

# KINDER-UND JUGENDARZT

Heft 08/17  
48. (66.) Jahr

bvkg.

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



## Berufsfragen

Chronisch kranke Kinder  
und Jugendliche  
im Mittelpunkt

## Fortbildung

Gehirnerschütterung  
im Sport

## Forum

Rück-BLIKK  
und Aus-BLIKK

## Magazin

Wenn Mütter trinken

**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 8 | 2017

### Berufsfragen

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt // Kathrin Jackel-Neusser	456
Impressum	458
BVKJ ohne Zukunft? // Lutz Müller	460
FASD Fachtagung // Sigrid Peter	461
Anstellung von Ärztinnen/Ärzten in der Praxis // Christian Steuber	464
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation // Stephan Prändl	466
PraxisApp // Thomas Fischbach	468
Der Honorarausschuss informiert // Reinhard Bartzky	470
Ausfall des Praxisinhabers, Teil 1 // Gerrit Tigges, Christian Maus	473
Politforum // Raimund Schmid	476
Rabattverträge für Impfstoffe laufen aus // Michael Stehr	478

### Fortbildung

Gehirnerschütterung im Sport – und was dann? // Michaela Bonfert et al.	479
Highlights aus Bad Orb: Unfallprävention // Johann Böhm	484
Welche Diagnose wird gestellt? // Lena Schulz, Peter Tholen	491
Review aus englischsprachigen Zeitschriften consilium: Indikationen zur MRSA-Dekolonisation bei einem Säugling // Till Dresbach	494

### Forum

Rück-BLIKK und Aus-BLIKK // Uwe Büsching	498
Lesenlernen verändert Gehirn	502
Faire Chancen für jedes Kind	504
Kinder aus suchtbelasteten Familien	506
Jameda	507
Zwischenbericht der unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs	508
Pädindex	509
Neues zu Weimar 2018 // Michael Achenbach	510



### Wenn Mütter trinken

S. 512

### Magazin

Wenn Mütter trinken // Regine Hauch	512
Zweimal Ehre, einmal Silber // Regine Hauch	516
Erstes Benefizdinner der Stiftung Kind und Jugend // Michael Stehr	517
Buchtipps	518
Laudationes	519
Personalien	520
Fortbildungstermine des BVKJ	521
Nachrichten der Industrie	522
Wichtige Adressen des BVKJ	527

**Titelbild:** © istock.com – Imgorhand

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe ist ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG beigelegt. Wir bitten um Beachtung.

# Chronisch kranke Kinder und Jugendliche im Mittelpunkt

**Kinder- und Jugendärztetag 2017** // Der 47. Kinder- und Jugendärztetag, der vom 23. bis 25. Juni 2017 in Berlin stattfand, war chronisch kranken Kindern und Jugendlichen gewidmet und thematisierte die damit einhergehenden gesellschaftlichen Herausforderungen. Ein aktueller Versorgungsbedarf infolge chronischer Gesundheitsstörungen besteht laut KiGGS-Studie bei 11,4 Prozent der Mädchen und bei 16 Prozent der Jungen zwischen 0 und 17 Jahren. An diesen Zahlen gemessen widmete sich der Kongress der Lebensrealität einer großen Gruppe in der Bevölkerung.



Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose) oder Fehlbildungen (z. B. schwere Herzfehler). Zum anderen hätten veränderte ökologische und soziale Lebensbedingungen dazu geführt, dass psychische Störungen sowie körperliche Gesundheitsprobleme wie Übergewicht/Adipositas und Allergien bei Kindern und Jugendlichen zunehmen. „Vor diesem Hintergrund müssen die sozialen Sicherungssysteme und das gesamte Gesundheitswesen in ihrem Leistungsangebot dem neuen Bedarf im Zusammenhang von chronischen Gesundheitsstörungen im Kindes- und Jugendalter auf Bevölkerungsebene angepasst werden“, forderte Prof. Keller.

## Was die Politik tun muss

BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach sprach in seiner Ansprache mehrere Probleme an, die im Interesse der Betroffenen auf politischer Ebene gelöst werden müssten. Problematisch sei, dass immer mehr pädiatrische Fachärzte zur Versorgung chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher fehlten. Den Lösungsansatz schilderte Dr. Fischbach: Studierende sollten künftig dort ausgebildet werden, wo sich der allergrößte Teil aller ärztlichen Handlungen abspielt, also regelhaft auch in den Praxen der Vertragsärztinnen und -ärzte. Auch fordere der BVKJ, dass angehende Mediziner künftig im Studium als Vertiefungsangebot eines der Fächer der hausärztlichen Grundversorgung wählen können (Pädiatrie, Allgemeinmedizin oder hausärztliche Innere Medizin). Es soll also darum gehen, die Grundversorgung (primary care) so früh wie möglich kennenzulernen.

Auch bei der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin müsse ein Umdenken einsetzen: „Wir

**W**er wie Prof. Dr. Klaus M. Keller, Wiesbaden, Dr. Steffen Lüder, Berlin und Dr. Herbert Schade, Mechernich die wissenschaftliche Leitung eines großen Kongresses wie dem Kinder- und Jugendärztetag hat, muss stets gut improvisieren können. In diesem Jahr wurden diese Kompetenzen gleich bei der Eröffnung benötigt. Airline-Turbulenzen verhinderten den rechtzeitigen Auftritt von Staatssekretär Lutz Stroppe. Kurzerhand verlas BVKJ-Vizepräsidentin Dr. Sigrid Peter das Grußwort des Staatssekretärs (Bundesministerium für Gesundheit), in dem sich dieser bei den Kongress-Veranstaltern dafür bedankte, die Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher zum Thema der Jahrestagung gemacht zu haben. Stroppe weiter: „Die gesellschaftlichen Herausforderungen fangen eigentlich viel früher an – nämlich bei der Unterstützung von Eltern und Familien, damit bestimmte chronische Erkrankungen möglichst gar nicht erst entstehen. Hier bedarf es gesamtgesellschaftlicher Ansätze. Es ist

nicht nur Aufgabe der Gesundheitspolitik, sondern auch der Kinder- und Jugendhilfe und der Familienpolitik.“

Dass es an genau diesen vernetzten präventiven Maßnahmen für Familien aber bislang noch häufig fehlt, davon können die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte ein Lied singen, sind doch die Praxen voll von Kindern und Jugendlichen, die von einer besseren Vernetzung der Prävention sehr profitieren würden.

## Warum es so viele Chroniker gibt

Ausgeführt wurde von Prof. Dr. Klaus M. Keller, dass gesellschaftliche Veränderungen und medizinischer Fortschritt in den Industrieländern zu einer Zunahme chronischer gesundheitlicher Störungen geführt haben, die sich bereits im Kindes- und Jugendalter bemerkbar machen. So steige zum einen die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen infolge längerer Überlebenszeiten mit schweren angeborenen

fordern hier die Implementierung eines ambulanten Weiterbildungsabschnitts in die MWBO“, so Dr. Fischbach, und: „Wir fordern außerdem eine bundeseinheitliche und verbindliche finanzielle Förderung der Weiterbildung in Kinder- und Jugendarztpraxen *jetzt* und zwar dringend. Ohne eine solche wird es eine in der Musterweiterbildungsordnung implementierte flächendeckende ambulante Weiterbildung nicht geben!“ Weiter forderte er: „Im Interesse der zu versorgenden chronisch erkrankten Kinder und Jugendlichen müssen wir baldmöglichst ein Forschungsinstitut für Kindergesundheit schaffen!“ Im Hinblick gerade auch auf diejenigen Kinder, die aufgrund ihrer chronischen Erkrankung nicht geimpft werden können, betonte er die Notwendigkeit der Impfsolidarität: „Wir wünschen uns, dass künftig jedes impffähige Kind vor Eintritt in eine Kita den Nachweis erbringen muss, dass es STIKO-konform geimpft ist.“

Dr. Fischbach führte außerdem aus, dass im Hinblick auf eine bestmögliche Versorgung die derzeit gültige Bedarfsplanung für kinder- und jugendärztliche Praxen angepasst werden müsse. Sie entspreche nicht dem tatsächlichen steigenden Bedarf durch neue Anforderungen: „Die einzelnen Patienten brauchen heute ein Vielfaches an Zeit verglichen mit früher. Denn die Vorsorgeuntersuchungen werden immer umfangreicher, es gibt erfreulicherweise mehr Impfungen und damit auch mehr Impfberatung als früher, unsere Patienten kommen zudem heute oft nicht mehr mit einfachen Infektionskrankheiten, sondern mit den so genannten neuen Morbiditäten zu uns: Verhaltens- und Entwicklungsstörungen vor allem aufgrund sozialer Vernachlässigung. Wir müssen lange und zahlreiche Gespräche mit den Eltern führen, um sie zu Verhaltensänderungen zu bewegen.“

Zu dem wichtigen Aspekt der Bedarfsplanung referierte später auch noch Dr. Dominik Graf von Stillfried vom Zentralinstitut der kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er betonte, die Arztzahlen seien zwischen 2009 bis 2015 insgesamt gestiegen (um 2,8 Prozent), die der Kinder- und Jugendärzte aber um ein Prozent gefallen. Da dabei zusätzlich die durchschnittliche kinder- und jugendärztliche Wochenarbeitszeit bzw. der Versorgungsumfang gefallen sei, bestehe eigentlich eine Unterversorgung, wo nach den veralteten GBA-Kriterien eine Überversor-



gung ermittelt wurde. Auch dies sei eine große Herausforderung bei der Versorgung chronisch kranker Minderjähriger.

### „Was heißt chronisch krank?“

So lautete der Vortrag von Dr. Christian Fricke, einem leitenden Sozialpädiater aus Hamburg. In der KiGGS-Studie wird eine Krankheit als chronisch angesehen, wenn das Problem mindestens zwölf Monate bestand und auch in den letzten zwölf Monaten vorgelegen hat.<sup>1</sup> Dr. Fricke führte aus, dass die betroffenen Kinder ihre Lebensqualität meist besser einschätzten als deren Eltern. Insgesamt gebe es zwei steigende Tendenzen bei den Erkrankungen: von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen. Eine große negative Rolle als auslösende Faktoren spielen Armut bzw. Bildungsferne, aber auch schlechte Umweltbedingungen.

Dr. Robert Schlack (RKI) erläuterte außerdem, dass Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Sozialfaktor doppelt so häufig auffällig werden wie Kinder aus besseren sozioökonomischen Verhältnissen.

### Die wichtige Sicht der Betroffenen

Was es für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Eltern und Geschwister bedeutet, langfristig – oder sogar ein Leben lang – krank zu sein und welche Erfahrungen diese mit dem deutschen Gesundheitssystem gemacht haben, schilderten einige Betroffene sehr eindrucksvoll.

<sup>1</sup> Scheidt-Nave et al, Bundesgesundheitsbl 2008; 51: 592ff.

So erzählte ein Ehepaar, das eine Tochter mit M. Down großgezogen hat, von seinen Erfahrungen. Das Mädchen entwickelte später auch noch einen M. Crohn sowie eine Hashimoto-Thyreoiditis. Die Mutter gab die Äußerung eines Kinderklinikarztes wieder, die ihr nach der Geburt besonders dabei geholfen hatte, wieder auf die Füße zu kommen und das Kind völlig anzunehmen. Dieser hatte zu ihr gesagt: „Diese Menschen sind glücklich in ihrer Welt, nur andere meinen, sie müssten unglücklich sein.“ Verletzt hingegen hätte sie es als Mutter eines behinderten Kindes, Beschreibungsmerkmale zur Erkrankung ihres Kindes zu lesen wie z. B. „Affenhaut“. – Diese Begriffe seien unsensibel gewählt für Menschen. „Auch zu detaillierte fachliche Information war nicht immer gut für uns“, so die Mutter weiter. Sehr geholfen habe ihr hingegen der regelmäßige Austausch mit anderen Down-Patienten: „Es war toll, ältere Jugendliche mit Down Syndrom zu sehen, die sich schick gemacht hatten, richtige flotte Teenager waren.“

Als großen Wunsch äußerte die Mutter bessere Betreuungsmöglichkeiten unter Gleichaltrigen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderungen: „Die wollen schließlich nicht mit Oma und opa herumlaufen“.

Eine andere Mutter berichtete von ihrem heute zwölf Jahre alten Sohn, der mit einer Spina bifida und Hydrozephalus auf die Welt kam: „Innerhalb weniger Stunden kann sich ein normaler Tag in eine lebensbedrohliche Situation verwandeln“, so die Mutter. Eine umfassende Beratung wie in einem SPZ wäre für sie gleich von Anfang an wichtig gewesen, diese habe aber gefehlt. Die Mutter, die neben ihrem behinderten Sohn noch zwei weitere Kin-

der hat und wegen der großen Belastungen mittlerweile von ihrem Mann getrennt ist, betonte: „Ich bin froh, wenn wir in der Praxis mal gleich drankommen, denn jedes Warten macht den Tag noch komplizierter, und eine Infektion ist eine Tragödie angesichts der Gesamtbelastung in der Familie.“ Auch in punkto Inklusion blieben viele Wünsche offen: „Diese verlief in Kita und Schule sehr unzulänglich.“ Als wichtig erachtet wurden hier z. B. Fallmanager und verzahnte Lösungen.

Abgeschlossen wurden die Vorträge des ersten Tages von Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr von der Charité Berlin, der zusammen mit einem betroffenen jungen Mann (seinem langjährigen Patienten) eindrücklich in Probleme der fetalen Alkoholspektrumstörung einführte. Sie wären durch völligen Alkoholverzicht in der Schwangerschaft vermeidbar. Zumindest die partielle FASD werde oft nicht von den betreuenden Ärzten erkannt. 90 Prozent seiner behandelten Patienten seien Pflegekinder. Prof. Spohr brachte seine Bewunderung den Pflegeeltern gegenüber zum Ausdruck. Diese seien „das Netz, in das die Kinder fallen dürfen“. Wichtig seien eine möglichst frühe Diagnose und medizinische Begleitung, um zu vermeiden, dass die Kinder später als Jugendliche nicht kriminell oder selbst suchtkrank werden.

Mut machte es, den von FASD betroffenen jungen Mann zu sehen, der selbstbewusst ins Publikum berlinerte: „Mir geht's jut!“ und von seinem neuen Job in der Küche und seiner Freundin erzählte.

### PRAXISfieber live für MFA

Parallel zu dem Kinder- und Jugendärztetag tagten auch diesmal wieder die medizinischen Fachangestellten. Geboten wurde wie immer viel: Das mehrtägige Programm umfasste eine Reihe hochrangig besetzter Vorträge und Workshops, die allesamt auf den Arbeitsalltag der MFA zugeschnitten waren und diesen erleichtern und effizienter machen sollen.

Wie immer war dieser Fachkongress gut besucht. Die wissenschaftliche Leitung lag in den bewährten Händen von Dr. Michael Mühlshlegel, Lauffen.

Last but not least soll das Konzert der „Jungen Cellisten“ des Berliner Musikgymnasiums Carl Philipp Emanuel Bach bei der Eröffnung des Kinder- und Jugendärztetages erwähnt werden, das einen echten Höhepunkt darstellte. Die jungen Cellisten hatten auch schon beim Empfang des Bundespräsidenten gespielt. Insbesondere bei den modern interpretierten Versionen der Hits von *Michael*

*Jackson* und *Queen* zappelte das Publikum begeistert im Sitzen mit.

Weitere Höhepunkte des Kinder- und Jugendärztetages, zu denen wir in dieser Ausgabe ausführlichere Artikel bringen:

Gehrt wurden durch den Präsidenten mit der Ehrennadel in Silber Dr. med. Harald Tegtmeier-Metzdorf, Lindau, die Ehrenmitgliedschaft des BVKJ erhielt Dr. med. Bernd Simon, München und die Ehrenurkunde die Redakteurin dieser Zeitschrift, Christiane Daub-Gaskow, Essen (s. S. 516).

Am Rande des Kinder- und Jugendärztetages fand außerdem eine Industrieausstellung mit neuen Produkten rund um die kinder- und jugendmedizinische Arztpraxis statt, sowie die Benefizveranstaltung der Stiftung „Kind und Jugend“ des BVKJ, wo der Schirmherr der Stiftung, der Schauspieler (Gerichtsmediziner im „Tatort“ aus Köln) und Gefängnisarzt Joe Bausch aus seinem Arbeitsalltag im Knast erzählte (s. S. 517).

### Korrespondenzadresse:

*Kathrin Jackel-Neusser*

*Politische Referentin BVKJ*

*10115 Berlin*

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

*Red.: ReH*

## IMPRESSUM

# KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

ISSN 1436-9559

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

**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführer: Dr. Michael Stehr, Tel.: (0221) 68909-11, michael.stehr@uminfo.de; Geschäftsstellenleiter: Armin Wöbeling, Tel.: (0221) 68909-13, Fax: (0221) 6890979, armin.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. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130,

22149 Hamburg, Tel.: (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@khh-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 12.600  
lt. IVW II 2017

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

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

## Aus den Arbeitskreisen des BVKJ

# BVKJ ohne Zukunft?

**Zur Arbeit der AG Zukunft (AGZ) im BVKJ // Zugegeben: dieser Titel ist ein clickbait, ein teaser oder eyecatcher. Warum sollten Sie es lesen? Ganz einfach: ohne Basis und hier besonders die Ideen der Mitglieder des Verbandes gibt es keine Entwicklung zum Besseren!**



Dr. Lutz Müller

### Rückblende

Aus dem Bedürfnis heraus, mit anderen, neuen Ideen die berufspolitische Arbeit weiter zu entwickeln, wurde die **AG Zukunft im Oktober 2010** durch die **Delegiertenversammlung (DV)** neu ausgerichtet – reanimiert. Die vormalig **AG Perspektiven** genannte Gruppe aus interessierten Mitgliedern widmete sich der Aufgabe, die Pädiatrie im europäischen Umfeld weiter zu entwickeln.

Diese Entwicklungsarbeit war wichtig und wird immer wichtiger. Die Pädiatrie in Deutschland als ärztliche Versorgung für Kinder war Anfang des vorigen Jahrhunderts richtungsweisend für Länder, denen die medizinische Forschung zur Kinderheilkunde im damaligen Deutschen Reich ein Vorbild war. Mit dem zunehmenden Gewicht der angloamerikanischen Einflüsse wurde die Pädiatrie danach mehr und mehr als fachärztliche Disziplin eingeordnet und verlor den Charakter der Basisversorgung auch in der EU. Diesem Trend entgegen zu wirken, war bis 2010 die Intention der AG.

Die Reanimation war eher dann doch eine Neugeburt. Wird ein Interessenverband neu gegründet, gibt es in der Regel

viele gute Ziele und Protagonisten dieser Vorstellungen. Kommt er dann in die Jahre, wird er größer und größer, verlieren viele Mitglieder, aber auch gewählte Vertreter die Ziele aus dem Auge oder – nach dem Erreichen der Ziele fehlt der zündende Funke, neue Ideen zuzulassen. Schlimmer noch, es entsteht Angst vor möglichen Veränderungen: Wir sind auf dem richtigen Weg! Es ist doch alles gut! So lauten die Parolen der Etablierten.

.....  
Doch nach wie vor gilt: Die Weiterentwicklung der Pädiatrie ist eine vordringliche Aufgabe im BVKJ!  
.....

### Meinungsaustausch in PädInform

**PädInform** hat sich – anders als in anderen Bereichen – als wenig erfolgreich für die Kreativität gezeigt. Viele Beiträge in unserem Intranet begrenzen sich selbst durch Wiederholungen; Meinungsäußerungen werden schnell und oft wenig qualifiziert kommentiert, Initiativen fehlt ein Rahmen außerhalb der verbalen Intention. Sich schriftlich äußern in einem Rahmen von möglicherweise 2-3.000 Lesern (von 12.000 Mitgliedern des BVKJ) erfordert Überwinden des „Lampenfiebers“ ...und dann gibt's für Schreibfehler viele lästernde Besserwisser.

**PädInform** bietet den Mitgliedern unserer Berufsgruppe zwar schnelle Möglichkeiten der Diskussion und Information, wird jedoch begrenzt durch letztlich im verbalen Austausch bleibende Meinungsäußerungen. Arbeitsaufträge oder auch Vereinbarungen bleiben Luftschlösser, der *Chat* wird für unverbindliche, nichtsdestotrotz aber oft neue Gedankenspiele benutzt.

### Verbandsorgan „Kinder- und Jugendarzt“

Das andere Medium des Verbandes, der KJA – die Verbandszeitschrift – vermag Ideen und Informationen zu verbreiten. Für Diskussionen – vor allem im Hinblick auf die neuen Medien – funktioniert dieses Instrument allzu träge.

### Was ist zu tun? Wie arbeiten wir? Wo liegen die Probleme?

Die offene, persönliche Diskussion im Kreis von Mitgliedern bleibt immer noch die kreativste Art der Ideenentwicklung und Weiterentwicklung des Verbandes. Vorausgesetzt wird wertschätzender Umgang, persönlicher Enthusiasmus und sachliches Mitwirken an vereinbarten Zielen.

Seit 2010 änderte sich die Zusammensetzung der Teilnehmer in unserem Arbeitskreis mehrmals. Einzelne Mitglieder setzen sich nun, nach Verwirklichung Ihrer Vorstellung in den Gremien des BVKJ und der Übernahme von wichtigen Funktionen, so engagiert auf verschiedenen Ebenen ein, dass keine Zeit für die Treffen der AGZ bleibt.

Zunächst untersuchte die AGZ die **Strukturen des BVKJ auf die Möglichkeiten der Einflussnahme von Mitgliedern zur Installation neuer Ziele**. Die Möglichkeit der Einflussnahme über die **DV** scheint für Mitglieder eine allzu große Hürde zu sein. **Obleute** sind der Basis näher als Delegierte. So erwirkte die AGZ durch eine Satzungsänderung das Recht der **Obleu- teversammlung**, den Vorstand des BVKJ mit einem Arbeitsauftrag zu versehen. Der Bekanntheitsgrad dieser Möglichkeit ist gering, sodass davon noch wenig Gebrauch gemacht wurde. Die letzte Obleu- teversammlung zeigte die Wirkung eines solchen Votums: Obwohl nicht bindend,

wurde sogar die Abstimmung über einen Vorschlag als problematisches Signal verstanden und sollte gar verhindert werden.

#### Es gibt zahlreiche Themen, die der BVKJ angehen muss.

- Das ZI der KBV stellte eine deutliche **Mehrarbeit der Pädiater gegenüber anderen Arztgruppen** dar. In Zeiten der Besinnung auf regelrechte, familiengerechte Arbeitszeiten in allen Bereichen muss der BVKJ Antworten auf diese Probleme finden. Immer wird die „Feminisierung“ als Hindernis für die ausreichende Versorgung in der ambulanten Medizin aufgeführt. Dabei setzen Ärztinnen (die Frauen) nur durch, was Ärzte (die Männer) sich in der Vergangenheit nicht wagten, ja noch nicht mal zu fragen wagten! In der politischen Diskussion der kommenden Bundestagswahl zur Gesundheit verkünden die Grünen das Ende der selbstständigen ärztlich-geführten Praxis!
- Die **zunehmende Inanspruchnahme der pädiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern außerhalb der üblichen Sprechstunden** – Verdopplung der „Notfälle“ in den vergangenen 5 Jahren (v. Stillfried auf dem Kinder- und Jugendärztetag in Berlin 2017) fordert sowohl ambulante als auch sta-

tionär tätige Pädiater heraus. Alle erinnern sich an ängstliche Eltern, die bei Fieber 38.1 °C mit ihrem Erstgeborenen um 18:00 Uhr in der Kinderklinik-Aufnahme erschienen.

- Im **Angestelltenverhältnis** gibt es schon lange Regelungen hinsichtlich **Arbeits- und Ruhezeit**. Auch im vertragsärztlichen Bereich muss es ein **Recht auf Erholungszeit** geben! Lösungen durch **Kooperationen der Pädiater untereinander**, aber auch kollegiale **Zusammenarbeit mit den Kinderabteilungen der Krankenhäuser** müssen her. ...und müssen von den KVen unterstützt werden.
- Das **Problem zwischen Allgemeiner Ambulanter Pädiatrie** und den „**Spezialpädiatern**“ (**Pädiatrische Subdisziplinen\***) Päd. Kardiologie, Endokrinologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Parasitologie, Phrasologie war anfangs ebenfalls auf der Agenda der AGZ. Es liegt inzwischen auf Eis, da Lösungsvorschläge zur Gestaltung dieser Zusammenarbeit nicht sinnvoll dargestellt werden können, solange der BVKJ sich nicht zur „Bedarfsplanung“<sup>(KBV)</sup> stellt. Unter anderem liegen Vorschläge auf dem Tisch zur Neugestaltung von Fortbildungsveranstaltungen (FBV) und zum Tutorium für Neu-Niedergelassene.

FBV sollen durch internet-basierte Vorträge und Aufgaben vorbereitet und dann in einer persönliche Anwesenheit erfordernden Lesung vertieft werden. Neu-Niedergelassene Vertragsärzte erhalten als Mitglieder des BVKJ Coaching Stunden durch erfahrene Alt-Gediente – eine Aufgabe, die von den KVen sehr nachlässig oder gar nur kontrollierend wahrgenommen wird. Die Kosten für die ersten Stunden übernimmt der BVKJ, danach erfolgt eine Verrechnung der KollegInnen untereinander (z. B. Übernahme von Päd-Notdienststunden)

#### Einladung zur Mitarbeit

Zum Selbstverständnis der AGZ gehört eine offene, querdenkerische, hierarchiefreie Diskussionskultur. Jedes Mitglied des BVKJ ist zur Mitarbeit eingeladen, sofern der Wunsch nach neuen Zielen bisher auf Obleuteebene oder Landesebene ungehört blieb.

Für Fragen und Kontakte steht der Autor als Sprecher der AGZ zur Verfügung.

---

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Lutz Müller

Mail: [lutz.mueller@uminfo.de](mailto:lutz.mueller@uminfo.de)

Red.: WH

---

## FASD Fachtagung

*In Deutschland haben jedes Jahr Tausende von Babys ihren ersten folgenschweren Alkoholrausch schon vor der Geburt. Um Ärzte und Öffentlichkeit für das Thema FASD zu sensibilisieren, veranstaltete der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte am 12.7.17 in Berlin gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte und unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, eine Fachtagung zum Thema FASD mit hochkarätigen Experten aus Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit und mit der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.*

Jährlich werden in Deutschland 3.000 bis 4.000 Kinder mit FASD geboren. Die Dunkelziffer liegt jedoch viel höher, Experten gehen von 10.000 bis 15.000 Neugeborenen mit Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD, aus. Die Prävalenz von FAS liegt in Deutschland zwischen 0,2 bis 8,2 pro 1000 Geburten. Das bedeutet: durchschnittlich jede Stunde kommt in Deutschland ein Kind zur Welt mit unheilbaren Schäden,

die zu hundert Prozent vermeidbar gewesen wären, hätte die Mutter während der Schwangerschaft nicht getrunken. Das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms tritt nach Expertenschätzung nur bei zehn Prozent aller Kinder mit pränatalen Alkohol-Folgeschäden auf. Das bedeutet, dass FASD eine der häufigsten angeborenen Erkrankungen darstellt, ohne als solche bislang erkannt und berücksichtigt zu werden. Kenntnisse vom Vollbild

des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und den dazugehörigen Spektrumsstörungen (FASD) muss jeder betreuende Arzt haben. Gleichwohl ist die Diagnose und Therapie der FASD schwierig, langwierig und oft nur in Teilen erfolgreich. Um so wichtiger ist die Prävention. Schwangere davon abzuhalten, Alkohol zu trinken, sollte im Mittelpunkt aller Beschäftigung mit FASD stehen. Unterschiedliche Organisationen und Institutionen leisten hier



Foto: © anaA-Tomie GbR www.ana-tomie.de

### Puppe mit sichtbaren FASD-Zeichen

Aufklärungsarbeit: Das Bundesgesundheitsministerium betreut etwa die Initiative *ZERO Schwanger? Dein Kind trink mit! Alkohol? Kein Schluck. Kein Risiko.* Die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF) klärt unter dem Motto *schwanger! Mein Kind trinkt mit* auf. FASD Deutschland e.V. mit dem Slogan „Nur EIN Schluck ... kann das Leben Ihres Kindes beeinflussen!“

Nach dem Grußwort von BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach referierte zunächst **Dr. Matthias Brockstedt**, Kinder- und Jugendarzt und Leiter des KJGD in Berlin-Reinickendorf über verschiedene alkoholbedingte Schädigungen von FASD-Kindern.

Der Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte, **Dr. Christian Albring**, präsentierte Zahlen zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, die das Ausmaß des Problems eindrücklich verdeutlichten.

Einen lebensnahen und alltagstauglichen Vortrag hielt **Susanna Rinne-Wolf**, Vorsitzende Berliner Hebammenverband e. V. Beispielhaft beschrieb sie drei Frauen, ihr soziales Umfeld und ihre unterschiedlichen Trinkgründe. Alkohol während der Schwangerschaft werde quer durch alle Gesellschaftsschichten getrunken und sei keine Folge des so genannten Elendsalkoholismus oder komme nur in Suchtfamilien vor, so die erfahrene Hebamme. Da gebe es die „Partymaus“, die gewollt und gewünscht schwanger wird, alles Wissen über Alkohol und Schwangerschaft über Dr. Goog-

le in Erfahrung bringt und in großer Sorge ist, ihr ungeborenes Kind mit einem Alkohol-Exzess geschädigt zu haben. Es gebe die Akademikerin, die mit ihren Freundinnen regelmäßig Sektfrühstücke veranstaltet und nicht weiß, dass Alkohol den Fetus schädigt, sowie die junge sozial benachteiligte Frau, selbst aus einer suchtblasteten Familie kommend, die nach dem Entzug in der Klinik ungewollt schwanger werde und mit Trinkexzessen versuche, die Schwangerschaft zu beenden, ohne zu wissen, dass sie ihr ungeborenes Kind maximal schädigt, welches dann mit dem Vollbild FAS geboren werde.

**Dr. Mirjam Landgraf**, Pädiaterin und Psychologin an der LMU München, präsentierte die neuen S3-Leitlinie zur Diagnose FAS.

Vier Kriterien sichern die Diagnose FAS:

1. Wachstumsstörung (Geburtsgewicht, Geburtslänge, Kopfumfang < P10).
2. Faziale Auffälligkeiten (kurze Lidspalte, verstrichenes Philtrum, schmale Oberlippe).
3. ZNS Auffälligkeiten (Mikrozephalie, geminderter IQ, Entwicklungsstörungen).
4. Gesicherter Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.

Ein praxistauglicher Pocket-Guide zu FAS ist abrufbar unter [www.klinikum.uni-muenchen.de/Integriertes.../FASPocketcard-geschuetzt.pdf](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Integriertes.../FASPocketcard-geschuetzt.pdf)

Wichtig sei die Abgrenzung zu anderen Syndromen bzw. Entwicklungs-

störungen, die mit ähnlicher Symptomatik wie FAS und FASD (z. B. Williams-Beuren Syndrom) einhergehen. Die Leitlinien sind abrufbar über [www.awmf.org/...szleitlinien/022-025m\\_S3-Fetale\\_Alkoholspektrumstoerung\\_Diagn...](http://www.awmf.org/...szleitlinien/022-025m_S3-Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagn...)

Einen sehr praktischen und präventiven Ansatz stellte **Dr. Heike Kramer**, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V., (ÄGGF) dar. Mit Anschauungsmaterialien wie der FASI-Puppe, der weltweit ersten naturgetreuen FASD-Puppe, mit dazugehöriger Plazenta mit sichtbarer Schädigung auch durch Nikotin führt die ÄGGF in allgemeinbildenden Schulen, in Fachschule im Bereich Pflege, bei Schwangerschaftsberatungen und Geburtsvorbereitungskursen etc. präventive Kurse durch.

FASI ist so groß wie ein durchschnittliches Neugeborenes in Deutschland und hat die typischen äußeren Merkmale eines Babys mit FAS. (Bezugsquelle auf [www.ana-tomie.de](http://www.ana-tomie.de)). Mit dem Kauf wird die Präventionsarbeit der ÄGGF unterstützt.

**Dr. Heidrun Thaiss**, BZgA, stellte Daten sowohl zum Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft als auch zur Alkoholprävention und die Maßnahmen der BZgA-Aufklärung über Kampagnen, Print-Materialien etc. vor.

Sehr anschaulich und engagiert berichtete die **Dipl. Psychologin Gela Becker** über ihre Tätigkeit im FASD Fachzentrum Sonnenhof, Berlin. Sie beleuchtete die sozialen Aspekte, die finanziellen Bedürfnisse der FASD-Patienten und die Begleitung über die Kindheit in das Erwachsenenleben hinein.

Einen sehr persönlichen Einblick in das Leben mit FASD-Kindern vermittelte die **Dipl. Sozialpädagogin Gisela Michalowski**, Bundesvorsitzende der Selbsthilfegruppen FASD Deutschland e. V. Sie ließ das Publikum teilhaben an dem Lebensverlauf eines ihrer vier FASD-Kinder, die sie adoptiert hat.

In einer anschließenden Podiumsdiskussion, die Professor Dr. Klaus-Michael Keller und Dr. Matthias Brockstedt moderierten, konnten die etwa hundert sehr engagierten Teilnehmer sich aktiv beteiligen und noch einmal Aspekte aus ihrer eigenen Arbeit bzw. Betroffenheit liefern.

**Dr. Sigrid Peter**

Mitarbeit: Regine Hauch



# Anstellung von Ärztinnen/Ärzten in der Praxis – Viele Möglichkeiten, enge Vorgaben.

## *Erfahrungen aus Baden-Württemberg mit den verschiedenen Arten der ärztlichen Anstellung*

// Ich kenne keine Kollegin, keinen Kollegen, die/der nicht schon mal mit dem Gedanken gespielt hat, Arbeit abzugeben. Keine 50 Std.-Woche mehr? Kein komisches Gefühl während des Praxisurlaubs, die Patienten allein zu lassen? Die Möglichkeiten zur Anstellung sind vielfältig, aber verwirrend, so dass viele den Schritt scheuen. Vorweggenommen: Wir arbeiten in Baden-Württemberg und haben fast alles unten Beschriebene ausprobiert. Einiges ist nicht auf andere Bundesländer übertragbar. Die KVen und Zulassungsausschüsse entscheiden sehr unterschiedlich. Eine eingehende Beratung bei der zuständigen Niederlassungsberatung ist nötig. Je nach Beratungsangebot muss oft hartnäckig nachgefragt werden, um alle Informationen zu erhalten (und zu verstehen). Manches ist durch Urteile und Gesetze eindeutig geklärt. Anderes folgt regionalen Richtlinien. Hier der Versuch eines Überblicks der Anstellungsformen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, deren Vor- und Nachteile sowie Auswirkungen auf Vergütung und Plausibilitätszeitgrenze.



Christian Steuber

### Plausibilitätszeit

Die **Plausibilitätszeit** ist die Arbeitszeit, welche jedem/jeder Niedergelassenen zur Erbringung von Leistungen zugestanden wird. Bei einem vollen Versorgungsauftrag beträgt diese für die/den selbstständig Niedergelassene/n 780 Stunden pro Quartal. Sie wird durch die Summe aller Prüfzeiten der abgerechneten Kassenleistungen ausgefüllt. Bei Überschreitung ist die KV gesetzlich zur Prüfung der Plausibilität gezwungen. Dies muss nicht zwingend einen Regress nach sich ziehen, wenn die Leistungserbringung plausibel erscheint und z.B. durch eine hohe Fallzahl wegen Vertretung anderer Praxen entstanden ist. Selektivvertragsleistun-

gen und Privatleistungen beeinflussen die Prüfzeitsumme nicht. Angestellten wird für denselben Zulassungsanteil in Baden-Württemberg eine niedrigere Plausibilitätszeit zugeordnet, als selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzten.

In Baden-Württemberg ist aktuell das Regelleistungsvolumen und damit die Vorjahresfallzahl im hausärztlichen Bereich bedeutungslos. Überschreitende Honoraranforderungen für erbrachte Leistungen werden, bis auf einige fallzahlabhängige Leistungen (z. B. 04230 oder die psychosomatische Grundversorgung) zu 100 % ausbezahlt, wenn keine individuelle Leistungsbegrenzung ausgesprochen wurde. Die einzige Begrenzung der Praxistätigkeit im Bereich des Kollektivvertrages über die KV ist daher die Plausibilitätszeit. Diese kann durch eine zusätzliche (Teil-)Zulassung oder z. B. im Rahmen einer Anstellung zur Weiterbildung angehoben werden.

### Anstellung von Weiterbildungsassistenten

Vergleichbar unkompliziert ist die **Anstellung zur Weiterbildung**. Die Weiterbildungsermächtigung ist bei der zuständigen Kammer zu beantragen (24 Monate meist kein Problem). Die Anstellungsgenehmigung erfolgt über die KV. Oft ist eine Weiterbildung in Teilzeit für beide

Seiten attraktiver. Zumindest anfangs sind fachliche und zeitliche Ausbildungsressourcen stärker gefordert. Hilfestellung, wie Mustercurricula und Anträge bieten verschiedene Foren in PädInform oder auch die DGAAP. Bei Halbtags-tätigkeit, der üblichen Untergrenze für die Anstellung in Weiterbildung, erhält die Praxis bis zu 4 Jahre eine engagierte Unterstützung. Durch die bundesweite Förderung (maximal € 4.800.- mtl. bei Vollzeittätigkeit) und einen anteiligen Aufschlag auf die Plausibilitätszeitgrenze der Praxis – in Baden-Württemberg max. 78 Std./Quartal (=10 % bei Vollzeit-Plausibilitätszeit) – kann dies attraktiv sein und sollte entsprechend der räumlichen und fachlichen Möglichkeiten erwogen werden. Die Plausibilitätszeiterhöhung ist im Verhältnis zum Tätigkeitsumfang allerdings gering. Die Behandlungsverantwortung liegt immer beim weiterbildenden Arzt, der regelmäßig ansprechbar sein muss.

### Anstellung von Fachärztinnen und -ärzten

Eine Beschäftigung einer/s **Angestellten ohne eigene Zulassung** (ähnlich dem Jobsharing) deckelt umgehend den größten Teil des KV-Honorars auf das Niveau der letzten vier Quartale. Es besteht die Wahl, ob als Durchschnittshonorar dieser Quartale oder mit den tatsächlichen

jahreszeitlichen Schwankungen. Ausgenommen von der absoluten Leistungsbegrenzung sind nur wenige Leistungen, z. B. Impfungen. Zuwachsmöglichkeiten sind begrenzt bis zu einem errechneten Fachgruppendurchschnitt möglich. Dieser ist deutlich niedriger, als das uns üblicherweise bekannte durchschnittliche Quartalshonorar, da nicht alle Leistungen einfließen. Die Plausibilitätszeit bleibt unverändert.

Diese Form der Anstellung erlaubt kaum ein wirtschaftliches Wachstum, auch dann nicht, wenn z. B. durch Wegfall einer Nachbarpraxis ungewollt die Inanspruchnahme und damit die Arbeit ansteigt. Diese Mehrarbeit wird nicht bezahlt. Sie eignet sich v. a., wenn eine Reduktion der eigenen Tätigkeit vorgesehen ist und die Anstellung zeitlich begrenzt geplant ist. In der Quartalsabrechnung wird in Baden-Württemberg transparent dargestellt, welche Anteile der abgerechneten Leistungen durch die fixe Obergrenze nicht ausbezahlt wurden.

In Einzelfällen kann in Baden-Württemberg bei dieser Art der Anstellung und auch beim Jobsharing bei Nachweis einer regionalen Unterversorgung (trotz formal gesperrtem, überversorgten Gebiet) und nach Zustimmung der Nachbarpraxen eine Anhebung der Leistungsobergrenze beantragt werden (fragen Sie ggf. Ihre zuständigen Obleute).

### Zusätzliche Zulassung

Attraktiver und in Regionen abnehmenden ärztlichen Nachwuchses eher umsetzbar ist es, sich neben der eigenen Zulassung um eine **ausgeschriebene (Teil-)Zulassung** zu bewerben, **um darauf fachärztliche Assistentinnen oder Assistenten anzustellen**. Voraussetzung ist, dass eine (Teil-)Zulassung ausgeschrieben wurde. Ähnlich wie beim eigenen Praxisstart ist es Verhandlungssache, zu welchen Bedingungen Sie eine Zulassung eines/einer Abgebenden erhalten. Konkurrierende Bewerber, die sich selbstständig machen wollen und sonstig privilegierte Mitbewerber haben Vorrechte bei der Zuteilung. Hier spielen Wartezeit, Verwandtschaft zum oder Mitarbeit beim Abgebenden u. a. eine Rolle. Zulassungswünsche von anstellenden Ärzten oder MVZs werden gegenüber Freiberuflichkeit nachrangig erfüllt. Entsprechend dem in der Zulassung festgelegten zeitlichen Umfang des Sicherstellungsauftrags

ergibt sich sofort eine Erhöhung der zugestandenen Plausibilitätszeit für die Praxis. Die Versorgung dieser „Anstellungszulassung“ Ihrer Praxis kann durch die Anstellung von bis zu 4 Angestellten sichergestellt werden. Auf je 25 % einer Zulassung ist maximal die Beschäftigung einer/eines Angestellten mit jeweils 10-stündigem Sicherstellungsauftrag erlaubt. Dieser muss im Arbeitsvertrag als Teil der Arbeitszeit genau definiert sein. Die Plausibilitätszeitgrenze erhöht sich üblicherweise je 10 Stunden Wochenarbeitszeit um 130 Stunden pro Quartal.

### Fachärztliche Assistenz ohne zusätzliche Zulassung

Hierbei „generiert“ man sich sozusagen eine „Anstellungszulassung“, indem man einen **häufigen Anteil der eigenen Vollzulassung abgibt**: Die eigene Zulassung wird zur Hälfte zur Nachbesetzung ausgeschrieben. In gleicher Sitzung des Zulassungsausschusses bewirbt man sich selber auf diese halbe Zulassung, um darauf bis zu zwei fachärztliche Assistenten zur Anstellung genehmigen zu lassen.

Durch die Teilung und erneute Teilzulassung zur Anstellung bleibt der Sicherstellungsauftrag der Praxis insgesamt gleich. Die Plausibilitätszeit wird auf Sie und Ihre Angestellten (entsprechend der Arbeitszeit reduziert) verteilt. Das Regelleistungsvolumen und Sonderbudgets, wie psychosomatische Grundversorgung u. a. werden anteilig gewährt.

Dieses Vorgehen ist für manche Praxen und gerade in Baden-Württemberg dennoch interessant, da durch die zunehmende Auslagerung von Leistungen in Selektivverträge die kassenärztlichen Leistungen mit relevanten Prüfzeiten reduziert werden. Die Prüfzeitgrenzen werden auch bei faktischer Ausweitung der Praxistätigkeit langsamer erreicht. Zudem sind in Baden-Württemberg sehr viele Praxen weit vom Erreichen der Plausibilitätszeitgrenze entfernt. Selektivvertragsleistungen sind nicht prüfzeitrelevant. Dies sind überregional beispielsweise die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Barmer-GEK-Vertrags sowie in Baden-Württemberg als Besonderheit die vollumfängliche Versorgung von Patienten im Rahmen des Vertrags „AOK-Hausarztzentrierte Versorgung“, kurz AOK-HzV. Das durch diese Leistungen im KV-Bereich verursachte Prüfzeit-

volumen entfällt durch die Teilnahme an den Selektivverträgen.

### Zulassungsausschuss

Der Zulassungsausschuss fordert, dass im Arbeitsvertrag einer/s Angestellten mit Zulassung der genaue Arbeitszeitanteil im Rahmen des Sicherstellungsauftrags festgehalten wird. In Baden-Württemberg sind dies 10 Wochenstunden bei 25 %-igen, 20 bei 50 %-igem Sicherstellungsauftrag der/des Angestellten usw. In manchen Bundesländern reicht eine Arbeitszeit von 30 Wochenstunden zur Erfüllung eines ganzen Sicherstellungsauftrags. Im Arbeitsvertrag wird die Gesamtarbeitszeit von beispielsweise 15 Wochenstunden differenziert dem Sicherstellungsauftrag über die KV (10 Wochenstunden) und anderen Tätigkeiten (5 Wochenstunden) zugeordnet. Da es im Bereich der KV einen Mindestlohn für angestellte Assistenten gibt, muss auch der Arbeitslohn entsprechend aufgegliedert dargestellt werden.

Der Zulassungsausschuss ist für gesperrte Gebiete verpflichtet zu prüfen, ob eine Zulassung unbesetzt bleiben, also eingezogen werden kann. Daher sollte man sich vor der Ausschreibung informieren, ob dieses Risiko bei der eigenen Zulassung besteht. Da eine lokale Unterversorgung vermieden werden soll, ist die Nichtbesetzung einer ausgeschriebenen, bislang „ausgefüllten“ Teilzulassung nach Auskunft der KV nicht üblich und bislang im hausärztlichen Bereich nur relevant, wenn der auszuschreibende Sicherstellungsauftrag nicht „gelebt“ wurde. Bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses kann ggf. die Zulassungsausschreibung zurückgezogen werden. Durch die Beteiligung des Zulassungsausschusses sind die Kosten dieser Art der Anstellungszulassung höher. Nach eigenen Erfahrungen ca. € 1.000.- bei der Zulassungsteilung, bei späterem Wechsel der/des Angestellten jeweils ca. € 400.-.

### Auswirkungen der Anstellung

Da die „Anstellungszulassung“ maximal während 6 Monaten durch andere Ärztinnen oder Ärzte der Praxis vertretend ausgefüllt werden darf, ist bedeutend, wie gut man im Falle eines Mitarbeiterwechsels in der Lage ist, eine/n Nachfolger/in zu finden. Dies mag in Ballungszentren und Universitätsstädten einfacher sein als auf dem Land. Eine Zulassungsteilung kann

bedingt rückgängig gemacht werden, um den Sicherstellungsauftrag wieder selber auszuüben. Es gelten aber die gleichen Risiken wie bei der vorangegangenen Teilung.

Bei dieser Form der Anstellung führt die Kombination formal getrennter Teilzulassungen zu einer ähnlichen Situation wie bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis). Deshalb wird laut KV auch bei nur einem Gesellschafter eine Zulage von 22,5 % auf die Grundpauschale (04000 sowie 04030) gewährt. Dies entspricht seit der Absenkung der Vergütung der Grundpauschale (mit Einführung der Gesprächsziffer 04230) etwa dem vorherigen „Nachteilsausgleich“ (10 %) von BA-Gen gegenüber Praxisgemeinschaften, die durch gegenseitige Vertretung eine gewisse Anzahl von vergüteten Doppelbehandlungen (angenommene 10 %) haben.

Jedliche Anstellung birgt auch **Nachteile**: Die Notdienstverpflichtung der/des Angestellten obliegt immer der/dem Praxisinhaber/-in und entspricht der Ge-

samtzulassung. Diese Verpflichtung kann im Arbeitsvertrag auf die/den Angestellten übertragen werden. Ebenfalls sollte im Arbeitsvertrag die Verpflichtung zur Fortbildung aufgenommen werden, da der fehlende Fortbildungsnachweis zu Honorarkürzungen für diesen Anteil der Zulassung führen kann. Ein weiteres Risiko ist das mögliche Eintreten der Gewerbesteuerpflicht durch die Anstellung (BFH-Urteil Az.: VIII R 41/12). Abhängig von den regionalen Gewerbesteuern und dem persönlichen Grenzsteuersätzen kann dies steuerlich nachteilig sein, bedeutet mehr Arbeit (Bilanzierung statt Einnahmen/Ausgaben-Rechnung). Deshalb sollte vor einer Anstellung in jedem Fall steuerliche Beratung stattfinden. Auch müssen für das wirtschaftliche Arbeiten von Angestellten (korrekte Ziffernvergabe und Zeitmanagement) eine gute Begleitung (QM, Behandlungsbausteine etc.) und Vertretungsmöglichkeiten für Ausfallzeiten eingeplant werden.

### Fazit

**Nicht alle Auswirkungen der Anstellungen lassen sich vorhersehen. Jedoch kann die Anstellung in der niedergelassenen Praxis ein attraktiver Weg für beide Seiten sein. Sie hilft auch, den Übergang zur Praxisabgabe vorzubereiten, und wird den Veränderungen der Bedürfnisse junger Ärztinnen und Ärzte als potentielle Angestellte gerecht, ohne zwingend zu Begrenzungen und geringerem Einkommen zu führen.**

---

#### Korrespondenzadresse:

Christian Steuber  
Praxis Arche für Kinder und Jugendliche  
79232 March-Hugstetten  
E-Mail: [steuber@kinderaerzte-team.de](mailto:steuber@kinderaerzte-team.de)

Red.: WH

---

## Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

---

# Angst vor Unterrichtsausfall ist unbegründet

*Die Angst vor dem Unterrichtsausfall ist ein häufiger Grund, warum Eltern die vom Kinder- und Jugendarzt empfohlene mehrwöchige stationäre Rehabilitation für ihr Kind ablehnen. Auch manche Lehrer sehen rehabedingte Fehlzeiten zu schon vorhandenen schulischen Problemen überaus kritisch. Diese Befürchtungen sind aber unbegründet, weil die Rehakliniken über eigene Schulen verfügen und während der Rehabilitation Schulunterricht erteilt wird. Angst vor Schulausfall ist also weder ein Grund, um auf eine Reha zu verzichten, noch sie in die Ferien zu legen.*



### Angebote der Reha-Kliniken und Unterstützung durch die Kultusministerien

Damit die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen auch während einer mehrwöchigen Rehabilitation Unterricht erhalten können, haben die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche staatlich anerkannte Schulen eingerichtet und unterrichten neben den Therapien **10 bis über 20 Stunden Unterricht in der Woche**. Auch die Deutsche Rentenversicherung

(DRV) als Leistungsträger legt Wert auf das Schulangebot in den Kliniken, um Schuldefizite während einer Rehabilitation zu vermeiden. Für die Schulen sind in Deutschland die Bundesländer zuständig. Die Unterstützung der Klinikträger durch das jeweilige Kultusministerium ist leider unterschiedlich groß.

Die Teilhabe an Bildung im vorschulischen und schulischen Bereich ist von größter Bedeutung für die spätere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Arbeitswelt. Deswegen wird im **Flexiren-**

**tengesetz** das Ziel einer Rehabilitation, nämlich die spätere Erwerbsfähigkeit, heruntergebrochen auf die **Schulfähigkeit**. Die Rehabilitation soll gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung erschweren, beseitigen oder weitgehend kompensieren.

Schule stellt ein somit wirksames Unterstützungssystem in der Kinder- und Jugendrehabilitation dar.

Die Lehrer arbeiten eng mit den Ärzten, Therapeuten und Sozialpädagogen zusammen und entwickeln Hilfen, Unterstützungen und evtl. schulische Neuorientierungen. Eltern, Kinder und Jugendliche, Lehrer der Heimatschule, Behörden, Therapeuten und alle anderen Beteiligten können die Erkenntnisse und Hinweise aus der schulischen Rehabilitation für die weitere Entwicklung positiv nutzen.

### Klinikschule verbindet Unterricht und schulische Rehabilitation

Die **Klinikschule** ist nicht isoliert zu betrachten, sie **stimmt sich eng mit der Heimatschule ab**. Vor Beginn der Rehabilitation lässt sich die Klinikschule über die Eltern von der Heimatschule mitteilen, welcher Unterrichtsstoff für die nächsten Wochen vorgesehen ist. Am Ende der Rehabilitation erhält die Heimatschule von der Klinikschule einen Schulbericht über den Unterricht und das schulische Verhalten während der Rehabilitation. Mit dem Unterricht in der Klinik und der Zusammenarbeit zwischen Klinik- und Heimatschule wird Unterrichtsausfall vermieden und eine Brücke zwischen den beiden Schulsystemen gebaut.

Doch die Klinikschule unterrichtet nicht nur, sondern sie muss zunehmend eine schulische Rehabilitation gewährleisten. Denn viele Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen, somatischen und chronischen Erkrankungen haben auf Grund ihrer gesundheitlichen Probleme, deren Auswirkungen auf den Alltag und der Anforderungen der Untersuchungen und Behandlungen schulische Probleme. Bei manchen Jugendlichen führt dies zu längeren Schulausfällen oder gar zu schulmeidendem Verhalten. Ziel der Kli-

### Zielbereiche schulischer Bildung in der Rehabilitation

- Unterricht in Absprache mit der Heimatschule
- Schule und die eigenen Voraussetzungen in Einklang bringen
- Chronische Krankheit im Schulalltag managen
- Lust auf Lernen in Gruppen wieder wecken, Kompetenzen suchen, Lernmotivation finden
- Verschiedenheit als bereichernde Vielfalt erleben
- Methodentraining „Lernen“
- Methodentraining „Belastende Situationen“
- Prävention: Stark sein – Hilfe anfordern und annehmen
- Beratungen: Berufsorientierung, Schullaufbahnberatung
- Lernstoff und Leistungsnachweise bearbeiten, Lernlücken finden und schließen
- Erfolgreiche Reintegration in die Lernangebote zu Hause
- Gewaltlos Konflikte lösen

nikschule ist es dann, wieder Freude am Unterricht zu wecken und eine Rückkehr in einen normalen schulischen Alltag zu ermöglichen.

### Individuelle Bildungswege gestalten

Die **Schulen an den Rehakliniken** arbeiten in der Regel **schulartübergreifend, jahrgangsgemischt und inklusiv**. Alle Bildungs- und Unterrichtsangebote werden individuell für die einzelne Schülerin oder den einzelnen Schüler entwickelt. Dies bedeutet, dass in der täglichen Umsetzung jedes Kind, jeder Jugendliche einen individuellen, auf seine Bedürfnisse abgestimmten Stundenplan erhält und so in Absprache mit den zuständigen Therapeuten und Ärzten die individuellen Ziele angegangen werden können. Die Absprache über Bildungsinhalte und andere Schwerpunkte mit der Heimatschule erfolgt vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme durch Übersendung eines Schulfragebogens. Der Kontakt zu der Heimatschule wird auch während der Rehabilitation aufrechterhalten. Telefonate, Mails oder Faxe sind hier die bevorzugten Kommunikationsmittel.

### Neuausrichtung schulischer Bildung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die Schule stellt ein wirksames und unverzichtbares Unterstützungssystem in der Kinder- und Jugendrehabilitation dar. Wird sie als **zentraler Teil von Rehabilitation** gesehen und eingebunden, entstehen für Kinder und Jugendliche mit

chronischen psychosomatischen und somatischen Erkrankungen ganz neue und erfolgversprechende Perspektiven zur erfolgreichen Gestaltung ihres Bildungs- und Lebenswegs. Schulische Bildung und schulische Rehabilitation im klinischen Bereich ist ein Weg, der zur Teilhabe an unserer Gesellschaft und Arbeitswelt führen kann.

Chronische Erkrankungen als Hindernisse für Teilhabe an schulischer Bildung müssen als komplexe Herausforderung betrachtet werden. Zugänge zu Bildungsangeboten sind systemisch zu planen und umzusetzen. Hier haben sich die Anforderungen an die Klinikschulen vollkommen verändert. Nicht mehr nur das Erlernen von „Schulstoff/Inhalten“ ist Aufgabe, sondern die **Gestaltung von individuellen Bildungswegen**. Um Teilhabe an Bildung für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen zu gestalten, sind die Zielbereiche der Klinikschulen heute weiter gefasst und damit zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Rehabilitation.

Alle Informationen zur Kinder- und Jugendreha: [www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de](http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de)

#### Korrespondenzadresse:

Stephan Prändl  
Sonderschulrektor SBBZ, Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum  
Heinrich-Brügger-Schule, Waldburg-Zeil  
Fachkliniken Wangen  
Am Vogelherd 15  
88239 Wangen im Allgäu  
E-Mail: [stephan.praendl@wz-kliniken.de](mailto:stephan.praendl@wz-kliniken.de)

Red.: WH

# PraxisApp „Mein Kinder- und Jugend- arzt“ jetzt mit Videosprechstunde

Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“, die bereits in Kinder- und Jugendarzt-Praxen eingesetzt wird, bietet einen neuen Service für unsere Patienten bzw. deren Eltern. Mit der Online-Video-Sprechstunde (OVS) können Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte ab sofort Eltern, deren Kinder unter Fütter- oder Schlafproblemen leiden oder Schreibabys sind, aber auch Eltern, deren Kinder während des Urlaubs im Ausland eine akute Erkrankung erleiden, für eine Videosprechstunde freischalten. Eltern erhalten die Nachricht darüber direkt auf das Smartphone, auf dem die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ installiert ist. Dieses neue Angebot können Sie in der Praxis – nach Absprache mit den Eltern – als Selbstzahlerleistung anbieten, denn die oben genannten Indikationen sind nicht Bestandteil der EBM-Ziffer, die für die OVS in der Regelversorgung seit dem 1.4.2017 gilt.

## Mit der Kommunikations-App „Mein Kinder- und Jugendarzt“ auf die Video-Sprechstunde umrüsten

Die Nutzung dieses neuen Dienstes ist denkbar einfach. Anmelden können sich Mitglieder des BVKJ bei unserem Dienstleister, der Firma Monks – Ärzte im Netz aus München, online unter <https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-kinder-und-jugendarzt/>.

Die **Kosten** dafür betragen **pro Arzt 5€/Monat für die PraxisApp** und **2,50€/Monat für die Online-Video-Sprechstunde** (alle Preise zzgl. ges. MwSt.). Nach der Freischaltung erhalten alle teilnehmenden Praxen ein Starterpaket – bestehend aus Plakat und Flyern, mit denen die Eltern in der Praxis über das neue Angebot informiert werden können. Erziehungsberechtigte laden sich dann die PraxisApp bei Google Play oder im App Store (je nachdem, welches Smartphone sie haben) herunter und registrieren sich bei ihrer Kinder- und Jugendärztin/-arzt.

Über die Online-Verwaltung der PraxisApp können teilnehmende Praxen dann sofort namentlich sehen, bei welchen Kindern ein Erziehungsberechtigter die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ installiert hat. Erziehungsberechtigte können dann z.B. direkt an bevorstehende Termine ihres Kindes erinnert werden oder auch daran, dass das Kind bestimmte Medikamente einnehmen sollte. Alle Nachrichten aus der Praxis landen direkt als so genannte „Push-Nachrichten“ auf dem Smartphone des angemeldeten Erwachsenen.



Neu ist nun die Rubrik „**Online-Video-Sprechstunde – OVS**“ in der PraxisApp-Verwaltung, mit der ausgewählte Patienten für eine Videosprechstunde freigeschaltet werden können. Teilnehmende Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte entscheiden dabei selbst, für wen sie diesen Dienst freischalten möchten und vor allem auch den Zeitpunkt, an dem sie eine OVS anbieten möchten. Diese kann dann vom Laptop mit integrierter Kamera genauso durchgeführt werden, wie mit dem Tablet oder Smartphone. Für Mütter und Väter ist die Integration dieses Angebotes in die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ sehr praktisch – denn sie haben die Online-Video-Sprechstunde quasi immer dabei, wenn sie mit dem Smartphone unterwegs sind – und das gilt eben auch für Auslandsaufenthalte.

## Abrechnung über EBM-Ziffer verschiebt sich zeitlich

Die technische und datenschutzrechtliche Umsetzung dieses Angebotes entspricht den Vorgaben der KBV/GKV für die Regelversorgung. Allerdings gibt es derzeit noch Klärungsbedarf auf Seiten dieser Organisationen bzgl. der Rechtssicherheit der geforderten Zertifizierungen. Sobald diese geklärt sind, kann die OVS auch im Rahmen der neuen EBM-Ziffer GOP 01450 (Technikpauschale in Höhe von 4,21€ – 40 Punkte) bzw. GOP 01439 (Beratungspauschale entspricht mit 9,27€ – 88 Punkte) für die wenigen Indikationen abgerechnet werden, die für die Regelversorgung definiert wurden (<http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>).

Der BVKJ empfiehlt aber den Einsatz der neuen OVS – wie oben beschrieben – als Selbstzahlerleistung. Viele Private Krankenversicherungen haben ebenfalls bereits angekündigt, dass sie entsprechende GÖÄ-Abrechnungen ihrer Versicherten für eine Online-Video-Sprechstunde akzeptieren werden. Damit kann die OVS auch für viele Kinder- und Jugendarztpraxen ein durchaus attraktiver Service für Eltern und deren Kinder sein.

Ihr Thomas Fischbach

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Fischbach  
42719 Solingen

E-Mail: [fischbach@](mailto:fischbach@kinderaerzte-solingen.de)

[kinderaerzte-solingen.de](mailto:fischbach@kinderaerzte-solingen.de)

Red.: WH



# PraxisApp Mein Kinder- und Jugendarzt

Die PraxisApp – exklusiv für BVKJ-Mitglieder mit Eintrag im  
Ärzteverzeichnis von [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)  
Ihre Haus- & Fachärzte von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

**bvkj.**  
Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Ihre Anmeldung

Ja, ich/wir bestelle/n die PraxisApp für

- Einzelpraxis**  
5 € monatlich zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis bis 3 Ärzte**  
10 € monatlich zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis mehr als 3 Ärzte**  
15 € monatlich zzgl. MwSt.

Sie erhalten von uns einmalig kostenlos das PraxisApp-Starters-Paket mit 2 Plakaten und 50 Flyern zur Bewerbung Ihrer PraxisApp.

- Zusätzlich zur PraxisApp bestelle/n ich/wir die Online-Video-Sprechstunde zum Preis von 2,50 € monatlich zzgl. MwSt. pro Arzt für folgende Ärzte:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
weitere Ärzte

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Stadtteil

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

### Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ0000700791. Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
DE

\_\_\_\_\_  
IBAN



\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

### PraxisApp - exklusiv für Ärzte mit Eintrag im Ärzteverzeichnis von [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

- Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir bereits eine Praxis-Homepage bei [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) habe/n.

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

### Einverständniserklärung

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



\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift



Viele Informationen zur PraxisApp und Online-Video-Sprechstunde finden Sie unter [www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp)

### So können Sie sich anmelden:



per Fax an:  
089 / 64 20 95 29



Monks - Ärzte im Netz GmbH  
"Kinderärzte im Netz"  
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



Im Internet unter:  
[www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp](http://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp)



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

## Der Honorarausschuss informiert

# Neue Ziffern für Testverfahren

Ab dem 1.7.2017 gelten neue Gebührenordnungspositionen im EBM-Kapitel 35 (Psychotherapie). Davon sind auch nicht psychotherapeutisch arbeitende Hausärzte betroffen, nämlich dann, wenn sie sich der sogenannten Testziffern bedienen.

Im Kapitel Psychotherapie des EBM sind zuletzt mehrere neue Leistungen eingepflegt worden. Zum 1. Juli dieses Jahres werden weitere Gruppentherapiepositionen folgen. Die starke Differenzierung der Gruppentherapien erforderte eine Neustrukturierung des gesamten Kapitels 35. Für jede Gruppengröße wird es in Zukunft eine eigne GOP geben.

### Nicht antragspflichtige Leistungen

Im Kapitel 35.1 bleiben auch weiterhin die **nicht antragspflichtigen Leistungen**, wie die Psychosomatik (35100 und 35110), probatorische Sitzung, die Berichte an den Gutachter und die neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung.

### Antragspflichtige Leistungen

Das Kapitel 35.2 befasst sich weiterhin mit den **antragspflichtigen Leistungen**, alle Leistungen erhalten aber neue Ziffern. Um die vielen neuen Gebührenordnungspositionen zu strukturieren, teilt man es nunmehr ein in

**Kap. 35.2.1: Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425)**

**Kap. 35.2.2: Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559)**

**Kap. 35.2.3: Zuschläge (GOP 35571 bis 35573)**

Die einzelnen Leistungen finden sie u.a. unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

### Psychodiagnostische Testverfahren

Auch das Kapitel 35.3, in welchem **psychodiagnostische Testverfahren** verbleiben, erhält somit zwangsläufig **neue Ziffern:**

**Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren GOP 35600**

**Anwendung und Auswertung psychometrischer Testverfahren GOP 35601**

**Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren GOP 35602**

**Die Inhalte und Bewertungen dieser Ziffern bleiben unverändert.**

Alt	Leistung	NEU	Punkte	Euro 2017
35300	Standardisierte Testverfahren	<b>35600</b>	28	2,95
35301	Psychometrische Testverfahren	<b>35601</b>	28	2,95
35302	Projektive Testverfahren (nur P-Ärzte)	<b>35602</b>	46	4,84

### Update-Testziffern – wann werden sie angewandt?

Alle Kinder- und Jugendärzte sind berechtigt die Ziffern aus dem Kapitel 35.3 abzurechnen. Allen drei Ziffern ist gemeinsam, dass jeweils **zu 5 Minuten getaktet** (also auch mehrfach in einer Sitzung) abgerechnet werden können. Dauert als Beispiel Anwendung und Auswertung 40 Minuten, so kann die jeweilige Ziffer 8x angesetzt werden.

Nächstes Beispiel: MFA benötigt 20 Minuten – der Arzt zur Auswertung 5 Minuten: der Test ist somit mit 25 Minuten (also 5x abrechenbar).

Alle drei Gebührenpositionen sind mit Ausnahme der Indikationsstellung und der Auswertung **grundsätzlich delegierbar**.

Für den Gebrauch bei Kindern und Jugendlichen gibt es eine **Gesamtpunktzahlbergrenze von 1280 Punkten im Behandlungsfall (=Quartal)**.

Diese drei Ziffern gehören zur **neuropsychologischen Testdiagnostik** und sind somit **keine entwicklungsneurologischen Ziffern**. Ein routinemäßiges

Zusetzen zu Vorsorgen wird von vielen KVen kritisch beäugt.

Am meisten Unsicherheit dürfte bei der Frage „wann kommt welche Ziffer zum Ansatz“ herrschen:

- Die meisten Anwendungsmöglichkeiten bietet die **35600 (standardisierte Testverfahren)**: (Beispiele: Mann-Zeichen-Test, Gesell-Figuren-Test).
- Bei Gebrauch der **35601 (psychometrische Testverfahren)** sollten weitgehend standardisierte neuropsychologische Testverfahren zum Einsatz kommen, die Aussagen machen können zur Leistungsfähigkeit, zum Entwicklungsstand und zur Intelligenz des Patienten (Beispiele: Denver-Test, HAWIK, BUEVA).
- Die Anwendung der **projektiven Testverfahren (35602; nur für Ärzte mit Psychotherapie-Genehmigung)** muss eine Aussage zur Persönlichkeit des Kindes erlauben (Beispiele: Rorschach-Test, Sceno-Test, Familie mit Tieren-Test).

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Reinhard Bartzky  
10967 Berlin  
E-Mail: [dr.@bartzky.de](mailto:dr.@bartzky.de)

Red.: WH

# Ausfall des Praxisinhabers einer kinder- und jugendärztlichen Praxis – die juristische Nothilfe<sup>1</sup>, Teil 1

**Unfall, Krankheit oder Tod:** Fällt der Inhaber der kinder- und jugendärztlichen Praxis aus, müssen sofort Handlungsmöglichkeiten zur Sicherung und Fortführung der Praxis bestehen. Grund genug, eine angemessene und vorausschauende Vorsorge zu treffen.

**Wer, wie, was, wo?:** Durch Bevollmächtigung und klare Handlungsanweisungen in einem Vorsorgeordner sind vertrauenswürdige Personen in die Lage zu versetzen, die Praxis des Kinder- und Jugendarztes im Ernstfall auf Kurs zu halten.



Gerrit Tigges



Dr. Christian Maus

## I. Einleitung

Auch Kinder- und Jugendärzte sind nicht davor gefeit, dass konkret für sie bzw. ihre Angehörigen durch Unfall, Krankheit oder Tod plötzlich Umstände eintreten, die zu tiefgreifenden Einschnitten in der beruflichen und privaten Situation führen. Im Praxisalltag geht allerdings oft genug der Blick auf die Vorsorge für den eigenen „Notfall“ verloren.

Von einem plötzlichen Ausfall des Praxisinhabers sind neben dem privaten Lebensbereich unmittelbar auch das Schicksal der Praxis und damit die berufliche Existenz betroffen. Regelmäßig fallen ad hoc die Honorareinkünfte aus, während sämtliche Verbindlichkeiten für den Praxisbetrieb - insbesondere für Miete und Personal - fortbestehen. Ohne akute Handlungsmöglichkeiten aufgrund einer angemessenen eigenen Vorsorge kann eine solche Situation für den Praxisbetrieb und damit auch für die Familie existenzgefährdend sein. Es gilt daher Vorsorge zu treffen, insbesondere durch frühzeitige Benennung und Bevollmächtigung derjenigen Personen, welche die Geschicke im Falle der eigenen Handlungsunfähigkeit übernehmen sollen bzw. müssen. Dieser Beitrag soll als Leitfaden dabei eine Anregung und Hilfestellung geben.

## II. Allgemeine Vorsorgeverfügungen (privat und beruflich)

Im Todesfall und gleichfalls bei – vorübergehender – Handlungs-/Geschäftsunfähigkeit gilt es für die Angehörigen bzw. Nachfolger des betroffenen Kinder-

und Jugendarztes, sich möglichst rasch einen Überblick insbesondere über die wirtschaftliche und rechtliche Situation im privaten Lebensbereich sowie der Arztpraxis zu verschaffen, um die kurz- und mittelfristig notwendigen Schritte einleiten zu können. Im Rahmen der Vorsorge stellt sich daher zunächst die Frage im Hinblick auf die Personen, die mit den notwendigen Vorkehrungen und Maßnahmen zu befassen sind, einschließlich deren Handlungsbefugnisse. Gleichfalls gehört es zu einer angemessenen Vorsorge, die Handelnden in die Lage zu versetzen, die notwendigen Maßnahmen auch adäquat durchführen zu können. Die Fragen „Was ist zu tun?“ und „Wo finde ich was?“ sollten sich für die handlungsbefugten Personen aufgrund klarer Vorsorgemaßnahmen möglichst unkompliziert und schnell beantworten lassen.

### • Bevollmächtigung

Zunächst sind diejenigen Personen, die im Vorsorgefall die notwendigen Handlungen vornehmen sollen, (rechtlich) dazu in die Lage zu versetzen. Im Falle allgemeiner Handlungsunfähigkeit sowie im Todesfall ist daher zuvorderst zu klären, wer für den Betroffenen als dessen Vertreter bzw. Rechtsnachfolger (Erbe) rechtsverbindlich Handlungen vornehmen kann. Entsprechende Verfügungen des Betroffenen für den Ernstfall – in erster Linie durch Bevollmächtigung – sind unerlässlich.

**a. Umfang der Vollmacht – generell oder speziell?**

<sup>1</sup> Es handelt sich um eine aktualisierte und überarbeitete Fassung des 2013 von G. Tigges in „Aktuelle Kardiologie“ 2(5), S. 328-333, DOI:10.1055/s-0033-1346674, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart – New York veröffentlichten Artikels „Der juristische Notfallkoffer – Ausfall des Praxishinhabers“.



Der Umfang einer Vollmacht orientiert sich grundsätzlich an dem durch den Bevollmächtigten zu regelnden Lebenssachverhalt. Die weitestgehende Form der Vollmacht ist die Generalvollmacht, mit der einer Person umfassende Handlungs- und Verfügungsbefugnisse eingeräumt werden. Neben der generellen Bevollmächtigung besteht die Möglichkeit der Erteilung unterschiedlicher Spezialvollmachten entsprechend der zu regelnden Lebensbereiche. Ein Fall der Spezialvollmacht ist die sog. „**Vorsorgevollmacht**“. Sie umfasst als Regelungsbereiche grundsätzlich Gesundheitsangelegenheiten, Vermögensangelegenheiten sowie die Aufenthaltsbestimmung und ist daher sachlich beschränkt auf die Fälle, in denen der Vollmachtgeber krankheits- oder behinderungsbedingt nicht in der Lage ist, seine notwendigen Angelegenheiten in den genannten Bereichen (teilweise oder vollständig) selbst zu regeln.

Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, einen Bevollmächtigten für den privaten Lebensbereich auf der einen Seite und den unternehmerischen Lebensbereich (Arztpraxis) auf der anderen Seite zu bestellen. So ist auch innerhalb dieser Lebensbereiche eine sachliche Beschränkung etwa auf den Bereich Gesundheit oder Vermögen möglich.

### b. Geltung der Vollmacht

Eine Vollmacht – egal ob generell oder speziell – kann und sollte im Hinblick auf ihre Wirksamkeit unter Bedingungen gestellt werden. Es ist zu beachten, dass eine an den Gesundheitszustand bzw. die Handlungsfähigkeit des Vollmachtgebers gekoppelte Bedingung für den Bevollmächtigten praktische Schwierigkeiten bereiten kann. Dieser hat bei Vorlage der Vollmacht stets den Nachweis zu erbringen, dass der Vollmachtgeber tatsächlich geschäfts- bzw. handlungsunfähig ist, wozu es jedenfalls eines ärztlichen Attestes bedarf. Eine Bevollmächtigung auch im Falle des Todes kann dadurch erreicht werden, dass die Wirkung der Vollmacht bei Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit zu Lebzeiten explizit auch über den Tod hinaus erklärt wird, sog. „**transmortale Vollmacht**“.

### c. Aufbewahrung/Aushändigung der Vollmacht

Jede Vollmacht nutzt im Vorsorgefall nur dann, wenn der jeweils Bevollmäch-

tigte von ihr schnell und unkompliziert Gebrauch machen kann. Dies setzt einen entsprechenden Zugriff des Bevollmächtigten auf die Vollmacht voraus. Nachdem die Bevollmächtigung einer Person zur Durchführung der eigenen Belange ein besonderes Vertrauensverhältnis voraussetzt, ist es praktikabel, dem Bevollmächtigten die Vollmacht unmittelbar auszuhändigen mit der Anweisung, davon nur im Bedarfsfalle Gebrauch zu machen. In vielen Fällen empfiehlt sich die Erstellung einer notariell beurkundeten bzw. beglaubigten Vollmacht. Es besteht dann die Möglichkeit zur Hinterlegung beim Notar, der gleichfalls bei der Erstellung behilflich sein kann.

### d. Form der Vollmacht

Die Erteilung einer Vollmacht ist grundsätzlich an keine besondere Form gebunden, sollte allerdings allein schon zu Nachweiszwecken **stets schriftlich** erfolgen. Sie kann vollständig handschriftlich verfasst und eigenständig unterschrieben werden. Auch eine maschinell am PC erstellte Vollmacht bzw. die Verwendung von Vordrucken ist – jeweils eigenständig unterzeichnet – möglich. Für eine Vorsorgevollmacht ist die Schriftform in besonderen Fällen zwingend. Bei sehr weitreichender Bevollmächtigung durch Generalvollmacht, von der Verfügungen über ein umfangreiches (Praxis-) Vermögen umfasst sind, empfiehlt es sich, die **Vollmacht auf Grundlage einer notariellen Beurkundung** zu erteilen. Soll die Bevollmächtigung auch Verfügungen etwa über Immobilien und Grundstücke oder Gesellschaftsanteile einer GmbH umfassen, ist eine notarielle Beurkundung gleichfalls obligatorisch.

### e. Person des Bevollmächtigten

Angesichts der Tragweite einer Bevollmächtigung ist es selbstverständlich, dass der Bevollmächtigte eine besonders vertrauenswürdige Person ist. Dies kann in erster Linie ein Familienangehöriger, zuvorderst der Ehepartner, sein. Zur Kontrolle eines unbeschränkt Bevollmächtigten kann gleichfalls ein sog. **Kontrollbevollmächtigter** eingesetzt werden, der die Tätigkeiten des Bevollmächtigten im Hinblick auf den Inhalt der Vollmacht überprüft. Als Kontrollbevollmächtigte kommen etwa Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer in Betracht, die neben ihrer Kontrollfunktion dem Be-

vollmächtigten gleichfalls noch eine fachliche Hilfestellung geben können (**sog. Kombinationsbevollmächtigung**).

Im Hinblick auf die Person des Bevollmächtigten ist sicherzustellen, dass die Bereitschaft zur Übernahme der Aufgaben im Bedarfsfall besteht. Grundsätzlich gilt, dass auch eine einmal erteilte Vollmacht von Zeit zu Zeit hinsichtlich des Inhalts und des Umfangs sowie gerade auch hinsichtlich der bevollmächtigten Person(en) zu überprüfen ist. So kann sich mit der Zeit das Vertrauensverhältnis zu einer bevollmächtigten Person ändern und eine Anpassung der Vollmacht erforderlich machen.

### • Testament

Für den Todesfall ist durch den Praxisinhaber – ergänzend zu den dargestellten (Vorsorge-)Verfügungen – eine finale Verfügung über das Schicksal seines privaten und unternehmerischen Nachlasses zu treffen. Die sog. „Verfügung von Todes wegen“ wird daher auch als letztwillige Verfügung bezeichnet. Die wohl bekannteste Form ist das Testament; daneben gibt es den Erbvertrag.

Die Errichtung eines Testaments bzw. Erbvertrages empfiehlt sich bereits dann, wenn die – ansonsten maßgebliche – gesetzliche Erbfolge nicht die im Einzelfall gewünschte Vermögensverteilung zur Folge haben würde. Dies ist bei einem in eigener Praxis tätigen Kinder- und Jugendarzt wie bei jedem freiberuflichen/selbstständigen Unternehmer nicht selten der Fall, da im Rahmen der gesetzlichen Erbfolge mehrere Erben das gesamte hinterlassene Vermögen als Erbengemeinschaft erhalten und sich über die Verteilung entsprechend der Erbquoten auseinandersetzen müssen. Sollen bestimmte Vermögensgegenstände oder Sachgesamtheiten – wie etwa die Praxis – im Sinne eines Vermächtnisses einer bestimmten Person zufallen, ist dies notwendigerweise durch eine testamentarische Verfügung bzw. durch Erbvertrag zu regeln.

Ein Testament kann grundsätzlich formlos errichtet werden. Voraussetzung ist, dass der Verfasser eine vollständig eigenhändig geschriebene und unterschriebene Erklärung abgibt („**eigenhändiges Testament**“). Vorzuziehen ist – insbesondere bei dem Wunsch nach einer differenzierten Aufteilung des Nachlasses – die **Errichtung eines öffentlichen (notari-**

**ellen) Testaments.** Bei der Errichtung durch einen Notar wird dieser gleichfalls beratend zur Seite stehen.

Testament oder Erbvertrag gewährleisten für die Hinterbliebenen jedoch nicht die notwendigen unverzüglichen Handlungsmöglichkeiten im Todesfall. Die Ausstellung des Erbscheins durch das Nachlassgericht kann durchaus mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Darüber hinaus führt bei mehreren Erben nicht selten ein Streit der Erbengemeinschaft, etwa bei der Verfügung über Bankkonten oder auch über das Schicksal der Arztpraxis des Erblassers, zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen. Losgelöst von der testamentarischen Verfügung empfiehlt es sich daher, mit einer sog. „**postmortalen Vollmacht**“ einen Bevollmächtigten zur Verwaltung und Verfügung im Hinblick auf den Nachlass bzw. einzelne Teile des Nachlassvermögens zu bestellen. Am sinnvollsten ist es, eine für die Vorsorgefälle zu Lebzeiten erteilte Vollmacht als sog. „**transmortale Vollmacht**“ (siehe bereits oben) explizit auch über den Tod hinaus für wirksam zu erklären.

### III. Der Vorsorgeordner

Die wichtigsten Unterlagen und Dokumente sollten gesammelt und bestenfalls systematisch zusammengestellt an einem den Angehörigen bekannten Ort aufbewahrt werden. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass sich die Angehörigen

in kurzer Zeit einen Überblick über die Situation verschaffen und die notwendigen Maßnahmen gegenüber den richtigen Ansprechpartnern treffen können.

Bei der Bewältigung der zu erledigenden Aufgaben stellen sich in wirtschaftlicher/finanzieller Hinsicht zunächst **zwei wesentliche Fragen**, die sich aus den zusammengestellten Unterlagen beantworten lassen sollten und die daher bei der Zusammenstellung eine Orientierung geben können:

- Welche Verbindlichkeiten – insbesondere aus Dauerschuldverhältnissen – bestehen?
  - Welche Forderungen bestehen bzw. entstehen aufgrund des Ausfalls (Krankheit, Berufsunfähigkeit, Tod)?
- Neben der Zusammen- und Bereitstellung der notwendigen Unterlagen und Dokumente sollte weitere Vorsorge dadurch getroffen werden, dass man den Unterlagen gleichfalls noch mehr oder weniger umfangreiche Handlungsanweisungen im Sinne einer „**to-do-Liste**“ beifügt, die es den Angehörigen bzw. Bevollmächtigten des betroffenen Kinder- und Jugendarztes erleichtern, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Ein Vorsorgeordner ist stets individuell unter Berücksichtigung der eigenen bzw. familiären Belange zu erstellen. Je mehr Einzelfallfragen zu klären sind, desto komplexer kann die Gestaltung der individuellen Vorsorge werden. Es empfiehlt sich daher die Hinzuziehung eines Beraters (Steuerberater, Notar, Rechtsan-

walt), der bestenfalls mit den individuellen Belangen vertraut ist.

Hilfestellung bei der inhaltlichen Aufbereitung des Vorsorgeordners können die **Checklisten „Wichtige Daten / Unterlagen“** und **„Was ist zu tun“** geben. Weitere Informationen sowie Vorlagen für eine Vorsorgevollmacht können etwa auf den Seiten des Bundesministeriums der Justiz unter [http://www.bmjbv.de/Shared-Docs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=19](http://www.bmjbv.de/Shared-Docs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.pdf?__blob=publicationFile&v=19) bzw. [https://www.bmjbv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Vorsorgevollmacht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=10](https://www.bmjbv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formulare/Vorsorgevollmacht.pdf?__blob=publicationFile&v=10) abgerufen werden. Das Muster einer Konto-/Depotvollmacht findet sich unter <https://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/vorsorgevollmacht/formulare-und-muster.html>.

#### Korrespondenzadresse:

Gerrit Tigges

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Lehrbeauftragter der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,

Dr. Christian Maus

Dipl.-Hist. Univ., Rechtsanwalt,

Fachanwalt für Medizinrecht,

Möller und Partner Rechtsanwälte

40213 Düsseldorf

E-Mail: [zentrale@moellerpartner.de](mailto:zentrale@moellerpartner.de)

Die Rechtsanwälte Möller und Partner sind Justiziarer des BVKJ e. V.

Red.: WH

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

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

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



# Chronisch kranke Kinder waren das Thema beim Politforum

*Als Zeitaufwand für jeden einzelnen chronisch kranken jungen Patienten muss im Vergleich zu Kindern ohne chronische Grunderkrankung doppelt so viele Zeit veranschlagt werden. Das ist weder im Bewusstsein der Politik noch der Leistungsträger bisher angekommen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) wählte dieses Thema daher nicht nur als Schwerpunkt des BVKJ für das gesamte Jahr 2017, er rückte es auch in den Fokus des diesjährigen 17. Forums für Gesundheits- und Sozialpolitik in Berlin, das am 21. Juni in der Bayerischen Landesvertretung stattfand.*



**V**or Vertretern aus Politik und Ärzteschaft diskutierten Helga Kühn-Mengel, Mitglied des deutschen Bundestages und Patientenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion, Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Dr. Folkert Fehr, Kinder- und Jugendarzt, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP), Dr. Ulrike Horacek, Gesundheitsamt Kreis Recklinghausen, Leiterin der Kommission „Kindergesundheit und frühe Betreuung“ der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DAKJ), Dr. Thomas Spindler, Klinik für

Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche in Wangen, Dr. Thomas Fischbach, Kinder- und Jugendarzt, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) und Prof. Michael Radke, Direktor der Rostocker Kinder- und Jugendklinik der Universität Rostock. Die Moderation hatte die Journalistin Regine Hauch.

Besonders wichtig sei gerade bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen eine gut koordinierte Versorgung, die aber wegen fehlender Vernetzungen und Kooperationen häufig nicht stattfindet, kritisierte Helga Kühn-Mengel. Eine gut koordinierte Versorgung umfasse die gesamte Behandlung von der ambulanten

über die stationäre Schiene bis hin zur Nachbetreuung, präzisierte der Kinderpneumologe Dr. Thomas Spindler und kritisierte: „Viele niedergelassene Pädiater vor Ort wissen nicht einmal, wenn ein Kind gerade von einer Reha zurückgekommen ist.“

Massive Abstimmungsprobleme existieren auch zwischen der Pädiatrie und der Erwachsenenmedizin, sagte BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach. So müssten chronisch kranke Adoleszente auch im jungen Erwachsenenalter häufig weit über das 18. Lebensjahr hinaus vom Pädiater betreut werden, weil gerade bei angeborenen und selteneren Erkrankungen entsprechende Versorgungsstrukturen im Erwachsenenbereich fehlten. Dabei gebe es bewährte Angebote wie das Berliner Transitionsprogramm, mit dem zum Beispiel bei Morbus Crohn oder Rheuma ein strukturierter Übergang vom Kinder- und Jugendarzt oder vom pädiatrischen Spezialisten zum Experten in der Erwachsenenmedizin gemeinsam erfolgreich bewältigt werden könne. Strukturierte Transitionsprogramme für chronisch Kranke führen zu weniger Krankenhauseinweisungen und Operationen und zu einem geringeren Arzneiverbrauch, stellte Prof. Dr. Michael Radke fest. Dennoch bleibe in weiten Teilen der Republik die Versorgung chronisch kranker junger Erwachsener ohne jegliche Planung dem Zufall überlassen. Radke: „Wir leisten es uns, all diese guten Erfahrungen einfach zu ignorieren.“

Stattdessen werde viel Geld in die Versorgung von Frühgeborenen hineingesteckt. 45 Prozent aller Mittel in einer großen Kinderklinik fließen mittlerweile in die Neonatologie. Setze sich dieser Trend weiter fort, werde die Versorgung chronisch kranker junger Menschen

immer weiter leiden. Schon heute sei es schwierig, wegen fehlender Spezialisierungen einen Neuropädiater, Kinderneurologen oder Kinderdiabetologen zu finden. „In zehn Jahren wird die Versorgung endgültig zusammenbrechen“, befürchtet Radke.

Wie kann diesem Dilemma begegnet werden? Radke forderte in Berlin ambulant wie stationär mehr kinderspezifische Fallpauschalen und Honorare für die äußerst aufwendige medizinische, psychosoziale und medikamentöse Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Helga Kühn-Mengel will sich dafür einsetzen, dass pädiatrische Ausbildungsbelange im Masterplan 2020 stärker als bislang berücksichtigt werden. Thomas Fischbach forderte den – bislang von den Kassen strikt abgelehnten – Einsatz psychosozialer Erhebungsbögen bei

den Kindervorsorgen, um damit gerade auch chronisch kranke Kinder aus bildungsfernen Familien gezielter erfassen und unterstützen zu können.

Dr. Heidrun Thaiss, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hatte in der abschließenden Diskussion mit dem Publikum das einfachste Rezept parat: Die Potentiale des neuen Präventionsgesetzes nutzen, um zumindest vermeidbare chronische Erkrankungen wie Allergien oder Diabetes Typ II erst gar nicht mehr so häufig in jungen Jahren aufkommen zu lassen.

**Korrespondenzadresse:**

Raimund Schmid  
63739 Aschaffenburg  
E-Mail: [schmid@main-echo.net](mailto:schmid@main-echo.net)

Red.: ReH



**Die Bayerische Landesvertretung:  
Ort des Politforums**

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

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

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

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis  
bzw. ein Jobsharingangebot

**www.paediatricboerse.de**

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

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

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

**Zentraler Vertreternachweis**

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

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



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

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

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

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



# Rabattverträge für Impfstoffe laufen aus – Was darf nun verordnet werden?

Nach Einführung der Vorschriften über den Abschluss von Rabattverträgen für Impfstoffe mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22. Dezember 2010 wurden flächendeckend Rabattverträge abgeschlossen. In der Folge waren nicht mehr alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen Impfstoffe für GKV-Versicherte ordnungsfähig, weil die Rabattverträge unter Erfüllung der gesetzlichen Mindestvorgaben regelmäßig nur mit zwei Impfstoffherstellern abgeschlossen wurden. Die rabattvertraglich vereinbarten Impfstoffe waren teils in zu geringer Menge erhältlich, Versorgungslücken waren die Folge.

## Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG): Rechtsgrundlage der Rabattverträge für Impfstoffe gestrichen!

Der Gesetzgeber hat deshalb mit dem am **13. Mai 2017 in Kraft getretenen AMVSG** den § 132e Abs. 2 SGB V ersatzlos gestrichen:

„(2) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 und 2 **Verträge mit einzelnen pharmazeutischen Unternehmern** schließen; § 130a Absatz 8 gilt entsprechend. Soweit nicht anders vereinbart, erfolgt die **Versorgung der Versicherten ausschließlich mit dem vereinbarten Impfstoff**. In den Verträgen nach Satz 1 sind Vereinbarungen zur Sicherstellung einer rechtzeitigen und bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen zur Schutzimpfung vorzusehen. Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmern innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.“

Damit ist die Rechtsgrundlage entfallen für den Abschluss neuer und die Verlängerung bestehender Rabattverträge (formal ist eine Vertragsverlängerung ein Neuabschluss) sowie für die exklusive Versorgung mit den nach § 132 II SGB V vereinbarten Impfstoffprodukten. Bestehende Rabattverträge gelten weiter bis zum vereinbarten Vertragsende.

**Parallel zu weiter geltenden Rabattverträgen sind alle anderen zugelassenen Impfstoffe ordnungsfähig.**

## Alle zugelassenen Impfstoffe ordnungsfähig – Kollision mit Wirtschaftlichkeitsgebot?

Krankenkassen beharren auf fortgesetzter exklusiver Verordnung rabattierter Impfstoffe bis zum Ablauf der Rabattverträge unter Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V:

„(1) Die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Grundsätzlich gilt: Wenn von gleichermaßen ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen eine günstiger ist, muss diese verordnet werden. Also Vorrang für Impfstoff aus Rabattvertrag?

**Nein, denn der Gesetzgeber hat mit dem AMVSG für Impfstoffe den § 12 SGB V bewusst ausgehebelt.**

Dies folgt aus der **Begründung zur Beschlussvorlage** zum Gesetzentwurf, Bundestagsdrucksache 18/11449, S. 38:

„Die Herstellung von Impfstoffen ist komplex und geht daher mit Unwägbarkeiten einher, die auch Auswirkungen auf die Sicherheit und Sicherstellung der Versorgung haben können und im Falle von exklusiven Rabattverträgen zu Unsicherheiten bei der Versorgung und zu zeitweiligen Lieferproblemen führen können. Um dies zu vermeiden, sollen künftig die Impfstoffe **aller Hersteller** für die Versorgung zur Verfügung stehen. Mit dem Inkrafttreten

der Regelung entfällt die Grundlage für die exklusive Versorgung mit Impfstoffen. Bestehende Rabattverträge können nicht verlängert werden. Dies dient letztlich auch der Erhöhung der Impfquote.“

Aufgrund des Verhaltens etlicher Krankenkassen sah sich das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** genötigt, per **21. Juni 2017** u. a. den GKV-Spitzenverband Bund und weitere Kassenverbände anzuschreiben:

„Auf Grund von Nachfragen zur konkreten Auswirkung der Streichung auf laufende Verträge teile ich Ihnen die geltende **Rechtslage** mit der **Bitte um Beachtung** mit.“

In dem Schreiben wird Bezug genommen auf die Begründung zum Gesetzentwurf:

„Auch bei Beachtung der wirtschaftlichen Versorgung gemäß § 12 SGB V ist nicht allein auf den bisherigen Vertragsimpfstoff abzustellen. Die Krankenkassen haben die verordneten Impfstoffe zu erstatten, soweit die Leistung im Rahmen der SchutzimpfungsRiLi des GBA erfolgt.“

## Ergebnis

**Nach Auffassung des Verfassers können alle zugelassenen Impfstoffe seit Mitte Mai unabhängig von Preisunterschieden verordnet werden. Es ist jedoch möglich, dass Sozialgerichte die Beziehung zwischen Gesetzesbegründung und Wirtschaftlichkeitsgebot anders bewerten und zu anderen Ergebnissen kommen.**

### Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Stehr, Geschäftsführer BVKJ  
E-Mail: michael.stehr@bvkj.de Red.: WH

# Gehirnerschütterung im Sport – und was dann?

Viele Kinder und Jugendliche erleiden im Rahmen sportlicher Aktivität Gehirnerschütterungen in deren Folge sie traditionell stationär für 24 bis 48 Stunden überwacht werden. Gehirnerschütterungen sind einer der häufigsten Gründe in Deutschland in einer Kinderklinik oder Kinderchirurgie aufgenommen zu werden; rasche Reaktionsmöglichkeit bei sich entwickelnden Komplikationen – wie zum Beispiel subduralen Blutungen – ist so gewährleistet. Die primäre Ruhephase im stationären Setting wird als geeignete biologische Unterstützung für ein sich nach einem Trauma restituierendes Gehirn verstanden. Dieser akute Versorgungspfad ist bewährt und flächendeckend etabliert. Gleichzeitig wird die langfristige klinische Bedeutung eines Schädel-Hirn-Traumas für das Organ Gehirn und damit für das Kind und seine Entwicklung regelhaft unterschätzt. In Deutschland gibt es keine strukturierten Versorgungspfade mit Blick auf den neurologischen und kognitiv-psychologischen Outcome. International und hier vor allem in den USA gibt es eine aktuelle und kontroverse Diskussion zu der Frage, welche langfristigen gesundheitlichen Risiken aus rezidivierenden Gehirnerschütterungen bei körperbetonten Sportarten wie American Football oder Eishockey resultieren können [1-3]. Zu dieser Fragestellung laufen in Europa gerade multi-nationale wissenschaftliche Studien an (z. B. Era-Net Neuron).



**Dr. med. Michaela V. Bonfert<sup>1</sup>**

**Dr. med. Lucia Gerstl<sup>1</sup>**

**Dr. med. Iris Hannibal<sup>1</sup>**

**Dr. med. Thyra Langhagen<sup>1,2</sup>**

**Dr. med. Beate Kusser<sup>3</sup>**

**Dr. med. Martina Heinrich<sup>4</sup>**

**Dr. med. Birgit Kammer<sup>5</sup>**

**Prof. Dr. med. Inga Körte<sup>6</sup>**

**Prof. Dr. med.  
Florian Heinen<sup>1,2</sup>**

**Dr. med. Dipl.-Psych.  
Mirjam N. Landgraf<sup>1,2</sup>**

**W**ir wissen: die klassische, singuläre Gehirnerschütterung beim Sport zeigt eine sehr gute Prognose. Gerade bei jungen Sportlern ist aber von einer verlängerten Erholungsphase gegenüber Erwachsenen auszugehen. Es gilt also in der Praxis einen klugen, die komplexen biologischen Grundlagen der Erholung des Gehirns berücksichtigenden Ansatz zu wählen und individuell das „Return to School“ und das „Return to Play“ ärztlich vorzugeben. Hierzu hat die Hannelore-Kohl-Stiftung / ZNS Kuratorium zwei aktuelle Merkblätter herausgegeben, die dem Kinder- und Ju-

gendarzt die wichtigen Informationen und Schritte an die Hand geben. Info: [https://www.schuetzdeinenkopf.de/LSHT\\_handouts/LSHT\\_publicationsliste/LSHT\\_broschueren/](https://www.schuetzdeinenkopf.de/LSHT_handouts/LSHT_publicationsliste/LSHT_broschueren/)

Gerade für den Kinder- und Jugendarzt gilt es, neben den klassischen neurologischen Symptomen Beschwerden im Bereich des Verhaltens und Schlafs sowie auf neuropsychologischer Ebene zu erkennen und nicht – undifferenziert – zu bagatellisieren.

## Einleitung

Erfreulicherweise betreibt ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen regelmäßig Sport. Vor allem Mannschaftssportarten erfreuen sich einer hohen Beliebtheit, allen voran der Fußballsport. Häufig kommt es trotz aller Fairness, Ausrüstung und Reglementierung bei Kontaktsportarten zu Unfällen, in deren Rahmen die jungen Sportler eine Gehirnerschütterung davon tragen. Mindestens ein Viertel der geschlossenen Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern und Jugendlichen treten im Rahmen sportlicher Aktivität auf [4].

Gleichzeitig ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da bei weitem nicht alle Gehirnerschütterungen als solche medizinisch diagnostiziert werden. Zum einen beruht dieser Umstand auf dem in

1 LMU Campus Hauner – Kinderneurologie, Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie  
Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität, München

2 Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum DSGZ, Campus Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München

3 Kinderarztpraxis am Arabellapark, München

4 LMU Campus Hauner – Kinderchirurgie, Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität, München

5 LMU Campus Hauner – Pädiatrische Radiologie, Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität, München

6 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Deutschland immer noch niedrigen Bewusstsein für die Symptome und potentiellen Auswirkungen einer Gehirnerschütterung für den Betroffenen. Zum anderen schätzen Sportler ihre Symptome oft nicht korrekt ein bzw. gehen nicht immer offen mit den Beschwerden um, damit sie selbst als motivierte Sportler kein Wettkampf-/Spielverbot erhalten [5]. Außerdem sind die aktuell gültigen Kriterien für Gehirnerschütterung der Konsensus-Konferenz zu Gehirnerschütterung im Sport aus dem Jahr 2012 nicht hinreichend bekannt [6]. Es ist daher auch ärztlicherseits von einer Tendenz zum Unterdiagnostizieren auszugehen [7].

In den USA ist es gelungen durch offensive Öffentlichkeitsarbeit in den letzten Jahren das Bewusstsein für mögliche Komplikationen und Langzeitfolgen von (wiederholten) Gehirnerschütterungen in der Bevölkerung und der Ärzteschaft zu schärfen. Zudem wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die unter anderem von jedem Sportler jünger als 18 Jahre eine ärztliche Freigabe erfordert, bevor er nach einer Gehirnerschütterung wieder am Sport teilnehmen darf [5, 8].

In Deutschland wurde zur Verbesserung der Information der Öffentlichkeit die Kampagne „Schütz Deinen Kopf – Gehirnerschütterung im Sport“ ins Leben gerufen ([www.schuetzdeinenkopf.de](http://www.schuetzdeinenkopf.de)). Unter Federführung der ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung wird ein Ausbildungs- und Lehrkonzept für den Breiten- und Leistungssport implementiert, das auch Schulen und Sportvereine einschließt. Übergeordnetes Ziel dieser Initiative ist der Wissenstransfer aus der Medizin an die Sportler, um einerseits das Risiko für Gehirnerschütterungen im Sport zu minimieren und andererseits im Falle einer Gehirnerschütterung eine optimale Akut- und wo nötig Langzeit-Betreuung sicherzustellen.

### Welche Fragen gilt es nach einem Kopftrauma im Sport zu beantworten?

Bei jedem Unfall mit direkter oder indirekter Beteiligung des Kopfes drängen sich am Spielfeldrand die folgenden Fragen auf:

- Darf der Spieler nach einem Kopftrauma direkt weiter spielen?
- Hat der Spieler tatsächlich eine Gehirnerschütterung?

- Zu welchem Zeitpunkt sollte ein Arzt den Sportler beurteilen?

Im weiteren Verlauf stellen sich dann folgende Fragen:

- Wann ist der Spieler wieder einsatz- und wettkampfbereit?
- Wie ist die Prognose nach einer Gehirnerschütterung?

### Darf der Spieler nach einem Kopftrauma direkt weiter spielen?

Diese Frage ist ganz klar mit **Nein** zu beantworten. Jedes Kopftrauma muss ernst genommen werden, auch wenn der Spieler selbst sich gleich wieder „fit“ fühlt, weil die Symptome einer möglichen Gehirnerschütterung nur kurz andauern. Die Konsequenz ist in jedem Fall eine Spielpause, um die klinische Situation korrekt einschätzen zu können. Der Spieler wird auf äußere Verletzungen untersucht und auf das Vorliegen von Symptomen befragt und systematisch weiter untersucht. Bei V.a. auf stattgehabte Gehirnerschütterung wird der Sportler im weiteren Verlauf konsequent beobachtet um eine Verschlechterung seines Zustandes rasch zu erkennen.

Nur wenn zuverlässig **zu keinem Zeitpunkt** nach dem Trauma Symptome einer Gehirnerschütterung bestanden, darf der Spieler weiter aktiv am Sportgeschehen teilnehmen. Es gilt aber immer

„When in doubt, take them out“.

### Hat der Spieler tatsächlich eine Gehirnerschütterung?

Bei einer Gehirnerschütterung kommt es auf funktioneller Ebene zu neurologischen Störungen. Nur in speziellen radiologischen Verfahren (z. B. diffusion MRT) lassen sich auch strukturelle Veränderungen nachweisen. Die neurologischen Symptome sind immer vorübergehend und zeitigen kein morphologisches Korrelat in der cerebralen Bildgebung. Konkret handelt es sich um Veränderungen im zellulären Stoffwechsel, die bis zu zehn Tagen nach dem Ereignis nachweisbar sind. Die damit verbundenen Funktionsausfälle sind Ausdruck komplexer pathophysiologischer Prozesse, die durch indirekte oder

direkte Krafteinwirkung auf den Kopf ausgelöst werden (Akzelerations-Dezelerations-Trauma). Diese Videosimulation veranschaulicht die Biomechanik eines solchen Akzelerations-Dezelerations-Traumas:

[https://www.nytimes.com/interactive/2017/01/09/sports/football/what-happened-within-this-players-skull-football-concussions.html?\\_r=0](https://www.nytimes.com/interactive/2017/01/09/sports/football/what-happened-within-this-players-skull-football-concussions.html?_r=0)

Als mögliche klinische Symptome werden körperliche, (subtile) kognitive und emotionale Beeinträchtigungen sowie Bewusstlosigkeit beschrieben (Tabelle 1). Diese Symptome treten in der Regel sofort nach dem Traumamoment auf, seltener nach Minuten oder Stunden. Im subakuten Verlauf können subtilere Veränderungen wie zum Beispiel im Schlafverhalten auftreten. Die Diagnose einer Gehirnerschütterung wird angenommen, wenn eines oder mehrere der genannten Symptome in Zusammenhang mit einem entsprechenden Trauma dokumentiert werden [6, 9].

Um auch medizinischen Laien eine Einschätzung des Zustands des Spielers zu ermöglichen wurde eine standardisierte Checkliste „Concussion Recognition Tool“ in Form einer übersichtlichen Taschenkarte entwickelt, die direkt am Spielfeldrand eingesetzt werden kann (Zeitbedarf 1 Minute). Es handelt sich hierbei um eine stark gekürzte Version des „Standardized Concussion Assessment Tool“ (SCAT), einem Screeningverfahren für medizinisch geschultes Personal. Dieser ist in zwei Versionen verfügbar: SCAT3-Child für Kinder von 5 bis 13 Jahren und SCAT3 für Jugendliche ab 13 Jahren; Zeitbedarf 15-20 Minuten. Alle drei Tests können unter [www.schuetzdeinenkopf.de](http://www.schuetzdeinenkopf.de) kostenlos herunter geladen werden [6, 10].

### Zu welchem Zeitpunkt sollte ein Arzt den Sportler beurteilen?

Jedes Kind und jeder Jugendliche, der eine Gehirnerschütterung erleidet, sollte zeitnah ärztlich beurteilt werden. Diese Beurteilung umfasst neben einer Anamnese die Erhebung des Allgemeinzustandes und eine kinderneurologische und orientierende neuropsychologische Untersuchung. Als Untersuchungsbogen kann der SCAT3/SCAT3-Child Verwendung finden. Zunehmende Bedeutung erlangt zudem die detaillierte Untersu-

chung auf das Vorliegen auch subtiler neuropsychologischer Symptome. In den USA sind hierfür standardisierte computergestützte Testverfahren (z. B. ImPACT) etabliert, deren Ergebnisse ebenso wie die anamnestischen und körperlichen Untersuchungsbefunde in die Planung des „Return to play“-Konzeptes einfließen. Vorteile der computergestützten Verfahren liegen in einer höheren Sensitivität und Spezifität und damit der Erfassung auch subtiler Veränderungen im Vergleich zu einer rein klinischen Untersuchung [11].

Treten bei einem Spieler Warnsymptome (Tabelle 2) auf, sollte unverzüglich die Rettungskette in Gang gesetzt werden. Diese sog. Rote-Flagge-Symptome können unter anderem Ausdruck einer strukturellen Schädigung des Gehirns sein, die weiterer Abklärung und spezifischer Therapie bedarf.

### Wann ist der Spieler wieder einsatzbereit?

Ganz klar gilt: die einzige wirkungsvolle therapeutische Maßnahme ist Ruhe – und zwar im Sinne der Reduktion jeglicher Aktivität, die Symptome verursacht. Prinzipiell ist bei Kindern von einer längeren Erholungsphase als bei Erwachsenen auszugehen. Dies erklärt sich auch aus den wenig verstanden Auswirkungen eines Traumas auf das sich entwickelnde Gehirn. Auf Grund dieser Situation wird bei Kindern und Jugendlichen nach Gehirnerschütterung zu einem vorsichtigen, konservativen Vorgehen geraten. Dem Sportler sollte ausreichend Zeit zur Erholung zugestanden und bei einem Jugendlichen die Selbstverantwortung für die Gesundheit seines Gehirns betont und gleichzeitig ärztlich geführt werden. In der Pädiatrie hat es sich bewährt, praktisch die beiden Bereiche *Alltag & Schule* und *Sport* von einander zu trennen. Entsprechend eines Stufenschemas steht nach einer möglichst konsequenten Ruhephase i.S. von *Ausruhen & Ruhe von Alltagsaktivität* zunächst die Wiedereingliederung in den (Schul-) Alltag im Vordergrund (*Return-to-School Stufenschema*). Erst wenn der Patient diesen ohne Auftreten von Symptomen zuverlässig managen kann, beginnt die Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität (*Return-to-Play Stufenschema*). Die sportliche Belastung darf immer nur soweit gesteigert werden, dass keine Symptome auftreten. Eine in Folge

der Gehirnerschütterung reduzierte Belastungsgrenze sollte unbedingt ernst genommen, **biologisch und psychologisch** verstanden und gegebenenfalls Therapie- wie Trainingspläne entsprechend angepasst werden [6, 12].

### Wie ist die Prognose nach einer Gehirnerschütterung?

Eine Gehirnerschütterung hat bei der richtigen Behandlung (d.h. eine adäquate Erholungsphase wurde eingehalten) eine sehr gute Prognose. In der Regel ist von einer vollständigen Erholung von den somatischen Beschwerden innerhalb von wenigen bis zu zehn Tagen auszugehen. Die neurokognitiven Symptome persistieren in der Regel etwas länger als die körperlichen, sind aber meistens auch innerhalb von bis zu 14 Tagen selbst limitierend. Bei 10-15% der Betroffenen persistieren die Beschwerden länger als 10-

14 Tage, die Mehrheit ist aber spätestens nach einem Monat symptomfrei. Nur bei wenigen Patienten persistieren die Symptome länger als drei Monate bis zu einem Jahr, es ist aber zu berücksichtigen, dass bei 10-15% der Kinder und Jugendlichen auch nach einem Jahr noch unspezifische Symptome wie Kopfschmerzen, Müdigkeit und andere Beschwerden angegeben werden [13, 14].

In der Literatur werden verschiedene Risikofaktoren diskutiert, die mit einer protrahierten Erholungsphase einhergehen: Schwindel, erhebliche Kopfschmerzen, Schwäche/Müdigkeit und Amnesie sowie pathologische Befunde in der neurologischen Untersuchung in Folge des Traumas. Als besonders risikobehaftet werden wiederholte Gehirnerschütterungen innerhalb kurzer Zeit (v. a. innerhalb der Erholungsphase) angesehen [9].

Die genauen pathophysiologischen Mechanismen hinter dramatischen kli-

Körperlich	Kognitiv	Emotional	Schlaf
Kopfschmerz Übelkeit Erbrechen Gleichgewichtsstörung Sehstörung Müdigkeit Lichtempfindlichkeit Geräuschempfindlichkeit Benommensein	Gefühl des Vernebeltseins Gefühl des Verlangsamteins Konzentrations-schwierigkeiten Gedächtnisprobleme Vergesslichkeit Verwirrung Verlangsamtes Antworten Persuation von Fragen	Reizbarkeit Traurigkeit Emotionale Ausbrüche Nervosität	Schläfrigkeit Einschlafschwierigkeiten Weniger oder mehr Schlafbedürfnis als sonst

Tab. 1: Typische Symptome und klinische Zeichen einer Gehirnerschütterung [9]

Rote Flagge Symptome
GCS unter 15 Orientierungsstörung Verhaltensstörung Fokal neurologisches Defizit Sprachstörung, Aphasie Stand- oder Gangunsicherheit Krampfanfall Übelkeit / Erbrechen Persistieren oder Zunahme der Symptome im Verlauf Auftreten neuer neurologischer Symptome im Verlauf V.a. Schädelfraktur V.a. Wirbelsäulenverletzung V.a. mehrere Verletzungen Bestehende Koagulopathie Z.n. neurochirurgischem Eingriff (z. B. Shunt)

Tab. 2: Rote-Flagge Symptome bei Gehirnerschütterung [18]



nischen hyperakuten und extrem protrahierten Verläufen (z.B. *second impact Syndrom*; *Post-Konkussions-Syndrom*; *Chronische traumatische Enzephalopathie*) sind allerdings bislang nicht verstanden [9].

Als nicht unwesentlich für einen protrahierten Verlauf werden auch psychosoziale Kontextfaktoren in Folge des Traumaereignisses angesehen. Hier ist der Übergang zu somatischen Belastungsstörungen (bodily distress syndrome, DSM 5) fließend und klinisch oft besonders komplex und herausfordernd [9].

Zeichnet sich keine rasche Erholung ab, sollte immer eine Vorstellung bei einem Spezialisten (z.B. Kinderneurologen, interdisziplinäre Teams, SPZ) erfolgen. Nach ausführlicher Anamnese und umfassender klinisch neurologisch-psychologischer Untersuchung kann die Notwendigkeit für weitere diagnostische Maßnahmen bestehen. Ziel ist die Erarbeitung eines individuellen, patientenzentrierten Nachsorgekonzepts i.S. eines interdisziplinär-ganzheitlichen biopsychosozialen Diagnose- und Behandlungsansatzes.

## Wie gehe ich in der Praxis vor?

Als Handreichung für den klinischen Alltag hat die Hannelore-Kohl-Stiftung/ZNS Kuratorium zwei aktuelle Merkblätter herausgegeben. Das Merkblatt für Ärzte gliedert sich in einen theoretischen

Teil, der in Kürze die o.g. Hintergrundinformationen aufführt, und in graphische Darstellungen der Stufenschemata *Return-to-School* und *Return-to-Play*. Auf diese beiden Schemata wird im Folgenden näher eingegangen:

### Return-to-School: Abbildung 1 Stufenschema Return to School

Grundlage eines konservativen Ansatzes für das Return-to-School Procedere ist die Erkenntnis, dass hohe kognitive Belastung in der subakuten Phase die Erholung von einer Gehirnerschütterung verzögert [15, 16]. Die medizinische Indikation für die „Ruhephase“ sollte den Patienten und ihren Eltern ausführlich erläutert werden, um eine möglichst hohe Compliance zu erreichen. Dabei macht es weniger Sinn generell strenge Restriktionen zu setzen. Es sollte vielmehr immer auf einer individuellen Basis das Vermeiden von Anstrengung im Vordergrund stehen. Sobald unter einer gewissen Tätigkeit (z.B. Medienkonsum, Chatten) Symptome auftreten, sollte die Tätigkeit pausiert und erst zu späteren Zeitpunkten in der Erholungsphase wieder aufgenommen werden. Einigen Kindern kann die Aufnahme der schulischen Tätigkeit erleichtert werden, indem auf ihre besondere Situation spezifisch eingegangen wird (z.B. Ermöglichung häufiger Pausen, zunächst nur stundenweiser Besuch des Unterrichts, zusätzliche Zeit für Testate). Geschieht dies nicht, können vorüber-

gehende kognitive Einschränkungen zu langanhaltender Frustration und verminderter Partizipation in der Schule führen. Betroffen sind vor allem die Bereiche Konzentrations- und Merkfähigkeit, sowie verlangsamter Informationsverarbeitung und Reaktionszeit [9].

### Return-to-Play: Abbildung 2 Stufenschema Return to sport

Bei Kindern und Jugendlichen wird ein konservatives Return-to-Play-Vorgehen empfohlen. Vollständige Symptomfreiheit und Genesung i.S. eines erfolgreichen Return-to-School-Schemas sind Voraussetzung. Vor allem in Kontaktsportarten müssen individuelle Faktoren das Procedere bestimmen. Es wurden hierzu mittlerweile einige sportart-spezifische Richtlinien veröffentlicht [17]. Wird der Sport zu früh wieder aufgenommen, können im Zusammenhang mit der noch bestehenden cerebralen Dysfunktion Schutzreaktionen bei drohender Verletzung/Kollision nur verlangsamt ausgeführt werden. Dies führt wiederum zu einem erhöhten Risiko für eine weitere Gehirnerschütterung, die besonders in der Erholungsphase als kritisch anzusehen ist [9].

## Fazit für die Praxis

- Die im Kindes- und Jugendalter häufige Gehirnerschütterung ist **keine medizinische Bagatelle**. Sie hat ...

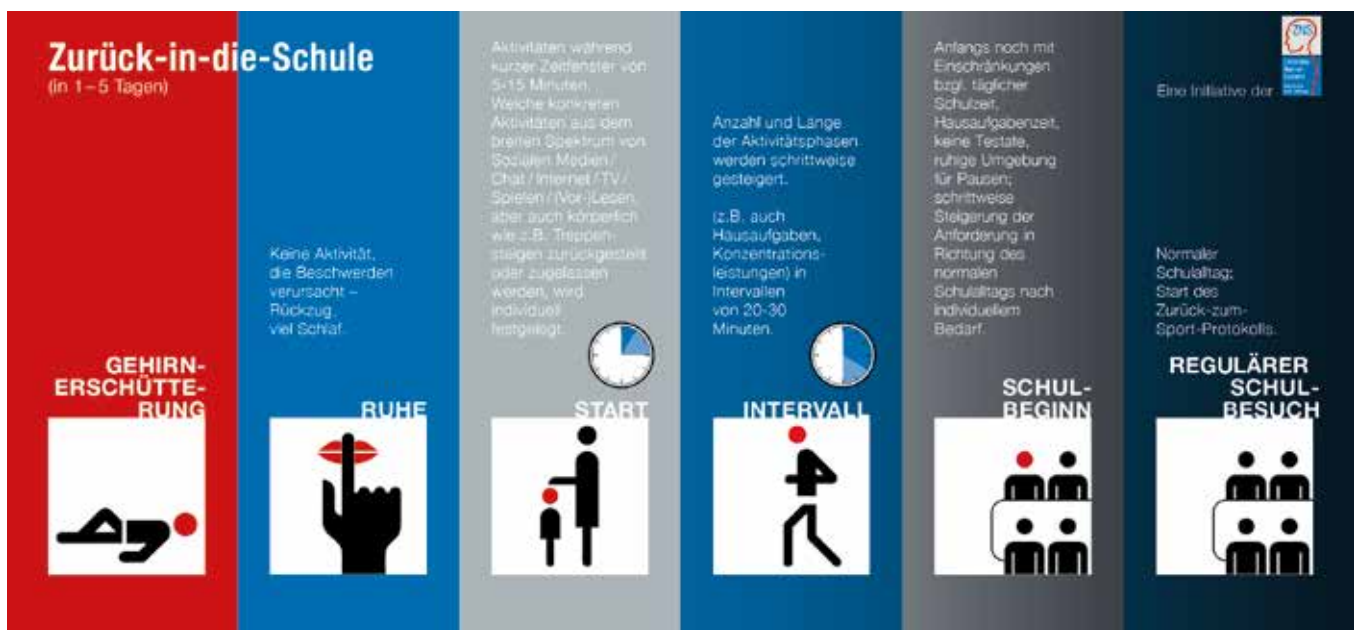


Abb. 1: Stufenschema Return-to-School



Abb. 2: Stufenschema Return-to-Play

- (1) eine in der Regel **sehr gute Prognose**,
- (2) ein unterschätztes **Langzeitrisiko** für etwa jedes zehnte Kind,
- (3) einen hohen Bedarf an **praktischer pädiatrischer Kompetenz**.
- Es gilt immer: Nach einer Gehirnerschütterung darf der Sportler **nicht** weiter am laufenden Sportgeschehen teilnehmen!
- Neben den klassischen neurologischen Symptomen gehören auch neurokognitive sowie Verhaltens- und Schlafveränderungen zum Spektrum der Gehirnerschütterung. Liegen diese vor, müssen sie zeitnah, interdisziplinär und differenziert abgeklärt werden.

- Liegt unmittelbar keine interventionsbedürftige Situation vor, ist **Ruhe** die entscheidende und zwingende **Akut-Maßnahme**.
- Ein (zeitnahes) Wiederholungstrauma ist **unbedingt zu verhindern!**
- Die Wiederaufnahme der schulischen und Alltags-Aktivität kann an Hand des vorgestellten **Stufenschemas „Return-to-School“** (Abb. 1) erfolgen.
- Nach erfolgreicher Rückkehr in den normalen Schulalltag beginnt das **Return-to-Play** (Abb. 2), das Zurück-zum-Sport; Orientierung hierfür kann das vorgestellte **Stufenschema** bieten.

Literatur bei den Verfassern

**Korrespondierende Autoren:**

Dr. med. Michaela V. Bonfert und Prof. Dr. med. Florian Heinen  
LMU Campus Hauner – Kinderneurologie, Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie, Dr. von Haumersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität München Lindwurmstr. 4, 80337 München  
Tel.: 089/4400-52811  
E-Mail: michaela.bonfert@med.uni-muenchen.de

**Interessenkonflikt:**

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



# Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit **ifak**

**Machen Sie mit!**

## Highlights aus Bad Orb

# Unfallprävention

## Unfälle sind keine Zufälle – Gemeinsamkeiten von Verletzungen durch Unfälle und Gewalt und Vernachlässigung

*Ein Plädoyer für verstärktes Engagement von Pädiatern in der Kommune // 15 von hundert Kindern und Jugendlichen erleiden jedes Jahr in Deutschland mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung. Ab dem Alter von einem Lebensjahr sind Verletzungen gar die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen. Für ein komplexes Geschehen wie die Verletzung eines Kindes (sowohl unintentional als auch intentional) verbieten sich vereinfachte Erklärungen. In dem Beitrag werden daher Fragen aufgeworfen wie: Warum spielen diese Fakten sowohl in Fachöffentlichkeit und Medien kaum eine Rolle? Was sind Gemeinsamkeiten/Überschneidungen bei den Ursachen von Verletzungen durch Gewalt und Unfälle? Wie erklären wir den epidemiologisch eindeutigen extremen sozialen Gradient (besonders bei Verbrühungen? Ähnlich wie bei Adipositas?). Und vor allem was sind mögliche gemeinsame Präventionsansätze? Beispiele vor allem kommunaler Aktivitäten werden anhand der WHO Bewegung der „safe communities“ erwähnt und sollten ähnlich wie Weiterbildungen in Kitas im günstigsten Fall zu Ideen für eigene Aktivitäten anregen.*



**Dr. Johann Böhmman**

### Epidemiologie

15 von hundert Kindern und Jugendlichen erleiden jedes Jahr in Deutschland mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung, wie eine erste bevölkerungsbezogene epidemiologische Erhebung in Delmenhorst (s. Abb. 1) bereits 1998-2002 (Böhmman, Ellsäßer 2002) nachwies, die durch die KIGGS Studie für ganz Deutschland eindrucksvoll bestätigt wurde (Ellsäßer 2014).

**Ab dem Alter von einem Lebensjahr sind Verletzungen die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen.**

Im Jahr 2012 starben 890 Kinder an einer Verletzung, davon waren 308 Kinder unter 15 Jahren und 582 Jugendliche von 15-20 Jahren; also mehr als an Infektionen und Krebserkrankungen zusammen. Täglich wurden 770 Kinder und Jugendliche in eine Klinik aufgenommen. Unfälle sind damit der zweithäufigste Grund für eine stationäre Behandlung (Böhmman, Meier 2016). Auch wenn in den vergangenen Jahrzehnten sowohl die Rate der verletzten Kinder als auch der gestorbenen deutlich rückläufig ist, belasten die damit verbundenen Schicksale mit oft lebenslangen Folgen alle Kolleginnen und Kollegen in der täglichen Arbeit in Praxis und Klinik und sollten Ansporn und Motivation für Anstrengungen in die Prävention sein. Allerdings sind diese Fakten weder allen Fachleuten noch der Öffentlichkeit bekannt, was zu verhältnismäßig zu geringen Anstrengungen in Forschung und Prävention im Vergleich zu seiner medi-

zischen und ökonomischen Bedeutung führt. Aktuell zeugt die dramatische Mittelkürzung durch das Ministerium für Gesundheit für die BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft) „Mehr Sicherheit für Kinder“ von diesem Missverhältnis. Die zahlenmäßig selteneren Verletzungen durch grobe Gewalt sind vor allem aufgrund spektakulärer Fälle wie „Kevin“ in Bremen deutlich präsenter und führen daher zu viel schnelleren und größeren Anstrengungen der Gesetzgeber. Gleichzeitig haben Verletzungen deutlicher als viele andere Erkrankungen und ähnlich wie Adipositas einen klaren sozialen Gradienten und betreffen Familien in belasteten Lebenssituationen als vulnerable Gruppe deutlich stärker.

**Die große und nicht exakt zu definierende Schnittmenge von vermeintlichen Unfällen hinter denen sich sowohl Vernachlässigungen als auch manifeste Gewaltanwendungen verbergen,**

stellt neben der wissenschaftlichen Aufarbeitung vor allem in der alltäglichen

Praxis tätiger Ärztinnen und Ärzte wie auch vieler anderer Berufsgruppen wie Erzieher, Lehrer und Sozialarbeiter eine oft schwer auszuhaltende Problematik dar.

ale Stressoren kombiniert und unabhängig voneinander sowohl bei unintentionalen als auch bei intentionalen Verletzungen eine große Rolle.

Grundlegende Untersuchungen u. a. von Morrongiello (2005) sind hier zu erwähnen, die die alters- und entwicklungsabhängigen Faktoren wie Aktionsradius

### Ursachen von Verletzungen

Im Kindesalter sind die Risiken für Verletzungen besonders vielfältig und abhängig von Alter und Entwicklung sowie den jeweiligen Lebenswelten (settings). Während die Bereiche Schule und Kita sowohl gesetzlich als auch organisatorisch und finanziell (Versicherungen) geregelt sind, ist der häusliche Bereich – und hier ereignen sich 90 % aller Verletzungen- ein weitgehend unerreichbares setting.

**90 % aller Verletzungen im häuslichen Bereich!**

Dies ist dabei besonders abhängig von weiteren Faktoren wie Bildung und sozialer Lage, Wohnsituation und Kultur. Gerade im Kindesalter spielen zusätzlich Probleme der frühen Bindung sowie sozi-

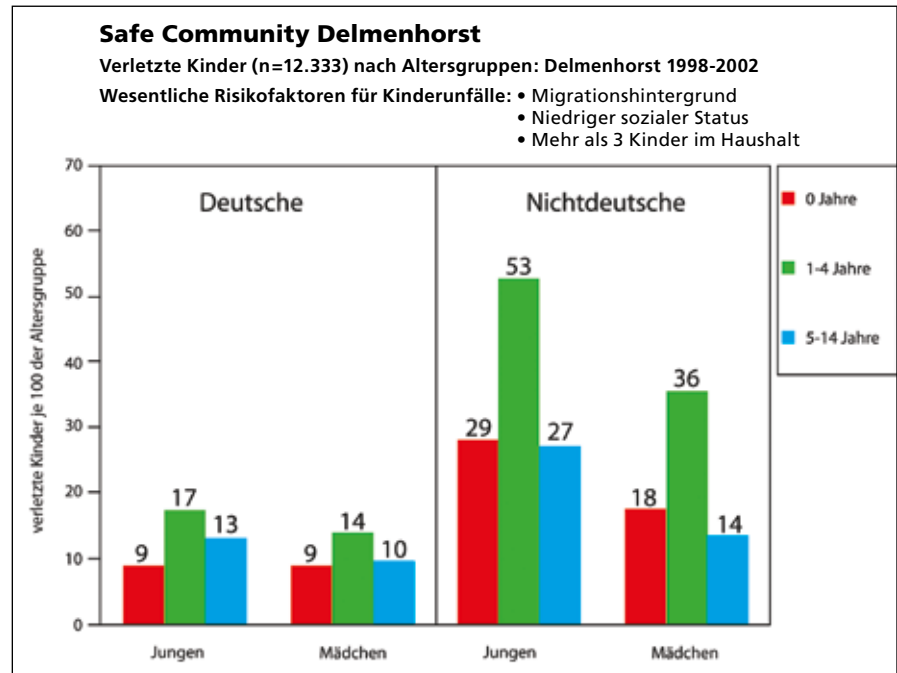


Abb. 1: Analyse von ambulant und stationär behandelten Kindern in der Kommune Delmenhorst 1998-2002

Unser Beitrag für das Wohl und die Sicherheit Ihres Kindes  
*Mit freundlicher Empfehlung*

## MERKBLATT KINDERUNFÄLLE

U2  
+  
U3

Liebe Eltern,

Sie haben schon die ersten Erfahrungen mit Ihrem Kind gesammelt! Füttern, Wickeln, Schlafen und Schreien in kurzen Abständen fördern Ihre ganze Fürsorge. Sie und Ihr Kind bauen eine enge Beziehung zueinander auf.

**Unfälle sind die größte Gefahr für Leben und Gesundheit Ihres Kindes. Durch einfache Maßnahmen lassen sich die meisten Unfälle vermeiden. Unfallschwerpunkte in diesem Alter sind:**

- Stürze aus der Höhe
- Transportunfälle
- Ersticken und Strangulation
- Verbrühungen

Gerade wenn Ihr Kind schreit, braucht es Ihre Nähe und Hilfe. Die Schreiphasen können bis zur 6. Lebenswoche zunehmen, um dann wieder weniger zu werden. Auch wenn Sie Ihr Kind einmal nicht beruhigen können und mit den Nerven am Ende sind: **Schütteln Sie Ihr Kind nie!** Heftiges Schütteln kann zu schweren bis tödlichen Gehirnverletzungen führen!

Bei allen Unsicherheiten in der Betreuung Ihres Kindes wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihre(n) Kinder- und Jugendärztin oder -arzt.

Mit freundlicher Empfehlung

Weitere Informationen:  
[www.kinderärzte-im-netz.de](http://www.kinderärzte-im-netz.de)  
[www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de)  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

Abb. 2: Beispiel für Unfallmerkblätter: Download für Merkblätter aller Altersstufen: <http://www.kbv.de/html/6263.php>

und Motorik und die damit verbundenen Anforderungen an die Aufsicht der Bezugspersonen in den Fokus nimmt. Diese „Passung“ von Eltern und Kindern erfordert eine entsprechende Sensibilität, Bindung und eine Mentalisierungsfähigkeit, die durch eine Vielzahl von emotionalen bis sozialen Faktoren gestört sein kann, und einen erheblichen Risikofaktor für jegliche Form der Verletzung bedeuten kann.

**Prävention**

Die Epidemiologie ergibt ein detailliertes Abbild des Unfallgeschehens differenziert nach Altersstufen, Geschlecht, sozialer Lage und ist so in der Lage Risikogruppen und besondere Gefahren zu identifizieren, um gezielte Präventionsmaßnahmen zu initiieren und um im Idealfall deren Wirksamkeit nachzuweisen. Altersabhängig ist im Kleinkindesalter die sichere Umgebung noch viel bedeutsamer. Das Gewicht verschiebt sich im Jugendalter immer weiter zum Verhalten, was sämtliche Interventionen in diesem Alter bekanntermaßen sehr erschweren

kann. Vor monokausalen (besser pauzi-kausalen) Erklärungen wie der Verantwortung der Eltern, meist der Mutter, muss dabei aber ebenso gewarnt werden wie davor, von epidemiologischen Daten auf kausale Zusammenhänge zu schließen. Eine Übersicht über die Wirksamkeit von Präventionsansätzen bei kleinen Kindern wurde 2014 von Ellsäßer et al. veröffentlicht.

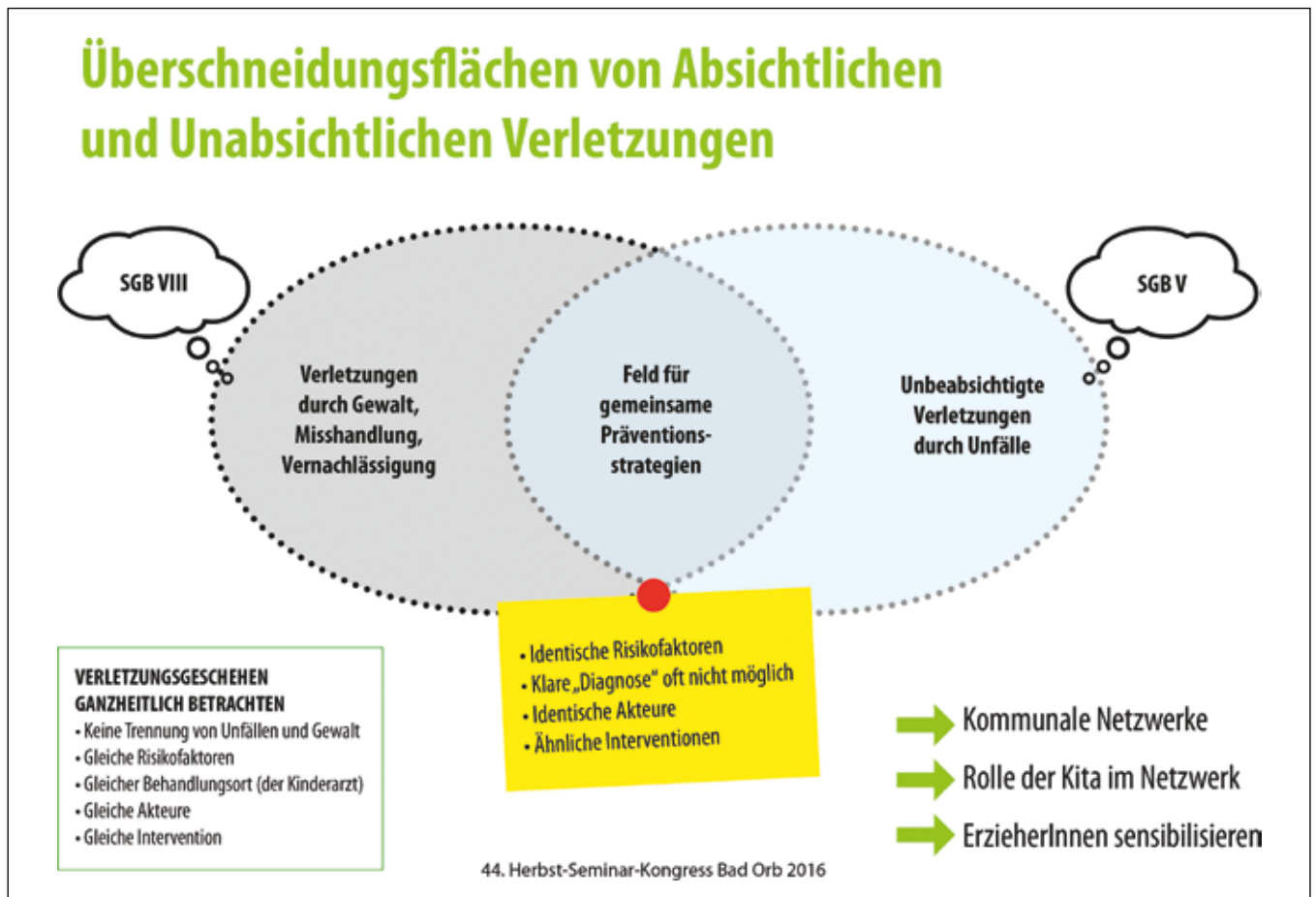
Interdisziplinäre Kooperationen sind besonders wertvoll, da unterschiedliche „Systeme“ nicht nur zu verschiedenen Interpretationen sondern auch zu unterschiedlichen Vorgehensweisen neigen. Im Medizinischen System dominiert häufig noch eine Neigung zu monokausalem Ursache - Wirkung Denken und entsprechendem Vorgehen. Dabei können die komplexen aber hochbedeutsamen kulturellen Faktoren, wie die Rolle der direkten Nachbarschaft leicht unter- und die individuellen Verhaltensweisen und Veränderungsmöglichkeiten überschätzt werden.

Das Letztgenannte ist besonders im Grenzbereich von vorsätzlichen und unfallbedingten Verletzungen von sehr großer Bedeutung.

Seit 1999 existieren die hervorragenden (acht) praxistauglichen Merkblätter des Berufsverbandes, die 2012 in neuer Auflage erschienen sind und von den Kassenärztlichen Vereinigungen kostenfrei verteilt werden bzw. durch einfachen Download (<http://www.kbv.de/html/6263.php>) zu erhalten sind (Abb. 2).

Es kann gar nicht oft genug betont werden, wie wichtig das Prinzip dieser Merkblätter ist: Nur altersangepasste Informationen – zu den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen, Reduktion auf wenige Inhalte, die bildlich einfach dargestellt sind.

Allerdings sind Verbreitung und Anwendung noch ausbaufähig, wie in vielen Fortbildungen immer wieder festzustellen ist. Außerdem ist die Akzeptanz entscheidend abhängig von der Bedeutung und Haltung derjenigen, die diese überreichen. Und hier sollte der Kinder- und Jugendarzt engagiert eine noch wichtigere Rolle übernehmen.



**Abb. 3:** Gemeinsamkeiten von Verletzungen durch Unfälle, Vernachlässigung und Gewalt

Gemeinsamkeiten von Verletzungen durch Unfälle, Vernachlässigung und Gewalt sind in Abb. 3 dargestellt.

Die Gemeinsamkeiten betreffen dabei sowohl die Risikofaktoren, die (vermuteten) Ursachen, die Behandlung sowie die vor allem bei der Erstversorgung beteiligten Institutionen und vor allem die Präventionsmöglichkeiten. Dies wurde eindrucksvoll anhand von Verletzungen in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Cottbus (Erler Th, Ellsäßer G, 2010, Die „Gesichter“ der Opfer – Auswirkungen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen erkennen. Pädiat. Prax. 75, S. 387-395) nachgewiesen.

Trotz großer Fortschritte vor allem seit Einführung des sogenannten Kinderschutzgesetzes (2012) sind dennoch erhebliche Hürden in den gesetzlichen Grundlagen (SGB V versus VIII) ebenso zu überwinden wie in den unterschiedlichen professionellen Handlungsprotokollen und berufsspezifischen und individuellen Haltungen.

### Konsequenzen

Basierend auf fast zwanzigjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Unfallprävention ergeben sich aus den oben skizzierten Faktoren folgende Thesen. Im Anschluss werden dazu zwei erprobte Vorhaben kurz vorgestellt.

- Verletzungen im Kindesalter sind ein relevantes medizinisches und soziales Problem mit gelegentlich lebenslangen Folgen für Kinder und deren Familien.
- Eine effektive Prävention ist möglich und eine wichtige Aufgabe für Pädiater
- Eine individuelle Prävention ist nur begrenzt effektiv, dennoch ist das individuell persönliche Engagement eine zu wenig genutzte Chance für Kinder- und Jugendärzte und das gesamte Praxisteam – z. B. die Präventionsassistentin
- Bei Verletzungen muss immer an die (sehr) großen Überschneidungen (Unfall und Vernachlässigung/Gewalt) gedacht werden

- Die Unfallmerkbücher sind nur „mit innerer Überzeugung und Herzblut“ wirksam
- Eine effektive Prävention ist nur in den Lebenswelten der Kinder sinnvoll
- Kontakte zu Krippen, Kita und Schulen sind daher auszuloten und nach Möglichkeit zu suchen
- Eine wesentliche Lebenswelt mit erheblichem Einfluss auf Gesundheit und Sicherheit für Kinder ist das Wohnumfeld und damit auch die Kommune

### Beispiel Kikuk (s. Abb. 4)

Bereits die ersten epidemiologischen Erhebungen in der Stadt Delmenhorst zeigten das höchste Risiko für das Kita-Alter, das männliche Geschlecht und den (niedrigen) sozialen Status (SES) insbesondere den Migrationshintergrund. Konsequenterweise bildete das Setting Kita den Schwerpunkt der Intervention, zumal ein zunehmend hoher Anteil von über 90 % inzwischen die Kita besucht. Das

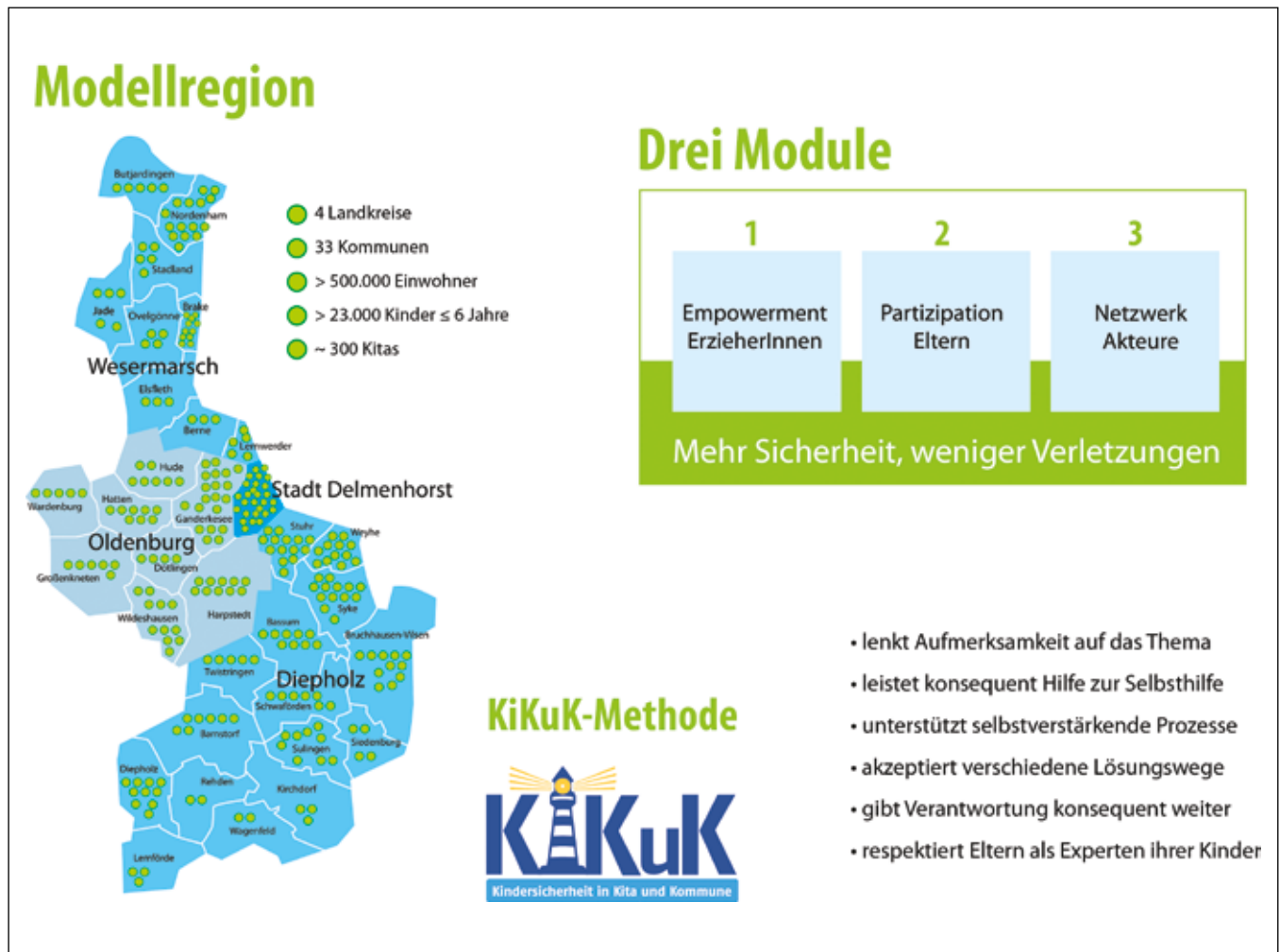


Abb. 4: Projekt Kindersicherheit in Kita und Kommune (KikuK)

unter dem Namen **KiKuK – „Kindersicherheit in Kita und Kommune“** in drei Landkreisen und der Stadt Delmenhorst über fast zwei Jahre durchgeführte Projekt – gefördert durch das Land Niedersachsen – bestand aus den drei Säulen, wie in der Abbildung dargestellt. Besonders die aktive Beteiligung der Eltern aber auch der Versuch die Kita als Netzwerkpunkt in den jeweiligen Kommunen zu etablieren war sehr anspruchsvoll und sollte modellhaft ausgebaut und bezüglich der erzielten Erfolge aber auch der Grenzen evaluiert werden. Sehr aufschlussreich waren Erfahrungen, Daten und Einstellungen von Akteuren zu kommunalen Netzwerken, die mit zahlreichen qualitativen Interviews erhoben wurden.

### Beispiel Safe Community

Vorallem aufgrund der oben skizzierten epidemiologischen Arbeiten aus den Jahren 1998- 2002 in enger Kooperation mit Frau Dr. Ellsäßer (Landesgesundheitsamt Brandenburg) bewarben wir uns um eine Zertifizierung im Rahmen des weltweiten „safe community networks“ der WHO und wurden 2011 als erste und bisher einzige deutsche Kommune neben dem Land Brandenburg als „safe region“ zertifiziert. Das Prinzip der inzwischen mehr als 300 weltweit zertifizierten Kommunen beruht auf einer strukturierten und nachhaltigen Kooperation aller relevanten Akteure anhand eines Kriterienkatalogs. Am so genannten Runden Tisch Unfallprävention, der gemeinsam mit dem kriminalpräven-

tiven Rat koordiniert wird, sind regelmäßig mehr als 30 aktive Partnerorganisationen beteiligt. Einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren ist eine strukturierte Fachbereich-übergreifende Steuerungsgruppe mit der administrativen und politischen Spitze der jeweiligen Kommune. Weitere wichtige Kriterien – insgesamt sechs – sind das Erheben von Verletzungsdaten, Präventionsprogramme für alle Altersstufen, Geschlechter und vor allem für Hochrisikogruppen (vulnerable groups). Dazu kommt die Bereitschaft zur Evaluation der Programme sowie zum Engagement auf übernationaler Ebene. Eine Rezertifizierung steht nach fünf Jahren für die erste Jahreshälfte 2017 an.

### Ausblick

Gerade das neue Präventionsgesetz erwähnt erstmals als viertes so genanntes Setting ausdrücklich die Kommune und macht damit eine finanzielle Förderung durch Kostenträger möglich. Aus den oben skizzierten Gründen und den Erfahrungen können und sollten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte eine herausragende Rolle in der Prävention von Verletzungen im Kindesalter spielen. Ihre außergewöhnliche Vertrauensstellung kann ein wesentlicher Schlüssel für die Erreichbarkeit gerade von Familien in schwierigen Lebenslagen sein. Ein Engagement auch außerhalb der „eigentlichen“ Tätigkeitsfelder in Praxis und Klinik ist dafür neben der wichtigen Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes förde-

rungswürdig. Auch ein Engagement innerhalb der Kommunen wäre ein bedeutendes (berufs-)politisches Signal. Mehrere erfolgreiche Beispiele kommunalen Engagements von Kolleginnen und Kollegen wurden auf der Jahrestagung erwähnt. Selbstverständlich wird dieses Engagement ähnlich wie jegliche andere Netzwerkarbeit nicht entlohnt. Dies muss daher eine zentrale berufspolitische Forderung werden. Zusätzlich bedarf es aber nicht zuletzt persönlichen Engagements und einer entsprechenden Haltung sowie der Bereitschaft zur respektvollen und wertschätzenden Kooperation mit andern Akteuren. Freude an Netzwerkarbeit vorausgesetzt, belohnen Erfolge für die besonders vulnerable Gruppe aber das Engagement, wie wir nicht zuletzt beim Einsatz für tausende von geflüchteten Kindern und Familien aktuell erleben.

---

#### **Korrespondenzadresse:**

CA Dr. Johann Böhm  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Delmenhorster Institut  
für Gesundheitsförderung  
Josef-Hospital Delmenhorst  
Krankenhaus gGmbH  
Wildeshauser Str. 92, 27753 Delmenhorst  
Tel.: 04221/994400  
E-Mail: H.Boehmann@ih-del.de

---

#### **Interessenkonflikt:**

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. Red.: Keller

---

## Welche Diagnose wird gestellt?

Lena Schulz und Peter Tholen

### Anamnese

Eine 13-jährige Patientin wird am Abend per Rettungswagen mit Verdacht auf akutes Abdomen in der Kindernotaufnahme vorgestellt. Bei der Patientin seien akut krampfartige abdominelle Schmerzen aufgetreten. Vor Schmerzen habe sie initial nicht mehr laufen können. Die Patientin klagt über Übelkeit; Durchfall und Erbrechen seien bisher nicht aufgetreten. Vor ca. fünf Jahren sei eine laparoskopische Appendektomie erfolgt. Letzte Menstruation vor zwei Wochen.

### Untersuchungsbefund

AZ schmerzbedingt reduziert. Abdomen meteoristisch gebläht, initial bei Berührung sehr empfindlich. Während der Sonographie des Abdomens ist die Bauchdecke weich und lässt sich ohne Abwehrspannung mit dem Schallkopf eindrücken, Druckschmerz diffus über allen Quadranten, punctum maximum periumbilikal. Sonstige pädiatrische Untersuchung unauffällig.

### Diagnostik

**Labor:** Leuko. 12,7/nl, CRP. 0,4 mg/l, Urinstix unauffällig, Stuhl auf Rotaviren und pathogene Keime negativ.

**Abdomensonographie:** Blase leer, Nieren beidseits nicht gestaut. Leber, Gallenblase, Milz und inneres Genitale unauf-

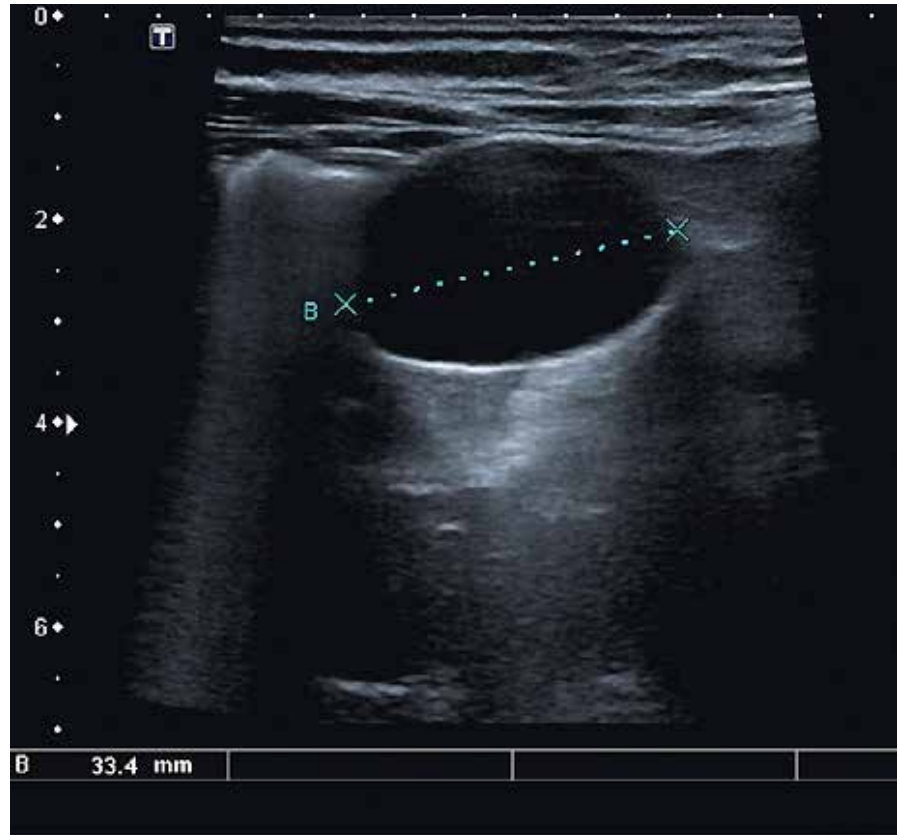


Abb.: Sonographie rechter Unterbauch

fällig. Sehr lebhaft Peristaltik, keine freie Flüssigkeit, im rechten Unterbauch ca. 3 cm durchmessende Zyste.

**Welche Diagnose wird gestellt?**

## 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.





## Diagnose:

### Nuck'sche Zyste

Die Nuck'sche Zyste bezeichnet eine bei Frauen und Mädchen vorkommende intraabdominell liegende Hydrozele. Entstehungsursache dafür ist, wie auch bei der Hydrocele testis, ein aus der Embryogenese unverschlossener Processus vaginalis. Bei dieser anatomischen Struktur handelt es sich um eine Ausfaltung bzw. Invagination des Peritoneums, die vor dem Gubernaculum bzw. dem Ligamentum teres uteri in den Inguinalkanal zieht und im Verlauf der Embryonalentwicklung von kranial nach kaudal obliteriert (1). Anstelle des daraus entstehenden männlichen Funiculus spermaticus entwickelt sich bei Frauen der nach dem niederländischen Anatomen Nuck benannte Nuck'sche Kanal. Eine Hydrozele entsteht nach einer unvollständigen distalen Obliteration des Processus vaginalis aus sezernierter Flüssigkeit, z. B. bei inkompletter Lymphdrainage oder nach Entzündungen (2). Normalerweise präsentiert sich eine Zyste des Nuck'schen Kanals als oval-tubuläre Raumforderung

entlang des Canalis inguinalis. Sie kann akut schmerzhaft und im Verlauf größenprogredient sein.

### Diagnostik

Die Diagnose wird sonographisch gestellt. Hier zeigt sich eine echofreie zystische Läsion ohne Binnenstrukturen (2). Histologisch bietet sich ein innenliegendes Mesothel sowie eine fibröse Außenwand mit Blutgefäßen und muskulären Bestandteilen (3).

### Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch müssen vor allem die Hernierung zystischer Ovarien und zur anatomisch korrekten Operationsplanung die Gimbernatische Hernie ausgeschlossen werden. Zudem kommen Bartholinische Zyste, Gartnergang-Zyste sowie vergrößerte inguinale Lymphknoten, ein Lipom und vaskuläre Anomalien als Differenzialdiagnosen in Betracht. Auch eine inguinale Hernierung von Darmschlingen mit Flüssigkeitseinlagerungen kann nach Inkarzeration ein morphologisch ähnliches Bild verursachen. (4, 5)

### Therapie und Prognose

In den meisten Fällen ist keine Therapie notwendig. Sollte die Zyste größenprogredient sein oder Schmerzen verursachen, empfiehlt sich die operative Entfernung.

#### Literaturangaben

1. Shadbolt CL et al. Imaging of groin masses: inguinal anatomy and pathologic conditions revisited. *Radiographics* 2001; 21: 261-71.
2. Stickel WH, Manner M. Female hydrocele (cyst of the canal of Nuck): sonographic appearance of a rare and little-known disorder. *J Ultrasound Med* 2004; 23: 429-32
3. Schneider CA et al. Hydrocele of the canal of Nuck. *N J Med.* 1994; 91: 37-38
4. Ochtrop TA et al. Nuck'sche Zyste als seltene Ursache akut symptomatischer Leisten-schmerzen. *Rofo.* 2017; 189: 73-74
5. Janssen K et al. Encysted Hydrocele of Canal of Nuck: A Case Report with Review of Literature. *J Surg Tech Case Rep* 2011; 3: 97-98

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Lena Schulz  
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift/  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,  
Abteilung Allgemeine Pädiatrie  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger

# Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir

Sie in Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

**Bitte nehmen Sie teil!**





## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Anämie als Schutz vor Malariainfektion: Wie gefährlich ist die Eisen- substitution in Malariagebieten?

**Anemia Offers Stronger Protection than Sickle Cell Trait Against the Erythrocytic Stage of Falciparum Malaria and this Protection is Reversed by Iron Supplementation**  
Goheen MM, Wegmüller R, Bah A. et al., *EBioMedicine*, 14, 123-130, published online November 2016

**E**isenmangelanämie und Malaria betreffen ähnliche geographische und demographische Patientengruppen und die Beziehung zwischen beiden Erkrankungen ist komplex. Es gibt epidemiologische Daten, die den Schutz einer manifesten Eisenmangelanämie vor Malariainfektion belegen. Des Weiteren haben zahlreiche Studien nahegelegt, dass eine Eisensubstitution in Malariaendemiegebieten das Risiko erhöhen kann, an Malaria zu erkranken. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) empfiehlt daher derzeit in Malariaendemiegebieten die Eisensubstitution nur bei adäquatem Zugang zu Malariapräventions-, -diagnostik-, und -therapiemaßnahmen.

Um das Ausmaß an Schutz vor Malariainfektionen durch Eisenmangel und die Sicherheit der Eisensubstitution in Malariaendemiegebieten zu ermitteln, haben M. M Goheen et al. in ihrer kürzlich erschienenen Publikation „Anemia Offers Stronger Protection Than Sickle Cell Trait Against the Erythrocytic Stage of Falciparum Malaria and this Protection Is Reversed by Iron Supplementation“ (Goheen et al., 2016) systematisch das *in vitro* Wachstum von *Plasmodium falciparum* in Erythrozyten von anämischen Kindern vor, während und nach 12-wöchiger Eisensubstitution bestimmt.

Es wurden 407 gesunde, nicht malariainfizierte Kinder im Alter von 6 bis 23 Monaten mit Hämoglobin (Hb) zwischen 7 und 11g/dl untersucht. Sie erhielten nach aktueller WHO-Empfehlung 12 Wochen lang 12 mg Eisen pro Tag. Blutentnahmen

fanden an Tag 0, Tag 49 und Tag 84 statt, mit dem Ziel die Anfälligkeit der Erythrozyten für eine *in vitro* *Plasmodium falciparum* Infektion in Abhängigkeit des Eisenstatus zu ermitteln.

Bei der Evaluation des *Plasmodium falciparum* Wachstums (*in vitro*) an Tag 0 zeigten sich bei Kindern mit Eisenmangel geringere Wachstumsraten, als bei Kindern mit regelrechtem Eisenstatus: je geringer der Hb-Wert, desto geringer die *P. falciparum* Wachstumsrate (Hb 7–9 g/dl = mittlere relative Wachstumsrate, mean relative growth rate (GR) 32,6 %; Hb 8,1–10 g/dl = GR 45,9 %; Hb 10,1–11 = GR 55,9 %;  $p < 0,05$ ).

Zusätzlich zum Eisenmangel wurden weitere Einflussfaktoren des *in vitro* *Plasmodium falciparum* Wachstums ermittelt. Zu den Schlüsselvariablen für das *in vitro* Wachstum von *P. falciparum* zählten vor Allem der Hämoglobingewert (Hb), das mittlere korpuskuläre Volumen (MCV), und der Hämoglobin Genotyp (In diesem Fall prävalenzbedingt die heterozygote Sichelzellanlage, Genotyp AS). Das Parasitenwachstum sank um 10,7 % pro Hb-Punkt, um 1,4 % pro femtoliter MCV und um 18,3 % bei Kindern mit Sichelzellanlage. Eine Bevölkerungsanalyse mit Aufrechnung der Prävalenzen (Heterozygote Sichelzellanämie, AS: 15,9 %; Eisenmangelanämie: 75 %) zeigte, dass bei gambischen Kindern der Eisenmangel mit 15,9 % eine höhere Malariawachstumsreduktion birgt als die Sichelzellanlage mit 3,5 %.

Zusammengefasst belegt diese Studie, dass eine Eisenmangelanämie die Anfälligkeit für eine *in vitro* Infektion mit *Plasmodium falciparum* verringert und dieser Effekt durch Eisensubstitution, zumindest transient, reversibel ist. Auf Bevölkerungsebene wurde der schützende Effekt der Eisenmangelanämie gegen die *in vitro* Infektion mit *Plasmodium falciparum* auf viermal so hoch wie bei heterozygoter Sichelzellanlage geschätzt. Der Eisenmangel in Malariaendemiegebieten scheint daher einen Effekt auf die Malariainfektionsrate zu haben, der den Effekt etablierter Polymorphismen der roten Blutzellen, die sich unter Malariadruck entwickelt haben, übersteigt. Die Analyse der Oberflächenproteine hat ergeben, dass die relativ jüngste Erythrozytenpopulation innerhalb der gemessenen Zeitfenster am Tag 49 aus solchen der Eisensubstitution bestand. Die Eisensubstitution führt über eine vermehrte Erythropoese zu einer jüngeren Erythrozytenpopulation. Die Deckungsgleichheit mit der höchsten *in vitro* Wachstumsrate ebenfalls an Tag 49 legt nahe, dass Plasmodien bevorzugt junge Erythrozyten infizieren.

Seit geraumer Zeit ist bekannt, dass Eisenmangel einen Vorteil bei Tumoren und Infektionserkrankungen (z. B. Tumorwachstum bei EPO-Substitution; erhöhtes Sepsisrisiko bei eisenüberladenen Patienten mit Yersinieninfekt, daher Eisenausschleusung bei Fieber sofort beenden!) birgt. Die oben genannte Publikation belegt einen Selektionsvorteil des Eisenmangels auch bei Malariainfektion. Die Ergebnisse legen eine große Vorsicht bei der Eisensubstitution in Malariaendemiegebieten nahe und die Autoren empfehlen eine Eisensubstitution in Malariaendemiegebieten ausschließlich in Zusammenspiel mit einer begleitenden ausreichenden Malariaprophylaxe. Der Ausgleich eines Eisenmangels beim Kind ist in westlichen Industrieländern sicher richtig. Die o. g. Studie zeigt jedoch dass eine unkritische Übertragung dieser Empfehlung auf Entwicklungsländer, z. B. mit hoher Malariaverbreitung, eine gut gemeinte Intervention ins negative verkehren kann.

**Korrespondenzadresse:** Alexandra Wagner, Stefan Eber, München

# Indikationen zur MRSA-Dekolonisation bei einem Säugling

## Frage

Ein 12 Monate alter Säugling wurde am 09.01.17 mit einer Otorrhoe links vorgestellt. Es wird eine akute Otitis media diagnostiziert, ein Abstrich entnommen und Amoxicillin für 7 Tage gegeben. Am 18.01. zeigt sich bei der Kontrolle ein rückläufiger Befund bei beschwerdefreiem Kind. Der Abstrich ergab MRSA. Am 20.01. reizloser Lokalbefund, beschwerdefreies Kind, der Kontrollabstrich von beiden Ohren MRSA-positiv, von Nasen- und Mundhöhle negativ (nur normale Flora).

- Ist es richtig, bei unauffälligem Befund und gesundem Kind nichts weiter zu veranlassen? Oder muss eine Sanierung erfolgen? Wenn ja, auf welche Weise?

## Antwort

Bei ansonsten unauffälligem Befund, ist lediglich von einer Besiedlung des Kindes mit MRSA auszugehen. Eine Dekolonisation ist zu evaluieren, aber bei dem beschriebenen Fall nicht zwingend indiziert. Es handelt sich um einen gesunden Säugling mit ausgeheilter Otitis media.

In der Empfehlung der Arbeitsgruppe MRSA der *Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)* und des Paed IC Projektes „Umgang mit MRSA-Nachweisen bei ansonsten gesunden Kindern ohne Infektionszeichen“ heißt es:

„Die Entscheidung für oder gegen einen Versuch der Dekolonisierung ist abhängig von einer sorgfältigen, den Patienten selbst und sein familiäres Umfeld betreffenden ärztlichen Risikoanalyse. Mindestens ein Dekolonisationsversuch

ist auf jeden Fall erforderlich, wenn beim Patienten Risikofaktoren für eine nachfolgende MRSA-Infektion vorliegen. Nach sorgfältiger Abwägung können die behandelnden Kinderärzte auch bei einem ansonsten gesunden Kind zu dem Schluss kommen, dass ein Dekolonisationsversuch gerechtfertigt ist. Keineswegs jedoch muss jedes mit MRSA besiedelte, ansonsten gesunde Kind dekolonisiert werden. Möglicherweise kann der persistierende MRSA-Nachweis nach 3 Monaten ein Argument für einen Dekolonisationsversuch sein.“

Wenn keine der folgenden Faktoren zutreffen, kann auf eine Dekolonisation vorerst verzichtet werden.

### Gründe, die für eine Dekolonisationsbehandlung sprechen:

- Kinder mit einer Schwäche des Immunsystems oder chronischen Erkrankungen, die häufige Krankenhausaufenthalte notwendig machen.
- Enge Kontaktpersonen im Haushalt des besiedelten Kindes, die an einer Immunschwäche oder einer chronischen Erkrankung leiden, die häufige Krankenhausaufenthalte notwendig machen.
- Die Besiedlung mit MRSA erhöht das Risiko einer nachfolgenden MRSA-Infektion, auch wenn dieses Risiko bei ansonsten gesunden Kindern sehr gering ist.
- Rezidivierende Hautinfektionen bei Kindern mit PVL-positivem MRSA
- Die Verträglichkeit der Dekolonisation ist auch im Kindesalter gut. Es gibt keinen Hinweis auf schwerwiegende unerwünschte Wirkungen.

Sollte es erneut zu Otorrhoe mit MRSA-Nachweis kommen, sollte allerdings ein Dekolonisationsversuch unternommen werden. Die Problematik bei Säuglingen bzw. bei Kindern, die das Schulalter noch nicht erreicht haben, ist die Tatsache, dass die antibakterielle Mundspüllösung, die ein Bestandteil der Standard-Dekolonisation ist, nicht durchgeführt werden kann. Ist bei Kindern in dieser Altersgruppe dennoch eine Dekolonisation erforderlich, sollte ein pädiatrischer Infektiologe konsultiert werden. Es besteht die Möglichkeit die Mundspüllösung durch eine orale adjuvante antibiotische Therapie zu ersetzen. In der Regel wird anhand des aktuellen Antibiotogramms eine antibiotische Kombinationstherapie ausgewählt, die gleichzeitig zu der nasalen Applikation von Mupirocin, den antimikrobiellen Ganzkörperwaschungen und den begleitende Hygienemaßnahmen und Dekontamination der häuslichen Umgebung durchgeführt wird.

Sollte eine Dekolonisation notwendig sein, erhalten Sie fachlichen Support von unserem Kompetenznetzwerk **mrsa-kinder.net**. Es besteht jederzeit die Möglichkeit einer kostenlosen Beratung. Einen Termin zu einer Telefonkonferenz können Sie per Email (info@mrsa-kinder.net) vereinbaren. Wir rufen Sie gerne zurück! Viele weitere Informationen rund um das Thema MRSA im Kindesalter finden Sie unter [www.mrsa-kinder.net](http://www.mrsa-kinder.net).

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Till Dresbach  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

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.

# Rück-BLIKK und Aus-BLIKK

*Mehr als vier Jahre Planung, Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der großen Querschnittsstudie zum Konsum digitaler Medien bei Kindern, Jugendlichen und deren Familien sind nun fast abgeschlossen. Lediglich der wissenschaftliche Bericht muss noch formuliert werden, aber schon jetzt zeichnet sich ab: BLIKK hat die Grundlagen geschaffen, um einzuschätzen welche Auswirkungen der Konsum digitaler Medien auf die körperliche und geistige Gesundheit junger Menschen haben kann. Die Ergebnisse haben daher auch für erheblichen Wirbel gesorgt.*



**Dr. Uwe Büsching**

**A**m 29. Mai 2017 wurden vorläufige Ergebnisse der BLIKK-Studie (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz, Kommunikation bei Kindern und Jugendlichen im Umgang mit elektronischen Medien) der Öffentlichkeit im Bundesgesundheitsministerium vorgestellt. Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, und ihr Stab hatten zu einer Pressekonferenz geladen. Prof. Rainer Riedel, RFH Köln, und ich haben gemeinsam mit Marlene Mortler nicht nur die Ergebnisse der Studie vorgestellt, sondern wir haben auch gemeinsam darauf hingewiesen, dass Mediennutzung in unserer Gesellschaft unumgänglich ist. Aber ebenso gelte es, dysregulierten Medienkonsum bis hin zur Mediensucht vorzubeugen. Ein weiterer Anstieg der mittlerweile circa 600.000 Medienabhängigen / Süchtigen wäre eine riesige Belastung für unsere Gesellschaft. (siehe auch: [www.drogenbeauftragte.de/2017-05-29\\_PM\\_Blikk.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/2017-05-29_PM_Blikk.pdf))

Die BLIKK-Studie war ein Novum in vielerlei Hinsicht, vieles geschah erstmalig und ist bis heute einmalig. Die Feststellung des Entwicklungsstandes, das Erfragen des Verhaltens und die Erhebung

biometrischer Daten im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung in vielen verschiedenen Praxen in der gesamten Republik gelang nur, weil die beteiligten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte fortgebildet und erfahren in der Dokumentation dieser Untersuchungen sind. Anstelle der nunmehr auch überarbeiteten Version des gelben Heftes wurde für die Studie ein vom BVKJ entwickeltes Dokumentations-System eingesetzt: Paed.Check®. Neben der Qualifikation der Prüfungszentren und Paed.Check® war für den Studienerfolg vor allem die Tatsache entscheidend, dass es in Deutschland überhaupt niedergelassene Kinder- und Jugendärzte gibt. In vielen anderen europäischen Ländern wäre mangels niedergelassener Pädiater eine vergleichbare Studie nicht zu realisieren. Teilnehmenden Praxen und ebenso den BVKJ-Verantwortlichen gilt mein herzlicher Dank. Wir haben gemeinsam bewiesen, dass wir für ambulante Versorgungsforschung gut aufgestellt sind.

## Neue Kulturtechnik: Digitale Medien

Viel zu lange waren Früherkennungsuntersuchungen ausschließlich sekundär präventiv, nach der Konzeption sollte der Kinder- und Jugendarzt Störungen der Gesundheit früh erkennen und – wo nötig – eine Behandlung einleiten. Seit den ersten Konzepten von Paed.Check befasste ich mich mit der Frage, wie Medienberatung im Rahmen der „Us“ umgesetzt werden kann. Bisher können wir Mediensucht nicht früh erkennen, denn die ICD 11 kennt Mediensucht erst ab 16 Jahren!

Der BVKJ forderte nachdrücklich und letztlich mit Erfolg die Novellierung der Kinderrichtlinien und bereits vor fast zehn Jahren wurde auch eine Beratung zu Medien eingeführt. In die Novellierung der Kinderrichtlinien (2015) wurde „Entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung, vor allem zu

**BLIKK - MEDIEN**  
Bewältigung Lernverhalten Intelligenz Kompetenz Kommunikation  
Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien

**Erste Schritte für das Verständnis der Wechselbeziehung von dysregulierter digitaler Medien-Nutzungs-Verhalten der Eltern auf die Kinder-Entwicklung**  
Riedel R.<sup>1</sup>, Büsching U.<sup>2</sup>, Brand M.<sup>3</sup> et al.

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

<sup>1</sup>Rheinische Fachhochschule Köln (RFH), Institut für Medizinökonomie & Medizin-Versorgungsforschung  
<sup>2</sup>Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte  
<sup>3</sup>Universität Duisburg-Essen

In Kooperation mit:  
Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)  
Deutsche Jugend (DSJ)

folgenden Themen“ aufgenommen, u. a.: Medien (z. B. Medienkonsum, TV, Spielekonsolen, Dauerbeschallung). Klingt gut, aber was ist so fundiert, dass es mit Überzeugung Eltern vermittelt werden kann? Bitte vergleichen Sie dies selber mit den Ernährungsempfehlungen im Säuglingsalter. Einiges stimmt für beide Bereiche: Die Dosis könnte ein Problem werden, die Begleitumstände sind ebenso wesentlich, aber auf Essen wie auf Medien kann man nicht grundsätzlich verzichten. Also verfolgen wir die Frage: Was kann den Eltern tatsächlich geraten oder gar empfohlen werden?

Zunächst stellt sich – durchaus analog zur Ernährungsberatung – die Frage: „Wünschen Eltern überhaupt Beratung?“ Bei jeder sich bietenden Gelegenheit wurde den Medienexperten vermittelt, dass im Rahmen der Befragung in den Praxen für die Eltern die Teilnahme und dabei eben der umfangreiche Fragebogen zum Mediengebrauch überhaupt eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema war. Die Bearbeitung der Fragebögen machte nachdenklich. Für unsere Gespräche mit Eltern, aber auch für zukünftige Forschung zum Mediengebrauch gilt es die folgenden Hypothesen zu prüfen: Erleben Eltern wie Kinder mit großer Begeisterung digitale Medien und nehmen sie die Begeisterung ihrer Kinder positiv wahr? Könnte es sein, dass Eltern längere Zeit keine Bedenken zum Mediengebrauch ihrer Kinder haben, weil sie die Begeisterung ihrer Kinder teilen und gleichzeitig die Kinder, während sie „daddeln“, nicht störend auffallen? Ist für die Eltern der Mediengebrauch einfach auch bequemer als die Planung gemeinsamer Freizeitaktivitäten? Besteht vielleicht genau aus diesen Gründen häufig kein Beratungsbedarf? Aus den Berichten Betroffener wissen wir: erst wenn Eltern erleben müssen, dass der dysregulierte Mediengebrauch der Kinder und Jugendlichen zu schwerwiegenden Nachteilen führt, suchen sie Beratungsstellen auf.

Nun sollen noch drei wesentliche Bedingungen beschrieben werden, damit bei der Interpretation der Ergebnisse Missverständnisse nicht zu Fehldeutungen führen.

1. BLIKK war eine Querschnittsstudie, keine Längsschnittstudie. Zusammenhänge werden dargestellt, keine Kausalitäten. Es war immer Absicht der Forschungsleitung, zum einen diese

Zusammenhänge aufzudecken, zum anderen sollten die Messinstrumente auch für eine Längsschnittstudie erprobt werden. Diese Längsschnittstudie steht an, über die Realisierung wird eine gründliche Diskussion geführt werden müssen.

2. Paed.Check® als Früherkennungsuntersuchung ist ein sehr ausgefeiltes Screening, aber insbesondere bei der Entwicklungsdiagnostik keine weiterreichende Untersuchung. An dieser Stelle soll auf das IVAN-Konzept verwiesen werden. Dort ist bei Auffälligkeit eine weitergehende Diagnostik mit sehr viel höherem Zeitbedarf vorgesehen.
3. Die Auswahl der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und Eltern im Ablauf einer üblichen Praxis für Kinder und Jugendliche hat zu der Frage geführt, wie repräsentativ BLIKK sei. Spekulationen, die Werte würden ein düsteres Bild als die Realität zeichnen, sind ganz sicher falsch. Vereinfacht gesagt, haben sich eher die um ihre Kinder besorgten, bildungs- und gesundheitsorientierten Eltern beteiligt. Dies umso mehr als bei der U10, U11 und J1 keine staatlichen Maßnahmen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen folgen.

### Technikfolgen

Nach diesen Vorüberlegungen ist es umso erstaunlicher, dass die Zusammenhänge noch häufiger auftraten, als nach Literatur zu erwarten gewesen wäre. Nachgewiesen wurden Zusammenhänge des dysregulierten Medienkonsums der Eltern, später der Kinder auf Entwicklung, auf Verhalten und auf die biome-

trischen Daten, hier als Beispiel der BMI. Im Cluster U3-U6 (Säuglinge) waren Fütter- und Einschlafstörung des Säuglings, wenn die Mutter während der Säuglingsbetreuung parallel digitale Medien nutzt, signifikant. Diese Ergebnisse geben erste Hinweise darauf, dass die Nutzung von digitalen Medien während der frühen kindlichen Entwicklung möglicherweise Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder haben.

Bei den Vorschulkindern konnten wir signifikante Zusammenhänge zwischen dysreguliertem Medienkonsum und Unruhe, Aggressivität, Ablenkbarkeit, Schlafstörung und Entwicklungsstörungen, überwiegend Sprache, nachweisen. 69,5 Prozent der Vorschulkinder können sich weniger als zwei Stunden selbständig beschäftigen ohne dabei digitalen Medien zu nutzen.

Die Ergebnisse im Grundschulalter unterschieden sich nur marginal von denen im Vorschulalter, zusätzlich signifikant wurden nun aber ein erhöhter Genuss von Süßgetränken und Süßigkeiten sowie ein erhöhter BMI bei erhöhter täglicher digitaler Bildschirmnutzung.

Bei der Befragung der Jugendlichen (J1) anhand eines standardisierten Fragenkomplexes mit evaluiertem Ausgrenzungskriterium war das eindrucksvollste Ergebnis: eine die sozialen Beziehungen deutlich beeinträchtigende digitale Mediennutzung einschließlich der Schwierigkeiten einer Nutzungs-Kontrolle durch den Jugendlichen. Dieses Ergebnis weist auf ein erhöhtes Gefährdungspotential hin, das bis zur Entwicklung einer digitalen Mediensucht reichen kann. In einem standardisierten Fragebogen (SIAT) bekannten sich 17 Prozent der Jugendlichen als problematisch im Um-

## BLIKK-Studie – Herausstellungsmerkmale

**Große Stichprobe, die nur unter Mitwirkung vieler niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten (80 Praxen) realisierbar war**

**Befragung zum Medienverhalten der Eltern ab der 4.-6. Lebenswoche (vergl: [www.mpfs.de/studien/minikim-studie/2014](http://www.mpfs.de/studien/minikim-studie/2014))**

**Befragung zum Medienverhalten und gleichzeitige Früherkennungsuntersuchung durch Kinder- und Jugendärzte**

**Erste große Studie der Stiftung Kind und Jugend des BVKJ Evaluation von Paed.Check® nebst Fragebögen**

gang mit digitalen Medien und 21 Prozent als pathologisch.

**Aus-BLIKK**

Zukünftige Aufgabe aller Medienschaffenden und Kontrollierenden wird sein, die „digitale Welt“ so in die reale Welt zu integrieren, dass digitale Anwendungen genutzt werden können, ohne mögliche gesundheitliche Schäden bei

den Anwendern zu riskieren. Offen ist die Frage, ob für Kinder und Jugendliche andere Nutzungsmodalitäten von digitalen Medien zu definieren sind. Dies betrifft auch die Konzeption einer digitalen Medien-Nutzungskompetenz und deren Integration in die Pädagogik.

Zu guter Letzt: Der Erwerb einer regulierten Mediennutzung ist der Erwerb

einer neuen Kulturtechnik. Die Kinder und Jugendärzte sind für die „digitale Fürsorge“ der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen bereit.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Uwe Büsching

33611 Bielefeld

E-Mail: [ubbbs@gmx.de](mailto:ubbbs@gmx.de)

Red.: ReH

# Mehr Muttermilch für die Frühgeborene

## Projekt der Stiftung EFCNI zur Förderung von Frauenmilchbanken im deutschsprachigen Raum



Wenn keine oder zu wenig Milch der eigenen Mutter zur Verfügung steht, empfehlen unter anderem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie nationale Still- und Ernährungskommissionen die Gabe von qualitätsgeprüfter Spenderinnenmilch für Frühgeborene. Für die Sammlung, Aufbereitung und Vergabe dieser gespendeten Milch leisten Frauenmilchbanken einen wichtigen Beitrag. Um Kliniken bestmöglich beim Aufbau und Betrieb von Frauenmilchbanken zu unterstützen, startete die European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) 2016 ein länderübergreifendes Projekt. In Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Expertenbeirat\* hat EFCNI ein Positionspapier sowie ein Handbuch für Kliniken entwickelt. Beide Publikationen wurden auf der 43. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI) vorgestellt, die vom 8.-10. Juni 2017 in Dresden stattfand.

Für das Positionspapier *Empfehlungen zur Förderung von Frauenmilchbanken in*

Deutschland, Österreich und der Schweiz (D-A-CH-Raum) haben Experten aus den beteiligten Länder ihre Erfahrungen und ihr Wissen zusammengetragen und mit den aktuellen Leitlinien anderer Länder im europäischen und deutschen Raum verglichen. Im Rahmen einer Bedarfsanalyse werden zudem der Bedarf und die Versorgung von Frühgeborenen mit Spenderinnenmilch für Deutschland dargestellt. Auf dieser Basis formulierte der Expertenbeirat gemeinsame Empfehlungen zur Förderung von Frauenmilchbanken im D-A-CH-Raum, die auf der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage aufbauen und die Umsetzbarkeit in den klinischen Alltag berücksichtigen. Das Positionspapier wird von zwölf Fachgesellschaften aus den drei beteiligten Ländern unterstützt – darunter die GNPI, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) sowie die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V. (AGG). Es soll den Fachgesellschaften als Grundlage für die Erstellung nationaler Leitlinien dienen.

Das knapp 50 Seiten umfassende *Handbuch für die Errichtung und Organisation von Frauenmilchbanken* dient als Hilfestellung und Unterstützung bei dem Aufbau und der Organisation von Frauenmilchbanken im deutschsprachigen Raum. Mithilfe von Praxisbeispielen, konkreten Handlungsanleitungen und Vorlagen soll es Kliniken zukünftig erleichtern, eine Frauenmilchbank zu etablieren. Beide Publikationen stehen seit dem 8. Juni 2017 unter folgender Adres-

se zum kostenfreien Herunterladen bereit: [www.efcni.org/milkbanks](http://www.efcni.org/milkbanks).

Silke Mader, Vorstandsvorsitzende von EFCNI, betont die Bedeutung von Frauenmilchbanken: „Frauenmilchbanken leisten einen erheblichen Beitrag für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen mit Spenderinnenmilch. Nach Jahrzehnten der Schließung von Sammelstellen, ist endlich eine Trendwende erkennbar. Wir möchten mit unserem Projekt Kliniken, die eine Frauenmilchbank aufbauen möchten oder bereits betreiben, mit fundierten aber auch praxisnahen Empfehlungen bei ihrer wichtigen Arbeit unterstützen.“

**Über EFCNI**

Die European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) ist die erste europaweite Organisation, die die Interessen Früh- und Neugeborener und deren Familien vertritt. Sie bringt Eltern und Experten verschiedener Disziplinen mit dem gemeinsamen Ziel zusammen, langfristig die Gesundheit von Früh- und Neugeborenen durch die Bereitstellung der bestmöglichen Prävention, Behandlung, Fürsorge und Unterstützung zu verbessern. EFCNI wird unterstützt von AbbVie, Philips AVENT, Natus, Nestlé Nutrition und Shire und anderen privaten Unternehmen sowie individuellen Spendern. Weitere Informationen unter: [www.efcni.org](http://www.efcni.org)

Red.: ReH

# Lesenlernen verändert Gehirn

**Studie mit Analphabetinnen in Indien gibt auch Hinweise auf mögliche Ursache der Leserechtschreib-Schwäche** // Lesen ist eine so junge kulturelle Errungenschaft, dass im Gehirn noch kein eigener Platz für sie vorgesehen ist. Während wir lesen lernen, werden daher Hirnregionen umfunktioniert, die bis dahin für andere Fähigkeiten genutzt wurden. Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts (MPI) für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig und des MPI für Psycholinguistik in Nijmegen haben herausgefunden, dass sich das Gehirn dabei weitaus grundlegender verändert als bisher angenommen.

**D**a Lesen evolutionär gesehen so neu ist, kann es im Gehirn kein „Leseareal“ geben. Im Zuge des Lesenlernens muss es daher zu einer Art Recyclingprozess im Gehirn kommen: Hirnareale, die eigentlich von der Evolution für die Erkennung komplexer Objekte wie Gesichter konzipiert waren, werden nun durch die Fähigkeit besetzt, Buchstaben in Sprache zu übertragen. Dadurch entwickeln sich einige Regionen unseres visuellen Systems zu Schnittstellen zwischen unserem Seh- und Sprachsystem.

„Bisher ging man davon aus, dass sich diese Veränderungen lediglich auf die äußere Großhirnrinde beschränken, die bereits dafür bekannt war, sich schnell an neue Herausforderungen anzupassen“, so Studienleiter Falk Huettig vom Max-Planck-Institut für Psycholinguistik. Das internationale Forscherteam hat nun gemeinsam mit indischen Wissenschaftlern des Center of Bio-Medical Research (CBMR) Lucknow und der Universität Hyderabad erstmals in einer umfassenden Studie mit erwachsenen Analphabetinnen beobachtet, was sich im erwachsenen Gehirn verändert, während wir lesen und schreiben lernen – und Erstaunliches herausgefunden: Anders als bisher angenommen, werden durch diesen Lernprozess Umstrukturierungen in Gang gesetzt, die bis in den Thalamus und den Hirnstamm hineinreichen. Im Vergleich zur verhältnismäßig sehr jungen Schrift des Menschen verändern sich also Regionen, die evolutionär gesehen recht alt sind – und selbst bei Mäusen und anderen Säugetieren bereits vorhanden sind.

„Wir haben beobachtet, dass die sogenannten Colliculi superiores als Teile des Hirnstamms und das sogenannte Pulvinar im Thalamus ihre Aktivitätsmuster



Foto: © Max Planck Institut für Psycholinguistics, Nijmegen

**Abb. 1:** In zwei Dörfern im Norden Indiens lernten Frauen für sechs Monate lang lesen und schreiben. Ein Großteil der Teilnehmerinnen konnte zu Beginn des Trainings kein einziges Wort entziffern. Ein halbes Jahr später hatten sie bereits ein Niveau erreicht, das sich mit dem von Erstklässlerinnen vergleichen lässt.

zeitlich enger an Sehareale auf der Großhirnrinde koppeln“, so Michael Skeide, Wissenschaftler am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften (MPI CBS) in Leipzig und Erstautor der zugrundeliegenden Studie, die jetzt im renommierten Fachmagazin *Science Advances* veröffentlicht wurde. „Die Thalamus- und Hirnstammkerne helfen unserer Sehrinde dabei, wichtige Informationen aus der Flut von visuellen Reizen herauszufiltern noch bevor wir überhaupt bewusst etwas wahrnehmen.“

Das Interessante dabei: Je stärker sich die Signale der Hirnregionen einander angeglichen hatten, desto besser waren die Lesefähigkeiten bereits ausgeprägt. „Wir gehen deshalb davon aus, dass diese beiden Hirnsysteme mit zunehmenden schriftsprachlichen Fähigkeiten besser

zusammenarbeiten“, erklärt der Neuropsychologe weiter. „Auf diese Weise können geübte Leser vermutlich effizienter durch Texte navigieren.“

## Großangelegte Studie mit Analphabetinnen in Indien

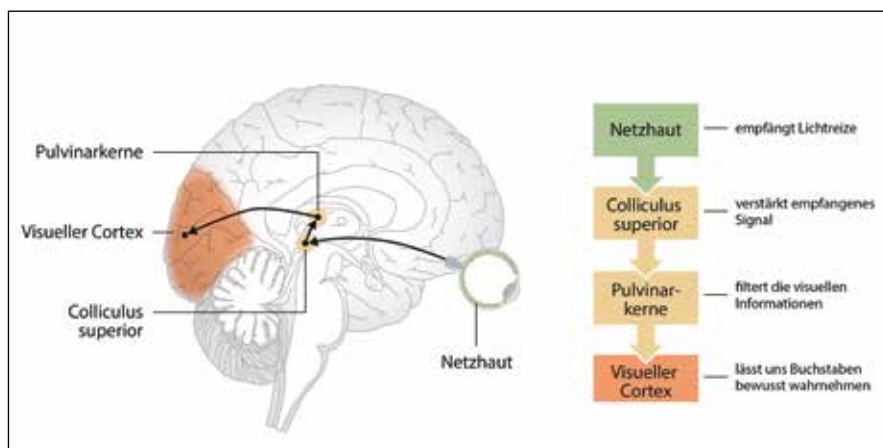
Untersucht hat das interdisziplinäre Forscherteam diese Zusammenhänge in Indien, einem Land mit einer Analphabetenrate von etwa 39 Prozent. Hier sind es vor allem die Frauen, denen der Zugang zu Schulbildung und damit zum Lesen und Schreiben verwehrt bleibt, sodass an der Studie ausschließlich Frauen teilnahmen, alle im Alter zwischen 24 und 40 Jahren.

Nach sechs Monaten Unterricht erreichten die Teilnehmerinnen bereits ein

Niveau, das sich ungefähr mit dem einer Erstklässlerin vergleichen lässt. „Dieser Wissenszuwachs ist bemerkenswert“, so Studienleiter Huettig. „Obwohl es für uns als Erwachsene sehr schwierig ist, eine neue Sprache zu lernen, scheint für das Lesen anderes zu gelten. Das erwachsene Gehirn stellt hier seine Formbarkeit eindrucksvoll unter Beweis.“

### Neue Hinweise auf Ursachen von Lese-Rechtschreib-Störung

Die erstaunlichen Lernerfolge der Studienteilnehmer sind nicht nur ein hoffnungsvolles Signal an erwachsene Analphabeten. Sie werfen auch ein neues Licht auf mögliche Ursachen der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). Bisher wurden Fehlfunktionen des Thalamus, die zu grundlegenden Defiziten in der visuellen Aufmerksamkeit führen könnten, als eine mögliche angeborene Ursache von LRS diskutiert. „Da wir nun wissen, dass sich der Thalamus bereits nach wenigen Monaten Lesetraining so grundlegend ver-



**Abb. 2:** Lesen lernen führt zu neuroplastischen Veränderungen in einem Netzwerk, das tief ins Gehirn hineinreicht. Dieser Umbauprozess verbessert unsere visuelle Navigation durch Texte.

ändern kann, muss diese Hypothese neu hinterfragt werden“, so Skeide.

Es könnte sein, dass Betroffene nur deshalb Auffälligkeiten im Thalamus zeigen, weil ihr visuelles System weniger trainiert ist. Das bedeutet, dass diese Auffälligkeiten im Thalamus nur dann als angeborene Ursache infrage kommen,

wenn sie sich schon vor der Einschulung zeigen. Genau dies wollen die Forscher nun in einer großangelegten Langzeitstudie herausfinden.

*Quelle: Max-Planck-Gesellschaft*

*Red.: ReH*

## Bundesprogramm „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ startet in die zweite Förderwelle

**B**undesfamilienministerin Manuela Schwesig eröffnete als eine ihrer letzten Amtshandlungen die Starterkonferenz zur zweiten Welle des Bundesprogramms „Sprach-Kitas“ für Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. In der zweiten Förderwelle werden die Mittel für die „Sprach-Kitas“ bundesweit auf jährlich insgesamt 200 Millionen Euro verdoppelt. In den kommenden Wochen wird die zweite Förderphase mit weiteren Starterkonferenzen in ganz Deutschland eingeleitet.

In ihrer Eröffnungsrede betonte die damalige Bundesfamilienministerin: „Sprachliche Bildung ist der Schlüssel für gerechte Bildungschancen und gesellschaftliche Integration. Wenn Kinder diesen Schlüssel nicht bekommen, dann bleiben sie vor einer verschlossenen Tür stehen – ihr Leben lang. Ich bin davon überzeugt, dass Kinder, die in benachteiligten Lebenslagen aufwachsen, nicht weniger Kompetenzen und Begabungen haben. Wenn wir sie entsprechend

fördern, können wir die Potenziale dieser Kinder wecken und ihnen die Tür zur Welt öffnen.“

Die Ministerin hob zudem hervor, wie wichtig die Zusammenarbeit mit den Familien sei.

Einig waren sich alle Teilnehmer der Starterkonferenz darüber, dass der Spaß und die Freude an der Sprache das A und O seien. Wenn die pädagogischen Fachkräfte selbst Freude an der Sprache haben, wirke sich dies auch auf die Kinder aus.

Die Starterkonferenz wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch dazu genutzt, erste Ideen für die alltagsintegrierte sprachliche Bildung auszutauschen. Eine Kita-Leiterin berichtete zum Beispiel vom „Wochenendrucksack“, mit dem sich Familien Kinderbücher aus der Kita ausleihen können und die sprachliche Bildung zu Hause aufgreifen können.

Eine andere Kita-Leiterin betonte: „Durch das Bundesprogramm können wir uns als Kita weiterentwickeln und vo-

rankommen“. Besonders wertvoll finden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Unterstützung durch die Fachberatung.

### Bundesprogramm „Sprach-Kitas“

Der Bund stellt für das Programm „Sprach-Kitas“ im Zeitraum zwischen 2016 und 2020 Mittel im Umfang von bis zu 800 Millionen Euro zur Verfügung. Die Sprach-Kitas werden zum einen durch zusätzliche Fachkräfte für sprachliche Bildung unterstützt, die direkt in der Kita tätig sind. Zum anderen werden sie kontinuierlich durch eine Fachberatung begleitet. Insgesamt können mit den Mitteln aus dem Bundesprogramm bis zu 7.000 zusätzliche halbe Fachkraftstellen in Kitas und in der Fachberatung finanziert werden.

*Info: [www.sprach-kitas.fruehe-chancen.de](http://www.sprach-kitas.fruehe-chancen.de)*

*Red.: ReH*



# Faire Chancen für jedes Kind



Foto: © finecki - Fotolia.com

## Wer hier aufwächst, braucht vielleicht besondere Förderung

**D**ie meisten Mädchen und Jungen in Deutschland wachsen – im internationalen Vergleich – in begünstigten materiellen und sozialen Verhältnissen auf. In einer Analyse für das deutsche Komitee für UNICEF, warnt der renommierte Mikrosoziologe Professor Hans Bertram jedoch davor, dass ein signifikanter Teil von Kindern in Deutschland dauerhaft abgehängt wird.

- So wachsen der Analyse zufolge in manchen Städten im Ruhrgebiet oder in Berlin zwischen 30 und 35 Prozent der Kinder unter drei Jahren in Haushalten auf, die von Hartz IV leben.
- Kinder von Alleinerziehenden tragen ein doppelt so hohes Risiko in relativer Armut aufzuwachsen, wie ihre Altersgenossen in Familien mit beiden Elternteilen – selbst dann, wenn ihre Mütter oder Väter einen Arbeitsplatz haben.
- Besonders häufig von relativer Armut betroffen sind Kinder aus zugewanderten Familien, deren Mütter selbst keine Schul- oder Berufsausbildung haben.

In seiner Analyse hat Hans Bertram aktuelle empirische Daten zu materiellem Wohlbefinden und zu Bildungschancen von Kindern in Deutschland und den OECD-Staaten ausgewertet. Danach sind in allen europäischen Staaten – auch bei hoher Erwerbstätigkeit der Frauen – erhebliche öffentliche Transferleistungen notwendig, um Kinder vor relativer Armut zu bewahren.

Ohne staatliche Hilfe liegt die unbekämpfte relative Kinderarmut in Deutschland auf der Basis von 50 Prozent des Medianeinkommens bei 24 Prozent.

Durch staatliche Transferleistungen sinkt diese Quote auf sieben Prozent. Allerdings erreicht diese Unterstützung Kinder sehr unterschiedlich: Während die Armutsquoten bei Kindern mit beiden Elternteilen auf etwa vier Prozent sinken, bleiben sie bei Alleinerziehenden mit 16 Prozent sehr hoch.

Würden zum Beispiel bei berufstätigen Alleinerziehenden die Beiträge für Krankenkasse und Rente wegfallen, würde das relative Armutsrisiko dieser Gruppe um rund sechs Prozent deutlich gesenkt.

## Regionale Trends in Deutschland

Relative Kinderarmut ist in Deutschland sehr unterschiedlich verteilt. So hat sich etwa die Lage in den neuen Bundesländern in den vergangenen zehn Jahren verbessert. In Dresden leben noch 15 Prozent der Kinder in solchen Haushalten – gegenüber 30 Prozent in Berlin. Auch Leipzig hat sich von 40 auf 25 Prozent erkennbar verbessert. Um die Lebenssituation der betroffenen Familien einschätzen zu können, müssen diese regional differenziert betrachtet werden. So müssen zum Beispiel in München mit sehr hohen Einkommen auch sehr hohe Mieten gezahlt werden. In Rostock – wo eine viel höhere relative Kinderarmut festgestellt wird – fallen dagegen auch deutlich geringere Mieten an.

## Mütter stärken – Chancen für Teilhabe und Integration verbessern

Besondere Kraftanstrengungen sind aus der Sicht von UNICEF für Kinder und Frauen aus zugewanderten Familien notwendig, damit diese ihre Kinder besser unterstützen können.

- So waren 2011 – bereits vor dem aktuellen Zustrom von Flüchtlingen – zum Beispiel in Essen 35 Prozent aller Kinder, deren Mütter einen Migrationshintergrund haben, von relativer Armut bedroht. In Hamburg waren es 20 und in München zehn Prozent.
- In Berlin oder im Ruhrgebiet haben 15 bis 17 Prozent der zugewanderten Frauen keinen Schulabschluss; etwa 30 bis 40 Prozent auch keine Berufsausbildung. Unterstützung und Qua-

lifizierungsangebote für diese Mütter und jungen Frauen sind ein Schlüssel für die Förderung und die Integration ihrer Kinder.

## Fürsorgeleistung der Eltern anerkennen

Die meisten Eltern – so die Analyse im Auftrag von UNICEF – neigen entgegen häufig geäußerter Vorurteile dazu, ihre Zeit und finanziellen Ressourcen als erstes in ihre Kinder zu investieren. Sie verzichten lieber auf eigene freie Zeit oder Ausstattung mit materiellen Gütern. Hierdurch versuchen Eltern – vielfach erfolgreich – Nachteile für ihre Töchter und Söhne aufgrund materieller und sozialer Belastungen auszugleichen.

Aus der Perspektive der Kinderrechte stellt sich die Frage: „Dürfen die Chancen eines Kindes, das in einer ökonomisch schwierigen Lebenslage aufwächst, allein von der Opferbereitschaft seiner Eltern abhängen – oder muss der Staat nicht gerade diese Kinder besser unterstützen?“, so Professor Bertram.

## Empfehlungen von UNICEF Deutschland

- **Zur Verwirklichung der Kinderrechte in Deutschland müssen die Transferleistungen für Familien erhalten und weiterentwickelt werden. Sie müssen alle Kinder unabhängig von der Lebensform ihrer Eltern vor relativer Armut schützen.**
- **Besonders in den Regionen, in denen sich negative Faktoren für das Aufwachsen von Kindern häufen, müssen Maßnahmen für die Teilhabe benachteiligter Kinder in ihrem direkten Lebensumfeld verstärkt werden. Dazu gehören Investitionen in frühkindliche, schulische und außerschulische Bildung sowie eine Stärkung der Jugendhilfe.**
- **Als einen wichtigen Beitrag für eine zukunftsfähige und inklusive Gesellschaft empfiehlt UNICEF erneut die Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz.**

Red.: ReH

# Kinder aus suchtbelasteten Familien



Foto: © Rainer Fuhrmann - Fotolia.com

## Die Kinder zahlen die Zeche

**M**arlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat eine bessere Unterstützung für Kinder suchtkranker Eltern gefordert: „Kinder aus suchtbelasteten Familien brauchen unsere Unterstützung – weil sie die gleichen Chancen auf ein unbeschwertes Aufwachsen haben sollen wie andere Kinder und weil wir verhindern wollen, dass auch sie im späteren Leben eine Suchterkrankung entwickeln.“

Rund drei Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland haben mindestens einen suchtkranken Elternteil. Ihre seelische und körperliche Gesundheit kann dadurch massiv beeinträchtigt werden. Die Kinder sind besonders gefährdet, später selbst eine Suchterkrankung oder eine andere seelische Störung zu entwickeln. Das Gefühl der Hilflosigkeit und des Alleingelassenseins prägt ihren Alltag, verbunden mit der Befürchtung, dass andere ihr Familiengeheimnis entdecken könnten.

## Daten und Fakten aus der Forschung

- ca. 2.65 Millionen Kinder und Jugendliche leben oder lebten mit einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammen
- rund 60.000 Kinder haben einen opiatabhängigen Elternteil
- etwa 37.500 bis 150.000 Kinder haben glücksspielsüchtige Eltern

Eine elterliche Suchterkrankung ist eines der zentralsten Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Die Kinder sind häufig mit folgenden Auswirkungen der Suchterkrankung der Eltern konfrontiert:

- nachteilige soziodemografische Bedingungen
- soziale Ausgrenzung
- Vernachlässigung
- instabiles Erziehungsverhalten und wenig Verlässlichkeit der Eltern
- unsichere Bindung
- Trennung von der Eltern, Fremdunterbringung
- Parentifizierung der Kinder
- Konflikte, Aggressivität und Gewalt in der Familie
- Entwicklung einer Suchterkrankung oder einer anderen psychischen Störung bei den Kindern

**Damit die riskanten Einflüsse bestmöglich „abgefedert“ werden, müssen individuelle und familiäre Schutzfaktoren dringend gefördert werden. Die Risiken für die betroffenen Kinder lassen sich durch vielfältige Präventionsmaßnahmen reduzieren, die sich entweder direkt an die Kinder, die Eltern oder die gesamte Familie richten können.**

## Mehr Aufmerksamkeit

Um mehr Aufmerksamkeit auf die Belange von Kindern aus suchtbelasteten Familien zu lenken, hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017 ihren Arbeitsschwerpunkt auf dieses Thema gelegt. Das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ ist auch Schwerpunkt des diesjährigen Drogen- und Suchtberichtes, der im Juli veröffentlicht wird. Und es war auch Thema der Jahrestagung der Drogenbeauftragten.

Bei der Jahrestagung der Drogenbeauftragten am 19. Juni 2017 tauschten sich 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Prävention, Beratung, Behandlung, Administration und Forschung über das Thema aus, informierten sich über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten und diskutierten neue Ansätze.

## Information und Handlungskompetenz

Fachkräfte, die täglich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, brauchen

mehr Informationen, um den Hilfebedarf zu erkennen. Der Umgang mit den Kindern und ihren Eltern benötigt Handlungskompetenz. Folgende Informationsmaterialien helfen weiter:

- *Mia, Mats und Moritz – Broschüren der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen*
- *Suchtprobleme in der Familie – Broschüre der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen*
- *Alles total geheim – Broschüre der Fachstellen für Suchtprävention Sachsen*
- *Kindern von Suchtkranken Halt geben – Broschüre der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe*

## Kinder stärken – Resilienz fördern

Wie können Kinder so gestärkt werden, dass sie sich trotz schwieriger Lebensumstände gut entwickeln können? Aus der Resilienzforschung lassen sich Faktoren ableiten, die Kindern dabei helfen, besser mit ihrer familiären Situation zurechtzukommen:

- verlässliche Beziehungen zu Erwachsenen
- Verstehen der elterlichen Sucht als Krankheit und der eigenen Schuldlosigkeit daran
- das Wissen und Gefühl, mit diesem Problem nicht allein zu sein
- eigene Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und umsetzen

## Kooperation und Vernetzung

Die bestehenden Angebote müssen besser ineinandergreifen. Dabei können Lotsen und Netzwerke helfen, die den fachlichen Austausch zwischen Fachkräften aus dem Erziehungs-, Gesundheits-, Suchthilfe- und Jugendhilfesystem fördern und die Angebote koordinieren. Beispiele, wie Kommunen und Länder die Netzwerkbildung fördern und umsetzen, existieren bereits in Hamburg und Bayern: **connect Hamburg, Schulterschluss Bayern.**

Red.: ReH

# Kinder- und Jugendärzte auf Platz 6 der jameda-Beliebtheitsskala

Ältere Eltern sind zufriedener mit Pädiatern als jüngere

**J**e älter die Eltern, desto zufriedener sind sie mit ihren Kinder- und Jugendärzten. Das ist das Ergebnis des Patientenbarometers 01/2017, das das Bewertungsportal zweimal im Jahr erhebt.

Im Schnitt bewerten Eltern über 50 Jahre die Kinder- und Jugendärzte auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 mit der Note 1,39. Personen zwischen 30 und 50 Jahren vergeben hingegen im Durchschnitt die Note 1,77, die Jüngeren unter 30 Jahren sogar nur eine 1,86. Besonders groß ist der Unterschied in der Bewertung des Vertrauensverhältnisses: Während die Angehörigen der Kinder im Alter von 50+ sehr zufrieden sind (1,43), bewerten Eltern im Alter von 30 bis 50 Jahren das Vertrauensverhältnis mit einer 1,84. Die Generation unter 30 vergibt lediglich die Note 1,93.

## Patientenzufriedenheit hält weiter an

Insgesamt sind die Deutschen auch in diesem Jahr mit den Kinder- und Jugendärzten zufrieden und geben den Medizinern die Note 1,881. Damit belegen die Kinder- und Jugendärzte zusammen mit den HNO-Ärzten den sechsten Platz des Facharzt-Rankings. Die Zahnärzte können mit einer Bewertung von 1,32 mit deutlichem Abstand zu den anderen Fachgebieten punkten und den ersten Platz der letzten Jahre verteidigen. Auf dem zweiten Platz befinden sich die Urologen mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,6, gefolgt von den Allgemeinärzten (1,78). Am wenigsten zufrieden sind die Patienten mit ihren Hautärzten. Mit der Note 2,38 bilden sie das Schlusslicht des Rankings.

## Zufriedenheit mit genommener Zeit und Wartezeit auf einen Termin steigt

Trotz der knapp bemessenen Zeit im Praxisalltag sind die Deutschen mit der Behandlungszeit der Kinder- und Jugendärzte zufrieden. Die Zufriedenheit ist in den letzten vier Jahren sogar noch gestiegen: Bewerteten die Eltern der Kinder die genommene Behandlungszeit im Jahr 2014 noch mit der Note 1,97, vergeben sie im ersten Halbjahr 2017 eine 1,91. Das gleiche gilt für die Wartezeit auf einen Termin, die die Deutschen im ersten Halbjahr 2017 mit der Note 1,85 besser bewerten als noch im Jahr 2014 (1,88).

Red.: ReH

## auf den ● gebracht

### jameda auf Platz 0 der Pädiater-Beliebtheitsskala

Offen und ehrlich gesagt: die meisten Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mögen jameda nicht. Das ist nicht das Ergebnis eines „Barometers“, sondern von Privatempirie. Aber da ich Tag für Tag als praktizierender Pädiater und Präsident unseres Berufsverbandes mit vielen Kolleginnen und Kollegen spreche, traue ich mir dieses Urteil zu.

Wir mögen jameda nicht, weil hier im Schutz der Anonymität eine Minderheit von Stimmen über unsere Praxen, Mitarbeiterinnen und uns selbst urteilen. Weil

sie ihre Urteile meist nicht von unserer Kompetenz und unserem Engagement abhängig machen, sondern von Kriterien, die mit dem eigentlichen Arztbesuch und mit unserer Arbeit nichts zu tun haben. Wie relevant sind zum Beispiel die Punkte „Wenig Parkplätze“ oder „Wenig Zeitschriftenauswahl“? Ich glaube, dass nicht einmal ein Lob wie „Sehr kinderfreundlich“ oder „Sehr vertrauenswürdig“ wirklich motiviert.

Wir reden mit unseren Patienten und ihren Eltern. Und wenn wir dabei ein

ehrliches Feedback bekommen, ist das tausendmal mehr wert als jede Bewertung im Internet. Die meisten Pädiater und Pädiaterinnen schauen selbst schon lange nicht mehr in jameda – und die Vernünftigeren unter den Patienteltern bilden sich selbst ihr Urteil und suchen das direkte Gespräch mit uns.

**Dr. Thomas Fischbach**  
Präsident BVKJ

Red.: ReH

# Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs veröffentlicht ersten Zwischenbericht

*Bereits 1000 Betroffene haben sich für Anhörungen angemeldet. Neues Licht fällt auf die Rolle der Mitwissenden in der Familie, die Mehrfachbetroffenheit und den Zusammenhang von Missbrauch und Armut.*

**D**ie Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs hat im Mai 2016 ihre Arbeit aufgenommen. Am 14. Juli stellte sie ihren ersten Zwischenbericht vor. Neben der Dokumentation ihrer Arbeit enthält der Bericht erste Erkenntnisse aus vertraulichen Anhörungen und schriftlichen Berichten. Er enthält zudem Botschaften von Betroffenen an die Gesellschaft und Empfehlungen der Kommission an die Politik.

Seit Mai 2016 haben sich bei der Kommission rund 1000 Betroffene und weitere Zeitzeuginnen und Zeitzeugen für eine vertrauliche Anhörung gemeldet. Davon konnten bisher etwa 200 Personen angehört werden. Zusätzlich sind 170 schriftliche Berichte eingegangen. Bei rund 70 Prozent der Betroffenen, die sich bisher an die Kommission gewandt haben, fand der Missbrauch in der Familie oder im sozialen Nahfeld statt, gefolgt von Missbrauch in Institutionen, durch Fremdtäter/Fremdtäterinnen und rituellem/organisiertem Missbrauch.

## Schwerpunkt Familie

Einen ersten Schwerpunkt ihrer Arbeit hat die Kommission mit sexuellem Missbrauch in der Familie gesetzt und damit auch international Neuland betreten. Bisherige Erkenntnisse: Kinder haben oft keine oder erst spät Hilfe erfahren, weil Familienangehörige zum Teil lange etwas von dem Missbrauch wussten, sie dennoch nicht davor schützten und handelten. Insbesondere die Rolle der Mütter steht im Fokus. Mütter treten nach den Erkenntnissen der Kommission auch als Einzeltäterinnen auf, aber vorwiegend als Mitwissende und damit als Unterstützende der Taten. Gründe für das Dulden des

Missbrauchs sind u. a. Abhängigkeiten, erlebte Rechelosigkeit, Ohnmachtserfahrungen und Gewalt in der Partnerschaft, jedoch auch die Angst vor dem Verlust des Partners oder der gesamten Familie sowie bereits eigene vorausgegangene Missbrauchserfahrungen in der Familie. In den wenigsten Fällen haben die Mütter ihren Kindern geglaubt und sie vor weiterem Missbrauch geschützt.

Hilfe von außerhalb der Familie erfahren Betroffene selten, weil die Familie, als Privatraum gesehen wird. Aufarbeitung muss sich folglich mit der Wirkung gesellschaftlicher Vorstellungen von Familie sowie der Rolle von Eltern und anderen Angehörigen befassen. Zu klären ist auch, welche Bedeutung das Dilemma zwischen dem Schutz der Privatsphäre und der Aufgabe des staatlichen Wächteramtes hat.

## Mehrfachbetroffenheit

In den Anhörungen und schriftlichen Berichten wird deutlich, dass viele Menschen mehrfachbetroffen sind. Sie erlebten sexuelle Gewalt durch verschiedene Täter oder Täterinnen oftmals auch in verschiedenen Bereichen. So wird zum Beispiel von sexuellem Missbrauch in der Familie berichtet und von parallel oder später stattfindendem Missbrauch im Heim oder in der Schule. Oder es findet Missbrauch in der frühen Kindheit durch den Großvater und in der späteren Kindheit durch den Vater statt. Auch der Zugang zu rituellen oder organisierten Gewaltstrukturen erfolgt nicht selten über die Familie.

## Zentrales Thema Armut

Alle Kontexte durchzieht das Thema Armut im Erwachsenenalter als Folge des

Missbrauchs in der Kindheit. Es besteht längst noch kein Bewusstsein darüber in der Gesellschaft, in welchem Ausmaß sexueller Kindesmissbrauch auch das spätere Erwerbsleben beeinträchtigen kann und welche erheblichen sozioökonomischen Einschränkungen damit verbunden sein können. Es bedarf der Verantwortung der gesamten Gesellschaft, damit Betroffene nicht länger an strukturellen und finanziellen Hürden scheitern, sondern schnelle und passende Hilfen und Unterstützung erhalten.

## Empfehlungen an die Politik

Aus ihren Erkenntnissen richtet die Kommission folgende Empfehlungen an die Politik:

- Betroffene Menschen haben das Recht auf eine deutliche Geste der Politik und klare politische Entscheidungen, welche die Verantwortungsübernahme des Staates für mangelnden Schutz und unzureichende Hilfen in der Vergangenheit zum Ausdruck bringen. So ist es beispielsweise in Österreich gelungen, durch einen Staatsakt im Parlament ein eindrückliches Zeichen zu setzen.
- Eine gesamtgesellschaftliche Aufarbeitung muss über 2019 hinaus gewährleistet sein. Die große Anzahl der Meldungen für vertrauliche Anhörungen bedingt einen deutlichen Nachsteuerungsbedarf bei den Ressourcen für die zeitnahe Durchführung von Anhörungen. Aufarbeitung erfordert darüber hinaus eigene Ressourcen für Forschung. Die Kommission empfiehlt zudem dringend eine gesetzliche Verankerung. Dieses wird benötigt, um einer umfassenderen Aufarbeitung

den Weg zu bereiten, z. B. durch die Möglichkeit, Akten über Täter und Täterinnen einzusehen oder Verantwortliche aus Institutionen zu einer Anhörung vorzuladen.

**Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a. D., Mitglied der Kommission:** „Die Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden und erfordert

eine stärkere Unterstützung durch die Politik.“ Für 2017 und 2018 hat sich die Kommission weitere Arbeitsschwerpunkte gesetzt: Kindesmissbrauch in der DDR, in den Kirchen sowie ritueller/organisierter Missbrauch.

**Zur aktuellen Situation:** Die Kommission kann aufgrund ihrer begrenzten Ressourcen vorerst keine weiteren Anmeldungen für vertrauliche Anhörungen

annehmen. Mit den vorhandenen finanziellen Mitteln kann sie gewährleisten, bis zum Ende ihrer Laufzeit im März 2019 alle Betroffenen anzuhören, die sich bis jetzt angemeldet haben.

**Info:** [www.aufarbeitungskommission.de/zwischenbericht/](http://www.aufarbeitungskommission.de/zwischenbericht/)

*Red.: ReH*

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter  
[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Das Immunsystem von Trennungskindern



Foto: © Photographee.eu - Fotolia.com

Studie von Psychologen der Carnegie Mellon University in Pittsburgh nahe. Die Forscher dort infizierten 201 gesunde Erwachsene zwischen 18 und 55 Jahren mit Erkältungsviren. Einige der Testpersonen erkrankten dreimal so schnell wie die widerstandsfähigsten Probanden. Interessanterweise waren die schnell Verschnupften jene, deren Eltern nach einer Trennung keinen Kontakt mehr miteinander hatten. Die immunologisch fitteren Probanden waren diejenigen aus intakten Familien oder mit Eltern, die

auch nach der Scheidung noch miteinander in Kontakt standen.

### Quelle:

Michael Murphy Carnegie Mellon University, Pittsburgh) et al., *Proceedings of the National Academy of Sciences*, doi: 10.1073/pnas.1700610114

Red.: ReH

**S**chmutzige Scheidungen schädigen das Immunsystem der Kinder noch nach vielen Jahren. Das legt eine

## Kongress für Jugendmedizin 2018 – derselbe Ort aber ein anderer Termin

*„Unter des Grünen  
Blühender Kraft  
Naschen die Bienen  
Summend am Saft.“  
(J. W. von Goethe, 1801)*

Der nächstjährige Kongress für Jugendmedizin wird wieder in Weimar stattfinden, aber – hoffentlich frühlingshafter – im April. Wir freuen uns, Sie vom 13. bis 15.4.2018 am bekannten Veranstaltungsort, nämlich in der Weimarhalle begrüßen zu dürfen.

Weimar ist immer eine Reise wert! Aber vielleicht noch ein wenig mehr, wenn Frühlingsgefühle eine Rolle spielen.

Um neuen Schwung in die altbewährte Veranstaltung zu bringen, wollen wir vom Ausschuss Jugendmedizin für 2018 mehrere Veränderungen am Kongress in Weimar vornehmen.

Zum einen planen wir einen Parforce-Ritt quer durch die Jugendmedizin. Was gibt es Neues? Wo müssen wir als Jugendmediziner umdenken? Und wo bleiben wir bei Alterproblem? Der Kongress wird 2018 also nicht unter einem spezifischen Thema stehen – wir versuchen vielmehr einen bunten Strauß von jugendmedizinischen Themen anzubieten. Und das Themen-Portfolio soll nicht nur „alte Hasen“ sondern auch jüngere Kolleginnen

und Kollegen ansprechen, die jugendmedizinisch interessiert sind. Mehr dazu in einem der nächsten Hefte.

Weiterhin wollen wir das Programm für Begleitpersonen (Erwachsene und Kinder) ausweiten und auch ein wenig auf den Kopf stellen. Auch dazu werden wir Sie weiter informieren.

Das jugendmedizinische Vortrags- und Seminarangebot für MFAs wird selbstverständlich auch weitergeführt werden. Da wir vor allem die Teamarbeit fördern wollen, werden wir bei Interesse auch das in der Vergangenheit sehr gut nachgefragte Seminar zur Implementierung von Jugendmedizin in der Praxis wieder auflegen. Teilnahme im Team – also Arzt/Ärztin und MFA gemeinsam.

Wir halten Sie auf dem Laufenden. Merken Sie sich bitte jetzt schon den geänderten Termin.

**Alles neu – macht der Mai April!**  
(13.-15.4.2018)

### Neues zu Weimar 2018

Die „Familien-Uni“. Der Kongress für die ganze Familie?

Bitte beteiligen Sie sich an unserer (anonymen) Umfrage!

Link: <https://www.surveymonkey.de/r/HMDKZ9H>

Ausführliche Informationen hierzu finden Sie in Ihrem Landesverbandsordner (Mail vom 04.07.2017 „Neues zu Weimar, Jugendmedizinkongress 2018“)!

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Ihr Team des Ausschusses Jugendmedizin

Ihr

**Michael Achenbach**

58840 Plettenberg

E-Mail: [m.achenbach@gmail.com](mailto:m.achenbach@gmail.com)

Ausschuss für Jugendmedizin

Red.: ReH



# Wenn Mütter trinken

*FASD ist ein zentrales Thema in diesem Jahr für den BVKJ. Zwischen drei- und viertausend Kinder kommen in Deutschland jedes Jahr mit FASD zur Welt. FASD ist wahrscheinlich die häufigste angeborene Störung mit Intelligenzminderung. Die Diagnose ist schwierig, die Betroffenen haben es schwer, kompetente Hilfe finden, s. auch Bericht über die FASD-Tagung auf Seite 461. FASD wurde 1968 zum ersten Mal beschrieben, die Schädigung ist jedoch keine Modekrankheit, denn Schwangere haben zu allen Zeiten Alkohol getrunken.*

**O** b Bauer, Handwerker oder Adelliger, schon im Mittelalter wurde Alkohol in Form von Wein und Bier in allen Bevölkerungsschichten getrunken – und zwar auch schon morgens. Allerdings hatten der meist hausgemachte Wein und auch das selbst gebraute Bier einen geringeren Alkoholgehalt als heutiger Wein und Bier. Gegenüber dem meist ungenießbaren Wasser galten Wein und Bier als „sauber“ und zudem stärkend. Nach den Befreiungskriegen (1813–1815) nahm die industrielle Branntweinproduktion Fahrt auf. Neue Herstellungsverfahren und der Siegeszug der Kartoffel als Rohstoff machten die Produktion lohnend und das Endprodukt billiger als Bier. In den Kartoffelanbaugebieten im Norden und Osten Deutschlands bauten meist adelige Gutsbesitzer überall Kartoffelschnapsbrennereien auf. Der billige Schnaps wurde zum Alltagsgetränk für große Teile der Bevölkerung. Alleine in Preußen verfünffachte sich der jährliche

Schnapsverbrauch von 1800 bis 1830 auf fast 25 Liter pro Kopf. Für den massenhaften Konsum wurde von Zeitgenossen der Begriff Branntweinpest geprägt, vielfach in Verbindung gebracht mit der Auflösung der Ständegesellschaft, der Industrialisierung und als Folge davon der Verelendung breiter Schichten. So beschreibt unter anderem auch Friedrich Engels den Konsum von Alkohol als notwendige Folge der aus den kapitalistischen Produktionsverhältnissen resultierenden Verelendung des Proletariats.

## Die Branntweinpest – ein Problem der ganzen Gesellschaft

Die Theorie vom Elendsalkoholismus der städtischen Industriearbeiterschaft im 19. Jahrhundert ist unter Historikern umstritten. Der Anthropologe Prof. Gunther Hirschfelder, Regensburg, hat anhand von Quellen den Alkoholkonsum in Aachen und Manchester genauer un-

tersucht. In seiner Schrift *Alkoholkonsum am Beginn des Industriezeitalters 1700–1850. Vergleichende Studien zum gesellschaftlichen und kulturellen Wandel* weist er nach, dass bereits vor der Industrialisierung reichlich Alkohol getrunken wurde, von Arbeitern und Handwerkern, am meisten jedoch von wohlhabenden Kaufleuten und Wohlstandsbürgern. Hirschfelders Schrift gibt auch Aufschluss über das spezifische Trinkverhalten der Frauen in der Frühen Neuzeit. Er gibt darin unter anderem die Episode wieder, die der Kölner Chronist Hermann von Weinsberg 1528 erlebt: Im Wirtshaus seiner Eltern war eine alte Frau zu Gast. Sie war alleine, und niemand nahm daran Anstoß, denn so etwas war durchaus alltäglich. Die Frau trank, bis ihr Durst gestillt war, dann wollte sie zahlen. Als ihr 13 Pinten Wein in Rechnung gestellt wurden, protestierte sie: „In mein leif gaint nit mehe dan 12 pintger.“ Andere Quellen untermauern die These, Frauen hätten im 16. Jahrhun-

dert mehr oder weniger gleichberechtigt getrunken. So musste 1567, wer in ein Kölner Frauenkloster eintrat, einen Bierkrug mitbringen.

Hirschfelder: „Über die gesamte Frühe Neuzeit hinweg tranken Frauen all jener Haushalte, die selbst brauten, regelmäßig Alkohol, aber dieses Bier wurde von den Zeitgenossen als Bestandteil der Nahrung und nicht als Genuss- oder Rauschmittel gesehen.“ In der Öffentlichkeit waren es vor allem die Feste des Jahres- und Lebenslaufs, zu denen Frauen Alkohol tranken. Den großen Umbruch des 18. Jahrhunderts verdeutlicht eine Passage, die sich in der 1762 erschienenen sechsten Auflage von Ethophilus' Sittenbuch findet: „Das Frauenzimmer zu zwingen, bei Gesundheitstrinken die Gläser völlig auszuleeren, ist wider die Höflichkeit und Freyheit, welche diesem Geschlechte bey allen solchen Fällen zukömmt.“ Demnach wurde den Frauen vor dieser Zeit ein recht freizügiger Umgang mit Alkohol zugestanden. Das änderte sich in der Folgezeit zunehmend - nicht aus Gesundheitsgründen, sondern aus Anstandsgründen. Reiche Frauen mussten sich oft mit zwangsverordneter Abstinenz begnügen, während viele Frauen der Unter- und Mittelschichten weiterhin selbstgebrautes Bier und Branntwein trinken konnten. Aber auch für sie zeichneten sich Veränderungen ab. Eine große deutsche Enzyklopädie empfahl 1779, für männliche Landarbeiter jährlich 300 Quart Bier und sechs Quart Branntwein zu veranschlagen, während das weibliche Gesinde doch besser mehr Wasser trinke; ihnen würden 120 Quart Bier und ein Quart Branntwein genügen. Ohnehin trat jetzt der Kaffee seinen Siegeszug an. Wer ihn sich leisten konnte, trank den schwarzen Bohnen-trank, die anderen blieben mangels Geld beim Branntwein.

### Ernüchternd für Frauen: die französische Revolution

Französische Revolution und Besetzung erschütterten weite Bereiche der Gesellschaft. Der Code Civil legte im Namen der Natur die absolute Machtstellung des Mannes in der Ehe und des Vaters in der Familie fest. So wurde die faktische soziale Unterlegenheit der Frau auf höchster Ebene festgeschrieben. Sie verschwand damit auch weitgehend aus der Öffentlichkeit, mithin auch aus den Gasthäusern.

1839 beobachtete Friedrich Engels in Wuppertal beim Trinken keine Frauen, sondern nur „die lustigen Gesellen“, vor allem „die sog. Karrenbinder“, ferner Fabrikarbeiter, Weber und Handwerker. Der öffentliche Raum war Männern vorbehalten und sie schufen sich Trinkanlässe: Handwerkerzusammenschlüsse, Brauchtumsvereine, Clubs und Gesellschaften. Andererseits, schreibt Hirschfelder, gab es auch eine Reihe von Bräuchen, bei deren Ausübung Frauen mittrinken durften. Bei einer Totenfeier, die 1823 in der Nähe von Erkelenz aktenkundig wurde, kam es u. a. deshalb zum Streit, weil die Trauergäste aus der Nachbargemeinde Matzerath

„der Frau des Jacob Minkenberg ein mahl hatten zutrinken wollen, diese sich aber geweigert“ hatte. Die Männer waren also davon ausgegangen, dass Frau Minkenberg mit ihnen trinken würde, und fassten die Weigerung als herbe Beleidigung auf. Der Vorfall ereignete sich in einer Zeit des beschleunigten gesellschaftlichen Wandels. Aus dieser Zeit stammen auch Schreiben wie die des ehemaligen Gärtners Peter Frings an den

preußischen Aachener Bürgermeister. Bereits vor 18 Monaten habe er ihm geholfen, indem er seine Gattin Maria Theresia Molleng „als eine Frau, die Tag und Nacht sich besauft ... circa sechs Wochen zur Correction in das Annunciaten Kloster (prison) zu ihrer Besserung“ gesperrt hatte, denn sie hatte sämtliche Barmittel vertrunken. „So glaubte man nach aller strengen Anmahnungen von den Herrn Polizey Commission, sie hätte sich dann gebessert. Ungeachtet dieser gestrengen Anmahnungen hat dieselbe nach Ablauf vier ad fünf Wochen, wieder angefangen den Brandwein zu trinken, und so stark daß ich nicht mehr subsistieren, und meine Gläubiger zahlen kann; sogar auch meines Lebens unsicher bin.“ Maria Theresia hatte nämlich „ein Messer mit ins Bett“ genommen, um ihm „den Hals abzuschneiden“.

Aus Burscheid stammte Balthasar Brügggen, der 1827 zehnjährig wegen Bettelei in Brauweiler inhaftiert wurde. Den Unterlagen der Korrekptionsanstalt zufolge war er „von seiner dem Trunke leidenschaftlich ergebenen Mutter in sei-



© akq-images





© Henning Langenhein/akg-images

ner Erziehung vernachlässigt“ und daher kriminell geworden. Möglicherweise waren es Frauen wie diese, die sich nun – auch ohne männliche Begleitung – in den Wirtshäusern herumtrieben. Als der Burscheider Wachtmeister 1825 einen Streit in der berühmten Schenke des Herrn Fränzel schlichten wollte, konnten neben Bäckermeister Wilhelm Müller nur Frauen als Zeuginnen fungieren: Johanna Graf (Ehefrau Heiligus), Sibilla van Beth, Josephina Pauls, Witwe Timm und Catharina Schweinch.

### Trinken und Emanzipation

Die soziale Realität des anbrechenden Fabrikzeitalters spiegeln die „Maassregeln gegen das übermäßige Branntwein trinken“ wider, die regionale Verwaltungsfachleute dem Oberpräsidenten der Provinz Eschweiler 1844 auf dessen Bitte

hin unterbreiteten. So schrieb der Aachener Polizeidirektor über die Viktualienläden: „Der bei weitem größere Nachteil derselben besteht aber endlich noch darin, daß bei Gelegenheit des Ankaufs anderer Laden-Artikel, Weiber, Kinder und Dienstbothen in die Verführung des Brandtweintrinkens gerathen.“

Der Aachener Landrat schrieb: „Hier in der Stadt kommt es z. B. sehr häufig vor, daß schon Mädchen von 17–18 Jahren (Fabrikarbeiterinnen) in den Viktualienläden einen Schnaps trinken, und je älter sie werden, desto mehr Schnäpse haben sie nöthig, so daß sie zuletzt trotz einem Karrenbinder saufen können.“ Den aktenkundig gewordenen Ausnahmefällen steht die Regel gegenüber, schreibt Hirschfelder: Die Fabrikmädchen schufen eine eigene, spezifische Alkoholkultur, die auch den gemäßigeren Konsum implizierte und Teil ihrer Emanzipation

wurde. Auf dem Lande war es für Frauen dagegen schwer, an hochprozentige Getränke zu kommen. Bei Ernte und Erntefesten wurden weiblichem Gesinde und Bäuerinnen geringe Mengen Alkohol zugestanden. Bier gab es eher tagsüber als abends; es diente der Stärkung und dem Durstlöschen, Branntwein und Rausch blieben männliche Privilegien.

### Passive Konsumentinnen

Im Zuge der Aufklärung wurde die trinkende Frau bereits in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts immer kritischer gesehen. Dieser Blick betraf vor allem die bürgerlichen Frauen. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts durften sie nur noch trinken, wenn die Männer ihnen zu besonderen Anlässen, auf Bällen oder Gesellschaften, etwas anboten: Sie waren zu passiven Konsumentinnen geworden.

Was sich allerdings in den eigenen vier Wänden der Menschen abspielte, darüber schweigen die Quellen. Dieses Schweigen kann als Tabuisierung des Alkoholkonsums weiblicher Mittel- und Oberschicht angehöriger interpretiert werden.

Dagegen sah man Bäuerinnen und Landarbeiterinnen weiterhin den Krug Bier bei der Ernte nach. Er verlieh den Frauen ja die nötige Kraft für die tägliche Schufterei auf dem Feld und im Stall, glaubte man. In den Städten drückten junge Fabrikarbeiterinnen weiterhin ihre neue Selbständigkeit durch freimütige Wirtshausbesuche aus. Der Rückgang der Hausbrauerei führte gleichzeitig dazu, dass Heimarbeiterinnen, Mütter oder Ehefrauen fast gar keinen Alkohol mehr tranken, es sei denn, ihr Mann nahm sie mit in die Gaststätte. So wurde Alkoholkonsum zu einer Frage der finanziellen Möglichkeiten.

Der gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums war man sich übrigens schon früh bewusst. In Preußen gab es in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bereits die ersten Bestrebungen, Trinker statistisch zu erfassen. Einem Handbuch zufolge zählte das Land 270.400 „Säufer und Trunkenbolde“ sowie 22.533 Fälle von „Säuferwahnsinn“. Von den vielen tausend Kindern, die durch den Alkoholkonsum ihrer Mütter unheilbar behindert wurden, sprechen die Quellen nicht.

**Regine Hauch**

# Zweimal Ehre, einmal Silber

Wie in jedem Jahr, so zeichnete der Präsident des BVKJ auch in diesem Jahr auf dem Kinder- und Jugendärztetag Persönlichkeiten aus, die sich in besonderer Weise um den Berufsverband und seine Mitglieder verdient gemacht haben.

## Dr. Bernd Simon



Dr. Bernd Simon, Kinder- und Jugendarzt und Kinderkardiologe aus München war viele Jahre lang Landesvorsitzender für Bayern im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Der berufspolitischen Arbeit in Bayern folgte die Arbeit auf Bundesebene für den BVKJ: als Vorstandsmitglied und Schatzmeister des BVKJ.

Bis Oktober 2007 wirkte Bernd Simon hier an vorderster Front, bevor er sich dann zurückzog und wieder vorwiegend seiner Praxis widmete. Seit dieser Zeit

arbeitet er noch freiberuflich dort und in einer weiteren Praxis, zudem auch für Refudocs, ein Verein, der die Grundversorgung von Asylsuchenden in Bayern übernommen hat. „Wir haben sein Wirken aber nicht vergessen, sondern sind dankbar für die geleistete Arbeit. Wir möchten Bernd Simon daher zum Ehrenmitglied des BVKJ machen – wobei die Ehre ganz auf unserer Seite liegt,“ so BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach in seiner Laudatio.

## Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf



Mit der Silbernen Ehrennadel dankte der BVKJ Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf für sein jahrelanges Engagement. Der Kinder- und Jugendarzt und Diplom-Psychologe hat in seiner langen Laufbahn eine Reihe von Ehrenämtern für den BVKJ ausgefüllt. Zu den Wichtigsten zählt das Amt als Beauftragter für Psychotherapie im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), das Harald Tegtmeier-Metzdorf von 2006 bis 2010 innehatte, seit 2010 ist er Sprecher des neu gegründeten Ausschusses für Psychosomatik und Psychotherapie.

Außerhalb des BVKJ ist er vor allem aktiv als Sprecher des Dachverbands Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie in den somatischen Fachgebieten (DPÄP), bis Anfang dieses Jahres war er noch

Vertretendes Mitglied im Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Dazu kommt kommunalpolitisches Engagement und eine äußerst emsige Tätigkeit als Autor und Vortragender. Den BVKJ hat Harald Tegtmeier bei der Erstellung von Leitlinien für „Psychische Störungen bei Kinder von 0-6 Jahren“, „Lese-Rechtschreibstörung“ und „Dyskalkulie“ unterstützt.

In seiner Laudatio lobte Dr. Thomas Fischbach vor allem den Einsatz Tegtmeiers als Vermittler: „Er hält uns fortwährend auf dem Laufenden, was sich auf dem Gebiet der pädiatrischen Psychotherapie tut. Zugleich bringt er uns in der anderen Disziplin immer wieder ins Gespräch. Damit ist Harald Tegtmeier-Metzdorf ein Brückenbauer der besonderen Art.“

## Christiane Daub-Gaskow



Mit besonders warmherzigen Worten dankte der BVKJ-Präsident schließlich Christiane Daub-Gaskow, der Redaktionsassistentin dieser Zeitschrift: „Ohne sie gäbe es unsere Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ nicht. Monat für Monat beugt sie sich mit strengem Blick über Berge von Manuskripten, sucht nach Tipp- und Grammatikfehlern, nach Ungereimtheiten, die die Redakteure übersehen haben, und überlegt, welche Artikel WIE bebildert werden könnten. Mit einem Foto, einer Infografik oder doch mal zur Abwechslung mit einer Karikatur?.....“ Kaum

ein Kinder- und Jugendarzt ahnt, wieviel Arbeit hinter der Zeitschrift steckt, die die BVKJ-Mitglieder jeden Monat aufs Neue darüber informiert, was sich im Berufsverband, in der Pädiatrie und in der Gesundheitspolitik tut. Um so mehr staunte das Publikum der Veranstaltung, als Dr. Thomas Fischbach den Weg der Manuskripte bis zum fertigen Artikel im Heft kurz umriss. „Ohne Christiane Daub geht es nicht. Wenn es sie nicht gäbe, müsste man sie erfinden,“ schloss der Präsident und überreichte Christiane Daub-Gaskow die Ehrenurkunde des BVKJ.

**Regine Hauch**

# Erstes Benefizdinner der Stiftung Kind und Jugend mit Schirmherr Joe Bausch

**A**nlässlich des Kinder- und Jugendärztetages in Berlin Ende Juni veranstaltete die Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) ihr erstes Benefizdinner. Über 80 Besucher kamen zu dieser ersten großen Publikumsveranstaltung zugunsten der Stiftung. Der besondere Reiz des Abends bestand in dem Auftritt von Joe Bausch, dem bekannten Gerichtsmediziner des Kölner Tatorts, der im „richtigen Leben“ Gefängnisarzt in der Justizvollzugsanstalt Werl ist, daneben auch noch Buchautor und Drehbuchautor. Moderiert wurde der kurzweilige Abend ebenso charmant wie eloquent von Regine Hauch. Zum Gelingen beigetragen haben auch die Verlosung diverser Gewinne und die amerikanische Versteigerung von zwei Gutscheinen für Wochenendaufenthalte für jeweils zwei Personen im Hotel Estrel in Berlin, die von dessen Geschäftsleitung zu Gunsten der Stiftung Kind und Jugend zur Verfügung gestellt wurden.

## „Knastarzt“ zu Besuch bei Kinder- und Jugendärzten

Die Stiftung hat mit Joe Bausch einen Schirmherrn gewonnen, bei dem man einen Bezug zum Thema „Kind und Jugend“ nicht direkt vermutet. Als Kind auf einem Bauernhof im katholischen Westerwald aufgewachsen, hat er sich den Weg zum Gymnasium erst erarbeiten müssen. Nach dem Abitur besuchte er zunächst die Schauspielschule und ist

seither auf der Bühne und vor der Kamera tätig. Sozusagen „berufsbegleitend“ und primär aus „Interesse am Leben“ studierte er Medizin. Seit rund dreißig Jahren arbeitet er als Gefängnisarzt in Nordrhein-Westfalen und behandelt u. a. Menschen, die einsitzen wegen kapitaler Delikte wie Mord, schwere Körperverletzung, Vergewaltigung und Kindesmissbrauch.

Während des Benefizdiners plauderte Joe Bausch höchst unterhaltsam über seinen Lebensweg und seine ganz speziellen Berufserfahrungen als „Knastarzt“, über die speziellen Krankheitsbilder im Knast, über verfehlte Lebenswege, darüber dass die Justiz psychische Krankheiten bestraft statt Menschen, über den Respekt, den man den Inhaftierten entgegenbringen müsse, um Respekt zurückzubekommen, und über Patienten, die es cool finden, von einem TV-Star behandelt zu werden.

## Berührungspunkte von „Knasterfahrungen“ mit der Arbeit der Kinder- und Jugendärzte

Joe Bausch kennt die Biographien seiner Patienten meist genau. Nicht allein die unvermeidlichen Akten geben Auskunft. Als „Hausarzt“ der Häftlinge muss und will Joe Bausch Vertrauen aufbauen – das sich nicht selten in Auskünften seiner Patienten über Lebenswege, seelische Abgründe und Taten widerspiegelt. Oft ist der Urgrund der „schiefen Bahn“ im Kindesalter angelegt und war für Joe Bausch in der Rück-



schau deutlich erkennbar. Hier schließt sich der Kreis zwischen dem „Knastarzt“, den Kinder- und Jugendärzten und der Stiftung Kind und Jugend. Joe Bauschs Berufserfahrungen können als Appell gesehen werden, das Potential der Kinder- und Jugendärzte, insbesondere der Prävention, auszuschöpfen, um im Leben von Kindern und Jugendlichen die Hinweise auf Gefahren für die weitere Entwicklung zu erkennen – um Eltern, Lehrern, Erzieherinnen und auch dem Jugendamt Gelegenheit zum Gegensteuern zu geben.

Der Vorstand der Stiftung, Ulrich Kohns, Thomas Fischbach, Hermann-Josef Kahl, Uwe Büsching und Johannes Jeßberger stellte nach dem Auftritt Joe Bauschs noch einmal die Stiftung und ihre Projekte, speziell das enorm erfolgreiche BLIKK-Projekt zum Medienverhalten von Kindern vor und warb um weitere Spenden. Danach folgten Verlosung und Auktion. Sie brachten insgesamt knapp 3000 Euro.

Der Abend klang aus mit angeregten Gesprächen. Das Feedback auf die Veranstaltung war rundum positiv. „Macht das doch bald wieder!“ war ein oft gehörter Wunsch.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Stehr  
Geschäftsführer BVKJ  
E-Mail: michael.stehr@bvkj.de

Red.: ReH

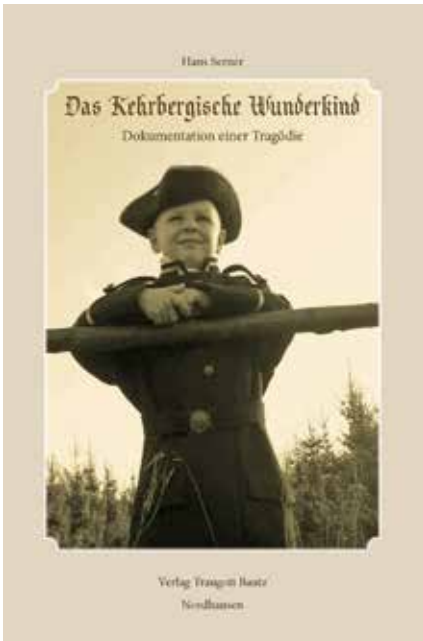


## Buchtipps

Hans Serner

### Das Kehrbergische Wunderkind. Dokumentation einer Tragödie

Verlag Traugott Bautz Nordhausen,  
2013, 332 Seiten, € 40,00  
ISBN 978-3-88309-853-1



Mit Akribie und Leidenschaft hat der Autor Hans Serner, aufbauend auf den Forschungsergebnissen des Rostocker Kinderarztes Dr. Roland Busch, die Lebens- und Leidensgeschichte des Jungen Johann Friedrich Hohenstein aus Kehrberg in der Prignitz, dem sogenannten Kehrberg'schen Wunderkind, das nach dem Glauben und Vorstellungen der Menschen damals, und sie kamen zu Tausenden von nah und fern in diesem Jahre 1734, mittels Bestreichen oder Behauchen „allerley Übel und Kranckheyten“ zu heilen vermochte, untersucht, hinterfragt und aufgeschrieben.

Dieses Buch ist Arbeit, harte Arbeit. Doch wer sich der Mühe unterzieht, wird

reich belohnt mit Sichten und Erkenntnissen, die, scheinbar im Dunkel einer fast 300jährigen Vergangenheit liegend, auch heute von großer Bedeutung sind. Und die Geschichte um Johann Ludwig Hohenstein ist letztlich „nur“ das Vehikel zur Sichtbarmachung einer Epoche preußisch-deutscher Geschichte: Die Pest hatte über Jahrhunderte das Land entvölkert, der 30jährige Krieg tobte und verheerte Europa, die Wissenschaften und Künste strebten nach Neuem, die frühkapitalistische Wirtschaft löste langsam die feudale und auf Leibeigenschaft begründete Gesellschaft ab, und doch waren die Menschen in vielen Dingen und vor allem in ihrem Denken und Fühlen, geteilt in Katholiken und Evangelische, und die wiederum in Lutheraner und Calvinisten, in der Hochzeit der Aufklärung und sogenannten Frühen Neuzeit befangen und gefangen in Gottesfurcht und Aberglaube; selbst Hexenverbrennungen waren noch nicht vorbei.

Indem die Menschen, die mit Johann Ludwig Hohensteins Leben verbunden und in seinem Gerichtsprozess involviert sind, mittels unzähliger Originaldokumente zur Sprache kommen, entsteht ein umfassendes, lebendiges Bild dieser Zeit, werden die Lebensbedingungen und die Moral- und Wertvorstellungen sichtbar und nachvollziehbar. Auch wie sich der preussische Staat entwickelte samt seines Beamtentums und dessen viel gepriesener Tugenden.

Medizinhistorisch schlägt Hans Serner in seinem Buch einen weiten Bogen von der Antike über die Zeit der Aufklärung bis zu aktuellen Themen wie Kinderarmut in Deutschland heute. Der interessierte Leser erfährt viel Wissenswertes vom Selbstverständnis König Friedrich Wilhelm I. als „erster Diener seines Staates“, seinem Lebensweg und seinen Erkrankungen, erhält Einblicke in den Aufbau des brandenburgisch-preußischen Polizeidienstes und den Stand des damaligen Medizinalwe-

sens. Und er erfährt, dass Psychosomatik und Ganzheitlichkeit nicht etwa heutigen Erkenntnissen entspringen, sondern ihre Wurzeln in der sogenannten „Pastoralmedizin“, zum Beispiel in Person des Fürsten Alexander zu Hohenlohe, Domherr zu Bamberg, oder den Anschauungen des in jener Zeit praktizierenden Dr. Christian Weißbach haben.

Und Johann Ludwig Hohenstein? Er starb wohl im Großen Friedrichshospital im Jahre 1736 den Umständen geschuldet: Ganz voran König Friedrich Wilhelm I., der seit seinem Medicinal-Edict 1725, welches Nicht-Medizinern das Heilen untersagte, wie Don Quichotte gegen Windmühlenflügel kämpfte, selbst schwer erkrankt, von der Gicht gezeichnet und dem Tode nahe und allen Pfüschern und Heilern abhold, die seiner geliebten Tochter, Prinzessin Charlotte Albertine, natürlich auch nicht helfen konnten, und daher nicht anders konnte oder wollte; gefolgt von den Sichten, Wirken und Glauben der Beamten, Ärzte und einfachen, auf ein Wunder hoffenden und fest an dieses glaubenden Menschen und halt den hygienischen und medizinischen Bedingungen eines damaligen „Armenhauses“.

Es gäbe noch viel zu sagen zu philosophischen Aspekten im Buch, den Begegnungen mit Musikern, Dichtern und Naturwissenschaftlern dieser Zeit, der Stellung des Kindes im 18. Jahrhundert und dem Glauben.

Doch lesen Sie selbst, bringen Sie etwas Zeit und Geduld mit, da die Dokumente im Deutsch dieser Zeit einiges abverlangen.

#### **Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Med. Detlef Reichel  
Kinder- und Jugendarzt  
17291 Prenzlau  
E-Mail: [dm.reichel@medpez.de](mailto:dm.reichel@medpez.de)

Red.: WH

## Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller wird 65

**K**laus-Michael Keller wurde am 1.8.1952 in Freiburg im Breisgau geboren. Dort und auch in Ulm studierte er von 1971 bis 1978 Medizin. Um erste praktische Erfahrungen zu sammeln ging es aus dem Schwarzwald nach Guatemala. Ausgerüstet mit einem Stipendium arbeitete der angehende Arzt dort drei Monate, zurück in Freiburg folgten Staatsexamen und Promotion, zwei Jahre als Assistenzarzt im Kinderkrankenhaus St. Hedwig unter der Leitung des legendären Prof. Dr. Helmut Helwig. Dann ging es Richtung Süden, genauer gesagt nach München an das Deutsche Herzzentrum München, und schließlich wieder zurück nach Freiburg, an das Institut für Kinderpathologie der Universität.

Nach erfolgreich bestandener Facharztprüfung wechselte Klaus-Michael Keller als Oberarzt an die Universitätskinderklinik Mainz und weiter nordwärts nach Bonn an die dortige Universitätskinderklinik. Dort wurde er 1994 habilitiert. Anderen Wissenschaftlern hätte die Ha-

bilitation und eine komfortable Oberarztstelle vielleicht gereicht, Klaus-Michael Keller jedoch nicht. Er studierte berufsbegleitend weiter. Seit 1998 darf er sich zusätzlich zu seinem Medizintitel Gesundheitsökonom nennen.

1999 übernahm er die Leitung des Fachbereichs Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Deutschen Klinik für Diagnostik, Wiesbaden, jetzt DKD Helios Klinik Wiesbaden. Dort widmete er sich vor allem dem Aufbau der pädiatrischen Gastroenterologie- und Mukoviszidoseambulanz. Im Jahr 2000 folgte er dem Ruf der Universität Bonn und wurde dortselbst außerplanmäßiger Professor für Kinderheilkunde.

Dem BVKJ ist Klaus-Michael Keller seit nunmehr sieben Jahren eng verbunden: als Vorsitzender des Fortbildungsausschusses des BVKJ und seit 2014 als wissenschaftlicher Redakteur dieser Zeitschrift. Wir sind dankbar, dass wir ihn als Kollegen



in unseren Reihen haben, denn sein Fachwissen rund um die Subspezialitäten – pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie, Endoskopie, Ernährung, Mukoviszidose und Nahrungsmittelallergien – ist enorm. Seine Verbindungen in zahlreiche pädiatrische Gesellschaften und Beiräte bilden ein tragfähiges Netzwerk,

das allen Kollegen äußerst nützlich ist. Klaus-Michael Keller ist, soweit es seine Arbeit zulässt, ein begeisterter Fernreisender, Wanderer, Jogger, Radfahrer und Leser. Wir bewundern ihn vor allem als leidenschaftlichen Tangotänzer auf den Kongresspartys.

**Muchas felicidades,  
Klaus-Michael Keller!!!**

**Dr. Thomas Fischbach**  
Präsident BVKJ

## 65. Geburtstag von Dr. Matthias Brockstedt

**A**m 12. August wurde Matthias Brockstedt 65 Jahre alt. Er arbeitet seit 2007 im BVKJ-Ausschuss Kind, Schule und ÖGD und seit 2011 als BVKJ-Sucht-Beauftragter. Beide Arbeitsschwerpunkte sind logische Folgen seiner beruflichen Entwicklung.

Nach dem Studium der Humanmedizin und der Lateinamerikanistik arbeitete Matthias Brockstedt zunächst als Assistenzarzt der Inneren Intensivmedizin der FU Berlin, danach an der dortigen Universitätskinderklinik und zwischendurch als Gastarzt an der Universität Istanbul. Es folgte 1987 der Wechsel als Dozent und Oberarzt an die Neonatologie der Kinderklinik der Freien Universität Amsterdam.

1990 übernahm Matthias Brockstedt die ärztliche Leitung der Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie Berlin, eine Funktion, die er bis 2003 innehatte. In dieser Zeit baute er die Einrichtung zur bundesweiten Anlaufstelle bei Vergiftungsunfällen auf, die nicht nur Experten, sondern auch Bürgerinnen und Bürger beriet. Der Ber-

liner Giftnotruf erwarb sich unter seiner Leitung nicht nur in Deutschland, sondern auch im Ausland einen äußerst guten Ruf, wozu auch die zahlreichen Veröffentlichungen Dr. Brockstedts, unter anderem das maßgebliche Lehrbuch zu Vergiftungen im Kindesalter, beitrugen.

Vielen Menschen hat die Arbeit des Berliner Giftnotrufs das Leben gerettet, daneben war und ist die Institution ein leuchtendes Beispiel, wie durch **sinnvolle** Prävention im deutschen Gesundheitswesen wertvolle Ressourcen eingespart werden können.

Die nächste berufliche Station war die ärztliche Leitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Bezirk Mitte/Wedding/Tiergarten, der als Problembezirk gilt. Außerdem vertrat Matthias Brockstedt die Berliner Gesundheitsämter beim Aufbau eines Netzwerks Kinderschutz. Als ÖGDler ist Matthias Brockstedt zuständig



für die Einschulungsuntersuchungen im Bezirk, für Besuche in Kitas in Sachen Frühförderung und für die Impfungen von Kindern aus sozial schwachen Familien. Neben der normalen Arbeit geht es auch immer wieder um Kindes-

misshandlung und -vernachlässigung.

Matthias Brockstedt ist mit seinen vielfältigen beruflichen Erfahrungen, die er in den BVKJ trägt, eine große Bereicherung für alle Kolleginnen und Kollegen. Wir hoffen, dass er uns auch noch weiterhin viele Jahre mit seinem außergewöhnlichen Engagement und seiner Sachkenntnis erhalten bleibt. Für heute wünschen wir ihm aber erst einmal alles Gute zu seinem 65. Geburtstag.

**Dr. Thomas Fischbach**  
Präsident BVKJ

## Geburtstage im September 2017

### 65. Geburtstag

Herr Dr. med. **Heinz Potthast**, Olsberg, 01.09.1952  
 Herr Dr. med. **Michael Gerstmayer**, Ingolstadt, 02.09.1952  
 Herr Dr. med. **Christoph Möllering**, Berlin, 02.09.1952  
 Herr PD Dr. med. **Gerhard Kurlemann**, Münster, 06.09.1952  
 Herr Dr. med. **Mahmoud Sharifi**, Bad Homburg, 06.09.1952  
 Frau Dr. med. **Ursula Fischer**, Elxleben, 06.09.1952  
 Frau Dr. med. **Sabine Hoppe**, Soltau, 07.09.1952  
 Frau Dr. med. **Marianne Windmüller**, Rees, 09.09.1952  
 Herr Dr. med. **Günter Fischer**, Friedrichshafen, 11.09.1952  
 Herr Dr. med. **Roland Ulmer**, Lauf, 13.09.1952  
 Frau Dr. med. **Birgit Bleicher**, Stuttgart, 13.09.1952  
 Herr **Burkhard Keller**, Alpen, 15.09.1952  
 Herr **Axel Markwardt**, Elmshorn, 15.09.1952  
 Frau **Susanne Rudolph**, Elmlohe, 15.09.1952  
 Herr Prof. Dr. med. **Karl Paul-Buck**, Berlin, 22.09.1952  
 Frau **Elisabeth Lanig-Pahl**, Stuttgart, 23.09.1952  
 Frau Dr. med. **Magdalena Tiedt**, Altenburg, 24.09.1952  
 Frau Dipl.-Med. **Barbara Rauer**, Meiningen, 25.09.1952  
 Frau Dr. med. **Dietgard Richter**, Solingen, 26.09.1952  
 Herr **Klemens Senger**, Berlin, 28.09.1952  
 Frau Dr. med. **Monika Furth**, Neubrandenburg, 28.09.1952  
 Frau Dipl.-Med. **Ilona Franke**, Köthen, 29.09.1952  
 Frau Dr. med. **Gunhild Bauer-Niedermaier**, Zirndorf, 30.09.1952  
 Frau Dr. med. **Beate Schmeltzer**, Potsdam, 30.09.1952

### 70. Geburtstag

Herr **Nikolaus Freiherr von Heereman**, Pulheim, 03.09.1947  
 Frau Dr. med. **Ingrid Hiller**, Nürnberg, 05.09.1947  
 Herr Prof. Dr. med. **Saad Alyousef**, Riad, 05.09.1947  
 Frau Dr. med. **Eleonore Pierstorff-Schilden**, Grevenbroich, 07.09.1947  
 Frau Dr. med. **Renate Hullard-Pulstinger**, Untergriesbach, 13.09.1947  
 Herr Dr. med. **Michael Plieth**, Berlin, 15.09.1947  
 Herr Dr. med. **Walter Kunz**, Forchheim, 26.09.1947

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. **Dorothee Kronlage**, Paderborn, 01.09.1942  
 Herr Dr. med. **Christian Müller**, Kutzenhausen, 02.09.1942  
 Herr PD Dr. med. **Klaus-Peter Grosse**, Möhrendorf, 09.09.1942  
 Herr Dr. med. **Jan Beck**, Syke, 09.09.1942  
 Frau Dr. med. **Ellen Hußmann**, Hamburg, 10.09.1942  
 Herr Dr. med. **Siegfried Kanzler**, Annaberg-Buchholz, 13.09.1942  
 Herr Dr. med. **Reinhard Freund**, Berlin, 14.09.1942

Herr Dr. med. **Ragnar Weber**, Meppen, 15.09.1942  
 Herr Dr. med. **Axel Wirtz**, Koblenz, 15.09.1942  
 Frau Dr. med. **Ingrid Kielmann**, Berlin, 17.09.1942  
 Herr Dr. med. **Reinhold Jäger**, Salzkotten, 18.09.1942  
 Herr Dr. med. **Dieter Wolf**, Geislingen, 19.09.1942  
 Herr Dr. med. **Ralf-Uwe Westermann**, Aschersleben, 20.09.1942  
 Herr Dr. med. **Klaus-Dieter Rolirad**, Northeim, 21.09.1942  
 Frau Dr. med. **Waltraud Hiemeyer**, Kempten, 22.09.1942  
 Herr **Stefan Knies**, Berlin, 25.09.1942  
 Frau Dr. med. **Lieselotte Noack**, Quickborn, 26.09.1942  
 Frau Dr. med. **Herta Zippel**, Berlin, 29.09.1942  
 Frau Dr. med. **Carla Butzert**, Lauter-Bernsbach, 30.09.1942

### 80. Geburtstag und älter

Herr Dr. med. **Gerd Danneil**, Borken, 01.09.1937  
 Herr Dr. med. **Manfred Marz**, Augsburg, 02.09.1931  
 Frau Dr. med. **Annemarie Haake**, Hannover, 02.09.1928  
 Frau Dr. med. **Dagmar Albrecht**, Düsseldorf, 04.09.1937  
 Herr Dr. med. **Christoph Funk**, Biberach, 04.09.1937  
 Herr Dr. med. **Jochem Kaufmann**, Bamberg, 04.09.1929  
 Herr Dr. med. **Lothar Rupprecht**, Oberhausen, 05.09.1937  
 Frau Dr. med. **Christa Schweiger**, Eschborn, 07.09.1935  
 Frau **Doris Weigelt**, Jena, 08.09.1936  
 Herr OMR Dr. med. **Frank-Jörg Gutsmuths**, Leipzig, 08.09.1933  
 Herr Dr. med. **Eckhard Bermpohl**, Gräfelfing, 08.09.1936  
 Frau Dr. med. **Sigrid Weber**, Hochheim, 09.09.1935  
 Herr Dr. med. **Werner Schneider**, Schwetzingen, 11.09.1932  
 Herr Dr. med. **Klaus-Diedrich Nissen**, Hamburg, 12.09.1936  
 Herr Dr. med. **Hans E. Duven**, Marburg, 13.09.1936  
 Herr Dr. med. **Eberhard Ziehank**, Reichenbach, 14.09.1936  
 Frau SR Dr. med. **Käte Geschke**, Burgstädt, 14.09.1934  
 Herr Dr. med. **Karl vom Bauer**, Trier, 14.09.1934  
 Herr Dr. med. **Rudolf Kemmerich**, Waiblingen, 16.09.1936  
 Frau Dr. med. **Marie Luise Tjaden**, Ritterhude, 16.09.1937  
 Frau Dr. med. **Hildegard Winter-Walker**, Stuttgart, 18.09.1934  
 Herr Dr. med. **Eberhard Kreikemeier**, Kronshagen, 23.09.1925  
 Herr Dr. med. **Walter Pössel**, Berlin, 23.09.1931  
 Frau **Mona Prehn**, Röttingen, 23.09.1934  
 Frau SR Dr. med. **Gertraud Jeschkeit**, Halle, 24.09.1934  
 Frau **Susanne Behrendt-Linke**, Berlin, 25.09.1922  
 Frau Dr. med. **Anita Kahlow-Mardus**, Berlin, 25.09.1931  
 Frau Dr. med. **Brunhilde Kleibeler**, Berlin, 25.09.1936  
 Herr Dr. med. **Siegfried Adler**, Eberswalde, 26.09.1927  
 Frau Dr. med. **Maria-Luise Koch**, Hamburg, 27.09.1926  
 Herr Med. Dir. **Walter Pösch**, Bremen, 28.09.1932  
 Frau Dr. med. **Hanni Zeinert**, Kolkwitz, 30.09.1935

## Im Monat Juni durften wir 10 neue Mitglieder begrüßen.

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



#### Nordrhein

Frau Dr. med. univ. **Charlotte Reich**  
 Herr **Sven Supper**



#### Sachsen

Herrn Dr. med. **Christian Spranger**

# Fortbildungstermine

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

## 30. August 2017

„Immer etwas Neues“ in Kassel  
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

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

## 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](mailto:ccj.hamburg@t-online.de)  
oder Tel.: 040-7213053, [ccj.rostock@t-online.de](mailto:ccj.rostock@t-online.de)

### ② Schmidt-Römhild Kongressgesellschaft, Lübeck

Tel.: 0451-7031-205, Fax: 0451-7031-214  
[kongresse@schmidt-roemhild.com](mailto:kongresse@schmidt-roemhild.com)

### ③ DI-TEXT

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

### ④ Interface GmbH & Co. KG

Tel.: 09321-3907300, Fax: 09321-3907399  
[info@interface-congress.de](mailto:info@interface-congress.de)

### ⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

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

# Neue Studie: Nutzen von nährstoffangereicherter Kindermilch

Eine ausgewogene und altersentsprechende Ernährung im Kleinkindalter ist von zentraler Bedeutung, um den erhöhten Nährstoffbedarf in dieser Entwicklungsphase zu decken. Häufig sind Kleinkinder allerdings nicht ausreichend mit für die Entwicklung benötigten Nährstoffen wie Vitamin D versorgt. Neue Studiendaten zeigen, dass nährstoffangereicherte Kindermilch einen Beitrag zur Verbesserung der Vitamin-D-Versorgung leisten kann.

**K**leinkinder zwischen 1 und 3 Jahren befinden sich in einer intensiven Wachstums- und Entwicklungsphase. Das Kleinkindalter ist geprägt von hoher körperlicher Aktivität sowie der Weiterentwicklung der geistigen, motorischen und sprachlichen Fähigkeiten. Für diese Entwicklung ist eine altersgerechte, nährstoffreiche Ernährung essentiell. Denn bezogen auf ihr Körpergewicht haben Kleinkinder einen zum Teil um ein Vielfaches höheren Nährstoffbedarf als Erwachsene. Zudem sind die Verzehrsmengen aufgrund des kleineren Magens deutlich kleiner. Entsprechend sollten vor allem nährstoffdichte Nahrungsmittel auf dem Speiseplan stehen und altersgerechte Portionen berücksichtigt werden.

## opti-MIX gibt praktische Orientierung

Die Ernährungspyramide zur optimierten Mischkost (kurz optiMIX®) des Forschungsinstituts für Kleinkindernährung (FKE) bietet Eltern im Alltag praktische Hilfe:

- Es sollten **reichlich** pflanzliche Lebensmittel wie frisches Obst und Gemüse sowie Getreide (möglichst aus Vollkorn) und Kartoffeln auf dem Speiseplan stehen. Auch ungesüßte Getränke – vorzugsweise Wasser – sollten reichlich konsumiert werden.
- Tierische Lebensmittel wie fettarmes Fleisch, Milch und Milchprodukte sowie Eier sollten **mäßig** verzehrt werden. Außerdem sollte eine wöchentliche Portion fettreicher Seefisch wie Makrele, Lachs oder Hering nicht fehlen.
- Fett- und zuckerreiche Lebensmittel wie Speisefette oder Süßigkeiten sollten hingegen nur **sparsam** verzehrt werden.

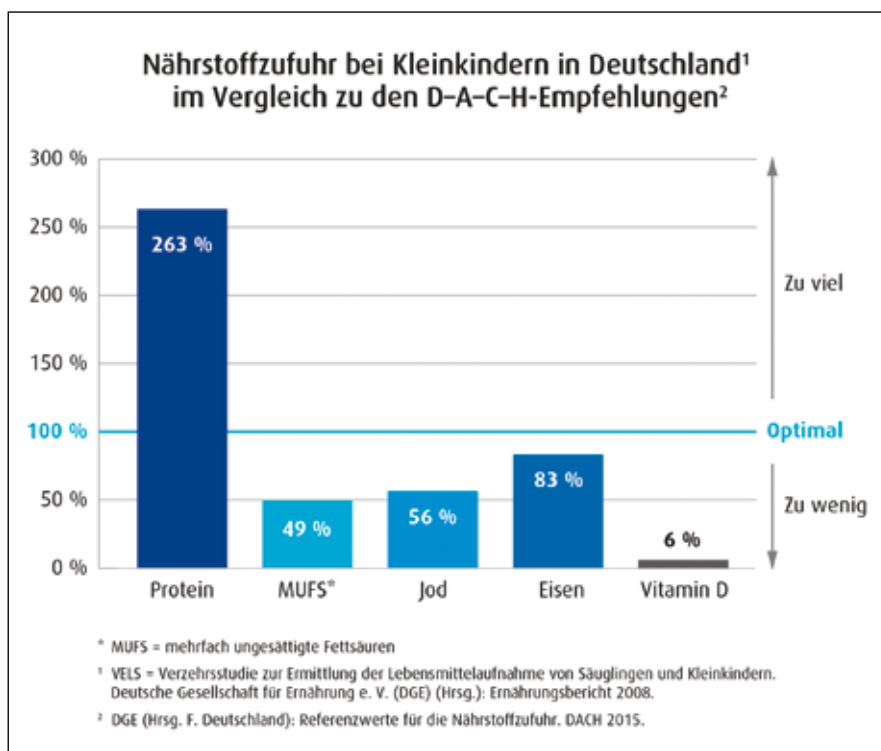


Abb. 1: Versorgungslücken von Kleinkindern in Deutschland

Eine solche Lebensmittelauswahl deckt die Nährstoffe ab, die für ein gesundes Wachstum und eine gesunde Entwicklung benötigt werden.

## Studien weisen auf Schiefelage hin

Die Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern (VELS-Studie) zeigt jedoch, dass Kleinkinder in Deutschland häufig zu wenige pflanzliche und zu viele tierische Lebensmittel essen. Auch der Verzehr von zucker- und fettreicher Nahrung liegt meist deutlich über den Empfehlungen des Forschungsinstituts

für Kinderernährung (FKE) von zirka 10 Prozent der Energiezufuhr. Dies führt zu einer sub-optimalen Nährstoffzufuhr bei Kleinkindern<sup>1</sup> im Vergleich zu den DACH-Empfehlungen<sup>2</sup> (s. Abb. 1).

Beispielsweise werden durchschnittlich nur 6 Prozent des Vitamin-D-Bedarfs gedeckt. Vitamin D wird jedoch nicht nur für den Knochenaufbau benötigt, sondern auch für die Entwicklung

<sup>1</sup> VELS = Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (Hrsg.): Ernährungsbericht 2008.

<sup>2</sup> DGE (Hrsg. F. Deutschland): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. DACH 2015.



eines gesunden Immunsystems. Eine Unterversorgung mit diesem kritischen Nährstoff kann das Risiko späterer immunvermittelter Erkrankungen wie Nahrungsmittelallergien oder Infekte erhöhen. Im Gegensatz dazu ist die Protein-Zufuhr meistens dreimal so hoch, wie von der deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfohlen. Das kann in der späteren Entwicklung des Kindes zu einem erhöhten Adipositas-Risiko führen.

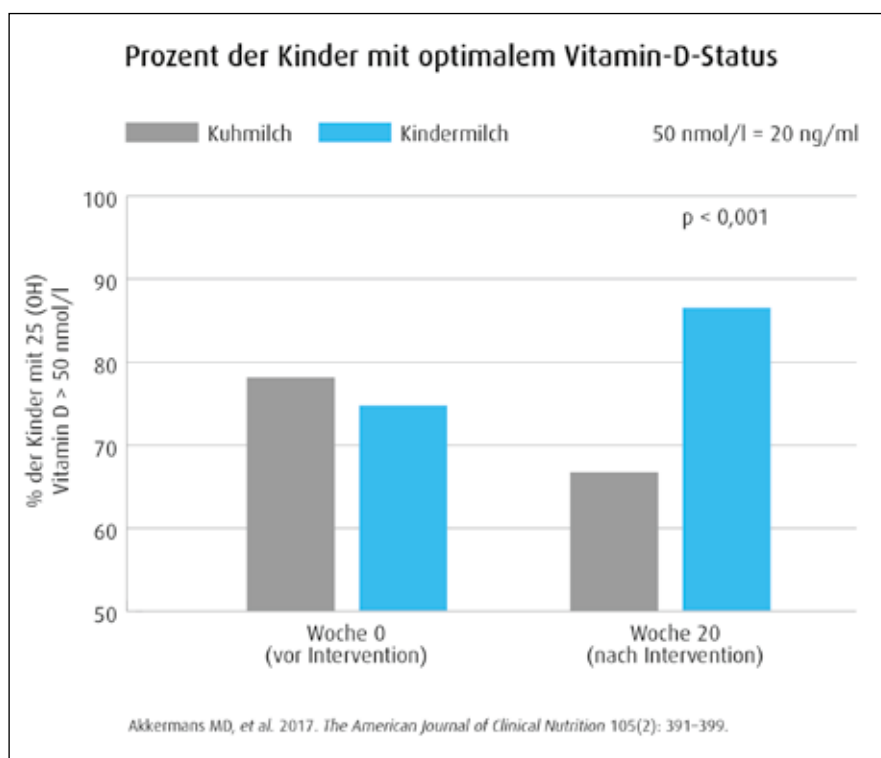
Kinderärzte sollten Eltern daher zu den besonderen Ernährungsansprüchen des Kleinkindes sowie möglichen Maßnahmen zur Deckung des Nährstoffbedarfs beraten, damit bereits beim Übergang zur Familienkost gesunde Ernährungsgewohnheiten geprägt werden. Ein guter Zeitpunkt kann die U6-Untersuchung kurz vor dem 1. Geburtstag sein.

### Maßnahmen zur Verbesserung der Vitamin-D-Versorgung

Zur Förderung der Vitamin-D-Eigen-synthese empfehlen Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. täglich eine Stunde Bewegung im Freien sowie eine regelmäßige und geschützte Sonnenlichtexposition. Auch Vitamin-D-haltige Nahrungsmittel, wie fettreicher Seefisch, Eier oder Speisepilze können einen wichtigen Beitrag zur Nährstoffversorgung leisten. Zudem kann bei einer unzureichenden Versorgung auch die Gabe angereicherter Nahrungsmittel wie Kindermilch in Erwägung gezogen werden.

### Neue Studiendaten zeigen positiven Beitrag von Kindermilch

Die Ergebnisse einer aktuellen in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden durchgeführten Studie von Akkermans et al. (2017) zeigen, dass eine mit Nährstoffen angereicherte Kindermilch einen Beitrag zur Verbesserung der Vitamin-D-Versorgung von Kleinkindern leisten kann: Die Gabe von nährstoffangereicherter Kindermilch reduzierte im Vergleich zu nicht angereicherter Kuhmilch die Wahrscheinlichkeit eines Vitamin-D-Mangels um 78 Prozent. An der randomisierten, doppelgeblindeten und kontrollierten Studie nahmen insgesamt 318 Kinder im Alter von 12 bis



**Abb. 2:** Die Gabe von nährstoffangereicherter Kindermilch über einen Zeitraum von 20 Wochen verringerte die Wahrscheinlichkeit eines Vitamin-D-Mangels um 78 Prozent gegenüber normaler Kuhmilch.

36 Monaten teil. Ein Großteil der Kinder stammte aus Deutschland.

Über einen Zeitraum von 20 Wochen erhielt die Testgruppe (n=158) täglich mindestens 150 Milliliter nährstoffangereicherte Kindermilch (1,7 µg [=68 IE] Vitamin D und 1,2 mg Eisen/100 ml), während die Kontrollgruppe (n=160) nicht angereicherte Kuhmilch (kein Vitamin D und lediglich 0,02 mg Eisen/100 ml) zu sich nahm. Vor und nach dem Beobachtungszeitraum wurde der Vitamin D- und Eisen-Status durch eine Blutprobe ermittelt.

### Wahrscheinlichkeit für Vitamin-D-Mangel sank in Studie signifikant

Vor Studienbeginn wurde bei 25,3 Prozent der Kinder in der Kindermilch-Gruppe ein Vitamin-D-Mangel festgestellt. Nach 20-wöchiger Studienteilnahme verringerte sich die Prävalenz auf 13,5 Prozent. In der Kontrollgruppe stieg der Anteil der von einem Vitamin-D-Mangel betroffenen Kinder hingegen von 21,9 Prozent auf 33,3 Prozent. Damit war die Wahrscheinlichkeit für einen Vitamin-D-Mangel in der Kindermilch-

Gruppe um 78 Prozent geringer als in der Kontrollgruppe (s. Abb. 2). Zudem war die Wahrscheinlichkeit eines Eisenmangels für Kinder, die Kindermilch zu sich nahmen, um 58 Prozent geringer als in der Kontrollgruppe.

### DGKJ Empfehlungen zu Kindermilchen

Die erhobenen Daten ergänzen die bisherigen Ergebnisse internationaler Studien, in denen die positiven Auswirkungen von nährstoffangereicherten Lebensmitteln wie zum Beispiel Margarine aufgezeigt werden konnten. In Bezug auf Kindermilch ist abschließend darauf hinzuweisen, dass auch die Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in einer aktualisierten Stellungnahme aus dem April diesen Jahres schlussfolgert, dass Kindermilchen bei angemessener Zusammensetzung einen Beitrag zur Verbesserung der Nährstoffversorgung leisten können.

**Nach Informationen von Milupa Nutricia GmbH, Bad Homburg**

# Diagnose und Therapie bei ADHS mit psychischen Komorbiditäten

*Psychische Komorbiditäten wie Lernstörungen, Autismus, emotionale Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung sind bei Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) häufig und können eine ADHS mitunter verdecken. Bei der 11. Internationalen ADHS-Konferenz in Berlin\* betonten Experten, dass eine optimale Symptomkontrolle bei psychiatrisch komorbiden ADHS-Patienten vor allem dann erreicht wird, wenn ADHS und Begleiterkrankung gemeinsam therapeutisch adressiert werden. Möglicherweise hat eine effektive ADHS-Therapie im Kindesalter sogar präventive Effekte auf psychiatrische Erkrankungen im Erwachsenenalter.*

**D**ie Kernsymptome der ADHS, also Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität, können auch bei anderen psychischen Störungen auftreten, und umgekehrt können Symptome autistischer Erkrankungen, Symptome der Depression, Lernstörungen oder oppositionelles Verhalten auch bei Patienten mit ADHS vorkommen. „Die klinische Herausforderung besteht darin, die überlappenden Symptome zu entwirren und zu erkennen, ob komorbide Störungen vorliegen“, betonte Professor Manfred Döpfner von der Universität Köln.

## ADHS und Lernstörungen

Eine besonders häufige Komorbidität bei ADHS seien spezifische Lernstörungen (specific learning disorders, SLD), sagte Professor Rosemary Tannock von der Universität Toronto. Sowohl SLD als auch ADHS würden heute als neuronale Entwicklungsstörungen betrachtet. Rund 44 % aller Jugendlichen mit ADHS erfüllten laut einer US-Studie auch die Kriterien einer SLD, und umgekehrt finde sich bei 40 % aller Jugendlichen mit SLD auch ADHS.<sup>1</sup> Insgesamt litten in dieser Erhebung 4 % aller Kinder und Jugendlichen sowohl an ADHS als auch an SLD. Lagen beide Störungen vor, war das Risiko für Schulabbrüche oder spätere Arbeitslosigkeit erhöht, Versagensängste waren häufiger und die soziale Prognose schlechter.<sup>1</sup>

Ein gravierendes Problem sei, dass Patienten mit ADHS medizinisch behandelt würden, während eine SLD im Schulkontext adressiert werde: „Patienten mit ADHS und SLD sitzen deswegen zwischen den Stühlen“, so Tannock. Entscheidend sei, dass sowohl die ADHS, als auch die SLD adäquat behandelt würden. Die Expertin

wies zudem darauf hin, dass der Erfolg lerntherapeutischer Maßnahmen durch eine unbehandelte ADHS beeinträchtigt werden könne. Therapiestudien bei ADHS und komorbider SLD sind bisher rar. In einer eigenen Studie fand Tannock Hinweise, dass die kombiniert pharmakologisch-lerntherapeutische Intervention bei Kindern mit ADHS und Leseschwäche sowohl die ADHS- als auch die SLD-Symptomatik günstig beeinflusste.<sup>2</sup>

## ADHS und Autismus

Auch bei Patienten mit ADHS und Autismus, einer weiteren neuronalen Entwicklungsstörung, komme es darauf an, beide Erkrankungen separat zu diagnostizieren und zu behandeln, betonte Professor Sven Bölte vom Karolinska Institut, Stockholm. Je nach Erfassungsmethodik liegt bei zwischen 28 % und 41 % aller Patienten mit Autismus zusätzlich eine ADHS vor.<sup>3,4</sup> Pharmakologische ADHS-Therapien seien bei diesen Patienten ähnlich effektiv wie bei Patienten ohne komorbiden Autismus, so der Experte. Allerdings müsse mit etwas mehr unerwünschten Wirkungen gerechnet werden.

Die eindeutig beste Evidenz gebe es dabei für Methylphenidat (MPH). Hier wurde in einer Metaanalyse eine Effektstärke von 0,70 beschrieben – ähnlich wie bei Studien mit ADHS-Patienten ohne Komorbiditäten.<sup>5</sup> Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass MPH auch hier wirksam und gut verträglich ist. Konferenz-Vorsitzender Professor Tobias Banaschewski, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, schloss sich dieser Auffassung an. Allenfalls sollte die Auftitrierung etwas langsamer erfolgen als bei nicht komorbiden Patienten.<sup>6</sup>

## ADHS und komorbide Reizbarkeit

Wichtig ist die adäquate Behandlung einer ADHS auch bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter Reizbarkeit. Das DSM-5 spricht hier von einer disruptiven Affektregulationsstörung. Diese Diagnose werde so in die ICD-11 nicht übernommen, sagte Professor Martin Holtmann von der LWL-Universitätsklinik in Hamm. Er betrachtet die disruptive Affektregulationsstörung als eine Sonderform der oppositionellen Verhaltensstörung (ODD). Bei ADHS-Patienten mit Reizbarkeit/ODD stelle sich zum einen die Frage, ob die pharmakologische ADHS-Therapie genauso wirksam ist wie bei ADHS-Patienten ohne Reizbarkeit/ODD, zum anderen, wie das Symptom Reizbarkeit im Kontext der ADHS therapeutisch adäquat adressiert werden könne.

Im Hinblick auf die Wirksamkeit von Stimulanzien bei ADHS-Patienten mit Reizbarkeit/ODD zitierte Holtmann die ursprünglich im Jahr 1999 publizierte Multimodal-Treatment-of-ADHD (MTA)-Studie.<sup>7</sup> In einer Post-hoc-Auswertung der MTA-Studie zeigte sich, dass Patienten, die ADHS-Symptome und Reizbarkeit aufwiesen, genauso auf die ADHS-Behandlung ansprachen wie Patienten ohne Reizbarkeit.<sup>8</sup> Was die Symptomkontrolle angehe, ließen sich bei diesen Patienten durch MPH neben den ADHS-Kernsymptomen auch ODD-Symptome günstig beeinflussen. Die Reizbarkeit selbst spreche allerdings eher auf psychotherapeutische Interventionen an, betonte Holtmann.

## ADHS und Borderline

Professor Alexandra Philipsen, Universitätsklinik Oldenburg, beschäftigte

sich in ihrem Vortrag mit psychischen Komorbiditäten bei ADHS aus der Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. Im Fokus stand dabei die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD), die meist im späten Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter diagnostiziert wird. Philipsens Kernbotschaft lautete, dass bei bis zu 30 % der BPD-Patienten eine komorbide ADHS vorliegt, in der Regel eine ADHS vom kombinierten Phänotyp.<sup>9</sup> Da die ADHS-Kernsymptome beim Erwachsenen oftmals weniger augenfällig sind, steht bei diesen Patienten die BPD oft im Vordergrund, und die ADHS wird übersehen. Das kann für die Betroffenen gravierende Folgen haben, da die ADHS mit der BPS in Wechselwirkung steht und die BPS-Symptomatik ungünstig beeinflusst.

Der Einsatz von Stimulanzien bei BPS/ADHS wurde bisher in zwei naturalisti-

schen Studien aus Israel und einer weiteren aus Genf untersucht, so Philipsen.<sup>10,11,12</sup>

In der Genfer Studie wurde eine MPH-Therapie mit dialektischer Verhaltenstherapie (DBT) kombiniert. Hier kam es bereits nach nur vierwöchiger Behandlung sowohl zu einer Verbesserung ADHS-typischer Symptome, als auch zu einer Verringerung von eher BPS-typischen Symptomen wie Wut und Depression.<sup>11</sup> Insgesamt scheine die Stimulanzientherapie bei BPD mit ADHS-Komorbidität die Effektivität der BPD-Psychotherapie verstärken zu können, so Philipsen: „BPD-Patienten sollten deswegen systematisch auf ADHS gescreent werden.“ Eine genaue Anamnese in Richtung Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter gehöre bei diesen Patienten zwingend dazu.

Eine interessante Frage ist, inwieweit eine ADHS im Kindesalter als Wegbereite-

rin einer späteren BPD angesehen werden kann. Möglicherweise könnte eine effektive ADHS-Therapie in jüngeren Jahren dazu beitragen, einen Teil der BPD-Erkrankungen im Erwachsenenalter zu verhindern. Nötig sind Philipsen zufolge zum einen Präventionsprogramme für Kinder mit ADHS, zum anderen gut designte Studien, die eine denkbare präventive Wirkung der Stimulanzientherapie evaluieren.

**Quelle:**

\*11th International Conference on ADHD „Differential Diagnosis and Differential Treatment on ADHD, Berlin, 2017, Veranstalter: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH

**Literatur beim Verfasser**

**Nach Informationen von  
Medice Arzneimittel Pütter GmbH,  
Iserlohn**

# Translarna™ (Ataluren) – neue Perspektiven bei nmDMD

## Duchenne Muskeldystrophie infolge einer Nonsense-Mutation (nmDMD)

Die Duchenne Muskeldystrophie (DMD) ist eine seltene, x-chromosomal rezessiv vererbte Erkrankung, die durch eine progrediente Muskeldystrophie und -atrophie gekennzeichnet ist.<sup>1,2</sup> „Wichtig für den Krankheitsverlauf ist der möglichst lange Erhalt der Gehfähigkeit, denn dieser ist assoziiert mit einer insgesamt langsameren Progression der Erkrankung<sup>3</sup>“, erklärte Prof. Dr. med. Janbernd Kirschner, Freiburg. Der DMD liegt ein Dystrophin-Mangel zugrunde, der durch unterschiedliche Mutationen des Dystrophin-Gens verursacht werden kann – ca. 10–15 % der Patienten mit DMD haben ursächlich eine sogenannte Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen (nmDMD).<sup>4,5</sup> Diesen Patienten bietet Ataluren erstmals einen kausalen und progressionshemmenden Therapieansatz.<sup>6</sup> Das innovative Wirkprinzip greift direkt an der Mutation an und fördert die Wiederherstellung der Dystrophin-Produktion.<sup>6,7</sup> Ataluren kann die Krankheitsprogression bei nmDMD-Patienten verzögern und hat ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis.<sup>3,6,7,8-11</sup> Dabei zeigt ein ganzheitlicher Blick auf alle Studien und Patientenpopulationen ei-

nen konsistenten Vorteil zugunsten von Ataluren gegenüber Placebo. Bestätigt wurde die Wirksamkeit von Ataluren in einer prospektiv geplanten Metaanalyse (Level-Ia-Evidenz).<sup>12</sup>

Ziel müsse eine frühestmögliche Diagnose der DMD sein, betonte Kirschner. Vor der klinisch manifesten Muskelschwäche bestehen fast immer unspezifische Symptome wie eine allgemeine Sprach- und Entwicklungsverzögerung sowie erhöhte Kreatinkinase (CK)-Werte. Zur früheren Identifizierung von DMD-Patienten könne maßgeblich beitragen, wenn die pädiatrischen Kollegen bei unspezifischen Symptomen einen orientierenden CK-Test machten – beispielsweise im Rahmen der U7-Vorsorgeuntersuchung. Bei deutlich erhöhten CK-Werten bei Jungen (>1.000 U/l) sollten diese dann zu einem Neuropädiater in ein Muskelzentrum überwiesen werden, um gegebenenfalls durch sofortige genetische Diagnostik die DMD-Diagnose zu bestätigen.

**Literatur:**

- 1 Bushby K et al. Lancet Neurol 2010; 77-93.
- 2 McDonald CM et al. Muscle Nerve 2013; 48: 357-68.

- 3 McDonald CM et al. Präsentation beim American Academy of Neurology (AAN) 68th Annual Meeting, 15.–21. April 2016, Vancouver, Kanada, #P3.121.
- 4 Genetics Home Reference. DMD. Available at: <http://ghr.nlm.nih.gov/gene/DMD>. Last accessed: May 2017.
- 5 Bladen CL et al. Hum Mutat 2015; 36: 395-402.
- 6 Bushby K et al. Muscle Nerv 2014; 50: 477-87.
- 7 Haas M. et al. Neuromuscul Disord 2015; 25: 5-13.
- 8 Goemans N et al. Eur Neurol Rev 2014; 9: 78-82.
- 9 Quinlivan R. et al. Posterpräsentation beim American Academy of Neurology (AAN) 68th Annual Meeting, 15.–21. April 2016, Vancouver, Kanada, #P5.002.
- 10 Bushby K. et al. Posterpräsentation beim 5th International Congress of Myology, 14.-18. März 2016, Lyon, Frankreich, #P08-151.
- 11 Goemans N. et al. Präsentation beim American Academy of Neurology (AAN) 68th Annual Meeting, 15.-21. April 2016, Vancouver, Kanada, #P3.163.
- 12 PTC Therapeutics Data on file

**Quelle:**

Lunch-Symposium „Translarna™ (Ataluren) in der Therapie der DMD mit zugrundeliegender Nonsense-Mutation. Eine Standortbestimmung“ (Veranstalter: PTC Therapeutics Germany GmbH, Frankfurt am Main) im Rahmen der 43. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie, 28. April 2017, Bad Nauheim

**Nach Informationen von  
PTC Therapeutics Germany GmbH,  
Frankfurt**

# Milchschorf oder Kopfgneis – Kennen Sie den Unterschied?

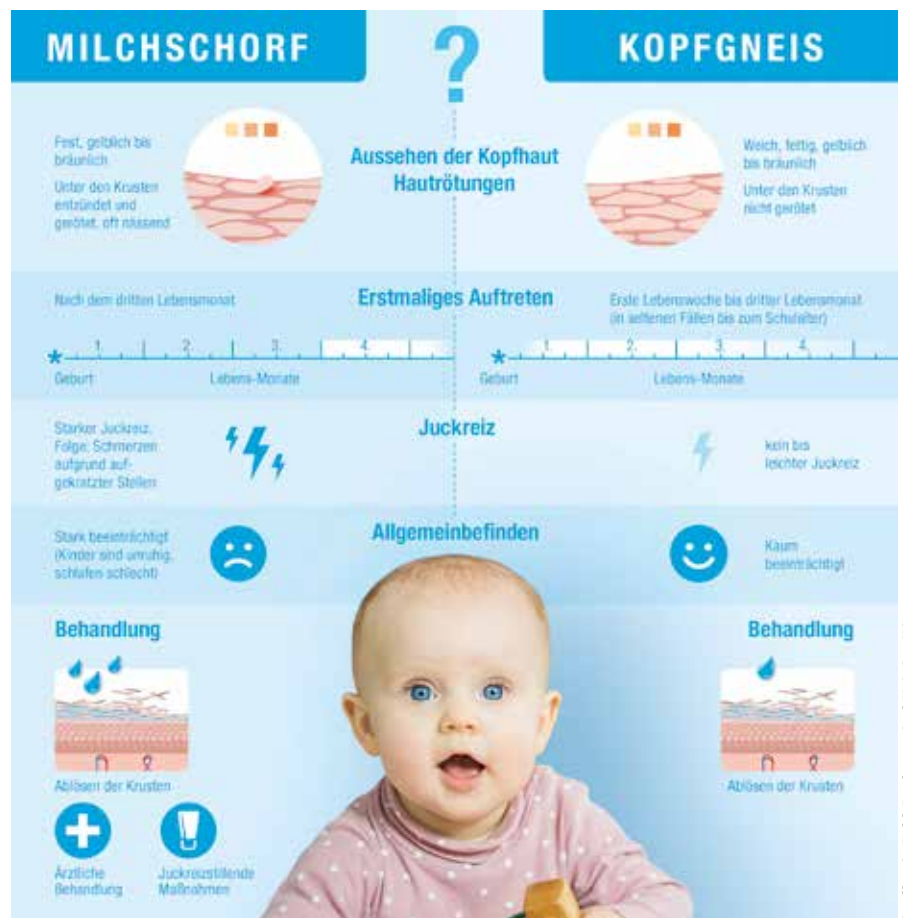
*Tag des Babys am 2. Mai 2017 // Viele Babys und Kleinkinder haben häufig gelbliche Schuppen auf dem Kopf. Der erste Gedanke der Eltern ist dann oft: Milchschorf. Allerdings leiden nur rund 10 % aller Säuglinge und Kleinkinder an Milchschorf. Deutlich mehr sind von dem ähnlich aussehenden, aber harmloseren Kopfgneis betroffen. Doch wie lässt sich unterscheiden, woran das eigene Kind leidet – und muss die Hauterscheinung behandelt werden? Das veranschaulicht die folgende Infografik sowie die neue Elternbroschüre „Was tun bei Milchschorf und Kopfgneis?“.*

Viele Babys haben sie, die kleinen gelblichen Schuppen auf der Kopfhaut. Treten diese innerhalb der ersten drei Lebensmonate auf, spricht man auch vom seborrhoischen Säuglings-ekzem – dem Kopfgneis. Er wird durch eine übermäßige Talgproduktion der Haut verursacht und ist in der Regel harmlos. Eine schonende Entfernung der Schuppen empfiehlt sich vor allem aus ästhetischen Gründen. Im Vergleich zum Kopfgneis werden Kinder mit Milchschorf stärker beeinträchtigt, da er oft mit starkem Juckreiz verbunden ist. Der wohl häufigste Unterschied zwischen den beiden Hauterscheinungen ist der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens. Ist das Kind bereits älter als drei Monate, steigt die Wahrscheinlichkeit des Milchschorfs, der ein Vorbote der Neurodermitis sein kann. Auffällig ist hierbei die rote und meist entzündete Haut unter den Schuppen. In diesem Fall sollten die Schuppen gelöst werden, um die Gefahr des Aufkratzens zu verhindern.

Eine schonende Möglichkeit, die Schuppen sowohl bei Milchschorf als auch bei Kopfgneis zu entfernen, ist die LOYON®-Lösung. Durch eine rein physikalische Wirkweise greift die Lösung nicht in den körpereigenen Stoffwechsel ein und ist daher auch für die Anwendung bei Säuglingen ab dem ersten Lebensmonat geeignet. Zur optimalen Anwendung stehen zwei verschiedene Dosierhilfen – Pipette oder Sprühkopf – zur Verfügung. LOYON® wird einmal täglich über einen Zeitraum von drei bis sieben Tagen angewendet.

## Vorteile der LOYON®-Behandlung

- Brennt und klebt nicht
- Frei von Konservierungsmitteln, Farb- und Duftstoffen
- Ab dem ersten Lebensmonat anwendbar



Quelle: G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG

**Zur schnellen und schonenden Behandlung beider Krankheitsbilder bietet LOYON® bereits ab dem ersten Lebensmonat eine gut verträgliche Lösung.**

## Neue kostenlose Broschüre bietet noch mehr Informationen

Was macht die Haut eines Babys so einzigartig? Wann ist eine Behandlung sinnvoll? Und was können wir als Eltern noch für unser Kind tun? Die Antworten finden Interessierte in der neuen und handlichen Broschüre „Was tun bei Milchschorf und Kopfgneis?“ von Pohl-Boskamp. Diese kann kostenlos unter

folgender E-Mail-Adresse angefordert werden: [info@pohl-boskamp.de](mailto:info@pohl-boskamp.de).

Mehr über die beiden Erkrankungen und deren Behandlung erfahren Eltern auch auf der Website von LOYON® unter [www.loyon-schuppen.de](http://www.loyon-schuppen.de).

**Nach Informationen von G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, Hohenlockstedt**

### Präsident des BVKJ e.V.

**Dr. Thomas Fischbach**

Tel.: 0221/68909-36

E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de

### Vizepräsidenten des BVKJ e.V.

**Dr. med. Sigrid Peter**

E-Mail: sigrid.peter@uminfo.de

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

E-Mail: praxis@schmid-altoetting.de

**Dr. med. Roland Ulmer**

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

### Pressesprecher des BVKJ e.V.

**Dr. med. Hermann Josef Kahl**

Tel.: 0211/672222

E-Mail: praxis@freenet.de

### Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

**Dr. med. Reinhard Bartezky**

E-Mail: dr@bartezky.de

*Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)*

## Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

### Fortbildung:

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

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

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

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

**Prof. Dr. med. Peter H. Höger**

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

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

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

### Berufsfragen, Forum, Magazin:

**Dr. Wolfram Hartmann (WH)**

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

**Regine Hauch (ReH)**

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0, [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**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  
Fortbildung/Veranstaltungen:**

**Monika Kraushaar**

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

Wir sind für Sie erreichbar:

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

**Geschäftsführerin:**

**Anke Emgenbroich**

Tel.: 0221/68909-24

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

**Service-Team:**

Tel.: 0221/68909-27/28

Fax: 0221/68909-29

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

## Sonstige Links

**Kinderärzte im Netz**

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

**Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin**

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

**Kinderumwelt gGmbH und PädInform®**

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

**Stiftung Kind und Jugend des BVKJ**

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