

KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 06/17
46. (64.) Jahr

bvkg.

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



Berufsfragen

Rechtsfragen und praktische Probleme zur Aufklärung beim Impfen

Fortbildung

Nicht alle Schwellungen sind allergisch bedingt

Forum

WIR2 – Hilfe für Alleinerziehende

Magazin

Russische Kinder in Kinderkliniken der DDR

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.
Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Regine Hauch, Düsseldorf

INHALT 06 | 2017

Berufsfragen

Rechtsfragen und praktische Probleme zur Aufklärung beim Impfen // Kyrill Makoski	309
Kinder- und Jugendstärkungsgesetz // Kathrin Jackel-Neusser	312
Weiterentwicklung und Öffnung der Kinder- und Jugendrehabilitation // Klaus Rodens	315
Impressum	318
Optionen pädiatrischer Tätigkeit // Sigrun Berger	320
Der Honorarausschuss informiert // Jörg Hornivius	325
BVKJ-Service GmbH // Anke Emgenbroich	328
Berichte der Ausschüsse des BVKJ // Johanna Harris	330
Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin // Harald Tegtmeyer-Metzdorf	332

Fortbildung

Therapie des nephrotischen Syndroms // Michael van Husen, Markus J. Kemper	335
Highlights aus Bad Orb: Fehlbildungen der oberen Extremität // Nicos Marathovouniotis, Tobias Klein	343
Consilium: Reiseübelkeit // Tomas Jelinek	350
Review aus englischsprachigen Zeitschriften	352
Welche Diagnose wird gestellt // Maren Fließner	353

Forum

Wirksame Hilfe für Alleinerziehende // Christoph Dembowski	356
Fünfter Armuts und Reichtumsbericht beschlossen // Wolfram Hartmann	358
Jugend – eine vernachlässigte Altersphase // Uwe Büsching	361
Finanzierung Telematik-Infrastruktur	362
STIKO-Impfempfehlungen jetzt als App! // Birte Bödeker, Martin Terhardt	363
Täglich Schulsport // Regine Hauch	364
Vermischtes	368



Magazin

Russische Kinder in Kinderkliniken der DDR // Ernst Fukala	370
BVKJ-Medienpreis // Regine Hauch	373
Andreas Scheffzek zum 65. Geburtstag // Wolfram Hartmann	374
Fortbildungstermine des BVKJ	375
Personalien	376
Pädindex	377
Nachrichten der Industrie	378
Wichtige Adressen des BVKJ	383

Titelbild: © FamVeld – istockphoto.com

Beilagenhinweis: Dieser Ausgaben sind Beilagen der PTC Therapeutics Germany GmbH und der Shire Deutschland GmbH sowie ein Supplement der Shire Deutschland GmbH beigefügt. Teilen dieser Ausgaben liegen die Programmhefte zur Jahrestagung 2017 des Landesverbandes Sachsen in Dresden und zur 21. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck bei. Wir bitten um Beachtung.

Rechtsfragen und praktische Probleme zur Aufklärung beim Impfen

Vor Durchführung einer Impfung sind der Patient bzw. dessen Erziehungsberechtigte aufzuklären.



Dr. Kyrill Makoski

I. Allgemeine Vorgaben

Die klarste Darstellung der Aufklärung findet sich in § 7 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA):

„Vor einer Schutzimpfung hat der impfende Arzt den Impfling bzw. den Erziehungsberechtigten über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzuklären. Die Aufklärung umfasst insbesondere

1. Informationen über den Nutzen der Impfung und die zu verhütende Krankheit,
2. Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Kontraindikationen,
3. Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung,
4. Informationen über Beginn und Dauer der Schutzwirkung,
5. Hinweise zu Auffrischimpfungen.“

Daneben hat die Ständige Impfkommission (STIKO) in ihren Impfeempfehlungen ebenfalls Hinweise zur Aufklärung aufgenommen. Diese beinhalten u.a. den Verweis auf **Merkmale**, die von verschiedenen Stellen zur Verfügung gestellt werden, und verweisen auf eine

schriftlich zu bestätigende Einwilligung (Epid. Bull. 34/2016, S. 315 f.).

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die **Empfehlungen der STIKO zu Verfahrensfragen** wie der Aufklärung **keine Verbindlichkeit** haben. Soweit die STIKO eine Aufklärung „über die zu verhütende Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten“ empfiehlt, entspricht dies den vom GBA vorgesehenen „Informationen über den Nutzen der Impfung und die zu verhütende Krankheit“, denn der Nutzen besteht gerade in der Vermeidung einer Behandlung.

Der **BGH** hatte im Jahr 2000 entschieden, dass bei öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen die Aufklärung durch schriftliches Informationsmaterial reicht (BGH, Urt. v. 15.2.2000 – VI ZR 48/99). **2013** hat der Gesetzgeber aber im **Patientenrechtgesetz** ausdrücklich festgelegt, dass die **Aufklärung mündlich** erfolgen muss (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB).

Dies bedeutet kein Verbot der Verwendung von Broschüren. Der Arzt sollte aber zumindest intensiv nachfragen, ob die schriftlichen Informationen verstanden wurden und ob noch Fragen bestehen. **Keinesfalls darf der Arzt die Aufklärung auf nichtärztliche Mitarbeiter (z. B. MFA, Krankenschwestern) übertragen**; maximal können fortgeschrittene Pfler eingebunden werden (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB; OLG Karlsruhe, Urt. v. 29.1.2014 – 7 U 163/12).

Der Arzt hat grundsätzlich auch sicherzustellen, dass der Patient die Aufklärung verstanden hat (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 3 BGB). Dies betrifft insbesondere die Frage einer notwendigen Übersetzung, **wobei es grundsätzlich Sache des Patienten ist, einen Dolmetscher zu stellen, wenn es erforderlich ist** (siehe auch BT-Drs. 17/10488, S. 25; umfassend Spickhoff, ZMGR 2016, 17).

Der Arzt kann nicht verpflichtet werden, für die Übersetzung zu sorgen, zumal er diese Leistung nicht abrechnen kann. Die Sozialversicherung übernimmt

Dolmetscherkosten nur bei bestimmten Behinderungen, nicht aber bei Fremdsprachen. Das Risiko bei einem dem Arzt nicht bekannten Dolmetscher besteht aber darin, dass der Arzt nicht beurteilen kann, was wie übersetzt wird (instruktiv OLG Köln, Urt. v. 9.12.2015 – 5 U 184/14).

Die Aufklärung ist wichtig, weil nur durch sie die Einwilligung des Patienten bzw. der Eltern wirksam wird und damit das Risiko der Behandlung vom Arzt auf den Patienten übergeht. Daher hat der **Arzt auch die Aufklärung zu beweisen** (§ 630h Abs. 2 S. 1 BGB). Durch die Aufklärung soll der Wissensunterschied zwischen Arzt und Patient reduziert werden, d.h. der Patient soll „im Großen und Ganzen“ wissen, welche Risiken er übernimmt.

Da der Arzt die Beweislast für die ordnungsgemäße Aufklärung trägt, sollte er das **Aufklärungsgespräch** – und teilweise auch den Inhalt – **in der Patientenakte dokumentieren**. Dabei ist ein ausführliches Protokoll nicht gefordert; vielmehr reicht es nach der ständigen Rechtsprechung des BGH aus, wenn sich aus der Akte überhaupt ergibt, dass ein Aufklärungsgespräch geführt wurde. Eine Erinnerung des Arztes an das konkrete Aufklärungsgespräch ist nicht erforderlich (siehe BGH, Urt. v. 28.1.2014 – VI ZR 143/13). Für den Inhalt kann – neben einigen kurzen Stichwörtern – z. B. auf eine generelle Festlegung im **Qualitätshandbuch der Praxis** verwiesen werden, die dann im Streitfall vorgelegt werden sollte. Daneben kann der Beweis über den Inhalt des Aufklärungsgesprächs in einem eventuellen Prozess durch Vernehmung der MFA geführt werden, wenn diese bestätigen können, dass die Aufklärung „immer so“ geführt wird (siehe auch OLG Köln, Hinweisbeschl. v. 28.9.2015 – 5 U 81/15).

II. Probleme in der Praxis

Die Anforderungen an die Aufklärung sind bei einer Einfach-Impfung noch re-

lativ leicht, jedoch gerade bei kleinen Kindern, bei denen eine Vielzahl von Impfungen ansteht, in der Praxis kaum umzusetzen. Wenn pro Tag 20 bis 30 Impfungen durchgeführt werden, bliebe kaum Zeit für andere Behandlungen.

Die Verwendung von schriftlichen Unterlagen zur Impfaufklärung ist nicht nur aus den vorgenannten rechtlichen Gründen problematisch, sondern auch deswegen unsicher, weil nicht sichergestellt werden kann, dass die entsprechenden Texte tatsächlich von den Eltern verstanden werden. In vielen Fällen ergibt eine Nachfrage, dass die Eltern den Inhalt der Texte nicht oder nicht richtig begriffen haben.

Darüber hinaus kommt es zu einer steigenden Zahl von Patientinnen und Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen. Diese Sprachprobleme führen dazu, dass die bisher vorhandenen schriftlichen Unterlagen nicht verwendet werden können. Soweit sich der Arzt auf fremdsprachige Unterlagen verlässt, hat er das Problem, dass er selber nicht immer überprüfen kann, ob diese korrekt übersetzt wurden und die Eltern auch tatsächlich die entsprechende Sprache verstehen. Der Arzt müsste aus Vorsicht eine relativ große Zahl von Sprachvarianten vorhalten.

Setzt der Arzt dagegen für ein Beratungsgespräch einen Dolmetscher ein, müssten die Kosten von der aufzuklärenden Person getragen werden – die hierzu in aller Regel nicht in der Lage sein wird. Wenn Angehörige übersetzen, hat der Arzt das Risiko, dass er nicht weiß, ob diese Person schon seine Aufklärung auf Deutsch richtig verstanden hat und wie sie diese Informationen dann weiter übermittelt an die tatsächlich aufzuklärende Person. Dies betrifft nicht nur Fachtermini, sondern auch die Frage des allgemeinen Textverständnisses.

In diesem Fall wäre es gut, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des aufklärenden Arztes mit den entsprechenden Sprachkenntnissen eingebunden werden könnte. Dies wird jedoch nur teilweise und nur für häufige Fremdsprachen möglich sein. Eine große Auswahl an Fremdsprachen, wie sie in vielen Krankenhäusern inzwischen gegeben ist, wird in der Arztpraxis nicht gegeben sein. Abgesehen davon gibt es immer das Problem, dass nicht als medizinische Dolmetscher ausgebildete Personen nicht

die notwendigen Begriffe in der Landessprache kennen bzw. bestimmte deutsche Begriffe in die Landessprache nicht übersetzt werden können. Eine Lösung könnte der Einsatz von **Videodolmetschern** sein (siehe dazu Kletecka-Pulker, GesR 2016, 206).

Schließlich gibt es ein Problem in der Praxis, wenn nicht beide Erziehungsberechtigten beim Arzt erscheinen, sondern nur einer. Kann der Arzt dann davon ausgehen, dass der abwesende Elternteil mit der Aufklärung einverstanden ist? Wie sieht es aus bei getrennt lebenden Paaren, gelten dort die gleichen Grundsätze?

III. Rechtliche Bewertung der praktischen Schwierigkeiten

Noch am einfachsten zu beantworten ist die Frage, wenn nur ein Elternteil auftaucht. **Solange der Arzt keine andere Kenntnis hat, darf er davon ausgehen, dass der abwesende Elternteil den anwesenden Elternteil bevollmächtigt hat, in die Impfung einzuwilligen und dieser wirksam zuzustimmen.**

Wenn der abwesende Elternteil dies nicht möchte (z. B. im Trennungsfall), hat er die Pflicht, den Kinder- und Jugendarzt darüber zu informieren, dass er gegen die entsprechende medizinische Maßnahme ist. Unterlässt er dies und teilt dies z. B. nur dem anwesenden Elternteil mit, ist dies eine Angelegenheit, die zwischen den Elternteilen zu klären ist. Von dem Arzt kann nicht verlangt werden, dass er weitere Informationen einholt.

Abgesehen davon wäre selbst das Bestehen auf einer schriftlichen Einverständniserklärung des abwesenden Elternteils alleine nicht ausreichend, da dieser regelmäßig nicht hinreichend aufgeklärt wurde. Allerdings kann der Arzt, wenn er den absolut sichersten Weg gehen will, sich eine schriftliche Einwilligung des abwesenden Elternteils vorlegen lassen, wenn er diesen auf andere Weise aufgeklärt hat.

Sind sich die Eltern uneinig, ob geimpft werden soll oder nicht, hat sich der Arzt zurückzuziehen und die Entscheidung den Eltern zu überlassen. Diese haben dann durch eine familiengerichtliche Entscheidung die entsprechende Klärung herbeizuführen. Bis dahin hat

der Arzt das Impfen zu unterlassen – wenn es nicht notfallmäßig indiziert ist, z. B. für die Tetanus-Impfung nach offenen Verletzungen.

Die Anforderungen an die Impfaufklärung, so wie sie teilweise in der Literatur vertreten werden, sind allerdings in der Praxis nur schwer oder gar nicht umsetzbar.

Grundsätzlich sollte immer noch auf schriftliche Materialien zur Impfaufklärung zurückgegriffen werden und diese sollten dann auch den Eltern mitgegeben werden (damit diese z. B. die Texte in Ruhe zu Hause lesen können). Bei der Überarbeitung der entsprechenden Materialien sollte aber darauf geachtet werden, dass eine möglichst einfache Sprache gefunden wird, die weitestgehend verständlich ist.

Wenn der Arzt unter Bezugnahme auf die Dokumente die Patienten fragt, ob sie noch Fragen haben oder ob sie mit der Impfung einverstanden sind, dann führt ein unter Umständen fehlendes Textverständnis aber nicht alleine zur Haftung des Arztes. Der Arzt haftet ohnehin nur dann, wenn überhaupt ein Schaden eingetreten ist. In den allermeisten Fällen gibt es jedoch außer einer kleinen lokalen Impfreaktion keine weiteren Schäden, so dass deswegen schon eine Schadensersatzpflicht nicht in Betracht kommt. Und in den anderen Fällen ist der Arzt über seine Haftpflichtversicherung (hoffentlich in ausreichender Höhe) abgesichert, so dass ihn persönlich die entsprechende Konsequenz nicht trifft. Nach dem Nationalen Impfplan werden pro Jahr um die 200 mögliche Impfschadensfälle gemeldet, von denen keine 20 % als begründet anerkannt werden; die Rate beträgt ca. 0,04 pro 100.000 Einwohner. Und nicht jeder zeitliche Zusammenhang zwischen Impfung und Beeinträchtigung bedeutet auch eine kausale Verursachung, die Voraussetzung für eine Haftung ist (beispielhaft LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.4.2015 – L 6 VJ 1460/13). Daraus wird deutlich, dass Impfungen in den allermeisten Fällen sicher sind und problemlos verlaufen.

Im Übrigen ist noch zu berücksichtigen, dass ein Patient immer auf die Einwilligung verzichten kann (siehe § 630e Abs. 3 BGB). Wenn also der Arzt merkt,

dass die Aufklärung bisher nicht ausreichend verstanden wurde (z. B. mangels Sprachkenntnissen), besteht immer noch die Möglichkeit, dass er den **Eltern die entsprechende Wahl** lässt:

- Entweder sie stellen zum nächsten Gesprächstermin einen qualifizierten medizinischen Dolmetscher
- oder sie erklären sich bereits im vorliegenden Moment für ausreichend aufgeklärt und verzichten auf eine weitergehende Aufklärung oder sie verzichten auf die Impfung insgesamt.

Hierbei sollte aber jede Art von Druck vermieden werden, da ein unter Druck oder Drohung erklärter Verzicht unwirksam wäre. Zudem muss dem Betroffenen deutlich sein, worauf er mit welcher Folge verzichtet.

Gerade bei den ausländischen Patienten besteht im gewissen Umfange noch die Möglichkeit, dass die **Impfung dann durch die Gesundheitsämter** durchgeführt wird. Die dortigen Mitarbeiter sind

wegen der Amtshaftung besser abgesichert und können deswegen auch mit weniger persönlichem Risiko die Impfungen durchführen. Ebenso gelten bei „Reihenimpfungen“, die durch die Gesundheitsämter oder andere Behörden angeordnet und durchgeführt werden, geringere Anforderungen an die Aufklärung, da nach der gesetzlichen Wertung kein Wahlrecht des Patienten besteht (§ 20 Abs. 6 und 7 IfSG).

Fazit

Zu beachten ist, dass die Impfaufklärungsgespräche (oder die entsprechenden Fragen) **vom Arzt oder einem anderen ärztlichen Mitarbeiter** durchgeführt werden und nicht alleine von den MFA; eine Aufklärung allein durch die MFA ist unwirksam!

Zum Schluss sei noch einmal klargestellt, dass auch die Feststellung eines Ge-

richts, dass ein Arzt in einem bestimmten Fall den Patienten nicht hinreichend aufgeklärt hat, nicht bedeutet, dass die gleiche Feststellung in einem anderen Fall ebenso getroffen würde. Denn jeder Fall wird einzeln betrachtet. Daher wird eine Haftpflichtversicherung nicht deswegen den Versicherungsvertrag kündigen, weil in einem einzelnen Fall eine Haftung festgestellt wurde.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Kyrill Makoski
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
Möller und Partner –
Kanzlei für Medizinrecht
40213 Düsseldorf
www.moellerpartner.de
Die Rechtsanwälte der Kanzlei sind
Justiziare des BVKJ e.V.*

Red.: WH

Politische Informationen aus Berlin

Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) – das Glas ist halb voll, aber da geht noch mehr

Mit dem vom Bundeskabinett im April beschlossenen Gesetzentwurf zum KJSG (Neufassung des SGB VIII) hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ergänzende Schritte zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vorbereitet. Das BTHG von Ende 2016 wird in mehreren Stufen bis 2023 umgesetzt werden. Dazu sind noch weitere Gesetzesänderungen notwendig.

Sicht des BVKJ

„Der BVKJ begrüßt die im Entwurf des KJSG enthaltenen zahlreichen Verbesserungen zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen, die sich im Achten Sozialgesetzbuch, aber auch im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Jugendgerichtsgesetz niederschlagen werden“, betonte Dr. Fischbach.

• Besserer Kinderschutz

Ziel des Gesetzes ist laut dem BMFSFJ, die **Wirksamkeit von Instrumenten und Maßnahmen im Kinderschutz zu verbessern**. Kinder und Jugendliche in Einrichtungen sollen durch eine **wirkungsvollere Heimaufsicht besser geschützt, Schutzlücken in Jugendclubs und Jugendfreizeitheimen geschlossen werden**.

Positiv außerdem: **Der Schutz von Kindern, Jugendlichen und Frauen in Aufnahmeeinrichtungen von Asylbewerbern** wird verbessert. Hierzu werden die Träger von Aufnahmeeinrichtungen zur Entwicklung und Anwendung von Gewaltschutzkonzepten verpflichtet.

Neben den Eltern erhalten nun auch **Kinder und Jugendliche** einen generellen **eigenen Beratungsanspruch**, der nicht mehr nur beschränkt auf Notsituationen sein soll. Als unabhängige Anlaufstelle sind in einem **neuen § 9a** so genannte **Ombudsstellen** vorgesehen, „an die sich junge Menschen und ihre Familien zur allgemeinen Beratung sowie Vermittlung und Klärung von

Konflikten im Zusammenhang mit Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe nach § 2 und deren Wahrnehmung durch die öffentliche und freie Jugendhilfe wenden können.“ Damit können diese auch als Schlichtungsstelle bei Differenzen zwischen Jugendhilfe und Familie – z.B. bei verweigerten Leistungen – fungieren. In dem Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe, also für die Kinder in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege, wurden außerdem nun die **Grundlagen für die Inklusion** (gemeinsame Betreuung von behinderten und nicht behinderten Kindern) geschaffen.

• Stärkung der Rechte von Pflegekindern:

„Positiv ist außerdem, dass die **Rechte und die Sicherheit von Pflegekindern gestärkt** werden, zum Beispiel durch verbesserte Beratung und Unterstützung von Herkunftseltern und Pflegeeltern“, so Dr. Fischbach, der sich hierfür im Schulterschluss mit den anderen pädiatrischen Verbänden eingesetzt hatte. Auch erhalten die Familiengerichte die **Möglichkeit, den dauerhaften Verbleib des Pflegekindes in der Pflegefamilie anzuordnen**, wenn eine Verbesserung der Erziehungsverhältnisse in der Herkunftsfamilie trotz Beratung und Unterstützung der Eltern innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Pflegekindes vertretbaren Zeitraums nicht erreicht wurde und auch künftig nicht zu erwarten ist und der Verbleib des Pflegekindes in

der Pflegefamilie zum Wohl des Kindes erforderlich ist.

Künftig soll sich die Klärung und Berücksichtigung der Lebensperspektive für Pflegekinder **am kindlichen Zeitempfinden orientieren** und ist als Kriterium vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe als auch in Verfahren und bei Entscheidungen der Familiengerichte zu berücksichtigen.

Großer Fortschritt: die verbindliche Rückmeldung soll kommen!

Das KJSP setzt zahlreiche weitere Forderungen des BVKJ um, die in unserer gemeinsamen pädiatrischen Stellungnahme (BVKJ, DAKJ, DGKJ und DGSPJ) gefordert wurden:

- Das Gesundheitswesen und insbesondere die Kinder- und Jugendärzte aus Praxis, Klinik, SPZ und ÖGD werden stärker in die **Verantwortungsgemeinschaft für einen wirksamen Kinderschutz** einbezogen. Zu jeder Zeit sind die Kinder- und Jugendärzte wichtige Ansprechpartner für ratsuchende und verunsicherte Eltern, aber auch Anwälte für die Rechte von Kindern und Jugendlichen.
- In Zukunft sollen die Kinder- und Jugendärzte am Prozess der Gefährdungseinschätzung und den Fragen der notwendigen Maßnahmen im Sinne des Kindes und den möglicherweise schwierigen Familienbedingungen einbezogen werden. Entsprechend der langjährigen Forderung der Kinder-

und Jugendärzte und nach der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes wird es auch **Rückmeldungen über den weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung an die betreuenden Ärzte, zu denen die Eltern Vertrauen haben, geben.**

Im Gesetzentwurf wurde dazu (auf S. 35) festgehalten: „*Ärztinnen und Ärzte sind unverzichtbare Partner in der Verantwortungsgemeinschaft für den präventiven und intervenierenden Kinderschutz. Das bestätigen die Evaluationsergebnisse zum BKiSchG nachdrücklich. Zu ihrer Stärkung sollte die Mitverantwortung des Gesundheitswesens für den Kinderschutz im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) der gesetzlichen Krankenversicherung noch deutlicher zum Ausdruck kommen.*“

Hierzu Dr. Fischbach: „Es ist ein großer Fortschritt und ein Erfolg des BVKJ, dass die verbindliche Rückmeldung nun endlich im Gesetzentwurf verankert ist.“

Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz

Positiv ist ferner der neue § 73c **Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz, der wie folgt lautet:**

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit den Jugendämtern schließen, um die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, bei denen Vertragsärzte im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 oder im Rahmen ihrer oder der ärztlichen Behandlung ihrer Familienangehörigen nach § 28 Anhaltspunkte für eine Gefährdung ihres Wohls feststellen. Satz 1 gilt nicht für Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnärzte.“

Hiermit eröffnet sich erstmalig die gesetzliche Möglichkeit einer Vergütung der Netzwerkarbeit.

Die (potentiellen) Schattenseiten des KJSG

Die Länder erhalten nun **mehr Steuermöglichkeiten zur Finanzierung von Maßnahmen und Leistungen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge** (sog. UMF). Zwar erklärte Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig: „Für

uns ist klar, dass Unterbringung, Versorgung und Betreuung der unbegleiteten jungen Ausländer durch die Kinder- und Jugendhilfe wesentlich für deren Integration sind und deswegen hier keine Abstriche gemacht werden dürfen.“ Dennoch haben hier zahlreiche Verbände die Sorge, dass diese Steuerungsmöglichkeiten zu Ungunsten der unbegleiteten minderjährigen Ausländer laufen könnten. „Es ist zu befürchten, dass es mit der Neuregelung der Kostenerstattung der Länder an die Kommunen zu einem **Zwei-Klassen-System in der Jugendhilfe** und einer **Absenkung der Standards** kommen könnte“, so der Flüchtlingsrat hierzu. In § 100 BTHG sind zudem Eingliederungshilfemaßnahmen an Asylbewerber explizit ausgeschlossen worden.

Noch keine inklusive Lösung in Sicht

Die **Hauptkritik** der Verbände – auch aus der Pädiatrie – lautet allerdings, dass mit dem KJSG die propagierte „**große Lösung**“ bzw. „**inklusive Lösung**“ noch nicht umgesetzt wird. „Der Leitgedanke der Inklusion auf Grundlage des Übereinkommens für die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird programmatisch im SGB VIII verankert und durch spezifische Handlungsaufträge fortgeführt“, so die **SGB VIII-Expertin Dr. Gabriele Trost-Brinkhues** zum KJSG. „Im Stufenplan des Bundesteilhabegesetzes ist vorgesehen, dass auch Kinder und Jugendliche mit körperlichen und geistigen Behinderungen in die Zuständigkeit der Jugendhilfe fallen – das wäre die so genannte große Lösung. Im jetzt beschlossenen KJSG ist dieser Schritt noch nicht enthalten.“

Auch die **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen Verena Bentele** bedauerte es sehr, dass es auch in dieser Wahlperiode nicht gelungen ist, eine inklusive Lösung zu erreichen. „Mit dieser würde eine einheitliche Zuständigkeit für alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von der Art der Behinderung unter dem Dach der Kinder und Jugendhilfe und damit die Leistungserbringung aus einer Hand erfolgen“, sagte Verena Bentele.

Dennoch sei nach jahrelangem Stillstand ein **erster Schritt in Richtung gleichberechtigte Teilhabe** gemacht, betonte Bentele: „Ein wichtiger Schritt in Richtung Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist zweifelsfrei, dass

mit dem vom Kabinett beschlossenen Gesetzentwurf zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen der programmatische Grundsatz Inklusion in die Kinder- und Jugendhilfe implementiert wurde und auch klarere Regelungen für die Verantwortlichkeiten der Träger im Falle von Übergängen getroffen werden. Auch die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderungen unter Berücksichtigung der besonderen Bedarfe von Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Kindern ist im Entwurf festgeschrieben. Nun appelliere ich an Bundestag und Bundesrat, diese richtige Weichenstellung zu unterstützen und erwarte im Interesse der betroffenen Kinder und ihrer Eltern, dass die inklusive Lösung in der nächsten Legislaturperiode zeitnah angepackt und vollendet wird.“

Vor diesem Hintergrund sagte die Beauftragte außerdem: „Ich begrüße es, dass das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit dem Deutschen Verein ein **Dialogforum Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe** durchführt. Mit diesem sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, um zu einer für alle Beteiligten konsensfähigen und somit tragfähigen Lösung zu kommen.“

Unterstützung durch den BVKJ

Dr. Fischbach teilt die Einschätzung der Beauftragten Bentele und betonte, der BVKJ werde die künftig anstehenden gesetzgeberischen Aktivitäten auf dem Weg zur Inklusion für alle Kinder und Jugendlichen mit fachlicher Expertise und Erfahrung seiner mehr als 12.000 Mitglieder konstruktiv begleiten.

Link zum Gesetzentwurf:

<https://www.bmfsfj.de/blob/115820/a74ff2e754ed65d238462db7cbe220cb/20170412-gesetzentwurf-sgb8-reform-data.pdf>

Korrespondenzadresse:

Kathrin Jackel-Neusser
Politische Referentin BVKJ, 10115 Berlin
E-Mail: kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
52072 Aachen
E-Mail: Dr.G.Trost-Brinkhues@t-online.de

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

Red.: WH

Weiterentwicklung und Öffnung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten

Bei vielen unserer Kolleginnen und Kollegen unbemerkt oder nicht richtig wahrgenommen ist zum Jahresanfang das Flexirentengesetz (SGB VI) in Kraft getreten, das die niedergelassene Kinder- und Jugendärzteschaft durchaus tangieren kann.



Dr. Klaus Rodens

Flexirentengesetz und Reha-Leistungen

In diesem Gesetz sind im §17 die Leistungen zur Nachsorge neu definiert:

(1) Die Träger der Rentenversicherung erbringen im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur Teilhabe nachgehende Leistungen, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern (Leistungen zur Nachsorge). Die Leistungen zur Nachsorge können zeitlich begrenzt werden. (s.auch Heft 12/16 + 1/17 und Heft 5/2017 dieser Zeitschrift)

Im Einzelnen gibt es folgende Neuerungen in der Jugend- und Kinder-REHA, wobei für uns die Punkte 2 und 3 besonders interessant sind.

- Pflichtleistung bei der Dt. Rentenversicherung (DRV)
- Leistung wird künftig auch ambulant erbracht
- Leistungen wird künftig auch zur Nachsorge erbracht
- Indikationsbeschränkungen werden aufgehoben
- Anspruch auf Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn zur Durchführung oder für den Erfolg notwendig
- Anspruch auf Mitaufnahme der Familienangehörigen, wenn Einbeziehung

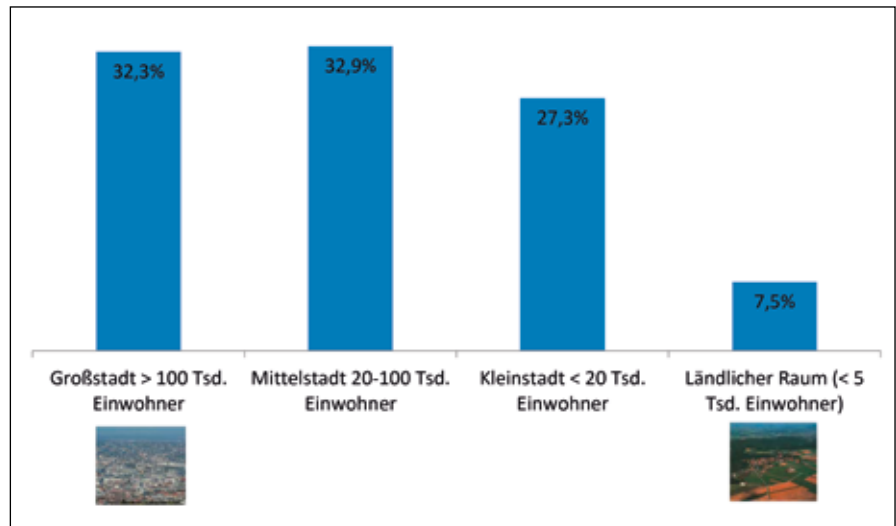


Abb. 1: Verteilung der Praxissitze (urban-ländlich)

Verfügbarkeit Profession	gut möglich	schwierig, aber möglich	nicht möglich
Physiotherapie			
Logopädie			
Ergotherapie			
KJPP (Frage nur an Pädiatrie)			
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie			
Heilpädagogik			
Ambulante Adipositasprogramme			
Ernährungsberatung			
Asthmaschulungsangebote			
DMP-Strukturen (Asthma bronchiale)			
Neurodermitis-Schulungsangebote			
Jugendhilfe			
Erziehungsberatung			
Psychologische Beratung (freie Träger)			
Elternschulungsangebote			
Für Rehabilitanden geeignete Sportvereine			
Autogenes Training, Muskelrelaxation u.ä.			
Sonstiges:			

Abb. 2: Verfügbarkeit von Akteuren und Angeboten im lokalen Netzwerk (Fragebogen)

BERUFSFRAGEN

der Familie in den Rehabilitationsprozess notwendig (Familienorientierte Rehabilitation)

- Vierjahreswiederholungsfrist findet keine Anwendung mehr bei Kindern und Jugendlichen

Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten

Die genaue Ausgestaltung ist derzeit in der Diskussion. Wir sind eingeladen worden, uns dabei einzubringen. Um unsere Position als Praxispädiater klären zu können, hat eine kleine Gruppe aus Vertretern der Rentenversicherung, der REHA-Kliniken, der Krankenkassen und der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte (im BVKJ vertreten durch Ralph Brügel und mich) eine **Online-Umfrage in BW in unserer Fachgruppe** gestartet, um Bereitschaft und Ressourcen für unsere Beteiligung zu ermitteln.

Ausgewertet wurde der Fragebogen von Frau Sabrina Ritter aus dem Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm.

Die Rücklaufquote der zu Jahresbeginn durchgeführten Online-Befragung betrug 23,1% (161 von 697 angefragten Pädiatern). Neben Standortfaktoren der Teilnehmer (Praxissitz, Einzugsgebiet, Praxisform etc.) wurde nach der grundsätzlichen Be-

reitschaft der Mitwirkung bei der Etablierung einer Nachsorge im Anschluss an eine REHA-Maßnahme und nach den regionalen Verfügbarkeiten geeigneter Akteure im lokalen Netzwerk gefragt.

Ergebnisse (siehe Abb. 1 und Abb. 2)

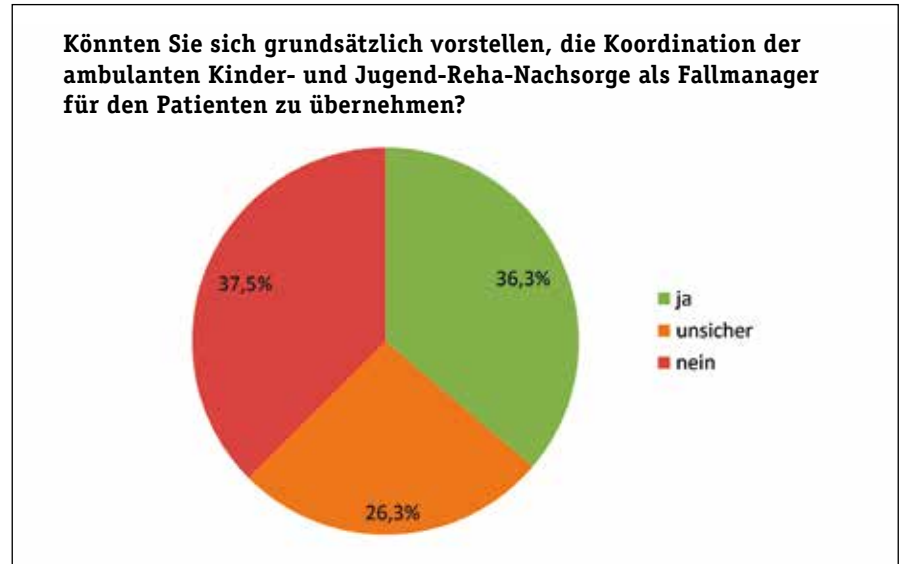


Abb. 3: Grundsätzliche Bereitschaft der Teilnahme an einem REHA-Nachsorgemodell. Als Hauptgrund bei den 37,5% Ablehnern wurde der Zeitmangel angeführt, darüber hinaus die unklare Finanzierung und auch das Problem der potentiellen Regressierung bei Heilmittelverordnungen.

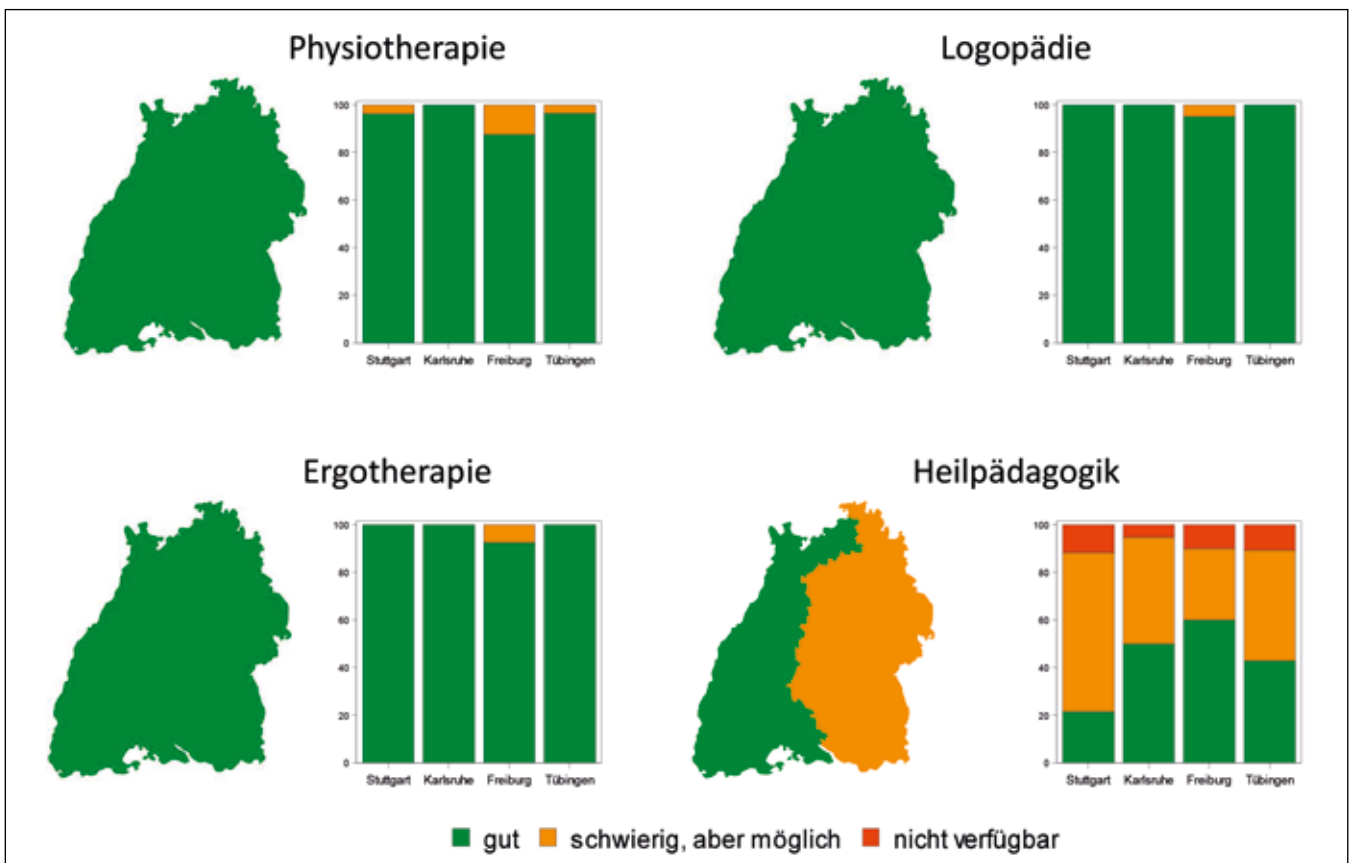


Abb. 4: Verfügbarkeit von Akteuren und Angeboten (getrennt nach Regierungsbezirk)

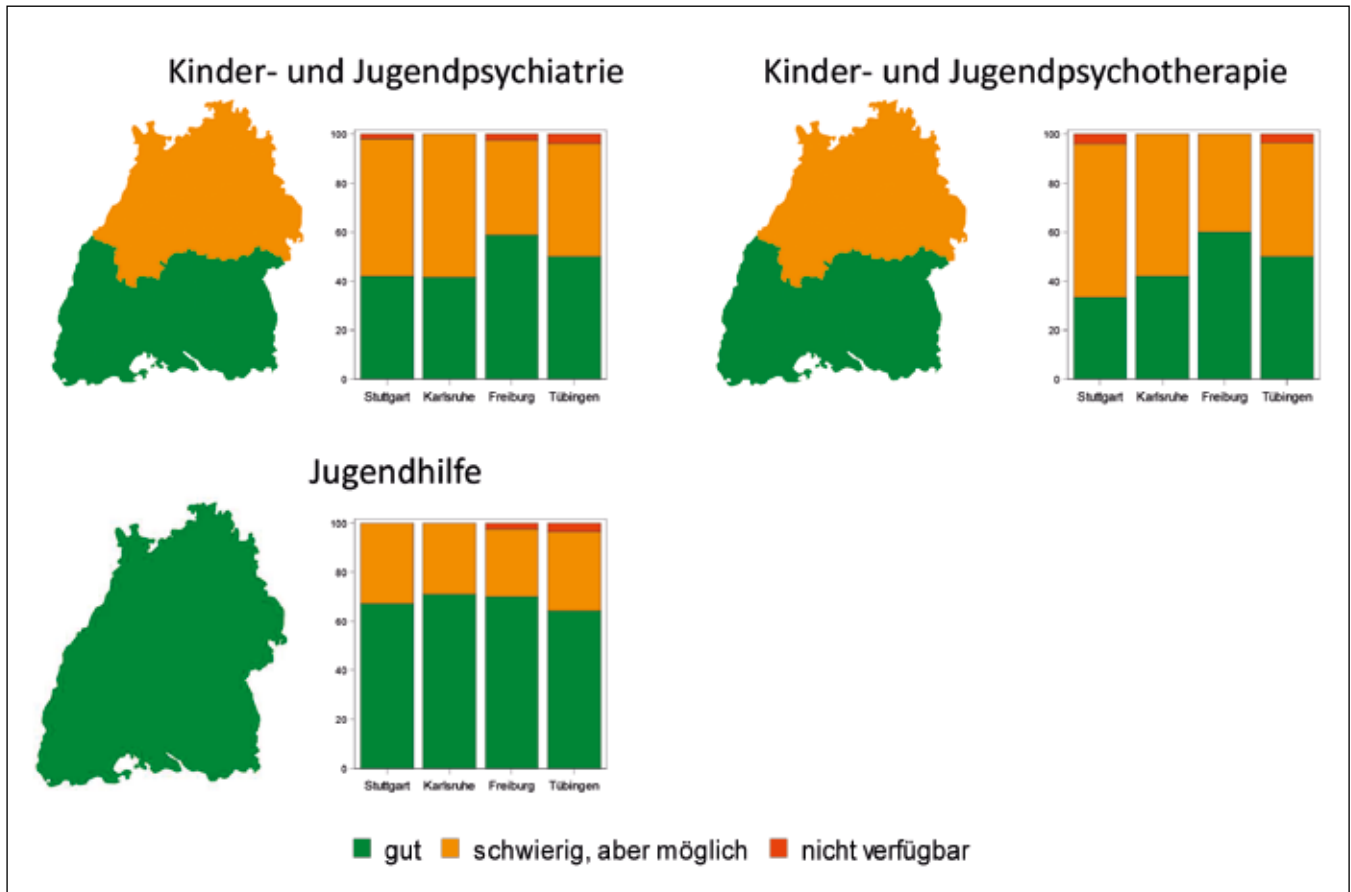


Abb. 5: Verfügbarkeit von Akteuren und Angeboten (getrennt nach Regierungsbezirk)

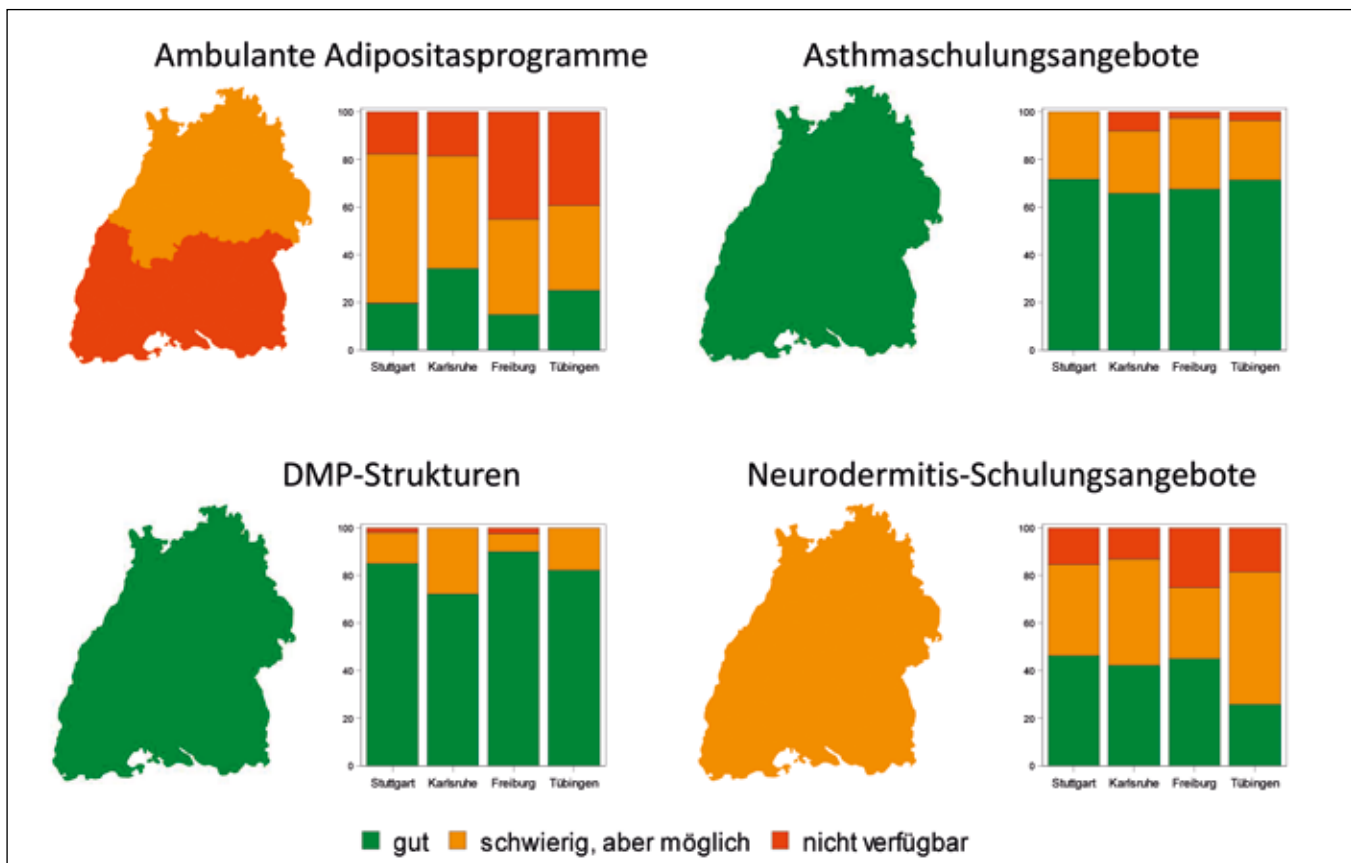


Abb. 6: Verfügbarkeit von Akteuren und Angeboten (getrennt nach Regierungsbezirk)

Zusammenfassung der Verfügbarkeit

Gut: Heilmittelerbringer (Physiotherapeut(inn)en, Ergotherapeut(inn)en, Logopäd(inn)en), Asthmaschulungsangebote
Inhomogen: Kinder- und Jugendpsychiater(innen) und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut(inn)en, Jugendhilfe
Unzureichend: Heilpädagoge(Inn)en, ambulante Adipositasprogramme, Neurodermitisschulungen, Elternschulungsangebote, Ernährungsberatung, Reha-gerechte Sportvereine, altersbezogene Entspannungsangebote

Wie könnte die ambulante Nachsorge nach einer REHA unter Einbeziehung der niedergelassenen Kinder- und Jugend-Ärzt(inn)en aussehen?

-Eine Skizze-

A. Vorstellung der Kinder und Jugendlichen nach der stationären REHA-Maßnahme in der betreuenden Praxis:

nach 1 Monat
nach 6 Monaten

nach 12 Monaten

- Herstellung einer **Verbindlichkeit der Nachsorgetermine** schon während des stationären Aufenthalts
 - Bei fehlender Nachbetreuung **Erstellung einer Liste wohnortnaher Arztpraxen** (im Sinne eines Fallmanagements), die an diesem Programm teilnehmen (muss natürlich innerhalb unserer Fachgruppe konsentiert werden)
- B. Schweregrad abhängige **Optionen der Nachsorge** (Konsolidierung des REHA-Erfolgs)
- Regelfall: Dezentrale **Fall-gemanagte Koordinierung** von einzelnen zielgerichteten Angeboten **über die** (kinder- und jugend)ärztliche Praxis, z.B. die Vermittlung von Heilmitteln, Schulungsprogrammen oder geeigneten psychosozialen Hilfeangeboten. Voraussetzung: Nachsorgeerfordernisse verfügbar und zeitlich für Patient/Eltern machbar
 - Zentralisierte Nachsorgeangebote für aufwändigere und komplexere Nachsorgeerfordernisse via **Implementierung in tagesklinischen Einrichtungen**

- Besonders schwierige Fälle machen eine kurzzeitige (eine Woche) **stationäre Auffrisch-Reha** erforderlich

C. Die **Teilnahmebereitschaft** der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzteschaft an einem solchen Konzept/Modell ist davon **abhängig**, dass

- **keine spezifische Zusatzqualifikation/Kurse** gefordert wird.
- eine **angemessene und an die Aufgabe angepasste Honorierung** erfolgt (z.B. der Gespräche mit der Rehaklinik über den Patienten oder des eigentlichen Case-Managements).
- **Heilmittelverordnungen** innerhalb dieses Fallmanagements **regressbefreit** sind.
- die **Versorgung in einigen Fachbereichen**, die in der Umfrage als defizitär dargestellt wurden, soweit möglich, **strukturell verbessert** wird: v.a. Heilpädagogik, ambulante Psychotherapie, einige Schulungsangebote.

Korrespondenzadresse:

Dr. Klaus Rodens, 89129 Langenau,

E-Mail: KlausRodens@t-online.de

Dr. Ralf Brügel, Schorndorf **Red.: WH**

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wölbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.woelbeling@uminfo.de.

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

22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfram Hartmann, Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal, Tel.: (02732) 81414, E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

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

Druckauflage 12.450
lt. IVW I 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



IA-MED
gegründet Facharzt-Studie 2016

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: mschulz@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 50 vom 1. Oktober 2016

Bezugspreis: Einzelheft € 11,20 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 112,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

Hinweise zum Urheberrecht:

Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2017. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Optionen pädiatrischer Tätigkeit

Arbeiten als Stationsärztin in der Klinik für Kinder und Jugendliche und als Angestellte in einer Kinder- und Jugendarztpraxis

Wie die meisten Mediziner hatte ich mich nach dem Examen in den Klinikalltag gestürzt. Mit allen Höhen und Tiefen und so vielen Arbeitsstunden, dass ich kaum dazu kam, über eine Alternative nachzudenken.



Sigrun Berger

Elternzeit – und was dann?

Während meiner beiden Elternzeiten, die fast nahtlos ineinander übergingen, wurde ich Fachärztin und hatte viel Gelegenheit, über das Leben jenseits der Klinik nachzudenken.

Da ich das Gefühl hatte, während der langen Auszeit fachlich viel vergessen zu haben und auch in Bezug auf Diagnostik, Differentialdiagnosen und Behandlungsmethoden nicht mehr auf dem neuesten Stand zu sein, kehrte ich zuerst einmal in mein altvertrautes klinisches Team zurück.

Dort erwarteten mich viele spannende Krankheitsbilder, auch kompliziertere Verläufe, prompt zu behandelnde Notfälle und vor allem auch gemeinsame Visiten und Teambesprechungen. Wissenslücken konnten so sicher und schnell gefüllt werden und ich versprach mir die baldige Rückerlangung meiner Kompetenzen.

Abwägen zwischen Klinikalltag und Praxistätigkeit

Also fing ich mit 20 Wochenarbeitsstunden als Assistentin im Schichtdienst wieder in der Klinik an und genoss das freundschaftliche Kollegium und die steile Lernkurve. Schon nach wenigen Wochen erfuhr ich, dass eine ehemalige Kollegin, die als angestellte Ärztin in einer Praxis arbeitete, demnächst in Elternzeit gehen würde. Das machte mich neugierig und bot die Chance, für eine begrenzte Zeit und ohne wirtschaftliche Verantwortung einen Blick hinter die Kulissen einer Praxis zu werfen.

Würde für mich eine Niederlassung auf lange Sicht in Frage kommen? Was müsste ich dafür an betriebswirtschaftlichem Wissen erlernen und welche finanziellen Risiken und Verantwortung würde ich dann tragen? Wie organisiert sich ein Praxisalltag? Mit welchen Auflagen kämpft ein selbstständiger Arzt?

Mein Mann ist auch als Arzt in einer Klinik tätig und die damit verbundene Schicht- und Wochenendarbeit bedarf daher einer gut durchdachten Organisation. Aber würde der Benefit meiner geregelten Arbeitszeit während der Praxisöffnungszeiten den gesteigerten Energieaufwand der Selbstständigkeit aufwiegen können?

Sprung in die Praxis

Kurzerhand fragte ich den niedergelassenen Kollegen, ob er einen Ersatz für die Assistentin bräuchte. Zum Glück war er interessiert. Er wollte mich mit

8 Wochenstunden für 1 Jahr anstellen. Mein Chefarzt in der Klinik und die Damen und Herren der Personalabteilung stimmten der Idee zu. Mit den Kollegen, die den Dienstplan in der Klinik entwerfen, musste dann noch ein brauchbares Arbeitszeitmodell gefunden werden. Für die Planung einer Praxis ist es extrem wichtig, über Monate hinaus einen vorhersehbaren Terminplan zu haben, denn Patienten werden schon lange im Voraus einbestellt. Regelmäßigkeit und Planbarkeit sind im Stationsalltag jedoch Fremdwörter.

Erfahrungen

Gut ist es, wenn ein Stationsarzt am Stück 1 Woche in der Klinik ist. Seine Patienten kennt, sich zuständig fühlt, Arztbriefe schreibt und Befunde zu Personen zuordnen kann. Es war also nicht möglich, jede Woche feste Tage in der Praxis zu arbeiten. Deshalb verabredeten wir, dass ich nur in jeder 2. Woche in der Praxis eingeplant werden sollte. Dienstag von 9-18 Uhr mit Pause, Mittwoch und Donnerstag von 9-13 Uhr. 3 Tage am Stück. Damit möglichst wenig Tage für die Dienstplan-Ersteller der Klinik blockiert werden.

Klinik

Nach diesem Modell arbeite ich inzwischen seit 13 Monaten: Es funktioniert hervorragend! Das Arbeiten in der Klinik ist voller interessanter Fälle – davon profitiere ich natürlich auch in meiner Tätigkeit in der Praxis – und ich schätze nach

wie vor die Tatsache, dass man stationäre Patienten so gut begleiten und deren Krankheitsverlauf beobachten kann. Kliniktypisch wird eine Menge Diagnostik schnell und gründlich betrieben. Daran angepasst erfolgt die Therapie, egal ob operativer oder konservativer Art. Für Notfälle bleibt man gewappnet.

Nicht zu verachten sind auch die Fortbildungsmöglichkeiten im Haus. Klinikintern wie auch -extern. Updates, Kongresse, Spezialkurse werden fast ausnahmslos vom Haus angeboten und bezahlt. Die Woche, die ich Stationsärztin bin, ist ein Ausnahmezustand für die Familie. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens, den unzähligen Arztbriefen, den anfallenden Überstunden und den langen Diensten bis 18:45 Uhr 1-2 mal wöchentlich schaffe ich es selten, meine Kinder selber aus der KiTa abzuholen, die um 17 Uhr schließt. Einkaufen, Hobbys, Hausputz und Verabredungen sind in der Klinik-Woche einfach undenkbar.

Gott sei Dank quartieren sich dann oft die rüstigen Großeltern bei uns ein und erledigen Kinderbetreuung und Haushaltsführung. Und nach einer anstrengenden Woche ist meine festgelegte Monatsarbeitszeit von 80 Stunden beinahe aufgebraucht. Den Rest des Monats kommen in der Klinik also nur noch vereinzelte Nacht- und Wochenenddienste auf mich zu.

Praxis

Jede ungerade Woche folgen die 3 Praxistage mit überschaubaren Arbeitszeiten in einer schönen Praxis mit einem netten Chef und sehr freundlichen MFAs. Aber vor allem mit Kindern, die ich beim Aufwachen begleiten, und ganzen Familien, mit denen ich über die Jahre ein stabiles, vertrauensvolles Verhältnis aufbauen kann. Anders als in einer Klinik-Ambulanz kommen die Eltern regelmäßig, so dass der richtige Umgang mit Fieberkrankheiten und Erkältungen etc. nachhaltiger vermittelt werden kann.

Ich genieße den Luxus, meist von einer MFA begleitet zu werden, die die Familien lange schon kennt, die mich zeitlich koordiniert, meine Untersuchungsbefunde mitschreibt und mir hilft, Leistungen richtig und vollständig zu dokumentieren. Mich berät, was alles auf Kassenrezept verschrieben werden kann.

Von all diesen Feinheiten bekommt der Krankenhausarzt im Allgemeinen nichts mit, denn dort gibt es Experten für jeden Bereich: die Qualitätssicherung, die Kodierungsfachkraft, die Personalabteilung, die Abrechnungsabteilung, die kaufmännische Verwaltung und viele mehr.

In dem kleinen Betrieb muss der Praxisinhaber all das selber wissen, berechnen, beachten und evtl. ausbaden. Er bildet seine Angestellten dazu aus, verschiedene dieser Bereiche zu übernehmen. Zum Beispiel die Durchführung und Überprüfung der Hygienestandards oder die Bestellung von benötigtem Material, die korrekte Versendung von Blutprodukten, um nur wenige Beispiele zu nennen. So umfassend hatte ich mir den Aufgaben- und Verantwortungsbereich des Praxisinhabers gar nicht vorgestellt und ich bin froh, so gute und prägende Einblicke zu erhalten, ohne selbst die volle Verantwortung zu tragen.

In den wenigen Stunden, die ich in der Praxis verbringe, bin ich vollauf damit beschäftigt, in viel kürzerer Zeit erheblich mehr Patienten zu sehen, als ich es aus der Klinik gewöhnt bin. Auch wenn die meisten Vorstellungsgründe im Grunde genommen so unkompliziert sind wie Impfungen oder Erkältungen, trockene Hautstellen oder Warzen, so bin ich doch hochkonzentriert. Denn ich alleine sehe den Patienten und entscheide. Daran musste ich mich gewöhnen. Wenn ich nicht reagiere auf eine Pathologie, dann kommt nach mir erstmal niemand mehr. Keine Visite, keine Fallbesprechung.

Förderung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis

Wie lange kann man einen Verlauf beobachten? Wie behalte ich die suspekten Befunde im Auge? Habe ich alle wichtigen Symptome abgefragt und richtig interpretiert? Die medizinische Verantwortung ist groß. Bei besonders komplizierten Fällen oder schwer kranken Kindern berate ich mich gerne mit meinem Praxischef, für welche Behandlung wir uns entscheiden. Genau für diesen kollegialen Austausch

hat er ja eine Kollegin im Jobsharing angestellt. Für den Fall, dass ein Kind ernsthaft krank ist oder wirklich eine sorgfältige Abklärung braucht, reicht ein kurzer Anruf in der Klinik und die zuständigen Kollegen übernehmen den

Patienten. Das ist für mich ein besonders gutes Gefühl, da ich die Kompetenzen der Klinikärzte so gut kenne und „meine“ Patienten dort gut aufgehoben weiß. Und oft sehe ich die Familie dann schon selbst wieder im Patientenzimmer in meiner Klinikwoche.

Fazit

Nun ist das Jahr um, das für das Pilotprojekt der kombinierten Klinik- und Praxisarbeit vorgesehen wurde. Ich hatte gedacht, dass während der Zeit für mich eine klare Entscheidung für einen der beiden Arbeitsplätze fallen würde. Aber das ist es nicht. **Ich liebe die Abwechslung, die bunte Mischung und die Möglichkeit, immer wieder gut gelaunt an jedem der Wirkungsorte aufzutauchen. Weil ich zwischendurch einfach genug Zeit habe, um Abstand zu gewinnen und die positiven Seiten der jeweiligen Arbeitsplätze deutlicher strahlen zu sehen.**

Zu meiner Zeit gab es im Studium kein Fach, das auch nur im Geringsten betriebswirtschaftlich geprägt war oder den Aufbau und die Organisation einer Praxis behandelt hätte. Das empfinde ich als großen Nachteil, denn fast die Hälfte aller Ärzte arbeitet im ambulanten Sektor. Es gibt viele Angebote von Niederlassungsberatern, Banken und auch von der KV, die dem Interessierten die Theorie der Praxisgründung und -Leitung vermitteln. All dies praktisch und im Alltag zu erleben ist für mich sehr lehrreich, erweckt in mir aber nicht den konkreten Wunsch, all die Verantwortung selber zu tragen. Zumindest nicht kurzfristig.

Die Praxis-Kollegin kommt bald aus der Elternzeit zurück. Glücklicherweise können wir in Zukunft beide im Angestelltenverhältnis in der Praxis arbeiten. Und dankenswerterweise stimmt auch die Klinik weiterhin meinen Dienstplan auf meine Tätigkeit in der Praxis ab. Ich freue mich, denn ich habe viele Familien schon sehr in Herz geschlossen und könnte mir nicht vorstellen wieder ausschliesslich in der Klinik zu arbeiten.

Korrespondenzadresse:

Sigrun Berger

66119 Saarbrücken

E-Mail: berger.sigrun@gmail.com

Red.: WH

Der Honorar Ausschuss informiert

Thema des Monats: Tipps zur Ausstellung von Heilmittel-Verordnungen

Grundlage sind folgende Seiten der KBV und des GBA:

<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>

http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_14_Praxisinformation_Heilmittelverordnung_inklusive_Diagnoseliste.pdf

http://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_2017.pdf

<http://www.kbv.de/html/22246.php>

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3382/2016-12-05_G-BA_Patienteninformation_langfristiger%20Heilmittelbedarf_bf.pdf



Dr. Jörg Hornivius

Weitere Quellen

Als weitere Unterstützung benutzen wir das Buch: Buchner Verlag „**Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel Katalog**“ 10. Auflage Januar 2017



Eine Übersicht über Kosten von Heilmitteln findet man auf den Seiten der jeweiligen KV.

Beispielhaft der Link der KV Nordrhein: <https://www.kvno.de/10praxis/40verordnungen/20heilmittel/90orilistn/index.html>

Eine gute Darstellung des Ablaufes ist die GBA Patienten Information (Seite 3 des GBA downloads) (siehe Abb. 1)

Fallbeispiele

Ich möchte nun drei Fälle darstellen.

- **Pat. mit Muskeldystrophie Duchenne G71.0 (siehe Abb. 2)**

Dieser Patient bekommt Physiotherapie ZN1 und Ergotherapie EN1.

Diese Verordnung ist unproblematisch. Für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf können benötigte Heilmittel als „**Verordnungen außerhalb des Regelfalls**“ vorgenommen werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen werden muss. Das heißt, Ärzte sind hinsichtlich der Angabe der Verordnungsmenge

nicht an den Heilmittelkatalog gebunden. Die Menge der Behandlungseinheiten muss in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz so gewählt werden, dass alle zwölf Wochen eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist.

Davon ausgenommen sind Verordnungen, für die noch keine abschließende Genehmigung der Krankenkasse vorliegt. In diesen Fällen ist der Regelfall (mit Erst- und Folgeverordnung) regulär zu durchlaufen.

Patienten haben weiterhin die Möglichkeit bei Erkrankungen, die nicht auf der Diagnoseliste definiert sind, individuelle Anträge bei ihrer Krankenkasse zu stellen.

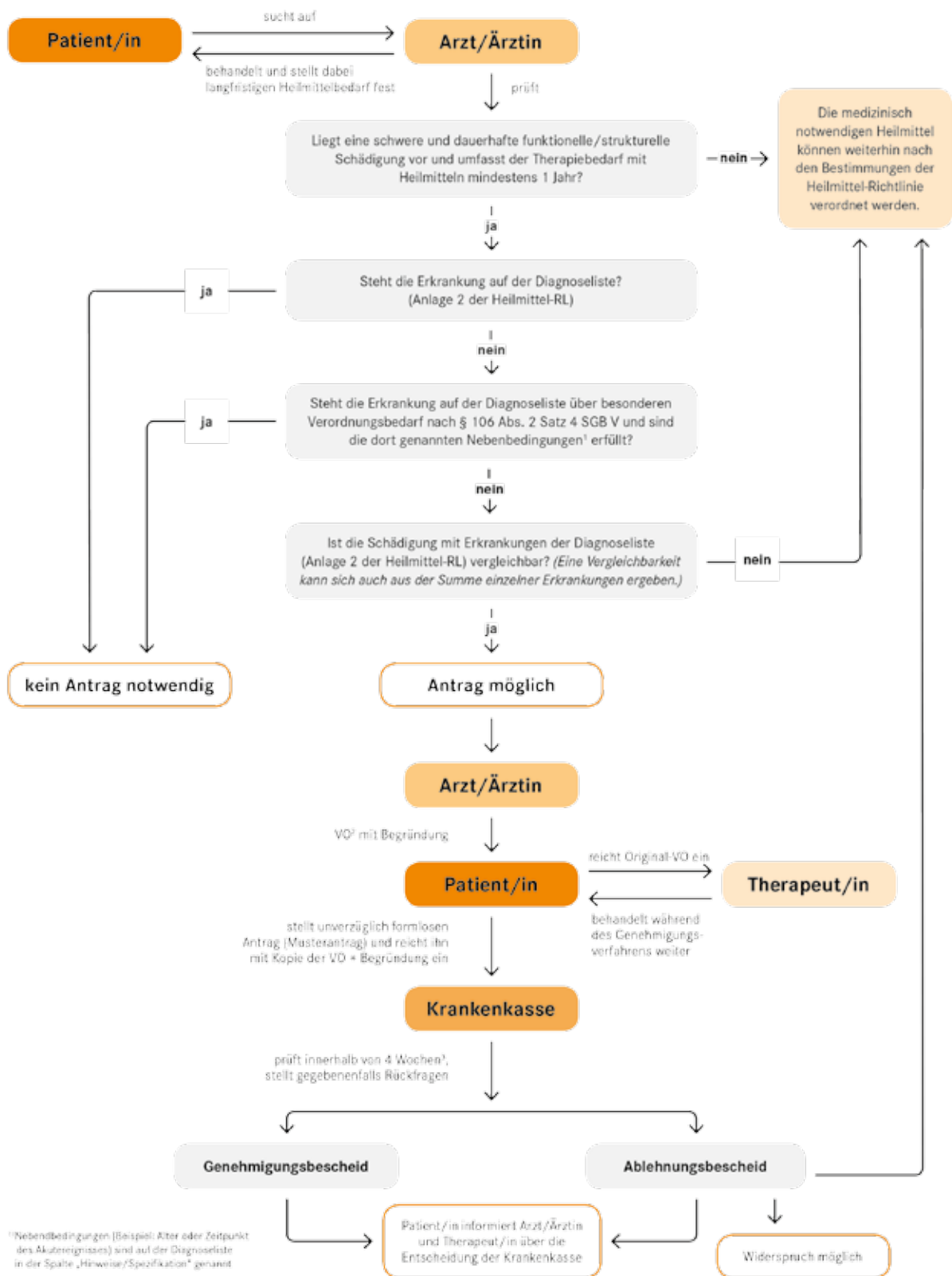
Versicherte reichen bei der Krankenkasse weiterhin einen formlosen Antrag ein. Zusätzlich legen sie künftig eine Kopie der gültigen Heilmittelverordnung bei. Das Original bleibt beim Patienten.

Die ärztliche Verordnung, die dem Antrag in Kopie beigelegt wird, ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Das heißt, die Heilmittelbehandlung kann sofort beginnen oder fortgesetzt werden,

Übersicht der Diagnosen				Stand 1. Januar 2017		
Diagnosegruppen/Indikationsschlüssel:						
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
G71.0		Muskeldystrophie	ZN1/ZN2/AT2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	

Abb. 2: Beispiel Heilmittelverordnung Muskeldystrophie

Verfahren zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs (§ 32 Abs. 1a SGB V)



¹Nebenbedingungen (Beispiel: Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) sind auf der Diagnoseliste in der Spalte „Hinweise/Spezifikation“ genannt
²VO = Heilmittelverordnung
³Die 4 Wochen-Frist kann sich ggf. aufgrund noch nicht verfügbarer Unterlagen verlängern.

Stand: 11/2016

auch wenn die Krankenkasse noch nicht über den Antrag entschieden hat.

Die Krankenkasse muss **innerhalb von vier Wochen nach Antragsingang** über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs entscheiden. Nach Ablauf dieser Frist ohne Rückmeldung der Krankenkasse gilt die Genehmigung als erteilt.

Unser Pat. hat zusätzlich ein Kyphose M40.00 und benötigt hierzu extra KG WS2c, ebenfalls hat er ein Lymphödem I89.0 und bekommt Lymphdrainage LY2a. Hierzu müssen die Eltern mit unseren Rezepten WS-KG und Lymphdrainage zu Krankenkasse gehen und die Verordnung genehmigen lassen. Die KK bescheinigt den Antrag, der Therapeut kann anfangen zu behandeln. Wird der Antrag abgelehnt, werden die erfolgten Therapien trotzdem vergütet.

• Pat. mit M. Fabry E75.2 (siehe Abb. 3)

Nicht gelistet in der KBV-Liste. Antrag Arzt und Eltern an die KK (Seite 4 des GBA Downloads).

• Pat. mit angeborenem Klumpfuß Q66.0 (siehe Abb. 4)

Auch diese Diagnose ist im langfristigen Heilmittelbedarf/besonderer Verordnungsbedarf gelistet und läuft damit außerhalb des Budgets.

Übersicht der Diagnosen		Stand 1. Januar 2017			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie
E74.0		Glykogenspeicherkrankheiten	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1
E75.0		GM2-Gangliosidose	PN/AT2	SB1/SB7	
E76.0		Mucopolysaccharidose, Typ I	WS2/EX2 EX3/CS/S01		

Abb. 3: Beispiele Heilmittelverordnungen bei unterschiedlichen Diagnosen

Übersicht der Diagnosen		Stand 1. Januar 2017			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie
Q66.0		Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX4	SB3	

Abb. 4: Beispiele Heilmittelverordnungen bei Klumpfuß

Die Ausstellung der Heilmittelrezepte ist in jeder Praxissoftware unterschiedlich. In der Regel schlägt die Software bei Eintrag der Diagnose in das Heilmittelrezept den Indikationsschlüssel vor. Wenn die Diagnose im langfristigen Heilmittelbedarf/besonderer Verordnungsbedarf gelistet ist, wird bei manchen Softwareanbietern sofort angezeigt „langfristigen Heilmittelbedarf“ oder „besonderer Verordnungsbedarf“ und in der Rezeptzeile taucht ein Hinweis auf z.B. M3 oder M4. Diese Rezepte werden

dann im Heilmittelbudget nicht mitgezählt.

Der Umgang mit Heilmittelbudgets ist aber in jeder KV unterschiedlich geregelt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jörg Hornivius
41061 Mönchengladbach
E-Mail: aesculix@aol.com

Red.: WH

Dein Wissen, dein Weg – mit **TransFIT** gut begleitet in die Zukunft

Die BVKJ-Service GmbH (BVKJ-S) hat unter der Konsortialführung der Techniker Krankenkasse (TK) und mit den DRK Kliniken Berlin Westend als Konsortialpartner das Projekt TransFIT zur Transitionsbegleitung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen beim Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beantragt. Seit April 2017 wird dieses Projekt über eine Laufzeit von drei Jahren mit Finanzmitteln in Höhe von rund 1,6 Millionen € gefördert.

Das Projekt

TransFIT nähert sich dem Thema **Transitionsmedizin** auf eine neue Weise. Während es in der öffentlichen Wahrnehmung der Transitionsmedizin meist um die Überführung eines jungen Patienten in die Erwachsenenmedizin geht, wird bei **TransFIT** der **enge Kontakt zwischen Patient und Kinder- und Jugendarzt** gefördert. Das Projekt hat die strukturelle Begleitung des Patienten bis zur Transition durch den behandelnden Kinder- und Jugendarzt und das Fallmanagement zum Ziel.

Damit chronisch kranke jugendliche Patienten nach dem 12. Lebensjahr weiter in der Versorgung des Kinder- und Jugendarztes verbleiben, können sie **ab ihrem 12. Geburtstag an TransFIT** teilnehmen. Ziel ist es, langfristig eine intensive Bindung zwischen dem Patienten und dem behandelnden Kinder- und Jugendarzt herzustellen, so dass eine verfrühte Transition verhindert werden kann. Die tatsächliche Transition wird dann vom behandelnden Kinder- und Jugendarzt, in enger Absprache mit dem Fallmanagement, zu einem gegebenen Zeitpunkt initiiert. Im Idealfall bleibt eine langfristige Beziehung bestehen, die in einer geregelten Transition am Anfang des Erwachsenenlebens endet.

Der Fokus auf die gestärkte Verbindung zwischen Kinder- und Jugendarzt und Pa-

tient in dieser Phase wurde mit Bedacht gewählt. Studien haben gezeigt, dass **bei 30 bis 40 Prozent der chronisch kranken Jugendlichen in Folge der Transition ernstzunehmende Versorgungslücken auftreten**. Diese sind wiederum auf die Unsicherheiten der Patienten im Umgang mit einer neuen Vertrauensperson und dem Gesundheitswesen zurückzuführen.

Der Prozess

Ausgangspunkt für die Transitionsbegleitung ist ein **ausführliches Gespräch des Kinder- und Jugendarztes ab der J1** und eine anschließende systematische Einschätzung, inwieweit bei dem jeweiligen Patienten Bedarf für eine spezifische Unterstützung in der Übergangsphase antizipiert wird. Begleitet werden Patient und Arzt durch ein **telemedizinisch (App, Videotelefonie) arbeitendes Fallmanagement**, das den Prozess koordiniert.

Durch einen hauptsächlich elektronischen Austausch zwischen Fallmanagement und Kinder- und Jugendarzt fällt kein großer Zusatzaufwand an. Die Leistungen, die bei **TransFIT** erbracht werden, sind ganz normal in die Abrechnungssoftware **Paed.Selekt** zur Abrechnung integriert.

Neben der kontinuierlichen Betreuung durch den Kinder- und Jugendarzt

besucht der Patient verschiedene Seminare, die, abgestimmt auf diesen besonderen Lebensabschnitt, die Fähigkeiten der jugendlichen Patienten und deren Eltern zum eigenständigen Management ihrer chronischen Erkrankungen verbessern.

Die Hintergründe

TransFIT wird durch den Innovationsfonds gefördert. Es ist das einzige Projekt dieser Art und hat daher eine gewisse Leuchtturmfunktion. Eine erfolgreiche Umsetzung von **TransFIT** würde signalisieren, dass diese Art der Transitionsbegleitung erfolgreich ist und in die Regelversorgung übernommen werden sollte. Die Etablierung der Maßnahmen aus **TransFIT** in die Regelversorgung würde nicht nur die Versorgungsqualität von chronisch kranken Jugendlichen steigern, sondern auch die Aufgaben und Rolle der Kinder- und Jugendärzte bestärken.

Die Einschreibung der Kinder- und Jugendärzte erfolgt über die BVKJ-Service GmbH. Hier erhalten Sie auch alle erforderlichen Informationen und Unterlagen.

Korrespondenzadresse:

Anke Emgenbroich, BVKJ-Service GmbH
Dr. Roland Ulmer, BVKJ e. V.

Red.: WH

Berichte aus den Ausschüssen des BVKJ

Ausschuss „Angestellte Ärzte“

Erste Schritte in die Praxis – Teil 1 // Die ambulante Pädiatrie ist für einen in der Klinik tätigen Pädiater vor allem am Anfang seiner Laufbahn eine Art Black Box: weder fachlich noch organisatorisch hat man eine große Ahnung, was in einer Kinder- und Jugendarztpraxis abläuft.

Dabei ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Fachärzte in den Praxen ein essentieller Bestandteil, wenn nicht gar das Herzstück der medizinischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland!

Wer also einen Einblick in die Welt der pädiatrischen Praxis bekommen möchte, muss sich verschiedene Schritte überlegen:



Dr. Johanna Harris

Wie finde ich überhaupt eine Praxis?

Um überhaupt eine Praxis mit freien Stellen zu finden, gibt es die **BVKJ-Pädiatriebörse** (<http://www.paediatrieboerse.de/>). Für den Zugang wird ein DocCheck Account benötigt, den Sie schnell und unkompliziert über <https://www.doccheck.com/de/account/register/> beantragen können. Anschließend können Sie postleitzahlengerecht nach Angeboten suchen oder selbst ein Gesuch einstellen.

Nicht pädiatriespezifisch, aber trotzdem eine gute Quelle von Stellenanzeigen sind die Ärzteblätter der Landesärztekammern und der ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände. Manche KVen bieten ebenfalls eine Stellenbörse für ihren Versorgungsbereich an (z.B. <https://dienste.kvb.de/boerse>).

Auf Kongressen und Fortbildungen sind immer wieder Aushänge an schwarzen Brettern zu finden, sei es der Oster-

kongress in Brixen oder der Kinder- und Jugendärztetag des BVKJ in Berlin. Auch Initiativbewerbungen bzw. direktes Nachfragen in einer Praxis können zum Erfolg führen. Nicht alle niedergelassenen Kollegen wissen über die Möglichkeiten, Vorteile, Förderungen und Abläufe einer Anstellung Bescheid. Bei Fragen stehen wir Ihnen von Seiten des BVKJ gerne zur Verfügung!

Warum eine Anstellung?

Vor allem das unternehmerische „Drumherum“ macht die Führung einer kinder- und jugendärztlichen Praxis zumindest aus Sicht von Klinikpädiatern zum gewagten Unternehmen. Vorsorgen, Impfungen, Logopädieverordnungen – schön und gut, aber sich neben den fachlichen Anforderungen auch noch um Lohnzahlungen und den defekten Drucker kümmern – das kann schon mal abschrecken. Um trotzdem den Alltag einer Kinder- und Jugendarztpraxis kennenzulernen, empfiehlt sich eine Anstellung. So können Sie an der (privat- und) vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ohne große Investitionen zu tätigen oder die unternehmerische Gesamtverantwortung übernehmen zu müssen.

Lieber Kollege, stell mich an! – ganz so einfach ist es nicht

Um die ärztliche Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten in Deutschland sicherzustellen, gibt es die **Bedarfsplanung**. Diese regelt, wie viele niedergelassene Pädiater bzw. Kassensit-

ze es z.B. im Planungsbereich Würzburg gibt und was sie jeweils gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung abrechnen dürfen. Sind alle diese „Vertragsarztsitze“ vergeben, gilt der Planungsbereich als gesperrt und es dürfen keine neuen Praxen gegründet werden.

Aber auch in offenen Planungsbereichen ist eine länger dauernde regelmäßige „freie Mitarbeit“ in einer Praxis nicht zulässig, da sie mit dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung nicht vereinbar ist.

Eine Anstellung in einer Praxis kann, etwas vereinfacht, auf vier Arten geschehen:

- **Als Weiterbildungsassistent/in (vor der Facharztreise)**

Als Arzt in Weiterbildung dürfen Sie nur unter Aufsicht eines Kollegen tätig sein, der über eine entsprechende Weiterbildungsbefugnis der jeweiligen Landesärztekammer verfügt.

Haben Sie sich Ihre Wunschpraxis ausgesucht, aber der Praxisinhaber darf offiziell bisher nicht weiterbilden? Vielleicht ist dann auf Antrag eine spezifisch auf Sie bezogene Weiterbildungsbefugnis möglich, bis die generelle Befugnis erteilt ist.

Die KV muss Ihre Anstellung als WB-Assistent in der Praxis genehmigen.

Der Praxisinhaber hat in einigen Bundesländern seit kurzem auch die Möglichkeit, eine Förderung der kassenärztlichen Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes zu beantragen. Er muss dann Sie als WB-Assistent nicht mehr komplett aus eigener Tasche bezahlen. Wenn Sie den niedergelassenen Kollegen zudem darauf hinweisen, dass

durch einen Arzt in Weiterbildung teilweise das abrechenbare Stundenkontingent der Praxis erhöht werden kann, ist das noch ein zusätzliches Argument für Ihre Anstellung.

- **Als Sicherstellungsassistent/in (nur Fachärzte)**

Kann ein Vertragsarzt vorübergehend nicht seinen vollen Verpflichtungen im Rahmen seiner Kassenzulassung nachkommen, dann darf er auf Antrag einen Sicherstellungsassistenten einstellen.

Hier schlägt aber der Föderalismus wieder zu: die Genehmigung solcher Assistenten unterscheidet sich leider deutlich zwischen den verschiedenen KVen.

Der Praxisinhaber kann u.a. folgende Gründe für die Notwendigkeit eines Sicherstellungsassistenten anführen: Erziehung eines Kindes, Pflege eines nahen Angehörigen, eigene gesundheitliche Einschränkungen, Engagement in der Berufspolitik, Kennenlernen vor geplanter Praxisübernahme.

Da Sie als Sicherstellungsassistent quasi ein „Ersatz“ für den kürzer tretenden Praxisinhaber sind, darf das Leistungsangebot durch Sie nicht erweitert werden.

- **Jobsharing im gesperrten Planungsbereich (nur Fachärzte)**

Herrscht in einem Planungsbereich „Überversorgung“ nach Definition der Bedarfsplanung, darf eine Anstellung in einer Praxis (neben den Möglichkeiten 1 und 2) nur im Rahmen eines **Jobsharing** erfolgen. Job-Sharing be-

deutet das Teilen einer Vollzeit- oder Teilzeitplanstelle in der Niederlassung zwischen zwei Ärzten. Dadurch entsteht für den anstellenden Arzt (Senior) eine Leistungsbegrenzung, das heißt die Praxis darf für die Dauer des Jobsharing im vertragsärztlichen Bereich nur in begrenztem Umfang wachsen.

Ansonsten können Sie als angestellter Arzt (Junior) durchaus das Leistungsangebot der Praxis erweitern (z.B. durch zusätzliche Ultraschallqualifikationen).

Besteht eine Jobsharing-Partnerschaft eine bestimmte Zeit (meist 10 Jahre), kann der Junior eine offizielle häftige oder volle Zulassung erhalten.

- **Anstellung im offenen Planungsbereich (nur Fachärzte)**

Ist nach der Bedarfsplanung eine entsprechende Arztstelle in dem Planungsbereich „frei“, darf ein Praxisinhaber Ärzte in diesem Umfang anstellen. Hier gibt es keine Leistungsbergrenze und die genehmigte Angestelltenstelle kann in eine Zulassung umgewandelt werden.

Praxisvertretung

Sie möchten in verschiedene Praxen hineinschnuppern? Dann klingt zunächst die Tätigkeit als **Praxisvertreter** verlockend. Allerdings gibt es auch hier viele Regelungen, die es zu beachten gilt. Da sich Praxisinhaber nur bei Krankheit, Urlaub, ärztlicher Fortbildung oder im Zusammenhang mit einer Entbindung

vertreten lassen dürfen, sind sie selbst in der Praxis gar nicht anwesend und der Vertreter ist hier auf sich alleine gestellt.

Die Vertragsgestaltung

Sie haben eine passende Praxis gefunden und möchten sich anstellen lassen? Dafür brauchen Sie nun einen passenden Arbeitsvertrag. Die Verwendung von Musterverträgen ist hierbei leider problematisch. Arbeitsrechtliche Regelungen ändern sich sehr schnell, so dass Musterverträge schon ein paar Monate nach ihrer Erstellung ungültig sein können. Der BVKJ arbeitet gerade an aktuellen Vertragsbausteinen, um Ihnen die Vertragsgestaltung zu erleichtern. Ansonsten empfiehlt es sich immer, den Vertrag durch einen arbeitsrechtlich versierten Anwalt prüfen zu lassen.

Fazit

Sie merken, die ersten Schritte in eine Praxis muten etwas komplizierter an als in der Klinik, sie sind aber durchaus zu durchblicken und zu bewältigen. In folgenden Beiträgen werden wir auf die Einarbeitung in der Praxis, die fachlichen Unterschiede zur Klinik und die Hintergründe der Abrechnung näher eingehen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Johanna Harris

81371 München

E-Mail: johannaharris@hotmail.com

Red.: WH

Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen mit dem Zusatz Psychotherapie: Lohnt sich das?

In der täglichen Arbeit als niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte sind wir oft damit konfrontiert, dass sich viele Krankheiten oder Störungen unserer Patienten nicht allein mit körperlichen, laborchemischen und apparativen Untersuchungen, Beratung und der Verordnung von Medikamenten lösen lassen. Bei vielen Beschwerden oder Erkrankungen stellen psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Konflikte, Ängste oder traumatische Erfahrungen die Hauptproblematik dar. Je mehr Zeit wir uns nehmen, desto mehr öffnet sich der Blick auf die vielfältigen Aspekte von ganzheitlich verstandener Krankheit und Gesundheit. Unter Zeitdruck dagegen entschwinden diese Blickpunkte. Kommen sie aber an das Tageslicht braucht es Kenntnisse, Gesprächstechniken und Strategien um gemeinsam mit den Patienten oder deren Eltern zielführende Wege in der in das Blickfeld geratenden Komplexität zu finden.



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

Was benötigt man in der Praxis?

Bei weniger schweren Problemlagen können elterliche Beratung, Psychoedukation oder überschaubare psychotherapeutische Interventionen angemessen und ausreichend sein. Dazu gibt es eine Vielzahl von psychologischen, psychosomatischen und somatopsychischen Konzepten, die ein tieferes Verständnis der häufig sehr komplexen Zusammenhänge

und die Ableitung von Interventionen für eine Reduktion der Symptome und für alternative Bewältigungsstrategien und Wege aus der Belastung ermöglichen. Für den systematischen und kompetenten Zugang bietet sich für Pädiater eine **psychotherapeutische Ausbildung** in einem der zugelassenen Psychotherapieverfahren an, also der Psychoanalyse, der Tiefenpsychologie oder der Verhaltenstherapie, zukünftig wahrscheinlich auch noch der systemischen Therapie.

Das Spektrum von psychischen und psychosomatischen Störungen

Je nach Alter sind Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen, emotionale Störungen, Geschwisterrivalität, chronische Bauch- und Kopfschmerzen, Schulprobleme, Einnässen, Störungen des Sozialverhaltens oder der Aufmerksamkeit typische Themen.

Nicht selten stehen dahinter Überforderung und Stress der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern, z.B. bei Alleinerziehung, nach (hochkonfliktiver)

Trennung der Eltern, Trauer nach Verlust einer geliebten Person oder Ausgrenzungserfahrungen. Ähnlich sieht es aus unter einer chronischen (psychischen) Erkrankung eines Geschwisters oder eines Elternteils, allen voran „Burn-Out“ und depressive Erkrankungen.

Schließlich sind die Risiken für das Wohl des Kindes bei sexuellem Missbrauch, Gewalt, Deprivation oder sonstiger Traumatisierung (Flucht und Vertreibung) eine besondere Herausforderung für eine ganzheitliche Betreuung.

Aber auch chronische Krankheiten wie Epilepsie, Mukoviszidose, neuromuskuläre Erkrankungen, chronische Haut-, Gelenk- oder Darm- sowie Tumorerkrankungen wie auch körperliche Behinderung können zu großen emotionalen Belastungen des Patienten und der Familie führen und bedürfen der Krankheitsverarbeitung, die nicht immer positiv verläuft.

Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte sind über Jahre hinweg für Eltern, Kinder und Jugendliche wichtige Vertrauens- und Beratungspersonen und damit häufig die erste Anlaufstelle um in einem

bekanntem Rahmen die jeweilige Problemlage zu erörtern. Unter der Voraussetzung von Offenheit und **der Fähigkeit für aktives Zuhören** ist die Schwelle für die Frage nach Hilfe niedrig.

Die Psychotherapieausbildung

Der Aufwand für eine Psychotherapieausbildung lässt sich zeitlich mit dem Weg bis zur Anerkennung eines Schwerpunktes in der Pädiatrie vergleichen. Im Unterschied dazu müssen die Kosten dafür aber vom Ausbildungskandidaten/-in getragen und ein umfangreiches theoretisches und praktisches Fortbildungsprogramm absolviert werden.

Bei der **Selbsterfahrung** werden aktuelle Erlebens- und Verhaltenstendenzen des Arztes oder der Ärztin auf dem Hintergrund der eigenen Entwicklung reflektiert, so dass daraus ein wichtiger persönlicher Gewinn im Verstehen der eigenen Person und somit auch eine gesunde Abgrenzung und bessere Selbstfürsorge resultieren.

Neben der Selbsterfahrung bedarf es der Behandlung von einer Reihe von Fällen unter **Supervision**. Der Zusatz „Psychotherapie“ schließt die psychosomatische Grundversorgung und Entspannungsverfahren mit ein und bereichert derart die Methodenvielfalt im Alltag des Kinder- und Jugendarztes.

Arbeitsformen psychotherapeutisch tätiger Pädiater

Ein kleiner Anteil, etwa **10-15%**, widmet sich in der eigenen Praxis ganz überwiegend der Psychotherapie, so dass die allgemeine Pädiatrie in ihrem beruflichen Alltag nur noch im Hintergrund eine Rolle spielt. In dieser Art der Umsetzung werden nur wenig Personal und keine aufwendige und große Praxis benötigt. So bleiben die Vorhaltekosten gering.

Im Gegenteil dazu setzt ein nicht geringer Anteil von Kolleginnen und Kollegen ihre Fachkunde Psychotherapie nur in einem vergleichsweise geringem Anteil um, nicht zuletzt aufgrund der unzureichenden Abrechnungsbedingungen für die sprechende Medizin. Allerdings wird der berufliche Alltag in ihrem Wissen und Tun auf Dauer positiv von der ausbildungsbedingten Erweiterung des Horizontes und den erlernten Gesprächstechniken gekennzeichnet sein. Im Vor-

dergrund stehen dann häufig die weniger zeitaufwendige psychosomatische Grundversorgung, die Vermittlung von Entspannungsverfahren und eine gezielte Weitervermittlung der Patienten nach eingehender biographischer Anamnese an andere psychotherapeutisch Tätige.

Der überwiegende Teil von psychotherapeutisch fortgebildeten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten bringt die Gesprächs- und Beziehungsmedizin in Form von biographischer Anamnese und probatorischen und psychotherapeutischen Sitzungen in einem zeitlich begrenzten Umfang in ihre Arbeit mit kurativer Behandlung, Impfungen und Vorsorgen passend mit ein. Dabei wird es sich zumeist nicht um mehr als **6 Fälle in der Woche** handeln. Viele schätzen im Alltag diese Mischung von somatisch betonten Fragestellungen und eingehendem Gespräch oder auch von im Spiel eingebetteten Interventionen bei der Spieltherapie mit kleinen Kindern.

Abrechnungsmöglichkeiten in der Gesprächs- und Beziehungsmedizin

Die Abrechnungsstrukturen mit der auf wenige Minuten begrenzten, rein somatischen Behandlung von sehr vielen jungen Patienten in kurzer Zeit bedingen viel Umsatz, führen aber gleichzeitig in eine häufig sinnentleerte Alltagsroutine, was die Arbeitsfreude auf Dauer nachhaltig mindern kann.

Dagegen wird die Gesprächsmedizin, sei es in Form von Beratung (**GOP 04230, 04355 und 04356** im allgemeinpädiatrischen Teil des EBM) und der biographischen Anamnese und den Probesitzungen (**GOP 35140 und 35150**) so schlecht honoriert, dass kaum die Vorhaltekosten der Praxis hereinkommen. Darüber hinaus werden, paradoxer Weise, bei psychotherapeutischen Fällen sogar noch die Vorhaltepauschalen (**GOP 04040**) gestrichen.

Mit der bisherigen GOÄ gibt es eine vergleichsweise gute Honorierung, die jedoch bei dem insgesamt begrenzten Anteil von Privatpatienten bei den Meisten die Mindereinnahmen aus dem Bereich von gesetzlich Versicherten nicht auszugleichen vermögen.

So braucht die Durchführung der Psychotherapie durch somatisch orientierte Ärzte und Ärztinnen bislang noch immer eine Quersubventionierung durch die

Einnahmen im Hauptgebiet, solange die Kosten durch die viel aufwendigere Praxis weiterlaufen.

Bei der fast ausschließlichen Psychotherapiepraxis entfällt die Notwendigkeit für eine teure Praxisstruktur, und es gibt in Abhängigkeit von den Punktzahlen noch einen Strukturzuschlag auf die Vergütung.

Die revidierte Psychotherapie-Richtlinie

Die Rahmenbedingungen zur Durchführung von Psychotherapie regelt die **Psychotherapie-Richtlinie**. Mit Wirkung vom 01. April dieses Jahres wurde sie in wichtigen Punkten, die auch psychotherapeutisch tätige Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte betreffen, geändert.

Eine wesentliche Erleichterung betrifft die **antragspflichtige Psychotherapie**: „Akutbehandlungen“ (**EBM GOP 35152**) mit einer Gesamtdauer von **12 Einheiten à 50 Minuten** und einer **Vergütung von 85,50 € oder 24 Einheiten à 25 Minuten** sind bei psychischen Krisen möglich und bei der Krankenkasse nur noch anzeigepflichtig.

Bisher war eine Behandlung ohne Antrag und gutachterliche Genehmigung nur im Rahmen der Probesitzungen mit maximal 6 Therapiestunden (Vergütung von 65,39 €) gestattet.

Erweitert wurde die Möglichkeit bei Kindern (0-14 Jahre) und bei Jugendlichen (14-21 Jahre) nicht nur Eltern oder Partner mit in die Therapie einbeziehen zu können, sondern nun auch „relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“.

Für Diskussionen haben die neuen Anforderungen an die telefonische Erreichbarkeit und obligatorische Psychotherapiesprechstunden (**GOP 35151**) gesorgt, die einen niedrigschwelligen und zeitnahen Zugang zu einer ersten diagnostischen Abklärung ermöglichen sollen.

Die „Sprechstunden“ sind Gespräche mit Patienten und Angehörigen zum Vorliegen einer behandlungsrelevanten Störung und zur Erörterung und Beratung dazu und dürfen bei pädiatrischen Patienten 25-Minuten-getaktet bis zu zehnmal abgerechnet werden.

Sie werden im Gegensatz zu den probatorischen Sitzungen ebenfalls mit 85,50 € pro 50 Minuten aus Mitteln der extrabudgetären Gesamtvergütung honoriert und sind damit geeignet, die unzureichende Bezahlung der probatorischen Psychotherapie teilweise zu umgehen. Allerdings sind vor Beginn von einer „Akutbehandlung“ zumindest eine psychotherapeutische Sprechstunde und zwei probatorische Sitzungen zu erbringen.

Berufspolitische Vertretung

Die Interessen der psychosomatisch und psychotherapeutisch tätigen Pädiater werden im BVKJ durch den Ausschuss für Psychosomatik und Psychotherapie vertreten und in den Vorstand eingebracht. Die Mitglieder des Ausschusses sind offen für Fragen der Fortbildung und der Umsetzung der sprechenden Medizin in der Praxis.

Die geplante „Direktausbildung zur Psychotherapie“, also nicht wie bisher nach Absolvierung eines Medizin- oder Psychologiestudiums und auch nicht aufbauend auf einem Studium der sozialen Arbeit oder der Pädagogik wie bei einem Teil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, bedrohen den Fortbestand der ärztlichen Psychotherapie. Deshalb sind deren Förderung und damit die Sicherung dieses niedrigschwelligen Zugangs zur Psychotherapie einschließlich des differenzierten somatischen Wissens im Hintergrund von großer Bedeutung.

In diesem Sinne hat sich vor einigen Jahren fachgebietsübergreifend der „Dachverband Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie“ (DPÄP) konstituiert um sich gegenüber der Politik mehr Gehör zu verschaffen und um die Bedingungen der Gesprächs- und Beziehungsmedizin zu verbessern.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dipl.-Psych.
Harald Tegtmeyer-Metzdorf, 88131 Lindau
E-Mail: dr.harald.tegtmeyer@t-online.de

Mitarbeit:

Dr. med. Alfred Freund, 13088 Berlin
E-Mail: praxis@kinderarzt-freund.de

Dr. med. Petra Kapaun, 20253 Hamburg
E-Mail: praxis@kinderaezterte-hoheluftchaussee.de

Red.:WH

Therapie des nephrotischen Syndroms im Kindes- und Jugendalter

Das nephrotische Syndrom (NS) ist die wichtigste glomeruläre Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Klinische Diagnosekriterien sind das Vorliegen einer großen Proteinurie ($>1\text{g}/\text{m}^2/\text{Tag}$) mit konsekutiver Hypalbuminämie ($<25\text{g}/\text{l}$) und Entwicklung von Ödemen. Für die Behandlung und die langfristige Prognose des NS ist die Einordnung nach Alter des Kindes bei Manifestation, die histologische bzw. molekulargenetische Diagnose und insbesondere das Ansprechen auf die initiale Steroidtherapie entscheidend. Patienten mit steroidsensiblen nephrotischen Syndrom (SSNS) zeigen hinsichtlich der Nierenfunktion einen günstigen Verlauf. Es treten aber in bis zu zwei Dritteln der Fälle Rezidive auf. Diese müssen zum Teil längerfristig immunsuppressiv behandelt werden (unter anderem Einsatz von Levamisol, Cyclophosphamid, Cyclosporin A, Mycophenolsäure und Rituximab). Kinder mit steroidresistentem NS (SRNS) haben ein hohes Risiko für eine terminale Niereninsuffizienz im Langzeitverlauf. Neuere Studien zeigen, dass auch für diese Patientengruppe erfolgreich eine Langzeitremission und Stabilisierung der Nierenfunktion durch Behandlung mit Cyclosporin A erreicht werden kann. Neben der Immunsuppression kann die symptomatische Behandlung des NS inklusive der Therapie von möglichen Komplikationen eine Herausforderung im klinischen Alltag sein.



Dr. Michael van Husen



Prof. Dr. Markus J. Kemper

Einleitung

Das nephrotische Syndrom (NS) im Kindesalter ist durch eine massive Proteinurie ($>1\text{g}/\text{m}^2\text{KOF}/\text{d}$), Hypalbuminämie ($<25\text{g}/\text{l}$) und dem Auftreten von Ödemen gekennzeichnet. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 2. und 7. Lebensjahr und Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Circa 90 % der Kinder spricht auf eine Steroidtherapie an (steroidsensibles nephrotisches Syndrom, SSNS; histologisch meist glomeruläre Minimalläsionen, (Abb. 1). Im Vergleich dazu Darstellung der unauffälligen glomerulären Filtrationsbarriere (Abb. 2). Während die Initialtherapie des NS mit Steroiden relativ standardisiert ist und eine Dauerremission bei bis zu 40 % der Kinder erzielen kann, neigen einige Patienten zu mitunter häufigen Rezidiven, deren Behandlung komplex sein kann. Ziel dieser Übersicht soll sein, einen aktuellen Überblick über die verschiedenen Therapieoptionen des NS darzustellen. Diese sind nicht selten auch für den allgemeinpädiatrisch tätigen Arzt relevant, wenngleich die Betreuung oftmals in den Händen spezialisierter Kindernephrologen liegt.

Ursachen: genetisch versus immunologisch?

Früher fasste der Begriff idiopathisches nephrotisches Syndrom alle For-

men des kindlichen NS als eine Entität zusammen. Fortschritte der Molekularbiologie haben jedoch zu einer neuen Einteilung geführt. Klinisch unterscheidet man weiterhin das steroidsensible NS vom steroidresistenten NS (histologisch meist fokale segmentale Glomerulosklerose (FSGS) (Abb. 3)). Beim SRNS liegen nach aktuellem Kenntnisstand bei bis zu 30 % genetische, also angeborene Ursachen vor (Mutationen, die zu fehlerhaften Strukturproteinen des Glomerulus führen) [1]. Diese sind klinisch von der erworbenen Steroidresistenz zu unterscheiden. Zu den genetischen Formen zählen auch syndromale Formen des SRNS [2]. Somit ist bei Steroidresistenz, insbesondere bei kongenitalen und infantilen Formen eine genaue körperliche Untersuchung auf syndromale Stigmata nötig (z. B. dysproportionierter Kleinwuchs bei Schimke-Immunosäre Dysplasie, Genitaliauffälligkeiten inkl. Kryptorchismus bei Denys-Drash- oder Frasier-Syndrom, neurologische Auffälligkeiten und/oder Microcephalie bei Gallowat-Mowat Syndrom). In diesen Fällen ist eine molekulargenetische Analyse indiziert. Im Gegensatz zu immunologischen Formen des SRNS ist bei genetischen Formen von einer Progression in die Niereninsuffizienz auszugehen. Eine Immunsuppression wirkt oft nicht, dafür treten keine Rezidive nach einer Nierentransplantation auf.

Beim SSNS geht man aktuell von einer immunologischen Störung aus, insbesondere da eine Vielzahl von Immunsuppressiva in der Behandlung mit Erfolg eingesetzt wird. Die letztendliche Ursache ist aber noch nicht geklärt. Es sind sowohl Störungen der T-Zell- als auch der B-Zell-Immunität gefunden worden. Vermutet wird, dass dadurch die Podozyten direkt oder indirekt geschädigt werden [3]. Neu-

ere experimentelle Daten legen einen direkten, das Zytoskelett stabilisierenden, podozytären Effekt von Immunsuppressiva nahe [4].

Diagnostisches Vorgehen bei Manifestation

Bei Erstdiagnose erfolgt oft die **stationäre Einweisung**, um die entsprechende Differenzialdiagnostik einzuleiten. Der Nachweis einer massiven Proteinurie im Sammelurin (oder im Spontanurin, z. B. mittels Albumin/Kreatinin-Ratio) und einer Hypalbuminämie ist wegweisend. Eine Mikrohämaturie ist typisch. Eine Makrohämaturie dagegen deutet eher auf eine Glomerulonephritis hin. Neben der Untersuchung der Nierenfunktion sollten das Komplementsystem (C3, C4), die Serum-Immunglobuline und ggfs. weitere immunologische Marker (dsDNA-Antikörper, ANA, p/ cANCA) analysiert werden.

Bei normaler Komplementanalyse kann die Steroidtherapie begonnen werden. Bei Kindern im ersten Lebensjahr sollten genetische Formen und bei Kindern jenseits des zehnten Lebensjahres andere histologische Varianten berücksichtigt werden (Durchführung molekular-genetischer Tests und/ oder Nierenbiopsie).

Initialtherapie des nephrotischen Syndroms

Die Therapie des idiopathischen nephrotischen Syndroms beinhaltet neben supportiven Maßnahmen primär eine immunsuppressive Behandlung mit Kortikosteroiden. Diese ermöglicht in Abhängigkeit vom Therapieerfolg die weitere, auch prognostische Einordnung der Erkrankung (Tab.1).

In Deutschland erfolgt die Initialtherapie des NS standardisiert nach dem Therapieregime der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN) mit 60 mg/m² KOF/d Prednison oral für sechs Wochen (maximale Tagesdosis 80 mg). Daran schließt eine alternierende Therapie (Gabe jeden zweiten Tag morgens) mit 40 mg/m² KOF Prednison oral für sechs Wochen (maximale Tagesdosis 60 mg) an (Abb. 4). Ein Ansprechen auf die Steroidtherapie innerhalb von vier Wochen definiert das Vorliegen eines **steroidsensiblen NS (SSNS)**. Dabei gilt die Reduktion der Proteinurie auf weniger als 4 mg/m²/h oder Albustix® negativ bis Spur an drei aufeinander folgenden Tagen als Remission. Die Vollremission ist bei Anstieg des Serumalbumins auf mindestens 35 g/l erreicht. Bei fehlendem Ansprechen auf die Initialtherapie mit Prednison innerhalb nach vier Wochen liegt definitionsgemäß ein **steroidresistentes NS (SRNS)** vor.

Die Initialtherapie zielt beim SSNS neben dem raschen Erreichen der Remission insbesondere auf die Vermeidung von Rezidiven des NS im Langzeitverlauf ab [5]. Nachdem noch 2007 im Cochrane Review (z. T. durch Aufnahme unpublizierter Studien) die Annahme vertreten wurde, dass eine längere oder kumulativ höhere Steroidtherapie das Auftreten bzw. eine höhere Frequenz von Rezidiven vermeiden kann [6], haben drei große randomisierte Studien aus den Niederlanden, Japan und Indien diese Sicht in den letzten Jahren widerlegt [7-9]. Das aktuelle Cochrane Review konstatiert daher, dass eine verlängerte Therapie mit Steroiden über 8 bis 12 Wochen hinaus keinen Benefit zu bringen scheint [10].

Therapie des häufig rezidivierenden steroidsensiblen NS

80 % der Kinder mit SSNS zeigen im Verlauf Rezidive der Erkrankung [16, 17]. Ein Rezidiv wird dabei bei Vorhandensein einer Proteinurie an mindestens drei auf-

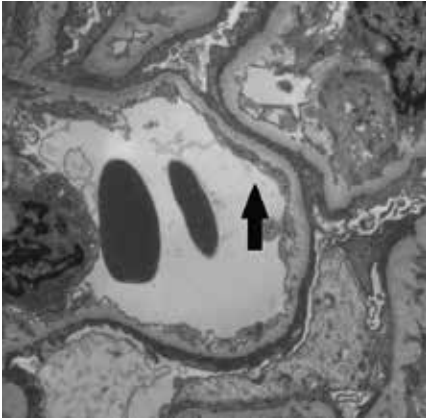


Abb. 1: Nierenbiopsat mit typischen Veränderungen bei Minimal-change Nephropathie: Verschmelzung bzw. Verlust der Podozytenfußfortsätze (Pfeil), siehe im Vergleich Abbildung 2. Elektronenmikroskopische Vergrößerung, mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Th. Wiech, Nierenregister, UKE, Hamburg.

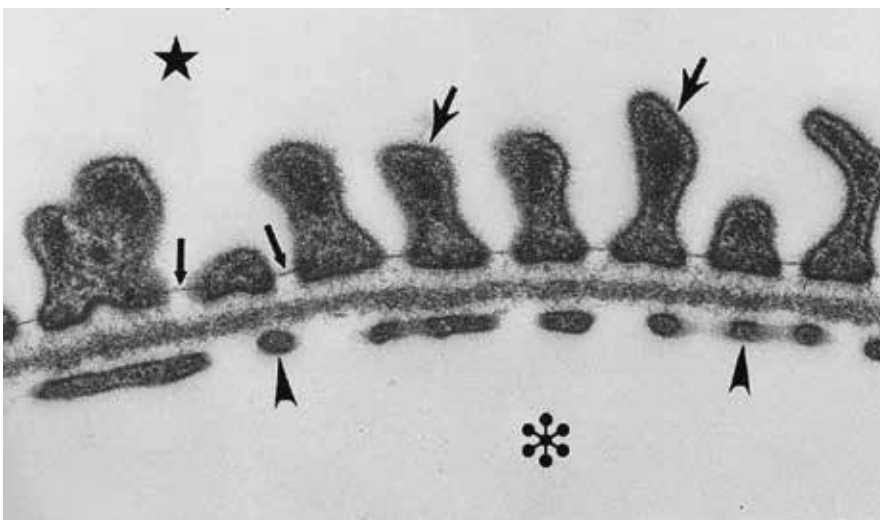


Abb. 2: Elektronenmikroskopische Darstellung der Komponenten der glomerulären Filtrationsbarriere. Das Plasmawasser wird vom Kapillarlumen (Stern unten) zunächst durch das fenestrierte Endothel (Pfeilköpfe), dann durch die Basalmembran und die Schlitzmembran (kleine Pfeile) zwischen den Podozytenfußfortsätzen (große Pfeile) in den Kapselraum (Stern oben) filtriert. Die Podozytenfußfortsätzen sind beim gesunden Glomerulus schmal konfiguriert und befinden sich aufgereiht auf der Basalmembran. Bei Minimal-change Nephropathie zeigt sich eine Abflachung mit Verschmelzung der Fußfortsätze (siehe im Vergleich Abbildung 1)³⁴

einanderfolgenden Tagen im Morgenurin von ≥ 100 mg/dl bzw. $\geq 2+$ im Albustix® diagnostiziert. Ödeme können dabei initial fehlen.

Rezidive werden in Deutschland nach dem Schema der GPN behandelt: Gabe von 60 mg/m²/d bis der Urin für drei Tage eiweißfrei ist, dann Gabe von 40 mg/m²/alle zwei Tage morgens für vier Wochen (Abb. 3). In anderen Ländern ist eine Reduktion der Steroidtherapie über einen längeren Zeitraum vor allem bei Kindern mit häufigen Rezidiven üblich. Dabei sollte die Gefahr der langfristigen Steroidexposition bedacht werden.

Die Hälfte der Patienten mit erneutem Auftreten eines NS zeigt häufige Rezidive oder eine Steroidabhängigkeit [18]. Erste werden als „Frequent Relapser“ klassifiziert. Als Kriterien für ein **häufig rezidivierendes NS (frequent relapsing NS = FRNS)** gelten vier oder mehr Rückfälle in 12 Monaten bzw. zwei oder mehr Rezidive im ersten halben Jahr nach Manifestation eines NS (Tab. 1).

Eine Steroidabhängigkeit wird diagnostiziert, wenn ein Rezidiv während der alternierenden Prednisontherapie oder innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Prednisonbehandlung auftritt (Tab. 1). Patienten mit **steroidabhängigem NS (steroid dependent NS = SDNS)** zeigen oft einen komplizierteren Verlauf und benötigen ebenso wie Kinder mit FRNS eine steroid-sparenden Behandlung, um eine Steroidtoxizität zu vermeiden. Diese zeigt sich klinisch mit Zeichen des Cushing-Syndroms wie Adipositas, psychischen Nebenwirkungen, arterieller Hypertonie, Störung des Glukose- und Lipidstoffwechsels, Katarakt, Wachstumsstörungen u. a..

Vor dem Hintergrund, dass die Therapiedauer und kumulative Steroiddosis der Initialtherapie nicht entscheidend für den Krankheitsverlauf ist und Nebenwirkungen der Steroidbehandlung verringert werden sollten, erfolgt seit Herbst 2015 eine Therapiestudie der GPN zur Initialtherapie des SSNS (INTENT-Studie). Diese prüft in einer randomisierten, multizentrischen Studie nach Remissionsinduktion mit Prednison, ob eine Behandlung mit Mycophenolatmofetil (MMF) als steroid-sparende Substanz der Standardtherapie mit Prednison über zwölf Wochen gleichwertig ist. Es stehen im Rahmen der Studie ca. 35 Zentren zum Einschluss von Kindern mit SSNS nach Manifestation zur Verfügung. Das

Therapieschema und die Kontaktdaten der Studienzentren können über die Internetpräsentation www.intend-study.de eingesehen werden.

Alternative immunsuppressive Therapie

Bei häufig rezidivierendem bzw. steroidabhängigem nephrotischen Syndrom ist im Verlauf eine steroid-sparende The-

rapie indiziert, um die langfristigen Folgen einer wiederholten oder längeren Steroidtherapie zu vermeiden. Nicht alle der genannten Nebenwirkungen der Initialtherapie sind im Verlauf reversibel. Hier zeigt sich insbesondere die Gewichtszunahme als ein langfristig relevantes Folgeproblem nach der Steroidbehandlung. [19]

Für eine alternative Therapie kommen mehrere Substanzen in Frage. Die aktu-

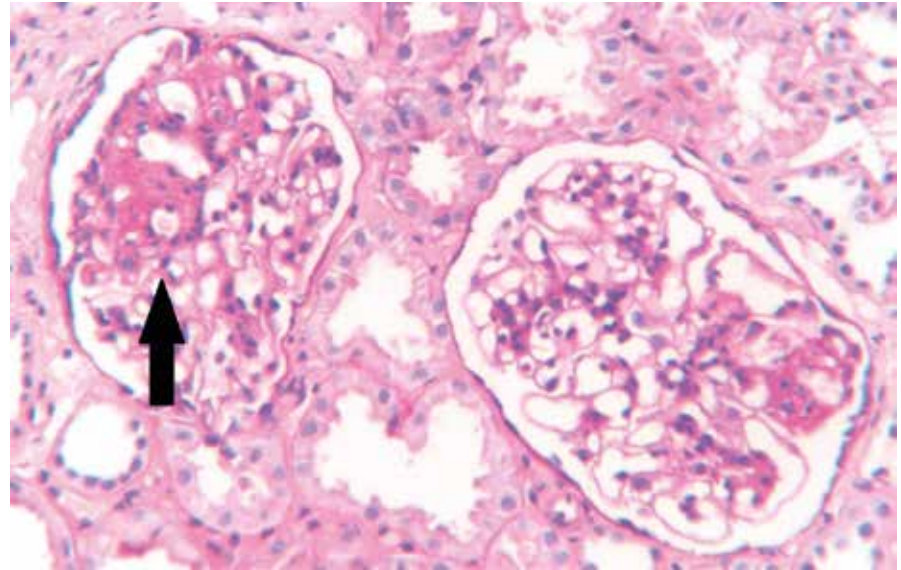


Abb. 3: Nierenbiopsat mit Nachweis einer fokalen segmentalen Glomerulosklero-rose (FSGS) im Bereich einer Kapillarschlinge nahe dem proximalen Tubulus (Pfeil). Es findet sich vermehrt mesangiale Matrix mit zunehmendem Verlust des glomerulären Kapillarlumens. PAS-Färbung.

Aus D. F. Geary, F. Schaefer: *Comprehensive Pediatric Nephrology* – Mosby Elsevier editors, 2008.

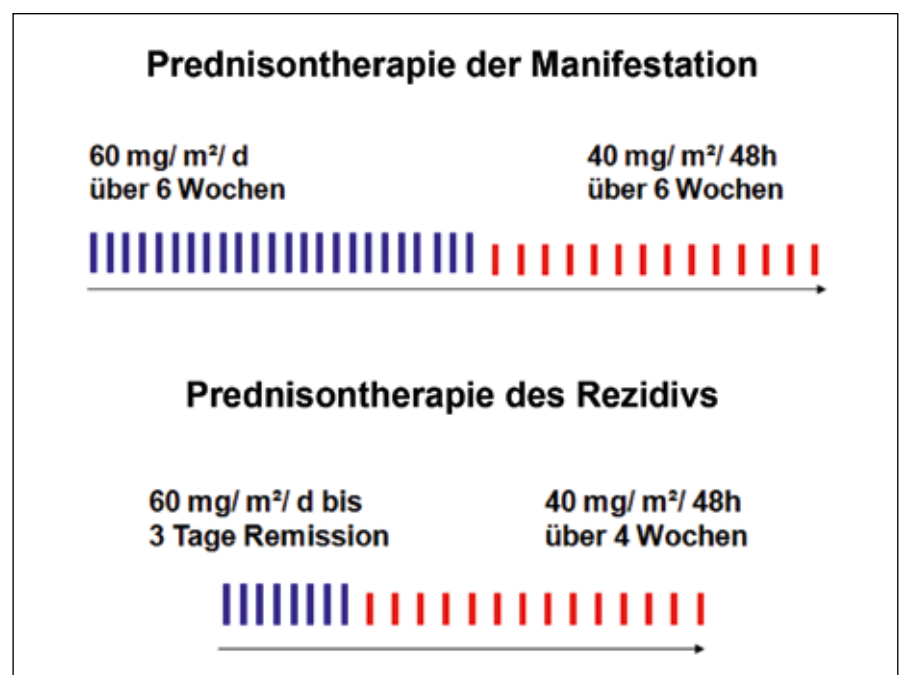


Abb. 4: Steroidtherapie des nephrotischen Syndroms (GPN-Schema)

elle Studienlage rechtfertigt allerdings keine Präferenz für eine Substanz [11, 20]. Vielmehr ist individuell in Abhängigkeit von der Einordnung des NS (FRNS oder SDNS), dem Risikoprofil des Patienten für potentielle Nebenwirkungen, der Verfügbarkeit der Medikamente und der zentrumsspezifischen Erfahrung zu entscheiden. Die Autoren favorisieren ein Stufenschema, z. B. wie im folgenden ausgeführt, da einige Substanzen zwar zu einer Remission führen, jedoch eine Substanzabhängigkeit auftreten kann.

Levamisol wird besonders beim FRNS eingesetzt [21] und in einer Dosis von 2-2,5 mg/kg KG alternierend (= jeden 2. Tag) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit einer maximalen Tagesdosis von 150 mg gegeben. Levamisol hat eine immunmodulatorische Wirkung und wurde primär als Antihelminthikum eingesetzt. Bei vergleichbar geringen Nebenwirkungen zeigt sich in Studien eine relevante Senkung der Rezidivrate unter Levamisol im Vergleich zu einer alleinigen Steroidtherapie [11]. Die Substanz ist in Deutschland nur über die Auslandsapotheke (Elmisol®, hergestellt

in der Niederlande) zu erhalten und zur Behandlung des NS nicht zugelassen. Die positiven Daten einer kürzlich durchgeführten kontrollierten, internationalen Studie sind noch nicht publiziert.

Cyclophosphamid kommt seit über 50 Jahren bei rezidivierendem SSNS als alkylierende Substanz zum Einsatz. Cyclophosphamid erreicht ebenfalls eine Reduktion immunkompetenter Zellen und benötigt regelmäßige Blutbildkontrollen, um eine relevante Leuko- oder Thrombozytopenie zu detektieren. Bei Leukopenie (< 4000/µl) muss die Therapie bis zur Normalisierung der Leukozytenzahl pausiert werden. Im Allgemeinen wird die Therapie mit 2 mg/kg Körpergewicht täglich oral über zwölf Wochen unter Ausschleichen der Prednisonosis durchgeführt. Hierbei gilt es eine maximale kumulative Dosis von 168 mg/kg zu unterschreiten, um eine potentielle Gonadentoxizität zu vermeiden. Aufgrund des möglichen Infertilitäts- und erhöhten Malignitätsrisikos wird der Einsatz der alkylierenden Substanzen zunehmend kritisch gesehen. Potentielle Maßnahmen zum Fertilitätserhalt (Kryokonservie-

rung, GnRH-Therapie) sind im Einzelfall zu diskutieren. Ein wiederholter Einsatz ist obsolet. In Studien profitieren Kinder ab dem Schulalter und Mädchen sowie Patienten mit FRNS eher von einer Therapie mit Cyclophosphamid. Insgesamt haben circa ein Drittel der Patienten nach diesem Therapieschema eine Heilung des NS erreicht (Langzeitremission mehr als zwei Jahre). Etwa ein Drittel zeigen seltenere Rezidive, während ein Drittel keine Veränderung des Krankheitsverlaufs zeigt [11].

In den letzten Jahren wird in der Therapie des FRNS bzw. SDNS zunehmend **Mycophenolatmofetil** (Prodrug der Mycophenolsäure) eingesetzt. Auch diese Substanz beeinflusst als Immunsuppressivum die Proliferation der B- und T-Zell-Population. Die Therapie erfolgt üblicherweise mit einer Dosis von 1000 bis 1200 mg/m² KOF/d in zwei Einzeldosen. Im letzten Cochrane-Review wird die Wertigkeit der Therapie mit MMF vorsichtig positiv bewertet [20]. In einer Crossover-Studie der GPN zeigte MMF bei geringerer Nephrotoxizität zwar eine geringere Effektivität als Cyclosporin A

Alter bei Manifestation	
• 0 bis 3 Monate	Kongenitales nephrotisches Syndrom
• 4 bis 12 Monate	Infantiles nephrotisches Syndrom
• 1 bis 10 Jahre	Überwiegend steroidsensibles NS (SSNS) bzw. „Minimal-Change“-Glomerulopathie (MCN)
• 10 bis 18 Jahre	Häufiger Steroidresistentes NS (SRNS) bzw. Fokal segmentale Glomerulosklerose (FSGS)
Ansprechen auf Steroide	
Steroidsensibles NS (SSNS)	Remission nach 60 mg/m ² KOF/d Prednison in < 4 Wochen
	Einteilung in:
	• Infrequent Relapser: < 4 Rezidive innerhalb von 12 Monaten oder < 2 Rezidive innerhalb von 6 Monaten nach Manifestation
	• Frequent Relapser (FRNS): ≥ 4 Rezidive innerhalb von 12 Monaten oder ≥ 2 Rezidive innerhalb von 6 Monaten nach Manifestation
	• Steroidabhängiges NS (SDNS): Rezidiv unter alternierender Prednison-Therapie oder innerhalb von 14 Tagen nach Ende Prednison
Steroidresistentes NS (SRNS)	• Keine Remission nach 60 mg/m ² KOF/d Prednison über 4 Wochen (Definition nach Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie und American Association of Pediatrics)
Histologie	<ul style="list-style-type: none"> • „Minimal-Change“-Glomerulopathie (MCN) – 77 % • Fokal segmentale Glomerulosklerose (FSGS) – 9 % • Diffuse mesangiale Sklerose (DMS) – 2 % • Mesangial proliferative Glomerulonephritis – 3 % • Membranöse Glomerulonephritis – 1 % • Membranoproliferative Glomerulonephritis – 6 % • Nicht klassifiziert/andere – 2 %

Tab. 1: Definitionen des nephrotischen Syndroms (NS), nach [5]

[22]. Allerdings zeigte sich in einer post hoc Analyse, dass Kinder mit adäquater Exposition deutlich besser ansprachen. Somit scheint ein Drugmonitoring unter Mycophenolat-Therapie sinnvoll zu sein. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils (Infektionen, Blutbildveränderungen, gastrointestinale Beschwerden, keine Nephrotoxizität) wird MMF in Zukunft weiter eine Rolle in der Behandlung des komplizierten SSNS spielen. Eine Zulassung von Mycophenolatmofetil zur Behandlung des nephrotischen Syndroms besteht allerdings nicht.

Cyclosporin A (CSA) wird als Kalzineurininhibitor seit Mitte der 1980er-Jahre zum Erhalt einer Remission beim kompliziert verlaufenden SSNS eingesetzt. Unter dieser Behandlung lässt sich in über 85 % der Fälle ein Remissionserhalt erzielen [5]. Die Therapie mit CSA ist zunächst als Langzeittherapie angelegt, da bei gleicher Effektivität wie unter Therapie mit Cyclophosphamid nach Absetzen häufiger Rezidive auftreten [20]. Eine „Cyclosporin-Abhängigkeit“ ist im Verlauf nicht selten. Als Monotherapie wird CSA meist über zumindest zwei rezidivfreie Jahre gegeben, bevor eine vorsichtige sukzessive Reduktion erfolgen sollte.

Cyclosporin A wird mit 150-200 mg/m²/d in zwei Einzeldosen dosiert und die Therapie mit Hilfe eines Talspiegels vor Einnahme gesteuert. Der gewünschte Zielbereich des Talspiegels liegt zwischen 80 und 120 ng/ml. Die Rezidivschwelle ist allerdings individuell.

Unter Therapie mit CSA sind Interaktionen mit anderen Medikamenten, insbesondere mit Makrolid-Antibiotika, zu beachten. Daher ist im Zweifel ein engmaschiges Drugmonitoring notwendig. In der Langzeittherapie ist insbesondere die Nephrotoxizität der Substanz, die mit der Höhe der Talspiegel korreliert, zu nennen. Weitere Nebenwirkungen sind arterielle Hypertonie, Hyperkaliämie, Neurotoxizität, Gingivahyperplasie und Hypertrichose. Insbesondere die kosmetischen Nebenwirkungen limitieren dabei oft die Therapiedauer und können eine relevante Belastung für die Patienten darstellen.

Der Kalzineurininhibitor **Tacrolimus** wird in anderen Ländern erfolgreich als Alternative für CSA zum Remissionserhalt eingesetzt, ist jedoch in Deutschland bei NS nicht zugelassen. Allerdings kann ein Wechsel insbesondere bei kosmeti-

schen Nebenwirkungen der CSA-Therapie erfolgen. Neben den anderen Nebenwirkungen der Kalzineurininhibitoren ist bei Tacrolimus zudem das Risiko der Entwicklung einer diabetischen Stoffwechsellege zu beachten [23, 24].

Zuletzt ist in der Alternativtherapie des SSNS bei schweren Verlaufsformen **Rituximab** zu nennen. Dieser Antikörper gegen B-Zellen (Anti-CD20-AK) wird bei therapierefraktären Patienten eingesetzt, die unter einer Therapie mit Cyclosporin A und/oder Mycophenolsäure weiter Rezidive erleiden oder eine schwere Steroidabhängigkeit hinzutritt. Die Behandlung erfolgt bisher international nicht standardisiert mit ein bis vier Gaben per Infusion (375 mg/m² KOF), wobei eine ein- bis zweimalige Gabe ähnlich erfolgreich zu sein scheint, wie eine häufigere Gabe [25]. Patienten mit SSNS (82 %) profitieren besser als Kinder mit Steroidresistenz (44 %) [26]. Während einige Patienten einen günstigen Langzeitverlauf zeigen und rezidivfrei bleiben, treten bei vielen Patienten nach neun bis zwölf Monaten erneut Rezidive auf, wenn die B-Zellzahl wieder steigt. Letztlich ist das Therapieregime mit seinem Einfluss auf den Langzeitverlauf noch unzureichend definiert. Zusätzlich sind neben Infektionen relevante potenzielle Nebenwirkungen wie eine progressive Leukenzephalopathie bekannt. Zurzeit zeigt Rituximab nach Registerdaten einen positiven Effekt [27], ist allerdings für komplexe Patienten reserviert und ebenfalls nicht zugelassen für die Behandlung eines NS.

Steroidresistentes nephrotisches Syndrom (SRNS)

Wie beschrieben wird nach den Kriterien der GPN ein steroidresistentes NS bei persistierender Proteinurie nach vierwöchiger Therapie mit Prednison (60 mg/m²/d) definiert. Zu diesem Zeitpunkt besteht die Indikation zu weiterer Diagnostik mit Nierenbiopsie und molekulargenetischer Diagnostik. Je nach Zeitverlauf bis zum Erhalt der molekulargenetischen Diagnostik kann letztere sogar zeitlich der Histologie vorangestellt werden. In der histologischen Untersuchung findet sich häufig eine fokal segmentale Glomerulosklerose (FSGS).

Da manche Patienten von einer zusätzlichen intravenösen Steroidpulstherapie mit Methylprednisolon (3 x 1 g/1,73 m²

jeden 2. Tag) profitieren, kann diese vor Beginn einer alternativen immunsuppressiven Therapie durchgeführt werden. Die Erfolgsrate der Steroidpulstherapie ist allerdings auch von anderen Faktoren (primäre Steroidresistenz oder erworbene Steroidresistenz, ethnische Herkunft, Co-Medikation) abhängig und bisher nicht in randomisierten Studien untersucht [11].

Lässt sich beim SRNS eine monogenetische Ursache diagnostizieren, ist die Indikation einer weiteren immunsuppressiven Therapien individuell zu entscheiden.

Nach aktuellem Cochrane-Review zeigt sich eine Cyclosporin A-Therapie (CSA) bei Kindern mit SRNS einer Therapie mit Cyclophosphamid oder einer Placebo-Behandlung überlegen [12]. Neben der immunmodulatorischen Wirkung reduziert CSA auch durch direkte Einflüsse auf den Podozyten die Proteinurie [4].

Eine kürzlich publizierte retrospektive Analyse konnte zeigen, dass Kinder mit SRNS in der Regel rasch auf CSA ansprechen und nach einer stabilen Phase in der Vollremission ein Absetzen der Medikation bei 73 % der Patienten möglich ist [13]. Zudem konnte gezeigt werden, dass Patienten mit genetischen Formen zwar seltener auf Immunsuppressiva ansprechen, wobei aber einzelne Patienten eine komplette Remission unter CSA entwickelten. Somit scheint ein Behandlungsversuch bei dieser Gruppe gerechtfertigt zu sein. Offensichtlich haben auch Patienten, die nur ein partielles Ansprechen auf eine Therapie aufweisen (Reduktion der Proteinurie, Anstieg des Serum-Albumins) langfristig einen günstigeren Verlauf als Non-Responder [14].

Die Evidenz anderer immunsuppressiver Therapieoptionen (Mycophenolsäure, Rituximab) bei SRNS ist aktuell nicht gut belegt. Bei Non-Respondern kann ein individueller Heilungsversuch jedoch aufgrund der ansonsten schlechten Prognose gerechtfertigt sein [11, 12]. In der Langzeittherapie des SRNS, insbesondere bei einer **persistierenden Proteinurie** spielt die antiproteinurische und nephroprotektive Wirkung von ACE-Inhibitoren und/oder Angiotensinrezeptor-Antagonisten eine wichtige Rolle.

Langfristig besteht bei Kindern mit SRNS, die nicht in Remission kommen, ein hohes Risiko einer terminalen Niereninsuffizienz. Dies gilt insbesondere für Kinder mit genetischen oder syndromalen Formen einer FSGS, sodass eine

engmaschige kindernephrologische Betreuung notwendig ist [15].

Symptomatische Therapie des nephrotischen Syndoms

Die symptomatische Therapie zielt auf die Reduktion relevanter Komplikationen in der Phase der Manifestation eines NS und bei Kindern mit protrahiertem Verlauf und schlechtem Ansprechen auf die immunsuppressive Therapie.

In der Akutphase eines NS besteht ein erhöhtes Risiko bakterieller und viraler **Infektionen**. Auch die immunsuppressive Therapie begünstigt infektiöse Komplikationen. Daher sollte ein engmaschiges Monitoring diesbezüglich erfolgen und die Patienten entsprechend geschult werden. Eine frühzeitige antibiotische Therapie ist im Zweifelsfall indiziert. Aktuelle Leitlinien empfehlen allerdings keine antibiotische Chemoprophylaxe bei NS [28]. Eine Penicillingabe zum Schutz vor Pneumokokken entbehrt insbesondere seit Einführung der Pneumokokkenimpfung einer fundierten Grundlage [29].

Thrombembolische Komplikationen sind insbesondere bei Erwachsenen mit NS relevant, während Kinder nur eine relativ geringe Prävalenz aufweisen (2-13 %) [29]. Die Ursachen sind multifaktoriell und beinhalten eine individuelle thrombophile Neigung, Verlust antithrombotischer Proteine über den Urin, Hypovolämie und auch iatrogene Eingriffe wie zentrale Venenkatheter. Gute Studien zur Beurteilung des individuellen Risikos für Thrombosen fehlen ebenso wie eine Evi-

denz für eine Antikoagulation. Aktuell kann daher im Allgemeinen bei Kindern mit NS bei Vermeiden strenger Bettruhe auf eine Antikoagulation verzichtet werden [28, 30].

Für die Entstehung der charakteristischen **Ödeme** beim NS werden konkurrierende pathophysiologische Erklärungsmodelle herangezogen. Die „underfill“-Hypothese erklärt die Wasser- und Natriumretention beim NS mit einer sekundären Stimulation des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems durch Hypovolämie und den niedrigen plasmaonkotischen Druck, der durch die Hypalbuminämie entsteht [31]. Die „overfill“-Theorie nennt eine Störung der tubulären Salzsekretion insbesondere durch Aktivierung des endothelialen Natriumkanals im Tubulus (ENaC) als Hauptursache der Erhöhung des Körperratriums und -wassers [32, 33]. Letztlich scheinen beide Erklärungsmodelle Aspekte der Pathophysiologie zu beinhalten.

Bei der Therapie der Ödeme ist die Beurteilung des intravasalen Volumenstatus entscheidend. Hierbei können neben dem Blutdruck, die Mikrozirkulation und die Urin-Natriumausscheidung hilfreich sein (Fraktionierte Natriumsekretion (FeNa) > 0,2 % = gute Gefäßfüllung bzw. FeNa < 0,2 % = reduzierter Volumenstatus). Eine Bilanzierung der Patienten ist obligat. Bei Volumenexpansion ist neben einer Flüssigkeitsrestriktion und Einschränkung der Salzzufuhr eine diuretische Therapie mit Furosemid (1-2-5 mg/kg/d) ggfs. ergänzt um Hydrochlorothiazid sinnvoll. Neuere Studien konnten auch

eine Verbesserung der Diurese durch Hemmung des ENaC mit Amilorid zeigen [29]. Aufgrund des höheren Risikos eines prärenalen Nierenversagens unter diuretischer Therapie sollte diese mit Vorsicht erfolgen.

Bei schwerer Hypovolämie kann die intravenöse Gabe von salzarmem Humanalbumin 20 % (2-5 ml/kg) über 2-4 h und anschließende Gabe von Furosemid (1(-2) mg/kg) i.v. indiziert sein. Eine engmaschige Überwachung des Volumenstatus unter diesen Maßnahmen ist obligat [5]. Hier ist eine strenge Volumenrestriktion (750 ml/ m²) elementar, solange eine Hypalbuminämie vorliegt.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Michael van Husen
Christliches Kinderhospital Osnabrück
Johannisfreiheit 1
49078 Osnabrück
Tel.: 0541/7000-60
E-Mail: m.vanhusen@ckos.de*

*Prof. Dr. med. Markus J. Kemper
Asklepios Klinik Nord
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Tangstedter Landstraße 400
22417 Hamburg
E-Mail: m.kemper@asklepios.com*

Red.: Huppertz



Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

Highlights aus Bad Orb

Fehlbildungen der oberen Extremität: Was kann operativ erreicht werden?

Insgesamt sind die angeborenen Fehlbildungen der Hand und der oberen Extremität selten. Zudem umfassen sie ein weites Spektrum von geringgradigen Bewegungseinschränkungen, die konservativ oder einfach operativ korrigiert werden können, bis hin zu komplexen Handfehlbildungen, bei denen nur durch mehrfache Operationen simple Greiffunktionen erreicht werden können. Da die Hände in der Entwicklung des Kindes und zur Kommunikation mit der Umwelt eine entscheidende Rolle spielen, sollte die Beurteilung und Therapie der Fehlbildungen nur durch Spezialisten erfolgen. Neben der klinischen Untersuchung, die u.a. entscheidende Hinweise über die zu erwartende Funktion nach der operativen Korrektur gibt, spielt die Röntgenuntersuchung eine wichtige Rolle. In Abhängigkeit von den klinischen und radiologischen Befunden müssen Therapieoption und Therapiezeitpunkt individuell festgelegt werden. Neben der operativen Therapie spielt eine konsequente Nachbehandlung eine entscheidende Rolle zur Erreichung des bestmöglichen funktionellen Langzeitergebnisses.



Dr. Nicos Marathovouniotis

Einleitung

Die Hände haben eine sehr wichtige Funktion für den Menschen und jede Funktionseinschränkung kann die Gesamtentwicklung eines Kindes beeinträchtigen. Kleinkinder lernen zum Beispiel über ihre Hände die Umwelt kennen, indem sie Gegenstände anfassen, erforschen und dadurch begreifen. Eine eingehende Beratung über die oft unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten, die zeitliche Planung der Behandlung und die zu erwartende Funktion der Hände ist daher außerordentlich wichtig.

Fehlbildungen der Hände sind insgesamt selten. Aufgrund der Seltenheit sehen viele Kinderärzte, aber auch viele Kinderchirurgen, in ihrem gesamten Arbeitsleben nur sehr wenige Kinder mit diesen Fehlbildungen. Die Beratung sollte daher unbedingt bei einem auf diesem Gebiet sehr erfahrenen Spezialisten erfolgen, der nicht nur die operativen und konservativen Korrekturmöglichkeiten und die Nachsorge kennt, sondern auch die eventuellen Begleiterkrankungen des Kindes erkennen und behandeln kann.

Viele Handfehlbildungen können heutzutage bereits pränatal diagnostiziert werden. Daher benötigen viele Eltern schon vor der Geburt ihres Kindes

eine fundierte Beratung in Bezug auf die Folgen der Anomalie für die weitere Entwicklung des Kindes und die zukünftige Behandlung der jeweiligen Fehlbildung.

Eine humangenetische Abklärung eines Wiederholungsrisikos für weitere Kinder ist oft sinnvoll, da viele Fehlbildungen erblich bedingt sind. Darüber hinaus sind einige Hand- und Fußfehlbildungen mit syndromalen Erkrankungen vergesellschaftet, die wiederum einen großen Einfluss auf die weitere, insbesondere geistige Entwicklung des Kindes haben können. Eine frühzeitige Erkennung dieser syndromalen Erkrankungen ist daher außerordentlich wichtig.

Aufgrund der unterschiedlichen Formen der Handfehlbildungen sind verschiedene Klassifikationen entstanden, die sich nach Morphologie, teratologischer Reihenfolge oder Pathogenese richten. Die Klassifikation von Swanson (1960), die auf der Morphologie der Fehlbildungen beruhte, wurde von der IFSSH (International Federation of Societies for Surgery of the Hand) angenommen und bis Februar 2014 benutzt. Im Februar 2014 hat die IFSSH die OMT Klassifikation (Dr. Oberg, Dr. Manske, Dr. Tonkin) angenommen und damit die Swanson Klassifikation ersetzt. Die neue Klassifikation hat die Möglichkeit, neue Erkennt-



Dr. Tobias Klein

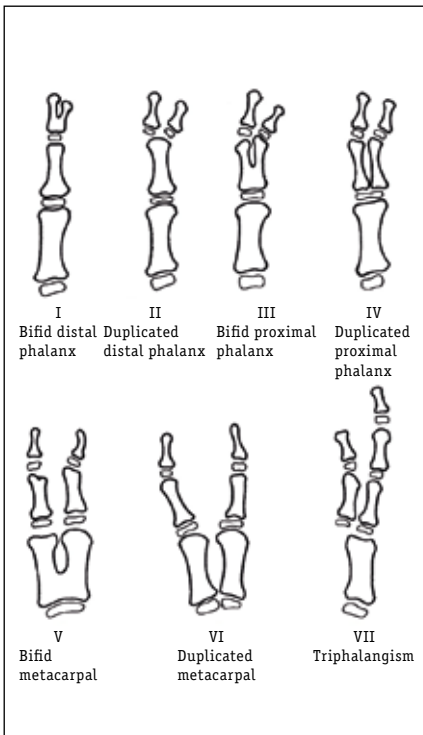


Abb. 1: Wassel Klassifikation

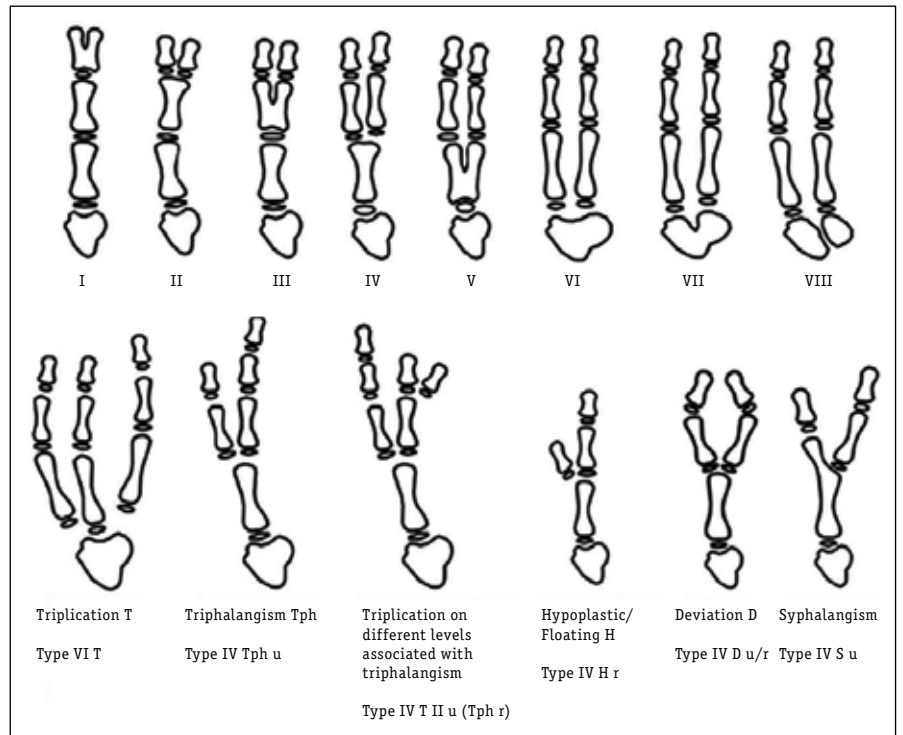


Abb. 2: Rotterdam Klassifikation



Abb. 3: Radiale Polydaktylie: Wassel IV oder Rotterdamer IV H r D r

nisse der Ätiologie, der molekularen Genetik und der Entwicklungsbiologie einzuschließen (Tab. 1). Nachfolgend wird auf die wichtigsten Handfehlbildungen detailliert eingegangen.

Polydaktylien der Hand

Definiert sind Polydaktylien der Hand als numerische Variation mit der Überzahl von Fingeranteilen, Fingern oder Fingerstrahlen mit den entsprechenden Mittelhandknochen. Die Polydaktylien werden eingeteilt in radiale (Doppelung des Daumens), ulnare (Doppelung des Kleinfingers) und zentrale Polydaktylien (Doppelung der mittleren Strahlen II-IV). Polydaktylien treten insgesamt mit einer Inzidenz von 1:1000 auf, wobei ulnare Polydaktylie am häufigsten und rund 30 % aller Polydaktylien hereditär vorkommen.

Entsprechend der klinischen und radiologischen Befunde existieren für die radiale und ulnare Polydaktylie verschiedene Klassifikationen, die für die operative Vorgehensweise und das postoperative Outcome entscheidend sind.

Die operative Korrektur von Polydaktylien besteht in der Regel nicht im einfachen Entfernen der überzähligen Anteile. Die oft schwierige Korrektur der Doppelungen umfasst die Trennung der Begleitsyndaktylie, der Stabilisierung des Bandapparates

OMT-Klassifikation der Fehlbildungen der oberen Extremitäten	
1: Fehlbildung	A: Fehler der axialen Entwicklung/Differenzierung – gesamte obere Extremität
	B: Fehler der axialen Entwicklung/Differenzierung – Handplatte
	C: Fehler der axialen Entwicklung/Differenzierung – unspezifische Achse
2: Deformierung	A: Schnürringsyndrom
	B: Arthrogryposis
	C: Schnellender Finger
	D: Nicht anders spezifizierte Veränderungen
3: Dysplasien	A: Hypertrophie (vollständig oder partiell)
	B: Tumore (vaskuläre Tumoren, vaskuläre Malformation, andere Tumore)
4:	Syndrome, die mit Fehlbildung der oberen Extremität einhergehen

Tab. 1

der betroffenen Gelenke sowie einer Rerfixierung der verlagerten Muskelansätze. Gelegentlich ist sogar eine Achsenkorrektur der Knochen erforderlich.

Operative Korrektur der Polydaktylie in der Regel zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat.

Bei der radialen Polydaktylie wird die alte Klassifikation nach Wassel (Abb. 1) zunehmend durch die Rotterdamer Klassifikation (Abb. 2) ersetzt. Die Rotterdamer Klassifikation gibt detailliertere Informationen über eine bestehende Abwinkelung, Unterentwicklung, Triphalangie oder Symphalangie des radialen bzw. ulnaren Partners (Abb. 3 u. 4).

Für die ulnare Polydaktylie existieren verschiedene Klassifikationen. Während die Klassifikation von Temtamy/McKusick lediglich zwischen einem flottierenden Kleinfinger und einem Kleinfinger mit Artikulation unterscheidet, orientiert sich die komplexere Klassifikation von Duran et al. an den klinischen und radiologischen Befunden. Der flottierende Kleinfinger ist die häufigste Form der ulnaren Polydaktylie (Abb. 5).

Eine Unterbindung des flottierenden Fingers führt oft zur unvollständigen Nekrose und zum Verbleiben eines Hautüberschusses, der Schmerzen verursachen kann. Stattdessen empfehlen wir die Stabilisierung des hypoplastischen Fingers mit einem Steristrip, um eine Torsion zu vermeiden. Die chirurgische Abtragung erfolgt dann im Alter von 3 Monaten.

Syndaktylien der Hand

Syndaktylien sind definiert als häutige, seltener auch knöcherne (komplexe Syndaktylie) Verbindungen zweier oder mehrerer Finger. Neben den seltenen syndromalen Syndaktylien treten rund 30 % der Syndaktylie hereditär auf. Ziel der operativen Korrektur ist die Verbesserung der Greiffunktion und das Verhindern eines Fehlwachstums, insbesondere bei komplexen Syndaktylien unterschiedlich langer Finger.

Bei der operativen Trennung zweier Finger müssen eine neue Zwischenfingerfalte gebildet und die entstandenen



Abb. 4: Postoperativ



Abb. 5: Flottierender Kleinfinger: Unvollständige Nekrose und Verbleiben eines Hautüberschusses nach Unterbindung, Stabilisierung mittels Steristrip bis zur definitiven Versorgung im Alter von 3 Monaten



Abb. 6: Einfache Syndaktylien prä- und postoperative



Abb. 7: Komplexe Syndaktylie der Finger III-IV und einfache Syndaktylie der Finger IV-V prä- und postoperative



Abb. 8: Komplexe Syndaktylien an beiden Händen bei Apert Syndrom (Akroze-phalosyndaktylie Syndrom) präoperativ



Abb. 9: Komplexe Syndaktylien an beiden Händen bei Apert Syndrom postoperativ



Abb. 10: Kurzfingerart im Übergang zum Zentraldefekttyp mit Hypoplasie der ipsilateralen Pektoralarmuskulatur



Abb. 11: Trennung der Syndaktylien bei der Symbrachydaktylie vom Kurzfingerart präoperativ und 2 Jahre postoperativ (die Unterentwicklung der betroffenen Hand im Vergleich zur gesunden Hand bleibt bestehend)



Abb. 12: Symbrachydaktylie: Monodaktyler und Peromeler Typ

Hautdefekte an den Fingerseitenflächen mit einem Vollhauttransplantat gedeckt werden.

Abgesehen von diskreten partiellen Syndaktylien besteht immer eine Op-Indikation.

Bei komplexen oder Syndaktylien von ungleich langen Fingern erfolgt die Operation zwischen dem 6. – 12. Lebensmonat, ansonsten im Alter von 12. – 24. Monaten (Abb. 6-9).

Symbrachydaktylien

Symbrachydaktylien umfassen einen großen Formenkreis mit sehr variablen Handfehlbildungen, die mit einer Syndaktylie und Kurzfingerigkeit (Unterentwicklung) bis hin zum vollständigen Fehlen der Finger einhergehen. Eine genetische Disposition existiert nicht und Symbrachydaktylien treten fast ausschließlich einseitig auf. Die Kombination mit einer gleichseitigen Unterentwicklung der Brustmuskulatur wird als Poland-Syndrom bezeichnet (Abb. 10). Unterteilt werden die Symbrachydaktylien nach der Klassifikation nach Blauth (Tab. 2).

Die Therapie besteht in der Trennung der häutigen Verbindung, Stabilisierung und Verlängerung der zu kurzen Finger (Abb. 11). Beim monodaktylen Typ und peromelen Typ (Abb. 12) ist das operative Ziel die Schaffung einer Greiffunktion durch zwei Strahlen bei Bedarf mit Zehentransplantation an die Hand.

Radiale Klumphand

Die radiale Klumphand ist definiert als radiale Abwinklung der Hand durch Hypo- oder Aplasie des Radius bei verkürztem Unterarm (Abb. 13). Die Inzidenz liegt bei 1:30 000, wobei **Thalidomid** zwischen 1959-1962 zu einer Häufung führte. Zudem gilt eine **Valproat**-Einnahme in der Schwangerschaft als Risikofaktor. Die Klassifikation der radialen Klumphand erfolgt nach Bayne (Tab. 3).

Voraussetzung für eine operative Behandlung ist die Beweglichkeit im Ellenbogengelenk. Ziel ist die Verbesserung der Stellung und Funktion des Handgelenkes und damit natürlich auch die funktionelle Einsetzbarkeit der Hand. Die Behand-

lung besteht in einer frühen Redression des Handgelenks durch Dehnungsübungen und eine Schienenbehandlung im Säuglingsalter. Im 6. – 12. Lebensmonat erfolgen die Gelenkdehnung mittels eines externen Fixateurs (Handgelenksdistraktion) und die operative Einstellung der Ulna an der radialen Seite des Handgelenks mit Muskeltransposition des Extensor carpi radialis und Flexor carpi radialis an die zentralen Mittelhandknochen (Radialisation, Abb. 14). Vier Monate später wird gegebenenfalls die Pollisation des Zeigefingers durchgeführt. Eine Verlängerung der Unterarmknochen wird meistens im Schulalter empfohlen.

Hypo- und Aplasie des Daumens

Die Hypo- und Aplasie des Daumens werden unterteilt nach Blauth (Tab. 4). Eine Indikation zur operativen Therapie besteht bei Grad II-V. Während bei Grad II eine Opponensplastik im 3. - 6. Lebensjahr empfohlen wird (Abb. 15), erfolgt bei Grad IIIb, IV und V die Pollisation des zweiten Strahls im 1. - 2. Lebensjahr (Abb. 16, 17).

Spalthand

Bei der Spalthand (syn.: longitudinaler distaler zentraler Defekt, Krepsschere, Cleft-hand, Split-hand) handelt es sich um eine Fehlbildung mit keilförmigen Defekt der zentralen Strahlen der Hand und der Tendenz der Defektausbreitung auch zentral und radial. Die Häufigkeit wird mit 1 : 90 000 Lebendgeburten eingeschätzt (Abb. 18).

Makrodaktylie

Die Makrodaktylie ist eine Fehlbildung mit Hypertrophie von Knochen und Gewebe, die bis zum Abschluss des Wachstumsalters progredient ist. Eine echte



Abb. 13: Radiale Klumphand Bayne III und Bayne IV



Abb. 14: Radiale Reduktionsfehlbildung Bayne III mit Daumenaplasie links: Handgelenksdistraktion mittels Halbringfixateur, Entfernung des Fixateur externe und Radialisation der Elle nach Entfernung der Radiusanlage und Ulna-Osteotomie, Pollisation des Zeigefingers

Klassifikation nach Blauth
1. Kurzfinger-Typ
2. Zentraldefekt-Typ
3. Monodaktyler-Typ
4. Peromeler-Typ

Tab. 2

Klassifikation der radialen Klumphand (Bayne):	
Typ I	Verkürzung des distalen Radius
Typ II:	Beide Epiphysen des Radius sind vorhanden, Radialdeviation
Typ III:	Partielle Radiusaplasie, kurze und verbogene Ulna, instabiles Handgelenk
Typ IV:	Totale Radiusaplasie, instabiles Handgelenk

Tab. 3



Abb. 15: Daumenhypoplasie II nach Blauth: Prä- und postoperativ nach Opponensplastik mit der oberflächlichen Beugesehne des Ringfingers



Abb. 16: Daumenhypoplasie IV nach Blauth: Präoperativ



Abb. 17: 3 Wochen und 6 Jahre postoperativ nach Abtragung des hypoplastischen Daumens und Pollizisation des Zeigefingers



Abb. 18: Spalthände beidseits

Makrodaktylie ist meist auf das Versorgungsgebiet eines Nervens beschränkt (N. medianus). Makrodaktylien werden nicht vererbt, treten aber im Rahmen von Syndromen wie dem Proteus- (Riesenwuchs, subkutane Lipome am Stamm, Hämangiome, Pigmentnävi) und dem Klippel-Trenaunay-Syndrom (Riesenwuchs, Venektasien, Nävus flammeus) auf.

Trotz einer Rezidivgewissheit ist eine operative Behandlung indiziert.

Die Epiphysiodese oder die verkürzende Arthrodesse der betroffenen Phalangen erfolgt, sobald der Finger Erwachsenengröße erreicht hat. Wenn nur ein Finger betroffen ist, kann eine Strahlamputation in Erwägung gezogen werden (Abb. 19).

Schnürring-Syndrom (Congenital constriction ring syndrome, CCRS)

Das Schnürring-Syndrom ist ein Sammelbegriff für Fehlbildungen mit Schnürfurchen, Schnürringen, Lymphödem, amputationsartigen Defekten und Syndaktyliien im Sinne von Akrosyndaktyliien. Es tritt sporadisch auf und wird durch intrauterine Einschnürungen durch amniotische Bänder verursacht. Es können einzelne oder mehrere Extremitäten betroffen sein, wobei Begleitfehlbildungen extrem selten sind. Eine Indikation zur Operation besteht, wenn eine Verbesserung der Funktion und der Ästhetik möglich ist. Die Korrektur von Abschnürungen und Schnürfurchen ist vom entsprechenden Lymphödem abhängig. Die operative Korrektur erfolgt unmittelbar postnatal, wenn die Durchblutung eines Fingers oder der Hand durch die zirkuläre Abschnürung gefährdet ist (Abb. 20).

Klassifikation nach Blauth

Grad I	Daumenversmächtigung ohne Funktionsstörung
Grad II	Hypoplasie des Knochens und der Thenarmuskulatur, Instabilität des Metacarpophalangealgelenkes, abnorme Insertion des M. flexor pollicis longus und M. extensor pollicis longus
Grad III	Unterentwicklung des Mittelhandknochens I, Fehlen der Muskeln, Unterteilt in Untergruppen IIIa, IIIb und IIIc
Grad IV	Flottierender Daumen
Grad V	Aplasie des Daumens

Tab. 4

Im 6.-12. Lebensmonat werden Akrosyndaktylien von ungleich langen Fingern getrennt. Ansonsten wird die Korrektur im 12.-24. Lebensmonat durchgeführt.

Brachymetarkarpie

Die Brachymetarkarpie (Verkürzung eines Mittelhandknochens) gehört zur Gruppe der Brachydaktylien. Die Fingerverkürzung, insbesondere in Verbindung mit einer Achsenabweichung, ist augenfällig (Abb. 21). Die operative Korrektur erfolgt mittels Verlängerungsosteotomie am verkürzten Mittelhandknochen (Kallusdistraction), z.B. mit Hilfe eines Fixateurs intern (Abb. 22).

Pollex rigidus (feststehender Daumen)

Die Ringbandstenose des Daumens (A1 Ringband) wird anhand der typischen Zeichen mit einer fixierten Beugstellung des Daumenendgelenkes und einem tastbaren Knoten an der Beugeseite des Daumengrundgelenkes (Notta's nodule) diagnostiziert. Die Inzidenz des Pollex rigidus im Säuglings und Kleinkindsalter liegt bei 3:1000. Die Ätiologie ist multifaktoriell, wobei eine angeborene Komponente vermutet wird. Die Therapie der Wahl ist die A1-Ringbandsplattung ab dem 6. Lebensmonat.

Fazit für die Praxis

Die Behandlung angeborener Handfehlbildungen erfordert ein differenziertes Vorgehen, welches abhängig von dem genauen Ausmaß der Fehlbildung ist. Ziel der Behandlung ist eine frühzeitige Verbesserung der Handfunktion, damit eine ungestörte Entwicklung ermöglicht wird.

Korrespondenzadresse:

Dr. Nicos Marathovouniotis

Dr. Tobias Klein

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Chefarzt Prof. Dr. Dr. T. M. Boemers
 Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
 Kliniken der Stadt Köln gGmbH
 Amsterdamer Straße 59, 50735 Köln
 Tel.: 0221/8907-5261

E-Mail: kinderchirurgie@kliniken-koeln.de

Interessenkonflikt:

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



Abb. 19: Präoperativ und 6 Wochen postoperativ nach Resektion des III. Strahles mit Teil des MHK III und Transposition des Zeigefingers auf Position III



Abb. 20: Tiefer Schnürring mit Lymphödem prä- und postoperativ (nach mehrfachen Korrekturen)



Abb. 21: Brachymetarkarpie III rechts: präoperativ



Abb. 22: Brachymetarkarpie III rechts: postoperativ



Abb. 23: Pollex rigidus: Prä- und postoperative Streckung am IP-Gelenk der Daumen

Reiseübelkeit

Frage

Ich betreue in meiner Praxis einen 15-jährigen Jungen, der unter ausgeprägter Reiseübelkeit mit häufigem Erbrechen leidet. Diese Symptome treten vor allem bei Langstreckenflügen auf (der Junge war bereits 2 x in den USA). Trotz Medikation mit Metoclopramid in Kombination mit Dimenhydrinat zeigt sich v. a. am Rückflug in Kombination mit Müdigkeit und „Hunger“ unstillbares Erbrechen und eine starke Nausea.

Jetzt plant der Junge einen Schulaustausch in Australien und soll dort ohne Elternbegleitung im Rahmen einer Gruppenreise mit anderen Jugendlichen und einer Betreuungsperson fliegen, er ist dann bereits 16 Jahre alt. Gewicht ca. 55 kg.

- Welche medikamentösen und ergänzenden Maßnahmen gibt es?
- Welche Erfahrungen gibt es mit Scopolamin-Pflastern bei Jugendlichen?
- Welche Höchstmengen an Metoclopramid und Dimenhydrinat sind ratsam, gerade unter dem Aspekt, dass der Junge „alleine reist“?
- Sollte ein Medikationsplan erstellt werden? Wenn ja, wie könnte dieser aussehen?
- Ist zur Unterstützung das Trinken von Elektrolytlösung sinnvoll?

Antwort

Kinetosen sind ein zentralnervöses Problem. Scheinbar widersprüchliche Signale der Propriozeptoren, des Gleichgewichtsorgans und der Augen führen zu einem Kommunikationsproblem der zuständigen Hirnregionen. Nimmt die Irri-

tation Überhand, kommt es zu Übelkeit und Erbrechen. Das Problem tritt häufiger bei Kindern und Jugendlichen auf und lässt oft mit Erreichen des Erwachsenenalters deutlich nach. Jedoch kann bei entsprechend starker Bewegung bei nahezu jedem Menschen eine Kinetose ausgelöst werden.

Metoclopramid ist hier in der Prävention wenig bis überhaupt nicht wirksam, da es vor allem peripher im Gastrointestinaltrakt wirkt. Aufgrund des Nebenwirkungsprofils sollte es hier insbesondere auch bei Jugendlichen nicht eingesetzt werden.

Grundsätzlich werden verschiedene Möglichkeiten zur Prävention diskutiert, bei denen die Datenlage sehr unterschiedlich ist.

1. Wahl eines möglichst ruhigen Sitzplatzes (im Flugzeug über den Flügeln) und Ablenkung, z. B. mit Musik. Dies kann bei leichten Fällen eine deutliche Besserung bringen, wird im geschilderten Fall aber vermutlich wenig effektiv sein.
2. Einnahme von Antihistaminika. Zentral dämpfende Antihistaminika sind unstrittig effektiv in der Prävention von Kinetosen. Wichtigste Nebenwirkung ist die hieraus resultierende Müdigkeit, die jedoch im Flugzeug nicht problematisch sein muss. Am besten etabliert ist Dimenhydrinat in einer Dosis bis 50-100 mg alle 4 Stunden bis maximal 600 mg/die. Alternativ kann auch Cinnarizin gegeben werden, das als Monopräparat z. B. aus England oder der Schweiz bezogen werden kann. Hier tritt im Regelfall weniger Müdigkeit auf. Die Dosis liegt bei 1-2 x 75 mg/die.
3. Einsatz von Scopolamin-Pflastern. Diese sind vor allem bei Seglern sehr

beliebt, werden jedoch insgesamt eher zurückhaltend empfohlen. Erfahrungen liegen ab dem 10. Lebensjahr vor. In der Anwendung wird ein Pflaster zu 1,54 mg Scopolamin etwa 5-6 Stunden vor Reiseantritt hinter das Ohr geklebt. Der Wirkstoff wird über ca. 72 Stunden abgegeben. Wichtigste Nebenwirkungen sind recht häufig auftretende Akkomodationsstörungen, Schwindel und gelegentlich Verwirrtheit.

Im Hinblick auf potentielle Nebenwirkungen ist es vor allem bei den Antihistaminika und bei Scopolamin sinnvoll, diese Präparate vor der Reise auszuprobieren. Bei ausgeprägten Kinetosen kann es hilfreich sei, verschiedene Mittel zu kombinieren. Hier bieten sich vor allem ein Antihistaminikum und Scopolamin an. Gerade bei einer Kombination sollte jedoch unbedingt zuvor die Verträglichkeit getestet werden.

Kommt es zu starkem Erbrechen, ist eine Elektrolytsubstitution grundsätzlich sinnvoll. Nur kann es in der akuten Situation nahezu unmöglich sein, die oft geschmacklich nicht angenehmen Elektrolytlösungen zu applizieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Tomas Jelinek
Berliner Centrum für Reise-
und Tropenmedizin
Facharzt für Innere Medizin
Friedrichstr. 134
10117 Berlin

Das „consilium“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Pädiatrie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



*Review aus
englischsprachigen Zeitschriften*

Die Integration genetischer und klinischer Risikofaktoren verfeinert die Risikostratifizierung der rezidierten B-Lymphoblastischen Leukämie im Kindesalter – Welche Patienten könnten von Therapieintensivierung oder -reduktion profitieren?

Integration of Genetic and Clinical Risk Factors Improves Prognostication in Relapsed Childhood B-Cell Precursor Acute Lymphoblastic Leukemia

Irving JAE, Enshaei A, Parker CA, et al., Blood, 128 (7), 911-922, August 2016

Bei der rezidierten B-Lymphoblastischen ALL erfolgt die Einteilung in Risikogruppen derzeit anhand folgender klinischer Parameter: 1. Die Dauer der ersten Komplettemission (Complete remission 1, CR1), 2. die Lokalisation des Rezidivs (extramedullär oder im Knochenmark) und 3. der Immunphänotyp. Diese Risikogruppen bestimmen im weiteren Verlauf das Therapiekonzept: Bei allen Patienten wird durch eine Induktionschemotherapie eine erneute Remission angestrebt. Hochrisikopatienten und Intermediate risk-Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf diese Induktion erhalten im Anschluss eine allogene Stammzelltransplantation. Niedrigrisikopatienten und Intermediate risk-Patienten mit adäquatem Ansprechen auf die Induktion haben mit alleiniger Konsolidierungschemotherapie gute Heilungschancen (AWMF, 2014).

Irving et al. ermitteln in Ihrer kürzlich in der Fachzeitschrift „Blood“ erschienenen Publikation „Integration of genetic and clinical risk factors improves prognostication in relapsed childhood B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia“ (Irving et

al., 2016) die Prävalenz, das Spektrum und die prognostische Relevanz von individuellen genetischen Anomalien und präformierten CNA-Risikogruppen (Kopiernummer Alterationen) für das Outcome der B-lymphoblastischen Leukämie nach dem ersten Rezidiv. Veränderungen der Zahl der (wiederholten) Kopien von Genen oder kleineren DANN-Stücken sind häufig und begründen unter anderem individuelle Unterschiede. Zytogenetisch untersucht wurden 427 Kinder mit rezidivierter B-ALL. Bei 238 Kindern mit Knochenmarksrezidiv wurde nach bestimmten CNA's und Mutationen gescreend.

Die Patienten wurden klinisch anhand o.g. Parameter in drei Risikogruppen (Standard risk, SR; intermediate risk, IR; high risk, HR, 24 %) eingeteilt. Die SR- und IR-Gruppe wurden zusammengefasst und gemeinsam als „SR“ bezeichnet (76 %).

Eine weitere Einteilung erfolgte anhand ihrer genetischen Anomalien in drei bereits in vorhergehenden Studien etablierte zytogenetische Risikogruppen (Good Risk, CYTO-GR, 48 %; Intermediate risk, CYTO-IR, 38 %; Poor risk, CYTO-PR, 13 %).

Das fünf-Jahres-Gesamtüberleben anhand genetischer Risikogruppen lag bei 68 % (CYTO-GR), 47 % (CYTO-IR) und 26 % (CYTO-HR). Innerhalb der klinischen Risikogruppen lag das 5-Jahres-Gesamtüberleben bei 65 % (SR) und 26 % (HR).

Während die klinisch als Hochrisikogruppe eingestuften Patienten unabhängig von ihrem zytogenetischen Risikoprofil ein schlechtes Outcome hatten, zeigten die klinisch in SR eingeteilten Patienten signifikante Risikounterschiede abhängig von ihrer zytogenetischen Risikogruppe: Das fünf-Jahres-Gesamtüberleben (overall survival, OS) innerhalb der klinischen SR-Gruppe bei CYTO-GR war 73 %; CYTO-IR: 57 %; CYTO-HR: 29 %. Somit entspricht das 5-Jahres-OS von klinischen SR Patienten mit CYTO-HR in etwa dem der klinischen HR Patienten.

Diese Studienergebnisse zeigen erstmals, dass zytogenetische Risikogruppen bei rezidierten ALL-Patienten unabhängig von der klinischen Risikogruppenklassifikation das Outcome beeinflussen können. Dies legt eine Umstellung des derzeitigen Therapieregimes mit Behandlung von CYTO-HR Fällen in Hochrisikoprotokollen, unabhängig der klinisch ermittelten Risikogruppe, nahe.

Zusammengefasst bestätigt die aktuelle Publikation die Wichtigkeit der Integration von klinischen und genetischen Risikofaktoren bei Patienten mit rezidivierter B-ALL im Kindesalter. Der optimale Informationsnutzen zur Einteilung der Patienten schafft Möglichkeiten zur Therapieoptimierung: Klinische und genetische Niedrigrisikopatienten können von einer Therapiereduktion profitieren, während das Outcome von klinischen Niedrigrisikopatienten mit genetischer HR-Konstellation durch eine Therapieintensivierung positiv beeinflusst werden kann.

Die Begutachtung komplexer genetischer Befunde ist für den niedergelassenen Kinder- Jugendarzt nicht leicht, zumal wir nicht ständig in die Behandlung miteinbezogen werden. Dennoch empfehlen wir dem primär behandelnden Pädiater, sich mit den genetischen Befunden auseinanderzusetzen. Dadurch können wir die Therapiesteuerung nachvollziehen und den Eltern unserer Patienten in der schweren Situation einer rezidierten Leukämie zur Seite stehen.

Korrespondenzadresse

Alexandra Wagner, Stefan Eber, München

Welche Diagnose wird gestellt?

Maren Fließner

Anamnese

Der zwölf Jahre alte Patient wird akut in der Notfallsprechstunde mit seit wenigen Tagen bestehenden erythematösen Plaques im Bereich der Wangen, der Augenbrauen und der Ohren vorgestellt. Juckreiz, Schmerzen oder Parästhesien bestehen nicht. Nebenbefundlich ist bei dem Jungen ein Autismus bekannt. Die übrige Eigenanamnese ist leer. Insbesondere die Haut sei bisher immer gesund gewesen. Medikamente werden nicht eingenommen. Kosmetika oder sonstige Externa seien im Gesicht nicht zur Anwendung gekommen.

Untersuchungsbefund

Im Bereich der Wangen, der Augenbrauen und der Ohrhelices finden sich ovaläre, scharf begrenzte, eher weich palpable braun-rote Plaques mit erhabenem Randwall. Eine Schuppung besteht nicht. Das übrige Integument ist unauffällig. Die Läsionen sind asymptomatisch.



Abb. 1: Scharf begrenzte, randständig erhabene, rundliche und erythematöse Plaques

Welche Diagnose wird gestellt?

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)
- 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 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

Diagnose:

Granuloma faciale

Bei dem Granulomafaciale handelt es sich um eine chronisch persistierende, inflammatorische Hauterkrankung unbekannter Ätiologie mit einem distinkten histologischen Substrat. Es ist durch Eosinophilie sowie Zeichen einer leukozytoklastischen Vaskulitis gekennzeichnet. Es kann in jedem Lebensalter auftreten. Das männliche Geschlecht ist bevorzugt betroffen. Ein Zusammenhang mit Sonnenlicht wird diskutiert. Typische Lokalisationen sind Nase, Kinn, Stirn, Schläfen und Wangen und das Capillitium. Selten ist die Mundschleimhaut beteiligt (1). Extrafaziale Lokalisationen werden kaum beobachtet (2). Klinisch finden sich ovale, bis zu acht Zentimeter durchmessende, meist solitäre, aber auch multiple, leicht erhabene, braunrote, schuppenfreie Plaques mit erweiterten Follikelmündungen. Hierdurch ergibt sich ein „Orangenschalen-artiger“ Oberflächenaspekt. Die Abheilung ist oft narbig. Diaskopisch findet sich ein gelb-bräunliches Infiltrat. Typischerweise sind die Läsionen asymptomatisch.

Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Es besteht jedoch eine enge ätiopathogenetische Beziehung zum Erythema elevatum et diutinum. In beiden Fällen handelt es sich um vaskulitische Prozesse. Differenzialdiagnostisch entscheidend ist hier die Histologie. Bei unauffälliger Epidermis und subepidermaler Zone finden sich um die Gefäße Infiltrate aus eosinophilen und neutrophilen Leukozyten. Im Verlauf kommen Lymphozyten, und Mastzellen hinzu. Bei Abheilung kommt es zu einer Fibrosierung.

Differenzialdiagnosen

Neben dem Erythema elevatum et diutinum muss an eine Sarkoidose, Pseudolymphome, Lupus erythematosus und Lupus vulgaris gedacht werden. Vor allem in den Sommermonaten muss eine Polymorphe Lichtdermatose differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden.

Therapie und Prognose

Der Verlauf ist unbehandelt oft chronisch. Bei Abheilung verbleibt eine atrophe Narbe. Auf Grund der Gutartigkeit der Erkrankung sollte von einer System-

therapie abgesehen werden. Topisch antientzündlich wirksam sind Steroide und Calcineurininhibitoren (3). Durch die Anwendung topischer Steroide kann eine Steroidentzugsdermatitis induziert werden. Daher sollten Calcineurininhibitoren bevorzugt verwendet werden. Es gibt Einzelfallberichte zur guten Wirksamkeit von Kryotherapie und der Anwendung des gepulsten Farbstofflasers (585nm). Mit Hautbiopsien ist man im Gesichtsbereich aus naheliegenden Gründen zurückhaltend; bei ausbleibendem Ansprechen auf die Lokalthherapie oder Rezidiven ist eine Biopsie aber indiziert.

Literaturangaben

1. Ortonne N, Wechsler J, Bagot M et al. Granuloma faciale: a clinicopathologic study of 66 patients. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 1002-9.
2. Rütten A et al. Extrafaziales Granulomaeosinophilicum. *Hautarzt* 2007; 58: 435-9.
3. Rieker J et al. Multifokales Granulomaeosinophilicumfaciei. Erfolgreiche Behandlung mit topischem Tacrolimus. *Hautarzt* 2006; 57: 324-6.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maren Fließner
 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 Abt. Pädiatrische Dermatologie/
 Allergologie
 Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
 Red.: Höger



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

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

Wirksame Hilfe für Alleinerziehende und ihre Kinder: Das Bindungstraining wir2 und wir2plus



Dr. med. Christoph Dembowski

Wer kennt das nicht aus der alltäglichen Praxis: Zur U3 kommen noch beide Eltern, der Vater schon etwas im Hintergrund. Ein halbes Jahr später berichtet die Mutter, dass der Vater ausgezogen sei... Davon betroffen sind 2,3 Millionen Kinder und ihre Mütter in Deutschland. Wir Kinder- und Jugendärzte bemerken dann ziemlich bald die Folgen: überforderte, von Zukunftsängsten und geringem Selbstwertgefühl belastete Mütter, die zu Depressionen neigen und immer weniger Raum und Zeit für positive Gemeinsamkeiten mit ihren Kindern haben.

Die möglichen Folgen für die Kinder: Die Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters und die Entwicklung der Fähigkeiten zur angemessenen Stress- und Emotionsregulation sind erschwert. Es treten häufiger Lern- und Kommunikationsschwierigkeiten, Verhaltensprobleme, ADHS, ein geringeres Selbstwertgefühl und beeinträchtigte kognitive und soziale Fähigkeiten auf – ein erhöhtes Risiko auch für seelische Erkrankungen und Suchtverhalten in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter.

Vergleichsweise hoch ist das Entwicklungsrisiko besonders dann, wenn mütterliche Fürsorge und Feinfühligkeit beeinträchtigt sind. Denn depressive Eltern sind aufgrund ihrer reduzierten

Empathie-Fähigkeit weniger in der Lage, kindliche Bedürfnissignale zuverlässig, feinfühlig und prompt wahrzunehmen, zutreffend zu interpretieren und angemessen zu beantworten.

wir2 für Mütter und Väter ...

Dieser hoch belasteten Patientengruppe kann das emotionszentrierte Bindungstraining wir2 helfen. Ziel ist, den Risiken, die das Alleinerziehen mit sich bringt, entgegenzuwirken und die emotionalen Fähigkeiten der Alleinerziehenden und ihre Beziehung zu ihren Kindern stärken. Entwickelt wurde das Programm von Matthias Franz, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf, und seinem Team. Die bundesweite Verbreitung des Programms wird seit 2014 von der Walter Blüchert Stiftung gefördert (www.wir2-bindungstraining.de).

Im Mittelpunkt des Bindungstrainings steht die emotionale Selbstwahrnehmung der Alleinerziehenden. In diesem Zusammenhang werden Rollenanforderungen, Belastungen, Fähigkeiten, biographische Muster, außerdem die Situation des Kindes mit seinen Bedürfnissen und Emotionen, die Rolle des Ex-Partners und die Trennung des Paarkonfliktes von der bleibend gemeinsamen Elternverantwortung, sowie das Erproben und Einüben von neuen Lösungen für typische Alltagsprobleme Alleinerziehender bearbeitet. Vorrangige Ziele sind dabei: Selbstbewusstsein und Elternkompetenz zu stärken, das Verständnis für kindliche Bedürfnisse und Gefühle verbessern zu und die Stressbewältigung zu fördern.¹

Die Wirksamkeit des wir2-Bindungstrainings ist durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung belegt. Unter anderem deshalb erhielt das Training den renommierten Heigl-Preis und wird in der höchsten Evidenzkategorie der „Grünen Liste Prävention“ gelistet. Aus den Wirksamkeitsstudien las-

sen sich auch positive Tendenzen für das Wohlbefinden und Verhalten der Kinder alleinerziehender Mütter ableiten. Jetzt können die positiven und nachhaltigen Auswirkungen von wir2 durch das neu entwickelte Programm wir2plus verstärkt werden.

... und wir2plus für Kinder zwischen 4 und 10 Jahren

Bisher existieren im deutschsprachigen Raum kaum Gruppeninterventionen für Trennungskinder. Deshalb wird von der Walter Blüchert Stiftung gemeinsam mit Professor Franz mit wir2plus eine ergänzende primärpräventive Maßnahme erprobt, bei der parallel zu der Gruppe der Alleinerziehenden ein Gruppenprogramm für deren Kinder im Alter von vier bis zehn Jahren angeboten wird.

Die Annahme dabei ist, dass gleichzeitig stattfindende Kurse für Kinder und alleinerziehende Eltern einen stärkeren Effekt auf das Wohlbefinden und Verhalten der Kinder erzielen, als wenn nur ein Elternteil am Trainingsprogramm teilnimmt. wir2plus konzentriert sich also sowohl auf eine bindungs- und ressourcenorientierte Stärkung der Elternkompetenzen der Alleinerziehenden als auch auf die Unterstützung des Kindes, seine Anleitung und Ermutigung zu emotionaler Offenheit und die Entwicklung von Bewältigungsmöglichkeiten für alltags-typische Konfliktsituationen von Kindern aus Ein-Eltern-Familien.

Das Plus von wir2plus

Die Gruppenleiter werden in einer insgesamt fünftägigen Schulung auf die Leitung der wir2plus-Gruppen vorbereitet. Dabei durchlaufen sie zunächst die dreitägige Schulung zum wir2-Gruppenleiter, in der das Eltern-Programm vorgestellt wird. Im zweiten Teil der Schulung werden dann die Inhalte des Kindertrainings bearbeitet.

Mittels einer ersten Pilotstudie unter naturalistischen Feldbedingungen konnten für das wir2plus-Training bereits positive Effekte für die teilnehmenden Elternteile und ihre Kinder gezeigt werden. Weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit des kombinierten Mutter-Kind-Trainings sind laut Prof. Dr. Gunter Thielen, Vorstandsvorsitzender der Walter Blüchert Stiftung, in der Planung.

Eine berührende und sinnstiftende Erfahrung

Seit 2015 wird auch an der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (www.aerztliche-akademie.de) ein Weiterbildungskurs für das wir2- und wir2plus Bindungstraining für Alleinerziehende als emotionszentriertes Gruppenprogramm angeboten.

Mit dem gemeinnützigen Vereins Sam-bucus haben wir an diesem sehr intensiven und empfehlenswerten Kurs teilge-

nommen. Im Oktober 2016 konnten wir in der Region um Rotenburg (Wümme) mit dem wir2-Bindungstraining beginnen und die Gruppe im März 2017 erfolgreich abschließen.

Teilgenommen haben acht Mütter mit elf Kindern in der fachlich geleiteten Kindergruppe des wir2plus-Programms. Überwältigend war dabei für uns, mit wieviel Engagement die Mütter die Gruppensitzungen gestaltet haben und niemand den Kurs verließ, obwohl alle in ihrem Alltag hoch belastet sind.

In den einzelnen Kursen war besonders beeindruckend, wie sich in der Gruppe die gegenseitige Wahrnehmung und Unterstützung und damit die persönliche Weiterentwicklung entfalten konnten und so ein förderliches Gemeinschaftsgefühl entstand. Auch in der Kindergruppe war diese Entwicklung fast spiegelbildlich wiederzuerkennen.

Für mich als Kinder- und Jugendarzt, der seit über zwanzig Jahren in der Kas-

senarztpraxis tätig ist, war es eine berührende und sinnstiftende Erfahrung, wie in dem Kurs die bedrückende und isolierende Vereinsamung der alleinerziehenden Mütter langsam aufgelöst werden konnte und das wir2-Programm tatsächlich als Hilfe erlebt wurde, „die ankommt“.

Ich kann jeder interessierten Kollegin/jedem interessierten Kollegen, der nach Lösungsmöglichkeiten für diese wachsende, belastete Patientengruppe sucht, die Teilnahme an einem wir2-Weiterbildungskurs uneingeschränkt ans Herz legen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Christoph Dembowski
Kinder- und Jugendarzt
Gerberstrasse 19
27356 Rotenburg (Wümme)
Tel.: 04261/4016
E-Mail: dembosol@ewetel.net*

Red.: ReH

Fünfter Armuts- und Reichtumsbericht beschlossen

Das Bundeskabinett hat kurz vor Ostern den Fünften Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (5. ARB) „Lebenslagen in Deutschland“ beschlossen. Der Bericht analysiert Lebenslagen in Deutschland wie die Erwerbstätigkeit, die Einkommens- und Bildungssituation, die Gesundheit und das Wohnen für Menschen unterschiedlicher Lebensphasen.

Auszüge aus dem Bericht:

III.2 Aufgabenfeld 2: Kinder und ihre Familien zielgerichtet unterstützen und wirksam fördern

III.2.1 Teilhabechancen für Kinder materiell sicherstellen

Das Wohlergehen von Kindern hängt von vielen Faktoren ab. Dazu zählen neben der Geborgenheit, die Kinder in ihren Familien erfahren, auch ihre Gesundheit, ihr Wohnumfeld oder ihre Möglichkeiten zur Bildungsteilnahme. Die finanzielle Situation, in der Kinder aufwachsen, beeinflusst diese Faktoren mehr oder weniger stark. Dabei wirken unzureichende materielle Rahmenbedingungen vor allem dann negativ auf das kindliche Wohlergehen, wenn sie lange andauern und so die Kindheit prägen.

In Deutschland sorgen Sozialtransfers und Familienleistungen dafür, dass die Nettoäquivalenzeinkommen von Haushalten mit Kindern und Jugendlichen in fast der Hälfte der Fälle, in denen Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegen würden, über die statistische Armutsrisikogrenze von 60 Prozent des Medianeinkommens gehoben werden. So wird die Armutsrisikoquote der Unter-18-Jährigen gemäß SOEP-Ergebnissen von vorher rund 36 auf dann rund 21 Prozent reduziert. (...)

Die Gründe für Kinderarmut liegen insbesondere in eingeschränkter Erwerbstätigkeit der Eltern. So beträgt das Armutsrisiko von Kindern 64 Prozent, wenn in der Familie kein Elternteil erwerbstätig ist. Bei einem in Vollzeit erwerbstätigen Elternteil fällt das Armutsrisiko für Kinder deutlich auf etwa 15 Pro-

zent. Sind beide Elternteile erwerbstätig und arbeitet ein Elternteil Vollzeit, sinkt das Armutsrisiko der Kinder auf 5 Prozent.

Zusammenhänge sind auch zwischen der Familienform und dem Armutsrisiko zu beobachten, da Familien mit mindestens drei Kindern oder Ein-Eltern-Familien besonders häufig von niedrigem Nettoäquivalenzeinkommen betroffen sind. Ebenso haben Kinder mit Migrationshintergrund ein deutlich höheres Armutsrisiko als Kinder ohne Migrationshintergrund, insbesondere bei eigener Migrationserfahrung. In den genannten Familienformen ist die Erwerbsintensität regelmäßig – freiwillig oder unfreiwillig – niedriger als in Paarfamilien mit nur einem oder zwei Kindern ohne Migrationshintergrund. **Gute und auskömmliche Erwerbsarbeit der Eltern trägt somit wesentlich zur Verringerung von Kinderarmut bei.** (...)

Was weiter zu tun ist:

- Die Reduzierung des Armutsrisikos von Kindern bedarf weiterer Anstrengungen, vor allem bezogen auf eine bessere Erwerbsintegration der Eltern. – Die aktive Arbeitsmarktpolitik muss die vielfältigen Unterstützungsbedarfe von Eltern berücksichtigen und für Lösungen sorgen. Besonders wichtig ist dies, wenn in einem Familienhaushalt kein Elternteil erwerbstätig ist. – Zusätzlich sollen die Sozial- und Familienleistungen zusammen mit dem Erwerbseinkommen der Eltern zu kontinuierlichen Einkommensverläufen für die Familie führen. – Erforderlich ist zudem eine

weitere Verbesserung der Betreuungsinfrastruktur, auch in Randzeiten und für Schulkinder.

- Der Bekanntheitsgrad familienbezogener Leistungen wie des Kinderzuschlags sollten erhöht und Familien mit niedrigem Einkommen auf diese Leistung hingewiesen werden. Diesem Ziel dient auch die Einführung eines Online-Angebots zum Kinderzuschlag, damit schnell geprüft werden kann, ob evtl. ein Anspruch besteht und sich eine Antragstellung lohnt.
- Auch Leistungen wie das Bildungs- und Teilhabepaket sollen noch mehr Kinder aus Haushalten mit geringen Einkommen erreichen. Bund, Länder und Kommunen werden dessen Bekanntheit erhöhen und prüfen, ob bürokratische Hürden bestehen und abgebaut werden können.
- Die Familienleistungen sollen stärker als bisher die individuelle Existenzsicherung beider Elternteile fördern und für Väter und Mütter eine gleichmäßigere Teilhabe an beiden Lebensbereichen, Familie und Erwerbstätigkeit, unterstützen. Gleichmäßige Aufteilungen zwischen den Eltern stärken die Familien, beugen Armutsrisiken vor und sind auch gesamtwirtschaftlich tragfähig.

Link: http://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Zusammenstellung:

Dr. Wolfram Hartmann

57223 Kreuztal

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

Jugend – eine vernachlässigte Altersphase

Die Kindheit steht seit Jahrzehnten im Mittelpunkt des politischen und fachlichen Interesses. Gleichzeitig hat sich die Lebensphase Jugend tiefgreifend verändert. Höchste Zeit für Politik und Gesellschaft, die notwendigen Konsequenzen daraus zu ziehen, fordert Prof. Dr. Thomas Rauschenbach, Leiter des Deutschen Jugendinstituts in der Zeitschrift seines Hauses, DJI Impulse. Dabei bezieht er sich auf den von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen 15. Kinder- und Jugendbericht, den er als Leiter der Sachverständigenkommission aus Wissenschaft und Praxis erarbeitet hat.



Dr. Uwe Büsching

Jugend wird sehr unterschiedlich verstanden und erlebt, die Jugendphase hat sich grundlegend innerhalb weniger Jahrzehnte verändert, schreibt Rauschenbach und führt weiter aus: Jugend ist nach sozialen Strukturen, Wohnorten, Regionen immer vielschichtiger geworden. Spezifische Rahmenbedingungen ordnen jeweils die Anforderungen des Jugendalters und strukturieren diese Lebensphase (Schulzeit, Volljährigkeit, Studiendauer et cetera); mit jeder dieser Konstellationen sind typische Varianten des Jugend-Erlebens verbunden.

Feste Altersgrenzen werden der Realität nicht gerecht

Seit Langem werden Jugendliche zu einem Zeitpunkt volljährig, zu dem nichts von dem umgesetzt ist, was einst typisch für den Weg vom Jugendlichen zum (jungen) Erwachsenen war: Abschluss der Schule, Beendigung einer Berufsausbildung, erste Vollzeitstelle, eigenes Einkommen, eigene Wohnung, feste Partner-

schaft, vielleicht sogar Gründung einer Familie. Die Konturen des Jugendalters wurden diffuser, die markanten Anhaltspunkte dafür, wann Jugend eigentlich endet, verschwanden. Zur gleichen Zeit war die fachliche und politische Debatte der letzten 25 Jahre stark von der Kindheit oder – pauschal und unterschiedslos – vom Kindes- und Jugendalter insgesamt geprägt, so drohte das „Jugendalter“ aus der Wahrnehmung zu verschwinden.

„Wer im Jahr 2017 über das Jugendalter reden will, muss auch über junge Erwachsene und das dritte Lebensjahrzehnt reden“

Vieles, was als soziale Ersterfahrung des Jugendalters bezeichnet werden kann, geschieht jenseits des 18. Geburtstags. Die Realität einschließlich des elterlichen Verhaltens gegenüber ihren Heranwachsenden steht konträr zu der gesetzlichen Altersgrenze der Volljährigkeit und geht an der Lebensrealität junger Menschen der Millenniumsgeneration vorbei. D.h. nicht die Altersspanne (14-18 Jahre) entscheidet, was Jugendphase ist, sondern die Marker des Aufwachsens von Jugendlichen. Der 15. Kinder- und Jugendbericht (KJB) analysiert die sozialen Herausforderungen dieser Lebensphase und verdichtet die Konsequenzen:

1. Qualifizierungsprozess: Bildungsprozesse begründen soziale und berufliche Handlungsfähigkeit, Erwerb umfassender Kompetenzen zur Gestaltung der individuellen und gesellschaftlichen Zukunft. Für die Sachverständigenkommission des 15. KJB ist der gesellschaftlich-politische Fokus derzeit

allerdings zu sehr und zu einseitig auf diesen Qualifizierungsprozess junger Menschen ausgerichtet. Denn dadurch wird diese Anforderung tendenziell zum alleinigen und alles dominierenden Merkmal des Jugendalters.

2. Verselbstständigung: Entwicklung von sozialer, politischer und ökonomischer Eigenständigkeit, Neustrukturierung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie, zu pädagogischen Institutionen und sozialen Diensten, aber auch zu Gesellschaft und Politik. Die Verselbstständigung bleibt defizitär, weil die Lebens- und Lernorte junger Menschen defizitär sind.

3. Selbstpositionierung: im Verhältnis zu Mitmenschen, zur Gesellschaft, zu den gesellschaftlichen und politischen Werten einen eigenen Standpunkt und eigene Urteilskraft entwickeln: eigene Haltung, Meinung, Wege. Dies verlangt regelmäßig ein Ausbalancieren eigener Positionen innerhalb sozialer Zusammenhänge.

Verselbstständigung und Selbstpositionierung werden nach Einschätzung der Kommission gegenwärtig bei der altersgerechten politischen Gestaltung der Jugendphase vernachlässigt. Politisch ist Bewältigung des Jugendalters ein individuell-biografisches Projekt, das jeder und jede Jugendliche in Eigenregie bewältigen muss. Die Kommission des KJB distanzierte sich von der politischen Grundeinstellung, das Erwachsenwerden den Jugendlichen selbst zu überlassen. Sie sprach sich dafür aus, nicht nur auf die nachwachsende Generation zu fokussieren sondern zugleich die Aufmerksamkeit darauf zu richten, welche Verpflichtungen und Aufgaben daraus für Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen oder politische Verantwortungsträger folgen.

Die damit verbundene jugendpolitische Frage lautet:

Was müssen Politik und Gesellschaft leisten, um die Prozesse der Qualifizierung, Verselbstständigung und Selbstpositionierung junger Menschen zu ermöglichen beziehungsweise zu unterstützen?

Die Antworten, die der 15. KJB darauf gibt, sind vielfältig; einige zentrale Forderungen seien kurz skizziert:

- Die Politik muss die Besonderheiten des Jugend- und jungen Erwachsenenalters, die Eigenständigkeit dieser Lebensphase am Beginn des 21. Jahrhunderts wieder stärker berücksichtigen.
- Chancengleichheit im Jugendalter – insbesondere mit Blick auf die Gewinner und Verlierer im Bildungssystem – ist Utopie. Ein zentrales Ziel muss sein, die sozialen Ungleichheiten zu verringern.
- Eine Jugendmedienpolitik muss sich eindeutig positionieren: Anwältin der

Jugend sein, konsequente Medienbildung betreiben, negative Nebenwirkungen limitieren und die entsprechenden Unternehmen in die Pflicht nehmen.

- Die Konzepte der Ganztagsangebote in den weiterführenden Schulen müssen für Jugendliche attraktiver werden, die Kernherausforderungen des Jugendalters mitgestalten.
- Nachdrücklich verstärkt werden müssen die Anstrengungen um politische Bildung. Diese muss unmittelbar auf den Erwerb demokratischer Handlungskompetenzen ausgerichtet sein. Dazu bedarf es einer gezielten Neuausrichtung und Ausweitung der politischen Bildung.

Was bedeutet der KJB für Kinder- und Jugendärzte?

Der 15. KJB legt überzeugend dar, dass die Gestaltung und Begleitung der Ju-

gendphase durch Politik und Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten zu beiläufig, zu implizit war. Wir Jugendärzte wissen dies schon lange. Im KJB finden wir nun reichlich Hintergrundinformationen, -analyse und Argumentationshilfen. Der KJB ist daher Pflichtlektüre für uns, die wir uns als Anwälte unserer jugendlichen Patienten verstehen. Wir werden beobachten, ob Politik weiterhin Jugend als ein individuell zu bewältigendes Projekt ansieht, das man getrost dem einzelnen Jugendlichen überlassen kann oder ob sie die Bedingungen des Aufwachsens endlich den Bedürfnissen der Jugendlichen angemessen gestaltet.

Korrespondenzadresse:

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

Red.: ReH

Finanzierung Telematik-Infrastruktur: Einigung erzielt – gesetzliche Fristen eingehalten



Foto: © fotodesignart - Fotolia.com

Eine Einigung unter Moderation des Bundesschiedsamtes erzielten am 28. April KBV und GKV-Spitzenverband. Festgelegt wurden sowohl Beträge für die Erstausrüstung als auch für den laufenden Betrieb.

Am Ende zeigten sich beide Seiten zufrieden. „Unser wichtigstes Ziel war es, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht auf Kosten sitzen bleiben, die ihnen durch die gesetzlich vorgeschriebene Anbindung an die sektorenübergreifende Telematikinfrastruktur entstehen. Dieses Ziel haben wir erreicht“, erklärte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bun-

desvereinigung (KBV). „Gemeinsam haben wir eine gute Lösung auf dem Weg zu einer modernen IT-Infrastruktur für das Gesundheitswesen gefunden“, sagte Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands.

Die Vereinbarung liegt in Eckpunkten vor, die nun noch ausformuliert werden. Sie gilt ab 1. Juli 2017 und bezieht sich sowohl auf die Finanzierung der Kosten für die Erstausrüstung als auch für den laufenden Betrieb. Im Einzelnen wurde vereinbart:

- Erstattungsbetrag für die einmalige Anschaffung eines Konnektors (mit Funktion für qualifizierte elektronische Signatur QES): 2.620 Euro. Dieser Betrag gilt für das dritte Quartal 2017. In den drei Folgequartalen sinkt dieser Betrag um jeweils zehn Prozent (also viertes Quartal 2017 bis zweites Quartal 2018), wobei jeweils der Zeitpunkt der Installation in der Arztpraxis ausschlaggebend ist.
- Erstattungsbetrag Stationäres Kartenterminal: 435 Euro
- Erstattungsbetrag Mobiles Kartenterminal: 350 Euro

Hinzu kommt noch eine Startpauschale von einmalig 900 Euro sowie von definierten Beträgen für den laufenden Betrieb. Jetzt liege es an der Industrie, rechtzeitig entsprechende Komponenten bereitzustellen. Diese müssten praktikable Lösungen für die Praxen bieten und durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert sein. Beide Seiten verständigten sich zudem darauf, das Marktgeschehen zu beobachten und bei neuen Erkenntnissen insbesondere zur preislichen Entwicklung bei den Komponenten über Anpassungen der Vereinbarung zu verhandeln.

Zum Hintergrund: Ab 1. Juli 2018 hat der Gesetzgeber im eHealth-Gesetz die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, die Versichertenkarten auf der elektronischen Gesundheitskarte online zu prüfen und zu aktualisieren. Für die notwendige Ausstattung der Praxen bietet die nun getroffene Einigung die Grundlage.

Quelle: kbv

Red.: ReH

STIKO-Impfempfehlungen jetzt als App!

STIKO@rki heißt die neue Impf-App für Ärzte, die erstmals sowohl die aktuellen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) als auch weitere hilfreiche Informationen rund um das Thema Impfen in einer interaktiven Smartphone- bzw. Tablet-App vereint. Sie ist seit September 2016 kostenlos für Android und iOS verfügbar, seit März 2017 in einer verbesserten Version. Auch für das Betriebssystem Windows (und damit für die Praxis-EDV) wird sie zukünftig zur Verfügung stehen. Die App wurde im Auftrag des Robert Koch-Instituts (RKI) und mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) speziell für die impfende Ärzteschaft entwickelt, um die Ärzte bei Fragen zum Impfen im Praxisalltag zu unterstützen. Auch die Kommunikation zwischen STIKO/RKI und Ärzteschaft soll, insbesondere mittels der Impf-News-Funktion, somit verbessert und vereinfacht werden.

Was enthält die App?

Mit wenigen Klicks bekommt der Nutzer die für die Beratung des einzelnen Patienten relevanten Informationen. Herzstück der App ist der interaktive Impfcheck für Standard- und Nachholimpfungen: Nach Eingabe von Alter, Geschlecht und Impfhistorie des Patienten werden dessen Impfstatus überprüft, noch ausstehende Impfungen identifiziert, Empfehlungen zum Schließen bestehender Impfungen gegeben und auf nächste Auffrischimpfungen hingewiesen. Die Ergebnisse des Impfchecks können zudem per E-Mail an die Arztpraxis übermittelt

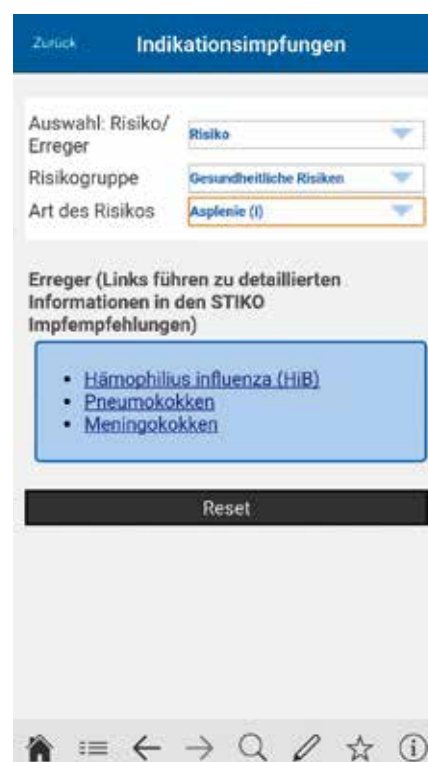
bzw. dem Patient selbst mitgegeben werden und dienen somit als Impf-Recall und damit der Impfquoten-Steigerung.

Neben den aktuellen STIKO-Impfempfehlungen 2016, den Empfehlungen zu Indikationsimpfungen (sortiert nach Risikogruppen oder impfpräventablen Erregern) und zur postexpositionellen Prophylaxe sind in der App auch die Fachinformationen aller gängigen Impfstoffe, Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQs) zu Impfungen sowie die RKI-Ratgeber für Ärzte zu impfpräventablen Erkrankungen abrufbar. Über eine integrierte News-Feed-Funktion wird der Nutzer direkt mit Nachrichten über aktu-

elle Informationen und Stellungnahmen der STIKO sowie über weitere wichtige impfspezifische Meldungen wie z. B. Lieferengpässe informiert.

Die STIKO-Impfempfehlungen sind in der App analog den Kapiteln des Epidemiologischen Bulletins (aktuell Ausgabe 34/2016) aufgebaut.

In einem weiteren Bereich der App erfolgt nach der Auswahl des Erregers oder der individuellen, gesundheitlichen bzw. beruflichen Risiken eine Übersicht zu den von der STIKO empfohlenen Indikationsimpfungen. Nach einem Klick erreicht man die für den Erreger und Indikation gültigen Anwendungshinweise.



Hinweise zu postexpositionellen Impfungen bzw. anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten werden in ähnlicher Weise nach Auswahl des entsprechenden Erregers dargestellt.

Auch der Impfkalender kann direkt vom Homescreen aus aufgerufen werden. Hier kann man zwischen dem Kalender für das Alter <2 Jahren oder dem für das Alter ≥2 Jahren wählen. Daraufhin werden das empfohlene Impfschema für die Grund- und Auffrischimpfungen sowie der Zeitraum für eine empfohlene Nachholimpfung dargestellt.

Die FAQs beantworten häufig gestellte Fragen zu Impfungen, die nach Erregern und allgemeinen impfspezifischen Themen unterteilt sind. Insgesamt sind circa 230 Fragen verfügbar, die ständig aktualisiert und ergänzt werden.

Auch die aktuellen Fachinformationen aller gängigen Impfstoffe sind in der App schnell verfügbar. Sie können nach Handelsname oder Erreger abgerufen werden. Dabei wird der Nutzer auf ein in der App hinterlegtes PDF-Dokument weitergeleitet.

Die RKI-Ratgeber für Ärzte zu impfpräventablen Krankheiten sind analog zum Ratgeber auf der RKI-Internetseite aufgebaut. Somit kann der Nutzer sich leicht anhand der ihn interessierenden Überschriften orientieren. Darüber hinaus dient der Informationsbereich der

App dazu, weitere wichtige Informationen rund um das Impfen und rund um die App bereit zu stellen. So werden zum Beispiel im Ressourcencenter die Antworten des RKIs und des Paul-Ehrlich-Instituts zu den 20 häufigsten Einwänden gegen das Impfen sowie Vortragsfolien zum Thema Impfen für die Information der Bevölkerung und zahlreiche Links (z. B. zu den aktuellen Lieferengpässen) hinterlegt. Dieser Bereich soll zukünftig um weitere Dokumente und Support-Materialien ergänzt werden. Neben der Fülle an Informationen, die in der App gebündelt dargestellt sind, hat der Nutzer außerdem die Möglichkeit eigene Notizen zu erstellen und Lesezeichen für oft genutzte App-Inhalte zu speichern.

Wie geht es weiter?

Um die App noch besser an die Bedürfnisse der impfenden Ärzteschaft anzupassen, wird sie gerade mittels einer Online-Umfrage evaluiert. Auf Basis dieser Ergebnisse wird die App derzeit überarbeitet und weiter optimiert werden.

Rückmeldung zur App kann jederzeit sowohl über die Feedback-Funktion im Informationsbereich der App als auch per Email an STIKO-App@rki.de gegeben werden. Das RKI freut sich über Feedback und Anregungen, wie die App verbessert werden könnte! Nur so kann sie optimal

an die Bedürfnisse der Ärzte angepasst werden.

Die App ist hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit TÜV-zertifiziert, frei von Werbung und kann kostenlos im iTunes Store oder im Google Play Store heruntergeladen werden. Der Betrieb ist auf Smartphones und Tablets möglich, wobei der Betrieb auf dem Tablet deutlich komfortabler ist als auf dem Smartphone.

Link zur iOS-Version:

<https://itunes.apple.com/de/app/stiko-app/id1113590161?l=en&mt=8>

Link zur Android-Version:

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.boerm.bruckmeier.robert_koch_institut_stiko

QR-Code zum Download der STIKO-App



Korrespondenzadressen:

Birte Bödeker, Fachgebiet Impfprävention, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut

13353 Berlin

E-Mail: BoedekerB@rki.de

Dr. Martin Terhardt

12049 Berlin

E-Mail: martin.terhardt@t-online.de

Red.: ReH

Täglich Schulsport!



Tägliche körperliche Aktivität und Sport im Kindesalter erhalten dauerhaft die Gesundheit. Doch die Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind Bewegungsmuffel. Um sie auf Trab zu bringen, brauchen wir mehr Schulsport. Das fordert die Kommission „Kinder- und Jugendsport“ der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) in einer aktuellen Stellungnahme. Unsere Zeitschrift sprach mit Dr. Wolfgang Lawrenz, dem Vorsitzenden der Kommission über bewegungsfaule Mädchen, den Zusammenhang zwischen Sport und schulischen Leistungen und darüber, wie Schulsport Spaß machen kann.

KiJuA: Kinder und Jugendliche in Deutschland bewegen sich zu wenig, das ist inzwischen überall zu lesen und zu hören. Aber kann man das so generell sagen?

Lawrenz: Aktuelle Daten zeigen, dass nur ca. zwölf Prozent der Mädchen und

19 Prozent der Jungen die präventiv wirksame Zeit von 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität erreichen. Der Anteil nimmt mit zunehmendem Alter ab: während mit elf Jahren noch circa 16 Prozent der Mäd-

chen und 25 Prozent der Jungen dieses Aktivitätslevel erreichen, sind es mit 15 Jahren nur noch circa neun Prozent der Mädchen und 16 Prozent der Jungen. In Familien mit höherem Wohlstand ist das Aktivitätsniveau höher. Besonders nied-

rige Aktivitätslevel werden bei Mädchen mit Migrationshintergrund festgestellt.

KiJuA: Kinder haben einen angebotenen Bewegungsdrang. Was hindert sie daran, sich zu bewegen?

Lawrenz: Das Spielen auf der Straße vor der Haustür wird durch den zunehmenden Autoverkehr erschwert. Auch haben die Eltern, die häufig beide berufstätig sind, nicht die Zeit, um mit ihren Kindern regelmäßig schwimmen zu gehen, Fußball zu spielen oder andere Aktivitäten auszuüben. Auch das breite Angebot an Medien, wie Fernsehen und Computer, steht in Konkurrenz zum körperlich aktiven Spielen.

KiJuA: Die Kommission Kinder- und Jugendsport der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) fordert in ihrer aktuellen Stellungnahme „Täglichen Schulsport“. Wie soll Schule das leisten angesichts immer engerer Lehrpläne?

Lawrenz: Gerade angesichts der Tatsache, dass die Schüler durch die immer engeren Lehrpläne und das Abitur nach acht Jahren immer mehr Zeit in der Schule verbringen und immer weniger Zeit für freies Spielen draußen und Training im Sportverein haben, wird das Sportangebot in der Schule immer wichtiger, da es für viele Kinder und Jugendliche die einzige Zeit ist, die sie mit körperlicher Aktivität verbringen. Die Bedenken, die im Zusammenhang mit einem vermehrten Angebot von Sport in der Schule oft geäußert werden, sind, dass dies auf Kosten der schulischen Leistungen in anderen Fächern geht. Diese These ist aber widerlegt: eine Übersichtsarbeit zum

Zusammenhang zwischen schulbasierter Steigerung der körperlichen Aktivität und schulischen Leistungen zeigte keinen negativen Effekt. In einzelnen Studien wurde sogar eine Verbesserung der Schulleistungen nachgewiesen.

KiJuA: Viele von uns erinnern sich mit Grausen an den Schulsport, aber mit Freuden an den Fußballverein, das Reiten, Ballett oder Basketball. Wie muss Sport in der Schule aussehen, damit er wirklich zu einem bewegten Lebensstil führt?

Lawrenz: Wir erinnern uns natürlich mit Freude an den Sport im Verein, weil wir dort die Sportart ausgeübt haben, die wir uns ausgesucht haben. Im Schulsport werden demgegenüber teilweise Sportarten ausgeübt, die die Kinder nicht kennen und daher auch erstmal nicht können; das ist natürlich erst mal mit Frust verbunden. Damit kann der Sportunterricht aber auch eine große Chance sein: die Kinder können verschiedene Sportarten kennenlernen und ausprobieren und dabei die Sportart entdecken, die ihnen Freude macht. Wichtig ist dabei natürlich, dass die Kinder, auch wenn sie neue motorische Aufgaben nicht auf Anhieb können, weiter motiviert werden, und dass sie durch das motorische Lernen Erfolgserlebnisse haben.

KiJuA: Und wie nützlich ist die eine Stunde Schulsport am Tag, wenn draußen die Eltern mit dem SUV warten, wenn in der unmittelbaren Wohnumgebung kein Kind allein auf die Straße kann zum Spielen?

Lawrenz: Die WHO empfiehlt, dass Kinder sich täglich 60 bis 90 Minuten am Tag mit moderater bis hoher Inten-

sität bewegen sollen. Mit einer Stunde Schulsport am Tag kann man zumindest an fünf Tagen in der Woche diesem Ziel ein Stück näherkommen. Aktuell werden zwei bis maximal drei Sportstunden angeboten, fünf Schulsportstunden wären somit schon eine deutliche Steigerung der Bewegungszeit. Auch werden im Schulsport alle Kinder erreicht, im Sportverein sind nur etwa 60 Prozent der Kinder einer Altersstufe aktiv, wobei dieser Anteil im Laufe des Jugendalters auch noch abnimmt. Außerdem gibt es Studien, die zeigen, dass Kinder, die während der Schulzeit körperlich aktiv sind, auch ihre Freizeit aktiver gestalten, was zu additiven Effekten führt.

Natürlich warten auch bei fünf Sportstunden in der Woche die Eltern mit dem Auto vor der Schule, um die Kinder abzuholen, und die Wohnumgebung wird hierdurch nicht bewegungsfreundlicher. Deswegen sind flankierende Maßnahmen wie beispielsweise der „Schulexpress“ sinnvoll. Hierbei handelt es sich um eine Initiative nach dem Vorbild des englischen „walkingschoolbus“, bei der die Schulkinder sich entlang einer festgelegten Strecke treffen und gemeinsam zur Schule gehen.

Info:

Hier geht's zur Stellungnahme „Täglichen Schulsport“:

<http://www.dgsp.de/seite/278017/kinder-jugendsport.html>

<https://www.kindersportmedizin.org/news>

ReH

Die Kommission Kinder- und Jugendsport der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)

Die Kommission Kinder- und Jugendsport der DGSP befasst sich mit aktuellen und grundlegenden sportmedizinischen Fragestellungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. So hat sie u. a. Empfehlungen zur Durchführung einer sportmedizinischen Untersuchung im Kindes- und Jugendalter und Stellungnahmen zur Bedeutung von Sport und körperlicher Aktivität bei Adipositas, zum Babyschwimmen, zum Krafttraining und zur Prävention von Überlastungsschäden im Kinder- und Jugendsport erstellt. Die Stellungnahmen und Empfehlungen können auf der Homepage der DGSP (<http://www.dgsp.de/seite/278017/kinder-jugendsport.html>) heruntergeladen werden. Es besteht eine enge Kooperation mit der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin.

Integration von diabeteskranken Kindern in Schulen

Deutsche Diabetes Gesellschaft: „Bundeseinheitliche Regelung ist längst überfällig“

Rechtsstreit um die schulische Integration von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1: Das Sozialgericht Fulda hat in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren entschieden, dass der Vogelsbergkreis die Kosten für die erforderliche persönliche Schulbegleitung eines zuckerkranken Erstklässlers übernehmen soll. Der Kreis reichte dagegen jedoch Beschwerde ein. Die endgültige Entscheidung in der Hauptsache steht noch aus. Nach Ansicht der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wirft das Urteil des Sozialgerichts die Frage der gesicherten schulischen Integration von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 erneut auf. Die DDG Experten fordern hier eine bundeseinheitliche Regelung.

Rund 3000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren erkranken in Deutschland pro Jahr neu an Diabetes Typ 1. „Bei den Betroffenen muss der Blutzuckerspiegel mehrmals täglich kontrolliert und durch die Verabreichung von Insulin angepasst werden“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Präsident der DDG. „Dafür benötigen gerade jüngere Kinder häufig auch

in der Schule Unterstützung.“ Um Kinder mit Diabetes Typ 1 in Kita und Schule erfolgreich integrieren zu können, sei in manchen Fällen eine persönliche Schulbetreuung notwendig – zumindest so lange bis die Betroffenen soweit geschult sind, dass eine intensive Beaufsichtigung nicht mehr notwendig ist. Zudem sei für eine gute schulische Integration mindestens eine zweistündige Schulung des pädagogischen Personals durch Diabetesspezialisten relevant. Für die Durchführung und Finanzierung dieser Schulung existiert jedoch bisher bundesweit keine einheitliche Lösung.

Der BVKJ und der Verband Bildung und Erziehung (VBE) sieht die medizinische Versorgung von Kindern in Schulen dagegen nicht als Aufgabe der Pädagogen. Beide Verbände fordern die Ausbildung und den zeitnahen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften und haben Bildungs- und Gesundheitsministerinnen und -ministern in Bund und Ländern einen entsprechenden gemeinsamen Forde- rungsbrief geschrieben.

Die Politik dürfe die Verantwortung nicht einfach auf die Lehrkräfte abschie-

ben, so BVKJ und VBE. Medizinische Assistenz sollte von dafür ausgebildetem Personal durchgeführt werden.

Dr. Thomas Fischbach: „Es gibt steigende Erkrankungsraten mit **chronischen Krankheiten**. Auch und insbesondere das Auftreten von Diabetes Typ2-Erkrankungen haben sich in den letzten Jahren verfünffacht. Kinder, die chronische Krankheiten haben, benötigen fortlaufend, auch während des Schulalltags, medizinische Assistenz. Medizinische Assistenz an der Schule sollte nur von medizinischen Fachkräften ausgeübt werden. Wir erkennen das hohe Engagement der Lehrkräfte an, aber stellten fest: Das darf kein Dauerzustand sein. Deshalb fordern wir von der Politik einen entschiedenen Kurswechsel, damit Deutschland endlich in dieser Frage zu einem weltweiten Standard aufschließt.“

In Brandenburg und Hessen laufen bereits Modellprojekte, erste Schulgesundheitsfachkräfte wurden ausgebildet und werden nun eingesetzt.

Red.: ReH

Missbrauchsbeauftragter Rörig: „Depression ist eine der häufigsten Folgeerkrankungen von sexueller Gewalt in der Kindheit!“

Neuere Ergebnisse des Zentrums für Traumaforschung (ZTF) der Universität Ulm* bestätigen das hohe Risiko von Betroffenen von sexueller Gewalt in der Kindheit, eine depressive Symptomatik zu entwickeln.

Anlässlich des Weltgesundheitstages 2017 zum Thema „Depression – Let’s talk!“ wurden dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, bisher unveröffentlichte Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der deutschen Bevölkerung des Zentrums für Traumaforschung (ZTF) der Universität Ulm* mit dem Child-

hood Trauma Questionnaire (CTQ) und dem Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9) zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen belastenden Kindheitsereignissen und Depressionen. Bei Betroffenen von sexueller Gewalt in der Kindheit fanden sich viermal häufiger deutlich erhöhte Depressionswerte. Bereits am 16.03.2017 wurden erste Ergebnisse dieser Studie in Berlin vorgestellt, die deutlich machten, dass die Fallzahlen bei sexueller Gewalt nicht rückläufig sind und sexueller Kindesmissbrauch zahlreiche Spätfolgen nach sich zieht.

Rörig kritisierte, dass es bei der Versorgung von Betroffenen immer viele Defizite gebe. Der großen Zahl Betroffener stünden nur wenige auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnittene Therapieangebote zur Verfügung. Therapeutische Angebote für Betroffene von sexueller Gewalt müssten dringend weiter ausgebaut und auf die spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen ausgerichtet werden. Rörig forderte mehr Kassensitze für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten, eine flexible Gestaltung der Therapien, alternative Therapieformen wie Tanz- oder

Kunsttherapien sowie spezifische Angebote für komplex traumatisierte Betroffene, wie es auch von Betroffenen immer wieder gefordert werde.

Rörig verwies dabei auch auf das Opferentschädigungsgesetz (OEG). Höhere Therapiekontingente und alternative Therapieformen sollten Betroffenen endlich auch im Rahmen des OEG gewährt werden, dessen Reform seit Jahren gefordert wird. Ein neuer Gesetzentwurf müsse unmittelbar nach Beginn der neuen Legislaturperiode eingebracht werden. Bis zum Inkrafttreten eines reformierten OEG müsse das sogenannte Ergän-

zende Hilfesystem (EHS) für Betroffene im institutionellen Bereich und auch der Fonds Sexueller Missbrauch (FSM) für im familiären Bereich Betroffene weitergeführt werden. Sollte die Reform hinter den Erwartungen bei den Verbesserungen für Betroffene zurückbleiben, so sei über eine Fortführung des EHS und des FSM auch nach einer Reform des OEG nachzudenken.

Rörig: „Die Haltung der Politik der 19. Legislaturperiode wird ein deutlicher Seismograph dafür sein, ob der Kampf gegen sexuelle Gewalt ernst genommen wird und es uns endlich gelingt, Missbrauch ein-

zudämmen und Betroffenen zeitnah und passgenau zu helfen.“

Hilfe und Informationen für Betroffene, Angehörige, Ärzte- und Therapeutenschaft und weitere Interessierte zum Thema sexueller Kindesmissbrauch:

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch:

0800 22 55 530 (kostenfrei und anonym)

Hilfeportal Sexueller Missbrauch:

www.hilfeportal-missbrauch.de

Red.: ReH

Sexualität im Netz – wie geht Aufklärung heute? LJS-Fachtagung zu Chancen und Schwächen der Online-Aufklärung

Jugendliche sind heute besser über Sexualität informiert als je zuvor: Über 80 Prozent aller Mädchen und Jungen halten sich nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in sexuellen Fragen für gut aufgeklärt. Bei der Wissensvermittlung kommt den Medien eine erhebliche Bedeutung zu – mehr als die Hälfte der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen möchte weitere Informationen am liebsten über das Internet erhalten. Gleichzeitig sind Gespräche über Sexualität in Elternhaus und Schule wichtig. „Beide Instanzen haben großen Anteil an der Sexualaufklärung. Doch ihre konkreten Fragen recherchieren viele Mädchen und Jungen im Netz, denn wenn es persönlich wird, möchten sie weder den Biologielehrer noch die Mutter fragen“, so Tanja Opitz, Referentin für Sexualpädagogik bei der LJS bei einer Tagung der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS) in Hannover am 6. April 2017.

„Wie geht Selbstbefriedigung?“, „Ist mein Penis zu klein?“, „Darf ich mit 13 schon Sex haben?“ – Fragen wie diese beantworteten beispielsweise die Online-Angebote Sextra.de und sexundso.de von profamilia. Hier gibt es auch die Möglichkeit, persönliche Fragen im anonymen Chat zu stellen und professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Helmut Paschen, Leiter der profamilia.sextra-Onlineberatung in Flensburg, hielt fest: „Wenn Jugendliche bei der Recherche im Netz nicht weiterkommen, nutzen viele die Online-Beratung, denn hier können sie anonym rund um die Uhr Fragen stellen.“ Schnelle Antworten auf brisante Fragen – der schriftliche Austausch ist oft hilfreich, schafft aber auch Raum für Missverständnisse. „Eine anonyme Beratung per Mail kann die konkreten Fragen erfassen – aber nicht das Bedürfnis dahinter“, sagte Tanja Opitz. So verberge sich gerade hinter vorgeblich technischen Fragen zur Sexualität oft die Angst, zu versagen – was

aber im Mailkontakt nicht immer erkannt werden könne.

Mit steigendem Alter nutzen Jugendliche und junge Erwachsene häufiger auch Sexfilme als Informationsquelle – so die Ergebnisse der BZgA-Studie. Knapp die Hälfte der Jungen und jungen Männer sowie 16 Prozent der Mädchen und jungen Frauen geben an, dass sie in Sexfilmen etwas erfahren haben, was für sie wichtig ist. Sie werden dort mit Bildern von Sexualität konfrontiert, die mit der Wirklichkeit wenig zu tun haben. Vor allem für jüngere Nutzer und Nutzerinnen, die über wenig eigene sexuelle Erfahrungen verfügen, kann das problematisch werden. Auf der Fachtagung wurde diskutiert, welche Aufgaben und Themen pädagogische Angebote zukünftig abdecken sollten, um pornografischen Inhalten und damit verbundenen Falschinformationen zu begegnen.

Quelle: LJS

Red.: ReH

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Russische Kinder in Kinderkliniken der DDR

Die Sowjetische Besatzungszone und spätere DDR ist von 1945 bis zum Abzug der sowjetischen Streitkräfte 1994 fast ein halbes Jahrhundert militärisch besetzt gewesen. Die russischen Truppen lebten in Garnisonen und selbst der Verteidigungsminister der DDR soll über ihre Stärke nicht präzise informiert gewesen sein (1, 2). Als der Abzug der Russen zwischen der Bundesrepublik und der Sowjetunion (SU) im Jahr 1990 vereinbart war, wurden 380.000 Soldaten genannt und zusätzlich 120.000 (3) bzw. 208.400 (4) Zivilbedienstete und Familienangehörige. Da im Militärhospital die Kinderheilkunde nicht vorgesehen war, musste eine qualifizierte medizinische Versorgung der Kinder problematisch sein. Von SCHOFIELD (5) wurde berichtet, dass „dem sowjetischen Offizier die Gesundheitsfürsorge für seine Familie immer eine Sorgenquelle gewesen sei. Obwohl auf jedem Militärstützpunkt eine gewisse ärztliche Grundversorgung gewährleistet ist, fehlen in der Regel die Mittel, um Frau und Kindern eine Spezialpflege zukommen zu lassen“.



Abb. 1: Urkunde für Prof. Dr. Wilhelm Thal



Dr. Ernst Fukala

Erfahrungen und Rahmenbedingungen

Von JOPPICH (6, 7) u. a. (8, 9, 10) gibt es Berichte über die Behandlung von Kindern der Besatzungsmächte aus der Zeit unmittelbar nach Kriegsende, die mit Briketts und Lebensmitteln honoriert wurden. Der vorliegende Bericht über eine Eigenheit der Pädiatriegeschichte der DDR umfasst die Zeit von 1963 bis 1995, basiert auf den Erfahrungen des Autors und stützt sich auf die Befragung zahlreicher Kollegen in Ost und West. Zu dieser Zeit war die DDR staatlich etabliert und das Verhältnis zur Besatzungsmacht seit 1957 durch ein Abkommen mit der SU geregelt (11). Die Nachkriegsperiode mit unendlichem Leid und Unrecht durch Übergriffe russischer Soldaten, wie Ver-

gewaltigungen (6, 12, 13), Bedrohung von Ärzten im Dienst (14) und andere Verbrechen (15, 16), war einem weitgehend stummen Nebeneinander gewichen. Trotz Kenntnis der vielen Nationalitäten in der SU sprach die Bevölkerung nur von den „Russen“, was für diesen Bericht übernommen wurde. Hinter vorgehaltener Hand wurden sie auch „Freunde“ genannt, wegen der staatlich verordneten „unverbrüchlichen Freundschaft“. Sie wurden als historisches Übel hingegenommen, das abgeschirmt hinter hohen Mauern wohnte. Die Soldaten hatten kaum Ausgang und niemals Urlaub und für Offiziere galt eine Kontaktsperre zu den Deutschen. Dennoch gab es einzelne private Kontakte (17, 18), Deutsche kauften im russischen Magazin ein, man machte kleine Geschäfte und es gab Liebesbeziehungen zu Offizieren.

Magdeburg, Halle (Saale)

Da die Russen die deutschen Kinderkliniken brauchten, entwickelten sich an manchen Orten ideologiefreie Beziehungen. In der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) wurden für russische Militärärzte Lehrveranstaltungen durchgeführt. Professor THAL (19) erhielt eine Urkunde: „Für aktive Tätigkeit bei der Festigung der sowjetisch-deutschen Freundschaft, für berufliche Verbundenheit mit den medizinischen Mitarbeitern der Magdeburger Garnison der sowjetischen Streitkräfte und für die Hilfe, die schwerkranken sowjetischen Bürgern bei der Behandlung erwiesen wurde“ (Abb. 1). KÖDITZ (20), Direktor der Kinderklinik der MAM berichtete, dass er mit seinen Oberärzten vom russischen Kommandanten eingeladen wurde, wo es bei Grußadressen und Trinksprüchen fröhlich zugegangen sei.

Nach einem Pressebericht (21) waren in Halle (Saale) 1991 vor ihrem Abzug 15.000 russische Soldaten stationiert mit tausenden Angehörigen. 1945 hatte die Rote Armee für ihr Lazarett den größten Teil des Diakonissen-Krankenhauses beschlagnahmt. Auf dem Weg zur Kirche mussten die Diakonissen an einem mit der Kalaschnikow bewaffneten Posten vorbei „durch den Zaun“ gehen, erinnert Oberin Elisabeth KOCH (22) (Abb.2). Widersinnig war auch, dass hier niemals ein krankes russisches Kind in der „evangelischen Kinderklinik“ aufgenommen

werden durfte. Die Russen hatten Behandlungszimmer für Kinder eingerichtet und wenn es kompliziert wurde, zogen sie eine Oberärztin von der Universitäts-Kinderklinik hinzu (23).

Unter den in Halle (Saale) tätigen Kinderärzten war es geläufig, dass schwerkranke russische Kleinkinder regelmäßig in die verschiedenen Kinderkliniken der Stadt gebracht wurden. Sie wurden in allen Kliniken aufgenommen und der Verfasser versorgte sie sowohl in der Universitäts-Kinderklinik, als auch später im katholischen St. Barbara-Krankenhaus. Letzteres war überraschend, da die konfessionellen Krankenhäuser, die im gesamten Ostblock mit Ausnahme der DDR enteignet worden waren, keine Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens gewesen sind.

Kultur und Sprache

Die Russen kamen aus dem ganzen Bezirk Halle und immer unangemeldet, am Tage oder in der Nacht, mit einem Jeep oder einem riesigen Militär-Fünftonner, der Fahrer wartete und rauchte seine Machorka. Anfangs erschienen beide Eltern, der Vater immer in Uniform, ein Militärarzt war nie dabei. Fehlte ein Dolmetscher, war die Verständigung schwierig, weil keiner der Anderen Sprache beherrscht hat und beide Parteien kein Englisch sprachen. In der DDR hatte man zwar bis zu sieben Jahren Russischunterricht gehabt, die Sprache der ungeliebten Besatzer aber nicht erlernt. Es konnte auf verbale Kommunikation aber auch verzichtet werden, da Kinderärzte gut darin geübt sind, sprachlose Patienten zu betreuen.

Überrascht hat uns die Ehrfurcht der Besucher aus der atheistischen SU vor den religiösen Symbolen eines kirchlichen Krankenhauses in der DDR. Sie begegneten den Kreuzifixen, Ordensschwestern und dem Krankenhauspfarrer jederzeit mit Respekt. Bei der Aufnahme ergab sich regelmäßig ein unerwartetes Problem, das wir von ostdeutschen Müttern nicht kannten: Die Russinnen wünschten, tags und nachts bei ihrem Kind zu bleiben, eine Gepflogenheit, die in den sehr beengten ostdeutschen Kinderkliniken in jener Zeit aber nur selten zu realisieren war (24). Sie blieben darum von morgens bis abends auf der Station und halfen den Schwestern.

St. Barbara-Krankenhaus, Halle (Saale)

Das katholische St. Barbara-Krankenhaus, hatte mit der Kinderklinik einschließlich Neonatologie und der Kinderchirurgischen Klinik insgesamt 120 Betten für Kinder. Von 1975-1991 ist durchgängig die stationäre Behandlung von 5-10 russischen Kindern im Jahr belegt. Dies waren Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder, Kinder im Schulalter fehlten, sie wurden vermutlich im Militärhospital behandelt. Die medizinischen Probleme deckten sich mit denen unserer deutschen Patienten, es wurde keine spezielle Morbidität beobachtet und unsachgemäße Vorbehandlungen waren nicht häufiger, als in der deutschen Klientel. Das Spektrum der Diagnosen entsprach dem Krankengut einer Kinderklinik und Kinderchirurgie, wie z. B. Frühgeborene, Pneumonie, Gastroenteritis, Harnwegsinfektion, Leistenbruch, Retentio testis oder Fehlbildungen. Die Offiziersfrauen kamen auch gerne zur Entbindung, wofür die Hebammen ein geburtshilfliches Wörterbuch entwickelt haben (Abb. 3).

Die Abrechnung der Krankenhausleistungen erfolgte über die Einheits-Krankenkasse der DDR. Es wurde „Krankenhausbehandlung für Bürger der Sowjetunion gewährt, wenn sie nach ärztlichem Urteil sofort notwendig ist“ (25), „unentgeltlich durch das staatliche Gesundheitswesen.“ Aber auch die Dienste der kirchlichen Krankenhäuser



Abb. 2: Lazarett und Diakonisse

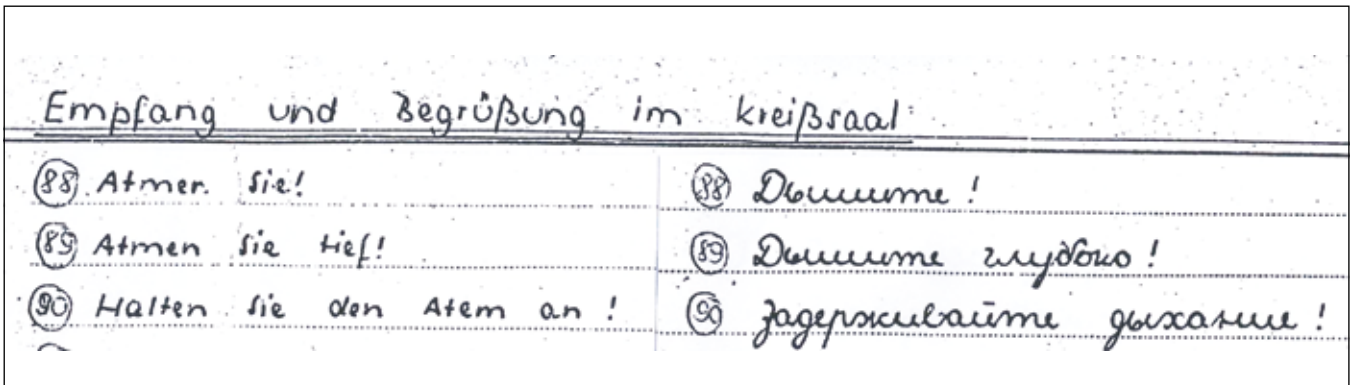


Abb. 3: Wörterbuch der Hebammen

sind in Anspruch genommen worden. Eine prekäre Situation entstand allerdings nach der Wiedervereinigung Deutschlands. Im Jahre 1990 verschwand mit der DDR auch die Sozialversicherung, die Russen kamen aber in immer größerer Zahl in unser Krankenhaus. 1991 wurden 63 Patienten gezählt, deren nicht einbringbare Kosten die Höhe eines sechsstelligen DM-Betrages erreicht hatten. Im Rahmen des Abzugs der sowjetischen Truppen wurden die Kosten vom Land übernommen, allerdings nur nach Verhandlung jedes einzelnen Kranken. So trafen sich 1992 die Geschäftsführung und Chefarzte des St. Barbara-Krankenhauses mit russischen Militärärzten unter Führung eines Generalmajors, um über die Notwendigkeit der stationären Behandlung der Patienten zu streiten. Die Entscheidung lag beim General, der nach dem Vortragen der Krankengeschichte den Daumen hob oder senkte und schließlich die Klinik mit einem Fehlbetrag von 30 % belastete. Für den Verfasser war dies die sonderbarste Konferenz seines langen Berufslebens und gleichzeitig der erste Vorgeschmack auf künftige Verhandlungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Ungewöhnliches

Die Nachkriegs-Straftaten der Roten Armee waren im Laufe der Jahre vergessen worden und auch im St. Barbara-Krankenhaus war aus der Erinnerung geschwunden, wie hart man 1945 dem Chefarzt der Kinderabteilung NISSLER zugesetzt hatte. Er war schweren Verhören „mit ideologischem und allem möglichen Zeug“ ausgesetzt gewesen, sodass er danach gezittert habe und völlig durcheinander gewesen sei (26). Manöverun-

fälle und einzelne Verbrechen gab es aber über all die Jahre und jeder wusste davon, auch wenn sie offiziell verschwiegen wurden. Heroisierend-romantische Darstellungen der Sowjetarmee, wie sie in Kinderbüchern (27) und schöngestiger Literatur (28) veröffentlicht wurden, hat niemand ernst genommen. Dass die SU erheblich an der Befreiung vom Nationalsozialismus beteiligt gewesen war, nahm trotz Propaganda kaum jemand wahr. Der durchschnittliche DDR-Bürger machte einen Bogen um die Russen, er wollte mit ihnen nichts zu tun haben.

Im Krankenhaus aber herrschte eine andere Atmosphäre als auf der Straße und in der Kneipe. Die diskriminierende Bezeichnung „Russenkind“ wurde untersagt und die Kinderkrankenschwestern haben die russischen Kinder besonders liebevoll gepflegt. Selbst wenn sie im Privaten auf die Verwendung abfälliger Klischees nicht verzichteten, waren sie wie ausgewechselt, wenn ein russisches Baby zu füttern war. Dieses widersinnige Verhalten fand, abgesehen von der Erfüllung einer christlichen, wie beruflichen Pflicht, eine einfache Erklärung: „Weil es den Russen hier doch so dreckig geht“. Damit waren der mindere Lebensstandard und die Rechtlosigkeit der „Muschkoten“ in der Kaserne gemeint. Bei der Pflege der Kinder hat sich innere Ablehnung in Mitgefühl und barmherziges Tun verwandelt (Abb. 3).

Erinnerung

In besonderer Erinnerung bleiben die russischen Mütter. Sie fügten sich in den turbulenten Betrieb der fremden Klinik ein, sogar auf der Neonatologischen Intensivtherapiestation. Über die Sprachbarriere und kulturelle Verschiedenheit

hinweg (29) bildete sich ein warmes menschliches Miteinander heraus. Gegenüber der DDR-Medizin hatten sie ein geradezu gläubiges Vertrauen, das uns wegen Teilbegrenzungen des medizinisch Möglichen (30) unangenehm war. Misstrauen oder Vorurteile (31) haben wir seinerzeit nicht zu spüren bekommen, ein Zusammenprall der Kulturen“ (32) wurde in der Diktatur verdrängt. Bei der Entlassung wurde die Station mit Geschenken bedacht. Ein „Päckchen Westkaffee“ war im Osten nicht unüblich, die russischen Familien aber überhäufteten uns nach ihrem Brauch mit guten Gaben.

Ein Gedenken an dieses durch den Untergang des Kommunismus abgeschlossene Kapitel unserer Geschichte bleiben die Grabstellen russischer Kinder, deren Leben wir nicht hatten erhalten können. Es sind überaus berührende Kindergräber, weit weg von den Eltern, die in ihre ferne Heimat zurückgekehrt sind.

Literatur per E-Mail beim Verfasser

*Eine erweiterte Fassung dieses Berichtes finden Sie unter dem gleichen Titel in Päd-
Inform im Ordner Kinder- und Jugendarzt*

Korrespondenzadresse:

Dr. Ernst Fukala
Dohlenweg 4, 06110 Halle (Saale)
E-Mail: ernst.fukala@web.de

*Nach einem Vortrag im
Wissenschaftshistorischen Seminar der
Deutschen Akademie der Naturforscher
Leopoldina zu Halle (Saale) am
2. Februar 2008*

Red.: WH

BVKJ-Medienpreis

Chancengerechtigkeit und Flüchtlingsschicksale im Mittelpunkt der preisgekrönten Berichte // Am 12. Mai wurde in Berlin zum neunten Mal der BVKJ-Medienpreis verliehen. Der Preis zeichnet Beiträge aus, die sich mit dem Problem der „vergessenen Kinder“ auseinandersetzen, mit Kindern, die im sozialen Abseits stehen.

Lutwi

In der Kategorie TV wurden in diesem Jahr die Filmemacher Jürgen Brügger und Jörg Haaßengier für ihren WDR-Beitrag „Nordstadtkinder – Lutwi“ ausgezeichnet, der am 9.5.2016 ausgestrahlt wurde und in diesem Jahr bereits den renommierten Grimme-Preis erhielt – ein Hinweis auf das gute Gespür auch der BVKJ-Jury.

Lutwi ist Roma, er lebt seit vier Jahren in der Dortmunder Nordstadt, einem von Armutseinwanderung geprägten Viertel. Lutwi spielt wie fast jeder Junge in seinem Alter leidenschaftlich gerne Fußball, veranstaltet Wasserschlächten mit seinen Freunden oder baut Hütten. Lutwi ist ein aufgeweckter Junge mit großen Plänen. Er will Abitur machen und in Deutschland bleiben, aber der Familie droht die Abschiebung in den Kosovo.

Der Film zeigt, wie Lutwi sein Leben meistert, wie er mit Benachteiligungen kämpft und versucht, sein Leben im Spagat zwischen unsicheren Zukunftsaussichten und großen Hoffnungen zu leben.

Klassenunterschied

Björn Stephan hat ein Schuljahr lang zwei erste Klassen begleitet, die 1.2.h an der Reinhardswaldschule und die 1-2-3 B an der Jens-Nydahl-Schule. Die Grundschulen liegen beide in Kreuzberg, sind nur 1,3 Kilometer Luftlinie voneinander entfernt - und doch klafft zwischen ihnen eine unsichtbare Schlucht. Was in dem ersten Schuljahr mit den Kindern Beren und Ali, Lian und Leonie und ihren Lehrern passiert, wie unser Bildungssystem die Starken fördert und die Schwachen vergisst, wie andererseits engagierte Lehrer versuchen, auch sozial benachteiligte Kinder nicht zu verlieren, davon erzählt die Reportage „Klassenunterschied“, erschienen im SZ-Magazin 28/2016.



Fotos: ©Jan Michalko

Stiefvater Staat

Kinder sind besondere Flüchtlinge. Mehr als 60 000 leben inzwischen in Deutschland. Viele dieser Kinder sind traumatisiert. Die Jugendämter sollen ihnen helfen sich zu integrieren. Dialika Neufeld hat ein Jugendamt im Süden von Berlin besucht und hat beobachtet, vor welchen Herausforderungen dort die Mitarbeiter durch die große Zahl unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge stehen. Und was diese

Überforderung für die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen bedeutet. Dabei ist die Reportage „Stiefvater Staat“ entstanden, erschienen im Spiegel 7/2016.

Sonderpreise für zwei regionale Zeitungen

Den undotierten Sonderpreis für Redaktionen erhielten in diesem Jahr zwei Zeitungen für ihr außergewöhnliches Engagement für junge Flüchtlinge: das Sü-

derländer Tageblatt, die kleinste Zeitung in Nordrhein-Westfalen für ihre Aktion „Willkommen hier bei uns“ (mit Einsatz und guter Stimmung für Flüchtlinge) und die Landeszeitung für die Lüneburger Heide für die Themenwoche „Aufwachsen als Flüchtlingskind“.

Die Preisverleihung fand im Ramada-Hotel in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Rund 50 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen Tageszeitungen, Magazinen und öffentlich-rechtlichen Sendern – entsprechend schwer war die Arbeit der Jury: BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach, die beiden „Erfinder“ des BVKJ-Medienpreises, die Rundfunkjournalistin Regine Hauch und Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher Hermann Josef Kahl,

die Kinder- und Jugendärztin Dr. Gunhild Kilian-Kornell, der Journalist Arno Schupp von der Berliner Zeitung und der langjährige BVKJ-Begleiter, Verleger und BVKJ-Medienpreis-Sponsor Norbert Beleke.

In seiner Ansprache ging BVKJ-Präsident Thomas Fischbach auf die Armutsfolgen für Kinder ein. Armut sei mehr als ein Mangel an Konsumgütern. „Armut bedeutet vor allem für Kinder mangelnde Bildungs- und Förderchancen, Armut bedeutet gesundheitliche Einschränkungen zum Beispiel durch mangelnde Bewegung, hohen Medienkonsum und ungesunde Ernährung. Und Armut bedeutet oft lebenslanges Schicksal. Das zeigt der Vergleich der Armutsrisiken von Gering- und Hochqualifizierten, von Arbeitslosen und Erwerbstätigen: Bildung und Erwerbstätigkeit sind die Schlüsselgrößen bei der Armutsbekämpfung. Wenn es uns nicht gelingt, Kindern aus armen Familien die

Chance zu geben, ihre ureigenen Kompetenzen zu entfalten, Schulabschlüsse zu machen, die ihren Talenten und Fähigkeiten entsprechen, und Berufe zu ergreifen, die ihnen Freude machen, in denen sie erfolgreich sind und die ihnen den Lebensunterhalt sichern, dann sind wir mitverantwortlich dafür, dass sich Armut von Generation zu Generation weitervererbt.“ Fischbach schloss mit dem Appell an die Journalisten, die Forderungen des BVKJ nach mehr kompensatorischer Förderung für deprivierte Kinder mitzutragen und zu verbreiten.

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten die Sponsoren, Verleger Norbert Beleke und die Firma Nestlé S.A..

Regine Hauch

Andreas Scheffzek zum 65. Geburtstag

Dr. Andreas Scheffzek feiert am 29.06. seinen 65. Geburtstag. Dazu, lieber Andreas, gratuliere ich Dir im Namen des BVKJ und aller Deiner langjährigen Mitstreiter ganz herzlich. Im nächsten Jahr bist Du 40 Jahre Mitglied in unserem Verband und hast Dich immer in vorbildlicher Weise für Deine Kolleginnen und Kollegen und für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen engagiert.

Nach dem Abitur 1971 in St. Blasien (Schwarzwald) hast Du an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt Humanmedizin und Soziologie studiert und 1978 das Staatsexamen abgelegt. Deine Facharztweiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt begann in Gelnhausen bei Prof. Palitzsch, einem langjährigen Vorstandsmitglied und Vorsitzenden des Fortbildungsausschusses im BVKJ, und wurde dann 1981 an der DRK-Kinderklinik in Siegen fortgesetzt, die ich aber zu diesem Zeitpunkt bereits wegen meiner Niederlassung verlassen hatte. Die Facharztanerkennung erfolgte 1983, 1984 übernahmst Du eine Oberarztstelle an der Kinderklinik in Lörrach und dort auch die Leitung des SPZ. 1988 folgte die Promotion zum Dr. med. 1992 hast Du Dich in Deinem Geburtsort Heidelberg in der Praxis Deines Vaters mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie niedergelassen und

lange Jahre zusammen mit Deinem Vater praktiziert.

Du hast Dich vielfältig berufspolitisch engagiert. Du warst Obmann des BVKJ in Heidelberg, Vorsitzender des damaligen LV Baden, langjähriger Delegierter in unserer Delegiertenversammlung, Mitglied der KV Nordbaden, dort auch Mit-



© Lena Wunderlich

glied des Vorstands und später in der KV Baden-Württemberg ebenfalls Mitglied der VV. Seit 1996 warst Du Mitglied der Bezirksärztekammer Nordbaden und der LÄK Baden-Württemberg.

Du wurdest aufgrund Deiner Integrität und Deiner sachlichen Arbeit auch bei den anderen Fachgruppen immer hoch geschätzt und man hat Dich seitens der VV der KV Baden-Württemberg als Mit-

glied in die VV der KBV entsandt. Dort hat man Deine herausragenden Fähigkeiten ebenfalls schnell erkannt und Dich in verschiedene Arbeitskreise berufen, in denen Du auch immer unsere pädiatrischen Aspekte einbringen und viel Positives für uns Kinder- und Jugendärzte bewirken konntest. Das war neben Deiner Praxis mit einem immensen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden.

Der Berufsverband der Kinder und Jugendärzte hat Dich zu Recht im Jahr 2013 in großer Dankbarkeit für die geleistete Arbeit mit der Verleihung des **August-Steffen-Preises** geehrt.

Lieber Andreas, bleib gesund und genieße mit Deiner lieben Frau, Deinen Kindern und Enkeln den nun folgenden Lebensabschnitt und nimm Dir Zeit für all das, was im Laufe der letzten Jahrzehnte bei Deinem bewundernswerten berufspolitischen Einsatz auf den verschiedensten Ebenen zu kurz gekommen ist. Der Name Scheffzek ist in Heidelberg sehr bekannt und Generationen von Kindern wurden in Eurer Praxis hervorragend betreut. Herzlichst in alter Verbundenheit und Dankbarkeit

Dr. Wolfram Hartmann
Ehrenpräsident BVKJ

Fortbildungstermine

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

23.-25. Juni 2017

47. Kinder- und Jugendärztetag

Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Berlin; Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤

23.-25. Juni 2017

12. PRAXISfieber-live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin

Leitung: Dr. Michael Mühlischlegel, Lauffen
Auskunft: ⑤

7.-8. Juli 2017

2. Praxismotivationsworkshop „Freischwimmer“ in Nürnberg

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

8. Juli 2017

Pädiatrie zum Anfassen in Markgröningen des BVKJ LV Baden-Württemberg

Leitung: Dr. Arnold Schwarz, Dr. Thomas Kauth, Dr. Volker Tempel
Auskunft: ③

12. Juli 2017

FASD Fachtagung in Berlin

Auskunft: ⑤

19. Juli 2017

„Immer etwas Neues“ in Fürth

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

2.-3. September 2017

21. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck des BVKJ LV Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen

Leitung: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Dr. Stefan Renz, Hamburg, Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Dr. Volker Dittmar, Celle
Auskunft: ②

6. September 2017

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern des BVKJ in Rostock

Leitung: Steffen Büchner, Güstrow
Auskunft: ①

9. September 2017

Jahrestagung des LV Sachsen-Anhalt des BVKJ in Magdeburg

Leitung: Dr. Roland Achtzehn, Wanzleben
Auskunft: ①

13. September 2017

„Immer etwas Neues“ in Berlin

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

16. September 2017

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

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

5.-8. Oktober 2017

45. Herbst-Seminar-Kongress des BVKJ in Bad Orb

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden
Auskunft: ⑤

25. Oktober 2017

„Immer etwas Neues“ in München

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

4. November 2017

BVKJ Landesverbandstagung in Verden/Aller

Leitung: Dr. Tilman Kaethner, Nordenham/
Dr. Ulrike Gitmans, Rhauderfehn
Auskunft: ③

8. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Nürtingen

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

11.-12. November 2017

Praxisabgabe-Seminar in Fulda

Auskunft: ⑤

11.-12. November 2017

15. Pädiatrie zum Anfassen des BVKJ LV Bayern in Bamberg

Leitung: Prof. Dr. Carl-Peter Bauer, Gaißach/Dr. Martin Lang, Augsburg
Auskunft: ③

15. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Münster

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

22. November 2017

„Immer etwas Neues“ in Leverkusen

Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

① CCJ GmbH

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

② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

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

③ DI-TEXT

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

④ Interface GmbH & Co. KG

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

⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Geburtstage im Juli 2017

65. Geburtstag

Herr Dipl.-Med. **Gerhard Berg**, Bad Freienwalde, 01.07.1952
 Frau Dipl.-Med. **Rosemarie Gutzeit**,
 Elmenhorst-Lichtenhagen, 01.07.1952
 Frau Dipl.-Med. **Sylvia Antonioli**, Hagenow, 08.07.1952
 Frau Dr. med. **Christiane Fetscher**, Kiel, 20.07.1952
 Frau **Hedwig Schierle**, Essen, 22.07.1952
 Herr **Theo Rohe**, Wunstorf, 22.07.1952
 Frau Dipl.-Med. **Margret Fiedler**, Burg, 22.07.1952
 Herr **Georg Gärtner**, Hamm, 22.07.1952
 Herr Dr. med. **Thomas Lob-Corzilius**, Osnabrück, 23.07.1952
 Frau **Sabine Krüger**, Köln, 24.07.1952
 Frau Dr. med. **Renate Bischoff-Wildgrube**, Hannover, 24.07.1952
 Herr Dr. med. **Joachim Höpfner**, Hamm, 24.07.1952
 Frau **Renate Schulz**, Andernach, 24.07.1952
 Herr Dr. med. **Ralph Bollbach**, St. Wendel, 25.07.1952
 Frau Dipl.-Med. **Karla Uhlig**, Chemnitz, 26.07.1952
 Frau Dr. med. **Petra Hoffmann**, Hennigsdorf, 27.07.1952
 Frau Dr. med. **Barbara Mörstedt**, Bad Langensalza, 28.07.1952
 Frau Dipl.-Med. **Julita Frensel**, Leipzig, 28.07.1952
 Herr Dr. med. **Friedrich Kaiser**, Hamburg, 29.07.1952
 Herr Dr. med. **Wolfgang Pulß**, Kiel, 30.07.1952
 Herr Dr. med. **Joachim Vieth**, Lüneburg, 31.07.1952
 Herr Dr. med. **Michael Schulz**, Hannover, 31.07.1952

70. Geburtstag

Frau Dipl.-Med. **Felicitas Fuhlrott**, Leinefelde, 06.07.1947
 Frau Dr. med. **Judith Auer**, Langeoog, 11.07.1947
 Herr **Ahmad Harfousch**, Lingen, 21.07.1947
 Herr Dr. med. **Gerd Sparrer**, Seeshaupt, 25.07.1947
 Frau Dr. med. **Eva-Maria Blencke-Illmann**, Freiburg, 25.07.1947
 Frau Dr. med. **Sabine Wildt**, Berlin, 31.07.1947

75. Geburtstag

Herr Dr. med. **Reinhard Maaser**, Pönitz am See, 03.07.1942
 Herr Dr. med. **Bernhard Jacke**, Grefrath, 18.07.1942
 Herr Dr. med. **Wolfgang Parthon**, Plauen, 26.07.1942

80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Eberhard Bruder**, Uelzen, 02.07.1935
 Frau SR Dr. med. **Dorothea Schumann**, Erfurt, 03.07.1935

Herr Dr. med. **Adolf Apel**, Heilbad Heiligenstadt, 03.07.1931
 Herr Prof. Dr. **Michael Hertl**, Mönchengladbach, 05.07.1926
 Frau Dr. med. **Gisela Bisping**, Essen, 06.07.1936
 Frau Dr. med. **Ursel Kilb**, Düsseldorf, 08.07.1937
 Frau **Ingeborg Wessollek**, Bad Lippspringe, 08.07.1931
 Herr Dr. med. **Johann August Ermert**, Mainz, 08.07.1934
 Frau Prof. Dr. med. **Christa Fiehring**, Erfurt, 08.07.1936
 Herr Dr. med. **Albrecht Neumann**, Leverkusen, 08.07.1928
 Frau Dr. med. **Gerda Mittermaier**, Dossenheim, 08.07.1935
 Herr Doz. Dr. med. habil. **Hans Mannkopf**, Detmold, 10.07.1921
 Herr Dr. med. **Lothar Biskup**, Neuss, 14.07.1937
 Herr Dr. med. **Heiner Kolfenbach**, Bad Honnef, 14.07.1936
 Frau Dr. med. **Gabriele Uhlemann**, Chemnitz, 14.07.1936
 Frau Dr. med. **Erika Maneke**, Hannover, 16.07.1919
 Herr Dr. med. **Eberhard Grütte**, Bassum, 16.07.1937
 Herr Prof. Dr. med. **Hans-Martin Weinmann**,
 Straßlach-Dingharting, 17.07.1928
 Herr Dr. med. **Burkhard Pauka**, Seevetal, 18.07.1937
 Frau Dr. med. **Ingeborg Lübeck**, Hannover, 18.07.1934
 Herr Dr. med. **Peter Stöhr**, Aachen, 19.07.1922
 Herr OMR Dr. med. **Friedrich-Ludwig Schlesinger**, Berlin, 21.07.1929
 Herr Dr. med. **Franz H. Dormann**, Neuhausen, 21.07.1936
 Frau Dr. med. **Brigitte Geschöll-Bauer**, Freiburg, 21.07.1930
 Herr Prof. Dr. med. **Helmut Helwig**, Freiburg, 21.07.1931
 Frau Dr. med. **Gertraud Donders**, Ebersbach, 24.07.1935
 Herr Dr. med. **Dirck Heye**, Siegen, 25.07.1931
 Frau Dr. med. **Erika Bernhardt**, Essen, 25.07.1930
 Herr Dr. med. **Lutz Breuer**, Velbert, 26.07.1935
 Herr Dr. med. **Rolf Lück**, Crailsheim, 26.07.1936
 Frau Dr. med. **Gisela Schmitz**, Düsseldorf, 26.07.1932
 Frau Dr. med. **Annemarie Brenner**, Herten, 30.07.1930
 Herr Dr. med. **Werner Schultze**, Berlin, 31.07.1932

Wir trauern um:

Herrn Dr. **Rainer Bredl**, Schwabsoien
 Herrn Dr. **Horst Eckhardt**, Görlitz
 Herrn Prof. Dr. **Horst Köditz**, Magdeburg
 Frau **Regina Niehoff**, Saarbrücken
 Herrn **Heinrich Nolte**, Bocholt
 Herrn Dr. **Wolfgang Terdenge**, Essen

Im Monat April durften wir 46 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. **Wulf-Kristian Emmert**
 Frau **Simone Fritsche**



Hamburg

Frau PD Dr. med.
Enke Freya Grabhorn



Nordrhein

Herrn Dr. med.
Kumar Sinha



Bayern

Frau Dr. med. **Sarah Christine Merkel**
 Herrn Dr. med. **Simon Then**



Mecklenburg-Vorpommern

Frau **Anna-Sophia Schütz**



Rheinland-Pfalz

Frau **Andrea Schmitz**



Berlin

Frau Dr. med. **Claudia Krummacher**



Niedersachsen

Frau Dr. med. **Stephanie Bernstein**
 Frau Dr. med. **Kristin Heiderich**



Sachsen-Anhalt

Frau **Zuzana Stribrnska**

Sequenzielle Pneumokokken-Impfung bringt Herausforderungen im Impfmanagement

STIKO-Empfehlung zum Pneumokokken-Impfschema bei Risikokindern und -jugendlichen // Im August 2016 veröffentlichte die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut eine aktualisierte Pneumokokken-Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche mit chronischen Grunderkrankungen. Empfohlen ist nun eine sequenzielle Impfung mit dem 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar-13®, sechs bis 12 Monate später gefolgt vom 23-valenten Polysaccharidimpfstoff PPSV23.^{1,2} Prof. Dr. Ulrich Baumann, geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie Hannover, gibt eine Einschätzung, welche Folgen das neue Impfschema für den Praxisalltag hat.

Studien zeigen, dass eine Reihe von Krankheitsbildern zu einem erhöhten Infektionsrisiko für invasive Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) führt.³ Bei chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen definiert die STIKO drei Risikogruppen: Personen mit angeborenen Immundefekten bzw. Immunsuppression, mit anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis oder mit einer sonstigen chronischen Erkrankung. „Im Einzelnen betrifft das vor allem Kinder mit Atemwegs-, Nieren- und Lebererkrankungen. Aber auch Herzerkrankungen und Diabetes fallen darunter“, erklärt Prof. Dr. Baumann. Trotz der Relevanz der Pneumokokken-Impfung für chronisch kranke Kinder sind die Impfraten aber bei denjenigen, die die Grundimmunisierung nicht bereits im Säuglingsalter erhalten haben, schlecht. Aufgrund der Einführung der Standardimpfung im Jahr 2006 mit dem niedriger valenten Pneumokokken-Impfstoff PCV7 betrifft dies vor allem Risikokinder und -jugendliche über zehn Jahre. Haben die Kinder bereits eine Impfung mit einem niedriger valenten Konjugatimpfstoff (PCV7 oder PCV10) erhalten, sollten sie zusätzlich ebenfalls die sequenzielle Impfung mit den höher valenten Impfstoffen PCV13 gefolgt von PPSV23 vornehmen.

Konsequente Anwendung des neuen Impfschemas wichtig

Mit der Pneumokokken-Standardimpfung bei Babys und Kleinkindern mit dem

Die STIKO-Empfehlung für die Pneumokokken-Impfung bei Kindern im Überblick

- Personen mit **angeborenen Immundefekten bzw. Immunsuppression und anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis:**
Sequenzielle Impfung (PCV13 gefolgt von PPSV23) für Kinder ab 2 Jahren, Jugendliche und Erwachsene
- Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 15 Jahren mit einer **sonstigen chronischen Erkrankung** des Herzens oder der Atmungsorgane, der Leber oder der Niere, Stoffwechselkrankheiten sowie neurologischen Krankheiten:
Sequenzielle Impfung (PCV13 gefolgt von PPSV23)
- **Säuglinge:**
Standardimpfung mit drei Dosen des Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs (z.B. PCV13); **Frühgeborene** (< 37. Schwangerschaftswoche) erhalten mit insgesamt **vier Dosen** eine zusätzliche Dosis

Konjugatimpfstoff konnten in den vergangenen Jahren beachtliche Erfolge in der Reduktion der Krankheitslast erzielt werden. „Chronisch kranke Kinder profitieren davon, dass gesunde Säuglinge in über 90% der Fälle gegen die wichtigsten Pneumokokken-Serotypen geimpft werden und sie somit nicht infizieren können“, so Prof. Dr. Baumann. „Doch dieser sogenannte Herdenschutz hat Grenzen und vor diesen stehen wir.“ Daher sei es notwendig, auch alle Risikokinder vollständig zu impfen. Doch dies stellt nach Prof. Dr. Baumanns Erfahrung eher die Ausnahme dar, obwohl die Impfbereitschaft der Eltern bei einer Empfehlung des Arztes sehr hoch sei. Aus diesem Grund ist die Aufklärung und Initiative durch die Fachärzte und Pädiater umso wichtiger.

Zudem gilt es, die Empfehlungen bei Impfstoffreihenfolge und Abstand zwischen den sequenziellen Impfdosen einzu-

halten. „Kinderärzte sollten beachten, dass zunächst der Konjugatimpfstoff und erst nach dem empfohlenen Mindestabstand der Polysaccharidimpfstoff einzusetzen ist“, erklärt Prof. Dr. Baumann. PPSV23 soll jedoch erst ab dem Alter von zwei Jahren gegeben werden.¹ Für alle reifgeborenen Säuglinge gilt weiterhin die Standardimpfung gegen Pneumokokken in Form von drei Impfdosen eines Konjugatimpfstoffs, zum Beispiel PCV13.

Herausforderungen im Impfmanagement

Laut Prof. Dr. Baumann bedürfe es noch einiger Jahre, bis sich das neue Impfschema im pädiatrischen Allgemeinwissen etabliert haben wird. „Es ist schwieriger geworden, weil die Empfehlungen komplexer sind und sich Pädiater nun mit zwei unterschiedlichen

Impfstoffen auseinandersetzen müssen.“ Dafür sei das richtige Impfmanagement entscheidend. „Die Schulung der medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Impfthematik trägt einen entscheidenden Teil zum vollständigen Impfschutz bei. MFAs sind ein wichtiger Ansprechpartner im Erstkontakt mit den Eltern. Eine automatisierte Form des Impfmanagements durch eine Praxissoftware

ist zusätzlich von großem Vorteil.“ Eine Empfehlung der Indikationsimpfung bei Aufruf des Patientendatensatzes sieht Prof. Dr. Baumann als einen wirksamen Weg, die Durchimpfungsrate zu verbessern. Er empfiehlt den Pädiatern zudem, ihre MFAs dazu zu ermutigen, das Impfmanagement und den vollständigen Impfschutz ihrer Patienten als ihre persönliche Aufgabe zu sehen.

Quellen

1. Robert Koch-Institut, Epid Bull 37/2016.
2. Robert Koch-Institut, Epid Bull 34/2016.
3. Van Hoek JA, et al. The effect of underlying clinical conditions on the risk of developing invasive pneumococcal disease in England. J Infection. 2012; 65:17-24.

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

Lactobacillus reuteri – gegen funktionelle Bauchschmerzen!

BiGaia® Kautabletten

- Stimuliert und unterstützt die natürlichen Verdauungsprozesse
- Stärkt die Darmflora und lindert Entzündungsprozesse im Darm
- Reduziert die Schmerzwahrnehmung

Als diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät), dienen BiGaia® Kautabletten zur Behandlung von funktionellen Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Der im BiGaia® enthaltene Lactobacillus reuteri, bewährt aus der Behandlung von Säuglingskoliken, verringert die Häufigkeit und Stärke von funktionellen Bauchschmerzen, die nicht durch andere Erkrankungen oder Beschwerden erklärbar sind.^{1,2,3}

Das neue apothekenexklusive Präparat BiGaia® Kautabletten gehört zu den wenigen Produkten in dieser Indikation, deren Wirkweise durch Studien belegt ist. Drei Studien an Kindern und Jugendlichen konnten zeigen, dass die Schmerzhäufigkeit und -stärke durch den Verzehr von BiGaia® Kautabletten signifikant reduziert werden konnte.¹⁻³ In einer 2016 veröffentlichten Studie waren die Kinder mit BiGaia 80% der Studienzzeit schmerzfrei.

Der Lactobacillus reuteri stimuliert und unterstützt die natürlichen Verdauungsprozesse. Durch eine Stärkung der Darm-Barriere und Linderung von Ent-



zündungsprozessen im Darm wird die Schmerzwahrnehmung reduziert.

Studien kommen zu dem Ergebnis, dass BiGaia® Kautabletten mit Lactobacillus reuteri eine wirksame Möglichkeit zur Behandlung funktioneller Bauchschmerzen ist.^{1,2} Der tägliche Verzehr mit einer Kautablette ist zudem extrem einfach.

Literaturnachweise

1. Weizmann et al. (2016), Lactobacillus reuteri DSM 17938 for the Management of Functional

Abdominal Pain in Childhood: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. The Journal of Pediatrics

2. Romano et al. (2010), Lactobacillus reuteri in children with functional abdominal pain (FAP). Journal of Paediatrics and Child Health
3. Jadresin et al. (2016), Lactobacillus DSM 17938 in the treatment of functional abdominal pain in children – RCT study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition

Nach Informationen von Pädia GmbH

Transition in der ADHS: (K)einen Schritt weiter?

Im Rahmen eines Symposiums während der DGKJP-Tagung wurde deutlich, dass immer noch ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) weder adäquat diagnostiziert wird, noch eine leitliniengemäße Therapie erhält. Gefordert wird eine multimodale Behandlung bestehend aus Psychoedukation, Verhaltenstherapie sowie bei Bedarf Pharmakotherapie, z. B. Methylphenidat. Sofern die ADHS nicht bereits im Kindesalter festgestellt wird, hat der junge Mensch, der die Krankheit mit ins Erwachsenenalter nimmt, deutlich schlechtere Aussichten auf eine korrekte Diagnose und Therapie. Es ist davon auszugehen, dass die Störung bei etwa 40-50% der Patienten ins Erwachsenenalter persistiert.^{1,2} Aber auch wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, gibt es beim Übergang vom Jugendlichen- ins Erwachsenenalter Besonderheiten, die es zu beachten gilt.

Mit einem Fallbericht machte Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort, Leiter des Zentrums für Psychosoziale Medizin am UKE Hamburg, anfangs deutlich, wie schwer die Konsequenzen einer ausbleibenden Diagnostik und Therapie sein können. Eine 27-jährige Medizinstudentin im zweiten Semester suchte seinen Rat, weil ihr Studium zu scheitern drohte. Bisher hatte sie keine Klausur in diesem Semester bestanden. Sie gab an, sich nicht konzentrieren zu können. Das sei auch schon in der Schulzeit so gewesen. Das Abitur hatte sie mit Mühe bestanden. Die junge Frau war völlig verzweifelt, da nun eine letzte entscheidende Klausur für das Semester anstand. Nach einer umfassenden Anamnese wurde die Indikation ADHS gestellt. Nach Einstellung auf eine medikamentöse Therapie mit Medikinet® adult hatte sie zum ersten Mal in ihrem Leben das Gefühl, ihr kognitives Potenzial auch umsetzen zu können.

Methylphenidat gilt als Goldstandard in der ADHS-Therapie ab dem sechsten Lebensjahr.³ Die erforderliche Dosis wird individuell auftitriert. Kinder beginnen mit einmal oder zweimal täglich 5 mg schnellfreisetzendem Methylphenidat (z. B. Medikinet®). Falls erforderlich, kann in Abhängigkeit von der Verträglichkeit und dem beobachteten Grad der Wirksamkeit die Dosis jeweils wöchentlich in Schritten von 5 – 10 mg bis zu einer Tageshöchst-dosis von 60 mg gesteigert werden. Medikinet® ist in den Dosierungen 5, 10 und 20 mg erhältlich. Im Langzeitverlauf

erfolgt in der Regel der Übergang auf eine retardierte Formulierung. Medikinet® retard enthält eine sofort und eine verzögernd freisetzende Komponente und ist in Dosen von 5, 10, 20, 30, 40, 50 und 60 mg verfügbar. Für erwachsene ADHS-Patienten steht retardiertes Methylphenidat beispielsweise in Form von Medikinet® adult zur Verfügung.

Prof. Schulte-Markwort stellte eine aktuelle Analyse von AOK-Daten vor, die zeigt, dass nur etwa die Hälfte der 15-jährigen Versicherten mit ADHS-Diagnose medikamentös behandelt wird, meist mit Methylphenidat.⁴ Im Alter von 21 Jahren erhält nur noch ein knappes Viertel der Patienten mit ADHS-Diagnose Medikamente. „Die Transition ins Erwachsenenalter ist offenbar eine kritische Phase, in der uns Patienten verloren gehen und Medikationen beendet werden“, so der Experte. Am besten sei der Übergang in gemeinsamen Ambulanzen oder Stationen von Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Erwachsenenpsychiatern zu realisieren.

Symptomwandel beim Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter

Die Symptomatik der ADHS verändert sich in der Adoleszenz. Das klinische Bild wird zudem mehr und mehr von Komorbiditäten geprägt, wie Dr. med. Christian Konkol, Leiter der Ambulanz ADHS im Erwachsenenalter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Uniklinik Köln, erklärte. 60% der jungen Erwachsenen mit ADHS weisen Abhängigkeitserkrankungen auf, 40% affektive Störungen, 35% Persönlichkeitsstörungen und 20% Angststörungen.⁵ Die Prognose ist abhängig von Störungen des Sozialverhaltens. Je früher diese auftreten, desto gravierender wirken sie sich aus.

Eine ADHS wird in der Regel multimodal unter Berücksichtigung der Komorbiditäten behandelt. Die COMPAS-Studie⁶ hat eine multimodale Therapie bei erwachsenen ADHS-Patienten placebokontrolliert untersucht. Sie hat zum einen gezeigt, dass Methylphenidat Placebo signifikant überlegen war und zum anderen, dass eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie keinen deutlichen Vorteil im Vergleich zu einer individuellen Psychotherapie brachte. Die Behandlung mit Methylphenidat alleine zeigte in dieser Studie erstaunlicherweise bessere Effekte als die Kombination aus Methylphenidat und Psychotherapie, so der Erwachsenenpsychiater.

Wie schon Prof. Schulte-Markwort zuvor unterstrich Dr. Konkol ebenfalls die Bedeutung der Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. Dies sei eine wesentliche Voraussetzung dafür, künftig besser gewährleisten zu können, dass die Patienten in dieser schwierigen Phase des Übergangs ins Erwachsenenalter weiterhin eine adäquate Behandlung ihrer Erkrankung erhielten.

**Coaching hilft,
schrittweise Probleme zu lösen**

Trotzdem ist und bleibt die Gruppen- oder Einzelpsychotherapie ein wichtiger Bestandteil des multimodalen Therapiekonzepts. Dazu gehört auch das ADHS-Coaching, auf das Roberto D'Amelio, Psychologe am Neurozentrum des Universitätsklinikums Homburg/Saar, einging. Darunter versteht man einen interaktiven, individuell maßgeschneiderten Beratungs- und Begleitprozess, der Patienten Unterstützung zur Strukturierung des Alltags bietet und das Selbstmanagement verbessert. Das Coaching läuft in verschiedenen Stufen ab. Zunächst soll der Patient dazu angeleitet werden, ein ausgewähltes Problem möglichst eigenständig zu bewältigen. Im Folgenden sollen Selbstregulationsfertigkeiten verbessert werden, damit der Betroffene nach und nach in die Lage versetzt wird, weitere Problembereiche selbstständig zu bear-

beiten. Wichtig sei dabei, nicht nur auf Probleme zu fokussieren, sondern auch die Stärken von ADHS-Betroffenen hervorzuheben und bewusst zu machen.

Rechtliche Aspekte beleuchtete Dr. jur. Myriam Bea, Geschäftsführerin von ADHS Deutschland e. V., Berlin. Eine ADHS schränke die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht grundsätzlich ein und müsse laut Fahrerlaubnisverordnung beim Erwerb der Fahrerlaubnis auch nicht angegeben werden, so die Juristin. Auch der Bewerber um eine Arbeitsstelle müsse sich in der Regel nicht zu Erkrankungen oder dauerhaften medikamentösen Therapien äußern, wenn seine Leistungsfähigkeit dadurch nicht eingeschränkt wird, auch wenn in Bewerbungsgesprächen immer wieder danach gefragt wird. Weitere Ausnahmen gelten bei der Bundeswehr und der Verbeamtung. Bei Abschluss von Versicherungen seien Fragen zum Gesundheitszustand wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine

ADHS-Diagnose kann dazu führen, dass der Vertragsabschluss von der Versicherung abgelehnt wird oder ein Risikozuschlag erhoben wird.

Quelle:

Symposium „Transition in der ADHS: (K)einen Schritt weiter?“, DGKJP-Kongress, Ulm, 23. März 2017

Literatur:

- 1 Sibley MH et al. Lancet Psychiatry 2016; 3: 1157-1165
- 2 Fayyad J et al. Atten Defic Hyperact Disord 2017; 9(1):47-65: DOI: 10.1007/s12402-016-0208-3
- 3 Smith AM et al. Neuroscience 2012; 206: 245-254
- 4 Bachmann CJ et al. Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 141-148
- 5 Rösler M et al. Psychotherapie 2008; 13: 175-183
- 6 Philipsen A et al. JAMA Psychiatry 2015; 72(12): 1199-1210

**Nach Informationen von
MEDICE Arzneimittel Pütter
GmbH & Co. KG, Iserlohn**

SanaCutan Basiscreme – Einzige erstattungsfähige Basistherapie mit 20 % Glycerin

Endlich ist die erstattungsfähige Basistherapie mit 20 % Glycerin im Handel verfügbar! Pädia bietet jetzt neu SanaCutan Basiscreme zur Basistherapie bei Ekzemen und Hautentzündungen, insbesondere der Neurodermitis an. Die Creme enthält den natürlichen Feuchthaltefaktor Glycerin in einer Konzentration von 20 % zur intensiven Hydratisierung der trockenen Haut. Mit einem Lipidgehalt von 30 % ist die Basiscreme sehr angenehm

auf der Haut zu verstreichen und zieht schnell ein. Sie ist frei von Wollwachs (Lanolin), Farb- und Duftstoffen und hervorragend verträglich. Die Creme kann bereits bei empfindlicher Säuglingshaut angewendet werden. SanaCutan Basiscreme eignet sich auch bestens als Rezepturgrundlage.

Des Weiteren bietet Pädia die SanaCutan Basissalbe zur unterstützenden Behandlung von Ekzemen, Hautentzündungen und Psoriasis, insbesondere bei

trockener Haut an. Die Salbe ist ebenfalls für Rezepturen geeignet.

SanaCutan Basiscreme und Basissalbe sind für Kinder bis 12 Jahre erstattungsfähig. Die Basiscreme ist in der Packungsgröße 150g, die Basissalbe in 50g und 150g erhältlich.

**Nach Informationen von
Pädia GmbH, Heppenheim**

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

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

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

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



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

Vierfach-Impfstoff hilft Masern, Mumps, Röteln und Varizellen vorzubeugen

ProQuad® – MMRV-Kombinationsimpfstoff neu in Deutschland // Ab sofort steht Ärzten in Deutschland mit ProQuad® ein weiterer Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen zur Verfügung. ProQuad® erzielte in klinischen Studien überzeugende Immunantworten bei allen vier Komponenten nach der ersten bzw. der zweiten Dosis. Es ist der einzige MMRV-Kombinationsimpfstoff, der auch in den USA zugelassen ist.*

ProQuad® ist nun erstmals in Deutschland erhältlich. Allerdings liegen für eine im Hinblick auf Immunogenität und Nebenwirkungsprofil vergleichbare Formulierung von ProQuad®, die in den USA bereits seit mehr als 10 Jahren zugelassen ist und mehr als 20 Millionen mal ausgeliefert wurde, bereits umfangreiche Daten vor.“ Die Vakzine ist indiziert zur gleichzeitigen aktiven Immunisierung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Kindern ab 12 Monaten. Unter besonderen Umständen kann sie auch Kindern ab dem Alter von neun Monaten verabreicht werden, z. B. in Übereinstimmung mit entsprechenden nationalen Impfempfehlungen, bei Ausbruchssituationen oder bei Reisen in eine Region mit hoher Masern-Prävalenz. ProQuad® erzielte bei einer Gabe der ersten Dosis im Alter von 12 Monaten und der zweiten Dosis im Alter von 15 Monaten (N=466) sechs Wochen nach der zweiten Dosis folgende Seroprotektionsraten: für Masern 98,9 Prozent [95 % KI: 97,5; 99,6], für Mumps 99,3 Prozent [95 % KI: 98,1; 99,9], für Röteln 99,6 Prozent [98,4; 99,9] und für Varizellen 100 Prozent [99,2; 100].^{1,***}

ProQuad® zeigt gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil im Vergleich zur getrennten Gabe eines MMR- und Varizellen-Impfstoffs

Die einzigen impfstoffbezogenen systemischen Nebenwirkungen, die in signifikant höherer Zahl beobachtet wurden bei Kindern, die mit der früheren Formulierung von ProQuad geimpft worden

waren, als bei Kindern, die den Masern-Mumps- Röteln-Impfstoff von Merck & Co., Inc. und den Varizellen-Lebendimpfstoff (Oka/Merck) erhalten hatten, waren Fieber ($\geq 39,4^{\circ}\text{C}$ rektal oder subjektiv erhöht) und ein masernartiger Ausschlag. Die einzige impfstoffbezogene Nebenwirkung, die häufiger bei mit ProQuad Geimpften auftrat als bei Personen, die mit Varizellen-Lebendimpfstoff (Oka/Merck) und Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff, hergestellt von Merck & Co., Inc., geimpft wurden, war Ausschlag an der Injektionsstelle.¹

Erhöhung der Versorgungssicherheit zur Erreichung von Impfzielen

„ProQuad® lässt sich hervorragend in die bestehenden Impfzyklen integrieren. Mit dem neu in Deutschland erhältlichen Kombinationsimpfstoff bieten wir den Ärzten eine Alternative und können somit die Versorgungssicherheit erhöhen“, erklärt Dr. med. Klaus Schlüter, Executive Director, Impfstoffe bei MSD. „Kombinationsimpfstoffe reduzieren die Anzahl der erforderlichen Injektionen und können dazu beitragen, Impfziele zu erreichen.“

Deutschland läuft der Masern-Elimination hinterher

Und hier hat Deutschland noch Nachholbedarf, wie das Robert-Koch-Institut (RKI) erst kürzlich in seinem Epidemiologischen Bulletin Nr. 1/2017 mitgeteilt hat.² Von dem durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierten

Ziel, die Masern bis 2020 auszurotten, ist Deutschland noch weit entfernt. „Bundesweit liegt die Impfquote für die zweite Masern-Impfung 36 Monate alter Kinder bei 86,1 Prozent“, schreibt das RKI. Dabei sind die regionalen Unterschiede auffallend: In den alten Bundesländern liegt die Quote mit 89 Prozent höher als in den neuen Bundesländern (85,9 %, ohne Sachsen). Spitzenreiter bei der Masern-Impfquote ist Hessen (90,3 %), Schlusslicht ist Sachsen (40,3 %; allerdings wurde hier bis Ende 2016 die zweite Masern-Impfung ab dem 60. Lebensmonat empfohlen). Zu den WHO-Indikatoren für eine erfolgreiche Eliminierung gehören eine stabile Impfquote von mindestens 95 % für die zweifache Masern-Impfung bzw. eine Bevölkerungsimmunität von 95 %. Diese Quote erreicht kein Bundesland in Deutschland.

* Die in Deutschland zugelassene kühl-schrank-stabile Formulierung ist in den USA seit 2006 zugelassen..

** Seit 2005 ist in den USA eine tiefgefrorene Formulierung von ProQuad zugelassen (Ref: FDA). Bei dem seit 2006 in Deutschland zugelassenen Produkt handelt es sich um eine kühl-schrank-stabile Formulierung von ProQuad.

*** Seroprotektionsrate: Masern (Antikörperkonzentration ≥ 255 mI.E./ml), Mumps (Antikörperkonzentration ≥ 10 ELISA AK-Einheiten), Röteln (Antikörperkonzentration ≥ 10 I.E./ml), Varizellen (Titer ≥ 5 gpELISAEinheiten/ml).

Literatur

1. Fachinformation ProQuad®, Stand Januar 2017.
2. Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 1 vom 5. Januar 2017.

**Nach Informationen von
MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar**

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. Thomas Fischbach

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

Dr. med. Sigrid Peter

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

Dr. med. Roland Ulmer

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Reinhard Bartzky

E-Mail: dr@bartzky.de

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Berufsfragen, Forum, Magazin:

Dr. Wolfram Hartmann

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführer:

Dr. Michael Stehr

Tel.: 0221/68909-11

michael.stehr@uminfo.de

Geschäftsstellenleiter:

Armin Wölbeling

Tel.: 0221/68909-0

armin.woelbeling@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Mit- gliederservice/Organisation:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Teamleiterin Bereich Gremien/Funktionsträger

Martina Scharschmidt

Tel.: 0221/68909-10

martina.scharschmidt@uminfo.de

Teamleiterin Bereich

Monika Kraushaar

Fortbildung/Veranstaltungen:

Tel.: 0221/68909-15

monika.kraushaar@uminfo.de

Politische Referentin des BVKJ in Berlin:

Kathrin Jackel-Neusser

Tel.: 030/28047510

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

www.bvkj-service-gmbh.de

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Geschäftsführerin:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Service-Team:

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de