Betreuung schöpfen, faszinierten mich während der Famulatur sehr. In unseren Unikursen lernen wir, anhand von allerlei Rollenspielen und Theorie Vertrauen aufzubauen. Selten jedoch hat man wirklich die Möglichkeit, dies Dutzende Male am Tag an „echten“ Patienten und unter 1:1-Betreuung zu üben. Durch das praktische Handeln und das unmittelbare Feedback durch die Patienten, die Patienteltern und Dr. Schuster schärfte sich vor allem mein Blick auf den Patienten, der mir nicht wie in der Uni als „Fall“, sondern als Person mit einer individuellen Geschichte, mit höchst individuellen Fragen und Erwartungen und mit einer individuellen, oft jahrelang gewachsenen Beziehung zu der Ärztin begegnete.

**Kurzum:** Die Vorurteile, die an der Fakultät die Runde machen, bewahrheiteten sich bei meiner Famulatur nicht. Ich habe viel gelernt, durfte selbst viel machen und habe ausführliche Antworten auf alle meine Fragen bekommen. Ich habe die Arbeit der Ärztin als sehr professionell erlebt, ausgerichtet am aktuellen Stand der Wissenschaft und an der eigenen jahrelangen Erfahrung. Auch wenn die Patienten nicht mit Blaulicht vorgefahren wurden, waren es oft spannende Fälle, viele davon komplizierter als auf den ersten Blick ersichtlich. Die vielfältigen Erfahrungen meiner Famulatur werden mein zukünftiges Handeln, egal in welchem Bereich der Medizin, mit Sicherheit prägen.

**Richard Hauch, der Autor studiert Medizin in München.**

Red.: ReH

# Famulatur: suche – biete

Die einmonatige Famulatur im hausärztlichen Bereich ist inzwischen Pflicht für alle Medizinstudierenden. Für Kinder- und Jugendärzte besteht dadurch die Chance, Aufgaben und Leistungen ihres Faches gut darstellen und falsche Vorstellungen über die hausärztliche Tätigkeit abbauen zu können. Aber wie finden nun Praxen und Famulanten zusammen? Vor allem: wie finden Famulanten eine Praxis, deren besondere Schwerpunkte, Zusatzqualifikationen und Leistungsspektrum sie interessiert und die möglichst auch noch gut zu erreichen ist? Der BVKJ arbeitet zur Zeit am Aufbau einer Famulaturbörse, die es den Studierenden ermöglicht, sich entsprechend zu orientieren.

## Sie bieten eine Famulatur an?

Senden Sie eine Beschreibung Ihrer Praxis (Schwerpunkte, Leistungsspektrum, Lage etc) an [famulaturboerse@bvkj.de](mailto:famulaturboerse@bvkj.de).

## Und wie geht es weiter?

Führen Sie am besten vor Beginn der Famulatur ein Vorgespräch mit dem Famulanten oder der Famulantin, um sich gegenseitig kennenzulernen. Informieren Sie ihn oder sie über Besonderheiten der Praxis wie z. B. Berufskleidung, Namensschild usw.. Fragen Sie nach Vorkenntnissen und besonderen Interessenschwerpunkten.

Ein eigenes Stethoskop und Schreibzeug sollten die Famulanten mitbringen.

Während der Famulatur lenken Sie die Aufmerksamkeit der Studierenden gezielt auf Bereiche, denen die Famulanten in der Klinik eher selten begegnen:

- Umgang mit Krankheit, Umgang mit begrenzten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten,
- bewusster Verzicht auf Ausschöpfung aller medizinisch möglichen Maßnahmen,
- Aspekte der Prävention und der Kooperation mit anderen Ge-

sundheitsberufen wie häuslicher Krankenpflege oder Physiotherapie sowie mit Fachkollegen im ambulanten und stationären Bereich.

## Organisatorisches

Um den normalen Praxisablauf so wenig wie möglich zu stören und gleichzeitig soviel Wissen wie möglich zu vermitteln, hat sich folgendes Vorgehen bewährt: Der Studierende befragt und untersucht Patienten zunächst in einem Raum alleine. Wenn der Studierende die Datenerhebung mit Patienten abgeschlossen hat, lässt sich der Praxisinhaber berichten, was er bei Anamnese und Untersuchung herausbekommen hat, welche Diagnose, weiterführenden Untersuchungen und Behandlung er vorschlägt. Dann sollte es jeweils ein kurzes Feedback geben.

Nach ca. zwei Wochen sollte eine Zwischenbilanz gezogen werden:

- Was wurde schon erreicht?
- Sollen neue Schwerpunkte gesetzt werden?
- Sonstige Wünsche oder Änderungsbedarf bei den Beteiligten?

## Patientenschutz

Studierende dürfen keine Handlungen ohne Kontrolle durch-

führen, Anamnese und Untersuchungsbefunde müssen vom Arztdementsprechend kontrolliert werden müssen. Für die Übernahme von therapeutischen Maßnahmen gelten dieselben Regeln wie für medizinischen Fachangestellte: sie können delegiert werden, wenn der Arzt sich überzeugt hat, dass die Studierenden dies (z. B. Blutentnahme, Impfung, Verband) zuverlässig durchführen können. Es genügt, die Haftpflichtversicherung darüber zu informieren, dass Famulanten in der Praxis lernen und an sie gelegentlich Tätigkeiten wie oben beschrieben delegiert werden.

Fühlen sich Patienten mit der Anwesenheit der Studierenden in irgendeiner Form unwohl, muss das Interesse der Studierenden zurückstehen.

## Mehr Infos unter:

[www.bvkj.de/der-bvkj/famulaturboerse](http://www.bvkj.de/der-bvkj/famulaturboerse)

[www.dgaap.de](http://www.dgaap.de)

## Ansprechpartner im BVKJ:

**Doris Schomburg:**

Tel. 0221-68909-12

**Lisa Ebbinghaus:**

Tel. 0221-68909-25

Red.: ReH

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.



## Schutz vor sexueller Gewalt braucht die Unterstützung der gesamten Gesellschaft

Die KBV und der Missbrauchsbeauftragte der Bundesregierung haben eine gemeinsame Vereinbarung zum besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellem Missbrauch unterzeichnet.

**B**ei einem Treffen mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, in Berlin unterzeichneten beide Vorstände eine Vereinbarung zum besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellen Missbrauch.

„Mit der Vereinbarung unterstützt die KBV unser Anliegen, Ärzte und Psychotherapeuten für das Thema sexuelle Gewalt an Kindern weiter zu sensibilisieren und sie zu motivieren, kompetente und vertrauensvolle Ansprechpartner für betroffene Patienten und ihre Angehörigen zu werden“, betonte Rörig. „Es ist wichtig, dass sie Fortbildungen erhalten und Hilfs- und Präventionsmaßnahmen in ihren Praxen etablieren. Die KBV ist für diesen Prozess ein wichtiger und zentraler Partner für uns.“

Die KBV setzt sich seit längerem für die Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ein. So unterstützte sie den Arbeitsstab des Beauftragten beispielsweise schon bei der Durchführung mehrerer Initiativen zu dem Thema. Mit dieser Vertragsunterzeichnung führt sie ihr Engagement fort.

Die KBV beteiligt sich im Rahmen der Vereinbarung auch aktiv an der Initiative „Kein Raum für Missbrauch“ des Beauftragten, um die Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam zu machen. Dabei geht es in erster Linie um eine Einbindung und Information der Ärzte und Psychotherapeuten.

*Link zum Wortlaut der Vereinbarung: [http://www.kbv.de/media/sp/Vereinbarung\\_Kindesmissbrauch\\_KBV\\_und\\_UBSKM.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Vereinbarung_Kindesmissbrauch_KBV_und_UBSKM.pdf)*

Berlin, 28. Januar 2016 – „Der Schutz vor sexueller Gewalt ist eine Aufgabe, die die volle Unterstützung aller gesellschaftlichen Gruppen braucht“, betonte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, „Ärzte und Psychotherapeuten übernehmen dabei eine Schlüsselrolle.“

Dipl.-Med. Regina Feldmann, KBV-Vorstand, erklärte: „Wir wollen alle Möglichkeiten nutzen, um Kindern und Jugendlichen Schutz und Hilfe bei sexualisierter Gewalt anzubieten. Der Fokus liegt hierbei vor allem auf einer deutlich verbesserten Wahrnehmung potenziellen sexuellen Missbrauchs. Hausärzte müssen auch bei Hausbesuchen die Augen sehr offen halten“, führte Feldmann aus. „Mein Appell an die Kolleginnen und Kollegen geht dahin, den ohnehin schon guten **Austausch mit Mitarbeitern der Jugendhilfe oder auch mit Ärzten in Qualitätszirkeln noch intensiver zu gestalten.**“

Red.: WH

Beschwerdemöglichkeiten für Kinder stärken

# Anhörung im Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 25.01.2016

Die Forderung der Oppositionsfraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen nach Aufnahme von Kinderrechten ins Grundgesetz und einem Bundeskinderbeauftragten beziehungsweise einer Ombudsstelle für Kinderrechte stößt bei Experten auf ein geteiltes Echo.

In einer öffentlichen Anhörung des Familienausschusses zu den entsprechenden Anträgen der Fraktionen am 25. Januar 2016 sprachen sich die geladenen Sachverständigen jedoch mehrheitlich für größere Anstrengungen zur Gewährleistungen von Kinderrechten in der Praxis und die Schaffung von niedrigschwelligen Beschwerdemöglichkeiten auf kommunaler Ebene aus.

**D**ie Rechtswissenschaftler Friederike Wapler von der Humboldt-Universität Berlin und Reinhard Wiesner von der Freien Universität Berlin argumentierten, dass die Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz verfassungsrechtlich wenig Sinn mache. Kinder seien bereits jetzt Träger aller Grundrechte, dies sei auch der Tenor der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, führten Wapler und Wiesner aus. Eine Grundgesetzänderung habe lediglich symbolischen Charakter und könne dem Thema politisch mehr Gewicht verleihen.

Für die Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz plädierten hingegen Immanuel Benz vom Deutschen Bundesjugendring, der Soziologe Manfred Liebel von der Freien Universität Berlin und Sebastian Sedlmayr vom Deutschen Komitee für UNICEF. Dies wäre ein zentraler Bestandteil der Umsetzung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen in deutsches Recht, sagte Sedlmayr. Benz argumentierte, Kinder seien zwar laut Bundesverfassungsgericht Grundrechtsträger, könnten die ihnen zustehenden Rechte in der Praxis nur über ihre Eltern ausüben.

Der Forderung nach einem Bundeskinderbeauftragten beziehungsweise einer Ombudsstelle beurteilte Benz jedoch kritisch. Die vorhandenen Strukturen und Instrumente würden nicht ausreichend genutzt, um den Kinderrechten Geltung zu verschaffen. Diese Defizite ließen sich jedoch nicht durch zusätzliche Strukturen beseitigen. Friederike Wapler bezeichnete die Vorstellung, dass ein Bundeskinderbeauftragter ein Ansprechpartner für Minderjährige wäre, als „lebensfremd“. Kinder und Jugendliche würden sich Hilfe vor allem in ihrem näheren sozialen Umfeld oder bei niedrigschwelligen örtlichen Einrichtungen suchen.

**Manfred Liebel und Sebastian Sedlmayr hingegen sprachen sich dezidiert für eine Bundeskinderbeauftragten aus. Viele kinder- und jugendpolitische Entscheidungen würden auf Bundesebene getroffen, deshalb müsse auch auf Bundesebene eine entsprechende Institution geschaffen werden, führten Liebel und Sedlmayr an. Innerhalb der Europäischen Union gebe es nur vier Staaten, die nicht über eine solche Institution**

**verfügten. Allerdings, so räumte Sedlmayr aus, seien die hinsichtlich ihrer Aufgabenstellung und ihrer rechtlichen Möglichkeiten sehr unterschiedlich gestaltet.**

Weitestgehend einig waren sich die Sachverständigen allerdings darin, dass die Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in allen Bereichen, die sie betreffen, verbessert werden müssen. Der „Zugang zum Recht“ sei ein zentrales Menschenrecht, sagte Claudia Kittel von der Monitoring-Stelle zur UN-Kinderrechtskonvention am Deutschen Institut für Menschenrechte. Eine solche Beschwerdestelle fehle in Deutschland bislang. In diesem Sinne äußerte sich auch die Sozialpädagogin Ulrike Urban-Stahl von der Freien Universität Berlin. Derzeit gebe es lediglich in Sachsen-Anhalt einen Landeskinderbeauftragten sowie etwa 100 Kinderbeauftragte auf kommunaler Ebene bei insgesamt 11.000 Kommunen. Urban-Stahl verwies in diesem Zusammenhang auf die guten Erfahrungen mit den Ombudsstellen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe nach dem Achten Sozialgesetzbuch.

Red.: WH

# Das Leser-Forum

Die Redaktion des Kinder- und Jugendarztes freut sich über jeden Leserbrief. Wir müssen allerdings aus den Zuschriften auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. – Leserbriefe geben die Meinung des Autors / der Autorin, nicht der Redaktion wieder. E-Mails oder Briefe richten Sie bitte an die Redakteure (Adressen siehe Impressum).



## Notwendige Beitrags- erhöhung für die Mitglieder des BVKJ von Dr. Tilman Kaethner, KiJuA 2015 Heft 11, S. 688 ff.

Von wegen: Die Beiträge für Rentner werden gering erhöht!

Die Erhöhung des BVKJ-Mitgliedsbeitrags für Rentner von 60 auf 95 €, somit um etwa 60 Prozent, als geringfügig zu bezeichnen, mag angesichts der auch sonst deftigen Beitragserhöhungen der Optik des Schatzmeisters geschuldet sein.

Ernster ist, dass viele Rentner, die von den sonstigen Vergünstigungen und Wohltaten einer BVKJ Mitgliedschaft wenig oder gar nichts haben, eine Kündigung in Erwägung ziehen werden. Damit verliert auch der Kinder- und Jugendarzt eine treue, ja vielleicht sogar die treueste Leserschaft und das oft Jahrzehnte lange, einzige Band, das diese Mitglieder mit dem BVKJ verbindet, geht verloren. Das ist ein Verlust für beide Seiten.

**Dr. Wolfgang Gempp**  
Sonnenrain 4  
78464 Konstanz

Red.: ReH



## Praxis-Panel: Vergütung von Klinik- und Vertragsärzten muss endlich angeplichen werden KiJuA 2015/2016 Heft 12/1, S. 768 ff.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin Oberarzt einer Kinderklinik eines kommunalen Trägers und somit nach TV-Ärzte VKA bezahlt.

Hier sieht der TV ein monatliches DA-Gehalt von 6.926,33 € im 1. Jahr vor, dies steigt sich auf max. 7.915,82 € nach 6-jähriger Tätigkeit als OA. Somit ergibt sich ein Jahresbruttogehalt von 83.115 € bis max. 94.989 € bei einer 40 Stundenwoche. Die entsprechenden Verträge können auf der HP des Marburger Bundes eingesehen werden.

Das Jahresnettogehalt liegt somit (bei einer Steuerbelastung von 35 %) von 54.024 €-61.743 €. Der entsprechende Nettostundenlohn liegt dann von 25,97 €-29,68 €.

Das Jahresnettogehalt eines Praxisbetreibers wird von Ihnen auf 71.758 € taxiert bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 49 Stunden, entsprechend einem Nettostundenlohn von 28,16 €.

Also in etwa gleich und nicht wie von Ihnen behauptet deutlich höher!

Das (von Ihnen angegebene) Jahresbruttogehalt eines OA von 135.000 € ist nur durch Rufdienste zu erreichen mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Mehrarbeit von 15-20 Stunden (!) und ca. 6-8 Rufdiensten im Monat, die sich auch auf die 1-2 Rufdienst-Wochenenden im Monat erstrecken. In einer Kinderklinik mit einer hochqualifizierten neonatologischen Intensivstation sind Rufdienste auch nicht selten Anwesenheitsdienste.

Von solchen Diensten und der entsprechenden Belastung sind die allermeisten Niedergelassenen weit entfernt.

Also bitte, wenn solche Forderungen nach Gleichstellung erhoben werden, dann mit realen Fakten und

nicht mit Zahlen, deren Grundlage aus dem Artikel nicht hervorgeht!  
Mit bestem Gruß,  
Dr. Donald Wurm

Zähringerstr. 4  
D – 66119 Saarbrücken

*Anmerkung der Redaktion:*

Die Zahlenangaben im genannten Artikel stammen vom Zentral-

institut für die Kassenärztliche Versorgung und nicht vom BVKJ. Es handelt sich um eine Erhebung des ZI, die in dem Artikel nur zitiert wurde. Das ZI legt bei seinen Vergleichen einen Oberarzt im 10. Jahr seiner Oberarztstätigkeit mit zwei Kindern, verheiratet, zugrunde. Die Entwicklung der letzten 15 Jahre zeigt, dass sich immer mehr Kolleginnen und Kollegen nach Ab-

schluss ihrer Weiterbildung eher für ein Angestelltenverhältnis in der Klinik als für eine freiberufliche Tätigkeit in der Praxis entscheiden. Das hat auch finanzielle Gründe. Der BVKJ tritt für eine leistungsgerechte Vergütung aller Pädiater (innen) ein, gleichgültig, ob sie angestellt oder freiberuflich in eigener Praxis tätig sind.

WH



**Pro und Contra Selektivverträge von Dr. Stefan Zeller und Dr. Michael Gilbert, KiJuA 2016, Heft 2, S. 66ff.**

Ich danke dem Kollegen Gilbert für seine klare und ehrliche Einschätzung der Selektivvertragsentwicklung im Bereich des BVKJ.

Der Selektivvertragszug rollt immer schneller und schneller und ich frage mich auch schon seit längerem, wann er die einzelne Praxis „entgleisen“ lässt.

Die Realität in den großen Einzelpraxen, die gerade im ländlichen Bereich auch Patientenzahlen von 1700 bis über 2000 Patienten versorgen müssen, sieht inzwischen doch vor allem in den infektreichen Jahreszeiten so aus: Man hetzt meist in Zwölf-Stunden-Tagen mit oft über 100 Patientenkontakten pausenlos von Zimmer zu Zimmer, die Masse an Vorsorgen nimmt immer mehr zu (12-15 Vorsorgen am Tag sind da oft schon die Regel). Nach einem vollen Vormittag und Mittag gehts in voller Fahrt in das Meer der U10/U11, J1 und J2, die Impfsprechstunde platzt aus allen Nähten (an Men B als Igelleistung ist gar nicht mehr zu denken...), die MFA s rätseln mal wieder über Abrechenbarkeit welcher Vorsorge bei welcher Krankenkasse (PaedSelekt ist schön, wenns da nicht die Einzelregelungen der KV-Fürstentümer gäbe....) und am Telefon gibts Ärger und Stress, weil der nächste freie Vorsorgetermin (U10-J2) irgendwo im Oktober oder November 2016 zu finden ist....und Mama und Kind doch einen Anspruch darauf haben!!!!

Ach ja, wann hat der Doktor denn abends nach Sprechstunde Zeit für ein Gesundheitscoaching, wir sind nämlich in BKK starke Kids, ja-woll!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Die Akutsprechstunde geht da baden, die Massen an wirklich kranken Kindern ist nicht vernünftig zu untersuchen, denn der Barmer Vertrag sagt ja, bitte nicht länger als 30 min Wartezeit bei einer U10 eines protzgesunden Kerlchens, dessen overprotective Mama zwar schon dreimal im Quartal da war, aber sich jetzt auf eine gründliche U10 (mind. 30 min!!!) freut.....Also frisch ran an den Gesunden, während im Wartezimmer drei Kleine kotzen und vor Schmerzen schreien.

Apropos, da kommt gerade eine neue Flüchtlingsfamilie aus dem Irak zur Tür herein, vier Kinder, kein Dolmetscher, kein Termin gemacht.

Ach ja, in den nächsten Jahren gibts auch Nachfolgeprobleme bei den Kinder- und Jugendärzten, da sollen wohl auch weniger ÄrztInnen mehr Patienten versorgen...

Halsen wir uns nicht allmählich zu viel auf? Sind die vielen Kollegen, von denen man eine ähnliche Einschätzung hört, genauso schlecht organisiert wie ich? Oder sieht die BVKJ-Vertragsabteilung einfach nicht mehr, wie es an der Front zugeht?

Ich sitzt gerade vor dem Hamsterkäfig meiner Tochter, sehe dem Tierchen im Hamsterrad zu, das sich müht und abstrampelt, aber irgendwie nicht glücklich wirkt... und werde nachdenklich.

**Dr. Dietmar Wigger**  
**FA für Kinder- und Jugendmedizin**  
**48291 Telgte**

Red.: WH



# Kinder krebskranker Eltern: Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es?

Krebs trifft die ganze Familie: Jährlich sind es rund 50.000 Kinder, die in Deutschland neu erleben, dass Vater oder Mutter an Krebs erkranken. Diese Ausnahmesituation kann Eltern und Kinder gleichermaßen belasten. Welche Informations- und Beratungsangebote können Kinder- und Jugendärzte betroffenen Familien empfehlen? Welche Tipps können sie Eltern zur Krankheitsbewältigung in der Familie geben?

**E**ine Krebsdiagnose stellt Familien vor große Herausforderungen. Plötzlich steht die Krankheit im Mittelpunkt - der gewohnte Alltag gerät aus den Fugen. Auch das Rollengefüge innerhalb der Familie kann sich stark verändern. Kinder erleben, wie der betroffene Elternteil gewohnte Aufgaben nicht mehr übernehmen kann, unter Therapienebenwirkungen leidet, sich womöglich äußerlich verändert. Hinzu kommt die Angst vor einem tödlichen Ausgang der Erkrankung, die auch für die jüngsten Familienmitglieder spürbar ist. Wenn die Krankheit chronisch verläuft, kann die belastende Situation mitunter über Jahre hinweg bestehen.

## Was Kinder krebskranker Eltern beschäftigt

Nicht jedes Kind reagiert gleich auf einen solchen Einschnitt. Alter und Entwicklungsstand, aber auch die Eltern-Kind-Beziehung und die Vorerfahrungen des Kindes mit dem Thema Krankheit spielen eine Rolle. Während in den ersten beiden Lebensjahren vor allem Trennungen von den Eltern und atmosphärische Veränderungen bedeutsam sind, können Kindergartenkinder bereits eigene Phantasien zum Krankheitsgeschehen entwickeln, die oft mehr ängstigen als die Realität. Kinder im Grundschulalter beschäftigt neben Veränderungen des Alltags häufig die Frage, ob sie durch eigenes Verhalten Schuld an der Erkrankung der Eltern tragen. Teenager und Jugendliche befinden sich in der schwierigen Situation, ei-

nerseits im natürlichen Ablösungsprozess von den Eltern zu stehen und sich andererseits in der Krisensituation als Helfer gefordert zu fühlen. Neben der Sorge um den erkrankten Elternteil kommt in dieser Altersgruppe häufig auch die Befürchtung auf, selbst zu erkranken oder erblich belastet zu sein.

## Erhöhtes Risiko für emotionale Probleme

Studien zur Belastung von Kindern schwer körperlich kranker Eltern zeigen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten, insbesondere in Form von Ängsten, depressiven Zuständen und psychosomatischen Beschwerden. Diese Probleme können vorübergehend sein, aber in manchen Fällen auch zu manifesten Beeinträchtigungen führen. Möglich ist, dass die Auswirkungen der familiären Ausnahmesituation erst mit größerem zeitlichem Abstand sichtbar werden. Nach einer elterlichen Krebsdiagnose reagieren viele Kinder zunächst angepasst und tendieren dazu, die Eltern nicht zusätzlich zu belasten. Dies kann dazu füh-



Foto: © michaelcourtney - Fotolia.com

ren, dass die seelischen Nöte eines Kindes übersehen oder unterschätzt werden.

### Offene Kommunikation als Schutzfaktor

Untersuchungen deuten darauf hin, dass familiäre Faktoren mehr Einfluss auf den Belastungsgrad von Kindern haben als objektive Krankheitsaspekte wie z. B. der Schweregrad der Erkrankung. Als Risikofaktor für die seelische Gesundheit von Kindern Krebskranker gelten dysfunktionale familiäre Beziehungen und erhöhte Depressionswerte auf Seiten der Eltern.

Ein wichtiger weiterer Aspekt betrifft die Kommunikation innerhalb der Familie. Hier zeigt sich: In Familien, denen es gelingt, offen miteinander zu kommunizieren und Emotionen zuzulassen, sind die Kinder weniger belastet als in Familien, die dies vermeiden.

### Unterstützungsbedarf der Eltern

Doch wie gestaltet man eine angemessene, altersgerechte Kommunikation im Kontext einer lebensbedrohlichen Erkrankung? Wie ordnet man Reaktionen oder Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes ein

und wie geht man damit um? Eine Krebsdiagnose kann dazu führen, dass Eltern verunsichert sind und sich weniger kompetent in ihrer Elternrolle fühlen. Nicht selten wird die Sorge um mögliche Auswirkungen der Erkrankungssituation auf die Kinder zur Belastung. Entsprechend geben krebsbetroffene Eltern in Befragungen mehrheitlich an, dass sie sich Informationen oder eine Beratung im Hinblick auf den Umgang mit ihren Kindern wünschen.

### Grundlegende Hinweise

Zu den Empfehlungen von Experten, die auf die Beratung betroffener Familien spezialisiert sind, gehören unter anderem folgende „Grundregeln“:

- Kinder sollten auf altersgerechte Weise über die Erkrankung informiert werden.
- Alles, was man Kindern mitteilt, sollte der Wahrheit entsprechen.
- Kinder sollten das Gefühl haben, Fragen stellen zu dürfen.
- Anstehende Veränderungen des Familienalltags sollten immer besprochen werden.
- Kinder sollten aktiv von Schuldgefühlen entlastet werden.
- Freude im Alltag, „krebsfreie“ Zonen und Aktivitäten sollten explizit erlaubt sein.
- Es ist sinnvoll, enge Betreuungspersonen wie Erzieher oder Lehrer einzubeziehen.

### Beratung und Hilfe für Familien

Eine psychoonkologische Basisberatung für Patienten -auch zu familiären Fragen- ist im Rahmen der onkologischen Behandlung in vielen **Akutkliniken** möglich. Insbesondere alle von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Onkologischen Zentren und Onkologischen Zentren (wie z. B. Brustzentren) müssen ein solches Angebot für Patienten und ihre Angehörigen vorhalten. Darüber hinaus kann eine Beratung durch Kliniksozialdienste wichtig sein, zum Beispiel

zu Entlastungsmöglichkeiten wie einer Haushaltshilfe.

Patienten, die in einer **onkologischen Schwerpunktpraxis** in Behandlung sind, können sich erkundigen, ob es dort ein entsprechendes Unterstützungsangebot gibt.

Unabhängig von der onkologischen Behandlung bieten vielerorts **Krebsberatungsstellen** kostenfrei psychologische und sozialrechtliche Beratung an, auch im Hinblick auf die familiäre Situation. Ein Verzeichnis psychosozialer Krebsberatungsstellen bietet der Krebsinformationsdienst auf seinen Internetseiten [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) unter dem Stichwort „Wegweiser“.

**Anlaufstellen, die speziell auf Kinder krebskranker Eltern ausgerichtet** sind und beispielsweise altersgerechte Gruppenangebote machen, sind bundesweit noch nicht flächendeckend etabliert. Adressen von spezialisierten Beratungsstellen oder Ambulanzen finden sich auf den Internetseiten der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie ([www.dapo-ev.de](http://www.dapo-ev.de), Stichwort Adressen) sowie über den Verein Flüsterpost ([www.kinderkrebskranker-eltern.de](http://www.kinderkrebskranker-eltern.de)), der außerdem umfangreiche Informationen für Kinder und Eltern online zur Verfügung stellt.

Sind keine krebspezifischen Beratungsangebote vorhanden, kommen **Erziehungs- und Familienberatungsstellen** als Anlaufstellen in Frage, bei Schulkindern auch **schulpsychologische Dienste bzw. Beratungsstellen**.

Ist die Belastung ausgeprägt, kann eine Begleitung durch **Kind- und Jugendpsychotherapeuten** sinnvoll sein.

Auch Broschüren und (Bilder-) Bücher für Kinder unterschiedlicher Altersgruppen sind erhältlich. Hinweise geben die genannten krebspezifischen Anlaufstellen oder der Krebsinformationsdienst.

**Dipl.-Psych. Doris Lintz**  
**Krebsinformationsdienst**

Red.: ReH

#### Kontaktkasten KID:

Der Krebsinformationsdienst gibt individuelle Auskünfte und bietet aktuelle, verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zum Thema Krebs als auch Fachliteratur für Kinder- und Jugendärzte und Elternratgeber.

#### Unser Kontakt für Ihre Patienten:

Telefon: 0800 - 420 30 40, täglich von 8 bis 20 Uhr, kostenfrei

E-Mail: [krebsinformationsdienst@dkfz.de](mailto:krebsinformationsdienst@dkfz.de)

Internet: [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de)

#### Unser Kontakt für Fachleute:

Telefon: 0800 - 430 40 50

Mo - Fr von 8 bis 20 Uhr, kostenfrei

E-Mail: [kid.med@dkfz.de](mailto:kid.med@dkfz.de)

# Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch gestartet

Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, hat die sieben Mitglieder für die Aufarbeitungskommission Kindesmissbrauch berufen. Damit kann erstmals eine auf nationaler Ebene angesiedelte unabhängige Kommission sexualisierte Gewalt an Kindern in Deutschland umfassend aufarbeiten.

**R**örig: „Erst durch die konsequente Aufarbeitung der sexuellen Gewalt an Kindern werden wir die Systematik hinter diesen abscheulichen Verbrechen erkennen und mehr über die Täter, Verharmloser und freiwilligen und unfreiwilligen Unterstützer erfahren. Die Kommission kann verborgene Wahrheiten ans Licht befördern, Missbrauchsoffern Genugtuung geben und erlittenes Unrecht anerkennen. Zugleich kann sie gesellschaftliche Einstellungsmuster entlarven und unseren Blick für die aktuellen Gefährdungen von Kindern schärfen. Die Kommission wird uns Antworten geben, warum so viele Menschen noch heute tatenlos wegschauen, obwohl uns allen bewusst ist, dass



v.l.n.r.: Dr. Christine Bergmann, Prof. Dr. Jens Brachmann, Brigitte Tilmann, Prof. Dr. Sabine Andresen (Vorsitzende der Kommission), Prof. Dr. Peer Briken, Prof. Dr. Barbara Kavemann, Prof. Dr. Heiner Keupp

## Die Kommission in Stichworten

**Aufgaben:** Die Kommission wird Missbrauch in Institutionen und im familiären Kontext in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR untersuchen, Strukturen aufdecken, die Missbrauch in der Vergangenheit ermöglicht und Aufarbeitung verhindert haben, Forschungsbedarf identifizieren und Eckpunkte einer gelingenden Aufarbeitung von sexuellem Missbrauch modellhaft für Einrichtungen und Organisationen entwickeln.

Hierzu wird die Kommission bundesweit Betroffenen das Sprechen ermöglichen, jenseits von Gerichtssälen und Therapieräumen. Zudem wird sie Zeitzeugengespräche, öffentliche Hearings und Fachveranstaltungen durchführen, schriftliche Berichte von Betroffenen auswerten, Archivrecherche und Dokumentenanalyse betreiben und vorliegende Aufarbeitungsberichte auswerten. International ist die Aufarbeitungskommission die erste Kommission, die Missbrauch in institutionellen Einrichtungen und in der Familie in den Fokus nehmen wird.

**Vorsitz und Mitglieder:** Neben Prof. Dr. Sabine Andresen als Vorsitzende wurden sechs weitere Mitglieder in die Kommission berufen: Dr. Christine Bergmann (Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend a. D.), Prof. Dr. Jens

Brachmann (Bildungshistoriker), Prof. Dr. Peer Briken (Psychiater und Psychotherapeut), Prof. Dr. Barbara Kavemann (Sozialwissenschaftlerin), Prof. Dr. Heiner Keupp (Sozialpsychologe) und Brigitte Tilmann (Präsidentin des Oberlandesgerichts Frankfurt/M. a. D.). Zwei Mitglieder des Betroffenenrates beim Beauftragten, der Beauftragte und die Leiterin seines Arbeitsstabes sind ständige Gäste der Kommission.

**Wie geht's weiter?** Die Kommission wird im Mai 2016 ihr Arbeitsprogramm für die kommenden drei Jahre vorstellen und über die konkreten Strukturen der Anhörungen und Gespräche informieren.

Ein erster Zwischenbericht soll bereits 2017 veröffentlicht werden, ein abschließender Bericht zum Ende der derzeitigen Laufzeit der Kommission bis März 2019 vorgelegt werden.

Für die Jahre 2016 bis 2018 steht ein Budget von je 1,4 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung (rund 1,2 Millionen jährlich aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, zuzüglich der Finanzierung von zwei juristischen Referent/-innen aus Mitteln des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz).



das Unrecht, das Kindern durch Missbrauch zugefügt wird, kaum schwerer sein kann.“

Der Deutsche Bundestag hatte im Sommer 2015 über die Sicherstellung einer unabhängigen Aufarbeitung in Deutschland debattiert und sich mit deutlicher Mehrheit für die Einrichtung einer Aufarbeitungskommission ausgesprochen. Die Kommission hat ihre Arbeit nun im Januar aufgenommen und wird zunächst bis zum Ende der Amtszeit des Beauftragten, bis Ende März 2019, tätig sein.

„Im Zentrum der Arbeit stehen die Betroffenen und ihre Erlebnisse in der Kindheit,“ erläuterte die Vorsitzende der Kommission, Prof. Dr. Sabine Andresen. „Die Kommission will sichere Räume öffnen, die das Erzählen über Erfahrungen sexuellen Missbrauchs in der Familie, im Sportverein, in einem Heim oder einem Internat möglich machen. Diese Berichte bilden den Kern der Aufarbeitung und sie werden dazu beitragen, die unterschiedlichen Kontexte und Zeitumstände der sexualisierten

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu beleuchten. Davon ausgehend will die Kommission erstens die Dimensionen sexualisierter Gewalt aufdecken, zweitens Wege zur Anerkennung erlittenen Unrechts aufzeigen und drittens zur Sensibilisierung der Gesellschaft gegenüber der Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen beitragen.“

Mehr Infos:

[www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de)

Red.: ReH

## 14. Deutsches Down-Sportlerfestival am 4. Juni 2016 in Frankfurt am Main

# Mitmachen – Talente zeigen – Spaß haben!

Mehr als 2.500 Gäste und knapp 600 Sportler werden am 4. Juni zum Deutschen Down-Sportlerfestival aus ganz Deutschland erwartet. Damit ist das Festival weltweit die größte und wichtigste Sportveranstaltung für Menschen mit Down-Syndrom. Kinder- und Jugendärzte können ihre Down-Patienten zum Mitmachen auffordern.



### „Zeig uns Dein Talent“

Menschen mit Down-Syndrom haben oft ganz besondere Talente: Manche können ein Instrument spielen. Andere haben eine außergewöhnliche Stimme oder begeistern sich für den Tanz. Auch sportliche Talente wie beispielsweise Jonglieren, Schwimmen oder Rollschuh- und Eislaufen sind beim Talentwettbewerb gefragt. Ab sofort können alle Kinder und Jugendlichen ihre besonderen Fähigkeiten auf Video festhalten und einsenden.

Die eingehenden Beiträge werden ab dem Welt-Down-Syndrom-Tag, am 21. März 2016, auf [www.down-sportlerfestival.de](http://www.down-sportlerfestival.de) zur Abstimmung gestellt. Dort kann jeder seinen Favoriten anklicken. Der Gewinner wird kostenlos zum Down-Sportlerfestival eingeladen.

### Stiftung „FamilienBande“ kümmert sich um Geschwisterkinder

Für die vielen Hundert Geschwisterkinder, die Jahr für Jahr

ihre Schwester oder ihren Bruder mit Down-Syndrom nach Frankfurt begleiten, gibt es wieder eine Geschwisterolympiade. Ermöglicht wird die Geschwisterolympiade durch die Stiftung FamilienBande.

### 300 freiwillige Helfer betreuen die Sportler

Jedes Jahr feuern sie an, lachen mit den Teilnehmern und geben alles – die Helfer. Über 300 Ehrenamtliche betreuen Sportler und Gäste. Sie kommen aus zahlreichen Frankfurter Sportvereinen, von Unternehmen oder auch privat und helfen beim Golfspielen und Reiten, Fußball und Tischtennis, Judo und Kung-Fu, beim Laufen, Werfen, Springen.

### Info:

Das 14. Deutsche Down-Sportlerfestival findet am Samstag, 4. Juni 2016 in Frankfurt/Main statt.

Anmeldungen sind ab Februar 2016 unter [www.down-sportlerfestival.de](http://www.down-sportlerfestival.de) möglich.

Red.: ReH



Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

# Forderung eines Rauchverbots in Autos mit Kindern

**Z**ahlreiche wissenschaftliche Studien belegen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Passivrauchbelastung und schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken von Kindern und Jugendlichen. Aus präventiver kinder- und jugendmedizinischer Sicht aber auch unter dem Aspekt des Kinder- und Jugendschutzes sind vielfältige Maßnahmen zur Reduktion dieses Risikos dringend erforderlich. Als einfache, in diesem Bereich hocheffektive und schnell umzusetzende Maßnahme fordern die unterzeichnenden Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendmedizin und des Kinderschutzes ein strafbewehrtes Rauchverbot, wenn Kinder und Jugendliche im Fahrzeug sind. Sie unterstützen damit die Forderung der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler, der Bundesärztekammer und des Deut-

schen Krebsforschungszentrums. Aufgrund der hohen Konzentration zahlreicher teils krebserzeugender Toxine ist Rauchen im Fahrzeug als Gefährdung des Kindeswohls und schwerwiegendes Risiko für die Gesundheit von Kindern anzusehen. Langfristig sind über das o.g. Autorauchverbot hinausgehende Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Passivrauchbelastung erforderlich.

*Hier der Link zum vollständigen Text:  
<http://dakj.de/media/stellungnahmen/kinderschutz/25%2001%202016%20Kommission%20Kinderschutz%20DAKJ%20Auto-Rauchfrei-Initiative.pdf>*

**Erarbeitet von der Kommission Kinderschutz der DAKJ (Stand: 25.01.2016).**

Diese Stellungnahme wird getragen folgenden Fachgesellschaften und Verbänden:

- AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Prävention u. Intervention v. Kindesmisshandlung u. Vernachlässigung (DGfPI)
- Deutsche Gesellschaft für ambulante allgemeine Pädiatrie (DGAAP)

**Autor: Dr. med. Bernd Herrmann/  
Kassel**

Red.: WH

## Zum Schulstart gibt es vom Kinder- und Jugendarzt.....



**F**it für deine Schule“ heißt das neue Projekt der DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GMBH in Kooperation mit der BVKJ Service GmbH. Kinder- und Jugendarzte und -ärztinnen können ihren Patienten ab sofort zur U9 einen schön designten, robusten und kindersicheren Turnbeutel überreichen, in dem Kinder und Eltern jede Menge vom BVKJ sorgfältig überprüfte Proben und Infos finden. Vor allem enthält der Turnbeutel das Magazin KOSOMO. KOSOMO steht für KOGnitive SOziale und MOTOrische Fähigkeiten und soll Eltern und Kindern ein hilfreicher Leitfaden für den Schulstart sein. BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach hat das Vorwort verfasst, die Journalistin Regine Hauch hat die Beiträge geschrieben.

Ein erster Test soll die Akzeptanz der Taschen bei Kinder- und Jugendarzten sowie bei den Eltern abklären. Danach kann der Turnbeutel mit seinem Inhalt per Fax über die BVKJ Service GmbH gegen eine Unkostenpauschale von 0,50 € pro Turnbeutel bestellt werden – allerdings zunächst nur in begrenzter Auflage.

Auch können die Arztpraxen weiterhin die Happy Mom & Baby Taschen zur U2/U3 (1,00 € pro Tasche bzw. 0,50 € pro Stk. im Abo) sowie die Happy Youth Magazine (Mädchen/Jungen) zur J1 (0,30 € pro Stk.) per Fax bestellen.

**Kontakt: DIRECT-TO-PATIENT MEDIA GMBH**  
**info@direct-to-patient.de**  
**Fax: 07243-5232864**  
**Tel: 07243-5232862**

Red.: ReH

### Arzt-Patienten-Kommunikation

## Umdenken im Praxis-Alltag – PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“

Smartphones haben die zwischenmenschliche Kommunikation komplett revolutioniert. Über 80 % der 30- bis 49-Jährigen besitzen eines, bei den 14- bis 29-Jährigen sind es sogar 89 %\*. Die Entwicklung macht also auch vor Ihrem Praxis-Alltag nicht Halt. Um Eltern und Jugendliche zeitgemäß und direkt anzusprechen, können BVKJ-Mitglieder eine eigene PraxisApp freischalten lassen. Viele Patienten möchten diesen Kommunikationsweg via Smartphone nicht mehr missen.

**M**it der Praxis-App des BVKJ können Sie moderne Kommunikation in Ihren Praxisalltag integrieren und ihn effizienter gestalten. Der Einsatz dieser digitalen Technik ermöglicht Ihnen eine direkte Kommunikation mit Eltern und jugendlichen Patienten:

Über eine einfach zu bedienende Verwaltung, die Sie über jeden internetfähigen Computer in Ihrer Praxis aufrufen können, sind Sie in der Lage, mit einem einfachen Mausclick **Nachrichten, Termin-**

**erinnerungen oder andere Informationen aus der Praxis** auf das Smartphone der Eltern und Ihrer jugendlichen Patienten zu senden. Die Eltern bzw. Patienten müssen hierfür nur die PraxisApp auf ihrem Smartphone installiert haben.

### Automatische Terminerinnerung über die PraxisApp

Die bisherigen Erfahrungen aus den Praxen, die die App inzwischen einsetzen, zeigen eine hohe

Zufriedenheit bei Ärzten, MFA, Eltern und jugendlichen Patienten. In manchen Praxen haben sich inzwischen mehr als tausend Eltern die App heruntergeladen und sind damit direkt erreichbar – ohne dass die Praxis die Mobilnummern der Eltern/der Patienten kennen muss. Damit lassen sich viele Abläufe in den Praxen deutlich produktiver gestalten. Möchten Sie beispielsweise einen Erziehungsberechtigten/einen Patienten an einen bevorstehenden Termin erinnern, können Sie einfach den vereinbarten Termin in

dem Kalender der PraxisApp-Verwaltung anklicken. Dies kann gleich bei der Terminvergabe geschehen. Anschließend wird automatisch eine erste Erinnerung an diesen Termin direkt auf das Mobiltelefon des App-Nutzers verschickt. Diese Terminerinnerung hat einen vorgefertigten Text und übernimmt das ausgewählte Datum und auch die Uhrzeit aus dem Online-Kalender.

### Eltern können via App ihr Kommen bestätigen

Neben der sofortigen Benachrichtigung zu diesem Termin wird der Patient bzw. werden seine Eltern zusätzlich einen Tag vor dem Termin mit einer Textnachricht daran erinnert – ohne dass dies von der

Praxis erneut initiiert werden muss. Die Patienten können den Termin dann sofort über die App bestätigen. In diesem Fall erhält die Praxis diese Information deutlich sichtbar in der PraxisApp-Verwaltung.

In zunehmend mehr Kinder- und Jugendarzt-Praxen ist die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ inzwischen fest in den Praxis-Alltag integriert und fördert die Patientenbindung. Nicht nur für die sogenannten Digital Natives, also die Generationen, die mit Computern und Smartphones aufwachsen, ist die App ein echter Mehrwert!

*Info: Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ steht Eltern und Patienten kostenlos im App Store (für iPhones) oder bei Google*

*Play (für Smartphones mit Android-Betriebssystem) zur Verfügung. Pädiatrinnen und Pädiater können die PraxisApp für ihre Praxis für nur € 5.-/Monat (zzgl. gesetzl. MwSt.) freischalten lassen. Zusätzliche Kosten für das Versenden von Nachrichten entstehen keine!*

*Weitere Infos zur PraxisApp: <http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp>*

*\*Quelle: statista.de*

**Monks - Ärzte im Netz GmbH**  
Tegernseer Landstraße 138  
81539 München  
Tel.: 089/64 24 82-12

**E-Mail: [info@kinderaerzte-im-netz.de](mailto:info@kinderaerzte-im-netz.de)**

Red.: WH

## Kinderpraxis mit neuer Redaktion

**A**b dem nächsten Quartal hat die Eltern-Zeitschrift des BVKJ eine neue Chefredakteurin. Die Bad Homburger Kinder- und Jugendärztin Dr. Barbara Mühlfeld übernimmt die Verantwortung für das Blatt. Regine Hauch und Cornelia Steininger, bleiben als Redakteurinnen an Bord. Fast vier Jahre lang lag die Chefredaktion in den Händen von Dr. Sylvia Schuster. Sie hat Kinderpraxis von der ersten Ausgabe an maßgeblich gestaltet und dafür gesorgt, dass die Zeitschrift sich in kürzester Zeit zum beliebtesten Elternmagazin

in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte entwickelt hat. Interims-Chefredakteur Dr. Wolfgang Hartmann hat die erste Ausgabe dieses Jahres verantwortet.

Über 1000 Kinder- und Jugendärzte haben inzwischen die vierteljährlich erscheinende Kinderpraxis abonniert und legen sie in ihren Wartezimmern aus. Der Nutzen liegt klar auf der Hand: die Beiträge der Zeitschrift orientieren sich an den Positionen des BVKJ, sie unterstützen und vertiefen die Kommunikation mit den Eltern.



ReH

Die Übergabe an die neue Chefredakteurin

## Verbot Elektronische Zigaretten und Shishas für Kinder und Jugendliche:

Bei Enthaltung der Linken hat der Bundestag am 28. Januar einen Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas in der vom Familienausschuss geänderten Fassung angenommen.

Damit werden die Abgabe- und Konsumverbote von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche auf elektronische Zigaretten und elektronische Shishas (Wasserpfeifen)ausgedehnt. Sie dürfen auch über den Versandhandel nur noch an Erwachsene abgegeben werden. Das Abgabeverbot von Tabakwaren im Jugendarbeitsschutzgesetz wird ebenfalls auf elektronische Zigaretten und elektronische Shishas ausgedehnt. Laut Bundesregie-

rung wurde 2014 mehr als 200 Millionen Euro Umsatz mit nikotinhaltenen elektronischen Zigaretten elektronischen Shishas gemacht. In einer bei Enthaltung der Opposition angenommenen Entschließung wird die Bundesregierung aufgefordert, im Jugendschutzgesetz umgehend ein Abgabe- und Konsumverbot an Kinder und Jugendliche von nikotinfreien Erzeugnissen, die durch konventionelle Wasserpfeifen eingeatmet werden, vorzulegen. Als Beispiele werden Dampfsteine, Kräutermischungen, Pilze und Gele genannt. Auch müsse das Werbeverbot für Tabakwaren bei Filmvorführungen auf E-Zigaretten, E-Shishas und Wasserpfeifen ausgedehnt werden.

Red.: WH

## Angebot „Praktische Hilfe nach der Geburt“ von wellcome entlastet junge Familien

# Pädiater wichtige Multiplikatoren

Wie wirksam ehrenamtliche Unterstützung in Familien ist, belegt die erste bundesweite Studie, die das Angebot „wellcome – Praktische Hilfe nach der Geburt“ untersucht hat. 544 Ehrenamtliche hat die Universität Hamburg zu ihrer Arbeit befragt.



Foto: © Wellcome/Niemann

Befinden der Mutter durch den Einsatz verbessert hat und 67 Prozent berichteten von einer Entspannung der Familienatmosphäre.

### Glückliche Helfer

Auch für die Helfer ist wellcome eine Bereicherung. Sie erleben ihr Tun als wirksam und sehen sich dadurch zu weiterem aktiven Engagement angespornt. „Dass ich soviel Positives bewirken kann, bereichert mich sehr. Es ist schön, der Mutter das Gefühl und die Sicherheit zu geben, dass sie eine liebevolle Mutter ist und es richtig macht“, so eine der Befragten.

Die Studie zeigt auch: Sich für das Wohlergehen von Familien einzusetzen, ist alters- und bildungsstandübergreifend. Die Helfer kamen aus allen Schichten der Gesellschaft und aus allen Altersgruppen und werden fachlich gut begleitet. Durch eine hohe Zufriedenheit und Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit bei den Ehrenamtlichen bleibt die Bereitschaft zum Ehrenamt langfristig erhalten.

Mehr Infos: [www.wellcome-online.de](http://www.wellcome-online.de)

ReH

**wellcome startete 2002  
in Hamburg.**

**Mittlerweile gibt es wellcome  
an rund 250 Standorten.**

**Alle Teamkoordinatoren sind  
Fachkräfte und Mitglied im  
örtlichen Netzwerk Frühe Hilfen.**

### Entspannung und Entlastung in Familien

Die Befragten gaben überwiegend an, eine hohe Entspannung der Familienatmosphäre wahrzunehmen, und sehen eine deutliche Entlastung der Mütter durch ihr Engagement. Im Rahmen der Evaluation gaben 77 Prozent der befragten Ehrenamtlichen an, dass sich das

## DGAAP

### Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.) ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen.

Machen  
Sie mit!  
Werden Sie Mitglied!  
Informationen und  
Mitgliedsanträge  
auch unter  
[www.dgaap.de](http://www.dgaap.de)



# bvkd

## UNSER BERUFSVERBAND – eine historische Betrachtung –

### Einleitung

Die Biografie eines Pädiaters, der den Älteren von uns vielleicht noch bekannt ist, Dieter Palitzsch, trägt den Titel „Die Zeitzeugen werden weniger“.

Als am 10. Oktober 2015 in Bad Orb der langjährige Präsident unseres Berufsverbandes Wolfram Hartmann verabschiedet wurde, war auch ich bereit, ein paar Worte zu sagen. Dafür stellte mich der Vizepräsident Prof. Ronald Schmid mit den Worten vor: „Er ist einer von denen, die fast von Anfang an dabei waren, ein Zeitzeuge.“ Und er bat mich, doch einmal zu Papier zu bringen, wie das damals gewesen war mit den Anfängen des alten Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands (BVKD). Dem will ich nun gern nachkommen.

Einschränkend muss gesagt werden, dass ich ganz von Anfang an nicht dabei war. Denn 1952, dem Jahr, in dem unsere Geschichte begann, war ich noch Student. Doch habe ich alle Gründerväter und deren erste Nachfolger später noch kennen- und schätzen gelernt, mit manchem war ich in Freundschaft verbunden. Von ihnen stammt auch mein Wissen um die Anfangsbemühungen.

### Historie

Die Kinderärzte mussten bekanntlich immer um ihre Anerkennung kämpfen. Das war 1883 so, als **August Steffen** und **Carl Gerhardt** gegen den Widerstand der Internisten die Gründung einer speziellen Gesellschaft für Kinderheilkunde innerhalb der Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte durchsetzten. Als man 1895 den Leiter der Kinderklinik der Berliner Charité, **Otto Heubner** (ursprünglich für Innere Medizin habilitiert), zum ersten ordentlichen Professor der Kinderheilkunde berief, geschah dies nur gegen den Widerstand der medizinischen Fakultät.

Ab 1924 gab es offiziell den „Facharzt für Kinderheilkunde“. Nur wenige ließen sich damals in der Praxis nieder. Wichtig war es, finanzielle Voraussetzungen dafür zu schaffen. Die Gründung des Hartmannbundes war da sehr hilfreich. Um die Interessen der zunächst noch kleinen Zahl frei praktizierender Kinderärzte wahrzunehmen, wurde 1926 eine „Wirtschaftliche Abteilung“ innerhalb der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGK) gegründet. Ihr erster Vorsitzender: **Ernst Dünzelmann**, Leipzig.

### Entstehung des Berufsverbands

Zu einem ähnlichen Separationsvorgang kam es nach Ende des zweiten Weltkrieges. Es war 1952 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Bayreuth, als von dem damaligen Vorsitzenden, **Prof. Alfred Adam**, Erlangen, eine Reihe von Mitgliedern der Gesellschaft zusammengerufen wurde, um zu beraten, wie die wirtschaftlichen Sorgen der inzwischen doch recht stattlichen Zahl von niedergelassenen Kinderärzten in den Griff zu bekommen wären. Man erinnerte sich an die einstige „Wirtschaftliche Abteilung“, die im Grunde genommen zu ihrer Zeit nur wenig erreichen konnte.

Ähnliches kann man allerdings auch von der sog. „Abteilung für Berufsfragen“ sagen, die nach dem Krieg bereits 1951 in der DGK eingerichtet worden war. Dies geschah auf Betreiben von **Rolf Wollinger**, Bingen, **Gisbert Böllhoff**, Münster, und **Georg Emil Selter**, Frankfurt. 1952 wurde sie dann aber offiziell in die große DGK aufgenommen und anerkannt. Ihr damaliger Leiter war **Prof. Karl Klinke**. Zu seinem Stellvertreter wurde 1952 **Prof. Paul Frick**, Mainz, bestellt.



Dr. Werner Schmidt



Abb. 1: Georg Emil Selter



Abb. 2: Mitteilungen für Kinderärzte, Februar 1957

Man war jetzt ernsthaft gewillt, eine völlig neue, in ihrer Art auch selbständige Organisation zu schaffen, die „Abteilung für Berufsfragen in der DGK“, mit einem Vorstand, mit Landes- und Bezirksobmännern. Die systematische Aufbauarbeit lag, unterstützt von Prof. Frick, weitgehend in den Händen von Georg Emil Selter, Frankfurt, zunächst als Geschäftsführer, später als Geschäftsführender Arzt. So muss er als der eigentliche Gründer unseres Berufsverbandes angesehen werden.

Unermüdlich war er am Werk. Eine Satzung wurde erarbeitet, in der u.a. festgesetzt wurde, alle drei Jahre Neuwahlen stattfinden zu lassen. 1953 fand bereits in bescheide-

nem Rahmen eine Delegiertenversammlung in Bad Kissingen statt.

Das dornenvolle Amt hat Georg Emil Selter keiner je streitig gemacht. Es hätte wohl auch kein Geeigneter gefunden werden können, der mit so viel Intelligenz, geschliffener Sprache und manchmal etwas scharfer Zunge die Interessen der praktizierenden Kinderärzte besser hätte vertreten können. Von ihm gestaltet erschienen 1953 erstmals die „Mitteilungen für Kinderärzte“ in DIN A5-Format. Das Heftchen in grünem Spiegeldruck wurden zum Sprachrohr der deutschen Kinderärzte. Es erschien vierteljährlich im Hansischen Verlagskontor, Lübeck, mit Heinz Scheffler an der Spitze.

Als Männer der ersten Stunde sind an dieser Stelle der schon erwähnte Gisbert Böllhoff, Münster, - viele Jahre war er im Vorstand vorwiegend im Bereich Finanzen tätig; er wusste um die finanziellen Nöte der niedergelassenen Kollegen - ferner der schon oben erwähnten Rolf Wollinger als Fortbildungsbeauftragter, dazu noch Kurt Fölsing, Bremen, der Gebührexperte, und der Hesse Burkhardt Sachs, der für Struktur- und Satzungsfragen zuständig war, zu nennen. Zu den Mitbegründern gehörten auch Hartmut Lenk-Ostendorf, München, und Hanns E. Grod, Köln.

Das erste berufspolitische Treffen fand 1956 in Bad Kreuznach statt im Rahmen des großen wissenschaftlichen Kongresses, weitgehend von den Herren Selter und Frick organisiert. Schwerpunkt war die Fortbildung, nach der die niedergelassenen Pädiater lechzten. Die große DGK hatte dies nicht als ihre vordringliche Aufgabe angesehen. Sie fühlte sich mehr der Wissenschaft verpflichtet. Der große Erfolg dieses ersten Versuches führte dann zu regelmäßigen Wiederholungen an verschiedenen Orten. Bald beschloss man, künftig eigene Fortbildungstagungen abzuhalten, gesondert von den gro-

ßen Kinderärztekongressen, und sie auch mit berufspolitischen Referaten zu bereichern, um zur Wissensaktualisierung beizutragen.

Eine erste solche reine Fortbildungstagung fand 1962 in Freudenstadt statt. Rolf Wollinger bewährte sich hierbei als Organisationstalent, wie auch bei den folgenden, fast familiären, Tagungen in Travemünde, Garmisch-Partenkirchen, Konstanz und mehrfach immer wieder Freudenstadt.

Nachdem 1959 Frick zusammen mit Selter den Vorsitz übernommen hatte, wurde die Organisationsstruktur der Abteilung gestrafft und ein Netz von Landesverbänden mit Bezirksunterteilungen geschaffen. Das Anwachsen des Verwaltungsapparates machte die Einrichtung einer Geschäftsstelle in Köln nötig. 1971 wurde Gisela Lohmar als Geschäftsführerin eingestellt. Sie blieb es bis 1985.

## Meine eigene Geschichte im Berufsverband

### Seit wann war ich nun wirklich Zeitzeuge der Geschehnisse mit und um unseren Verband?

Mein erster Kontakt zu ihm erfolgte durch die Zusendung der schon erwähnten grünen „Mitteilungen“ wenige Monate nach meiner Niederlassung in Regensburg 1964. Und 1964 wurde ich vom damaligen Landesobmann der bayerischen Kinderärzte Fritz Hofstadt, München, eingeladen zu einer „wirtschaftlichen Sitzung der niedergelassenen bayerischen Kinderärzte“ im Anschluss an die Tagung der Süddeutschen Kinderärzte in Regensburg. Da lernte ich Hofstadt und Lenk-Ostendorf kennen. Ich Praxisneuling erhielt erste interessante Abrechnungstipps. Ich hatte ja keine Ahnung vom Praxisgeschäftslieben. In der Klinik hatte man nie etwas davon gehört. Nun wurde ich zu einem braven Kongressbesucher und lernte manchen der „Tonangebenden“ kennen. Das berufspolitische Interesse wurde mehr

und mehr geweckt. Ich versuchte zunächst im örtlichen Bereich die Kolleginnen und Kollegen zu einem ordentlichen Gebrauch der Gebührenordnung anzuhalten. Das war nicht allzu schwierig, denn damals gab es in Regensburg nur fünf niedergelassene Pädiater. Heute sind es knapp zwanzig. Ich bediente mich dabei der wertvollen Abrechnungshinweise von **Kurt Fölsing** in den „Grünen Mitteilungen“. Er war es auch, der **1970** die Leitung der Abteilung übernahm, die nun einen starken Aufwärtstrend erhielt.

### Gründung des Berufsverbands 1970 und neue Verbandszeitschrift „Der Kinderarzt“

Die Organisation in Landesverbänden wurde ausgebaut. Starke, einsatzbereite Leute der leider immer wieder belächelten niedergelassenen Pädiater fanden sich. Nur einige von Ihnen seien genannt: **Otto Sprockhoff**, Essen, **Ulrich Stechele**, Heilbronn, **Rudolf Reue**, Hermühlheim, **Walter Spranger**, Baden-Baden, **Herbert Herpertz**, Oberhausen, **Franz Fluch**, Würzburg, **Carl Caspers**, Hannover, **Peter Göring**, Münchberg, **Dieter Klebe**, Frankfurt, **Carsten Lübke**, Hamburg-Wandsbek, **Günther Mathieu**, Neunkirchen/Saar, **Gerhart Bossert**, Karlsruhe-Durlach, **Anneliese Hambrook**, Berlin.

Es blieb nicht aus, dass es zwischen der immer stärker berufspolitisch, wirtschaftlich und der Weiterbildung der Mitglieder verpflichteten „Abteilung“ und dem Vorstand der wissenschaftlichen DGK mit ihren Problemen immer öfter zu Spannungen kam. Man fühlte sich von der DGK nicht mehr ausreichend vertreten. Schließlich sah man ein, dass ein gutes Nebeneinander besser sei als ein schlechtes Miteinander.

Und so wurde im **September 1970** bei der Tagung in Wies-

baden der „**Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e.V.**“ aus der Taufe gehoben. Sein erster Präsident **Kurt Fölsing**.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass **Emil Selter** erkannte, es müsse mit den Überlegungen zu einem ordentlichen Berufsverband auch an ein neues Presseorgan gedacht werden. Die kleinen grünen Mitteilungen genühten den neuen Ansprüchen nicht. Dies teilte er auch dem Verleger, **Heinz Scheffler** mit. Selter wandte sich an **Prof. Theodor Hellbrügge**, den Sozialpädiater in München, den langjährigen Redakteur der Zeitschrift „Fortschritte der Medizin“ und bat ihn, in seinen Verlagsvertrag einzutreten. So kamen **Hellbrügg**s Interesse und seine folgenden Aktivitäten für den Berufsverband zustande. **Hellbrügge** ließ von Anfang an wissen, dass er keine Zeitschrift als Vereinsblatt nur mit Hinweisen für Abrechnung und sonstige Berufsfragen herausgeben möchte, sondern sie vielmehr als Fortbildungszeitschrift für neue Aufgaben an alle Kinderärzte ausbauen wolle mit dem Titel „**Der Kinderarzt**“.

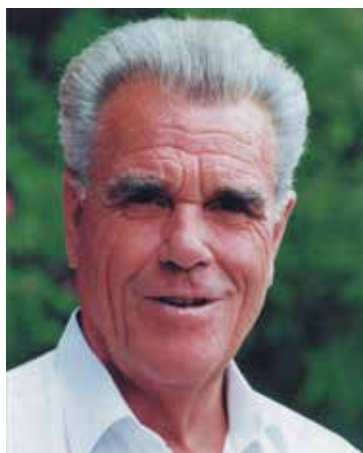


Abb. 3: Th. Hellbrügge

Aus einem Brief von **Hellbrügge** weiss ich, dass sein Vorhaben bei den Auguren der DGK ein solches Ärgernis hervorgerufen hat, dass er auf der DGK-Jahrestagung 1970 in Saarbrücken von allen Seiten auf das Heftigste beschimpft wurde, fürchtete man wohl, er wolle mit seinen Ideen die Grundlagen der Deutschen Kinderheilkunde



Abb. 4: der kinderarzt, Februar 1970

erschüttern, wie sie im Springer-Verlag durch die Monatsschrift gegeben sei.

Aber auch **Heinz Scheffler** vom Hansischen Verlagskontor war zunächst fassungslos über **Hellbrügg**s Vorhaben, hatte allerdings auch keine eigene Konzeption. Nach anfänglichem Staunen der führenden Köpfe des eben aus der Taufe gehobenen „Berufsverbandes“, erkannten vor allem **Prof. Franz Schmid** und **Otto Sprockhoff** bald, dass man mit **Hellbrügge** einen Mann gefunden hatte, der offenbar bereit war, all seine Ideen und Gedanken dem Verband zur Verfügung zu stellen, um ihn effektiv zu machen. Das hat ihm jahrelang die Sympathien der Oberen der DGK gekostet. Für uns wurde er zum großen Impulsgeber.

**Prof. Hellbrügge** war gerade den niedergelassenen Pädiatern freilich kein Unbekannter. Hatte er doch **1968** erstmals zu einem **14-tägigen Oster-Seminar-Kongress für pädiatrische Fortbildung nach Brixen/ Südtirol** eingeladen. Im Januar desselben Jahres veranstaltete die Österreichische Gesellschaft für Kinderheilkunde ihren ersten Fortbildungs-Seminar Kongress in





Abb. 5: Dr. Werner Schmidt und Dr. Rolf Wollinger, Brixen 1979



Abb. 6: Bad Orb, Oktober 1983: W. Schmidt (neuer Präsident), R. Wollinger (alter Präsident), W. Spranger (Wahlleiter)

Obergurgel/Tirol unter **Prof. Ernst Huber**, Salzburg. Beide Veranstaltungen trugen wesentlich dazu bei, die niedergelassenen Pädiater ständig weiterzubilden und sie in den Stand zu versetzen, in der Praxis modernste Kinderheilkunde zu betreiben. Beide Veranstaltungen bestehen bis heute fort.

Wir wissen von **Hellbrügge**, dass er mit seiner Seminarkongress-Idee keineswegs eine Zustimmung weder der DGK, noch des Berufsverbandes fand. Angeblich soll drei Wochen vor dem ersten Brixen-Treffen **Hans Grod**, der Vorgänger

**Fölsings** als Fortbildungsbeauftragter, die Referenten angerufen haben, um ihnen mitzuteilen, dass das Ganze doch eine Pleite würde. Wer sollte wohl nach Brixen fahren. Der Berufsverband werde sich daher zurückziehen. Nun, **Hellbrügge** gelang es, alle bei der Stange zu halten und die Sache zu einem erfolgreichem Ende zu bringen.

### Weitere Entwicklung des Berufsverbands und Einführung von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Unter der Leitung von **Kurt Fölsing** entwickelte sich der Berufsverband zu DER Organisation der deutschen Kinderärzte, besonders auch in standes- und gesundheitspolitischer Hinsicht. In diese Gründungszeiten fiel doch auch eine bedeutsame Entwicklungsepoche der ambulanten Medizin. Wieder war es **Hellbrügge**, der hierzu Entscheidendes beitrug. Es ging um jetzt kassenübliche Krankheits-Früherkennungsmassnahmen, für uns speziell die Kindervorsorgeuntersuchungen bis zum 4. Lebensjahr. **Hellbrügge** erzählte später, er habe die „Vorsorgeuntersuchungen“ als Morgengabe in die Kinderarztpraxis einbringen wollen. Das mag im Nachhinein von ihm so gesehen worden sein.

Wie von anderer Seite zu hören war, war aber auch **Prof. Wilhelm Theopold**, Frankfurt-Höchst, einer der Väter dieses Gedankens. Bereits 1966 hatte er auf dem 69. Deutschen Ärztetag den unabdingbaren Weg der Präventivmedizin aufgezeigt. An seiner Klinik wurde bereits ein solches Programm für Kinder gehandhabt. **Hellbrügge** hat wohl mit ihm ein allgemein gültiges Kindervorsorgeprogramm besprochen, für das nun ein Bundesgesetz durchgesetzt werden musste. Es gibt die schöne Geschichte, dass **Hellbrügge** mit **Prof. Stockhausen** in einem Segelboot auf dem Wörthsee besprochen hätte, wie dies via Bundesärztekammer zu machen sei. Fest steht, dass am 1. Juli 1971 die Vorsorgeuntersuchungen zum Bundesgesetz wurden.

Ursprünglich hatte man wohl die Absicht, die Vorsorgeuntersuchungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, d.h. die Gesundheitsämter, vornehmen zu lassen. Das lehnten diese natürlich ab, schon aus Mangel an entsprechend ausgebildetem Personal. So blieb nur übrig, den niedergelassenen Pädiatern diese Aufgabe ans Bein zu binden, zumal die Finanzierung ja jetzt durch die Krankenkassen erfolgen sollte.

Der Vorstand erfuhr davon bei einer Sitzung in Travemünde und war entsetzt. Wie sollte man denn das alles noch machen bei dem ohnedies schon normalen Sprechstundenbetrieb. Und ich kann mich auch noch entsinnen, wie ablehnend das Auditorium bei einer größeren Tagung – ich glaube, es war in Konstanz – der neuen „Bürde“ gegenüber war, die man da auferlegt bekommen sollte. Keiner ahnte wohl damals, dass die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen einmal ein nicht zu unterschätzendes finanzielles Standbein für die Niedergelassenen werden würden.

Gebührensicherheit und Fortbildung – das waren die Schwerpunkte der damaligen Verbandsarbeit. Zu Brixen kam im Herbst 1973 als weitere interessante und in Deutschland stattfindende Fortbildungstagung der **Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb** hinzu. Von **Prof. Franz Schmid**, Aschaffenburg, initiiert, erfreute er sich wie in Brixen durch den Seminar-Charakter bald größter Beliebtheit. In späteren Jahren ermöglichte er vielen, sich die nötigen Sonographie-Kenntnisse anzueignen. Zur Verstärkung der fachlichen Leitung kam bald **Dieter Palitzsch**, Gelnhausen, dazu, der sein Modell der „Praxisklinik“ zur Nachahmung empfahl. Er übernahm später die Leitung der Orber Kongresse und prägte sie wohl als letzter All-round-Pädiater massgebend.

So hat sich in der Zeit von 1952 bis Mitte der 70er-iger Jahre des vorigen Jahrhunderts der Berufsverband zu einer beachtenswerten Vertretung nicht nur der in einer Praxis arbeitenden Kinderärztinnen und Kinderärzte entwickelt.



Aber nicht in Konkurrenz zu den Klinikern mit ihren großen Erfolgen, sondern als berufspolitischer Interessenbewahrer und –verteidiger. Ging es anfangs um eine gerechte Gebührenordnung und eine qualifizierte Fortbildung, verlagerte sich der Schwerpunkt der Arbeit seit der Übernahme des Präsidentenamtes von **Kurt Fölsing** auf **Rolf Wollinger** im Jahre 1975 mehr und mehr auf die Gebiete der Standes-, aber auch der Familien- und Gesundheitspolitik im Großen, Aufgaben, denen auch seine Nachfolger (**Werner Schmidt**, **Wolfgang Meinrenken**, **Klaus Gritz**, **Wolfram Hartmann**) mit Erfolg nachkamen. Zusammen mit den Vertretern der DGKJ und der DGSPJ werden unsere Vorschläge jetzt in Berlin ernst genommen. Wir werden gehört. Das ist gut so und sollte es auch in Zukunft bleiben.



**Abb. 7: v.l.n.r.: Wolfram Hartmann, Werner Schmidt, Wolfgang Meinrenken, Klaus Gritz**

*Werner Schmidt*  
*Ehrenpräsident des BVKJ*  
*Regensburg*

*Red.: WH*

# Fortbildungstermine

**bvkj.**

 Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

## April 2016

7.-10. April 2016

### Päd-Ass 2016

**13. Assistentenkongress in München**  
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Leitung: Prof. Dr. Ronald G. Schmid, Altötting  
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](mailto:praxis.senger@snafu.de); [klemens.senger@uminfo.de](mailto: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.

Leitung: Prof. Dr. Heino Skopnik, Worms  
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

Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel,  
Lauffen  
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, Rhauderfehn  
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](mailto:ccj.hamburg@t-online.de)  
oder Tel. 040-7213053, [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)

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

③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, [Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de)

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,  
[info@interface-congress.de](mailto:info@interface-congress.de)

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



## Geburtstage im April 2016

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. Axel Kiefer,  
Mamming, am 01.04.  
Frau Dr. med. Christine Spehr,  
Berlin, am 04.04.  
Herr Dr. med. Gottfried Huber,  
München, am 06.04.  
Herr Dr. med. Peter Jakob,  
Erlangen, am 07.04.  
Herr Hans-Heinrich Rohe,  
Hille, am 08.04.  
Herr Dr. med. Hanns-Michael Burow,  
Oberkirch, am 08.04.  
Herr Dr. med. Wilhelm Körling,  
Eichenzell, am 08.04.  
Frau Dr. med. Bettina Gerstlauer,  
Mechernich, am 08.04.  
Herr Peter Barth, Weissach, am 09.04.  
Frau Dr. med. Cornelia Esther,  
Wiesenbach, am 10.04.  
Frau Dr. med. Elke Bekeschus-Scheffel,  
Siegen, am 14.04.  
Herr Dr. med. Roland Kamphausen,  
Solingen, am 16.04.  
Herr Dr. med. Gerd Atzmann,  
Sinsheim, am 18.04.  
Frau Dr. med. Elisabeth Georgiopolou,  
Athen, am 18.04.  
Frau Dipl.-Med. Martina Kanzler,  
Annaberg-Buchholz, am 20.04.  
Frau Dr. med. Ilse Bartram,  
Heidelberg, am 21.04.  
Herr Dr. med. J. Peter Christmann,  
Mainz, am 22.04.  
Frau Dipl.-Med. Ulrike Rentsch,  
Görlitz, am 23.04.  
Herr Markus Bock,  
Altena, am 24.04.  
Herr Karl Prömpeler-Kuhn,  
Karlsruhe, am 25.04.  
Frau Dr. med. Marlies Peuckert,  
Dinslaken, am 27.04.  
Herr Dr. med. Andreas Zambach,  
Harrislee, am 29.04.  
Frau Dr. med. Dörte Schuster,  
Bonn, am 30.04.

### 70. Geburtstag

Herr Dr. med. Roland Zintgraf,  
Lörrach, am 07.04.

Frau Dr. med. Elisabeth Jaritz-Eigenmann,  
Friedland, am 09.04.  
Herr Dr. med. Michael Rasch,  
Schönfließ, am 12.04.  
Herr Dr. med. Thomas Abel,  
Berlin, am 22.04.  
Herr PD Dr. med. Dipl.- Psych.  
Christian Wolff,  
Hagen, am 27.04.

### 75. Geburtstag

Herr Dr. med. Jochen Rümmler,  
Zirndorf, am 08.04.  
Frau Dr. med. Barbara Gern,  
Bottrop, am 08.04.  
Frau Dipl.-Med. Brigitte Wendel,  
Stahnsdorf, am 19.04.  
Herr Dr. med. Uwe Obermann,  
Wegberg, am 19.04.  
Herr Dr. med. Hartmut Dornow,  
Hannover, am 21.04.  
Frau Dr. med. Maja Ewringmann,  
Königswinter, am 22.04.  
Herr Dr. med. Wilfried Besch,  
Isernhagen, am 29.04.  
Frau Dr. med. Brigitte Eichler,  
Pfaffenhofen, am 30.04.

### 80. Geburtstag

Frau Dr. med. Susanne Fleischmann,  
Köln, am 18.04.  
Herr Dr. med. Khosrow Amirpour,  
Wolfsburg, am 23.04.  
Herr Dr. med. Volker Jählig,  
Limbach-Oberfrohna, am 24.04.  
Herr Dr. med. Jörg Woweries,  
Berlin, am 28.04.  
Herr Dr. med. Klaus Gritz,  
Bleckede, am 29.04.

### 81. Geburtstag

Frau Dr. med. Türkan Schnieders,  
Geilenkirchen, am 01.04.  
Herr Prof. Dr. med. Kurt Baerlocher,  
St. Gallen, am 02.04.  
Frau Dr. med. Karin Lembcke,  
Berlin, am 03.04.  
Herr MR Dr. med. Horst Meyer,  
Berlin, am 07.04.  
Herr Priv. Doz. Dr. Heinz G. Terheggen,  
am Köln, am 10.04.  
Frau Dr. med. Magdalena Kießling,  
Berlin, am 17.04.  
Frau Dr. med. Ursula-Ruth Bauch,  
Chemnitz, am 19.04.  
Frau Dr. med. Anke Althaus,  
Schrecksbach, am 22.04.  
Herr Dr. med. Hovsep Sarkissian,  
Landau, am 28.04.  
Frau Dr. med. Rodica Draia,  
Duisburg, am 29.04.  
Herr Dr. med. Hans-Gernot Bohlmann,  
Mönchengladbach, am 30.04.

### 82. Geburtstag

Herr Dr. med. Theophil Schleihauß,  
Ilvesheim, am 06.04.  
Herr Dr. med. Hans-Joachim Landzettel,  
Darmstadt, am 25.04.  
Herr Dr. med. Horst Lison,  
Hemmingen, am 28.04.  
Frau Dr. med. Margrit Esklony,  
Suderburg, am 30.04.

### 83. Geburtstag

Herr Dr. med. Arnold Vahle,  
Landshut, am 03.04.

### 84. Geburtstag

Herr Dr. med. Wolfgang Müller,  
Augsburg, am 03.04.  
Herr Dr. med. Bernhard Bucke,  
Erlangen, am 13.04.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate Köhler,  
Eisenach, am 04.04.  
Herr Dr. med. Johann Schwenk,  
Achern, am 29.04.

### 86. Geburtstag

Herr Dr. med. Faruk Ömer Erdem,  
Izmir, am 01.04.  
Frau Dr. med. Gisela Feldheim,  
Kronshagen, am 21.04.

### 88. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto Oertel,  
Metzingen, am 01.04.  
Frau Dr. med. Susanne Stein,  
Köln, am 25.04.

### 89. Geburtstag

Herr Dr. med. Rudolf Schlanstedt,  
Goslar, am 06.04.

### 90. Geburtstag

Herr Dr. med. Bertold Klüser,  
Köln, am 04.04.

### 92. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinz Wilutzky,  
Bad Kreuznach, am 05.04.

### 93. Geburtstag

Herr Dr. med. Edward Jung,  
Mölln, am 07.04.  
Frau Dr. med. Maria Ott,  
Allensbach, am 24.04.

#### Wir trauern um:

Herrn OMR Prof. Dr. Kurt Menzel,  
Ilmenau  
Frau Dr. Tatjana Schopp, Dorsten  
Herrn Dr. Albrecht Spiess, Berlin  
Frau Dr. Renate Schüpferling, Pettstadt

## Im Monat Januar durften wir 47 neue Mitglieder begrüßen.

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



### Baden-Württemberg

Herr Dr. med. Reiner *Eichhorn*  
Herr Dr. med. Sebastian *Peters*  
Frau Dr. med.  
*Susanne Seyboldt*



### Bayern

Frau Christina *Bogner*  
Frau Dilbar *Mammadova*  
Frau Dr. med.  
*Sonja Neubauer*  
Frau Dr. med.  
*Gerlinde Stuber*



### Berlin

Frau Dr. med.  
*Carola Liebke*



### Brandenburg

Frau Dr. med.  
*Angelika Hoffmann*



### Bremen

Frau Judith *Hildebrandt*



### Niedersachsen

Frau Dr. med.  
*Thuy-Trang Nguyen*  
Herr Dr. med. Peter *Rawohl*



### Nordrhein

Frau Dr. med. Claudia *Selke*  
Frau Dr. med. Daniela *Stössel*  
Frau Yvonne von der *Twer*



### Rheinland-Pfalz

Frau Britta Carina *Becker*  
Frau Dr. med. Nicole *Semar*



### Sachsen

Herr Dr. med.  
*Robert Grunewald*



### Thüringen

Frau Dr. med. Heike *Reichelt*



### Westfalen-Lippe

Frau Dr. med.  
*Nadine Barth*  
Frau Mila *Bukova*  
Herr Matthias von *Heydebrand*

## 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.





15-Jahres-Ergebnisse der GINI Studie bestätigen:

# Frühe Intervention hat langfristigen Präventionseffekt auf Allergien

Die aktuell publizierten 15-Jahres-Ergebnisse der weltweit größten Untersuchung zum Einfluss frühkindlicher Ernährung auf die Entwicklung von Allergien (GINI-Studie)\* zeigen, dass der präventive Effekt durch die frühe Gabe eines wirksamen Hydrolysats, das heißt einer Nahrung mit speziell aufgespaltenem Protein, langfristig anhält: Bei Ernährung mit dem partiell hydrolysierten Molkenprotein in Nestlé BEBA HA in den ersten 4 Lebensmonaten ist auch nach 15 Jahren das Auftreten atopischer Dermatitis (Neurodermitis) signifikant reduziert! Diese Ergebnisse stärken die derzeitige Empfehlung, bei erhöhtem Allergierisiko, wenn nicht gestillt wird, eine Hydrolysatnahrung zu empfehlen, deren allergiepräventive Wirksamkeit durch klinische Studien (z. B. GINI) bewiesen ist.

In Deutschland wird mittlerweile jedes 3. Kind mit einem erhöhten Allergierisiko geboren. Atopische Dermatitis ist die am häufigsten diagnostizierte chronische Hauterkrankung bei Kindern. Trotz zahlreicher wissenschaftlich plausibler Ansätze zur Vermeidung atopischer Erkrankungen haben sich bis heute nur wenige Maßnahmen in kontrollierten Studien als allergiepräventiv behaupten können. Als effektive Maßnahme zur Senkung des Allergierisikos hat sich auch im jetzt abgeschlossenen 15-Jahres Follow-up der GINI Studie die primäre Prävention durch Ernährung mit der Hydrolysatnahrung BEBA HA bestätigt. Zudem konnte in der Langzeitstudie gezeigt werden, dass diese Hydrolysat-Nahrung nicht das Risiko für respiratorische Allergien erhöht. Sondern dass im Gegenteil das Auftreten der allergischen Rhinitis (Heuschnupfen) im Alter von 11 bis 15 Jahren in der Gruppe, die in den ersten vier Lebensmonaten mit Nestlé BEBA HA ernährt wurde, signifikant verringert war.

Die GINI (German Infant Nutritional Intervention) Studie ist eine prospektive, randomisierte, bis zum Alter von 3 Jahren doppel-blind angelegte Interventionsstudie, mit einem jetzt abgeschlossenen 15-Jahres-Follow-up. Sofern sie nicht ausschließlich gestillt wurden, erhielten 2252 gesunde Neugeborene mit erhöhtem Allergierisiko in den ersten 4 Lebensmonaten eine von vier Studiennahrungen. Das Auftreten der atopischen Dermatitis von Geburt bis zum Alter von 15 Jahren konnte in der BEBA HA Gruppe im Ver-

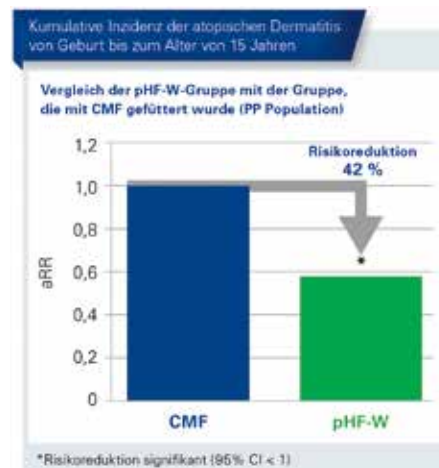
gleich zu der mit Standard Säuglingsmilch ernährten Gruppe signifikant reduziert werden. Ebenso die Häufigkeit von Heuschnupfen im Alter von 11-15 Jahren.

## Qualität des Proteinhydrolysates ausschlaggebend für Wirksamkeit der HA-Nahrung

Die Studie zeigt, dass der Präventionseffekt von Nestlé BEBA HA langfristig und ohne Rebound besteht. Die Wachstumsentwicklung unterscheidet sich weder gegenüber der Ernährung mit Standard Säuglingsmilch noch mit Muttermilch. Anhand der unterschiedlichen Wirksamkeit der in der Studie verwendeten Hydrolysate zeigt sich, dass der Hydrolysierungsprozess und die Qualität des eingesetzten Ausgangs-Proteins maßgeblich verantwortlich für die Wirkung sind. Es sollten daher nur HA-Nahrungen empfohlen werden, deren präventiver Effekt in kontrollierten klinischen Studien belegt ist. Fachkompetente Beratung der Eltern ist notwendig, um die langfristige Gesundheit eines Kindes möglichst positiv zu gestalten.

Die 3 Elemente Ihrer Beratung:

- **Machen Sie den Allergiecheck in der Familie:** Jedes Neugeborene, dessen Vater, Mutter oder Geschwister bereits eine Allergie haben, ist allergiegefährdet.
- **Unterstützen Sie das ausschließliche Stillen in den ersten Lebensmonaten:** Proteinqualität und Proteingehalt der Muttermilch sind optimal. Gestillte Babys sind im Hinblick auf Adipositas, Diabetes und Allergien auch im späteren Leben besser gewappnet.



CMF: Standard Säuglingsnahrung  
pHF-W: partielles Molkenhydrolysat (Nestlé BEBA HA)

- **Empfehlen Sie für nicht vollgestillte Babys mit positiver Familienanamnese für Allergien eine in wissenschaftlichen Studien geprüfte HA-Nahrung:** Die allergiepräventive Wirkung wurde für BEBA HA im Rahmen der weltweit größten Studie zur Erforschung allergischer Erkrankungen (GINI) belegt. Wird BEBA HA in den ersten 4 Lebensmonaten konsequent und ausschließlich gefüttert, kann das Auftreten von Neurodermitis langfristig signifikant reduziert werden: BEBA HA mit PRO HA vermindert das Risiko für atopische Dermatitis im 1. Lebensjahr um 50 %. Der präventive Effekt hält mindestens bis zum Alter von 15 Jahren an.

Nach Informationen von  
Nestlé Nutrition GmbH,  
Wissenschaftlicher Service, Frankfurt/M.

\* Andrea von Berg et al. (2015) Allergy Oct 2015. doi: 10.1111/all.12790  
Studienzusammenfassung und Experteninterview unter: www.nestlenutrition-institute.org

# Erkältungen effektiv und verträglich bessern

**B**ei einer Erkältung bessert ein homöopathischer Tri-Komplex wirksam die typischen Beschwerden und zeichnet sich dabei durch eine sehr gute Verträglichkeit aus. Daher kann das Komplexhomöopathikum bereits bei Kindern angewendet werden.

Erkältungen zählen bei Kindern zu den häufigsten Erkrankungen und sind die häufigsten Gründe für Arztbesuche. Die akuten Beschwerden, aber auch Folgekomplikationen wie Sinusitis und/oder Bronchitis sowie bakterielle Sekundärkomplikationen belasten nicht nur das Kind und seine Eltern, sondern machen auch oft eine Antibiotikatherapie notwendig. Eine frühzeitige Behandlung der Erkältungssymptome kann dazu beitragen, Komplikationen zu vermeiden. Dabei sollten Arzneimittel, die bei Kindern angewendet werden, besonders gut verträglich sein.

Meditosin®, ein homöopathischer Tri-Komplex mit Zubereitungen aus dem blauen Eisenhut (Aconitinum), der Tollkirsche (Atropinum sulfuricum) sowie einem hochpotenten Salz (Mercurius cyanatus) erfüllt diese Anforderungen. Der homöopathische Tri-Komplex darf aufgrund seiner sehr guten Verträglichkeit bereits Kindern ab einem Jahr verabreicht werden, je nach ärztlicher Einschätzung sogar ab sieben Monaten.

Die Wirksamkeit und gute Verträglichkeit dieses Komplexhomöopathikums wurde in einer Vielzahl von Studien gezeigt, die mittlerweile die Daten von mehr als 5.000 Kindern und Erwachsenen mit erkältungsbedingten Beschwerden überblicken. Die effektive Symptomlinderung dürfte zum einen auf das ganzheitliche homöopathische Wirkprinzip mit Aktivierung der körpereigenen Selbstheilungskräfte zurückzuführen sein. Zum anderen

hält der homöopathische Tri-Komplex offensichtlich die Erkältungsviren durch eine direkte antivirale Wirkung in Schach. Dabei ist das Komplexhomöopathikum grundsätzlich kombinierbar mit Antibiotika, Schmerz- und Fiebertmitteln sowie anderen Erkältungsprodukten.

Eine aktuelle Anwendungsbeobachtung mit mehr als 1.000 Patienten bestätigte erneut die exzellente Anwendungssicherheit des Komplexhomöopathikums. Rund 90 % der Anwender waren mit der Wirkung „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ und würden den homöopathischen Tri-Komplex wieder anwenden und auch weiterempfehlen; die Verträglichkeit bewerteten sogar 97 % der Anwender mit „sehr gut“ oder „gut“.

*Nach Informationen von  
Medice Arzneimittel Pütter GmbH,  
Iserlohn*

# Eucabal®-Phytotherapie bei Atemwegsinfekten

**W**enn es um die Gesundheit ihrer Kinder geht, hat die Sensibilität von Eltern in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die meisten bevorzugen pflanzliche Therapien. Und tatsächlich ist nicht jedes zur Selbstmedikation in der Apotheke verfügbare Erkältungsmittel auch für Kinder geeignet. Phytotherapeutika, wie die Erkältungsmedizin von Eucabal®, sind nebenwirkungsarm und verfügen nicht nur über ein breites, positives Wirkspektrum, sondern auch über eine lange Tradition und Anwendungserfahrung in der Kinderarztpraxis.

„Bei Erkältungen sind ätherische Öle aus Eukalyptus und Kiefernadeln besonders für Säuglinge und Kleinkinder eine bewährte pflanzliche Alternative“, betont Kinderarzt Jörn Voigt aus Groß-Umstadt. Diese haben sekretolytische, spasmolytische sowie reizmindernde Eigenschaften. Der Hauptbestandteil von Eukalyptusöl ist 1,8-Cineol, welches krampflösend,

antibakteriell und schleimlösend wirkt. Damit verbessert es gleichzeitig die Nasenatmung sowie die mukoziliäre Clearance. Kiefernadelöl enthält  $\alpha$ -Pinen, das vor allem einen hyperämisierenden Effekt hat. „Die auf diese Weise vertiefte Atmung ermöglicht einen besseren Sauerstoffaustausch und stärkt dadurch zusätzlich das Immunsystem“, meint Voigt. Eucabal®-Balsam S kombiniert diese beiden ätherischen Öle. Die besonders verträgliche Erkältungscreme – ohne Campher und Menthol – ist zur Rückenreibung bereits für Säuglinge ab sechs Monaten zugelassen. Ab zwei Jahren darf sie auch auf der Brust aufgetragen werden. Für den älteren Nachwuchs ab sechs Jahren ist das Präparat ebenso zum Inhalieren geeignet.

## Ein Fall fürs Grüne Rezept

„Eucabal®-Erkältungsprodukte sind zwar klassische Arzneimittel für die Selbstmedikation, trotzdem stelle ich

	Eukalyptusöl	Kiefernadelöl
Sekretolytisch	●	●
Expektorierend	●	●
Antibakteriell	●	●
Spasmolytisch	●	●
Hyperämisierend	●	●
Reizmindernd	●	●

Eucabal® Balsam S ist die zweite Erfindung, welche besonders verträglich und bereits für Säuglinge ab sechs Monaten zugelassen ist. Die Erkältungscreme ist eine sichere Zusatzergänzung z. B. im Rahmen einer Antibiose zur Bekämpfung von Atemwegsinfekten.

meinen Patienten für den Balsam, der bis zu einem Alter von 12 Jahren sowieso erstattungsfähig ist, immer ein Rezept aus. Erstens kann ich mir so sicher sein, dass die Eltern das richtige Arzneimittel in der Apotheke kaufen. Zweitens erstatten mittlerweile mehr und mehr Krankenkassen auch auf dem Grünen Rezept verordnete Phytotherapeutika“, sagt der Kinderarzt aus Groß-Umstadt.

*Nach Informationen von  
Aristo Pharma GmbH, Berlin*

## Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

## Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

**Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid**

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

**Dr. med. Roland Ulmer**

E-Mail: dr.roland.ulmer@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](http://www.bvkj.de)

## Redakteure

### „KINDER- UND JUGENDARZT“

#### Fortbildung:

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

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

**Prof. Dr. med. Florian Heinen**

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

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

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

**Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller**

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

#### Forum, Berufsfragen, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann**

E-Mail: dr.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](http://www.bvkj.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

#### Geschäftsführerin:

**Christel Schierbaum**

Tel.: 0221/68909-11

[christel.schierbaum@uminfo.de](mailto:christel.schierbaum@uminfo.de)

#### Büroleiterinnen:

**Doris Schomburg**

Tel.: 0221/68909-12

[doris.schomburg@uminfo.de](mailto:doris.schomburg@uminfo.de)

**Martina Wegner**

Tel.: 0221/68909-10

[martina.wegner@uminfo.de](mailto:martina.wegner@uminfo.de)

#### Bereich

Tel.: 0221/68909-0

#### Mitgliederservice/Zentrale:

Tfx.: 0221/683204

[bvkj.buero@uminfo.de](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)

#### Bereich

Tel.: 0221/68909-15/16,

#### Fortbildung/Veranstaltungen:

Tfx.: 0221/68909-78

[bvkj.kongress@uminfo.de](mailto:bvkj.kongress@uminfo.de)

## BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

[www.bvkj-service-gmbh.de](http://www.bvkj-service-gmbh.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

#### Geschäftsführerin:

**Anke Emgenbroich**

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: [anke.emgenbroich@uminfo.de](mailto:anke.emgenbroich@uminfo.de)

#### Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: [bvkjservicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)

## Sonstige Links

#### Kinderärzte im Netz

[www.kinderaezrte-im-netz.de](http://www.kinderaezrte-im-netz.de)

#### Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

#### Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

[www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php](http://www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php)

#### Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)